Krankenhausberatung

Ein Leitfaden

Prof. Dr. Wilma Pohl





Krankenhausberatung

Ein Leitfaden

Wilma Pohl

1. Auflage 2021

© 2021 Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, Kulmbach

Druck: Generál Nyomda Kft., H-6727 Szeged

Das Werk einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen sind unzulässig und strafbar.

www.ku-gesundheitsmanagement.de

Titelbild: © Bildwerk - stock.adobe.com

ISBN (Buch): 978-3-96474-337-4

ISBN (E-Book/PDF): 978-3-96474-338-1

Inhaltsverzeichnis

Abbi	Idungsverzeichnis	. 5
Tabe	llenverzeichnis	. 6
Abkü	ürzungsverzeichnis	. 7
Vorw	vort	. 9
1	Einleitung	. 11
1.1	Problemstellung	. 11
1.2	Ziel und Aufbau der Arbeit	. 13
2	Grundlagen und Besonderheiten von Krankenhäusern	. 15
2.1	Abgrenzung und Marktgegebenheiten	. 15
2.2	Finanzierung	. 17
	2.2.1 Überblick	. 17
	2.2.2 Krankenhausplanung und Investitionsförderung	. 18
	2.2.3 Betriebskostenfinanzierung	. 20
2.3	Organisation und Besonderheiten	. 27
2.4	Beratungsbedarf in Krankenhäusern und Bedeutung für Beratung	. 34
3	Literaturauswertung und empirische Untersuchung	. 37
3.1	Forschungsstand	. 37
	3.1.1 Methodisches Vorgehen	. 37
	3.1.2 Inhaltliche Auswertung	. 40
	3.1.3 Zwischenergebnis	. 50
3.2	Empirische Studie	. 51
	3.2.1 Vorgehensweise	. 51
	3.2.2. Ergebnisse	. 55
3.3	Kritische Betrachtung	. 59
3.4	Anforderungen an Krankenhausberatung	. 61
3.5	Zwischenergebnis	. 63
4	Beratung	. 65
4.1	Abgrenzung und Grundlagen	. 65
4.2	Beratung in Krankenhäusern	. 71
4.3	Kommunikative Konzepte	. 75

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Krankenhäuser befinden sich aufgrund der Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen seit Jahren in einem Spannungsfeld einerseits wirtschaftlich also effizient zu arbeiten und andererseits eine hochwertige Qualität in der medizinischen pflegerischen Versorgung zu erbringen, also effektiv zu arbeiten (Augurzky 2017). Die Veränderung der gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen stellte schon in den letzten dreißig Jahren eine große Herausforderung für Krankenhäuser dar (Behrends & Vollmöller 2020) und wird, wie zu sehen ist, weiter anhalten. Hinzu kommen globale Veränderungen der Rahmenbedingungen von Unternehmen, die auch die Organisation Krankenhäuser betreffen, zum Beispiel das, was mit dem Akronym VUKA (Volatilität, Unsicherheit, Komplexität, Ambiguität) ausgedrückt wird (Dörhöfer 2019). Gemeint sind mit Volatilität Art und Intensität von Veränderungen, Unsicherheit bezogen auf die Prognose von Ereignissen, Komplexität wechselseitiger Zusammenhänge von Ereignissen, Maßnahmen, Handlungen und Ambiguität im Sinne einer Mehrdeutigkeit der Faktenlage (Kühl & Schäfer 2019a).

Des Weiteren hat sich in der Gesellschaft die Einstellung zu Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden verändert. Der Informationsstand der Patienten ist gestiegen. Die Patienten erwarten eine hochwertige medizinische pflegerische Qualität sowie gute Unterbringung und Versorgung (Pohl 2018).

Infolge der gesellschaftlichen Veränderungen und der Veränderungen der Arbeitswelt erwarten Krankenhausmitarbeiter heute sichere attraktive Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen unter anderem mit verlässlichen Dienstzeiten und guten Entwicklungsmöglichkeiten. Attraktive Arbeitsplätze in Kliniken können daher zu einem Wettbewerbsfaktor werden, weil sich die Qualität der Arbeit unmittelbar auf die Dienstleistungsqualität insbesondere die medizinische und pflegerische Qualität auswirkt. Da es vielfach schwierig ist, Stellen neu zu besetzen wird eine lebensphasenorientierte Arbeitsorganisation in Krankenhäusern notwendig, um Mitarbeiter an das Krankenhaus zu binden. Dabei müssen Krankenhäuser auch die Bedürfnisse der Generationen beachten. Dies gilt auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit einer Verschiebung der Altersstruktur der Belegschaft (Geraedts 2017). Auch die Diskussion um New Work betrifft die Krankenhäuser (Giernalczyk et al. 2019). Der auf Bergmann zurückzuführende Begriff New Work hat sich verändert und umfasst heute Prinzipien wie Sinnbezug der Arbeit, Freiheit,

Selbstverantwortung, Entwicklung und soziale Verantwortung (Bergmann 2004; Kühl & Schäfer 2019a).

Dies verlangt von Kliniken Flexibilität, Innovation und Investition, durch die Digitalisierung wird der Veränderungsprozess noch beschleunigt (Klauber et al. 2019). Krankenhäuser müssen sich daher an die neuen gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen anpassen, um im Wettbewerb des Krankenhaussektors kurz- und langfristig die Wirtschaftlichkeit und die Existenz zu sichern und um darüber hinaus ein attraktiver Arbeitgeber zu sein. Dabei müssen die Veränderungen der Arbeitswelt berücksichtigt werden.

Daher entstehen neben der alltäglichen Patientenversorgung mit steigenden Fallzahlen, abgesenkter Verweildauer und damit steigender Arbeitsintensität, zum Beispiel in der Pflege (Geraedts 2017), weitere diverse administrative Aufgaben. Zu nennen sind unter anderem strategische Analysen, Arbeitszeitanalysen, Auslastungsanalysen, differenzierte Kostenanalysen, Management der Nachfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK-Management), Umorganisation, Organisationsentwicklung, Einführung standardisierter Prozessmodelle, Prozessmanagement, Benchmarking, Qualitätsmanagement, Re-Zertifizierungen, Risikomanagement, Kooperationen beziehungsweise Fusionen, Personalentwicklung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Führungskräfteentwicklung, Konfliktmanagement, Kulturveränderung, Verbesserung der Kommunikation besonders an den Schnittstellen. Für diese Aufgaben sind Change Management, Projektarbeit und teilweise Neuorganisation erforderlich (Pohl 2018; Schlüchtermann 2020).

Kliniken brauchen dafür verstärkt eine Unterstützung von außen. Daher werden für diese Aufgaben vermehrt externe Berater/innen eingesetzt. Dabei weist die Branche Krankenhäuser im Vergleich zu produzierenden Unternehmen Besonderheiten auf, die für Beratung eine Herausforderung darstellen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die gesellschaftlichen Veränderungen in der Arbeitswelt und durch VUKA und New Work sowohl den Beratungsbedarf als auch die Beratung verändern. Aufgrund des vermehrten Einsatzes von externer Beratung und der Bedeutung dieser Beratung für die Zukunftsgestaltung von Kliniken entstand die Idee, externe Beratung in Krankenhäusern wissenschaftlich zu untersuchen (Blum & Pohl 2012).

Bislang gab es in Deutschland kaum wissenschaftliche Studien zum Einsatz von Beratung in Krankenhäusern (u.a. Blum et al. 2013), insbesondere solche, die sowohl die Krankenhausseite als auch die Seite der Beratung berücksichtigten und den Einsatz von Beratung dezidiert untersuchten. Im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Fakultät Gesundheitswesen Wolfsburg der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaf-

ten – Hochschule Braunschweig / Wolfenbüttel – teilweise in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf (DKI) wurde der Einsatz von Beratung in Krankenhäusern von der Autorin untersucht. Die Erkenntnisse und die Unübersichtlichkeit der Literaturlage führten zu dem Vorhaben, einen Teil der Ergebnisse zu veröffentlichen und eine Art Leitfaden für eine spezifische Branchenberatung "Krankenhausberatung" zu entwickeln mit Erkenntnissen sowohl für die Klinik- als auch für die Beratungsseite.

1.2 Ziel und Aufbau der Arbeit

Ziel der Veröffentlichung ist es, den Einsatz von Beratung in Krankenhäusern zu analysieren und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Diese Veröffentlichung bezieht sich auf Krankenhäuser für allgemeine Krankenhausleistungen und psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in Deutschland.

Nach der Einleitung folgt im zweiten Kapitel ein Überblick über die Grundlagen und Besonderheiten von Krankenhäusern. Neben den Marktgegebenheiten wird kurz auf die Finanzierung der Krankenhäuser eingegangen und es werden die Merkmale und Besonderheiten der Organisation Krankenhaus beschrieben. Am Ende des Kapitels kann anhand des ersten Überblicks schon ein Blick darauf geworfen werden, warum Krankenhäuser einen Bedarf an Beratung haben, wo der Bedarf ist und vor welchen Herausforderungen Krankenhausberatung steht. Krankenhausberater erhalten damit einen kurzen Überblick über die Grundlagen und Besonderheiten von Kliniken und einen Einblick in die komplexe Krankenhausfinanzierung.

Das dritte Kapitel befasst sich mit dem Forschungsstand und der durchgeführten empirischen Analyse. Die Methodik zur Ermittlung des Forschungsstandes und der sich daraus ergebende Wissensstand werden dargestellt. Daraus lassen sich wiederum Schlussfolgerungen und Anforderungen für Krankenhausberatung ableiten. Anschließend wird kurz auf die Methodik und die Ergebnisse der empirischen Untersuchung im Forschungsprojekt eingegangen. Auch hieraus werden Schlussfolgerungen für Krankenhausberatung gezogen. Krankenhäuser und Berater in Kliniken erhalten hiermit auch eine Literaturübersicht. Hierfür kann jedoch keine Garantie einer Vollständigkeit gegeben werden, weil es sich um einen sehr dynamischen Prozess handelt.

Anschließend werden im vierten Kapitel der Begriff und die Grundstruktur von Beratung abgegrenzt. Es werden für Krankenhäuser relevante kommunikative Konzepte dargestellt. Aus den Ergebnissen der vorangegangenen Kapitel werden die Anforderungen an die

Krankenhausberatung komprimiert und zusammengefasst und um die neuen Herausforderungen an Beratung u.a. durch New Work ergänzt.

Zentraler Gegenstand des fünften Kapitels sind die konstitutiven Merkmale der Krankenhausberatung und ein Leitfaden für die Krankenhausberatung. Dabei wird auf Merkmale wie Beratungsgegenstand, Berater, Klient, Beratungsbeziehung und Rahmenbedingungen eingegangen.

Dem folgen im sechsten Kapitel spezielle Beratungsfelder bezogen auf Krankenhäuser. Auch wenn sich diese Veröffentlichung "Krankenhausberatung" auf externe Beratung bezieht, wird auf Grund der Aktualität die "Interne Beratung" mit aufgenommen. Ferner wird die Bedeutung von Kollegialer Beratung, Coaching und Supervision für Kliniken beleuchtet.

Die sich aus den vorherigen Betrachtungen abzuleitenden Handlungsmöglichkeiten für Kliniken und Berater sind Gegenstand des siebten Kapitels.

Nach einer kritischen Betrachtung endet diese Veröffentlichung mit einem Resümee.

Die Begriffe Krankenhaus und Klinik werden in dieser Veröffentlichung synonym verwendet. In Österreich und der Schweiz wird für Kliniken der Begriff Spital verwendet. Soweit in diesem Bericht Kliniken aus diesen Ländern gemeint sind, wird der Begriff Spital übernommen.

Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Schreibweise gewählt. Dies stellt keine Diskriminierung dar. Die Bezeichnungen sind geschlechtsneutral gemeint und schließen die weibliche Form, die dritte und andere Formen mit ein. Die einzelnen bisher genannten theoretischen Beratungsaspekte bilden den Rahmen für den Leitfaden und die Konzeption der Krankenhausberatung.

Vor diesem Hintergrund kann Krankenhausberatung definiert werden als professionelle auftragsindividuelle Dienstleistung eines externen unabhängigen Beraters oder Beratungsunternehmens oder internen Beraters mit Einzelpersonen und Personengruppen eines Krankenhauses auf Basis eines Vertrages in zeitlich abgegrenzter Dauer, mit dem Ziel, unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Krankenhauses Probleme zu analysieren, Lösungen, Lösungskonzepte zu erarbeiten, Umsetzungen zu planen und gegebenenfalls zu realisieren oder Irritationen herbeizuführen, um in der Organisation eine andere Problemsicht zu erhalten (systemische Sichtweise). Diese Definition schließt psychosoziale Beratung, Supervision, Coaching und eine Anleitung zur Kollegialen Beratung mit ein. Dieser Veröffentlichung wird damit eine sehr weite Definition von Beratung zugrunde gelegt, wie aus der nachstehenden Abbildung ersichtlich ist.

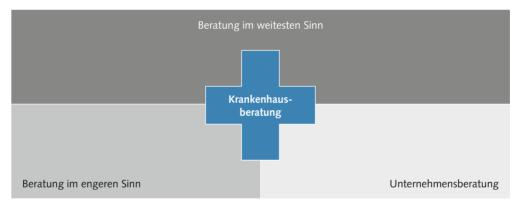


Abb. 2: Einordnung Krankenhausberatung

Quelle: Eigene Darstellung

Im nächsten Abschnitt wird der Anspruch an eine Krankenhausberatung beschrieben.

4.2 Beratung in Krankenhäusern

Anhand der Grundlagen und Besonderheiten der Krankenhäuser (Kapitel 2), des Forschungsstandes und der empirischen Ergebnisse (Kapitel 3) ergibt sich ein Anspruch an eine Krankenhausberatung. Dieser Anspruch wird im Folgenden zusammengefasst und komprimiert. Da Anforderungen auf Basis des Forschungsstandes und der empirischen Untersuchung vergangenheitsbezogen sind, sollte ein Leitfaden auch Anforderungen auf Grund der gesellschaftlichen zukunftsbezogenen Entwicklung unter anderem durch New Work beinhalten.

Unter dem Aspekt von New Work treten zu den traditionellen Prinzipien wie Effizienz, Standardisierung, Hierarchie, Kontrolle und Planbarkeit neue Prinzipien hinzu. Unter Umständen werden diese alten Prinzipien sogar abgelöst. Auch vor dem Hintergrund der Bedürfnisse der jüngeren Generation gewinnen die neuen Prinzipien wie Sinnhaftigkeit der Arbeit, Selbstmanagement, Selbstorganisation, Vertrauen und Feedback, Innovation und Entwicklung und psychische Gesundheit für Krankenhäuser und insbesondere für Führungskräfte an Bedeutung (Giernalczyk et al. 2019). Mitarbeiter in selbstorganisierten Einheiten müssen mehr kommunizieren und Unstimmigkeiten und Konflikte selbst regeln. Führungskräfte brauchen im Sinne von Containment wahrscheinlich noch mehr Sensibilität als heute für den Umgang mit Ängsten, emotionalen Spannungen und Konflikten. Leidenschaft in Verbindung mit Arbeit und die Erzeugung positiver Emotionen gewinnen an Bedeutung.

Die Demokratisierung von Arbeitsprozessen, Macht- und Kontrollverlust kann bei Führungskräften auch Ängste und Unsicherheiten hervorrufen, die aufgefangen werden müssen. Arbeit kann gleichzeitig als Entwicklungsförderung und Veränderung in Richtung lernende Organisation gesehen werden. Arbeit soll die psychische, geistige und körperliche Gesundheit erhalten. Von Bedeutung insbesondere für Krankenhäuser ist dabei ein respektvoller Umgang miteinander sowie zwischen Führungskräften und Mitarbeitern. Ebenfalls bedeutend ist die Achtung des Anderen, auch der Eigenarten und des eventuellen Andersseins des Anderen, die sich aufgrund unterschiedlicher Sozialisationsprozesse in den Berufsgruppen zeigen. Unter dem Aspekt des Fachkräftemangels, der psychischen und körperlichen Belastungen, die Krankenhausarbeit mit sich bringt, und der Vermeidung von Derailment, sollten Kliniken diese neuen Herausforderungen annehmen und darauf reagieren. Diese neuen Aspekte betreffen sowohl Krankenhäuser als auch Beratungsunternehmen.

Welche neuen Anforderungen ergeben sich daraus für eine Krankenhausberatung? Der Bedarf an Coaching, Supervision und Kollegialer Beratung dürfte in Krankenhäusern steigen. Die Vermittlung kommunikativer Konzepte und Modelle und die Integration in die Persönlichkeit sind sowohl auf Führungs- als auch auf Mitarbeiterebene angezeigt. Um den Herausforderungen zu begegnen ist psychosoziale Beratung erforderlich. Dies beinhaltet das Erlernen und die Förderung von Reflexion und Reflexionskompetenz und die Weiterentwicklung emotionaler Fähigkeiten. Ferner geht es darum, dass die einzelnen Personen im Team, in der Gruppe oder in der Organisation Stressmuster erkennen und verstehen.

Auch Berater brauchen dafür differenzierte Kompetenzen. Ängste müssen in der Beratung sowohl auf der individuellen als auch auf der Team- und Gruppenebene offen

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass die Erwartung eines persönlichen Nutzens und positive Konsequenzen eine hohe Relevanz für die Entscheidung über eine Teilnahme an Entwicklungsmaßnahmen wie auch Kollegiale Beratung hat (Kaesler 2019). Daher sollte das Krankenhaus bei der Auswahl der Zielgruppe für Kollegiale Beratung den persönlichen Nutzen verdeutlichen. Im Vorfeld der Kollegialen Beratung sollten seitens der Personalabteilung und Personalentwicklung mögliche Zielgruppen nach ihren Erwartungen befragt werden (Zur Motivation vgl. Kaesler 2019).

Aus den vorgenannten Aussagen folgt, dass Kollegiale Beratung nach entsprechender Anleitung durch externe Berater ein zukunftsorientiertes Beratungsformat für Krankenhäuser darstellt.

Dennoch sind auch die Grenzen zu sehen. Um Veränderungen in den alltäglichen Dilemma-Situationen zu erreichen, sind berufsgruppenübergreifende Workshops, Coaching und Supervision mit externen Beratern erforderlich. Es stellt sich ferner die Frage, inwieweit hohe Arbeitsbelastung und knappe personelle Ressourcen eine Kollegiale Beratung ermöglichen, da die Führungskräfte und Mitarbeiter einmal im Monat cirka zwei Stunden zu einer Beratungssitzung zusammenkommen müssten. Des Weiteren ist die Verbindlichkeit in Frage zu stellen, das heißt, sind alle Teilnehmer im Zeitablauf bereit, die Notwendigkeit zu sehen und die Zeit zu investieren.

Nach Kollegialer Beratung wird in den beiden folgenden Abschnitten auf Supervision und Coaching eingegangen.

6.4 Supervision

Nach Holloway heißt Supervision "von oben betrachten" (Holloway 1998). Die DGSv definiert Supervision wie folgt: "Supervision ist ein Beratungskonzept, das zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird. Sie bezieht sich dabei auf personale, interaktive und organisationale Faktoren. Supervision basiert auf Kenntnissen und Theorien aus Soziologie, Sozialer Arbeit, Erziehungswissenschaft, Psychologie, sowie aus Management- und Institutstheorien und Kommunikationswissenschaften. In der Supervision werden Fragen, Problemfelder, Konflikte und Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag thematisiert. Supervision fördert in gemeinsamer Suchbewegung die berufliche Entwicklung und das Lernen von Berufspersonen, Gruppen, Teams, Projekten und Organisationen" (DGSv 2008). Ziel ist in jedem Falle die Kompetenzerweiterung der Klienten (Pühl 2009a).

Petzold definiert "Supervision ist ein praxisgerichtetes Reflexions- und Handlungsmodell, um komplexe Wirklichkeit mehrperspektivisch zu beobachten, multitheoretisch zu integrieren und methodenplural zu beeinflussen. Sie ist auf die Generierung flexibler, inter- und transdisziplinär fundierter theoretischer Erklärungsmodelle gerichtet, um die Förderung personaler, sozialer und fachlicher Kompetenz und Performanz von Berufstätigen zu ermöglichen und Effizienz und Humanität professioneller Praxis zu sichern und zu entwickeln" (Petzold 1998). Hier wird der weiten Definition von Petzold gefolgt, weil der reflektorische Ansatz deutlich wird, das Verstehen der Handlungsfelder integraler Bestandteil ist und die Wirklichkeit mehrperspektivisch beobachtet wird.

Grundsätzlich ist das Ziel der Supervision vom Vertrag mit dem Klienten oder dem Team abhängig. In der Krankenhausberatung soll Supervision das berufliche Selbstverständnis des Klienten verbessern, die berufliche Identität entwickeln sowie die Selbststeuerung im Sinne von Selbstorganisation und Selbstreflexion verbessern (Anforderung B3, B4, B6).

Ein zentrales Merkmal von Supervision ist die Ausrichtung auf vier Reflexionsebenen (Kühl & Schäfer 2019b):

- 1. Kunden- und Klientenebene, im Krankenhaus unter anderem die Patienten;
- 2. Selbstreflexionsebene;
- 3. Mitarbeiter-, Teamebene, Arbeitsbeziehung mit Kollegen und Vorgesetzten;
- 4. Organisationsebene, organisationale Abläufe, Wirkungen von Veränderungen des Supervisanden in der Organisation.

Der Supervisor sollte sich selbst in der Supervisionsausbildung mit diesen Fragen auseinander gesetzt haben. Supervision im Krankenhaus ist dabei Lernen in Beziehung.

In der Krankenhausberatung sollte der Supervisor eine beratende Haltung im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe einnehmen und er sollte über Feldkompetenz im Gesundheitswesen verfügen (Anforderung A1, A2, A3, A4, A5, A6).

Die Supervisanden sollen durch Supervision Kenntnisse über das Funktionieren der eigenen Arbeits- und Berufswelt erlangen und ein besseres Verständnis für Kollegen, Vorgesetzte und die Organisation erhalten. Dazu gehört auch eine Klarheit über die eigene Rolle im Krankenhaus und über Dynamiken, die in der Organisation ablaufen. Führungskräfte als Supervisanden sollen ihre Fähigkeit in Richtung Leitungseffektivität verbessern. Supervision beinhaltet daher auch, dass die Klienten mehr Klarheit über die eigene Persönlichkeit und die eigenen Muster erhalten, also die Frage, warum bin ich so, warum handle ich so, wie bin ich so geworden (Anforderung B3, B4, B6).

In diesem und im nächsten Abschnitt wird oft Supervision und Coaching zusammen genannt, weil die Ausführungen für beide gelten. Auf die Unterschiede wird entsprechend verwiesen.

Bei Beratung, Supervision und Coaching von helfenden Berufen sind Besonderheiten zu beachten. Loebbert spricht von einer "Schattendynamik in helfenden Organisationen", dies wird allgemein "Helfersyndrom" genannt (Loebbert 2016). Die helfenden Berufe im Krankenhaus wie Ärzte und Pflegepersonal erleben täglich, dass Patienten auf schnelle Hilfe angewiesen sind. Patienten übertragen dabei Gefühle der Unzulänglichkeit und den Wunsch nach Hilfe auf das Krankenhauspersonal, sie wollen gerettet und geheilt werden. Wenn die Rettung nicht gelingt, kann das bei den Krankenhausmitarbeitern Ärger, Unsicherheit und Gefühle der Unzulänglichkeit auslösen (So auch Loebbert 2016). Der Anspruch an sich selbst auf der einen Seite, die Qualitätsanforderungen von Führungskräften auf der anderen Seite in Verbindung mit Zeitdruck und Personalmangel führen dann zu massivem Stress und körperlichen Symptomen. Es handelt sich dann um Dilemma-Situationen. Dies kann letztlich auch Burnout und körperliche und psychische Krankheiten auslösen.

Die Krankenhausmitarbeiter zeigen sich dem Patienten gegenüber vielfach in einer überverantwortlichen Position, transaktionsanalytisch gesehen in einer ungesunden Symbiose oder auf einer Retterposition im Drama-Dreieck. (Die Konzepte Symbiose und Dramadreieck wurden im Abschnitt 4.3 dargestellt.) Kommen diese Personen in die Supervision oder ins Coaching, wechseln sie faktisch die Rollen und fühlen sich als "hilfsbedürftiger Patient", dem schnell geholfen werden muss. Wenn zusätzlich noch Personalknappheit, Stress und permanente Überlastung hinzukommen, kann bei den Mitarbeitern ein Gefühl der Ausweglosigkeit entstehen und sie gehen in der Beratung in eine Opferrolle. Sie fühlen sich unzulänglich und nicht in Ordnung und erwarten vom Berater eine Rettung. Damit wird der Berater in eine Retterrolle gedrängt und die Verantwortung für eine Veränderung an ihn abgegeben.

Der Berater muss daher in der Supervision und auch im Coaching sehr auf diese Beziehungsdynamik achten und auf einer professionellen Beziehungsebene bleiben. Transaktionsanalytisch gesehen, darf er nicht ins Dramadreieck einsteigen und in die Retterrolle gehen und er darf sich nicht symbiotisch verhalten und die überverantwortliche Position einnehmen.

Da die Inanspruchnahme von Hilfe in der Beratung, in der Supervision und im Coaching bei den Krankenhausmitarbeitern vielfach als eigene Hilflosigkeit wie bei den Patienten gedeutet wird, ist es wichtig, dass der Berater betont, dass eine Beratung nicht aus einem Defizit heraus erfolgt, sondern Teil einer Professionalisierung, Entwicklung und Entlastung ist. Supervision und Coaching kann daher in Kliniken, zumindest für Mitarbeiter mit Patientenkontakt, auch als Teil eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, der Vorbeugung von Burnout, Mobbing und weiteren Krankheiten verstanden werden.

Sowohl bei einer Supervision als auch beim Coaching sind ein bewusster Umgang mit dem Klienten, eine Beziehungsklärung, eine Wertschätzung und ein ressourcenorientiertes wertschätzendes Feedback vom Berater an die Klienten besonders wichtig (Anforderung A2, A3, A4, A5, A6, B3, B4, B5, B6, B7). Beides fördert bei den Klienten ein praxis- und berufsbezogenes Lernen und die Intuition.

Im Folgenden wird der Ablauf einer Supervision beschrieben.

Rahmenbedingungen

Für die Supervision sollte der Rahmen der Supervision als dialogischer Prozess gestaltet werden. Rahmen und Inhalte der Supervision sind Gegenstand des Vertrages und sind abhängig von den Bedürfnissen und Anforderungen des Auftraggebersystems Krankenhaus und der beteiligten Klienten.

Treten im Verlauf der Supervision tieferliegende Probleme auf, ist der Abschluss eines neuen Vertrages erforderlich oder die Delegation an Kollegen des Supervisors. Ergibt sich die Erkenntnis, dass die Supervision an ihre Grenzen kommt und eine Therapie erforderlich ist, sollte dies bei dem Klienten angesprochen werden. Unter Umständen kann der Berater auf Wunsch des Klienten auch Therapeuten empfehlen.

Der Rahmen beinhaltet das Setting, also Einzelsupervision, Supervision eines Teams oder einer Organisationseinheit sowie die Struktur und den Ablauf. Dazu zählt auch die Auswahl der Räumlichkeiten unter dem Gesichtspunkt einer ungestörten Atmosphäre.

Erstgespräch

In einem Erstgespräch werden die Charakteristika und Probleme der betreffenden Person, der Organisation beziehungsweise des Teams erhoben (Vgl. Abschnitt 5.2). Es wird eine Diagnose erstellt, Hypothesen gebildet und der Ablauf der Supervision geplant. Die Ermittlung der Diagnose und die Bildung und Revision von Hypothesen ist ein fortlaufender Prozess während des gesamten Supervisions- oder Coachingprozesses. Als theoretische Konzepte zur Diagnosestellung und Hypothesenbildung, aber auch für den Ablauf der Supervision, lassen sich unterschiedliche Konzepte anwenden, beispielsweise aus der Transaktionsanalyse, der Organisations- und der systemischen Theorie und der Psychologie (auch Gestalttherapie). Im Erstgespräch sind folgende Aspekte zu beachten:

- 1. Erstkontakt: Wie nimmt der Klient Kontakt auf, Augenkontakt, Händedruck, Haltung;
- 2. Fakten: Erhebung demografischer Daten und des beruflichen Zusammenhangs: Alter, Familienstand, Anschrift, Firma, Branche, berufliche Position;
- 3. Gespräch: Was teilt der Klient verbal mit, gibt es sprachliche Auffälligkeiten, die Verwendung von "man" oder "Du/Sie" statt "ich" oder stereotype Wiederholungen;
- 4. Bericht der Problematik: Welches Problem schildert der Klient und was will er verändern? Dabei auf entwicklungspsychologische Aspekte und auf Beziehungsdynamiken achten, nach den Auslösern fragen und Hinweise sammeln, die auf eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur hinweisen;
- 5. Beobachtung: Es werden nicht nur die verbalen Informationen aufgenommen, sondern auch die nonverbalen Aspekte und es wird auf Übertragung und Gegenübertragung geachtet;
- Diagnose, Prognose, Indikation: Vertrag und Supervisionsplan mit dem Klienten besprechen, Abgrenzung und gegebenenfalls Weitervermittlung wenn ein Therapiebedarf besteht (Sell et al. 2004).

Vertrag

Ein äußerst wichtiger Bestandteil der Supervision wie auch beim Coaching sind klare Verträge mit den jeweils zuständigen Personen. Angewendet werden sollte der beschriebene Beratungsvertrag (Vgl. Abschnitt 5.5.2). In der Einzelsupervision wird mit den Klienten ein Langzeitvertrag für die gesamte Dauer und in der einzelnen Supervision jeweils ein Stundenvertrag vereinbart.

Bei einer Teamsupervision im Krankenhaus handelt es sich in der Regel um einen Dreiecksvertrag (Vgl. Abschnitt 5.5.2). Der Berater schließt einen administrativen, professionellen und psychologischen Vertrag über eine durchzuführende Supervision mit den zuständigen Geschäftsführern. Das Team hat mit den Geschäftsführern einen Arbeitsvertrag und schließt mit dem Berater einen Vertrag über die Supervision. Der Vertrag über die gesamte Supervision zwischen dem Berater und dem Supervisionsteam sollte schriftlich erfolgen.

Die Vereinbarungen für eine Sitzung können mündlich oder auf dem Flipchart festgehalten werden. Dabei sollten auch Grundregeln für eine Zusammenarbeit vereinbart werden, zum Beispiel keine Abwertung von Anderen, wertschätzendes Verhalten und ein respektvoller Umgang miteinander.

Dies ist auf Grund der Besonderheiten der Krankenhäuser zu Beginn der Supervisionssitzung besonders wichtig, weil diese Verhaltensweisen bei ständiger Wiederholung in den Sitzungen dann auch in den Arbeitsalltag einfließen.

7 Handlungsmöglichkeiten

7.1 Empfehlungen für Krankenhäuser

Insgesamt hat sich in dieser Veröffentlichung gezeigt, dass Krankenhausberatung eine heterogene Dienstleistung ist. Krankenhausberatung wird begleitet von Veränderungsprozessen, denn schon die Entscheidung einen externen Berater einzusetzen ist eine Intervention in das System. Zu beachten ist, dass hier in den Empfehlungen für Krankenhäuser nicht jedes Detail aus dem Leitfaden wiederholt werden kann, dazu wird auf die entsprechenden Abschnitte in Kapitel 5 und 6 verwiesen.

Führungskräfte und Mitarbeiter in Krankenhäusern, die Berater suchen beziehungsweise die über einen Einsatz von Beratern entscheiden, brauchen grundlegendes Fachwissen über Beratung und systemische Kompetenzen. Vor dem Hintergrund der neuen gesellschaftlichen Herausforderungen durch Generation Y bis Z, durch New Work und auf Basis der Erkenntnisse des Forschungsstandes sowie der empirischen Untersuchung ist eine **Führungskräfte- und Personalentwicklung** in Kliniken empfehlenswert. Besondere Bedeutung haben dabei auch Kenntnisse über Konfliktmanagement, die Analyse von Konflikten einschließlich Mobbingprophylaxe. Eine Führungskräfte- und Personalentwicklung kann einerseits die Einschätzung des Bedarfs an Beratung und die Zusammenarbeit mit Beratern verbessern, andererseits Führungskräfte und Mitarbeiter im Alltag entlasten. Sie kann damit auch zur Prävention körperlicher und psychischer Erkrankungen eingesetzt werden.

Die Themenbereiche können in den einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich sein. Zu nennen sind unter anderem Grundlagen von Beratung, systemische Besonderheiten von Kliniken, Kenntnisse über Derailment einschließlich Burnout, Mobbing, Konfliktmanagement, Stress, Achtsamkeit, Resilienz und die Vermittlung kommunikativer Konzepte (Abschnitt 4.3). Der Einsatz von **Supervision und Coaching** im Rahmen von Führungskräfteund Personalentwicklung kann die Selbstreflexion der Mitarbeiter im Krankenhaus mit dem eigenen System und den Besonderheiten verbessern.

Im Teamcoaching und in der Teamsupervision sollte möglichst berufsgruppenübergreifend gearbeitet werden, um Vorurteile, Konflikte und Differenzen abzubauen. Supervision und Coaching sollten zur Führungskräfte- und Personalentwicklung eingesetzt werden. Diese Instrumente eignen sich auch für die Bearbeitung von Dilemma-Situationen und des Helfersyndroms. Sie sollten in Krankenhäusern darüber hinaus zur Derailment-Prophylaxe

(external und internal), zur Prophylaxe körperlicher und psychischer Erkrankungen und zur Vorbeugung von Mobbing eingesetzt werden (Abschnitt 6.4, 6.5). Berater können darüber hinaus zukünftig zum Ausbau des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und zur Suchtprävention in Kliniken tätig werden.

Kritisch zu bedenken ist, dass Erkrankungen, Derailment und Widerstand unter anderem auch durch Überlastung entstehen kann. Für Überlastung, die durch einen eklatanten Personalmangel entsteht, kann Beratung keine Lösung bieten, allenfalls kann eine Optimierung der Abläufe erreicht werden. In diesem Fall muss der Personalbedarf überprüft werden.

Beratung kann in vielfältigen Bereichen eingesetzt werden. Der **Ablauf der Beratung** wurde in Abschnitt 5.2 differenziert beschrieben. Im Krankenhaus sind im Vorfeld der Beratung differenzierte Kosten-Nutzen-Betrachtungen zum Einsatz externer oder interner Beratung zweckmäßig, die wahrscheinlich ohnehin schon erfolgen.

Zur **Vorbereitung** kann eine Checkliste eingesetzt werden. Eine solche Checkliste kann im Krankenhaus von den Beteiligten erstellt werden. Wenn die Beteiligten aus unterschiedlichen Berufsgruppen kommen, wird Kreativität durch verschiedene Perspektiven eingebracht. Grob kann eine solche Checkliste folgende Punkte enthalten (In Anlehnung an Heuermann & Herrmann 2003):

- Formulierung des Beratungsbedarfs
- Notwendigkeit und Auslöser einer Veränderung
- Vorläufige Zielfestlegung
- Abschätzung von Zeit und Aufwand
- Auflistung der Beteiligten aus den verschiedenen Berufsgruppen, grobe Festlegung eines Teams in der Klinik
- Festlegung der Anforderungen über Kenntnisse, Ausbildung und Erfahrung des Beraters
- Festlegung des Zeitrahmens
- Festlegung eines Verantwortlichen für die Vorphase, der später interner Leiter des Beratungsprojektes sein kann.

Danach kann die Checkliste zur Beratersuche (►Tabelle 10 im Anhang) eingesetzt werden.

Die **Gründe für Beratung**, wie neue Expertisen, neutrale unabhängige Betrachtungsweise, fehlende qualitative und quantitative Kapazitäten, Steigerung Effizienz und Effektivität, Verbesserung der Arbeitszufriedenheit (siehe auch Tabelle 9 "Zusammenstellung der

Ergebnisse") müssen deutlich kommuniziert und transparent gemacht werden. Dabei sollte nicht nur der ökonomische Effekt berücksichtigt werden, sondern auch die psychosoziale Wirkung. Externe Berater können unter Umständen eingefahrene Verhaltensweisen "Das haben wir schon immer so gemacht!" mit anderen neuen Instrumenten angehen. Zentraler Aspekt ist dabei stets Hilfe zur Selbsthilfe und Aufbau von Lernkompetenzen. Unter den neuen gesellschaftlichen Bedingungen ist die Bereitschaft, sich beraten zu lassen, schon als eine Lernkompetenz zu sehen. Dies bedeutet für Kliniken auch, sich zu öffnen für Beratung, sofern die finanzielle Situation dies zulässt.

Im Leitfaden für Krankenhausberatung wird immer wieder die Bedeutung und Wichtigkeit von Kommunikation und emotionaler Aspekte herausgestellt. Dies gilt schon bei der Entscheidung für Beratung. Auf Grund neurowissenschaftlicher Erkenntnisse propagieren Oldhafer et al. bei Change Management im Gesundheitswesen emotionale Aspekte wie Neugier, Empathie, Mut, Kooperativität, Gelassenheit und persönliche Entwicklungsfähigkeit bewusst zu integrieren (Nähere Einzelheiten Oldhafer et al. 2019). Dies kann während der gesamten Krankenhausberatung und auch schon im Vorfeld bei der Entscheidung für Beratung genutzt werden.

In der Unübersichtlichkeit des Beratungsmarktes ist es für Krankenhäuser schwierig, geeignete Berater zu finden. Die **Beratersuche** (Abschnitt 5.4) kann über einschlägige **Verbände** erfolgen. Die ▶Tabelle 19 "Deutsche Beratungsverbände" im Anhang liefert einen Überblick über die in dieser Veröffentlichung erwähnten Verbände. Krankenhäuser sollten darauf achten, dass ein Verband ethische Grundsätze aufstellt, Ausbildungsanforderungen vorhanden sind und die Mitglieder angehalten oder verpflichtet werden, diese Normen zu beachten. Krankenhäuser sollten vor einer Beratung diese Grundsätze kennen. Eine Qualitätsorientierung für Beratung liefern auch die "Leitlinien für Unternehmensberatungsdienstleistungen" DIN EN ISO 20700. Die Verantwortlichen im Krankenhaus müssen sich überlegen, welche speziellen Kenntnisse, Erfahrungen und Kompetenzen beim Berater erforderlich sind und erwartet werden und welche Rolle der Berater übernehmen soll (Abschnitt 5.3). Die Krankenhäuser sollten sich von Beratern Zertifikate über Aus- und Weiterbildungen vorlegen lassen.

Vorteilhaft für Krankenhäuser ist ein Wissen darüber, wie nicht vertrauenswürdige Beratungsunternehmen, die sogenannten "schwarzen Schafe" arbeiten und woran man sie erkennt (Details dazu siehe Abschnitt 5.4) (Heuermann & Herrmann 2003).

Alle **Grundformen der Beratung** lassen sich in Krankenhäusern einsetzen. Empfehlenswert für Kliniken ist bei jeglicher Form von Beratung ein integrativer Ansatz, der Fachberatung / Prozessberatung mit psychosozialen Elementen verbindet (Abschnitt 5.3).



Wilma Pohl

Prof. em. Dr., Supervisor, Coach (EASC), Lehrsupervisor, Transaktionsanalytischer Berater (DGTA) war 22 Jahre Professorin für Krankenhausmanagement und ABWL an der Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, ist selbständig tätig als Beraterin, Supervisorin, Coach und Lehrsupervisorin.

Krankenhäuser befinden sich seit Jahren auf Grund erheblicher Veränderungen der gesetzlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen in einem Spannungsfeld sowohl wirtschaftlich effizient zu arbeiten als auch eine hochwertige Qualität anzubieten. Dabei müssen die Veränderungen der Arbeitswelt und neue Herausforderungen wie VUKA, Fachkräftemangel und demographische Entwicklung berücksichtigt werden. Wie in anderen Unternehmen auch werden für die Bewältigung dieser vielfältigen Aufgaben in Kliniken Berater /-innen eingesetzt. Allerdings haben Krankenhäuser spezielle finanzielle Rahmenbedingungen und eine eigene organisatorische Dynamik. Da die Beratung in Krankenhäusern bislang wenig erforscht wurde, wird in diesem Buch ein Leitfaden für Krankenhausberatung entwickelt, der die krankenhausspezifischen Besonderheiten berücksichtigt.

Der Inhalt: Finanzielle organisatorische Besonderheiten von Krankenhäusern, Beratungsbedarf, Beratungsgrundlagen, Beratungsgegenstand, Beratungssystem, Beratungsbeziehung, Kommunikative Grundlagen, Standards und Ethik, Interne Beratung, Kollegiale Beratung, Supervision, Coaching.

Die Zielgruppe: Berater /-innen im Gesundheitswesen, Mitarbeiter aus Krankenhäusern, Teilnehmer in Beratungsweiterbildung, Studierende im Gesundheitswesen und in den Bereichen Soziale Arbeit, Wirtschaftspsychologie, Wirtschaftswissenschaften sowie weitere Studiengänge.

