

Den Experten

Partizipation am LWL-Klinikum Gütersloh

Das LWL-Klinikum Gütersloh wirft mit seinen etwa 1400 Mitarbeitenden das Ruder herum. Insbesondere in der Pflege, hier sind etwa 500 Personen beschäftigt, will es mit einer flacheren Hierarchie, weniger Stabsstellen, interprofessionellen Netzwerken und einem Mehr an Partizipation der Mitarbeitenden sowohl deren Gesundheit erhalten und Zufriedenheit erhöhen als auch das „Patienten-Outcome“ verbessern. Die Pflegenden selbst werden als Expertinnen und Experten in ihrem Fach gesehen. Sie müssten an Entscheidungen beteiligt werden und sich selbst organisieren können, so die Klinikleitung.

TEXT



Prof. Dr. Michael Löhr
Pflegedirektor am
LWL-Klinikum Gütersloh und Honorarprofessor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld
michael.loehr@lwl.org



Prof. Dr. Michael Schulz
Stellvertretender Pflegedirektor am LWL-Klinikum Gütersloh und Honorarprofessor für Psychiatrische Pflege an der Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld
michael.schulz@lwl.org

Ein Krankenhaus ist im Grunde aufgebaut wie das Militär oder die Polizei. In den Stablinienorganisationsmodellen finden sich eher steile Hierarchien und Befehlsketten. Bei der Stablinienorganisation gibt es zusätzlich zu den Hauptlinien (die die primären Aufgaben und Funktionen repräsentieren) sogenannte Stabsstellen. Diese haben eine unterstützende Funktion und bieten Fachkenntnisse und Beratungsdienste für die Hauptlinien. Stabsstellen haben in der Regel keine Weisungsbefugnis. Der Zweck der Stablinienorganisation besteht darin, eine klare Trennung zwischen den operativen (Linienfunktionen) und unterstützenden Aufgaben (Stabfunktionen) sicherzustellen, um Fachkenntnisse effektiv zu nutzen und die Hauptlinienabteilungen zu entlasten.

Die Stablinienorganisation ist zwar eine gebräuchliche Organisationsstruktur, aber sie ist nicht ohne Kritikpunkte. Die klare Trennung zwischen Stab- und Linienfunktionen kann zu Verwirrung führen. Das gilt insbesondere dann, wenn die Stabsstellen direkt oder indirekt Einfluss auf strategische oder operative Fragen nehmen. Stabsstellen verursachen zudem Kosten, ohne unmittel-

bar an der operativen Umsetzung beteiligt zu sein. Dies kann zu Effizienzproblemen führen. Die Trennung von Stab- und Linienfunktionen kann zu langsameren Entscheidungsprozessen führen, und Stabsstellen haben oft keine klare Verantwortlichkeit für die Umsetzung ihrer Ratschläge.

Organisationale Strukturprobleme

Linienorganisationen bringen jedoch auch als solche Probleme mit sich. Die Linienorganisation folgt der Annahme, dass unterschiedliche Hierarchieebenen Weisungen und Anordnungen an die nachfolgende Ebene weitergeben und somit eine klare Anweisungs- beziehungsweise Handlungskaskade entsteht. Diese Annahme entspricht jedoch einer Ideologie: Je höher die Hierarchieebene angesiedelt ist, umso weiser die dort getroffenen Entscheidungen, so die Idee.

Eine solche Aufbauorganisation ist vielfach in deutschen Krankenhäusern zu finden. Neben der linearen „Befehlskette“ besteht dort das Problem, dass unterschiedliche Linien beziehungsweise Säulen (Pflege, Medizin, Verwaltung) in der Organisation

für Pflege vertrauen





Das Narrativ des Fachkräftemangels in der Pflege ist allgegenwärtig. Es gibt aber auch Hinweise, dass ausreichend Personal vorhanden ist, viele Mitarbeitende aber aufgrund der Arbeitsbedingungen ihre Stelle reduziert oder den Beruf ganz verlassen haben.

Krankenhaus nicht zwangsläufig in „echten Teams“ zusammenarbeiten. Die Aufbauorganisation fördert dies zumindest nicht explizit oder verhindert es sogar, da es wenig Kommunikations- und kollaborative Teamprozesse zwischen den Linien beziehungsweise Säulen gibt, die das bestmögliche „Patienten-Outcome“ ermöglichen. Dazu bräuchte es vielmehr Netzwerkstrukturen, die die Wissenskomponenten aller Akteure systematisch einbinden und wertschätzen.

Steile Hierarchien können nur in Organisationen mit geringer Komplexität in der Produktion oder der Dienstleistungserstellung funktionieren. Im Krankenhaus haben wir es aber mit einer sehr hohen Komplexität der Leistungserstellung zu tun. Hierbei kombinieren im Idealfall die Mitarbeitenden aller Säulen ihr Wissen, um bestmögliche Entscheidungen zu treffen, was wiederum eine gewisse „Berufsgruppenidentitätsanspruchslosigkeit“ erfordert.

Wandel der Ansprüche an Arbeit

Zudem hat sich der Anspruch an Arbeit der im Krankenhaus beschäftigten Menschen in den letzten Jahrzehnten verändert – und wird sich weiter verändern. Verdeutlicht werden kann dies anhand einer Typologie der Generationen der (zukünftig) erwerbstätigen Menschen (Abb. 1). Der jeweilige Wertekontext der Generationen hat direkte Auswirkungen auf deren Arbeit und ihre Erwartungen an ihre Arbeitgeber. Es ist allerdings wichtig, zu beachten, dass die Beschreibung von Generationen allgemeine Trends und Tendenzen umfasst. Individuelle Unterschiede innerhalb jeder Generation können sehr groß sein.

Wie Krankenhäuser traditionell in ihrer Struktur aufgestellt sind und was die Generationen von ihren Arbeitgebern erwarten, gerät tendenziell in Widerspruch zueinander. Im Zeitalter eines (weithin angenommenen) Fachkräftemangels wird daher die Frage immer brisanter, wie ein Unternehmen so geführt werden kann, dass die sich wandelnden Erwartungen der Mitarbeitenden an die Führung einer Organisation erfüllt werden und überhaupt ausreichend Mitarbeitende vorhanden sind.

„Mangelmythos“ in der Pflege

Laut dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI 2022) haben etwa 90 Prozent aller Kliniken Schwierigkeiten, ihre offenen Stellen zu besetzen. In führenden Medien und auch in Fachmedien wird häufig die Geschichte des Fachkräftemangels in der Pflege beschrieben, was sich mit den Befunden des DKI deckt. Neben diesem Narrativ des Fachkräftemangels in der Pflege gibt es aber auch Hinweise darauf, dass im Bereich der Pflege ausreichend Fachkräfte vorhanden sind, viele aber aufgrund von Arbeitsbedingungen ihre Stelle reduziert oder den Beruf ganz verlassen haben.

So hat die Hans-Böckler-Stiftung gemeinsam mit anderen Institutionen die Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ durchgeführt (Auffenberg et al. 2022). In dieser Studie wurde deutlich, dass (konservativ betrachtet) circa 300 000 Pflegefachkräfte wieder zurück in den Beruf kommen oder reduzierte Stellen aufstocken würden, wenn sich die Arbeitsbedingungen verbessern, sie Einfluss auf die Arbeitszeitgestaltung neh-

men können oder Führung ihre berufliche und persönliche Entwicklung unterstützt.

Betrachten wir die Arbeitsbedingungen für Pflegenden in den Krankenhäusern sowie die Erwartungen der Generationen, die in die Arbeitswelt drängen, lässt dies folgende Annahme zu: Je partizipativer das Führungsverhalten ist, je mehr Fokus auf das Ergebnis der Patientenversorgung gelegt wird, umso weniger herrscht ein quantitativer und qualitativer Mangel an Fachkräften. Oder anders ausgedrückt: Wird betrachtet, warum Pflegenden aus dem Beruf aussteigen oder ihre Arbeitszeit reduzieren (Auffenberg et al. 2022), kann festgehalten werden, dass wir derzeit einen enormen Mangel an Fachpersonen in der Pflege haben, die bereit sind unter schlechten Arbeitsbedingungen, ineffizienter Führung (steile Hierarchien, keine Orientierung am Patienten-Outcome, wenig Entscheidungsspielraum für Mitarbeitende) und schlechter Bezahlung zu arbeiten. Dies gilt es aus betrieblicher Sicht anzuerkennen – und die Wende einzuleiten.

Umbau am LWL-Klinikum Gütersloh

Im Folgenden stellen wir den Umbau der Führungsstruktur und des Führungsverhaltens im Pflegedienst des LWL-Klinikum Gütersloh dar. Beschrieben werden zentrale Marken des zwischen Juni 2020 und bisher (Stand: Dezember 2023) zurückgelegten Weges und die spürbaren und messbaren Veränderungen, die sich durch diesen veränderten strukturellen Rahmen in unserem Klinikalltag ergeben haben.

Mitte 2020 begann nach anfänglicher Bestandsaufnahme und Bewertung der Situation der Umbau der Organisation und der Führung

2021 begann das LWL-Klinikum Gütersloh, sein Organisationsmodell auf Netzwerkarbeit, Partizipation und Demokratisierung auszurichten.

Der Pflegedienst folgt den Prinzipien eines „soziokratischen Führungsstils“. Eine wichtige Rolle spielt das Thema Selbstführung.

unseres Pflegedienstes. Bis dato agierte das Klinikum, wie viele andere Kliniken auch, folgendermaßen: Es gab im Pflegedienst ein Stablinienorganisationsmodell, vier Hierarchieebenen (Direktion, Abteilungsleitung, Stationsleitung, stellvertretende Stationsleitung) und (in geringem Umfang) Stabsstellen. Aufgrund der Linienorganisation gab es zwischen den einzelnen Abteilungen, zum Beispiel der Abteilung für Abhängigkeits-erkrankungen und der für Allgemeinpsychiatrie, wenig Vernetzung und Zusammenarbeit. So ist etwa die eigentlich gemeinsame Aufgabe des Ausfallmanagements durch einen Pool an dafür vorgesehenen Mitarbeitenden (sog. Springer) von den Stationen bewusst externalisiert worden.

Netzwerke und Demokratisierung

2021 begann der Umbau hin zu einem Organisationsmodell, das die Netzwerkarbeit ins Zentrum stellt und auf Partizipation und Demokratisierung von Arbeit setzt. So wurden die Stationsleitungen als Netzwerk zusammengebracht, die über die Abteilungsgrenzen hinaus jeden Morgen in einem Video-Call zusammenkommen, ihre aktuelle Situation besprechen und bei Bedarf Hilfe anbieten. Durch diesen Ansatz und die Abschaffung der Abteilungsleitungsebene wurde die vorhandene Hierarchie flacher. Ende 2022 war der formale Umbau abgeschlossen, und es begannen die Verstetigung und der Feinschliff am „Gütersloher Modell“ (GüMo) (Abb. 2). Das Modell basiert auf zwei Zieldimensionen: „Patienten-Outcome“ sowie „Mitarbeitergesundheit und Mitarbeiterzufriedenheit“.

Es ist wichtig, Zieldimensionen im Kernleistungsprozess zu haben, anhand derer

geprüft werden kann, mit welchem Führungsansatz und welchem Organisationsmodell die Ziele am besten zu erreichen sind. Bringt man diese Dimensionen mit den Bedürfnissen der Mitarbeitenden überein, ergeben sich diejenigen Zieldimensionen, an denen sich Führung im Krankenhaus ausrichten kann beziehungsweise sollte (Patienten-Outcome, gesunde und zufriedene bzw. motivierte Mitarbeitende). Organisationsmodelle und gewünschter Führungsstil sind kein Selbstzweck. Sie dienen als Unterstützung für die bestmögliche Kernleistung, also in unserem Fall ein bestmögliches Outcome in der Patientenversorgung. Und für diese bedarf es wiederum zufriedener, gut ausgebildeter Pfleger.

Loslassen und vertrauen

Am Klinikum Gütersloh haben wir uns im Pflegedienst für den „soziokratischen Führungsstil“ entschieden, der die Themen Selbstführung, kooperative Führung und Partizipation der Mitarbeitenden fokussiert. Unser zentrales Management- und Führungscredo lautet: loslassen und vertrauen. Was bedeutet das? Wir arbeiten am Klinikum Gütersloh mit einer Quote von etwa 94 Prozent Pflegefachpersonen. Diese haben eine hervorragende Ausbildung, sind vielfach weitergebildet oder verfügen über ein Studium im Bereich der Pflege. Es handelt sich also um Expertinnen und Experten in einer Expertenorganisation. Sie tragen jeden Tag faktisch Verantwortung für die Patientenversorgung. Also gilt es für das Topmanagement, diese Mitarbeitenden auch zu stärken (Selbstführung, bewusste Übernahme von Verantwortung, aktive Gestaltung von Teamprozessen etc.) und für ihre Aufgaben die

Lessons Learned

- \ Traditionelle und damit meist steile Führungsstrukturen im Krankenhaus verhindern vielfach eine sinnhafte Übernahme von Verantwortung der Mitarbeitenden in den Kernprozessen und wirken sich negativ auf die Behandlungsqualität aus.
- \ Ein gutes Patienten-Outcome braucht gesunde und zufriedene beziehungsweise motivierte Mitarbeitende.
- \ Wesentliche „Stellschrauben“ für gesunde und zufriedene beziehungsweise motivierte Mitarbeitende sind Empowerment der jeweiligen Stationsleitung, die Förderung einer autonomen Gestaltung von Arbeits- und Arbeitsorganisationsprozessen, die Fokussierung auf Ausbildungs- und Bildungsprozesse sowie attraktive Karrieremodelle in der Patientenversorgung.

bestmöglichen Arbeitsbedingungen herzustellen. Vor allem gilt es, auf ihre Kompetenzen zu vertrauen und ihnen zuzuhören.

Damit es im Pflegedienst zu schnelleren und kernleistungsrelevanten Entscheidungen kommt, haben wir die Hierarchieebenen reduziert und die Stationsleitungen in ihrem Entscheidungsspielraum gestärkt. So gibt es heute bei uns die Pflegedirektion (Direktor und Stellvertretung), die den Chefärztinnen und Chefarzten der Abteilungen als Ansprechpartnerin dient, die Stationsleitungen und teilweise noch deren Stellvertretungen. Nicht mehr vorhanden sind Abteilungsleitungen. Auch klassische Stabsstellen gibt es im LWL-Klinikum Gütersloh keine mehr. Lediglich eine Referentenstelle der Pflegedirektion besteht noch. Alle weiteren Unter-

Werte der erwerbstätigen Generationen

	Babyboomer ca. 1946-1964	Generation X ca. 1965-1980	Generation Y ca. 1981-1996	Generation Z ca. 1997-2010	Generation A ca. ab 2011
Arbeitsethos	Betonung auf beruflicher Stabilität und lebenslanger Anstellung	Flexibilität, Unabhängigkeit, Skepsis gegenüber traditionellen Hierarchien	Betonung von Work-Life-Balance, Sinnhaftigkeit in der Arbeit	Betonung von technologischen Fähigkeiten, Frühstart in Unternehmertum	Verstärkt auf der Suche nach Flexibilität in Bezug auf Karrierewege und Arbeitsmodelle, Affinität zu remotebasierten Arbeitsmodellen
Kommunikation	Traditionelle Medien, persönliche Kommunikation	Einführung von Mobiltelefonen und E-Mails	Starke Nutzung von sozialen Medien und Mobilgeräten	Hauptsächlich digitale Kommunikation, Kurznachrichten, visueller Fokus	Virtuelle Zusammenarbeit und globale Vernetzung
Nachhaltigkeit	Fokus auf wirtschaftlichem Wachstum und technologischem Fortschritt	Umweltbewegung in den 1970er- und 1980er-Jahren, stärkeres Engagement	Gesteigertes Interesse an ethischen Konsumpraktiken, erneuerbaren Energien und nachhaltigem Wirtschaften	Starkes Engagement in Klimafragen, Klimastreiks, Nutzung sozialer Medien, um Bewusstsein für Umweltprobleme zu schaffen	Verstärktes Interesse an nachhaltigen Praktiken, sozialer Aktivismus, Arbeitsplätze und Organisationen, die diese Werte unterstützen, könnten bevorzugt werden

Abb. 1 | Quelle: eigene Darstellung

Das Gütersloher Modell

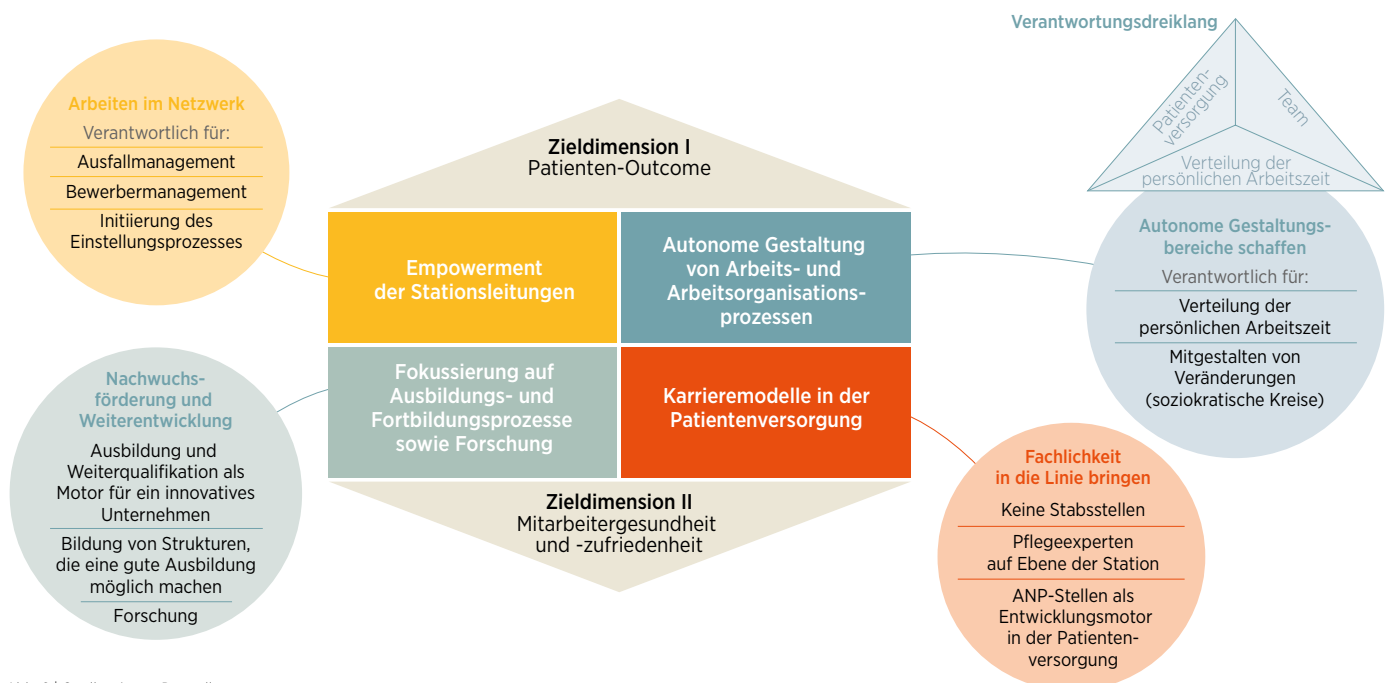


Abb. 2 | Quelle: eigene Darstellung

Dienstpläne sind ein (Macht-)Instrument, das bei falscher Anwendung zu Frust bei den Mitarbeitenden führen kann. Wenn sie selbst bestimmen dürfen, steigert das die Motivation.

Der Erfolg gibt dem LWL-Klinikum Gütersloh recht: Das neue Organisationsmodell spiegelt sich in mehr Stellenbesetzungen und einem Employer-Branding-Index von aktuell 77 Prozent wider.

stützungsfunktionen sind nun in der Linie abgebildet. Die Stationsleitungen verantworten alle dispositiven und operativen Entscheidungen, das heißt, sie kennen ihre Budgets, führen Vorstellungsgespräche mit potenziellen Mitarbeitenden und geben Einstellungszusagen im Rahmen ihres Budgets.

Partizipative Dienstpläne

Ehemals klassische Aufgaben von Stationsleitungen sind auf die Mitarbeitenden übergegangen. Zu den übertragenen Aufgaben gehört unter anderem die partizipative Dienstplanung: Im Rahmen des Verantwortungsdreiecks (ausreichend Mitarbeitende vor Ort, Teamkonsens und eigene Bedürfnisse beachten sowie durchsetzen) verplanen sich die Mitarbeitenden selbst und können so einen direkten Einfluss auf ihre Arbeitszeitgestaltung nehmen.

Damit wurde die Machtfunktion der Dienstplanschreibung an die Mitarbeitenden abgegeben, was einen direkten Effekt auf die Demokratisierung von Arbeit hat. Zuvor war die Planung der Dienste Aufgabe der Stationsleitung. Dies hat nicht immer zu einer befriedigenden Vereinbarkeit von Familie und Beruf geführt. Dienstplanung ist ein (Macht-)Instrument, das bei falscher Anwendung maßgeblich zu unzufriedenen Mitarbeitenden führen kann.

Neue Karrierewege

Wir haben Netzwerke über Abteilungsgrenzen hinweg geschaffen, um den Gedanken zu stärken, an unserem Klinikum einem Team anzugehören. Neben dem erwähnten Netzwerk der Stationsleitungen gibt es das Netz-

werk der Pflegeexperten und Advanced Nursing Practice (ANP), die wiederum übergreifend in Netzwerken organisiert sind. Das hat dazu geführt, dass sich auch die Mitarbeitenden gemeinsam für das Klinikum verantwortlich fühlen. So konnte der klinikweite Springerpool aufgelöst werden. Heute existiert ein Ausfallmanagement auf verschiedenen Ebenen. Dadurch konnte der Stellenplan auf den Stationen erhöht werden. Die Aufgabe des Ausfallmanagements wird also nun dezentral organisiert, was die Verantwortung der Mitarbeitenden in den Kernprozessen stärkt.

Zudem haben wir Karrierewege in der Patientenversorgung zunächst beschrieben und dann eingeführt. Heute gibt es transparente Karrierewege in der Pflege mit differenzierten Vergütungsmöglichkeiten auf den Niveaus von Weiterbildungs-, Bachelor- und Masterqualifikationen. Die Vergütung ist tarifkonform und berücksichtigt die Abschlüsse. Wir bilden in der Pflege aus und unterstützen und fördern in dieser bis zur Promotion.

Ergebnisse bestätigen den Wandel

Insgesamt können wir auf drei Ergebnisdimensionen verweisen, in denen wir zwischen 2020 und 2023 bisher positive Wirkungen erzielt haben: Steigerung der Anzahl der Pflegenden, Steigerung der Mitarbeitendenzufriedenheit, Senkung der Abbruchquote bei Auszubildenden in der Pflege:

- ✓ Wir konnten eine Steigerung um 73 Vollzeitäquivalente in der Pflege von 241 auf 314 erreichen.
- ✓ Wir konnten deutliche Verbesserungen bei der Zufriedenheit der Mitarbeitenden erzielen. So haben wir aktuell einen Em-

ployer-Branding-Index von 77 Prozent. Der Index spiegelt die Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeber wider und zeigt das durchschnittliche Bindungsniveau der Mitarbeitenden an. Die stärksten Verbesserungen gab es bei „Work-Life-Balance“ (von 58 % auf 71 %) und „Hierarchieerleben“ (von 60 % auf 73 %). In der Gesamtschau der Befragungsschwerpunkte liegen wir in 14 von 15 Dimensionen im Bereich gut bis exzellent.

- ✓ Die Abbrecherquote in der Pflegeausbildung liegt bundesweit bei circa 30 Prozent, bei uns beträgt sie hingegen 11,5 Prozent (2022). Die Übernahmequote nach erfolgreicher Abschlussprüfung beträgt 54,2 Prozent.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass auch tradierte Unternehmen wie Krankenhäuser in der Lage sind, sich im Sprint beziehungsweise innerhalb relativ kurzer Zeit zu verändern. Zwischen dem Beginn der Veränderung der Führungsstruktur und des Führungsverhaltens liegen bei uns nur drei Jahre. Um einen solchen Wandel zu bewerkstelligen, braucht es das Commitment und den Willen der Spitzenführungskräfte. ●

Literatur

Auffenberg, J. et al. (2022): „Ich pflege wieder, wenn ...“. Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften; www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflge_wieder_wenn_Langfassung.pdf

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2022): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2022; www.dki.de/fileadmin/user_upload/Krankenhaus-Barometer_2022_final.pdf