

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

# CHANGE MANAGEMENT

Entscheidungsträger  
Veränderungen

**Interessenausgleich**

Machtkämpfe

Revolutionärer Wandel

Ängste

Freiräume

Eigeninteressen

**Beteiligung**

Feedback

**Entschlossenheit**

Arbeitspakete

Integrationsstrategie

Erfolgskontrolle

Interessenkonflikte

**Chancen**

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

---

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm, University of Applied Sciences  
Prof. Dr. Uta M. Feser, Präsidentin

### Mitherausgeber/ Redaktion

Mario A. Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Harald Mehlich (verantwortlich), V. i. S. d. P.

### Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

### Redaktionsanschrift

Hochschule Neu-Ulm, Fakultät Gesundheitsmanagement, Wileystraße 1, 89231 Neu-Ulm

Telefon: 0731 9762-1621

E-Mail: [zfpg@hs-neu-ulm.de](mailto:zfpg@hs-neu-ulm.de)

### Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

### Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

### Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 2, Nr. 3, 2016, S. 1-63. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.01.03.2016-01

**Erscheinungsort**  
Neu-Ulm, 10/ 2016

**ISSN Online**  
2363-9342

**ISSN Print**  
2364-2556

**Auflage**  
1000

### QR-Code



### Webseiten

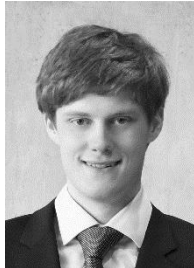
Zeitschrift  
[www.hs-neu-ulm.de/ZFPG](http://www.hs-neu-ulm.de/ZFPG)

Hochschule  
[www.hs-neu-ulm.de](http://www.hs-neu-ulm.de)

### Druckerei

Datadruck GmbH  
Leibier Weg 8  
89278 Nersingen

## Beitrag aus der Wissenschaft III



### Titel

Medicus Adaptabilis – Wenn Fachwissen alleine nicht mehr ausreichend ist

### Autoren

Michael Gabler (links oben), Christian A. Mahringer (rechts oben), Patrick Metzger (links unten), Prof. Dr. Birgit Renzl (rechts unten)



## Einleitung

Die Gesundheitswirtschaft hat sich in den letzten Jahren zu einem der bedeutendsten Wirtschaftsfaktoren in Deutschland entwickelt und stellt bis heute eines der großen Wachstumsfelder in der deutschen Wirtschaft dar. Ihre Bruttowertschöpfung ist von 2007 bis 2013 mit einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 3,5 % deutlich schneller gewachsen als die der Gesamtwirtschaft (Bundesministerium für Gesundheit 2015a). Darüber hinaus waren im Gesundheitswesen im Jahr 2012 ca. 5,2 Millionen Menschen angestellt – also etwa jeder achte Erwerbstätige. Davon fielen rund 1,5 Millionen Beschäftigte in den ambulanten Sektor. Hierzu gehören neben Arztpraxen auch Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger Gesundheitsberufe. In den Krankenhäusern waren rund 1,1 Millionen Menschen beschäftigt (Bundesministerium für Gesundheit 2015b). Damit bilden der ambulante Sektor

und die Krankenhäuser den größten Arbeitgeber der Branche.

Derzeit wird die wachsende Gesundheitsbranche in erheblichem Maße von den vorherrschenden Trends, wie demographischer Wandel, steigendes Gesundheitsbewusstsein und Digitalisierung des Gesundheitswesens beeinflusst. Diese wirken sich unmittelbar auf die Gestaltung der Strukturen, Systeme und Prozesse innerhalb vieler Gesundheitsunternehmen aus, wie in den folgenden Abschnitten skizziert wird.

### *Demographischer Wandel*

Das im Zuge des demographischen Wandels eintretende Altern der Bevölkerung beeinflusst die Gesundheitsbranche in zweifacher Weise. Zum einen verändert es die Personalstruktur – das Alter der Fachkräfte nimmt zu, während immer weniger junge Nachwuchskräfte folgen. In diesem Zusammenhang ist häufig von Ärztemangel und Pflegenotstand die Rede (Deutsche Bank

Research 2012). Zum anderen verschiebt sich aber auch die Altersstruktur der Kunden. Der Anteil älterer Kunden steigt und damit auch die Anzahl an Kunden mit deutlich höherem Krankheitsrisiko (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2015). Dadurch kommt es zu einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen, denn diese nimmt üblicherweise mit zunehmendem Alter zu (List et al. 2009).

### **Steigendes Gesundheitsbewusstsein**

Der zukünftige Gesundheitsmarkt wird insbesondere durch ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein der Menschen geprägt sein. Genauer gesagt geht die Tendenz hin zu einem „proaktiven, aufgeklärten und partizipationswilligen Gesundheitskonsumenten“ (Zukunftsinstitut 2015, S. 11). Dies hat zur Folge, dass sich die Gesundheitskonsumenten neben dem Gespräch mit (Haus-)Ärzten verstärkt selbst Medien suchen, um sich über Gesundheitsfragen zu informieren. Internet, Artikel in Zeitungen und Fernsehen sind hierbei die gängigsten Medien. Durch den Anstieg des subjektiven Gesundheitswissens der Bürger wird es für die Beschäftigten der Gesundheitsbranche unter anderem erforderlich sein, die Beziehung zu den Konsumenten zu intensivieren und das gegenseitige Vertrauensverhältnis zu stärken (Zukunftsinstitut 2015).

### **Digitalisierung des Gesundheitswesens**

Durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in der Gesundheitsbranche wird sich der Informationsaustausch zwischen Ärzten, Apothekern und Patienten zunehmend verändern. Telemedizin ermöglicht beispielsweise eine raum- und zeitunabhängige Kommunikation. Damit kommt es zu drastischen Verbesserungen in Diagnostik und Therapie. Auf der anderen Seite steigen aber auch die technischen Anforderungen an die Kommunikationspartner. So wird sich durch Konzepte wie die elektronische Gesundheitskarte, die

Speicherung von Patientendaten im Internet oder die Fernüberwachung von Patientendaten (Telemonitoring) die Beziehung zwischen Ärzten und Patienten substanziell verändern. Dadurch kann es unter Umständen zu einer größeren Distanz zwischen Ärzten und Patienten kommen (TNS Infratest 2013).

Um den genannten Trends – demographischer Wandel, steigendes Gesundheitsbewusstsein und Digitalisierung des Gesundheitswesens – erfolgreich zu begegnen, sind die Akteure der Gesundheitsbranche gefordert, selbst einen Wandel zu durchlaufen. Dabei werden sie unter anderem mit folgenden Fragestellungen konfrontiert:

- Über welche Kompetenzen müssen die Beschäftigten zukünftig verfügen, um den Trends in der Gesundheitsbranche erfolgreich zu begegnen?
- Welchen Beitrag kann das Kompetenzmanagement zum Aufbau dieser Kompetenzen beitragen?

### **Kompetenzmanagement als Lösungsansatz für die Personalarbeit der Gesundheitswirtschaft**

Wurden früher Ärzte und deren Fachkompetenz nur selten hinterfragt, so tragen die beschriebenen Trends dazu bei, dass eine kritische Reflexion der Patienten über die Dienstleistung des Arztes mehr und mehr zunimmt. Eine Studie der Unternehmensberatung PwC kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten Deutschen zwar zufrieden mit dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik sind, aber dass dennoch mangelnde Aufmerksamkeit und fehlende Fachkompetenz zur Unzufriedenheit mit Medizinern beitragen (PwC 2015). Diese Aspekte weisen darauf hin, dass die Gründe für Unzufriedenheit in erster Linie in der Kompetenz des Arztes begründet sind.

Doch wie kann den steigenden Anforderungen der Patienten nachgekommen werden? Das Kompetenzmanagement bietet hierfür eine geeignete Lösung. Kompetenzen ermöglichen Individuen, eigenständig zu handeln (Heyse/ Erpenbeck 2009). Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen, Persönlichkeitseigenschaften und Motive sind Bestandteile von Kompetenzen. Diese Bestandteile unterscheiden sich von Kompetenzen insofern, als dass sie noch nicht das Handeln in neuen Situationen ermöglichen. Kompetenzen zeigen sich also letztendlich im Handeln von Individuen. In Organisationen müssen solche Kompetenzen jedoch auch gesteuert werden, damit sie die Erreichung der Organisationsziele unterstützen können. Das Kompetenzmanagement ist hierbei ein geeignetes Steuerungsinstrument und bietet die Möglichkeit, relevante Kompetenzen aufzubauen.

Im Rahmen des Kompetenzmanagements sollten zunächst über die Anforderungsanalyse relevante Kompetenzen beschrieben werden. In einem zweiten Schritt werden diese Kompetenzen in einem Kompetenzmodell verankert. Danach sind geeignete Maßnahmen zur Schließung von Kompetenzlücken zu identifizieren. Dieser Prozess soll im Folgenden am Beispiel von Ärzten beschrieben werden.

### **Schritt 1: Anforderungsanalyse**

Zunächst stellt sich die Frage, welche Kompetenzen Ärzte im Spannungsfeld wandelnder Patientenanforderungen aufweisen müssen. Aus den bereits beschriebenen Trends ergeben sich die folgenden Kompetenzen: Kommunikationsfähigkeit, Glaubwürdigkeit und Fachwissen im Bereich digitaler Medien (Heyse/ Erpenbeck 2009).

Kommunikationsfähigkeit erfährt eine zunehmende Relevanz. Diese Kompetenz ermöglicht dem Arzt, sich so zu artikulieren, dass er von den Patienten verstanden wird. Durch eine derartige Kommunikation werden

Missverständnisse vermieden und die Effizienz des ärztlichen Arbeitsalltages steigt. Diese Effizienz ist von herausragender Bedeutung, da – wie bereits erläutert – der demographische Wandel die Anzahl von Patienten pro Arzt erhöhen wird. Ein weiterer Aspekt der Kommunikationskompetenz ist die Fähigkeit zum Zuhören. Diese stellt die Grundlage von Empathie dar. Empathie ermöglicht es dem Arzt, sich in seine Patienten hinein zu versetzen, und deren Ängste sowie Wünsche zu verstehen. Sie ermöglicht dem Arzt ebenfalls, Kommunikation bewusst zu steuern. Diese Steuerung ist insofern relevant, als die Patienten durch das steigende Gesundheitsbewusstsein die Behandlung des Arztes nicht mehr unreflektiert hinnehmen, sondern sichergehen wollen, dass er ihnen die bestmögliche Behandlung bietet.

Eine Kompetenz, die eng mit Kommunikationsfähigkeit verwandt ist, ist Glaubwürdigkeit. In Zeiten der digitalen Medien gibt es kaum noch Möglichkeiten der Verschleierung von Informationen. Der gesundheitsbewusste Mensch wird beispielsweise zunächst recherchieren, auf welche Krankheit seine Symptome hindeuten. Diese Recherche mag zwar pragmatisch sein, allerdings bedarf es dann guter Argumente auf Seiten des Arztes, wenn diese Selbstdiagnose nicht zutrifft oder eine andere Behandlung gewählt werden soll. Hat der Arzt jedoch mit dem Patienten ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, so wird der Arzt für den Patienten die Informationsquelle der ersten Wahl sein. Dieses Vertrauensverhältnis wiederum basiert auf der Glaubwürdigkeit des Arztes. Fundiert wird Glaubwürdigkeit durch zuverlässiges und kompetentes Auftreten des Arztes und durch den offenen und ehrlichen Umgang mit dem Patienten (Tschannen-Moran/ Hoy 2000).

Die Notwendigkeit von Fachwissen im Bereich der digitalen Medien ergibt sich aus der bereits beschriebenen rasanten Digitalisierung des Gesundheitswesens. Diese Digitalisierung hat zur Folge, dass Ärzte ein immer

breiter werdendes Spektrum an Informations- und Kommunikationstechnologien beherrschen müssen, um Patienten fachgerecht behandeln zu können. Sie müssen diese jedoch nicht nur bedienen können, sondern auch deren Bedeutung für ihre tägliche Arbeit einschätzen können. So nehmen beispielsweise Bewertungsplattformen für Ärzte einen immer größer werdenden Stellenwert in der Arztwahl ein. Da die Diskussion um die Qualität von Ärzten jedoch der freien Meinungsäußerung unterliegt, können solche Plattformen nicht ignoriert werden, sondern sollten bewusst als Feedbackmechanismus und Kommunikationsmedium wahrgenommen werden.

### **Schritt 2: Das Kompetenzmodell**

Die im Anforderungsprofil identifizierten Kompetenzen müssen im Anschluss in einem Kompetenzmodell verankert werden. Dieses Kompetenzmodell kann als Instrument genutzt werden, das die Personalarbeit in Krankenhäusern und Arztpraxen koordiniert. Kompetenzmodelle können unterschiedlich ausgestaltet sein, angepasst an die unterschiedlichen Organisationsgrößen. In einem Krankenhaus kann dies als eigenes meist informationstechnologisch gestütztes System etabliert werden, das die Entwicklung der Ärzte begleitet und Humanressourcen steuert. In Arztpraxen können Kompetenzmodelle einfache Orientierungsanker bieten, an denen der Arzt sein Entwicklungspotenzial festlegt und sinnvolle Weiterbildungsmöglichkeiten evaluiert.

Grundsätzlich können Kompetenzmodelle für alle Ärzte eines Krankenhauses unabhängig von deren Spezialisierung gelten, sie können jedoch auch für jedes Tätigkeitsfeld (z. B. Chirurg, Internist, etc.) einzeln erstellt werden. Es ist ebenfalls denkbar ein Grundmodell zu entwickeln, das für alle Ärzte gilt und darauf aufbauend spezifische Kompetenzen für die jeweiligen Tätigkeitsfelder festzulegen (Mansfield 1996). Die Wahl der Art des Kompetenzmodells hängt

davon ab, wie präzise Kompetenzen beschrieben werden sollen und damit auch davon, wie unterschiedlich die Tätigkeitsfelder sind. Es kann jedoch festgehalten werden, dass die in diesem Artikel identifizierten Kompetenzen als übergreifend zu sehen sind und damit Bestandteil eines allgemeingültigen Modells sein sollten.

Bei der Einführung eines Kompetenzmanagements sollten zudem klare Definitionen der relevanten Begrifflichkeiten festgelegt werden. So sollten sich alle Organisationsmitglieder im Klaren sein, was mit dem Kompetenzbegriff gemeint ist. Diese Klarstellung ist wichtig, da im deutschen Sprachgebrauch Kompetenzen sowohl für Befähigungen mit einer variierenden Mischung aus Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen, etc. als auch für Weisungsbefugnisse stehen können. Es sollte auch definiert werden, was ein Kompetenzmodell ist. Des Weiteren werden Kompetenzmodelle üblicherweise in mehrere Kompetenzklassen unterteilt. Hierbei ist die Unterteilung in Fach- und Methodenkompetenzen-, sozial-kommunikative Kompetenzen, personale Kompetenzen und Aktivitäts- und Handlungskompetenz ein geläufiger Standard (Heyse/ Erpenbeck 2009). Dennoch werden in der Praxis sehr unterschiedliche Kompetenzklassen verwendet (Grote et al. 2012).

Ein weiterer Hinweis bezieht sich auf die Menge der Kompetenzen, die als relevant betrachtet werden. Grundsätzlich herrscht Uneinigkeit darüber, ob Kompetenzmodelle so vollständig wie möglich sein sollen, oder ob nur erfolgskritische Kompetenzen abgebildet werden sollen (Grote et al. 2012). Aus Sicht der Autoren soll die Zahl an Kompetenzen eher gering gehalten werden (10 bis 20 Kompetenzen), da ansonsten die praktische Umsetzung eingeschränkt ist.

Die Ausprägungen von Kompetenzen können anhand von Skalen bestimmt werden. Diese Skalen sollten dann mit konkreten Verhaltensankern unterlegt werden. So kann



beispielsweise ein Verhaltensanker der Kommunikationskompetenz von Ärzten lauten: „der Arzt gibt seinen Patienten das Gefühl in guten Händen zu sein“. Solche Verhaltensanker ermöglichen eine vergleichbare Einstufung von Kompetenzen.

Das Kompetenzmodell legt fest, welche Ausprägungen der jeweiligen Kompetenzen innerhalb der unterschiedlichen Tätigkeitsfelder benötigt werden. Auch die Ausprägungen der Kompetenzen, die Ärzte in Zukunft benötigen, unterscheiden sich. So bedarf vermutlich ein Hausarzt, der in regem Kontakt mit seinen Patienten steht und diese in erster Instanz berät, einer höheren Ausprägung von Kommunikationsfähigkeit als ein Chirurg im Krankenhaus.

### **Schritt 3: Identifikation von Lernbedarf und Ableitung von Maßnahmen**

Sind die notwendigen Ausprägungen festgelegt, so müssen die jeweiligen Ärzte in den Organisationen anhand dieser Skalen evaluiert werden. Die Differenz zwischen der Soll-Ausprägung und dem Ist-Wert entspricht dem Lernbedarf der Ärzte. Diesem Lernbedarf kann durch geeignete Personalentwicklungsmaßnahmen nachgekommen werden.

Die Entwicklung von Glaubwürdigkeit und Kommunikationsfähigkeit kann beispielsweise durch Kommunikationstraining und Intervention (kollegiale Beratung) integriert erfolgen, da diese Kompetenzen in einem engen Zusammenhang stehen.

Die kommunikative Glaubwürdigkeit kann in Kommunikationstrainings in praxisorientierten Übungseinheiten mit Patientensimulation trainiert und mithilfe von standardisierten Patienten-Arzt-Gesprächen simuliert werden (Jünger/ Kadmon 2012). Standardisierte Patienten sind nach Barrows (1993) Personen, die eine Krankheit standardisiert simulieren können oder Patienten die imstande sind, die Symptome ihrer Krankheit standardisiert darzulegen. In einer geschützten

Lernumgebung können Ärzte schwierige Arzt-Patienten-Gespräche üben und ihre Kommunikationsfähigkeit mithilfe von professionellem Feedback verbessern (Jünger/ Kadmon 2012). Dies kann eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung fördern und damit auch zu einer Steigerung der Glaubwürdigkeit der Ärzte führen. Beispielsweise können Situationen simuliert werden, bei denen ein standardisierter Patient die Beratung durch den Arzt aufgrund von Internetrecherchen in Frage stellt. Die Teilnehmer eines solchen Trainings erhalten im Anschluss ein Feedback der Gruppenteilnehmer, einem Trainer bzw. Supervisor oder den standardisierten Patienten. Bei diesem Feedback kann neben der individuellen Kommunikationsfähigkeit auch die Glaubwürdigkeit der ärztlichen Beratung beurteilt und reflektiert werden.

Die Intervention (kollegiale Beratung) ist eine regelmäßige (Praxis-)Fallberatung von Ärzten ohne externe Moderation (Ryschka/ Tietze 2011). In einer geschützten Umgebung können konkrete Praxissituationen aus dem beruflichen Alltag unter Gleichgesinnten besprochen und reflektiert werden. Anschließend werden gemeinsam potenzielle Lösungsansätze für spezifische Problemstellungen aus der Praxis diskutiert und erarbeitet. Eine offene und persönliche Lernatmosphäre ist hierbei ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Die Gruppenmitglieder müssen ihre konkreten Problemsituationen vertraulich vortragen können, ohne die Situation als unangenehm zu empfinden. Aus diesem Grund sollten ausschließlich gleichrangige Teilnehmer mit ähnlichem Tätigkeits- und Erfahrungshintergrund an einer Intervention teilnehmen (Lippmann 2013). Für dieses Argument spricht ebenfalls, dass Lösungsansätze erarbeitet werden, bei denen alle Teilnehmer ihr Erfahrungswissen einbringen sollen. Beispielsweise können Ärzte disziplinübergreifend an einer Intervention in regelmäßigen Abständen teilnehmen und sich gegenseitig über schwierige Kommunikationssituationen und Arzt-Patienten-Bezieh-

ungen austauschen. Anschließend können sie gemeinsam Lösungsansätze für das jeweilige konkrete Kommunikationsproblem erörtern. Die gewonnenen Erkenntnisse können bei der Bewältigung von schwierigen Kommunikationssituationen eingebracht werden, um die Beratungsqualität zu erhöhen und dementsprechend auch die Glaubwürdigkeit der Beratung zu stärken.

Um den Umgang mit digitalen Medien zu fördern, kann Reverse Mentoring als ein neuartiges Instrument der Personalentwicklung herangezogen werden (Graf/ Edelkraut 2014). Beim Reverse Mentoring sind gegenüber dem klassischen Mentoring die Rollen vertauscht. Das heißt, eine jüngere und im Kontext der Medizin unerfahrenere Person (Mentor), gibt ihr umfangreiches Fachwissen bezüglich digitaler Medien, einem älteren bzw. erfahrenen Arzt (Mentee) weiter. Diese informelle Form des Lernens bei der Arbeit kann sowohl in Krankenhäusern als auch Arztpraxen in einem formalen Rahmen organisiert sein. Beispielsweise können für Ärzte in Krankenhäusern regelmäßige Sitzungen mit jungen Assistenzärzten vereinbart werden. Hier kann die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien trainiert werden. Ärzte in Arztpraxen können auf das Anwendungswissen im Umgang mit Informations- und Kommunikationstechnologien von jungen Arbeitskollegen oder medizinischen Fachangestellten zurückgreifen. Beim Reverse Mentoring orientieren sich die konkreten Lerninhalte an dem Lernbedarf des jeweiligen Mentees. Neben dem Fachwissen im Bereich digitaler Medien können die Mentoren auch die aktuelle und künftige Bedeutung von Informations- und Kommunikationstechnologien im ärztlichen Alltag vermitteln.

Vor allem vor dem Hintergrund der oben genannten künftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen wird Reverse Mentoring in Zukunft einen hohen Stellenwert einnehmen. Der Nutzung von Telemedizin und weiteren E-Health-Anwendungen bei der

Patientenbehandlung wird in Zukunft eine zentrale Rolle zukommen und dementsprechend wird der Lernbedarf im Bereich der digitalen Medien steigen.

## Fazit

Dieser Beitrag weist auf die zunehmende Bedeutung der Veränderungsfähigkeit in Organisationen allgemein und im Gesundheitswesen im Besonderen hin. Die zu beobachtenden demographischen Entwicklungen, das auch damit einher gehende steigende Gesundheitsbewusstsein sowie die fortschreitende Digitalisierung erfordern eine rasche Anpassungsfähigkeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Daher müssen die Rahmenbedingungen der Organisationen so gestaltet werden, dass die einzelnen Systemmitglieder bestmöglich in ihrer Veränderungsfähigkeit gefördert werden. Der „Medicus adaptabilis“ – ein Arzt mit der Fähigkeit sich den Herausforderungen zu stellen und anzupassen – nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein. Große Krankenhäuser haben natürlich andere Möglichkeiten der Unterstützung als beispielsweise Ärzte im niedergelassenen Bereich. Wichtig für alle ist jedoch, sich der steigenden Anforderungen bewusst zu sein und diesen mit konkreten Maßnahmen zu begegnen. Ein systematisches Kompetenzmanagement, das die umfassenden Anforderungen über die rein fachlichen Kompetenzen hinaus analysiert und darauf aufbauend auch die zu entwickelnden sozialen und personalen Kompetenzen sowie die Aktivitäts- und Handlungskompetenzen identifiziert und umsetzt, ist dabei unerlässlich. In Abhängigkeit von Größe und individuellen Charakteristika der Organisation werden die eingesetzten Maßnahmen angepasst. Im Beitrag wurden auch einzelne Maßnahmen und Instrumente zur Entwicklung der Kompetenzen im Bereich Kommunikationsfähigkeit und Glaubwürdigkeit vorgestellt. Ein weiteres bereits gut etabliertes Beispiel ist der Einsatz digitaler Medien im Bereich der Patientenaufklärung. Den Patienten werden animierte Videosequenzen



gezeigt, um beispielsweise eine Stentimplantation, das Einsetzen einer Gefäßstütze aus Metall oder Kunstfasern, anschaulich und auch über Sprachbarrieren hinweg verständlich erklären zu können. Die Ärzte können ihre Patienten besser informieren bzw. die gesamte präoperative Patientenaufklärung digital abwickeln. Der Medieneinsatz stellt somit eine wesentliche Erleichterung der Abläufe dar. Die Trends im Bereich der zunehmenden Digitalisierung, der demographischen Entwicklung und des gesteigerten Gesundheitsbewusstseins bieten daher vielfältige Chancen der künftigen Entwicklung, stellen aber auch eine Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Ein umfassendes Kompetenzmanagement ist ein wichtiges Element, um sich dieser Herausforderung zu stellen und die Chancen bestmöglich nutzen zu können.

## Literatur

- Barrows H. S. (1993) An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. In: *Academic Medicine*. Vol. 68. No. 1. pp. 443-451.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015) Innovationskraft der Gesundheitswirtschaft erhöhen. Online im Internet. URL: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4564.php>, Abrufdatum: 05.11.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015a) Bedeutung der Gesundheitswirtschaft: Bundesministerium für Gesundheit. Online im Internet. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>, Abrufdatum: 16.10.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015b) Gesundheitswirtschaft als Jobmotor. Online im Internet. URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html>, Abrufdatum: 16.10.2015.
- Deutsche Bank Research (2012) Gesundheitswirtschaft: Weiteres Aufwärtspotenzial. Online im Internet. URL: [https://www.dbresearch.de/PROD/DBR\\_INTERNET\\_DE-PROD/PROD000000000296352.PDF](https://www.dbresearch.de/PROD/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000296352.PDF), Abrufdatum: 16.10.2015.
- Graf N., Edelkraut F. (2014) *Mentoring, Das Praxisbuch für Personalverantwortliche und Unternehmer*. Springer Verlag. Wiesbaden.
- Grote S., Kauffeld S., Billich-Knapp M., Lauer L., Frieling E. (2012) Implementierung eines Kompetenzmanagementsystems: Phasen, Vorgehen und Stolpersteine. In: Grote S., Kauffeld S., Frieling E. (Hrsg.) *Kompetenzmanagement: Grundlagen und Praxisbeispiele*. Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart. S. 35-56.
- Heyse V., Erpenbeck J. (2009) *Kompetenztraining. Informations- und Trainingsprogramme*. Schäffer-Poeschel Verlag. Stuttgart.
- Jünger J., Kadmon M. (2012) Humanmedizin, Schlüsselkompetenzen heute und morgen. In: Heyse V., Schircks A. D. (Hrsg.) *Kompetenzprofile in der Humanmedizin Konzepte und Instrumente für die Ausrichtung von Aus- und Weiterbildung auf Schlüsselkompetenzen*. Waxmann Verlag. Münster. S. 93-153.
- Lippmann E. D. (2013) *Intervision Kollegiales Coaching professionell gestalten*. Springer Verlag. Berlin.
- List S. M., Ryl L., Schelhase T. (2009) Systeme mit Altersschwäche? Angebote gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung für alte Menschen. In: Böhm K., Tesch-Römer C., Ziese T. (Hrsg.) *Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*. Berlin. S. 167-215.
- Mansfield R. S. (1996) Building Competency Models: Approaches for HR Professionals. In: *Human Resource Management*. Vol. 35. No. 1. pp. 7-18.

PwC (2015) Healthcare-Barometer. Online im Internet. URL: <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/healthcare-barometer-maerz-2015.pdf>, Abrufdatum: 16.10.2015.

Ryschka J., Tietze K.-O. (2011) Beratungs- und betreuungsorientierte Personalentwicklungsansätze. In: Ryschka J. (Hrsg.) *Praxishandbuch Personalentwicklung Instrumente, Konzepte, Beispiele*. Gabler Verlag, Wiesbaden. S. 95-135.

TNS Infratest (2013) *Zukunftspfade Digitales Deutschland 2020*, Eine Studie des IT-Planungsrats. Online im Internet. URL: [http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/Studie%20Digitales%20Deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2013/Studie%20Digitales%20Deutschland.pdf?__blob=publicationFile), Abrufdatum: 16.10.2015.

Tschannen-Moran M., Hoy W. K. (2000) Multidisciplinary Analysis of the Nature, Meaning, and Measurement of Trust. In: *Review of Educational Research*. Vol. 70. No. 4. pp. 547-593.

Zukunftsinstitut (2015) *Die Philips Gesundheitsstudie 2015*, eine Studie im Auftrag der Philips GmbH. Online im Internet. URL: <http://www.zukunftsinstitut.de/documents/downloads/Zukunftsinstitut%20Philips%20Gesundheitsstudie%202015.pdf>, Abrufdatum: 16.10.2015.

### Autorenbiografien

*Michael Gabler*, M.Sc., ist seit Oktober 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für ABWL und Organisation an der Universität Stuttgart. Von 2009 bis 2013 studierte er Wirtschaftsingenieurwesen (B.Eng.) an der Hochschule Esslingen sowie Business Administration and Management an der Universität Saragossa.

*Christian A. Mahringer*, M.Sc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für ABWL und Organisation der Universität

Stuttgart unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Birgit Renzl. Seinen Master absolvierte er in BWL mit Schwerpunkt Arbeits- und Organisationspsychologie an der Privatuniversität Schloss Seeburg im Jahr 2015.

*Patrick Metzger*, M.Sc., ist seit September 2015 akademischer Mitarbeiter am Lehrstuhl für ABWL und Organisation an der Universität Stuttgart unter Leitung von Frau Prof. Dr. Birgit Renzl. Zuvor studierte er technisch orientierte Betriebswirtschaftslehre an der Universität Stuttgart.

*Prof. Dr. Birgit Renzl*, ist seit März 2015 Inhaberin des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Organisation an der Universität Stuttgart. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Wissensmanagement, Strategische Veränderungsprozesse und Leadership. Der Fokus liegt dabei auf der Organisation von Wissen in Unternehmen, Kompetenzmanagement und dem Aufbau von Dynamic Capabilities. Sie verfasste über siebzig Artikel in Büchern und Fachzeitschriften und ist im Herausgeberbeirat der wissenschaftlichen Zeitschrift „Management Learning“.

### Autorenanschriften

Michael Gabler  
Lehrstuhl für ABWL und Organisation  
Keplerstraße 17  
Stockwerk 6a  
70174 Stuttgart

E-Mail: [michael.gabler@bwi.uni-stuttgart.de](mailto:michael.gabler@bwi.uni-stuttgart.de)

Christian A. Mahringer  
Lehrstuhl für ABWL und Organisation  
Keplerstraße 17  
Stockwerk 6a  
70174 Stuttgart

E-Mail: [Christian.Mahringer@bwi.uni-stuttgart.de](mailto:Christian.Mahringer@bwi.uni-stuttgart.de)

Patrick Metzger  
Lehrstuhl für ABWL und Organisation  
Keplerstraße 17  
Stockwerk 6a  
70174 Stuttgart

E-Mail: [Patrick.Metzger@bwi.uni-stuttgart.de](mailto:Patrick.Metzger@bwi.uni-stuttgart.de)

Prof. Dr. Birgit Renzl  
Lehrstuhl für ABWL und Organisation  
Keplerstraße 17  
Stockwerk 6a  
70174 Stuttgart

E-Mail: [Birgit.Renzl@bwi.uni-stuttgart.de](mailto:Birgit.Renzl@bwi.uni-stuttgart.de)