Dipl.-Kfm. Dipl.-Psych. Georg Brabänder MA

Beidhändige Führung und evidenzbasiertes Management

Organisationale Kontextbedingungen für die Gestaltung innovativer Gesundheitsleistungen

Zusammenfassung

Das Potenzial einer organisationalen Ambidextrie für die Bewältigung der digitalen Transformation bleibt in Gesundheitsorganisationen bisher weitgehend unerschlossen. Insbesondere die beidhändige Führung als die Fähigkeit von Führungskräften, sich flexibel auf Veränderungen einzustellen und die Kompetenzen der Mitarbeitenden auf verschiedenen Dimensionen immer wieder neu zu konfigurieren, um neues Wissen zu schaffen und neues Wissen in die Routine zu integrieren, wird in Gesundheitsorganisationen nicht genutzt.

Ein dynamisches Ausbalancieren der gegensätzlichen Aktivitätsmuster einer beidhändigen Führung auf der Basis von Evidenzen unterschiedlicher Quellen stellt die Basis für die Gestaltung hochwertiger, innovativer Gesundheitsleistungen dar.

In diesem Beitrag wird die Anwendung von in anderen Branchen bereits bewährten Ansätzen auf Gesundheitsleistungen und ihr potenzieller Beitrag für die Wissensgenerierung und für die Wissensintegration untersucht.

Schlüsselwörter

Ambidextrie, beidhändige Führung, evidenzbasiertes Management, Wissensgenerierung, Wissensintegration

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2603

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland wird laut der Krankenhausstudie aus 2023 von Roland Berger vernetzt, ambulant und KI-gestützt sein (1). Es gilt dabei, Lösungen zu finden für den Fachkräftemangel, komplexe Krankheitsbilder, erhöhte Anspruchshaltung an Gesundheitsleistungen selbst sowie an die medizinischen und ethischen Kompetenzen der Leistungserbringer und für die kontinuierlichen Kostensteigerungen. Lösungen werden auch gesucht für die Interoperabilität der Systeme von ambulanter und stationärer Leistungserbringung, für den hohen Dokumentationsaufwand in Krankenhäusern und Praxen sowie für die Reduzierung der Abrechnungskomplexität. Dabei sollen auch die Interessen von Patient:innen, Kostenträgern und Leistungserbringern koordiniert und der Nutzen von Gesundheitsleistungen bewertet werden. Vor allem die Datengewinnung und -nutzung aus unterschiedlichen Quellen des Versorgungsgeschehens stellen eine notwendige Voraussetzung für eine vernetzte, interdisziplinäre und multiprofessionelle Erbringung von innovativen und personalisierten Gesundheitsleistungen dar. Sie sind weiterhin die Basis für eine effiziente und effektive Steuerung des Leistungsgeschehens selbst als auch für Forschungszwecke.

Gesundheitsorganisationen im Spannungsfeld von Ambivalenzen

>> Hinzu kommt mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz ab 2025 eine Akademisierung der Pflegeberufe, durch die entsprechend ausgebildeten Pflegefachpersonen heilkundliche Befugnisse zugewiesen werden können. Damit sollen die interprofessionelle Teamarbeit in Gesundheitsorganisationen gefördert und der Pflege mehr Kompetenzen zugewiesen werden (2), um Gesundheitsleistungen flexibler hinsichtlich des Ortes und des Zeitpunktes erbringen zu können sowie den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Dies wird die Abstimmung zwischen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter:innen sowie die Führung der leistungserbringenden Teams herausfordernder machen (3), da innerhalb des bestehenden Machtgefälles eine Erweiterung der Tätigkeitsfelder nur dort auf Zustimmung der Ärzteschaft trifft, wo sie zur Entlastung führt und kein Kontrollverlust zu befürchten ist.

Medizintechnische, pharmakologische Innovationen und die digitalen Technologien sollen für die vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen Lösungen bereitstellen. Dazu gehören bereits bestehende Anwendungen wie zum Beispiel Anwendungen der Robotik, der Augmented und der Virtual Reality (4) sowie der Digitale Zwilling (5). Als Trends zeichnen sich nach Gartner (6) die Anwendungen künstlicher Intelligenz als Partner für eine kontinuierliche Gefährdungsverwaltung und für die Optimierung von Entscheidungsfindung ab. Ebenso werden von der Anwendung generativer künstlicher Intelligenz bei den Routinetätigkeiten hohe Produktivitätssprünge erwartet (7).

Damit bekommen die Prozesse der Wissensgenerierung und der Wissensintegration in bestehende und in neue Routinen eine zentrale Bedeutung für die Wettbewerbsfähigkeit der Organisation. So werden die VUCA-Faktoren *Volatility, Uncertainty, Complexity* und *Ambiguity*, die sich für die Beschreibung der heutigen Unternehmensumwelt eingebürgert haben, auch zunehmend Realität für Gesundheitsorganisationen (8). Die zum Teil gegensätzlichen Anforderungen von unterschiedlichen Stakeholdern führen im Management von Gesundheitsorganisationen zu erheblichen organisatorischen Spannungen (9). Diese Spannungen sind Symptome für Veränderungsprozesse, haben aber auch Potenziale für das Auslösen von notwendigen Anpassungen. Entscheidend dabei ist, wie das Management mit diesen Spannungen umgeht und wie zielgerichtet es die Aktivierungspotenziale nutzen kann. Spannungen und Ambivalenzen hat es schon immer in Organisationen gegeben, aber sie treten in höherer Frequenz und mit größeren Amplituden auf, so auch in bislang relativ sicheren Branchen.

Führungsaufgabe Ambidextrie

Nachhaltige Wettbewerbsfähigkeiten eines Unternehmens – auch einer Gesundheitsorganisation – gehen einher mit der Fähigkeit, sich neues Wissen zu erschließen, Innovationen zu entwickeln und/oder zügig aus der Forschung zu übernehmen sowie gleichzeitig das bestehende Kerngeschäft bestmöglich auszuschöpfen. Diese Fähigkeit, gegensätzliche Handlungsstrategien miteinander zu kombinieren, wird mit Ambidextrie bezeichnet und meint ursprünglich

im medizinischen Kontext die Geschicklichkeit beider Hände (11). Ambidextrie stellt die dynamische Fähigkeit einer Organisation dar, sich flexibel auf kontinuierliche und disruptive Veränderungen einzustellen, eine Fähigkeit besonders der Führungskräfte, die sich in der eigenen Lernbereitschaft und der Fähigkeit ausdrückt, die Kompetenzen der Mitarbeitenden immer wieder neu zu konfigurieren (12). Das richtige Zusammenspiel der intensiven Nutzung des Bestehenden (Exploitation) und der Erkundung von Neuem (Exploration) stellt eine komplexe Fähigkeit dar, die einen Wettbewerbsvorteil bietet, der über den hinausgeht, der durch jede einzelne Aktivität erzielt werden kann.

Auf der strategischen Ebene entspricht die Ambidextrie einer sogenannten hybriden Strategieform, bei der die beiden üblicherweise getrennten Strategiealternativen – die Differenzierungsstrategie auf der einen und die Kostenführerschaft auf der anderen Seite – miteinander kombiniert werden. Strukturell kann das Spannungsfeld zwischen einer zentralisierten, funktional geschlossenen Exploit-Ausrichtung und einer eher dezentralisierten, offenen Explore-Ausrichtung durch getrennte Einheiten, sequenziell durch eine zeitliche Trennung der Modi oder kontextuell durch eine gleichzeitige Realisierung der beiden Modi gemanagt werden.

Da die Finanzierung von Gesundheitsleistungen im deutschen Gesundheitssystem in der Regel keine Spielräume für zusätzliche Einheiten zulässt, soll hier auf eine kontextuelle Ambidextrie fokussiert werden. Die Aktivitätsmuster der beiden Gestaltungsalternativen Exploitation und Exploration unterscheiden sich aber grundlegend. Während Exploitation sich auf das Verwerten bestehender Prozesse konzentriert und Kostenoptimierung, Prozess- und Systemkontrolle benötigt (enge Kopplung), fokussiert Exploration vor allem auf Flexibilität, Selbstorganisation und Wachstum (lose Kopplung) (13).

Welches strukturelle Modell auch immer gewählt wird, Ambidextrie ist primär eine Führungsaufgabe (14). Die Sicherung und Entwicklung dieser beidhändigen Führungsqualität ist damit einer der größten Stellhebel für zukünftigen Unternehmenserfolg (15). „We define ambidextrous leadership as the ability to foster both explorative and exploitative behaviors in followers by increasing or reducing variance in their behavior and flexibly switching between those behaviors." (16)

Betriebswirtschaftliche Untersuchungen und Studien weisen fast durchgehend auf einen positiven Zusammenhang zwischen Ambidextrie und der Unternehmensleistung hin (17), deshalb erscheint die Prüfung der Übertragung auf Gesundheitsorganisationen lohnend.

Beidhändige Führung in Gesundheitsorganisationen lässt sich unter den Führungsmodellen angesichts des besonderen Gutes Gesundheit und der Bedingungen ihrer Erbringung verorten als die Kombination von transformationaler und transaktionaler Führung. Besondere Bedeutung kommt der transformationalen Führung im Gesundheitswesen zu, weil ihre konsequente Mitarbeiterorientierung eine wichtige, auch kostenrelevante Voraussetzung ist, um Gesundheitsleistungen auf einem hohen medizinischen Niveau und mit ethischer Klarheit zu erbringen (18). Gleichzeitig ist auch ein hierarchie-orientiertes transaktionales Führungsverhalten notwendig, um medizinische Verantwortung für das Behandlungsergebnis sowie das Einhalten gesetzlicher Regelungen und Leitlinien zu gewährleisten. Diese Unterscheidung zwischen einem transaktionalen und transformationalen Führungsstil sowie deren Integration ist der Kern einer beidhändigen Führung (19), die je nach Kontext in sozialen Interaktions- und Kommunikationsprozessen vermittelt wird. Die Herausforderung für Führungskräfte besteht dann darin, in den leistungserbringenden Teams und Abteilungen gegensätzliche Interessen und Konflikte um die verfügbaren Ressourcen auszubalancieren, indem sie zwischen einem öffnenden Führungsverhalten und einem schließenden Führungsverhalten flexibel wechseln (20).

Beidhändige Führung – Bezugspunkt Behandlungspfad

Gesundheitsleistungen finden idealerweise in Form von Behandlungspfaden statt. Sie bestehen aus einzelnen analogen und/oder digitalen Teilleistungen (Smart Services) (21) und werden von Teams und Einzelpersonen innerhalb von Gesundheitsorganisationen sowie mit ihren Netzwerken, also in einem komplexen organisationalen Kontext unter der Einhaltung gesetzlicher Regeln, ethischer Prinzipien und Werte erbracht. Unter den zentralen Kategorien des organisationalen Kontextes (Strukturen, Prozesse und Organisationskultur), die als intermediäre Zielgrößen den Outcome der Gesundheitsleistung mitbestimmen (22), stellt die Führung das wichtigste Element dar.

Behandlungspfade können als die komplexen Leistungsbündel verstanden werden, die durch die Integration von Patient:innen, ihren generierten und geteilten Daten eine personalisierte Gesundheitsleistung ermöglichen. Digitale Lösungen innerhalb von Behandlungspfaden erlauben aufgrund von Sensorik, Vernetzung und quantitativer Auswertung die Erfassung von Patient-reported Outcomes und Experience.

So kann im Sinne der Service-Dominant-Logic das Potenzial der einzelnen Teilleistungen so eingesetzt werden, dass sie mit den Patient:innen als Co-Creatoren einen patientenrelevanten messbaren Zusatznutzen – einen höheren „value-in-use" (23) – sowie eine effiziente Ressourcennutzung generieren. Dieser Ansatz der Service-Dominant-Logic kann in der Evaluation der Behandlungspfade als Metastruktur genutzt werden, in die analoge und digitale, qualitative und quantitative und – je nach strategischer Ausrichtung der Gesundheitsorganisation – klinisch-epidemiologische und gesundheitsökonomische Aspekte methodisch integriert werden können. Voraussetzungen zur Exploitation vorhandener und zur Exploration innovativer Gesundheitsleistungen sind die beiden Prozesse der Wissensgenerierung und der Wissensintegration, die in erster Linie in den leistungserbringenden Teams ablaufen. Diese sind mit ihrer Bewertung, Evaluation und konstruktiver Kritik der „Kristallisationsort" (24) für Innovationen und kontinuierliche Verbesserung. In ihnen entwickeln sich gemeinsame Deutungsmuster und laufen die Feedback-Schleifen für das Verlernen alter und Lernen neuer Routinen.

Diese Prozesse setzen die parallele Praktizierung von gegensätzlichen Führungsstrategien voraus (25). Die Gestaltungs- und Durchführungsalternativen der einzelnen Teilleistungen eines Behandlungspfades lassen sich auf vier Führungsdimensionen mit jeweils zwei entgegengesetzten Führungsstilen zusammenfassen,

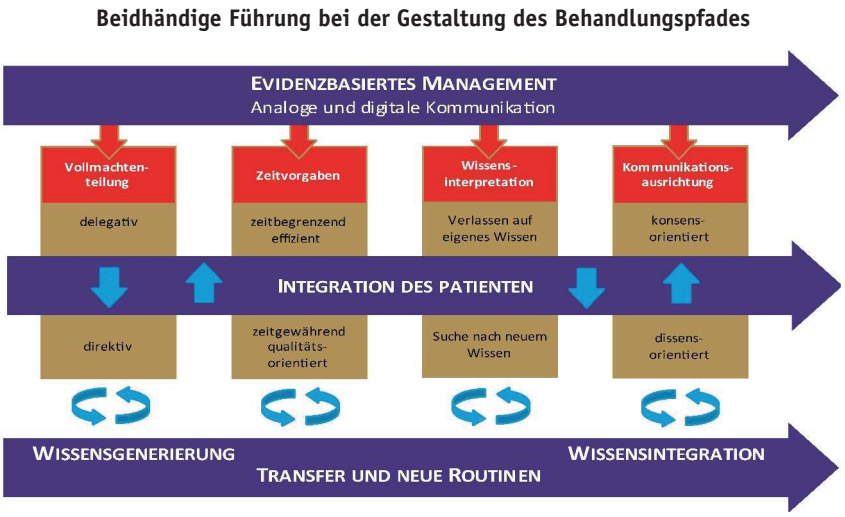


Abb. 1: *Beidhändige Führung bei der Gestaltung des Behandlungspfades, eigene Darstellung in Anlehnung an Geber/Kearney 2011.*

einer offenen und einer geschlossenen Führung (26) (siehe Abb. 1):

1. Dimension der Vollmachterteilung: Sie bezieht sich auf die Verteilung von Entscheidungsvollmacht. Die Vergrößerung des Handlungsraums durch Delegation ermöglicht eine Identifikation mit der Aufgabe, neue Erfahrungen sowie Wissenszuwachs und stärkt die Selbstwirksamkeit, also die innere Überzeugung, schwierige oder herausfordernde Situationen gut meistern zu können. Die Verkleinerung des Handlungsraums durch direkte Führung legt Regelwerke fest, die Koordination und Wissensintegration fördern.
2. Dimension der Zeitvorgabe: Sie unterscheidet zeitbegrenzend effizienzorientiert mit dem Fokus auf schnellen Entscheidungen und schnellem Handeln zwischen elaborierend und überlegt mit dem Fokus auf Qualität. Diese Dimension hat eine besondere Bedeutung für Gesundheitsleistungen, da oftmals Entscheidungen unter einer hohen Unsicherheit getroffen werden müssen und die Entscheidungsgrundlagen möglicherweise nicht eindeutig sind.
3. Dimension der Wissensinterpretation: Diese Dimension bezieht sich auf die Art der Interpretation des vorhandenen Wissens als gesichert oder als vorläufig bzw. ungesichert. Mitarbeiter:innen sind dazu angehalten, sich auf eigenes vorhandenes Wissen zu verlassen oder aktiv extern nach neuem Wissen zu suchen. Dies erfordert eine psychologische Sicherheit im Team mit dem Vertrauen, sich mit Nichtwissen und mit Fehlern offen zeigen zu können.
4. Dimension der Kommunikationsausrichtung: Diese Dimension bezieht sich darauf, ob entweder mehr Konsensorientierung, Bestätigung des Bestehenden und Harmonie oder mehr Dissens, abweichende Meinungen und andere Wissensstände gesucht werden sollen.

Diese vier Dimensionen, auf denen jeweils entgegengerichtete Führungsweisen praktiziert werden können, stehen insofern in einer komplementären Beziehung, insofern als sie vier Pfade beschreiben, auf denen jeweils gesondert zur Bewältigung von Komplexität durch Wissensgenerierung und Wissensintegration beigetragen werden kann. Mit dem Kombinieren und Austarieren entgegengerichteter Stile lassen sich die mit einer einseitigen Ausführung eines Führungsstils verbundenen negativen Entwicklungen kompensieren und die positiven Effekte kumulieren (27). Digitalisierungskonzepte und Anwendungen künstlicher Intelligenz können in allen Dimensionen zu einer höheren Analyse-, Entscheidungs- und Umsetzungsgeschwindigkeit beitragen und wirken somit förderlich auf die Kombinationsmöglichkeiten der Führungsstile. Offene Führungsweisen arbeiten über ihre direkten und indirekten Effekte der Wissensgenerierung zu, während die geschlossenen Führungsweisen der Wissensintegration, also dem Transfer und neuen Routinen, zuarbeiten.

Allerdings ist die Entwicklung einer derartigen kontextuellen Ambidextrie herausfordernd, denn Konflikte durch Unsicherheiten in den Feldern „Routine oder Experiment“ und „Kontrolle versus Freiheit“ und im Bereich der Ressourcenverteilung zwischen Ärzteschaft und Pflege sind zu erwarten. Von Vorteil ist, wenn ergebnisorientiert agiert wird und gemeinsam geteilte Bewertungsmaßstäbe vorliegen (28).

Evidence-based Management: geteilte Entscheidungsgrundlagen

Eine wesentliche Besonderheit im Gesundheitswesen besteht darin, dass Gesundheitsleistungen von Berufsgruppen erbracht werden, die einen langen Ausbildungs- und Humankapitalveredelungsprozess mit dem Recht auf Selbstverwaltung und Berufsautonomie durchlaufen haben und mit der Schaffung eines weitgehenden Monopols für medizinische Dienstleistungen ausgestattet sind. Werden solche Expertenorganisationen „industrialisiert“, kann das als Einschränkung, Respektlosigkeit oder als Kränkung erlebt werden (29). Es gibt in den Gesundheitsorganisationen in der Regel eine Abneigung gegen hierarchische Organigramme und Führung, es geht stattdessen mehr darum, die intrinsische Motivation der Experten zu unterstützen.

Eine wachsende Anzahl von Belegen liefert Anhaltspunkte dafür, dass die Führungsausbildung in Gesundheitsorganisationen hinsichtlich der Führung von Mitarbeiter:innen und des Selbstmanagements immer noch begrenzt ist (30). Führungsentscheidungen haben in der Regel systematische Schwächen im Entscheidungs- und Informationsverhalten, die bei der Einschätzung von Risiken und Wahrscheinlichkeiten entstehen. Sie beruhen auf drei psychologischen Theoriebereichen (31):

1. Theorien über die Welt in Bezug auf Konsequenzen komplexer Entscheidungen, der Risikobewertung und der Wahrnehmung von Verantwortlichkeit
2. Theorien über andere mit einem Ethnozentrismus und Vorurteilen
3. Theorien über sich selbst mit der Illusion der Überlegenheit, der unangemessenen Beurteilung der eigenen Leistung und der Selbstüberschätzung.

Daraus entstehen fehlende Berücksichtigungen der möglichen Konsequenzen, der Beurteilung der Risiken und der Wahrnehmung von Verantwortlichkeiten sowie Denkfehler im Prozess des Problemlösens wie zum Beispiel das Nichterfassen von Wechselwirkungen und Regelkreisen (32).

Eine Grundlage für gültige Bewertungsmaßstäbe in der Organisation lässt sich dadurch erzielen, dass das in der Medizin bewährte Prinzip der evidenzbasierten Medizin (EbM) auf Führungsprozesse und -entscheidungen übertragen wird. Dies bedeutet:

- „Entscheidungsfindung und Maßnahmen aufgrund bestehender wissenschaftlicher Erkenntnisse oder mindestens auf der Basis geprüfter Daten zu validieren und wirkungsvoll zu gestalten,
- Erkenntnisse zu Konzepten und Instrumenten zu entwickeln und in einem breiten Kreis kritisch zu diskutieren und
- dieses Wissen für die Managementpraxis, für Aus-, Weiter- und Fortbildung und Forschung zur Verfügung zu stellen." (33)

Bei den Führungsentscheidungen hinsichtlich der oben genannten Führungsdimensionen sollen alle verfügbaren Evidenzquellen genutzt und transparent kommuniziert werden. Zur Ableitung von Evidenz für Führungsentscheidungen stehen unterschiedliche Quellen zur Verfügung:

- **Wissenschaftliche Evidenz:** wissenschaftliche Untersuchungen und publizierte Ergebnisse z. B. zu Führungs- und Organisationstheorien.
- **Organisationale Evidenz:** Da es nicht für alle organisationsinternen Probleme wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse geben kann, lassen sich auch diejenigen Erkenntnisse, die innerhalb der Organisation unter Nutzung von wissenschaftlichen Methoden gewonnen werden, als faktenbasiertes, organisationsspezifisches Wissen als Quelle nutzen.
- **Erfahrungswissen:** Durch die Beobachtung von bisher gemachten Führungsentscheidungen und deren Ergebnissen lässt sich Erfahrungswissen begründen, wenn es auf der systematischen Evaluation von Praktiken und Routinen beruht (zum Vergleich das 360-Grad-Feedback) (34).
- **Werte von Stakeholdern und deren Erwartungen:** Wie Führungsentscheidungen von Stakeholdern bewertet werden, hat großen Einfluss auf die Organisation. Deshalb sind auch Stakeholder als Träger von Expertenwissen anzusehen (35).
- Ergebnisse aus der Nutzung von Analytics-Systemen können dabei helfen, das Unbekannte aufzuhellen, Entscheidungen mit Daten anzureichern und so einen konstruktiven Zweifel einzubringen (36). „In the 21st century, one of the most important leadership abilities will be to act as an orchestral conductor, to have humans and algorithms working together in symphony." (37)

Führungserfolg ist das Resultat von – auf einer strategischen Vorgabe beruhenden – evidenzbasierten Entscheidungen (38), die auf einer Kombination von Evidenzwissen und Theoriewissen sowie deren regelmäßigen Anpassungsschleifen basieren.

Potenziale und Herausforderungen

Wissensgenerierung wird unterstützt, wenn neue Wege erprobt und Optionen gründlich analysiert werden, die Aufnahmefähigkeit für neues Wissen erhöht und durch eine Heterogenisierung das Spektrum an Sichtweisen erweitert wird. Zu einem offenen Führungsverhalten gehört es, Dinge anders zu machen, etablierte Ansätze infrage zu stellen und Räume für unabhängiges Denken und Handeln zu schaffen. Dadurch wird es den Mitarbeiter:innen in der Medizin und in der Pflege ermöglicht, zu experimentieren und Wissen zu generieren, insbesondere durch die umfassende Integration des Patienten. Umgekehrt umfasst das schließende Verhalten von Führungskräften die Festlegung spezifischer koordinationsförderlicher Richtlinien, von Qualitätssicherungs- sowie Korrekturmaßnahmen und fördert somit die Wissensintegration, was auch die De-Implementierung von unangemessenen Teilleistungen bzw. Methoden einschließt (39).

Diese „systematische Müllabfuhr" (40) führt in Form einer regelmäßig eingesetzten Methodik zur Freisetzung von Ressourcen für innovative Leistungen. Das Ausbalancieren der Führungsaktivitäten auf Basis der genannten Evidenzen sowie ihrer analogen und digitalen Kommunikation stärkt die Transparenz der Entscheidungen sowie die Glaubwürdigkeit und Vertrauen zur Führung, verringert die Informationsasymmetrie und den Widerstand gegen Veränderungen.

Da Gesundheitsleistungen in der Regel aus Qualitäts- und Kostengründen meist in einem hohen Maß standardisiert und routinemäßig ablaufen, besteht die Gefahr von Pfadabhängigkeiten, deren Mechanismen durch den evidenzbasierten Wechsel von einem offenen zu einem geschlossenen Führungsverhalten und umgekehrt sowie der dazugehörigen Aktivitäten unterbrochen werden können (41). Dies geschieht in erster Linie mit diskursiven Ansätzen, in denen mittels Reflexion eine Einsicht in die Abhängigkeiten und die sie verursachenden Mechanismen erreicht werden kann (42).

Die Erweiterung der Tätigkeitsfelder für die Pflege stößt möglicherweise nur eingeschränkt auf Zustimmung der Ärzteschaft. Mit der strategischen Verankerung eines evidenzbasierten Führungshandelns kann zu einer Harmonisierung der Kulturen beigetragen werden, insbesondere wenn evidenzbasiertes Management in die Qualitäts- und Risikomanagementstrategie eingebettet wird.

Dabei ist zu erwarten, dass die beidhändige Führung mit ihrem Ausbalancieren gegensätzlicher Führungsstile zu Spannungen und zu Stress bei den Führungskräften führt, denn die Eindeutigkeit und Genauigkeit von Ursachen-Wirkungs-Beziehungen ist durch die steigende Komplexität des Versorgungsgeschehens zunehmend infrage gestellt. Der Schlüsselbegriff dazu ist die Kontingenz: „Wisse, es kann so sein, aber auch anders sein." (43) Führungskräfte benötigen ein hohes Maß an analoger und digitaler Kommunikationsfähigkeit sowie eine starke Selbstmanagementkompetenz in den Kernbereichen Selbstverantwortung, Selbsterkenntnis und Selbstentwicklung (44). Besonders die Fähigkeiten zur Selbstkontrolle und zur Selbstregulation sind entscheidend. Sie erweisen sich neben den kognitiven Fähigkeiten des Führenden als ein weiteres Mikrofundament dynamischer Fähigkeiten (45) mit positiven Auswirkungen auf den strategischen Wandel von Organisationen.

Fazit

Das Ambidextrie-Konzept bietet einen hilfreichen Blickwinkel und nützliche Elemente zur Beschreibung, wie Gesundheitsorgani-

Literatur

1. Auschra, C./Gersch, M. (2022): Theorie der Pfadabhängigkeit. In: Monitor Versorgungsforschung, 15. Jg., 03/22, S. 54-56.
2. Avolio, B.J./Bass, B.M. (2015): Developing Potential Across a full Range of Leadership TM: Cases on Transactional and Transformational Leadership. Psychology Press New York.
3. Bauer M. (2022): Kommt das Metaversum auch ins Gesundheitswesen? URL: https://www.hcm-magazin.de/kommt-das-metaversum-auch-ins-gesundheitswesen-308206/. Letzter Aufruf am 23.01.2024.
4. Berchtold, P./Schmitz, C. (2008): Einmal anders: Was kann Management von der Medizin lernen? In: OrganisationsEntwicklung, 1/2008, S. 16-22.
5. De Cremer, D. (2020): Leadership by Algorithm. Harriman House Petersfield.
6. Duwe, J. (2018): Beidhändige Führung, Springer Berlin.
7. Ehmer, S. (2019): Ambiguität – Mut zum Sowohl-als-auch. Mehrdeutige Situationen brauchen mehrdeutige Antworten. In: Supervision. Mensch. Arbeit. Organisation. 37. Jg., 4, 2019. S. 24-26.

   Externbrink, K./Dormann, C. (2015): Führen und Entscheiden: Evidence-based Management, In: Felfe, J. (Hrsg.): Trends der psychologischen Führungsforschung. Hogrefe Göttingen, S. 429-439.
8. Foglia, E. et al. (2019): What drives hospital wards' ambidexterity: Insights on the determinants of exploration and exploitation? In: Health Policy, 2019, 123, S. 1298–1307.
9. Formica-Schiller, N. (2021): Künstliche Intelligenz und Blockchain im Gesundheitswesen. Elsevier München.
10. Gärtner, C. (2019): Ambivalenzen und Dilemmata in digital transformierten Arbeitswelten. In: Supervision. Mensch. Arbeit. Organisation. 37. Jg., Nr. 4, S. 10-17.
11. Gartner: Strategische Technologie Trends 2024. URL: https://www.gartner.com/en/articles/gartner-top-10-strategic-technology-trends-for-2024. Letzter Aufruf am 23.01.2024.
12. Gebert, D./Kearney, E. (2011): Ambidextre Führung. Eine andere Sichtweise. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 2011, 55 (N. F. 29) 2, 74 – 87.
13. Gebert, D./Börner, S. /Kearney, E. (2010): Fostering Team Innovation: Why Is It Important to Combine Opposing Action Strategies? In: Organization Science, Vol. 21, 2010, Nr. 3, S. 593-608.
14. Gleissner, W./Piechota, S. (2012): Psychologische und ethische Facetten von Managemententscheidungen: Ein Plädoyer für Evidenzbasiertes Management. In: Controller Magazin, Nr. 3, Mai/Juni 2012, S. 80-87.
15. Graf, A. (2019): Selbstmanagementkompetenz in Organisationen stärken. 2. Auflage, Springer Wiesbaden.
16. Haring, M./Gersch, M. (2022): Organisatorische Spannungen. In: Monitor Versorgungsforschung, 06/22, S. 45-47.
17. Helfat, C.E./Peteraf, M.A. (2014): Managerial cognitive capabilities and the microfoundations of dynamic capabilities. In: Strategic Management Journal, Vol. 36, Nr. 6, S. 831-850.
18. Hibbeler, B. (2011): Ein chronischer Konflikt. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, 41, S. A2138A2144.
19. Hodel, M. (2019): Führung von Experten an Hochschulen: Bedingungen für evidenzbasiertes Führungshandeln. In: Kels, P./Kaudela-Baum. S. (Hrsg.): Experten führen. Springer Gabler Wiesbaden, S. 69-91.
20. Joiner, K.A./Lusch, R.F. (2016): Evolving to a new service-dominant logic for health care. In: Innovation and Entrepreneurship in Health, 2016, S. 25-33. DOI: 10.2147/IEH.S93473.
21. Knape, T./Hufnagel, P./Rasche, C. (2020). Innovationsmanagement unter VUKA-Bedingungen: Gesundheit im Fokus von Digitalisierung, Datenanalytik, Diskontinuität und Disruption. In: Pfannstiel, M.A./Kassel, K. /Rasche, C. (Hrsg.): Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Springer Gabler Wiesbaden, S. 1–23.
22. Konlechner, S.W./Güttel, W.H. (2009): Kontinuierlicher Wandel mit Ambidexterity. In: Zeitschrift Führung und Organisation, 78. Jg., 01/2009, S. 45-53.
23. Lück, B. (2023): Wie Unternehmen das Potenzial von generativer KI nutzen können. URL: https://www.bigdata-insider.de/generative-ki-fuehrungskraefte-hoffen-auf-produktivitaetsspruenge-a-d0c4cdd179d44b042d6c93943ef68324/. Letzter Aufruf am 23.01.2024.
24. Luedi, M.M. (2022): Leadership in 2022: A perspective. In: Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 36/2022, S. 229e235. Doi.org/10.1016/j.bpa.2022.04.002. Letzter Zugriff am 23.01.2024.
25. March, J.G. (1991): Exploration and Exploitation in Organizational Learning. In: Organization Science, Vol. 2, Nr.1, 1991, S. 71-87.
26. Meckel, M./Kienbaum, F. (2022). Die qualitativ bessere Chefetage. Handelsblatt vom 04./05./06.03.2022(45), S. 64.
27. Norton, W.E./Chambers, D.A: (2020): Unpacking the complexities of de-implementing inappropriate health interventions. In: Implementation Science, Vol. 15, Nr. 2, 2020.
28. O'Reilly, C.A./Tushman, M.L. (2008): Ambidexterity as a Dynamic Capability: Resolving the Innovator's Dilemma. In: Research in Organizational Behavior, 28, 2008, S. 185-206.
29. Probst, G./Gomez, P. (1991): Die Methodik des vernetzten Denkens zur Lösung komplexer Probleme. In: Probst, G./Gomez, P. (Hrsg.): Vernetztes Denken, 2. Aufl., Gabler Wiesbaden, S. 3–20.
30. Pschyrembel (2013): Klinisches Wörterbuch, 264. Auflage, Berlin Boston 2012, S. 68.
31. Rasche, C./Braun von Reinersdorff, A. (2016): Krankenhäuser als Expertenorganisationen. In: Pfannstiel, M.A./Rasche, C./Mehlich, H. (Hrsg.): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Springer Wiesbaden 2016, S. 1-23.
32. Rölker-Denker, L. et al. (2019): DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Kapitel 2 – Methodische Ansätze der OV: Zielgrößen, Datenquellen, Datenerhebung und -analyse. In: Das Gesundheitswesen, 2019; 81: e72-e81.
33. Rosing, K./Frese, M./Bausch, A. (2011): Explaining the heterogeneity of the leadership-innovation relationship: Ambidextrous leadership. In: The Leadership Quarterly 22, 2011, S. 956-974.
34. Rousseau, D.M. (2006): Is there such a thing as „Evidencebased Management?" In: Academy of Management Review 2006, Vol. 31, Nr. 2, 256–269.
35. Scheinpflug R. (2017): Personal aber – Eine Schlüsselfunktion im Umgang mit Komplexität. In: Scheinpflug, R./Stolzenberg, K. (Hrsg.): Neue Komplexität in Personalarbeit und Führung. Springer Gabler Wiesbaden, S. 41-67.
36. Schreyögg, G. (2013): In der Sackgasse. Organisationale Pfadabhängigkeit und ihre Folgen. In: OrganisationsEntwicklung, Nr.1, 2013, S. 21-30.
37. Stegmaier, P. (2023): „In Zukunft ambulanter und technologiegetriebener." In: Monitor Versorgungsforschung, 05/23, S. 26-27.
38. Stöger, R. (2016): Die Toolbox für Manager, 2. Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart.
39. Töpfer, A./Brabänder, G. (2022): Smart Services in der Medizin und ihr Potenzial für eine Patient Centricity. In: Bruhn, M./Hadwich, K. (Hrsg.): Smart Services, Band 1. Springer Wiesbaden, S. 364-415.
40. Töpfer, A./Maertins, A. (2017): Transformationale Führung: Beitrag der Führungskompetenz zur nachhaltigen Wertsteigerung. In: Albrecht, D.M./Töpfer, A. (Hrsg.): Handbuch Changemanagement im Krankenhaus. 20-Punkte Sofortprogramm für Kliniken. 2. Auflage, Springer Berlin, S. 571-586.
41. Vogler, C. (2023): Paradigmenwechsel dringend erforderlich. In: Monitor Pflege, Nr. 01/2023, S. 6-8.
42. Warta, K. (2013): Innovation kommt um die Gruppe nicht herum. In: Warta, K./Zajec, K. (Hrsg.): Innovation! Was kann die Gruppe dafür? Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik Wien, S. 11–28.

sationen mit der digitalen Transformation umgehen können, wie sie neues Wissen hervorbringen und integrieren sowie aus gewohnten Routinen aussteigen können. Widersprüchlichkeiten und Konfliktdynamiken bei Ressourcenverteilungen, ethischen Fragestellungen und Wahrnehmungen von Verantwortlichkeiten lassen sich damit verdeutlichen und führen zu größerer Transparenz.

Mithilfe zunehmender Digitalisierung und der Anwendungen künstlicher Intelligenz bis in die Routineprozesse hinein lassen sich die einzelnen analogen und digitalen Teilleistungen eines Behandlungspfades transparent darstellen und Führungsentscheidungen danach ausrichten.

Die wesentlichen Herausforderungen stellen die strategische Vorgabe einer Evidenzbasierung von Führungsentscheidungen und die Selbstmanagementfähigkeiten der einzelnen Führungskraft dar. Mit der Mehrdimensionalität des Ansatzes lassen sich die Probleme einseitiger Führungsweisen und die Vorteile einer beidhändigen Führung illustrieren. Es ergeben sich hieraus berechtigte Aussichten auf bessere Führungsentscheidungen. <<

Ambidextrous leadership and evidence-based management - Organisational context conditions for the design of innovative healthcare services

The potential of organisational ambidexterity for the management of digital transformation remains largely untapped in healthcare organisations. One particular aspect of ambidextrous leadership, i.e., the capacity of managers to adapt flexibly to change and to constantly reconfigure employee skills on different fronts in order to create new knowledge and integrate this knowledge into routine, is not exploited in healthcare organisations.

The dynamic balancing of the opposing activity patterns of ambidextrous leadership, based on evidence from different sources, forms the basis for the design of high-quality, innovative healthcare services.
This paper explores the application of tried and tested approaches from other industries to healthcare services and their potential contribution to knowledge generation and knowledge integration).

Keywords

Ambidexterity, ambidextrous leadership, evidence-based management, knowledge generation, knowledge integration

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Brabänder, G.: „Beidhändige Führung und evidenzbasiertes Management – Organisationale Kontextbedingungen für die Gestaltung innovativer Gesundheitsleistungen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/24), S. 84–89. http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2603

Dipl.-Kfm. Dipl.-Psych. Georg Brabänder MA **ORCID: 0000-0001-9699-9303**
ist niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut in Homburg/Saar und Vorstand der Gesundheitsgenossenschaft Homburg/Saarpfalz sowie externer Doktorand bei Prof. Dr. Bernhard Schipp, Lehrstuhlinhaber für Quantitative Verfahren und geschäftsführender Direktor des Ökonomischen Zentrums der TU Dresden. Weitere Tätigkeitsfelder: Coaching von Führungskräften aus Gesundheitsorganisationen und Aufgaben im Bereich Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung bei der KV Saar. Kontakt: georg.brabaender@t-online.de

