

A. Belliger

Healthcare Transformation – von Systemen zu Netzwerken

Strategie- und Handlungsfelder zur
Gestaltung der künftigen
Arbeitswelt im Gesundheitswesen

e-Offprint aus

V.E. Amelung | S. Eble | R. Sjuts
T. Ballast | H. Hitdebrandt | F. Knieps
R. Lägel | P. Ex (Hrsg.)

Die Zukunft der Arbeit
im Gesundheitswesen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Autorin

Prof. Dr. Andréa Belliger

Institut für Kommunikation & Führung IKF
Morgartenstr. 1
6003 Luzern
Schweiz



e-Offprint aus

V.E. Ameling | S. Eble | R. Sjuts | T. Ballast
H. Hildebrandt | F. Knieps | R. Lägel | P. Ex (Hrsg.)
Die Zukunft der Arbeit
im Gesundheitswesen

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstr. 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2020

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH

Titelbild: © Adobe Stock/naka

Printed in Germany

5

Healthcare Transformation – von Systemen zu Netzwerken: Strategie- und Handlungs- felder zur Gestaltung der künftigen Arbeitswelt im Gesundheitswesen

Andréa Belliger

Digitalisierung im Gesundheitswesen ist das Thema der Stunde. Der gesetzliche Rahmen für die sichere digitale Kommunikation ist in Deutschland seit Ende 2015 in Form des eHealth-Gesetzes in Kraft; Themen wie Telematikinfrastruktur, Stammdatenmanagement, elektronische Patientenakte, Videosprechstunden und Telefonkonzile wurden in den letzten Jahren in diversen Gesetzen niedergeschrieben und langsam finden diese technologischen Entwicklungen Beachtung und Eingang in die Kliniken, Praxen und Labors und damit in den Alltag des ersten Gesundheitsmarktes. Kein Kongress, bei dem nicht Themen wie Data Driven Healthcare, personalisierte Medizin, eHealth, neue Ansätze in Forschung, Diagnose und Therapie und die Forderung nach einer neuen Innovationskultur im Gesundheitswesen auf der Agenda stehen. Viele dieser Themen befinden auf der Hype-Skala zwar weit oben und gehören noch eher in die Welt der Zukunftsvisionen, denn in den tatsächlichen Alltag des real existierenden Gesundheitswesens. Dennoch: Dass sich der Umgang mit Gesundheit und Krankheit gegenwärtig auf dem Hintergrund einer zunehmenden Digitalisierung und Vernetzung grundlegend verändert, scheint Tatsache. Denn unabhängig und lange Zeit unbeachtet vom klassischen Gesundheitswesen hat sich, wenn es um die persönliche Auseinandersetzung mit diesen Themen geht, eine Art Paralleluniversum entwickelt. Die Welt der vernetzten Bürger und Konsumenten, die Welt der ePatienten. Ein Paralleluniversum, das in den Möglichkeiten der Vernetzung gründet, neue Werte und Normen hervorbringt und von dem eine starke transformative Kraft ausgeht, die das Gesundheitswesen, so wie wir es heute kennen, weit über technologische Innovation ziemlich auf den Kopf stellen wird.

5.1 Von Digitalisierung zu digitaler Transformation – von Systemen zu Netzwerken

Während die zunehmende Digitalisierung mittlerweile zu einem zentralen Anliegen in Gesundheitspolitik und -versorgung geworden ist, rückt das weitergefasste und viel grundlegendere Thema der „digitalen Transformation“ erst langsam ins Bewusstsein. Während Digitalisierung den Fokus stark auf das Thema der Technologie und deren Integration in Versorgungsprozesse legt, zielt „digitale Transformation“ auf die zugrundeliegenden gesellschaftlichen Veränderungen, die weit über digitale Versorgungsprozesse, die Interoperabilität von Daten zwischen Leistungserbringern oder die Nutzung von digitalen Tools und Technologien an der Schnittstelle zu Patienten hinausgehen. Zentrales Element digitaler Transformation als grundlegendem gesellschaftlichem Veränderungsprozess bildet nicht Technologie, sondern Konnektivität. Konnektivität meint, weit über technologische Vernetzung im herkömmlichen Sinn hinaus, eine neue Art uns als Gesellschaft aufzustellen und zu organisieren. Ganz kurz und salopp könnte an das bezeichnen als: weg von Systemen hin zu Netzwerken.

Was unterscheidet die beiden Organisationsformen „System“ und „Netzwerk“ voneinander?
Auf die Frage wie unsere Gesellschaft funktioniert, gibt es in den gegenwärtigen Sozialwissenschaften, etwas vereinfacht gesagt, zwei Theorien: Zum einen die Systemtheorie, die davon ausgeht, dass soziale Ordnung als System verstanden werden kann. Zum andern die Netzwerktheorie, die ihrerseits davon ausgeht, dass alle Formen von Ordnung als Netzwerkphänomene zu erklären sind. Diese Unterscheidung hat grundlegende und weitreichende Implikationen auf Funktionen, Rollen und Prozesse im Gesundheitswesen, denn die beiden Organisationsformen „System“ und „Netzwerk“ unterschieden sich in einigen grundlegenden Punkten.

Netzwerke geben keine Rollen und Funktionen vor

Jedes System – ob mechanisch wie eine Uhr, organisch wie der Körper oder sozial wie eine Klinik – hat ein Organisationsprinzip, das drei Funktionen erfüllt: es selektiert die Elemente, die zum System gehören, es relationiert, d.h. es setzt die Elemente zueinander in Beziehung und es steuert. Die „Elemente“ des Systems, also die Rollen und Funktionen, sind vom System „konstruiert“. Ein Arzt ist ein Arzt, eine Pflegefachperson eine Pflegefachperson, ein Patient ein Patient. Sie haben bestimmte Funktionen und Rollen im System zu erfüllen. Netzwerke hingegen geben keine klaren Rollen und Funktionen vor. Eine Mutter eines chronisch kranken Kindes hat möglicherweise durch die intensive Auseinandersetzung mit dieser Krankheit, den Zugang zu Online-Informationen und den Austausch mit anderen Betroffenen in Online-Patientencommunities, d.h. durch ihr Vernetzsein und die Möglichkeit, an Netzwerken zu partizipieren, mehr Wissen über diese spezifische Krankheit, als der sie behandelnde Hausarzt. In vernetzten Gesundheitssettings werden die traditionellen, etablierten und ritualisierten Laien- und Expertenrollen zunehmend dysfunktional.

Netzwerke haben keine Grenzen, sie sind offen und durchlässig

Jedes System ist auf eine Differenz zur Umwelt begründet und diese Differenz ist für jedes System konstitutiv. Systeme müssen für ihre Identität also klare Grenzen haben. Sie müssen wissen, wer oder was dazu gehört und wer nicht, wer beispielsweise gesund und wer krank ist, was ambulant und was stationär behandelt wird, welches Medikament oder Medizinprodukt zugelassen ist und welches nicht, welche Behandlung abgerechnet werden kann und welche nicht. Ein Spital als System betrachtet grenzt sich traditionellerweise klar ab von ambulanter Pflege, von niedergelassenen Ärzten, von Pflegeeinrichtungen oder einem Seniorenheim. Im Gegensatz zu Systemen haben Netzwerke durchlässige und unscharfe Grenzen. Für sie ist weniger wichtig zu wissen, wer oder was dazu gehört, als zu wissen, wer mit wem verbunden ist. Ein Netzwerk differenziert sich von anderen Netzwerken nicht durch Grenzen, sondern durch die Intensität und Qualität der Kommunikationen. Für einen Diabetespatienten gehört deshalb seine aus Online-Freunden bestehende Diabetes-Community genauso zum Netzwerk wie seine Diabetes-Ärztin, seine Diabetes-Beraterin, sein Case Manager bei der Versicherung und sein Blutzuckermessgerät.

Netzwerke sind komplex, heterogen und ständig im Wandel begriffen

Wandel, Heterogenität und Diversität sind in der DNA von Netzwerken grundgelegt. Für ein Netzwerk entsteht Ordnung nicht wie bei Systemen dadurch, dass möglichst viel Komplexität durch zentrale Steuerung, klare Zielsetzungen, strenge Funktionalisierungen oder strikte Prozessdefinition reduziert wird, sondern durch das Freisetzen der Kräfte der Selbstorganisation. Heterogenität, Diversität und Flow sind jene Prinzipien, die Netzwerke smart und innovativ machen.

Netzwerke lassen sich nicht top down steuern

Netzwerke lassen sich im Gegensatz zu Systemen nicht top down steuern. Ordnung entsteht in Netzwerken auch, aber nicht top down, sondern bottom up, selbstorganisierend, emergent. Netzwerke wie traditionelle Organisationen managen oder steuern zu wollen, ist äußerst schwierig. Netzwerke erfordern neue Formen von Führung und Governance. Führungs Personen müssen sich mit der Tatsache auseinandersetzen, dass in Netzwerken permanent Interaktionen und Kräfte zur Wirkung kommen, die sich nicht nach den Organisationsmustern der Hierarchie richten. Auf dem Hintergrund einer zunehmenden Konnektivität und dem organisationalen Übergang von Systemen zu Netzwerken sind gegenwärtig neue Organisationsmodelle am Entstehen. Sie tragen Namen wie Soziokratie, Holokratie oder Adhokratie und bauen weit ab von klassischen Linienarchitekturen im Kern auf dezentrale, selbstorganisierte Teams und Strukturen.

Das klassischste Beispiel für eine solche Netzwerkorganisation im Gesundheitswesen ist **Buurtzorg**, ein Versorgungs- und Arbeitsmodell, welches seit 2006 in Holland in der ambulanten Pflege angewendet wird. Das Buurtzorg-Modell basiert auf der Idee, dass eine Netzwerkorganisation gegenüber einem klassischen hierarchischen System viel besser in der Lage ist, Zufriedenheit unter den Pflege-

bedürftigen, Angehörigen und Mitarbeitenden, aber auch im sozialen Umfeld und bei den andern Akteuren im Gesundheitswesen und der Gesellschaft zu bewirken. Buurtzorg richtet seinen Fokus konsequent auf die Bedürfnisse der Menschen aus. Die weit über 10.000 Mitarbeitenden arbeiten ganz ohne Manager in selbst-organisierten Teams von höchstens 12 Personen, die von lediglich 50 Mitarbeitenden im Bereich der zentralen Funktionen unterstützt werden. Menschlichkeit über Bürokratie. Evaluationen zeigen, dass sich dieses Netzwerkmodell positiv auf die Pflegequalität auswirkt und gleichzeitig die Motivation der Mitarbeitenden hebt.

5.2 Neue Werte und Normen: Kommunikation, Transparenz und Partizipation

Digitale Transformation und Konnektivität geht mit einer Reihe „neuer“ Werte und Normen, einer neuen Grundhaltung und einer neuen Organisations- und Branchenkultur einher. Patienten, Angehörige, aber auch Mitarbeitende wünschen sich heute offene Kommunikation, Transparenz und Partizipation.

Offene Kommunikation

Wie in anderen Branchen steht auch im Gesundheitswesen die Forderung nach einer neuen Form der (Patienten-)Kommunikation als Forderung im Raum. Kommunikation soll offen, selbstkritisch, ehrlich und dialogbereit sein. Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten, in erster Linie aber mit Pflegepersonen wird in den meisten Studien als Hauptgrund für Patientenzufriedenheit genannt. Und Patientenzufriedenheit wiederum als maßgeblicher Treiber für Health Outcome. In Europa wird diesem Thema langsam aber sicher mehr Beachtung geschenkt.

Das Dresdner Sozialunternehmen „Was hab' ich?“ übersetzt für Patienten kostenlos medizinische Berichte und Befunde in ein verständliches Deutsch und der Direktor des REshape Center an der Radboud Universität in den Niederlanden hat an der eigenen Klinik eine neue Funktion, die des CLO, des Chief Listening Officers eingerichtet, dessen Aufgabe nichts weiter beinhaltet, als den Patienten, ihren Angehörigen, aber auch den Mitarbeitenden zuzuhören und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die Qualitätsprozesse der Organisation einfließen zu lassen.

Transparenz und Partizipation

Zudem ist Transparenz gefordert: Wer heute als Einzelperson insbesondere in einer Führungsposition oder als Organisation nicht transparent ist, ist irgendwie suspekt. Dabei ist nicht nur Produkt- und Dienstleistungstransparenz, wie sie etwa die „Weiße Liste“ der Bertelsmann Stiftung bietet, gefordert, sondern genauso eine Transparenz in der Kommunikation gegen innen. Das Themenspektrum der internen Kommunikationstransparenz ist weit und reicht von Wissensmanagement in der Organisation über Ansätze des Informal und Social Learning bis zur Offenlegung von Stra-

tegieunterlagen oder der Transparenz von Vergütungsmodellen und Löhnen im Sinne des New Pay. Transparenz wird zunehmend zur gesellschaftlichen, individuellen wie organisationalen Default-Einstellung.

Neben Kommunikation und Transparenz ist auch das Thema Partizipation von zentraler Bedeutung: Patienten, Angehörige, aber auch Mitarbeitende möchten heute auf Augenhöhe kommunizieren und von Beginn an in Prozesse und Entscheidungen einbezogen werden.

Gegenwärtig erleben wir in allen Gesellschaftsbereichen einen Übergang von Systemen hin zu Netzwerken. Und dies mit ziemlich weitreichenden Folgen. Die traditionellen Akteure befinden sich in der Regel noch auf der Systemseite, während die vernetzten Patienten, Konsumenten und Bürger sich vermehrt in Netzwerken bewegen. Für viele Patienten geschieht der Umgang mit ihrer Krankheit längst nicht mehr isoliert zwischen Arzt und Patient, sondern in einem komplexen Netzwerk unterschiedlichster menschlicher und nichtmenschlicher Akteure, online wie offline, analog wie digital.

Diese Werteveränderung und die Forderungen von Patientenseite nach offener Kommunikation, Transparenz und Partizipation zeigen sich bereits heute in unterschiedlichsten Bereichen des Gesundheitswesens wie der medizinischen Forschung oder einem neuen Umgang mit Gesundheitsdaten.

5.2.1 Neuer Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten

In der heutigen Gesellschaft ist ein neuer Umgang mit persönlichen Gesundheitsdaten erkennbar. Patienten, Bürger und Konsumenten haben keine grundsätzlichen Ängste, wenn es um die Digitalisierung ihrer Daten geht. Sie wollen aber eigenständig darüber verfügen, wer zu welchem Zweck Zugang zu diesen Daten hat. Studien zeigen, dass zwei Drittel der Patienten es begrüßen würden, wenn sie ihre Befunde, Röntgenbilder oder Laborwerte zu einer neuen medizinischen Ansprechperson mitnehmen könnten. Dieses Interesse nimmt übrigens mit steigendem Alter stark zu. Es zeichnet sich ab, dass von Patientenseite verstärkt der Druck kommen wird, medizinische Daten zugänglich zu machen und darüber hinaus endlich die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern zu öffnen, damit Kooperation und Koordination optimiert werden können. Dass die Daten im Besitz der Patienten sind und ihnen technisch wie politisch Zugang dazu gewährt wird, ist äußerst wichtig. Sichere Datenablagenysteme wie das elektronisches Patientendossier in der Schweiz oder die Gesundheitsakte in Deutschland, sogenannte Personal Health Records (PHR), befähigen Patienten, Besitzer der eigenen Daten zu werden. Denn der beste Ort Gesundheitsdaten zu zentralisieren, ist letztlich der Patient. Als Reaktion auf diese Forderung ist 2010 die „blue button“-Bewegung entstanden, die weltweit auf großes Interesse stößt. Ein blauer Downloadknopf auf der Website einer Klinik, eines Arztes oder eines Labors zeigt dem Patienten an, dass er seine medizinischen Daten anschauen, herunterladen und auf Wunsch in andere Applikationen integrieren kann.

Auf diesem Hintergrund verändert sich gegenwärtig auch Forschung. Der Ansatz partizipativer Forschung misst dem Patienten als „Citizen Scientist“ eine neue Rolle in der medizinischen Forschung zu., Vernetzt in großen Communities, ausgerüstet mit neuen Technologien und der Möglichkeit, die eigenen medizinischen Daten ins Netz einzuspeisen, tragen Patienten bereits heute maßgeblich dazu bei, die Qualität und den Umfang medizinischer Forschung zu verbessern. Das Potenzial der Beteiligung von Patienten an Innovation und gemeinsamer Wertschöpfung im Sinne einer „value co-creation“ wird zunehmend ersichtlich. Crowdpower beschreibt, wie sich die Gesundheitsforschung aufgrund der technologiebasierten Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft verändert und wie Krankheiten möglicherweise mithilfe dieses gemeinsamen Efforts frühzeitig festgestellt, besser behandelt oder sogar verhindert werden können.

5.2.2 Open Data, Open Notes, Open Everything

Dass nicht nur Patienten im Sinne des „ePatient Crowdsourcing“ Offenheit leben und beispielsweise ihre Gesundheitsdaten der Forschung „spenden“, zeigt die Open Notes-Initiative, die Patienten dazu einlädt, sämtliche Notizen und Informationen von Ärzten, Pflegepersonen und Labors einzusehen, um partnerschaftlich und besser informiert am Management der eigenen Gesundheit teilhaben zu können. Die englische NHS hat ein Programm gestartet, das den Patienten vollen Zugang zu den medizinischen Daten und NHS-akkreditierten Gesundheits-Apps gibt.

Ein Beispiel für diesen Ansatz aus der Schweiz ist das webbasierte Patientendossier der Palliative Care in Solothurn. Der Betreuungsplan als Nahtstelle für die interdisziplinäre Behandlung der Patienten liegt beim Patienten; er bestimmt, wer Einsicht nehmen darf.

Studien zeigen: Ärzte, die ihre ärztlichen Verlaufseinträge für ihre Patienten öffnen, stärken die Arzt-Patienten-Beziehung und das Vertrauen. Die Patienten übernehmen vermehrt Verantwortung für sich selbst und ihre Behandlung, die Patientensicherheit verbessert sich, eine partizipative Entscheidungsfindung wird gefördert. Und all dies kann erreicht werden, ohne dass die Arbeitslast der Ärzte steigt.

5.2.3 Partizipative Medizin und Shared Decision Making

Das Credo der Netzwerkgesellschaft lautet: Nicht Wissen und Information hüten, sondern Wissen und Informationen teilen führt zu neuem Wissen. Menschen teilen übrigens – z.B. ihre Bilder auf Facebook oder ihre Genomdaten – aus guten Gründen, nicht weil sie naiv oder exhibitionistisch wären. Menschen teilen, weil sie einen Vorteil darin sehen. Teilen ist eine soziale Handlung: sie verbindet, stellt Beziehungen her, bildet Vertrauen, Fremde werden zu Freunden. Eine neue Kultur des Teilens hat Einzug gehalten. Die Zugänglichkeit zu Information und die Möglichkeit, sich zu vernetzen und zu teilen, verändert gegenwärtig die Rollen im Gesundheitswesen. Patienten sehen sich zunehmend weniger als passive Empfänger von Gesundheits-

dienstleistungen, sondern als aktive und selbstbestimmte Kommunikationspartner, als Initianten von Präventionsmaßnahmen, Verantwortliche für Gesundheitsmonitoring und Manager von „home based care“ – als befähigt, kompetent und „empowered“. Damit rücken Konzepte in den Vordergrund, die die klassische Arbeitsteilung zwischen Experten und Laien, Health Professionals und Patienten aufbrechen. Partizipative Medizin und Shared Decision Making rücken in den Fokus. Die EU hat das Thema „partizipative Medizin“ mit dem Slogan „Putting patients in the driving seat“ schon früh auf ihren Aktionsplan der digitalen Agenda gesetzt.

5.2.4 ePatienten-Bewegung

Auf dem Hintergrund der digitalen Transformation ist eine neue Generation von Patienten am Entstehen, die die Werte der vernetzten Welt, offene Kommunikation, Transparenz und Partizipation ins Zentrum stellt und sich selber als „ePatienten“ oder „Superpatienten“ bezeichnet. Das kleine „e“ vor Patient steht nicht nur für „elektronisch“, sondern für educated, enabled, engaged und empowered – aktiv, befähigt, kompetent. Diese ePatienten sind mit ihren Forderungen zu einer neuen Einflussgröße auf dem Gesundheitsmarkt geworden.

5.3 Digitale Transformation als Führungsherausforderung

Im Kern ist digitale Transformation also ein Veränderungsprozess, der weit über die Digitalisierung von Versorgungsprozessen hinaus das Potenzial in sich birgt, Strukturen und Arbeitsweisen, vielleicht sogar die Kultur und das Mindset im Gesundheitswesen zu verändern. Technologien einzuführen ist an sich relativ einfach, Haltungen und Kulturen zu verändern hingegen in keinster Weise. Digitale Transformation ist deshalb nicht Aufgabe der IT, sondern eine Führungsaufgabe, da es im Kern nicht um die Implementierung neuer Hard- und Software, sondern um das Überdenken von Rollen, Kompetenzen und Arbeitsweisen, das Öffnen von Organisations- und Fachgrenzen, die intra- und interorganisationale Vernetzung und ein neues „Mindset“ geht. Im Folgenden sind ein paar Leadership-Handlungsfelder skizziert, die auf dem Hintergrund der digitalen Transformation an Bedeutung gewonnen haben.

5.3.1 Digital Mindset – Technologie, Prozesse, Kultur

Um den Herausforderungen der digitalen Transformation richtig begegnen zu können, ist es wichtig, die **drei organisationalen Ebenen**, auf denen sich Digitalisierung bzw. digitale Transformation abspielt, zu unterscheiden: es sind dies die Ebenen Technologie, Prozesse und Kultur. Denn wie bereits mehrfach ausgeführt ist digitale Transformation ein Veränderungsprozess, der nicht nur Technologien und Prozesse verändert, sondern auch Organisationsstrukturen und -kulturen.

1. Der Blick auf die aktuellen Digitalisierungsprojekte im Gesundheitswesen zeigt, dass heute in der Regel große Anstrengungen auf der Ebene von Daten, Tools und **Technologien** unternommen werden: standardisierte Datenhaltung,

die Einführung eines neuen Klinikinformationssystems, Einsatz von neuen Technologien wie Virtual Reality und Medical IoT. In diesen technologischen Bereich werden gegenwärtig die meisten finanziellen und personellen Ressourcen investiert.

2. Eine zweite Ebene digitaler Transformation betrifft jene der **Prozesse**. Konsequent digitale Prozesse bedeutet nicht nur effiziente Prozessbearbeitung oder die digitale Durchgängigkeit von Administrationsprozessen, sondern ebenso eine digitale Durchgängigkeit der Versorgungsprozesse über Organisationsgrenzen hinweg, digitale Service-, Kommunikations- und Dialogkanäle, konsequente Patienten- und Kundenorientierung und das Beherrschen neuer Arbeitsmethoden wie Design Thinking. Das ist schon etwas anspruchsvoller in der Umsetzung und daher in der gegenwärtigen Landschaft des Gesundheitswesens weniger im Fokus.
3. Die dritte und wichtigste Ebene digitaler Transformation in Organisationen ist gleichzeitig auch jene, die am wenigsten Beachtung findet, vielleicht weil sie am schwierigsten umzusetzen ist. Es ist die Ebene der **Organisationskultur**, des Mindset. Dabei geht es um die Erarbeitung einer organisationsinternen oder bestenfalls einer branchenübergreifenden Vision anstelle von Silointeressen, die Antworten liefert auf die Frage, wohin die gemeinsame Reise auf dem Hintergrund der digitalen Transformation geht, darum, welche grundlegenden Veränderungen angebracht wären. Es ginge dann in einem weiteren Schritt um die Ableitung einer entsprechenden Strategie für die eigene Organisation, übergeordnet um Überlegungen zu digitaler Governance. Diese dritte Handlungsebene wird in den meisten Organisationen, nicht nur im Gesundheitswesen, gegenwärtig noch wenig berücksichtigt, wäre aber die entscheidende der drei Ebenen Technologie, Prozesse und Kultur, um die beiden andern mit Erfolg und nachhaltig zu implementieren.

Ganz generell braucht es im Gesundheitswesen dringend kreative Ansätze, wie die Leidenschaft für Veränderung vor dem Hintergrund eines ständigen Wandels in einem auf Bewahrung ausgerichteten System geweckt werden kann. Denn digitale Transformation benötigt neben Investitionen in technische Interoperabilität so etwas wie eine „kulturelle“ Interoperabilität – eine Durchlässigkeit der Hirne und Herzen. Digitale Transformation braucht nicht nur Geld, sondern vor allem etwas mehr Vertrauen, Mut und Leidenschaft für Veränderung.

5.3.2 Zukunftskompetenzen und Future Work Skills

Dass der rasch voranschreitende technologische Wandel auch zu tiefgreifenden Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt führt, ist bekannt. Es gibt unzählige Studien über die Auswirkungen dieser Veränderungen. Dabei gibt es vereinfacht gesagt zwei Lager: Die einen prognostizieren einen ersatzlosen Wegfall der Hälfte der heutigen Jobs aufgrund der Digitalisierung und Automatisierung in den nächsten 30 Jahren mit der Folge, dass wir uns mit Themen wie Grundeinkommen und sozialer Solidarität in ganzer neuer Dringlichkeit auseinandersetzen müssen. Andere glauben an das Entstehen einer Vielzahl neuer Berufe, die insbesondere humane Fähigkeiten wie Beraten, Begleiten, Umsorgen und Vernetzen ins Zentrum stellen. Vor diesem Hinter-

grund wird die Auseinandersetzung mit dem Thema „Future (Work) Skills“ zu einem weiteren dringenden Handlungsfeld auch im Kontext des Gesundheitswesens. Es ist vorrangige Führungsaufgabe, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen auf dem Hintergrund digitaler Transformation künftig benötigt werden. Die University of Phoenix hat vor ein paar Jahren eine gleichermaßen interessante wie zum Nachdenken anregende Kompetenzübersicht zusammengestellt. Erstaunlicherweise finden sich in dieser Liste keine fachlichen oder technischen Fähigkeiten, sondern vielmehr Kompetenzen wie:

- **Sensemaking**, die Fähigkeit, Dingen eine tiefere Bedeutung oder Wichtigkeit beizumessen zu können, vielleicht übersetzt so etwas wie moralische Urteilsfähigkeit.
- **Critical Thinking**, die Fähigkeit, Dinge zu Ende zu denken. Mit dem Wegfall verbindlicher übergeordneter Autoritäten stehen wir vor der Schwierigkeit, selbst über Wahrheit und Unwahrheit, Fake oder Nicht-Fake entscheiden zu müssen in einer Welt, in der kein gesellschaftlicher Konsens mehr darüber besteht, welche Werte und welches Wissen allgemeinverbindlich gelten sollen.
- **Novel, adaptive Thinking**, die Fähigkeit, immer wieder Dinge neu zu denken – auch nach vielen Jahren in der gleichen Organisation
- **Social Intelligence**, die Fähigkeit sich in andere einzufühlen, Empathie
- **Cognitive Load Management**, die Fähigkeit zur Differenzierung, zur Unterscheidung von Wichtigem und Unwichtigem
- **Cross Cultural Competency**, die Fähigkeit, in heterogenen Teams zu arbeiten. Untersuchungen zeigen, dass solche Gruppen am intelligentesten und innovativsten sind, in denen Menschen verschiedenen Alters, mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Arbeits- und Denkmustern sowie aus diversen Disziplinen zusammenarbeiten.
- **Virtual Collaboration**, die Fähigkeit, trotz räumlicher Trennung effizient zusammenzuarbeiten

Im Bildungswesen wird auf diese neuen Anforderungen wenig reagiert. Eine Ausnahme ist Finnland. Das Land hat auf die neuen Kompetenzanforderungen der digitalen Transformation reagiert und ist dabei, das Schulsystem umzustellen. Fächer wie Mathematik, Sprachen oder Geografie werden in den Hintergrund gerückt und Fähigkeiten wie Kommunikation, Kreativität, kritisches Denken und Zusammenarbeit als Kernkompetenzen künftiger Generationen ins Zentrum gestellt.

Ein Blick in die Curricula medizinischer und pflegerischer Ausbildung in den deutschsprachigen Ländern zeigt, dass viele dieser Kompetenzen trotz aktueller fakultärer Reformprozesse und Erneuerungen der Lernzielkataloge in Aus-, Weiter- und Fortbildung nicht oder weiterhin nur ungenügend adressiert werden. Die oben gelistete Kompetenzauflistung zeigt aber auf, dass medizinische Fachpersonen künftig nicht nur die Fähigkeit besitzen müssen, Tools und Technologien zu verstehen, mit Daten umzugehen oder neue digitale Behandlungskonzepte einordnen und in der Praxis anwenden zu können, sondern viel weitreichendere überfachliche Kompetenzen benötigen.

5.4 Fazit

Die digitale Transformation verändert unsere Gesellschaft tiefgreifender als andere Veränderungsprozesse zuvor. Nachdem in den letzten Jahren in vielen Organisationen im Gesundheitswesen große Anstrengungen im Bereich der Digitalisierung unternommen und viel in standardisierte Datenhaltung und die Nutzung neuer Technologien investiert wurde, wird seit einiger Zeit das Thema der digitalen Transformation wichtiger. Während Digitalisierung den Fokus stark auf das Thema der Technologie und deren Integration in Versorgungsprozesse legt, zielt der Begriff „digitale Transformation“ auf die zugrundeliegenden gesellschaftlichen Veränderungen. Kernstück digitaler Transformation ist Konnektivität, die zunehmende Organisation in Netzwerken. Wie in allen Gesellschaftsbereichen erleben wir auch beim Thema Gesundheit einen Paradigmenwechsel von „Systemen“ hin zu „Netzwerken“. Netzwerke sind bemerkenswerte Gebilde: Sie geben keine Rollen und Funktionen vor, sind soziotechnisch, offen, durchlässig und nichthierarchisch. Dieser Paradigmenwechsel geht einher mit „neuen“ gesellschaftlichen Werten und Normen wie offene Kommunikation, Transparenz und Partizipation. Digitale Transformation ist damit nicht so sehr ein technologischer, als vielmehr ein kultureller Transformationsprozess, bei dem Technologie lediglich als Katalysator wirkt. Im Gesundheitswesen ist Digitale Transformation deshalb nicht in erster Linie Aufgabe der IT-Verantwortlichen, sondern eine zentrale Führungsaufgabe. Denn es geht im Kern nicht um die Implementierung neuer Hard- und Software, sondern um das Überdenken von Rollen und Kompetenzen, um das Öffnen von Organisations- und Fachgrenzen im Sinne einer technischen, aber vor allem kulturellen Interoperabilität, um intra- und interorganisationale Vernetzung über Silo- und Kastengrenzen hinweg, um die Vernetzung der Versorgungsorte, um Transparenz als organisationale Default-Einstellung, um dezentrale, selbstorganisierte, entscheidungsbefähigte Einheiten anstelle von Hierarchie und zentraler Steuerung, um Governance anstelle von Government, um die Ermöglichung eines neuen „Mindset“ und das Initiiieren von Leidenschaft für Veränderung.

Literatur

Belliger A, Krieger DJ (2014) Gesundheit 2.0. Das ePatienten-Handbuch. transcript Bielefeld



Prof. Dr. Andréa Belliger

Andréa Belliger ist Prorektorin der PH Luzern und Co-Leiterin des Instituts für Kommunikation & Führung. Sie leitet u.a. den Studiengang CAS eHealth – Gesundheit digital (www.ikf.ch) und berät Unternehmen rund um die Themen der digitalen Transformation.