

**Digitale Transformation
in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft
- Personalmanagement, Kundenorientierung -**

**Weiterdenkertagung20
Gesund.Digital.Personal.Sozial**

16. Oktober 2020

- Tagungsdokumentation -

Axel Olaf Kern, Perpetua Schmid (Hrsg.)



Masterstudiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen (MBA)

RWU - Ravensburg-Weingarten University of Applied Science
Masterstudiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen
Prof. Dr. Axel Olaf Kern, Perpetua Schmid
Leibnizstr. 10
88250 Weingarten
msg@rwu.de

Weingarten 2021

Vorwort

Axel Olaf Kern, Perpetua Schmid

In allen Wirtschaftsbereichen bewirkt der digitale Wandel, dass traditionelle Geschäftsmodelle und Leistungsangebote sich verändern und an neue Anforderungen angepasst werden müssen. Dies trifft insbesondere auch auf die Sozial- und Gesundheitswirtschaft zu.

Davon sind sowohl innerbetriebliche Prozesse betroffen, die infolge der technischen Möglichkeiten systematisch überprüft werden müssen, als auch die Beziehungen zu Finanzierungsträgern Kooperationspartnern und den Leistungsempfängern, den Klienten und Patienten. Darüber hinaus können diese technologieinduzierten Veränderungen nur gelingen, wenn sowohl die Mitarbeiter als auch die Klienten, Patienten und Kunden in die Veränderungsprozesse eingebunden sind und diese mitgestalten sowie mittragen.

Die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung hin zu einer zunehmenden Zahl hochaltriger Menschen mit Versorgungsbedarf bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl junger Erwerbstätiger erfordern den Ausbau der Digitalisierung. Die Herausforderungen an die Unternehmen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft steigen somit, um Mitarbeiter zu gewinnen und im Unternehmen zu halten und zugleich die gesellschaftlich gemachten Versorgungsversprechen in Einklang zu bringen. Dies bedeutet Leistungsangebote im Angesicht neuer technologischer, digitaler Möglichkeiten effizient zu gestalten, die Finanzierung bei schrumpfender Einnahmenbasis in der Sozialversicherung zu sichern.

Zugleich ergeben sich für die Sozial- und Gesundheitseinrichtungen neue Anforderungen hinsichtlich der Leistungsgestaltung aus den Erwartungen, die sich den Nachfragen, Klienten, Patienten und Angehörigen durch die neuen digitalen Medientechnologien eröffnen. Erkenntnisse über Leistungsangebote und auch deren Qualität können über große Entfernungen hin ausgetauscht werden und beeinflussen so auch das Nachfrageverhalten der Menschen gegenüber den Leistungsanbietern in allen Hilfebereichen im Sozial- und Gesundheitssektor. Die Informationsdiffusion schreitet schnell voran, sodass für die Unternehmen eine Professionalisierung des Informations- und Kontaktmanagements unabdingbar ist. Hierzu zählt auch, wie Mitarbeiter über die als Social Media bezeichnete Informationsplattformen systematisch angesprochen und gewonnen werden und im Homeoffice über digitale Medien entsprechend entwickelt und geführt werden können.

Der vernetzte Informationsfluss zwischen den Leistungserbringern, um Versorgungsprozesse zu organisieren, wird mit den Anforderungen aus der Agenda der Telematikinfrastruktur kompatibel zu

gestalten sein. Hierfür bedarf es systematischer prozessualer Analysen und einer darauf aufbauenden Ausrichtung der unternehmerischen Prozesse. Anforderungen an das Qualitätsmanagement werden zunehmen.

Verbunden damit bedarf es aus Sicht des Marketings insbesondere, dass sich die Unternehmen auf die Qualität der Versorgung aus Sicht der Klienten, Patienten, also der Kunden einstellen. Hierzu zählt insbesondere, dass sie die Bedürfnisse der Leistungsempfänger erfassen und diese in die bereits existierenden Prozesse zur Leistungserstellung integriert werden. Hier ist bei einem zunehmend einfacheren Vergleich der Qualität von Leistungsangeboten die Floskel „Der Mensch steht im Mittelpunkt.“ tatsächlich mit Leben zu erfüllen und gegenüber den Klienten und Patienten einzulösen. Infolge dessen, dass auch die Finanzierungsträger zunehmend die Qualität der Versorgung unter dem Aspekt der Evidenzbasierung in den Blick nehmen, ist eine am Kundennutzen orientierte Ausrichtung des Unternehmensselbstverständnisses zu erwarten.

Mit diesem Tagungsband der Weiterdenkertagung20 werden die Vorträge und Arbeitsergebnisse zu diesen Zusammenhängen von digitaler Transformation und Unternehmensführung vorgelegt.

Inhaltsverzeichnis

1.	Von eHealth zu Connected Health: Digitale Transformation ist mehr als Videosprechstunde und Apps auf Rezept (Andrea Belliger).....	1
2.	Erfolgsfaktoren für die Kundenorientierung von heute und morgen.(Arne Mack, Stefan Bohrmann)	7
3.	Mensch bleiben in digitaler Arbeitswelt (Ines Wotsch, Raimund Alker).....	14
4.	Die Telematikinfrastruktur startet durch (Thorsten Blocher)	22

1. Von eHealth zu Connected Health: Digitale Transformation ist mehr als Videosprechstunde und Apps auf Rezept

Andrea Belliger

Die Pandemie und das digitale Tauwetter im Gesundheitswesen

Die aktuelle Pandemie hat aufgezeigt, wie leicht sich bürokratische Vorgaben abbauen lassen, wenn es denn sein muss. Während es vor der Pandemie nur ein paar hundert Praxen waren, die in Deutschland Videosprechstunden angeboten haben, so sind es mittlerweile tausende. Auch die Patienten fordern mehr digitale Angebote ein. Fast jeder zweite Bürger kann sich gemäss einer aktuellen Bitkom Studie¹ vorstellen, künftig eine Videosprechstunde in Anspruch zu nehmen. Grosses Interesse besteht zudem an der Nutzung der elektronischen Patientenakte und am eRezept. Auch Künstliche Intelligenz stösst vermehrt auf Akzeptanz: Fast die Hälfte der Befragten würde gerne regelmässig eine Zweitmeinung von einer KI einholen. Dass Digitalisierung im Gesundheitswesen für Patienten aber längst mehr ist als Videosprechstunden und Apps auf Rezept zeigen verschiedene Umfragen der letzten Jahre²: Patienten fordern seit Jahren mehr Transparenz, Kommunikation und Partizipation: mehr Transparenz medizinischer und ärztlicher Dienstleistungen beispielsweise durch online Bewertungsmöglichkeiten von Arztpraxen, bessere Kommunikation durch das Neben- und Miteinander von analogen und digitalen Konsultationsmöglichkeiten, durchgängig digitale Prozesse zwischen den Leistungserbringern zur Steigerung der Behandlungsqualität oder der Zugriff auf die eigenen Befund- und Therapiedaten für mehr Information und Partizipation. Interessant ist, dass Patienten den digitalen Neuerungen gegenüber aufgeschlossener sind als die Ärzteschaft.

Es ist noch etwas früh, bereits abschliessend über die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu urteilen. Klar ist, dass dieser Ausnahmezustand zu einer Art «Defreezing» von eHealth und Digital Health in Versorgungsprozessen geführt hat. Ein langsames Auftauen, was den Einbezug digitaler Tools und Technologien, die Etablierung digitaler Prozesse und die Haltung dem digitalen Wandel gegenüber betrifft.

¹ Bitkom Research, Digital Health 2020, <https://www.bitkom-research.de/de/pressemitteilung/deutschlands-patienten-fordern-mehr-digitale-gesundheitsangebote>

² eHealth Barometer <https://e-healthforum.ch/barometer/>; ePatient Survey <https://www.epatient-analytics.com/epatient-survey>; Digitalisierungsreport 2019 der Krankenkasse DAK-Gesundheit <https://www.dak.de/dak/gesundheit/e-health-loesungen-so-denken-die-aerzte-2220224.html>

Von eHealth zu Connected Health: Digitale Transformation ist mehr als Videosprechstunde und Apps auf Rezept

Die Grundlagen dafür wären schon länger vorhanden. 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, aber erst langsam finden diese technologischen Entwicklungen, akzentuiert auch durch die Corona-Krise, Beachtung und Eingang in die Kliniken, Praxen und Labors und damit in den Alltag des ersten Gesundheitsmarktes.

Konnektivität vor Digitalisierung

Die Diskussion über die Digitalisierung im Gesundheitswesen verliert sich häufig in technischen Detailfragen, ganz konkreten Umsetzungsproblemen oder datenschutzrechtlichen Diskursen. Dabei gerät ausser Acht, dass wir mit einem grundlegenden gesellschaftlichen Veränderungsprozess konfrontiert sind, die als digitale Transformation bezeichnet wird. Während Digitalisierung nichts anders meint als die Übersetzung von irgendwelchen analogen Werten in Bits und Bytes, also etwas sehr Technologiegetriebenes ist, geht Digitale Transformation weit über Technologie hinaus. Digitale Transformation ist ein gesellschaftlicher Veränderungsprozess, der tief in die Werte, Haltungen und Normen unserer Gesellschaft hinein reicht. Das heisst, wenn wir über Digitalisierung im Gesundheitswesen sprechen, dann geht es im Kern nicht einfach um Gesundheitsapps, Plattformtechnologien, Big Data, um digitale Prozesse oder neue Marketing- und Vertriebskanäle, sondern um eine neue Haltung, um neue Werte und Normen. Kern der digitalen Transformation ist nicht Technologie, sondern Konnektivität, die zunehmende Organisation unserer Lebenswelt in Netzwerken. Die Auswirkungen sind bereits spürbar: das Gesundheitswesen wandelt sich von einem geschlossenen, top down gesteuerten, regulierten System mit klaren Rollen und Funktionen hin zu einem offenen, selbstorganisierten Netzwerk. Konnektivität impliziert weit über neue Technologien und neue Geschäftsmodelle hinaus in erster Linie eine Veränderung des Mindsets und der Kultur. Neben Investitionen in die längst überfällige *technische* Interoperabilität von Daten, braucht es deshalb vorrangig Investitionen in die *kulturelle* Interoperabilität im Gesundheitswesen – die Anschlussfähigkeit der Haltungen und Visionen, der Hirne und Herzen der verschiedenen Akteure.

Handlungsfelder eines vernetzten Gesundheitswesens

Wenn wir Gesundheit auf dem Hintergrund einer zunehmenden Konnektivität konsequent vernetzt weiterdenken, hat dies eine Reihe von grundlegenden Implikationen für alle Akteure – von Patienten, Leistungserbringern, Selbstverwaltung, über Kassen und Industrie bis zur Gesundheitspolitik.

Neues Verständnis von Gesundheit

Das Gesundheitssystem und insbesondere seine Abgeltungsmechanismen basieren auf einer scharfen, aber ziemlich wirklichkeitsfremden Trennung von Gesundheit und Krankheit. Die Netzwerkperspektive sieht Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. Die im System verankerte Dichotomie von Gesundheit und Krankheit würde verschwinden. Damit rücken Themen wie Prävention und Public Health als zentrale Investitionsbereiche in den Fokus, ebenso wie eine Aufweichung der starren Grenzen zwischen 1., 2. und 3. Gesundheitsmarkt. Und neue, möglicherweise branchenfremde Akteure würden das Feld beleben.

Technologie als Akteur

Auf dem Hintergrund von Konnektivität wird das Gesundheitswesen als hybrides soziotechnisches Netzwerk verstanden, bei dem Technologie nicht als Gefahr für ritualisierte Expertenrollen, sondern als ein unverzichtbarer Akteur im Netzwerk verstanden wird.

Kundenbedürfnisse im Zentrum

Ausgerichtet ist das vernetzte Gesundheitswesen an Kundenbedürfnissen, am customer value, der konsequenten Ausrichtung am Mehrwert für den Patienten, der auch Kunde ist. Gesundheitsprodukte und -dienstleistungen würden personalisiert, on demand, sicher und transparent erbracht.

Offenheit und Transparenz als Defaulteinstellung

Offenheit und Transparenz sollten zu grundlegenden Werten des Gesundheitswesens werden. Anwendungen wie Open Data, Open Research, Open Innovation, Open Notes, offene Qualitätsdaten sind bereits vorhanden und sollten im Blick auf die Forderung nach mehr Qualität breit implementiert werden.

Netzwerkorganisationen

Konnektivität verlangt auch ein Überdenken der Organisationsstrukturen. Dezentrale, selbstorganisierte, Entscheid befähigte Einheiten lösen erfolgreich Hierarchie und zentrale Steuerung ab wie es etwa Burtzorg, ein neues Versorgungs- und Arbeitsmodell, welches seit 2006 in Holland in der ambulanten Pflege angewendet wird, zeigt. Das Buurtzorg-Modell basiert auf der Idee, dass eine Netzwerkorganisation gegenüber einem klassischen hierarchischen System viel besser in der Lage ist, Zufriedenheit unter den Pflegebedürftigen, 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 selbstorganisierten Teams von höchstens 12 Personen, die von lediglich 50 Mitarbeitenden im Bereich der zentralen Funktionen unterstützt werden und Menschlichkeit über Bürokratie. Evaluationen zeigen, dass sich dieses Netzwerkmodell positiv auf die Pflegequalität auswirkt und gleichzeitig die Motivation der Mitarbeitenden hebt.

Organisationale Konnektivität, Co-Creation und Anschlussfähigkeit tritt gegen aussen an die Stelle von Konkurrenz. Dass das geht, haben Google und Apple, aber auch viele Pharmaunternehmen während der Coronazeit gezeigt. Auch das Thema Leadership verändert sich. Führung wird zu einer normalen Dienstleistung.

Integrierte Versorgung

Konnektivität bedeutet, dass vernetzte Versorgungsmodelle Versorgungssilos ablösen und der Vernetzung der Versorgungsorte grosse Beachtung geschenkt, um osmotische Übergänge zwischen stationär, ambulant und home based, zwischen online und offline zu gewährleisten. Seamless ersetzt Silo. Managed Care wird zu Connected Care.

Gesundheitsberufe als Kompetenznetzwerke

Konnektivität als Grundprinzip verändert auch die Gesundheitsberufe. Anstelle des professionellen "Kastenwesens" treten Kompetenznetzwerke. In Aus- und Weiterbildung wird ein grosses Gewicht auf Kompetenzen wie Zusammenarbeit, Kreativität und Cognitive Load Management, also den Umgang mit Überfülle und Komplexität, gelegt.

Vom Shareholder zum Shared Value

Das Thema Wettbewerb im Gesundheitswesen verändert sich auf dem Hintergrund einer zunehmenden Konnektivität. Der historische rechts-links Diskurs - freier Wettbewerb vs staatliche Regulierung - wird zunehmend dysfunktional. Im Sinne einer Neukalibrierung des sozialen Kompasses wird Gesundheit als Allmendegut, als Common Pool Resource, verstanden, bei dem Shared Value an die Stelle von Shareholder Value tritt.

Governance statt Government

Da sich Netzwerke nicht top down steuern lassen, braucht es auch im Gesundheitswesen neue

Steuerungsmechanismen: Governance statt Government, Kontextsteuerung anstelle von top down Management, Governance-Frameworks anstelle statischer Gesetzgebung. Auch Qualitätssicherung veränderte sich auf dem Hintergrund von Konnektivität. Customer Reported Outcomes rücken in den Fokus und bilden die Grundlage für neue Abgeltungsmechanismen.

Publicity anstelle von Privacy

Die Menschen als Patienten, Bürger und Kunden werden mit diesen Veränderungen «von der meist ungenutzten Ressource» im Gesundheitswesen befähigt durch Information, Kommunikation, Transparenz und Partizipation zu einem bestimmenden Akteur. Empowerment und Personalisierung verpflichtet aber. «Publicity» als Default-Einstellung tritt an die Stelle von «Privacy» – auch im Umgang mit medizinischen Daten, die nicht mehr nur dem Einzelnen gehören, sondern zu einem gemeinschaftlichen, genossenschaftlich verwalteten Gut werden.

Fazit

Das Thema der Digitalisierung ist heute nicht zuletzt getrieben durch die Pandemie in den meisten Organisationen präsent und auf der Agenda. Personell wie finanziell wird einiges investiert. Wo es vielerorts noch mangelt, ist die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik der digitalen Transformation als einem Veränderungsprozess, der weit über die Nutzung digitaler Tools und Technologien hinausgeht und eine grundlegende Veränderung des Gesundheitssystems auf der Ebene von Kultur und Mindset impliziert. Digitale Transformation benötigt neben Investitionen in technische Interoperabilität so etwas, wie eine «kulturelle» Interoperabilität – eine Durchlässigkeit der Hirne und Herzen, eine gemeinsame Vision, wohin die Reise im Gesundheitswesen gehen soll. Digitale Transformation braucht nicht nur Geld, sondern vor allem mehr Vertrauen, Mut und Leidenschaft für Veränderung.



Andrea Belliger

Andrea Belliger ist Professorin, Autorin und Aufsichtsrätin. 2018/19 wurde sie unter die Top 100 Women gewählt und für den Female Digital Leader Award nominiert sowie 2019 unter die 25 einflussreichsten Persönlichkeiten im Gesundheitswesen der Schweiz gewählt.

Internationaler online Fortbildungskurs:

Digital Health erfolgreich umsetzen

Wissensimpulse für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen

10 Online-Sessions mit 24 Digital Health Expertinnen und Experten

Kursstart: Jeweils zum Wintersemester; nächster Kursstart: 24.9.2021

Website:

<https://www.ikf.ch/studium/personalisierte-onlinekurse/digital-health-erfolgreich-umsetzen.html>

Lehrplan

https://www.dropbox.com/s/gdo3wb1ipxyj8qm/DH21_Lehrplan_200925.pdf?dl=0

2. Erfolgsfaktoren für die Kundenorientierung von heute und morgen.

Ein Werkstattbericht zur Weiterdenkertagung 2020

Arne Mack, Stefan Bohrmann

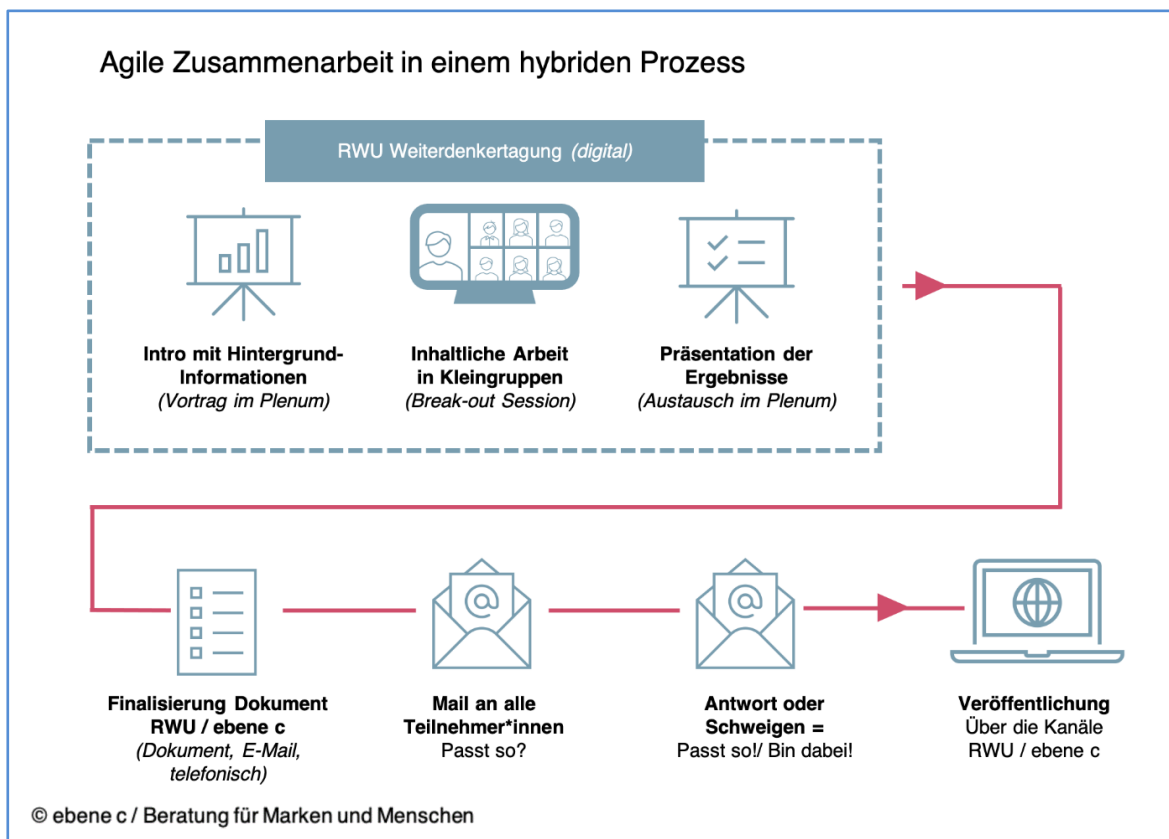
Zielsetzung:

„Können wir in 90 Minuten mit 25 Menschen, die sich nicht kennen, in einem digitalen Format Erfolgsfaktoren für die Kundenorientierung von heute und morgen erarbeiten?“ So lautete die Ausgangslage, als wir uns an die Konzeption unseres Beitrages für die Weiterdenkertagung 2020 setzten. Das Ergebnis: Es ist nicht nur möglich, sondern auch sehr erfolgreich. Vorausgesetzt, die Faktoren für den Workshop stimmen: Engagierte Teilnehmer*innen und ein strukturiertes Vorgehen mit einer klaren Aufgabenstellung und prägnanten Beispielen.

Damit – ganz kundenorientiert – möglichst viele Menschen und damit möglichst viele Kunden davon profitieren können, teilen wir hier unser Vorgehen. Um es Ihnen noch leichter zu machen, finden Sie am Ende des Artikels die Zusammenfassung der erarbeiteten Erfolgsfaktoren für die Kundenorientierung als Vorlage für Ihr Unternehmen.

Das grundsätzliche Vorgehen

Abbildung 1: Agile Zusammenarbeit in einem hybriden Prozess



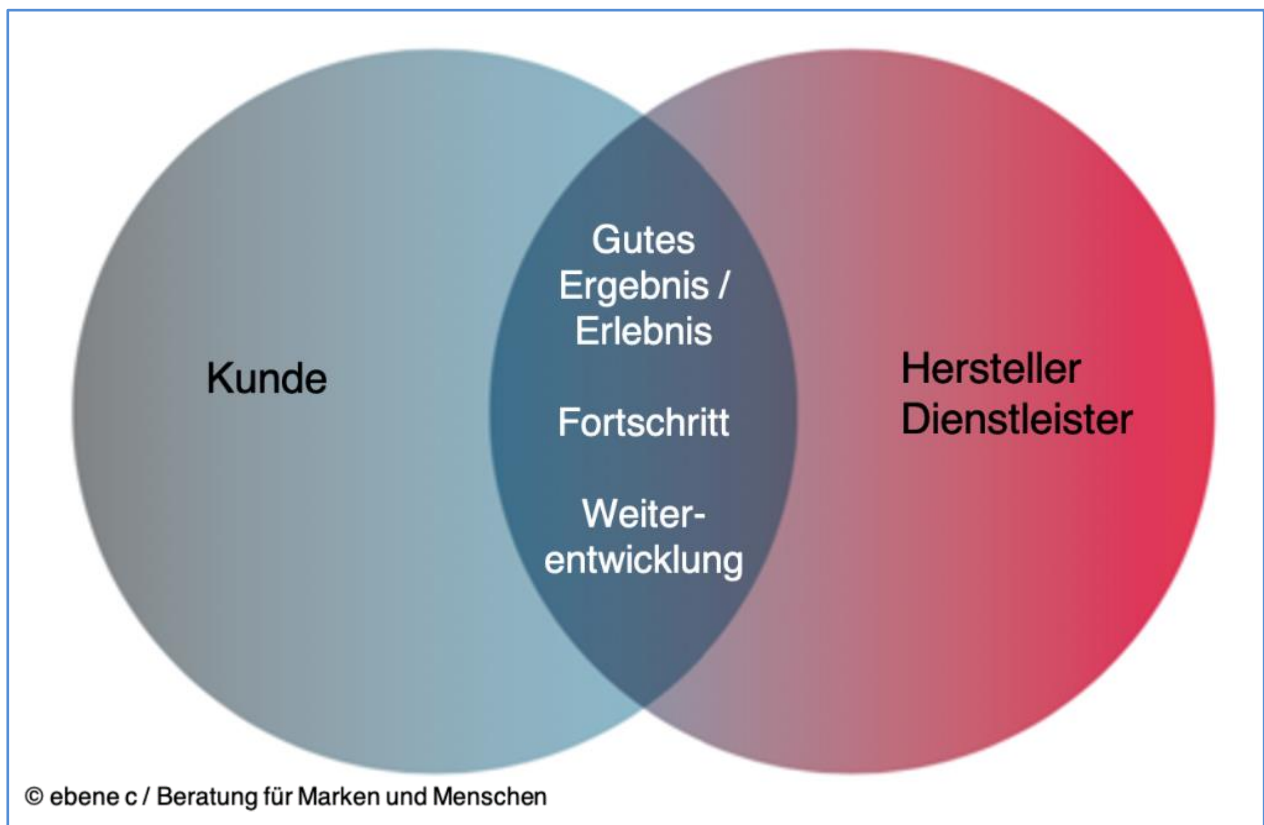
Intro mit Hintergrundinformationen

Nach einer kurzen Begrüßungsrunde halten wir eine kurze Keynote:

unser Verständnis von Kundenbeziehungen und die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Erwartungshaltung:

Kund*in ist König*in. Wir begleiten seit vielen Jahren verschiedenste Unternehmen aus dem Umfeld der Sozial-, Pflege- und Gesundheitswirtschaft und diskutieren immer wieder über das Wort „Kunde“. Wir benutzen ihn ganz bewusst als übergreifenden Begriff für Betreute, Patienten, Klienten, Mitarbeitende, Kostenträger, Partner etc., weil er aus unserer Sicht am besten das dialogische Verhältnis beschreibt, das in dieser ganz besonderen Beziehung entsteht. Denn: Erfolg entsteht nur, wenn beide ihren Teil leisten. Zum Beispiel: Eine ärztliche Diagnose kann noch so gut sein, die Medikamente noch so wirksam und die empfohlenen Übungen noch so effektiv, wenn die Compliance nicht stimmt. Also der / die Patient*in die Übungen nicht macht und die Medikamente nicht nimmt. Ergo werden auch die Beschwerden nicht nachlassen.

Abbildung 2 Dialogische Kunden – Dienstleister-Beziehung



Neue Erwartungshaltungen. Durch die Digitalisierung entstehen neue Anforderungen und Erwartungshaltungen in der Beziehung Dienstleister – Kunde. Wir wollen diese Veränderung an dieser Stelle nicht bewerten, sondern alle Weiterdenker für die wichtigsten Faktoren sensibilisieren.

Immer individuellere Angebote: Die wachsende Anzahl an individualisierten Produkten und Dienstleistungen, die Gewohnheit Konfiguratoren zu benutzen und limited Editions zu kaufen, steigert auch die Erwartungshaltung von Kunden im Sozial-, Pflege- und Gesundheitsumfeld nach möglichst individueller Betreuung.

Immer schnellere Lieferung: E-Mails haben die Briefe schon lange ersetzt, Musik wird in Echtzeit gestreamt und Amazon fresh liefert in wenigen Stunden – die Nutzer von Online-Diensten gewöhnen sich nicht nur an beschleunigte Lieferzeiten, sie entwickeln eine entsprechende neue Erwartungshaltung an analoge Angebote.

Immer erreichbar: Das Internet hat keine Öffnungs- oder Sprechzeiten, professionelle Call-Center, Chatbots und Services ermöglichen Kunden jederzeit Kontakt mit Herstellern oder Dienstleistern aufzunehmen: 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr. Das heißt, durchgängige Erreichbarkeit wird zur Standard-Erwartung von vielen Kunden werden.

Immer transparenter: Die Anzahl der Bewertungsportale wächst, ob Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hotels, Lehrer, Produkte oder Handwerker ... mit wenigen Klicks lassen sich immer mehr Angebote vergleichen. Die mündliche Empfehlung bleibt dabei immer noch das wertvollste Gut, bekommt aber durch Online-Bewertungen sehr bedeutsame Konkurrenz.

Mobile first: Je jünger die Zielgruppe, desto öfters nimmt das Mobil-Telefon die Rolle des wichtigsten Kommunikationsmediums ein. Wer das heute in seine Kommunikationsstrategie aufnimmt, ist auch in der Zukunft klar im Vorteil.

Abbildung 3: Die neue Erwartungshaltung



Die Arbeit in Kleingruppen und im Plenum

Um in einem digitalen Workshop mit einer Gruppe von 25 Menschen, die sich nicht kennen, ein sinnvolles Ergebnis zu erarbeiten, braucht es ein klar strukturiertes Vorgehen, eine interessante, leicht verständliche Methode und eine klare Rollenteilung.

Zur Inspiration nutzen wir für die Weiterdenkertagung die 7Ps des Marketingmixes für

Dienstleistungsunternehmen.

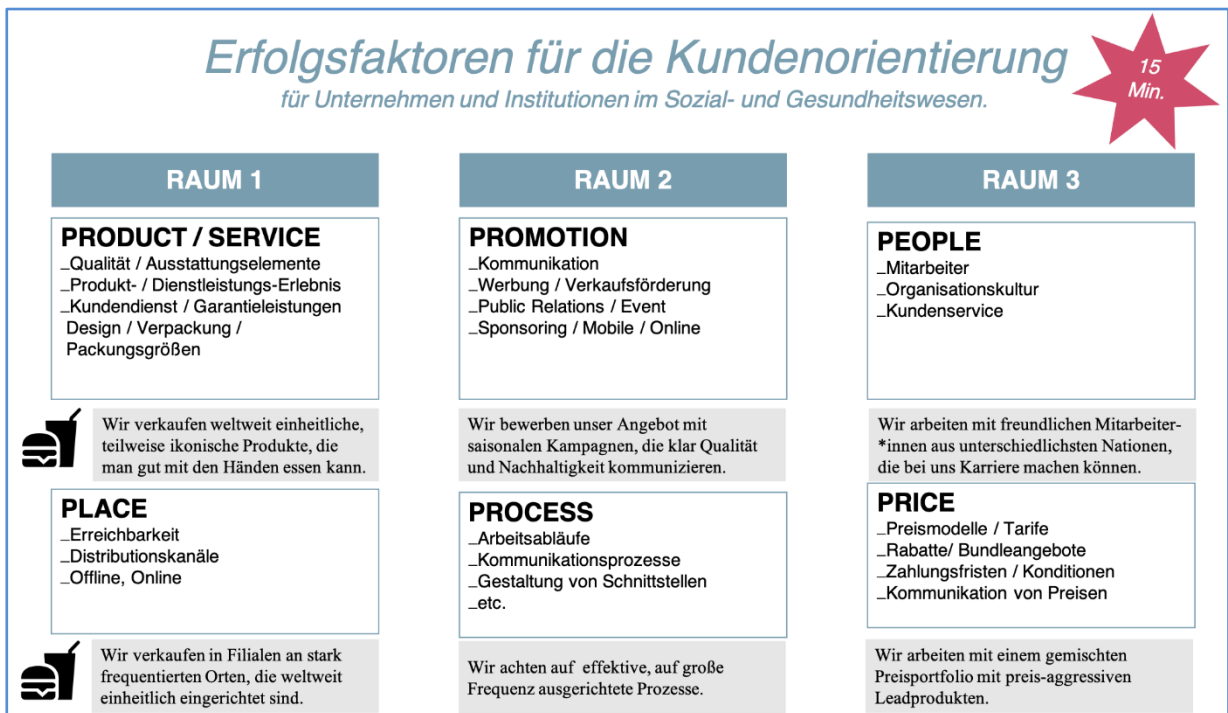
Abbildung 4: Erfolgreiche Kundenorientierung



Aufgabenstellung für die Gruppenarbeit in Break-out Sessions

Als schnell verständliches Beispiel wählen wir eine bewusst möglichst „fremdes“ Dienstleistungsunternehmen: eine Fast-Food-Restaurant-Kette.

Abbildung 5: Erfolgsfaktoren für die Kundenorientierung



Arbeit in Kleingruppen und im Plenum

Die Gruppen arbeiten in 3 Break-out Sessions mit 7-8 Teilnehmenden jeweils an zwei P's aus dem Marketing-Mix. Die knappe Vorgabe von nur 15 Min. wirkt sportlich motivierend. Mit Erfolg.

Wieder im Plenum, trägt jede Gruppe ihr Ergebnis in eine digitale Zusammenarbeitsplattform ein. Wir widmeten in diesem Fall ein digitales Kanban Board um. Die Teilnehmer*innen der einzelnen Gruppen trugen ihre Ergebnisse in das Board ein und präsentieren sie dem Plenum. In einem moderierten Prozess werden einzelne Sätze ergänzt bzw. geschärft. Das Zwischenfeedback ist einheitlich: Das Ergebnis, die Methode und vor allem die Möglichkeit, digital und effektiv in so kurzer Zeit zusammenzuarbeiten, hat die Teilnehmenden begeistert.

Ergebnissicherung

Um den Erfolgsfaktoren eine einheitliche Sprache und Form zu geben, werden die Ergebnisse im kleinen Kreis weiterentwickelt. In diesem Fall: Perpetua Schmidt von der RWU, Stefan Bohrmann und Arne Mack von ebene c. Alle Teilnehmenden werden also auf dem Ergebnisdokument namentlich genannt. Das macht den agilen Zusammenarbeitsprozess im Ergebnisdokument sichtbar und erhöht gleichzeitig die Identifikation der Teilnehmenden mit dem Ergebnis.

Vor der Veröffentlichung wird das Dokument per Mail an alle Beteiligten gesandt mit der Bitte um Feedback. Im Anschreiben steht ganz bewusst: „Keine Antwort wird als wertschätzende Zustimmung gewertet“.

Das Ergebnis wird durch die RWU und ebene c veröffentlicht.

Abbildung 6: 7 Erfolgsfaktoren – Für die Kundenorientierung von heute und morgen

7 ERFOLGSFAKTOREN

Für die Kundenorientierung von heute und morgen
in Unternehmen und Institutionen im Sozial- und Gesundheitswesen.

1. Wir entwickeln Produkte und Dienstleistungen gemeinsam mit unseren Kund*innen.
2. Wir legen Wert auf persönlichen Austausch auf Augenhöhe.
3. Wir fördern einen professionellen Dialog mit allen Beteiligten – analog und in digitalen Medien.
4. Wir pflegen engen Kontakt zu Kund*innen und Mitarbeiter*innen und achten auf schnelle und zeitnahe Reaktion – in einer guten Mischung aus standardisierten Prozessen und persönlichem bzw. individualisiertem Kontakt.
5. Wir zeichnen uns aus durch Empathie, Erfahrung und Freundlichkeit. Unsere Mitarbeiter*innen gehen individuell auf unsere Kund*innen ein und sind stolz auf ihre Arbeit.
6. Wir machen unsere Leistungen und Preise vollumfänglich transparent.
7. Wir achten darauf, dass unsere Kund*innen unsere Qualität und Werte auch im kleinsten Detail fühlen und wertschätzen.

Entwickelt auf der Weiterdenkertagung der RWU am 04.12.2020
Danke an das Team: Ulrich Köpfler, Bahnhofsmission Aulendorf, Annette Hartogh, DIU; Andreas Kuhnhäuser, ZF Friedrichshafen AG; Thomas Jung, Diakonie Hessen; Ulrich Lohmann Proceed GmbH & Co.KG; Sandra Schnell; Thorsten Blocher, CGM Clinical Deutschland GmbH; Yasar Ayas, Uniklinikum Ulm; Edwin Springer, Die Ziegler'schen; Anja Schuler, Dorothea Große, BruderhausDiakonie; Helmut Fischer; Argentalklinik; Susanne Augsburgs Landratsamt Ravensburg – Bürgerbüro; Corinna Aumann, Landratsamt Ravensburg – Bürgerbüro; Birgit Schulze-Ehlers; Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands e.V.; Sabine Schwenk, AOK Baden-Württemberg; Roland Aigner; Waldburg-Zeil Klinik Bad Saulgau; Ernst Olbricht, Katholischer Pflegeverband e.V. Landesgruppe Baden-Württemberg; Anna Maria Leppert; ZfP Südwürttemberg, Perpetua Schmid, RWU; Axel Olaf Kern, RWU; Arne Mack, ebene c

ebene c
/
Beratung
für
Marken
und
Menschen

Wir danken allen Beteiligten.

Diese Faktoren geben eine erste Orientierung für die Kundenorientierung. Gleichzeitig hat jedes Unternehmen seine eigene Handschrift und Kultur, die es zu berücksichtigen gilt. Wenn Sie Ihr Unternehmen noch besser kundenorientierter ausrichten wollen, unterstützen wir Sie gerne.



Arne Mack



Stefan Bohrmann Arne Mack

ebene c / Beratung für Marken und Menschen, arne.mack@ebene-c.de // 0173 7018550

ebene c begleitet Marken und Menschen bei der Weiterentwicklung und verbindet dabei systemische Beratung mit der Kraft der Marke.

Gegründet in 2012 von Stefan Bohrmann und Arne Mack, liegt der Fokus auf der Begleitung von partizipativen Veränderungsprozessen in wertorientierten Unternehmen wie Marken- und Strategieentwicklung, Innovations- und Ideenmanagement sowie Teamentwicklung.

ebene c arbeitet für große Verbände und Träger wie Bioland, Diakonie, Caritas aber auch für Unternehmen und Institutionen wie Garmin, Stiftung Haus Lindenhof und Weleda. Ihr Wissen teilen die Berater mit Büro in Stuttgart an der RWU, der Popakademie, der International School of Management (ISM) und am Kreativkader Stuttgart.

3. Mensch bleiben in digitaler Arbeitswelt

Raimund Alker und Ines Wotsch

Arbeitswelten im Wandel der Zeit

Digitalisierung ist als Megatrend dieses Jahrzehnts in aller Munde. Was in der Vergangenheit meist nur in Denkfabriken und Zukunftslaboren gedacht wurde, hat es heute in die Mitte unserer Arbeitswelt und unseres Alltages geschafft. Sinnfölig wird dies, wenn im März 2021 ein zehn Jahre altes Unternehmen namens «HelloFresh», angesagter Dienstleister für Kochboxen in Pandemiezeiten, an den Top 30 börsennotierten Unternehmen in Deutschland anklopft und damit aufzeigt, wie sehr mit maßgeschneiderten und digital unterstützten Dienstleistungen heute Geld zu verdienen ist.

Fragt man Menschen im Berufsleben, wie sehr sie Chancen und Risiken in dieser Entwicklung für ihre persönliche berufliche Zukunft sehen, werden sich Optimismus und Pessimismus wohl die Waage halten. Wir sollten angesichts der zu erwartenden Umbrüche weder der Euphorie noch der Schockstarre nachgeben.

Ein Blick in die Vergangenheit kann helfen, um in den Veränderungen der Arbeitswelt in den letzten Jahrhunderten sowohl drastische Auswirkungen zu sehen als auch Schritte zu entdecken, wie der Mensch im Arbeitsprozess in seinen Bedürfnissen Berücksichtigung fand.

Vom Handwerk zu Manufakturen

Ab dem Ende des 17. Jahrhunderts entstehen neben den traditionellen Handwerksbetrieben Manufakturen als Produktionsstätten hochspezialisierter Teilarbeiter. Ein ökonomischer Treiber hierfür ist die Erhöhung der Produktionskapazität, um als Staat eine positive Außenhandelsbilanz zu erwirtschaften. Manufakturen sind in manchen Ausprägungen dabei kollaborative Produktionsstätten mit Kompetenzen aus verschiedenen Handwerken (so etwa eine Kutschenmanufaktur, in der Drechsler, Schlosser und Vergolder beschäftigt sind), in vielen Ausprägungen geht es aber auch darum, mit dem Aufteilen eines Gewerks in Arbeitsschritte auch weniger gut ausgebildete und im Vergleich zum Handwerk schlechter bezahlte Arbeitskräfte einzusetzen.

Wirtschaftlich bedeutsam ist der Schritt hin zur Trennung von Arbeit und Kapital, also der bezahlten Tätigkeit des Einzelnen im Unterschied zum Investor in Produktionsstätten, -mittel und Rohstoffe.

Adam Smith attestiert der so entstehenden Teilarbeit folgende Auswirkung auf die Beschäftigten: *„Sie zerstört selbst die Energie seines Körpers und verunfähigt ihn, seine Kraft schwunghaft und ausdauernd anzuwenden, außer in der Detailbeschäftigung, wozu er herangezogen ist.“*³

Neben einigen wenigen wohlfahrtsstaatlichen Initiativen, so etwa die Gründung einer Strumpf-Manufaktur der Hamburger Strumpfhändler mit dem erklärten Ziel, dadurch Bettler und Arme in Lohn

³ Smith Adam, Wealth of Nations, b. V, ch. I, art. II.

und Brot zu bringen⁴, lassen sich für diese Zeit kaum staatliche noch zivilgesellschaftliche Aktivitäten ausmachen, die Auswirkungen auf die Beschäftigten abmildern.

Erste industrielle Revolution

Symbolhaft für diesen Umbruch stehen automatische Webstühle und die Nutzung der Dampfkraft. Den zahlreichen technischen Neuerungen des 18. Jahrhunderts verhelfen die wirtschaftlichen Interessen nach Produktionssteigerung und Produktivitätssteigerung der Arbeitskraft Mensch in Verbindung mit der Nutzung von Maschinen. Als Mitte des 19. Jahrhunderts durch die Eisenbahn auch Transportkapazitäten überregional zunehmen, wird diese Entwicklung nochmals verstärkt.

Zu den Entwicklungen hin zur sehr kleinteiligen Teilarbeit gesellt sich im sozialen Gefüge der Gesellschaften ein gewaltiger Zuzug in die Industriezentren, ohne dass dort ausreichend Infrastruktur vorhanden ist. Vereinsamung, Verelendung und Verarmung sind die gesamtgesellschaftlichen Folgen.

Wer glaubt, dass die – ohnehin späten – sozialstaatlichen Maßnahmen ab 1884 unter Bismarck primär humanitäre Ziele haben, irrt: Kinderarbeit wird begrenzt, als man die Wehrfähigkeit des Staates angesichts mehr und mehr ausgezehrter junger Rekruten gefährdet sieht und die Sozialgesetzgebung soll primär die Loyalität der Massen gegenüber dem Staat befördern.⁵

Immerhin lässt sich die Selbstorganisation von Arbeitnehmern in Form von Gewerkschaften in dieser Phase als eine Maßnahme betrachten, mit der man den rein ökonomischen Interessen zumindest die Berücksichtigung der Arbeitenden und ihrer Bedürfnisse gegenüberstellt.

Zweite industrielle Revolution

Als Symbol für diese ab Ende des 19. Jahrhunderts einsetzende Entwicklung wird häufig die Umstellung der Produktion des T-Modells von Ford auf Fließbandproduktion verwendet.⁶ Der Weg zur Massenproduktion ist geebnet, zur weiteren Steigerung zunehmend weltweit verteilter Produktion, Senkung von Stückkosten durch Taktung und Vereinheitlichung. Technologisch wird dies durch stetige Perfektionierung von Produktionsschritten durch entsprechende Maschinen und optimierte Logistik ermöglicht, der Mensch wird zunehmend darin eingetaktet gemäß der zentralen Arbeitstheorie des Taylorismus, bis hin zum Akkordlohn als monetäres Anreizsystem für die perfekte Taktung von Mensch und Maschine.

Die damit verbundene Monotonie bildet eine körperliche und psychische Belastung. Der Mensch wird in seiner Arbeit zunehmend gläsern sowie gleichzeitig mess- und vergleichbar.

⁴ Vgl. Bake, Rita: Manufakturen – Arbeit und Armut. <https://geschichtsbuch.hamburg.de/epochen/barock-und-rokoko/manufakturen-arbeit-und-geschaefte/>

⁵ Nagler Eileen: Bismarck als Erfinder des Sozialstaates. Seine Ziele und deren Umsetzung bei der Sozialgesetzgebung. Mannheim 2016, 4

⁶ Vgl. hierzu <https://www.desoutter.de/industrie-4-0/news/459/industrielle-revolutionen-von-industrie-1-0-zu-industrie-4-0>

Diese zweite industrielle Revolution bringt aber auch Chancen für Mitarbeiter hervor – sowohl im Bereich technischer als auch kommerzieller Expertise haben sich mehr und mehr anspruchsvolle Berufe und Studiengänge herausgebildet, um die zunehmende Komplexität beherrschen zu können.

Die Nachkriegsjahrzehnte sind neben wirtschaftlichem Aufschwung von kontinuierlichen schrittweisen Verbesserungen für Beschäftigte geprägt, durch die stufenweise Eingrenzung von Arbeitstagen und -zeiten im Wochenverlauf ebenso wie durch die systematisierte Berücksichtigung der Menschen im Arbeitsprozess durch das Arbeitssicherheitsgesetz seit 1973, um Gefahren proaktiv abzuwehren.

Dritte industrielle Revolution

Mit dem Einzug von IT in die Arbeitswelt lässt sich die dritte industrielle Revolution seit den 1970er Jahren charakterisieren.

Ökonomisch durch die massive Beschleunigung der Wertschöpfungsketten in zunehmend globaler Umgebung motiviert, setzt ein höherer Automatisierungsgrad in der Produktion ein. Die exponentiell ansteigende Verarbeitungsrate von Daten ermöglicht seither stetig verbesserte oder auch völlig neue Produkte und Dienstleistungen.

Für die Menschen im Arbeitsprozess sind diese Entwicklungen verbunden mit immer schnelleren Veränderungen, der zunehmenden Präsenz von IT-Systemen und Geräten in fast jeder Arbeitsumgebung, mit dem Wandel ganzer Berufsfelder.

Mehr und mehr ist auch die Gesundheit der Arbeitenden in den Fokus gerückt, sei es durch die Ausübung gefährlicher oder eintöniger Tätigkeiten durch Maschinen oder auch durch die Abkehr von der Monotonie des Fließbandes etwa hin zur Schaffung von Montageinseln.

Das Arbeitsschutzgesetz von 1996 fügt dem Aspekt der Gefahrenabwehr eine ganzheitlichere, proaktive Orientierung auf die Erkennung möglicher Gefährdungen hinzu, seither stetig ergänzt um neue Aspekte bis hin zur Aufnahme psychisch-emotionaler Gefährdungsfelder seit 2013.

Thesen für den digitalen Wandel

Der Blick in die Vergangenheit lehrt Folgendes:

- Jedem Wandel lag technologische Weiterentwicklung und ökonomisches Interesse zugrunde
- Der Arbeitnehmer stand dabei stets als Leistungserbringer im Fokus
- Der Fokus auf die Grundbedürfnisse des Arbeitnehmers hielt damit selten Schritt, Verbesserungen erfolgten hier durch
 - Angepasste Rahmenbedingungen (Geschichte des Sozialstaats)
 - Berücksichtigung in den Arbeitsprozessen (Technologie, Kollektivrecht)
 - Qualifikation und Bewusstseinsbildung

Daraus ergibt sich im weiteren Verlauf die These, dass auch der Wandel hin zu digitalisierten Arbeitswelten hier keine Ausnahme machen wird: Die Berücksichtigung des Menschen in diesem Wandel ist gut möglich, aber sie liegt nicht im ureigensten ökonomischen Interesse von Unternehmen.

Digitale Arbeitswelten – Ansätze und Fakten

In den letzten Jahren wurde bereits eine große Zahl von Studien zu den Auswirkungen digitaler Arbeitswelten auf darin Beschäftigte in Auftrag gegeben, sei es von Seiten der Politik, der Wissenschaft, des Gesundheitswesens oder von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden und -vereinigungen.

Abhängig vom Auftraggeber nahmen diese Studien unterschiedliche Fragestellungen in den Fokus, beleuchteten diese aus unterschiedlichen Perspektiven und kamen dabei – wie zu erwarten war – zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Die Corona-Krise und die Frage nach der «neuen Normalität» haben vieles zusätzlich in Bewegung gebracht: bisherige Arbeits- und Denkmuster rund um papierhafte Prozesse, stationäre Telefonie und Computertechnik, Dienstreisen, Besprechungs- und Präsenzkultur und nicht zuletzt Führungsverständnis wurden nachhaltig durcheinandergewirbelt.

Rund um die Begrifflichkeit «Digitalisierung» lassen sich verwandte Begriffe ausmachen wie etwa «Arbeit 4.0», «New Work», «Industrie 4.0» oder «Smart Work»⁷. Zudem werden diese Themen auch durch weitere Entwicklungen wie die als VUCA⁸ bezeichnete Veränderungsdynamik dieser Tage oder auch den demographischen Wandel und andere Megatrends ständig beeinflusst und geformt.⁹ Um in diesem Gemenge an Begriffen, Theorien und Faktoren den Überblick zu behalten, bietet es sich an das Schlüsselement – die Beziehung zwischen Mensch und Technologie – näher zu beleuchten.

Eine systematische Einordnung des Verhältnisses von Mensch zu Technologie in digitalisierter Arbeitsumgebung lässt sich treffen, indem man drei Grundscenarien unterscheidet:

1. Mensch als Assistenz der Technologie

Dieses Szenario beschreibt die durch Technologie getaktete manuelle Arbeit des Menschen, wie etwa eines Paketboten, dem ein Logistiksystem eine optimierte Lieferroute vorgibt.

2. Technologie als Assistenz des Menschen

Die Unterstützung des Menschen durch Technologie bildet das zweite Szenario in Verbindung mit analytischen oder abstrakten Aufgaben, zu deren Erledigung der Mensch als Entscheider und Denker in der Bewältigung der hohen Informationsdichte und -geschwindigkeit durch Technologie unterstützt wird.

3. Technologie übernimmt Tätigkeiten des Menschen

Das dritte Szenario kommt überall dort zum Tragen, wo Automatisierung und Robotik den Menschen komplett ersetzen können.

⁷ Vgl. <https://www.personio.de/hr-lexikon/arbeit-4-0/>

⁸ Akronym für eine zunehmend volatile, unsichere, komplexe und mehrdeutige Umgebung

⁹ Vgl. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/digitalisierung-und-arbeit-40-54273>

Darüber hinaus hilft bei der Betrachtung digitaler Arbeitswelten eine Aufteilung in verschiedene Dimensionen:

1. Die Dimension der Arbeits - & Wissensinhalte - hierunter fallen alle Aspekte rund um die zunehmende Komplexität, die steigende Kommunikations - und Reaktionsgeschwindigkeit sowie den stetigen Anpassungsdruck von Mensch an Technologie, um sich sicher und erfolgreich in einer digitalisierten Umgebung bewegen zu können
2. Die Dimension des Arbeitskontext - insbesondere die zunehmende Flexibilisierung von Arbeitszeit und -ort
3. Die Dimension des sozialen Umfelds - hier vor allem die Wirkungen der Digitalisierung auf virtuelle Führung und Zusammenarbeit im Team

Die exemplarisch ausgewählte Studie Social health@work der BARMER in Kooperation mit der Universität St. Gallen aus dem Jahr 2020¹⁰ hat mit 8000 Teilnehmern einer durchaus repräsentativen Zusammensetzung den Fokus auf «Mobiles Arbeiten» als Schlüsselausprägung digitalisierter Arbeitswelten gelegt. Dabei legt die Studie einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff zugrunde und betrachtet den Dreiklang physischer, mentaler und sozialer Gesundheit.

Die Studie vergleicht Gesundheit und Leistung mobil Beschäftigter¹¹ mit nicht-mobil Arbeitenden und identifiziert u.a. positive Aspekte wie gesteigerte Arbeitszufriedenheit und -fähigkeit, geringere Erschöpfung, besseren Schlaf und eine als höhere empfundene psychologische Sicherheit.

Dem gegenüber stehen Wahrnehmungen von gesteigertem Stress, Unsicherheit und Konflikten zwischen Arbeit und Privatem. Alle hier beschriebenen Erkenntnisse lassen sich mit einem Unterschied im einstelligen Prozentbereich zwischen mobil und nicht-mobil Arbeitenden nachweisen.

Unterscheidet man zwischen Personen mit erklärtermaßen hoher Digitalkompetenz und solchen mit gering ausgeprägter digitaler Kompetenz, so zeigt die Studie, dass Gesundheit und Leistung gemessen anhand der oben genannten Kriterien im zumeist zweistelligen Prozentbereich bei Personen mit hoher Digitalkompetenz besser ausgeprägt ist. Dies lässt die Folgerung zu, dass die individuelle Digitalkompetenz ein wesentlicher Erfolgsfaktor für Gesundheit auch in digitalisierter Arbeitsumgebung darstellt.

Ein ähnliches Bild zeigt sich auch, wenn man zwischen Personen unterscheidet, die ihrer Führungskraft eine hohe virtuelle Führungskompetenz zuschreiben und denen, die zum gegenteiligen Ergebnis

¹⁰ Vgl. social health @work. Eine Studie zur Auswirkung der Digitalisierung der Arbeitswelt auf die Gesundheit der Beschäftigten in Deutschland. Wuppertal 2020.

¹¹ Gemeint damit ist der Personenkreis derer, die etwa von Zuhause oder einem anderen Ort zumindest teilweise arbeiten können.

kommen: Fast 50% mehr Arbeitszufriedenheit und mehr als 40% weniger Kündigungsabsicht machen virtuelle Führungskompetenz zu einem wesentlichen Erfolgsfaktor, um in digitalisierter Arbeitsumgebung wirksam und erfolgreich zusammenzuarbeiten.

Schließlich weist die Studie nach, dass eine Virtualisierung von Arbeit hin zu mobiler Arbeit ein Change-Prozess ist, der nach einem anfänglichen Tal Stück um Stück zu positiven Ergebnissen in Bezug auf verringerte Unsicherheit, Erschöpfung und Konflikten zwischen Beruf und Privatleben sowie erhöhte Produktivität während mobiler Arbeit führt.

Prof. Dr. Stephan A. Böhm von der Universität St. Gallen kommt daher zum Schluss: «Richtig gemanagt werden uns der digitale Wandel und das Mehr an flexibler Arbeit gesünder und leistungsfähiger machen.»¹²

Ansatzfelder zur menschengerechten Gestaltung von Digitalisierung

Wie nun lässt sich der digitale Wandel «richtig managen»? Zunächst erscheint es wichtig, hier auf unterschiedliche Normierungsebenen zu verweisen. Ein gesetzlicher Rahmen schafft allseitige Verbindlichkeit und verhindert, dass Fehlverhalten zu ungerechten wirtschaftlichen Vorteilen führen kann. Beispiel hierfür in Deutschland ist das schon genannte Arbeitsschutzgesetz.

Das Instrument institutioneller Selbstbindung trägt Verbindlichkeit etwa in Form von Werten, Zusagen, Qualitätsstandards oder konkreter Guidelines in Organisationen und Verbände hinein und erhöht die Wirksamkeit gesetzlicher Maßnahmen durch die intrinsische Motivation, die großen Themen in den jeweiligen Organisationen zu verankern, idealerweise im Verbund mit anderen Akteuren auf dem Markt. Innerbetrieblich sind Betriebsvereinbarungen etwa zu mobiler Arbeit ein Beispiel für Handeln auf dieser Ebene.

Aller Ruf nach Regeln kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Selbstverantwortung jeder einzelnen Person die absolute Grundlage allen Handelns bildet. Daher ist es wichtig, aller Dynamik «erlernter Hilflosigkeit» entgegenzuwirken und der einzelnen Person vor Ort die Verantwortung für die menschengerechte Gestaltung digitalisierter Arbeitswelten zuzutrauen und zuzumuten. Typische Maßnahmen zur Unterstützung dieses Handlungsfeldes sind Bewusstseinsbildung, Kommunikationsprozesse, Beteiligung und Vermittlung von praktischer Kompetenz.

Top-Down-Beispiel für konkrete Umsetzung: Gefährdungsbeurteilung

Um die beschriebenen Entwicklungen im Bereich Digitalisierter Arbeitswelten in ihren Auswirkungen auf die Mitarbeitenden zu verstehen, eignet sich nach wie vor die in §5 Arbeitsschutzgesetz geregelte Gefährdungsbeurteilung. Im Unterschied zur Historie dieses Instrumentes aus der Beurteilung hinsichtlich Stäuben, Gasen, Lärm, Vibration und körperlicher Beanspruchung liegt das Augenmerk etwa

¹² social health @work., a.a.O., Vorwort

in digitalisierten Office-Arbeitsumgebungen im Bereich Rücken- und Augengesundheit sowie im Feld der mental-emotionalen Belastung. Ein Hilfsmittel für die Erfassung letzterer ist etwa der Copenhagen Psychological Questionnaire (COPSOQ)¹³. Hierbei geben die Befragten ein Feedback zur erlebten Arbeitssituation in Bezug auf Felder wie Arbeitsanforderungen, Einflussmöglichkeiten und Soziale Beziehungen.

Ein typisches Handlungsfeld im Kontext digitalisierter Arbeitsumgebung sei beispielhaft erwähnt: «Wir beobachten/validieren eine zunehmende Vermischung von Arbeitszeit in die Freizeit von Mitarbeitern hinein und sehen dies als Chance für mehr Flexibilität, aber auch als Gefährdung an.»

Entscheidend für den nachhaltigen Erfolg von Maßnahmen, dieser Gefährdung zu begegnen, ist die Ganzheitlichkeit. Es geht darum, die Rahmenbedingungen zu betrachten (z.B. Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeitregeln), die vorhandenen IT-Systeme (z.B. Verfügbarkeit von Systemen am Abend/an Wochenenden) und Prozesse (z.B. Digitalisierungsgrad), die ausgesprochenen und unausgesprochenen Anreizsysteme und Kulturelemente (Anreize einer Zeiterfassung, Vorgesetztenverhalten, Erwartungshaltungen) und nicht zuletzt die möglicherweise notwendige Befähigung.

Wenn dann beherrzte Maßnahmen ergriffen und deren Wirksamkeit regelmäßig überprüft werden, schließt sich der Regelkreis konsequenten Gesundheitsmanagements.

Bottom-Up-Beispiel für konkrete Umsetzung: Best-Practice Beispiele

Neben dem eher problemorientierten Blick der Gefährdungsbeurteilung lässt sich auch der Weg bereits gelebter Praxisbeispiele beschreiten. Wenn durch Digitalisierung und damit verbundene Flexibilisierung von Arbeitsorten durch mobiles Arbeiten der Erfolgsfaktor sozialer Beziehungen bei der Arbeit in den Fokus rückt, mag die Erfahrung von Teams helfen, die möglicherweise schon seit Jahren weltweit verteilt arbeiten, ohne sich regelmäßig oder auch ohne sich überhaupt jemals zu sehen.

Die Praxis erfolgreicher virtueller Teams lädt dazu ein, Erfolgsfaktoren zu definieren, die etwa soziale Kohäsion und Interaktion auch in dauerhafter Remote-Situation ermöglichen, Führungsnähe auch auf Distanz herstellen und ein Bewusstsein für eine gemeinsame Ergebnisverantwortung wachsen lassen.

Transfers in andere Funktionsbereiche oder gar Organisationen und deren Kultur bedürfen in jedem Falle einer engmaschigen Begleitung und fortwährender Evaluation, ob die beschriebenen Erfolgsfaktoren hinreichend für einen Transfer sind.

¹³ Vgl. <https://www.gesundheitsmanagement24.de/analysen/copsoq/>

Schlussfolgerung und Ausblick

Man mag die Botschaft «Es kommt darauf an, was man daraus macht» für banal halten, jedoch ist sie aus Sicht der Autoren das Ergebnis der Beschäftigung mit dem Feld Digitalisierung. Die «schöne neue Welt» materialisiert sich immer in kleinen Schritten – man betrachte nur einmal die gewagtesten Autostudien der letzten Jahrzehnte und wie sich diese in kleinen Schritten evolutionär Modellreihe für Modellreihe materialisiert haben oder auch nicht.

So ähnlich darf es auch für den Megatrend Digitalisierung erwartet werden.

Wo man Veränderung auch weiterhin als das einzig Konstante in der Welt betrachtet und sich darauf einstellt, erscheinen eine selbstbestimmte und aufgeklärte Haltung, Vertrauen in die eigenen und kollektiven Gestaltungskräfte und der Wille zum Ausprobieren und Experimentieren als notwendige Erfolgsfaktoren. Verbunden mit einer Lust am lebenslangen Lernen und der Duldsamkeit für Fehler, die man notwendigerweise dabei machen wird, entsteht eine gute Basis, um diesen Veränderungen zu begegnen.

Ein Schlusswort hierfür soll das Wort des österreichischen Philosophen Thomas Macho sein: »Ich plädiere nicht für ›positives Denken‹ oder einen haltlosen Optimismus, sondern für einen Aufschwung kreativer Fantasie, gerade in den Wissenschaften. Und dazu gehört, dass wir auch das Nachdenken über einen guten Ausgang der Geschichte verteidigen.«¹⁴

¹⁴ Macho, Thomas: Kritik ohne Hoffnung ist leer. In: Denken in der digitalen Transformation. Denkfabrik Digitale Arbeitsgesellschaft Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin 2018, 38.

4. Die Telematikinfrastuktur startet durch

Thorsten Blocher

Ausgangspunkt für die Pflege

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) wurden Regelungen zur Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastuktur (TI) getroffen. Demnach soll die TI künftig als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation nicht nur in der medizinischen Versorgung, sondern auch in der Pflege etabliert werden.

Telematik ist eine Wortschöpfung aus Telekommunikation und Informatik. Sinnbildlich für die Telematikinfrastuktur (TI), wird häufig die (Daten-)Autobahn für das deutsche Gesundheitswesen verwendet. Infrastruktur, der zweite Teil des Wortes TI, steht für ein sicheres vom normalen Internet abgeschottetes Online-Netzwerk. Betreiber und Kompetenzzentrum der TI ist die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik). Deren Hauptgesellschafter ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und weitere Körperschaften im Gesundheitswesen, so z. B. der GKV Spitzenverband (GKV SV) als zweitgrößter Gesellschafter. Die Interessen der Sozialwirtschaft vertritt das BMG.

Die Telematikinfrastuktur (TI) soll perspektivisch alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen – und wo sinnvoll, auch die Patienten/Klienten – miteinander vernetzen. Ziel ist es, dass medizinische Informationen, die für die Behandlung der Patienten benötigt werden, schneller und einfacher verfügbar sind, um so die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung zu verbessern.

Nachdem die Anbindung der niedergelassenen Ärzte und Physiotherapeuten, der Apotheken und auch Akutkliniken weit fortgeschritten ist, soll nun der Anschluss der Pflege an die TI beginnen.

So kommt die Telematikinfrastuktur in die Pflege.

Das Digitale Versorgung Gesetz (DVG) und das Patientendatenschutzgesetz (PDSG) haben die – zunächst ab 01.07.2020 freiwillige – Anbindung der ambulanten und stationären Pflege an die Telematikinfrastuktur (TI) auf die Tagesordnung des deutschen Gesundheitswesens gesetzt. Die Regelfinanzierung wurde hierzu Ende 2020 auf Bundesebene der Pflegeverbände mit dem GKV SV vereinbart worden. Zudem wurde im §125 SGB XI ein zweiteiliges Modellprojekt verankert. In diesem soll flächendeckend die Möglichkeiten der TI in der Pflege evaluiert werden. Die Interessensbekundung lief hierzu am 30. Oktober 2020 ab.

§125 SGB XI | Projekttyp A

Im Projekttyp A sollen teilnehmenden Institutionen einen Querschnitt des Sektors Pflege widerspiegeln. Bis Ende 2024 werden die mögliche TI Fachanwendungen auf Ihre Einsatzfähigkeit und den Mehrwert in der Pflege verprobt. Kommunikation im Medizinwesen (KIM) bietet sich hier als erste TI Fachanwendung an, da eine Anbindung an ein Primärsystem der Pflege bei dieser TI Fachanwendung keine Voraussetzung ist. Aktuell stockt jedoch der Vergabeprozess der bis Ende 2020 abgeschlossen sein sollte. Die Zeit der Verprobung bis Ende 2024 schrumpft dadurch unplanmäßig. Hintergrund ist, dass die Rückmeldung der ambulanten und stationären Pflege höher war als geplant. Mitte März wurden alle ausgewählten Pflegeeinrichtungen informiert und aufgefordert eine Stellungnahme Ihrer Softwarehersteller einzuholen. Dies führte zu einer weiteren Verzögerung, da die vorformulierte Stellungnahme der Softwarehersteller des GKV SV zu allgemein gehalten war und einer umfänglichen Verpflichtung zur Anbindung der Primärsoftware der Hersteller an die TI gleichkam. Aufgrund der Ablehnung der Softwarehersteller zogen sich eine Vielzahl an ausgewählten Interessenten aus dem Vergabeverfahren zurück, worauf der GKV SV mit der Aussetzung der Fristen zur Abgabe der verbindlich gezeichneten Förderanträge für die ausgewählten Interessenten reagierte. Mitte April 2021 ruht das Vergabeverfahren bis Bereitstellung einer neuen Version der Stellungnahme für die Softwarehersteller des GKV SV.

§125 SGB XI | Projekttyp B

Stellt die zweite Stufe des Modellvorhabens dar, an dem Pflegeeinrichtungen, bevorzugt in Kooperationsverbänden, Ihr Interesse bekunden dürfen, Konzepte zu entwickeln und umzusetzen, welche die Organisation von Prozessen in der sektorenübergreifenden Versorgung verbessern möchten z. B. beim strukturierten Informationsaustausch bei manifesten Versorgungsproblemen zwischen Leistungserbringern, dem Entlassmanagement pflegebedürftiger Personen oder Entwicklung und Verbesserung verbindlicher Strukturen und Prozesse der sektorenübergreifenden Kommunikation, wie auch die gemeinsame Arbeit von Leistungserbringern an einem einheitlichen digitalen Versorgungsplan der Pflegeberatung. Die Interessenten am Projekttyp B, sollten 8 Wochen nach dem Projekttyp A informiert werden, um Ihren formalen Antrag bis Ende März 2021 einzureichen.

Der Projekttyp A entspricht einem flächendeckenden Feldtest, mit wissenschaftlicher Evaluation der mögliche TI Fachanwendungen für die Pflege. Der Projekttyp B ist die Innoationswerkstatt der Möglichkeiten mit der TI in der Pflege.

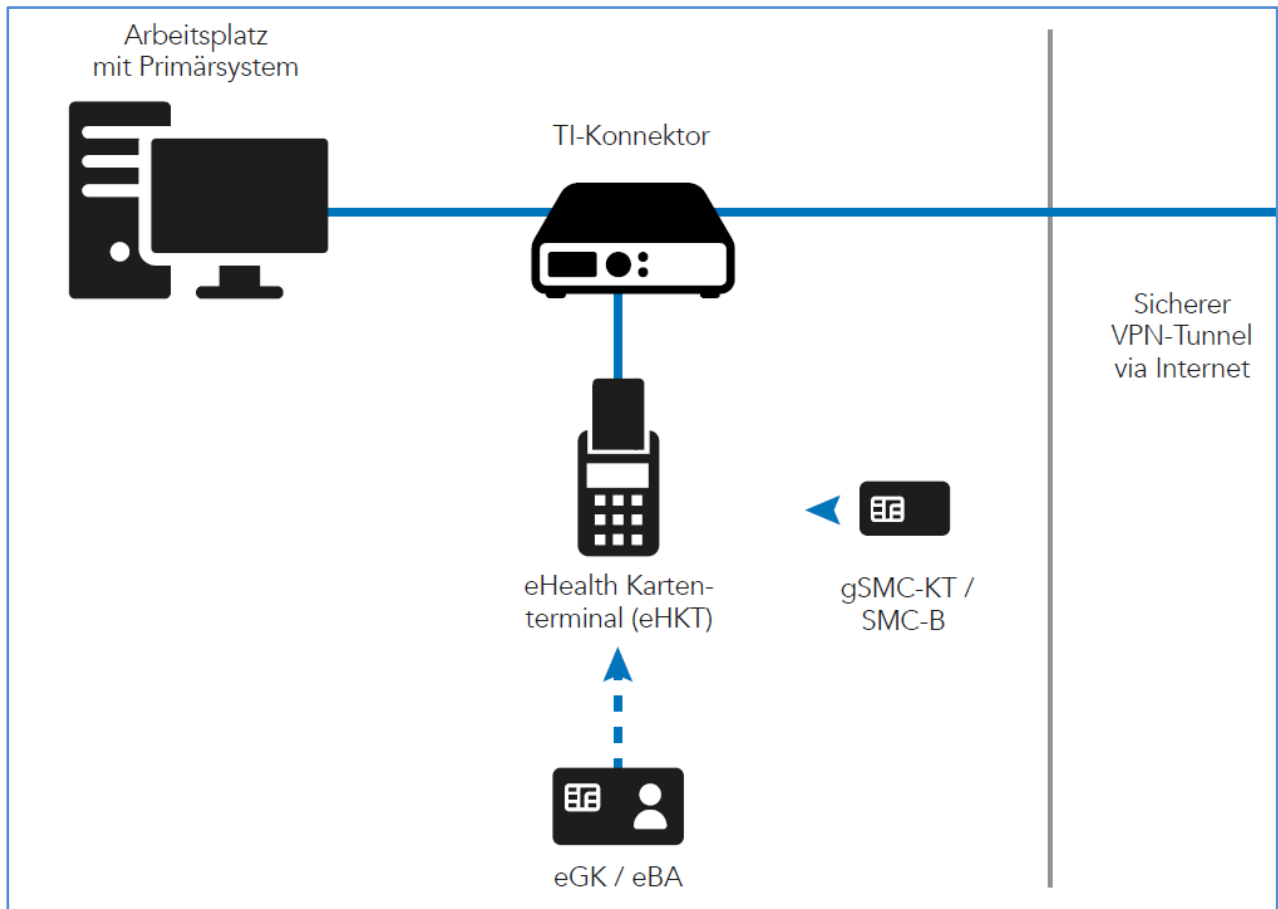
§125 SGB XI | Finanzielle Ausstattung

Aufgrund des Verzugs im Projekttyp A wird es auch im Projekttyp B zu Verzögerungen kommen. Grund hierfür ist der gemeinsame Fördertopf der aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung bereitgestellt werden soll. Der §125 SGB XI ist für das Modellvorhaben mit 10 Mio. Euro ausgestattet worden. Im Projekttyp A werden für die Grundausstattung und deren Betriebskosten, nachträgliche Erweiterung, Umstellung und Schulung zur TI eine zweckgebundene anteilige Erstattung vorgesehen, welche je Interessenten ein bis zwei Pflegeeinrichtung zugutekommt. Im Förderzeitraum beläuft sich diese je Interessenten auf Rund 30.000 Euro. Das verbleibende Fördervolumen fließt in die Stufe 2, dem Projektantrag B des §125 SGB XI.

Regelfinanzierung der TI in der Pflege

Der GKV Spitzenverband hat für die Regelfinanzierung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach §72 SGB XI mit den Verbänden der Pflege auf Bundesebene eine Vereinbarung über die Kostenerstattung vereinbart, welche Pflegeeinrichtungen gemäß §106 Absatz 1 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V eine anteilige Finanzierung, gemäß den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte geschlossen. Die Vereinbarung gilt rückwirkend zum 01. Juli 2020. Der Haken an dieser Vereinbarung, liegt schon im Gesetzesentwurf des Bundesgesundheitsministeriums verborgen, der eine Vereinbarung gemäß den niedergelassenen Ärzten vorgibt. Niedergelassene Ärzte mit der häuslichen Krankenpflege und deren ambulant organisierten Pflegeeinrichtungen zu vergleichen ist noch naheliegend. Über 50% der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind jedoch stationär, insbesondere in Trägerverbänden, mit einer Klinik zu vergleichen. Die Rahmenvereinbarung sieht zum Stand April 2021 als Bemessungsgrundlage für den Ausstattungsanspruch den Standort vor. Pflegeeinrichtungen die eine gemeinsame genutzten IT-Infrastruktur unterhalten, wie es bei Trägern üblich ist, gelten als ein Standort. Hieraus ergibt sich, dass die Kostenerstattung aus der Regelfinanzierung einen Träger mit mehreren Pflegeeinrichtungen einer ambulanten Pflegeeinrichtung für die häusliche Krankenpflege gleichstellt. Die Bemessungsgrundlage wäre jedoch sinnvollerweise an der nachweislichen Begründung der Erfordernisse zu orientieren. Im ärztlichen Umfeld sind dies die Anzahl der behandelnden Ärzte. Bei stationären Pflegeeinrichtungen sind dies die Anzahl der Stationen und Rollen wie etwa die Pflegedienstleitung (PDL), welche Kartenterminals für TI Fachanwendungen produktiv nutzen. Von der Anzahl der Kartenterminal wird spezifikationsbezogen die Anzahl der notwendig zu finanzierenden eHealth Konnektoren berechnet. So ausgestattet, könnten die Ergebnisse des Modellvorhabens des §125 SGB XI nach Zertifizierung durch die gematik, schnell in die Praxis eingeführt werden.

Abbildung 7: Basiskomponenten der TI Infrastruktur



Bildquelle CGM

Operativ kann in der Pflege, losgelöst vom Primärsystem der Pflege, die TI Fachanwendung KIM eingesetzt werden. Mit einem Standard-E-Mail-Client wie Outlook oder Thunderbird (Voraussetzung ist die POP3-Fähigkeit), ist heute schon die Kommunikation mit überleitenden Kliniken, heimversorgenden Ärzten und Apotheken DSGVO konform möglich. Die technische Voraussetzung für diesen Anwendungsfall korrespondiert mit der aktuellen Regelfinanzierung, wenn wir einen Pilotbetrieb betrachten. Die einmalige Unterstützung liegt pro Standort bei etwa einmalig 2.250 Euro und rund 300 Euro pro Quartal für die Betriebskosten.

Für einen produktiven Einsatz in großen Organisationen wie es bei Trägern der stationären Altenhilfe der Fall ist, wären jedoch begleitenden Dienstleistungen, die Betriebskosten für KIM-Adressen je Station und PDL für eine Pflegeeinrichtung, wie auch die Absicherung einer Produktivumgebung mit Back-up Geräten notwendig. Diese finanzielle Begleitung fehlt jedoch in der aktuellen Regelfinanzierung. Interessierte Träger, außerhalb des §125 Modellvorhabens gehen hier in eine

Vorfinanzierung, ohne Aussicht auf ein Cash-back. Eine Vorfinanzierung, die sich operativ wie aus Sicht des Datenschutzes lohnt.

Kommunikation im Medizinwesen (KIM) operativ einsetzen

Der neue Kommunikationsstandard im deutschen Gesundheitswesen lautet KIM (Kommunikation im Medizinwesen)

KIM kann von Primärsystem zu Primärsystem sicher Nachrichten versenden, alternativ kann auch ein KIM kompatibles Mailsystem eingesetzt werden. Die zu versendenden Nachrichten werden verschlüsselt und mit einer Signatur des Absenders und dessen KIM-Adresse versehen. Der Empfänger wird aus einem Verzeichnisdienst ausgewählt und die Nachricht an dessen KIM-Adresse versendet. Die Zustellung übernimmt die Fachanwendung KIM der Telematikinfrastruktur. Der Empfänger der KIM-Nachricht kann ebenso mit dem KIM-Client die Nachricht wieder entschlüsseln und in seinem Primärsystem oder im Postfach seines E-Mail-Programms lesen, soweit dieses KIM kompatibel ist.

Was ist ein Verzeichnisdienst und die Adresse in der KIM-Fachanwendung? Der Verzeichnisdienst entspricht der Kontaktliste eines Mailprogramms oder einem Telefonbuch für alle KIM-Teilnehmer im deutschen Gesundheitswesen. Die KIM-Adresse sieht somit wie eine E-Mail-Adresse aus und ersetzt die bisherige Faxnummer. Spannend dabei ist, dass diese KIM-Adresse anstelle der bisherigen Nummern sprechende Namen enthalten. Der Run auf begehrte KIM-Adresse hat schon begonnen, genauso wie Anfragen von Verbänden der Pflege nach möglichen Subdomain-Endungen für ihre Träger.

Was ist der Vorteil der TI und von KIM

Warum sollte ein Träger der Altenhilfe sich schon heute mit der Telematikinfrastruktur beschäftigen? Mitte 2021 lehrten und die letzten 18 Monate eins, dass die Digitalisierung von Kernprozesse eine Organisation flexibilisieren und wesentlich zum Überleben derselben beitragen, auch in der Pflege.

Mit dem Digitale Versorgung und Pflege - Modernisierungs-Gesetz steht mit der häuslichen Krankenpflege zu Januar 2024 der erste verpflichtende Einsatz der TI im Sozialwesen an. Ausreichend Zeit, sich mit den Vorteilen der TI und der Kommunikation im Medizinwesen zu beschäftigen. Denn KIM ist

1. Sicher und DSGVO Konform

Das Fax verabschiedet sich von der Pflege. KIM ist die erste standardisierte Kommunikation mit Verschlüsselungstechnologie und Signatur

2. **Einfach**

Jetzt nutzbar aus jedem POP3 fähigen Mailsystem

3. **Gültig**

Für das deutsche Gesundheitswesen

4. **Zukunftsweisend**

Da mit dem §125 SGB XI die ersten Fachverfahren entwickelt werden, die eine strukturierte Kommunikation von Primär- zu Primärsystem über Sektorengrenzen hinweg ermöglichen wird

5. **Reduziert**

Arbeitszeit in der Kommunikation

6. **Steigert**

Die Rechssicherheit und den Datenschutz im Umgang von klientenbezogenen Informationen bei der Kommunikation im Medizinwesen

Zeit clever nutzen - vorbereitet in die TI starten!

Was steht nun für ein auf Digitalisierung ausgerichtete Pflegeeinrichtung an?

Zunächst die Voraussetzungen für den Einstieg in die TI schaffen. Technisch ist dies die Anbindung an die TI und die KIM Anbindung an das Mailsystem herzustellen. Organisatorisch steht die Planung der Postfachstruktur und Beschaffung der KIM Adressen bei einem KIM Fachdienstanbieter - wie die CGM SOZIAL - im Fokus. Die Umsetzung sollte fachlich wie technisch begleitet sein. Fachlich mit Prozessexpertise der Pflege und technisch mit Kollegen aus der IT, welche die technischen Möglichkeiten verstehen. Im Zweifel binden Sie Experten ein, die Pflegeprozesse und die Telematikinfrastruktur kennen und verstehen. Da sie die Kommunikation im Medizinwesen in Ihrer Pflegeeinrichtung verändern wollen, ist ebenso ein wichtiger Baustein, dass Sie das Gespräch mit Ihren häufigsten Kommunikationspartnern suchen, wie pflegeversorgende Ärzte, Ihre Apotheker nach §12a ApoG oder die überleitende Klinik.



Thorsten Blocher

Aus der Praxis, für die Praxis! Seit zwei Dekaden widmet sich Thorsten Blocher der Digitalisierung von Prozessen. Der überwiegende Teil davon mit der CGM in der Sozialbranche.

Themenschwerpunkte sind

- das digitale Management von Dokumenten
- die sektorenübergreifende Arzneimitteltherapiesicherheit
- sowie die Telematikinfrastruktur.

Fachartikel zu o.g Themen wurden veröffentlicht in

- Häusliche Pflege 4/21
- CAREkonkret 15/21
- Häusliche Pflege 8/15
- Altenpflege 6/14
- Und im Internet: ti-pflege.de

Im Geschäftsbereich CGM SOZIAL bringt er seine Erfahrungen als Business Development Manager in neue B2B Lösungen ein. Hier verantwortet er die Analyse und Entwicklung neuer Businessfelder sowie Geschäftsmodelle für die Sozialbranche mit den angrenzenden Sektoren.

CGM Clinical Deutschland GmbH

Geschäftsbereich CGM SOZIAL

Unixstraße 1

88436 Oberessendorf

Thorsten.Blocher@cgm.com, cgm.com | ti-pflege.de

Mobil: 0175 / 228 6 448

RWU - Ravensburg-Weingarten University of Applied Science

Masterstudiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen

Prof. Dr. Axel Olaf Kern, Perpetua Schmid

Leibnizstr. 10

88250 Weingarten

www.rwu.de/msg

msg@rwu.de

Tel. 0751 / 501 9415

