



Erfolgskonzepte
Praxis- & Krankenhaus-Management

Kirchner
Flesch



Personalmanagement für Leitende Ärzte

EBOOK INSIDE

 Springer

Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management

Helga Kirchner
Markus Flesch
(Hrsg.)

Personalmanagement für Leitende Ärzte

Mit 55 Abbildungen und 39 Tabellen

Herausgeber

Dr. phil. Helga Kirchner

Betriebswirtschaft Institut für angewandte

Betriebswirtschaft

Emmerich

Deutschland

Prof. Dr. med. Markus Flesch

Marienkrankehaus

Soest

Deutschland

ISBN 978-3-642-41349-0

DOI 10.1007/978-3-642-41350-6

ISBN 978-3-642-41350-6 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Hinrich Küster, Heidelberg

Projektmanagement: Kerstin Barton, Heidelberg

Lektorat: Janin Schroth, München

Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Thinkstock.com, Fotograf: Andrey Popov

Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Die Idee zu diesem Buch entstand aus der Erkenntnis, dass Ärzte und Ärztinnen heute neue und andere Anforderungen an den Klinikbetrieb stellen. Insbesondere jüngere Ärztinnen und Ärzte wünschen sich eine geregelte Arbeitszeit und eine gute Ausbildung mit qualifizierten Mentoren und Chefärzte, die die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der fachlichen aber auch der Führungskompetenzen sehen. Um ein gutes Umfeld zu schaffen, sollte ein Arbeitsklima vorhanden sein, das Teamarbeit, Projektarbeit, Karrierepfade und Talentmanagement mit einschließt.

Hierzu gehört auch die Integration ausländischer Ärzte, die aus einem anderen Kulturraum kommen und mit den Gepflogenheiten in unseren Kliniken nicht so vertraut sind. Im Rahmen verschiedener Maßnahmen kann überlegt werden, wie das zwischenmenschliche Miteinander verbessert werden kann. So haben einige Kliniken schon einen Kulturtag eingerichtet, bei dem ausländische Ärzte über die kulturelle Prägung in ihrem Land berichten. Wichtig ist, dass das Verständnis für andere Formen der Führung wächst und eine Auseinandersetzung hiermit professionell erfolgen kann.

Die Bindung hochqualifizierter Ärzte gelingt dann sehr gut, wenn gewisse Rahmenbedingungen gegeben sind, so sollte beispielsweise eine Vielzahl von unterschiedlichen Karrierepfaden vorhanden sein, die Fort- und Weiterbildung im Rahmen der Dienstzeit stattfinden können und die Finanzierung der Fortbildung von der Klinik übernommen werden. Wichtig sind Arbeitsmodelle für Ärzte und Ärztinnen mit Kindern, die eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf gewährleisten. Darüber hinaus sollte es möglich sein, für eine älter werdende Gesellschaft präventive Gesundheitsmaßnahmen anzubieten, damit die Mitarbeiter gesund und leistungsfähig bleiben.

Diese Überlegungen führen nun aus ökonomischer, arbeits- und organisationspsychologischer, rechtlicher und kommunikativer Sicht zum Inhalt dieses Buchs. Damit erhalten Sie als Leser einen grundlegenden, umfassenden und praxisnahen Überblick über die Personalmanagement-Methoden und deren Anwendung in Krankenhaus und Arztpraxis.

Dr. Helga Kirchner

Prof. Dr. Markus Flesch

Emmerich am Rhein und Soest, im Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Führen und Leiten in der Klinik	1
	<i>Helga Kirchner</i>	
1.1	Grundlagen der Führung	3
1.1.1	Führungsmittel	6
1.1.2	Führungsstil	7
1.2	Managementkonzepte	9
1.2.1	»Management-by«-Konzepte in der Gesundheitswirtschaft	9
1.2.2	Management by Delegation	11
1.2.3	Management by Budget	14
1.2.4	Management by Objectives	17
1.2.5	Eignung der Managementkonzepte im Führungsprozess	23
1.3	Fazit	26
1.4	Multiple-Choice-Fragen	26
	Literatur	27
2	Personalplanung und Personalbeschaffung	29
	<i>Helga Kirchner, Stefan Probst, Dominik Petereit, Christoph Noelke, Patrick Blankertz, Olaf Baumhove, Arnd T. May</i>	
2.1	Personalbedarfsermittlung	31
2.1.1	Ärztmangel	35
2.1.2	Ärztliches Personal gewinnen	40
2.1.3	Personalbeschaffung und Auswahl	48
2.1.4	Multiple-Choice-Fragen	56
2.2	Einführung eines Arbeitszeitmodells in einem Krankenhaus der Grundversorgung in Übereinstimmung mit Arbeitszeitrichtlinie, Arbeitszeitgesetz und TV-Ärzte/VKA	57
2.2.1	Einführung	57
2.2.2	Normenhierarchie und Begriffsbestimmung	58
2.2.3	Arbeitszeitgrenzen/Abweichungsmöglichkeiten	61
2.2.4	Arbeitszeitmodell im Praxismodell	61
2.2.5	Juristische Bewertung – Konformitätsprüfung mit der Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG	62
2.2.6	Konflikte	63
2.2.7	Lösungsvorschläge für Probleme aus dem Arbeitszeitmodell	64
2.2.8	Multiple-Choice-Fragen	66
2.3	Arbeitsrecht: Gleichstellung und Korruption	67
2.3.1	Gleichstellung	67
2.3.2	Korruption	72
2.3.3	Multiple-Choice-Fragen	76
2.4	Gehaltsverhandlungen	77
2.4.1	Verhandlungsführung	77
2.4.2	Verhandlungsstrategien	77
2.4.3	Determinanten des Verhandlungsprozesses	78
2.4.4	Umsetzungsmöglichkeiten für Gehaltsverhandlungen	79
2.4.5	Fazit	81
2.4.6	Multiple-Choice-Fragen	81

2.5	Ärzte aus dem Ausland: aus der EU und aus anderen Ländern	81
2.5.1	Ärztmangel in Deutschland	81
2.5.2	Wissenschaftliche Untersuchung zur täglichen Zusammenarbeit mit einem internationalen Mitarbeiterteam	82
2.5.3	Fazit	88
2.5.4	Multiple-Choice-Fragen	89
2.6	Ethik und Ökonomie	90
2.6.1	Das Arzt-Patienten-Verhältnis	90
2.6.2	Rationierung bzw. Priorisierung	92
2.6.3	Entscheidungsebenen	94
2.6.4	Fazit	94
2.6.5	Multiple-Choice-Fragen	95
	Literatur	96
3	Personalentwicklung – Führungsinstrumente	99
	<i>Helga Kirchner, Heribert Fastenmeier, Markus Flesch, Holger Erichsen, Lena Tarter</i>	
3.1	Personalführung und Entwicklung	101
3.1.1	Das Zielvereinbarungsgespräch	102
3.1.2	Das Beurteilungsgespräch	112
3.1.3	Das Kritikgespräch	124
3.1.4	Fazit	129
3.1.5	Multiple-Choice-Fragen	130
3.2	Altersgerechte Arbeitsbedingungen in der Klinik	131
3.2.1	Einleitung	131
3.2.2	Gestaltung der Arbeitsbedingungen	134
3.2.3	Das Generationenproblem	136
3.2.4	Altersgerechte Arbeitsbedingungen	136
3.2.5	Unternehmenstransparenz	136
3.2.6	Gestaltung der Arbeitsplätze	137
3.2.7	Einführung flexibler Arbeitszeiten – Altersteilzeit	137
3.2.8	Zeitkontenmodelle	137
3.2.9	Betriebliches Gesundheitsmanagement	139
3.2.10	Altersgerechte Arbeitsbedingungen durch lebenslanges Lernen	139
3.2.11	Fazit	139
3.2.12	Multiple-Choice-Fragen	145
3.3	Konfliktmanagement	145
3.3.1	Einleitung	145
3.3.2	Grundlagen und Definition	146
3.3.3	Die Stufen der Konflikteskalation	147
3.3.4	Die Wahrnehmung im Konflikt	148
3.3.5	Umgang mit Konflikten	148
3.3.6	Fazit	152
3.3.7	Multiple-Choice-Fragen	152
3.4	Mobbing im Krankenhaus: Stich ins Wespennest	152
3.4.1	Wer ist vom Mobbing in der Klinik betroffen?	152
3.4.2	Wie gehen Führungskräfte mit Mobbing um?	154
3.4.3	Fallbeispiel: Wie sieht Mobbing aus der Sicht der Betroffenen aus?	
	Die Geschichte von Frau Dr. S.	155

3.4.4	Angst als Auslöser für Mobbing	157
3.4.5	Change Management als Auslöser für Mobbing?	158
3.4.6	Die Persönlichkeit des Mobbers	158
3.4.7	Hilfen für das Mobbing-Opfer	159
3.4.8	Der Vorgesetzte als Mobber	160
3.4.9	Nicht alles ist Mobbing	162
3.4.10	Supervision	163
3.4.11	Fazit	163
3.4.12	Multiple-Choice-Fragen	163
	Literatur.	164
4	Change Management.	167
	<i>Wilhelm Kirchner, Inge Paul, Klaus Kühn und Evelyn Plamper</i>	
4.1	Veränderungen gestalten	169
4.1.1	Typ 1: die bürokratische Organisation	169
4.1.2	Typ 2: die Übergangsorganisation	170
4.1.3	Typ 3: die zukunftsorientierte Organisation	170
4.2	Veränderungen meistern.	172
4.2.1	Veränderungen und ihr emotional irrationales Umfeld	172
4.2.2	Die Bedeutung von Vertrauen und Wertschätzung	173
4.2.3	Bewertung von Verlusten und Gewinnen	173
4.2.4	Entscheidungsfindung und »Denkfehler«	174
4.2.5	Erfolgreiche Schritte und Widerstände im Veränderungsprozess	174
4.2.6	Multiple-Choice-Fragen	176
4.3	Prozessverbesserung am Beispiel der VAO-Prozess-Simulation	177
4.3.1	Warum scheitern Prozesse?	178
4.3.2	Was ist VAO-Prozess-Simulation?	178
4.3.3	Beteiligung der Mitarbeiter bei der Planung erhöht die Akzeptanz der Neuerung	179
4.3.4	Erst (Computer-)simulieren – dann investieren oder implementieren	180
4.3.5	Wo passt die VAO-Prozess-Simulation hin (z. B. Plan-Simulate-Do-Check-Act)?	182
4.3.6	Fallbeispiel: Mit VAO-Prozess-Simulation finden Sie die Lösung, bevor Sie das Problem haben	182
4.3.7	Multiple-Choice-Fragen	184
4.4	Diversitätsmanagement – Führungsaufgabe auch für Leitende Ärztinnen und Ärzte.	185
4.4.1	Diversität und Diversitätsmanagement	185
4.4.2	Diversität ist Realität im Krankenhaus	187
4.4.3	Was Diversitätsmanagement leisten kann.	187
4.4.4	Diversität wird zum Wettbewerbsvorteil	188
4.4.5	Diversitätsmanagements im Krankenhaus gestalten.	189
4.4.6	Leitziele zur Diversität im Krankenhaus	192
4.4.7	Implementierung von Diversitätsmanagement im Krankenhaus	193
4.4.8	Interessen der Individuen und des Krankenhauses ausbalancieren	193
4.4.9	Kompetenzen für Dienstplanung und Aus- und Weiterbildung.	194
4.4.10	Wertewandel in der Gesellschaft – Wertewandel im Krankenhaus?	194
4.4.11	Besondere Anforderungen an den Arbeitgeber »Universitätsklinikum«	194
4.4.12	Wann ist Diversitätsmanagement erfolgreich?	195
4.4.13	Fazit	195

4.4.14	Multiple-Choice-Fragen	195
4.5	Weiterführende Literatur	196
4.5.1	Bücher und Journals	196
4.5.2	Webseiten	197
	Literatur	197
	A Anhang: Lösungen zu den Multiple-Choice-Fragen	199
	Stichwortverzeichnis	205

Die Herausgeber



■ Helga Kirchner

Dr. phil. Helga Kirchner ist Diplom-Pädagogin und Lehrerin für die Fachbereiche Germanistik und Sozialwissenschaft mit den Schwerpunkten der Mikro- und Makroökonomie. Im Diplomstudium belegte sie die Fächer Erziehungswissenschaften, Erwachsenenbildung und Beratung; im Promotionsstudium an der Universität Düsseldorf beschäftigte sie sich mit den Themen Entwicklungspsychologie, Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie und schloss dort ihre Dissertation mit dem Thema »Stressforschung und Prüfungsangst« ab. Als Lehrbeauftragte hat sie an verschiedenen Fachhochschulen gearbeitet und konnte ihre Berufserfahrung als Beraterin und Trainerin in Gesundheitseinrichtungen durch viele Führungsseminare und die Durchführung von Projekten einbringen. Die Grundlagen für die Beratung des Managements von Gesundheitseinrichtungen konnte sie in den Unternehmensberatungen Eichinger, Anderson und Partner, der ACG-Assekuranz Consulting GmbH und seit 1997 als geschäftsführende Gesellschafterin der Prof. Dr. Kirchner GmbH – Institut für angewandte Betriebswirtschaft erlernen und anwenden. Als Autorin vieler Fachbeiträge und Bücher hat sie aktuelle Themen aufgenommen und publiziert. Sie ist verheiratet und hat zwei Kinder.



■ Markus Flesch

Prof. Dr. med. Markus Flesch M. Sc. ist Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin. Das Studium der Humanmedizin hat er an den Universitäten Bonn und London durchgeführt. Die Promotion zum Doktor der Medizin erfolgte an der Universität in Bonn. Nach Facharztausbildung und wissenschaftlicher Tätigkeit an den Universitätskliniken in Bonn und Köln führte Prof. Flesch ein DFG-Stipendium an das Baylor College of Medicine, in Houston, Texas. Forschungsschwerpunkte sind die Pathophysiologie der chronischen Herzinsuffizienz und die Epidemiologie kardiovaskulärer Erkrankungen. Die Habilitation im Fach »Innere Medizin« erfolgte an der Universität zu Köln, wo er mittlerweile als außerplanmäßiger Professor tätig ist. An der Katholischen Hochschule NW, Köln absolvierte Prof. Flesch berufsbegleitend den Masterstudiengang »Krankenhaus-Management für Fachärzte«. Seit 2008 ist Prof. Flesch Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin – Kardiologie – Intensivmedizin des Marienkrankenhauses in Soest.

Autorenverzeichnis

Baumhove, Dr. med. Olaf

46399 Bocholt
Barloer Weg 125
o.baumhove@st-agnes-bocholt.de
02871 20 29 93

Blankertz Patrick

47059 Duisburg
Scharnhorststraße 6
02066 3934650

Erichsen Holger

30163 Hannover
Hirtenweg 40
erichsen@pmkontor.de
0511 964 962 45

Fastenmeier Heribert

85122 Hitzhofen
Fliederweg 5
heribert.fastenmeier@klinikum-ingolstadt.de

Flesch, Prof. Dr. med. Markus

Marienkrankenhaus
59494 Soest
Widumgasse 5
m.flesch@mkh-soest.de
02921 3911101

Kirchner, Dr. phil. Helga

46446 Emmerich
Rheinpromenade 39
hkirchner@proki.de
02822 9140985

Kirchner, Prof. Dr. rer. pol. Wilhelm

46446 Emmerich
Rheinpromenade 39
wkirchner@proki.de
02822 9140985

Kühn, Dr. rer. Nat. Klaus

82239 Alling
Schlagfeldstr. 9
info@iasim.de
08141 347 604

May, Dr. phil. Arnd T.

45659 Recklinghausen
Hohenzollernstr. 76
info@ethikzentrum.de

Noelke Christoph

58511 Lüdenscheid
Breitenloher Str. 39
christoph.noelke@arcor.de

Paul, Dr. Inge

53359 Rheinbach
Mühlenweg 27
02226 7097965

Petereit Dominik

58511 Lüdenscheid
Wilhelmstraße 24
dp@kanzlei-petereit.de
02351 3796970

Plamper, Dr. med. Evelyn

Universitätsklinikum Köln
50937 Köln
Kerpener Straße 62
evelyn.plamper@uk-koeln.de
0221 478 88769

Probst, Dr. med. M. Sc. Stefan

57439 Attendorn
Herforder Str. 17
dr.probst@marienhospital-arnsberg.de

Tarter Lena

47495 Rheinberg
Tulpenstr. 21
02843 860219

Tabellenliste

Tab. 1.1	Die XY-Theorie von McGregor (Thommen 2009)	3
Tab. 1.2	Die Bedeutung der Werte im Führungsprozess	4
Tab. 1.3	Human Resources Management (Miles 1965, 1975)	4
Tab. 1.4	Führungskonzeptionen	5
Tab. 1.5	Prozessbezogene Führungsmittel (vgl. »Management by Objectives«)	6
Tab. 1.6	Der Managementkreislauf	9
Tab. 1.7	Stellenbeschreibung und Arbeitsziele	12
Tab. 1.8	Management by Delegation – Managementkreislauf	13
Tab. 1.9	Personalbedarfsrechnung	15
Tab. 1.10	Hauptsächliche Unterschiede zwischen den Controlling-Zielebenen (Kirchner 1998)	16
Tab. 1.11	Management by Budget – Managementkreislauf	17
Tab. 1.12	Management by Objectives – Managementkreislauf	20
Tab. 1.13	Unterschiede der verschiedenen Managementkonzepte	24
Tab. 2.1	Ermittlung von Fehlzeiten und Personalbedarf in der Klinik (Blum 2010)	33
Tab. 2.2	Personalbedarfsverfahren (Kutscher 2008)	34
Tab. 2.3	Anzahl nicht besetzter Stellen im ärztlichen Dienst in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2006–2013 (Quelle: Statista 2014)	36
Tab. 2.4	Wochenarbeitszeiten von Ärzten und Ärztinnen (Kopetsch 2010)	38
Tab. 2.5	Arbeitsstunden von Ärztinnen und Ärzten (Kopetsch 2010)	39
Tab. 2.6	Vorteile und Nachteile eines Assessment Centers (Püttjer und Schnierda 1998)	52
Tab. 2.7	Verdienstunterschiede in den EU-Staaten: unbereinigter Gender Pay Gap in % (Quelle: Eurostat Online Datenbank, 1.3.2013)	70
Tab. 3.1	Systematik der Personalführung	102
Tab. 3.2	Mitarbeitergespräche – Gesprächsarten	102
Tab. 3.3	Zielvereinbarung am Beispiel von Routinearbeiten	104
Tab. 3.4	Misserfolgskriterien bei Zielvereinbarung (Quelle: vgl. Doppler 1999, S. 219)	106
Tab. 3.5	Informationsbeschaffung	107
Tab. 3.6	Checkliste »Zielvereinbarungsgespräch«	109
Tab. 3.7	Unterschiede zwischen Zielvereinbarung und Beurteilung	114
Tab. 3.8	Vorbereitung und Leitfaden für ein Beurteilungsgespräch	115
Tab. 3.9	Gesprächsaufbau beim Beurteilungsgespräch	116
Tab. 3.10	Formulierungsbeispiele für das Beurteilungsgespräch	120
Tab. 3.11	Beispiele für mögliche Zielvereinbarungen im Beurteilungsgespräch	121
Tab. 3.12	Fragemethoden bei kooperativer und direkter Gesprächsführung (Kirchner 2006)	121
Tab. 3.13	Vergleich der Gesprächsinhalte zwischen Zielvereinbarungs-, Beurteilungs- und Kritikgespräch	125
Tab. 3.14	Kommunikationsstrategien	126
Tab. 3.15	Beispiele für Störverhaltensweisen und ihre Konkretisierung	127
Tab. 3.16	Formulierungsübungen für ein Kritikgespräch	128
Tab. 3.17	Auslöser für Mobbing (Kraus 1996)	157
Tab. 4.1	Klassifizierung von Diversität und thematische Ansätze für Maßnahmen	186
Tab. 4.2	Diversitätsmanagement auf verschiedenen Handlungsebenen in Bezug zu strategischen Zielen	190

Führen und Leiten in der Klinik

Helga Kirchner

- 1.1 Grundlagen der Führung – 3**
 - 1.1.1 Führungsmittel – 6
 - 1.1.2 Führungsstil – 7
- 1.2 Managementkonzepte – 9**
 - 1.2.1 »Management-by«-Konzepte in der Gesundheitswirtschaft – 9
 - 1.2.2 Management by Delegation – 11
 - 1.2.3 Management by Budget – 14
 - 1.2.4 Management by Objectives – 17
 - 1.2.5 Eignung der Managementkonzepte im Führungsprozess – 23
- 1.3 Fazit – 26**
- 1.4 Multiple-Choice-Fragen – 26**
- Literatur – 27**

Management – Der Begriff »Management« umfasst die Beschreibung von Prozessen und Funktionen in arbeitsteiligen Organisationen und meint damit, dass es eine Planung, Organisation, Führung und eine Kontrolle hierüber geben muss. Management im institutionellen Sinne ist die Beschreibung der Personengruppen, die Managementaufgaben wahrnehmen.

Der Führungskraft stehen zahlreiche Führungsmittel zur Verfügung, die sich im Wesentlichen auf prozess-, informations-, aufgaben-, und personenbezogene Führungsmittel konzentrieren. Führungstechniken geben Auskunft darüber, wie diese Techniken im Führungsprozess eingesetzt werden.

Führungstechniken werden häufig auch als Führungsprinzipien, Führungskonzeptionen, Managementkonzeptionen, Managementprinzipien oder Managementtechniken bezeichnet (vgl. Olfert 2010).

Personalmanagement – Human Resource Management (HRM) ist ein strategisch umfassendes Konzept zur Organisation, Verwaltung und Entwicklung von Menschen am Arbeitsplatz. HRM ermöglicht es Mitarbeitern, effektiv und produktiv die Gesamtstrategie des Unternehmens und die Richtung zur Erfüllung der Ziele der Organisation zu verwirklichen. Dieser Ansatz ist in den 60er Jahren von Miles (1965, Wöhe 2010) entwickelt. Mitarbeiter werden hier zum ersten Mal als Human Resources bezeichnet, weil sie Fähigkeiten und Fertigkeiten in den Betrieb einbringen, die der Manager fördern und weiterentwickeln muss. Grundlage hierzu sind die Motivationstheorien, z. B. von Maslow (1954), Herzberg (1967) und McGregor (1973), die eine neue Sicht auf die Personalführung erbracht haben.

Die zunehmende Größe und Komplexität von Kliniken setzen ein professionelles Personalmanagement voraus. Das traditionelle Bild des Personalwesens wurde stark von Juristen geprägt, weil die Zielsetzung für personalpolitischen Fragen durch die Rechtmäßigkeit aller Maßnahmen sichergestellt werden sollte. Menschen im Betrieb wurden als Produktionsfaktoren bezeichnet (vgl. Holtbrügge 2010), deren Einsatz wirtschaftlich erfolgen musste. Diese tradierte Auffassung ist in den letzten Jahren revidiert und durch die Begriffe **Management**, **Personalmanagement** oder **Human Resource Management** abgelöst worden.

Die zunehmende Orientierung der Organisationen an ganzheitlichen und funktionsübergreifenden Prozessen erfordert von den Führungskräften in sozialen Einrichtungen ein Umdenken ihrer bisher gewohnten Aufgaben und Denkweisen. Neben der internen Gestaltung von Leistungsprozessen spielt die wirtschaftliche Erbringung dieser Prozesse besonders im Krankenhaus,

in Einrichtungen der stationären Altenpflege und bei ambulanten Pflegediensten eine wesentliche Rolle.

Darüber hinaus werden weitere und neue Aufgaben auf die Führungskräfte zukommen, die den sektorübergreifenden Bereich von der Behandlung im Krankenhaus bis zur Betreuung vor Ort (Pflegedienste, Tagespflege, Rehabilitation usw.) betreffen werden. Gesundheitszentren, in denen die verschiedenen Dienstleistungen vernetzt angeboten werden, erfordern Manager, die neugierig, innovativ und mutig Rahmenbedingungen schaffen, in denen die Mitarbeiter zielorientiert und selbstverantwortlich arbeiten können.

Für die Gesundheitswirtschaft gibt es traditionell gültige, verwaltungsorientierte Handlungsmaxime für die »medizinische Qualität« ist mit steigenden Kosten verbunden und wurde bereits durch das Gesundheits-Struktur-Gesetz (GSG) radikal abgelöst. Von Eiff und Ziegenbein (2001) beschreiben die neue Marktdynamik in der Gesundheitswirtschaft so, dass »neue intelligente Organisations- und Führungskonzepte Einzug in die Arbeits- und Entscheidungsebenen des Krankenhauses« finden und damit alte Denkstrukturen abgelöst werden. Diese neue managementorientierte Handlungsmaxime fordert, die Sicherstellung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Qualität bei gleichzeitig sinkenden Kosten zu gewährleisten.

Dieser Paradigmenwechsel ist eine Herausforderung für viele Ärzte, da sie sich eher in der Rolle des Arztes und weniger in der Rolle eines Managers sehen, der die ihm zugeordneten Mitarbeiter strategisch, ökonomisch und zielorientiert führen muss. Diese für viele Ärzte ungewohnte Rolle muss erst noch gelernt werden, damit der Arzt in seiner neuen Rolle als Führungskraft mit den Mitarbeitern gemeinsam die Grundvoraussetzung für eine prozess- und kundenorientierte Leistungskette schafft. Wesentliches Ziel hierbei ist, die Verbesserung der Wertschöpfungsketten sicherzustellen und darüber hinaus eine hohe Qualität bei wirtschaftlichem Umgang mit der Ressource Zeit und Personal zu gewährleisten.

Personalmanagement bedeutet daher, Voraussetzungen zu schaffen, in denen die Mitarbeiter die langfristigen Ziele des Unternehmens kennen

■ Tab. 1.1 Die XY-Theorie von McGregor (Thommen 2009)

Theorie X	Theorie Y
Der Mensch hat eine angeborene Abscheu vor der Arbeit und versucht, sie soweit wie möglich zu vermeiden.	Der Mensch hat keine angeborene Abneigung gegen Arbeit, im Gegenteil: Arbeit kann eine wichtige Quelle der Zufriedenheit sein.
Deshalb müssen die meisten Menschen kontrolliert, geführt und mit Strafandrohung gezwungen werden, einen produktiven Beitrag zur Erreichung der Organisationsziele zu leisten.	Wenn der Mensch sich mit den Zielen der Organisation identifiziert, sind externe Kontrollen unnötig; er wird Selbstkontrolle und eigene Initiative entwickeln.
Der Mensch möchte gern geführt werden, Verantwortung vermeiden, hat wenig Ehrgeiz und wünscht vor allem Sicherheit.	Die wichtigsten Arbeitsanreize sind die Befriedigung von Ich-Bedürfnissen und das Streben nach Selbstverwirklichung.
	Der Mensch sucht bei entsprechender Anleitung eigene Verantwortung. Einfallsreichtum und Kreativität sind weit verbreitete Eigenschaften in der arbeitenden Bevölkerung; sie werden jedoch in industriellen Organisationen kaum aktiviert.

sowie Personalauswahl, -entwicklung und -förderung stattfinden kann, welche auf diese Ziele hin abstimmt werden. Die Einbeziehung der Mitarbeiter ist ein entscheidender Faktor für die Motivation der Mitarbeiter, die strategischen Ziele der Unternehmensorganisation selbstverantwortlich mitzutragen.

Um die strategische Ausrichtung des Krankenhauses zu verdeutlichen, ist es wichtig, die Leitziele der Klinik zu formulieren und Maßnahmen zur Umsetzung hiermit zu verbinden. Erst wenn der strategische Rahmen steht, können qualifizierte Mitarbeiter ausgewählt und entwickelt werden. Diese Aufgaben werden im Rahmen der Personalwirtschaft sichergestellt.

1.1 Grundlagen der Führung

Zu den gängigen Führungstheorien gehört die XY-Theorie von McGregor (McGregor 1973, Simon 2009), in der die beiden gegensätzlichen Möglichkeiten der Führungsrolle in der Theorie beschrieben werden (■ Tab. 1.1).

Die X-Theorie besagt, dass Menschen nicht gerne arbeiten und deswegen kontrolliert geführt werden müssen und im Zweifelsfalle auch durch Strafandrohung gezwungen werden, die Organisationsziele zu erreichen. Im Gegensatz hierzu wird in der Y-Theorie beschrieben, dass Arbeit eine Quelle der

Zufriedenheit darstellt, weil wichtige Ich-Bedürfnisse durch das Streben von Selbstverwirklichung befriedigt werden können (■ Tab. 1.2).

Im Führungsprozess wird sehr schnell deutlich, welche unterschiedlichen Wertmuster der Führungskräfte realisiert werden. In einer Bestrafungskultur (X-Theorie) spielt die Kontrolle der Mitarbeiter eine wichtige Rolle, weil Führungskräfte anordnen, belohnen oder bestrafen. Die Grundlage der Y-Theorie besagt, dass ein gutes Arbeitsklima aufgebaut werden muss, damit die Mitarbeiter ein Wir-Gefühl entwickeln, Ziele vereinbart werden, damit Mitarbeiter sich mit den Aufgaben identifizieren und so gerne im Team mit anderen zusammenarbeiten.

Das Modell von Miles (Staehele 1999) beschreibt den Führungsprozess so, dass Menschen sinnvolle Ziele erreichen wollen und sich bei der Formulierung auch gerne einbringen möchten (■ Tab. 1.3). Daher ist es Aufgabe der Führungskraft, die Qualitäten der Mitarbeiter zu erkennen, zu nutzen und für den Betrieb sinnvoll einzusetzen. Selbstbestimmung und Selbstkontrolle sind dann das Ergebnis von Produktivitätssteigerungen, die die Zufriedenheit der Mitarbeiter positiv beeinflussen.

Gerade im klinischen Bereich hat in den letzten Jahren ein radikaler Wandel stattgefunden, weil die junge Ärztegeneration eine »Bestrafungskultur« heute nicht mehr akzeptiert. Grundlage für den Aufbau einer neuen Managementkonzeption sollte

■ Tab. 1.2 Die Bedeutung der Werte im Führungsprozess

Theorie X	Theorie Y
Werte: Taktik, Kontrolle, Verfahren und Techniken.	Werte: Beziehung aufbauen, Wir-Gefühl entwickeln.
– Mitarbeitern sagen, was sie zu tun haben. – Mitarbeiter kontrollieren.	– Mitarbeitern Ziele geben, die zu erreichen sind. – Erfolgskontrollen durchführen.
Mitarbeiter belohnen bei Erreichung des Arbeits-Solls oder bestrafen bei Nichterfüllung.	Mitarbeiter können sich mit ihrer Arbeit identifizieren und entfalten.

■ Tab. 1.3 Human Resources Management (Miles 1965, 1975)

Annahme	– Menschen wollen zu sinnvollen Zielen beitragen, bei deren Formulierung sie mitgewirkt haben. – Die meisten Menschen könnten viel kreativere und verantwortungsvollere Aufgaben übernehmen, als es die gegenwärtige Arbeit verlangt.
Empfehlungen	– Der Manager sollte verborgene Anlagen und Qualitäten der Mitarbeiter nutzen. – Er soll eine Atmosphäre schaffen, in der die Mitarbeiter sich voll entfalten können. – Er soll Mitbestimmung praktizieren und dabei die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Selbstkontrolle entwickeln.
Erwartungen	– Mitbestimmung, Selbstbestimmung und Selbstkontrolle führen zu Produktivitätssteigerungen. – Als Nebenprodukt kann auch die Zufriedenheit steigen, da die Mitarbeiter all ihre Fähigkeiten nutzen können.

eine Kultur des Vertrauens sein, in der Fehler und Probleme angstfrei besprochen werden können. Mitarbeiter sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten in Entscheidungsprozesse einbezogen werden, damit sie lernen, Verantwortung zu übernehmen. In einer Bestrafungskultur, in der der Vorgesetzte die Fehler der Mitarbeiter anprangert und eher darauf bedacht ist, Entscheidungen ohne die Mitwirkung der Mitarbeiter zu treffen, muss er sich nicht wundern, wenn innovatives Denken durch eine überstarke Anpassung an die Vorstellungen des Vorgesetzten nicht möglich ist. Die Gegenüberstellung in ■ Tab. 1.4 zeigt die Anforderungen an eine moderne Führungskonzeption in einer sich wandelnden Gesellschaft auf.

Früher haben Chefarzte häufig einen autoritären Führungsstil praktiziert, der mit Gehorsam und Anpassung einhergeht. Mitarbeiter, die einen Fehler machen, werden bestraft. Ist etwas nicht zur Zufriedenheit des Chefarztes erledigt worden, ist die erste Frage »Wer war das?«. Die betroffene Person muss sich melden und wird häufig – meist

auch öffentlich – zum Sündenbock im Team abgestempelt. Für die Mitarbeiter führt diese Führungskultur zu einem Klima, in dem Bestrafungen an der Tagesordnung sind. Jeder, der nicht auffällt, ist froh darüber. Fehler werden besser verschwiegen als offen angesprochen. Das bedeutet: Verbesserungen und Lerneffekte sind schlichtweg unerwünscht.

Fehler werden in einem solchen System nicht als Chance verstanden, sondern eher als Wettbewerb aufgefasst nach dem Motto: »Wer hat die besten Strategien entwickelt, um bei fehlerhaften Handlungen nicht aufzufallen?« Degenhardt (1998) beschreibt drei wesentliche Umgangsformen, die Change-Management-Projekte scheitern lassen:

- Unterwerfung und Abhängigkeit
- Konkurrenz und regressive Mechanismen in den Leitungsgremien
- Chefmentalität

Für den Patienten im Krankenhaus entsteht ein Abhängigkeitsverhältnis, weil er durch seine Krankheit in eine Notlage geraten ist. Er ist somit auf Personen

■ Tab. 1.4 Führungskonzeptionen

Überholter Führungsstil in einer Bestrafungskultur	Neue Erfordernisse in einer Vertrauenskultur
Fehler machen immer die Mitarbeiter, daher ist eine Bestrafungskultur in der Klinik sehr wichtig.	Fehler und Probleme werden als Herausforderung begriffen – wir wollen besser werden.
Mitarbeiter passen sich an und versuchen die Anforderungen zu erfüllen.	Mitarbeiter entwickeln neue Konzepte und können kreativ Vorschläge machen.
Führungskräfte wissen und können »alles«.	Mitarbeiter denken mit.
Befehl und Gehorsam wird erwartet.	Sie sind flexibel und motiviert.
Konstruktive Kritik ist nicht erwünscht.	Konstruktive Kritik ist erwünscht.
Alleinentscheidung des Vorgesetzten muss akzeptiert werden.	Mitarbeiter können sich einbringen und mitentscheiden – sie sind Mit-Arbeiter.

angewiesen, die ihm helfen. Patient und Arzt gehen häufig nicht partnerschaftlich miteinander um, weil der Patient gesund werden möchte und dem Arzt oft ein kindliches Vertrauen entgegenbringt, was dessen Ansehen und Selbstwertgefühl steigert.

Der Konkurrenzdruck in den Leitungsgremien ist sehr ausgeprägt. Konkurrenzdruck lässt automatisch Misstrauen aufkommen, wobei häufig das Recht des Stärkeren, des Angesehen, des Eloquenteren oder des ökonomisch Überlegenen siegt. Dieses Machtverhalten führt unweigerlich zu Konkurrenzkämpfen, die eine basisorientierte Führung unmöglich macht.

Der dritte Aspekt wird von Degenhardt (1998) als »Chefmentalität« beschrieben:

» Im Krankenhausbereich waren bis vor wenigen Jahren die Chefärzte ökonomisch mehr als nur herausgehoben. Wenig hinterfragt von Mitarbeitern, gefürchtet von allen nachgeordneten Diensten repräsentierten sie nach außen und innen. [...] Kaum einer wagte Widerspruch, und wenn doch, dann wurde das oft als revolutionäres Aufbegehren rücksichtslos abgetan. «

Dieses Klima fördert geradezu angepasstes Verhalten, weil der Oberarzt seine Karriere nur weiterentwickeln kann, wenn der Chefarzt ihn fördert und unterstützt. So stellt Degenhardt (1998) dann auch die Frage, »wie der neue Chef nach so viel Leidensbereitschaft eine andere Einstellung entwickeln kann«. Veränderungen innerhalb einer solchen Kultur sind immer an die Persönlichkeitsreifung

des Führungsteams gebunden und daran, dass die Führungskraft Unterstützung bekommt und ihre Führungskompetenzen durch individuelles Coaching und Seminare zu den Themen unternehmerische, Führungs-, Methoden-, personale und soziale Kompetenzen erweitern kann.

Im Krankenhaus führen Verhaltensweisen, wie Degenhardt (1998) sie beschreibt, in eine gefährliche Abhängigkeit, weil karriereorientierte Mitarbeiter die Tendenz haben, sich den aktuellen Gegebenheiten anzupassen, und selber bei Erfolg das Verhalten ihres Modells dann übernehmen. Innovationen sind in einem solchen Klima geradezu gefährlich, weil das Ausprobieren neuer Methoden und Techniken die Gefahr in sich birgt, dass hierbei vielleicht Fehler gemacht werden, die sich dann besonders bei der eigenen Karriereplanung als hinderlich herausstellen.

Degenhardt (1998) schreibt hierzu:

» Ein ärztlicher Kollege, dessen streng-puritanische, auf Pflichterfüllung und Einsatz ausgerichtete Erziehung ihm keine Modifikation der Belastungen erlaubt, bricht eher unter der Belastung von Aufnahmedienst, Nachtdienst und Übernahme mehrerer Notfälle zusammen, als dass er seinen vorgesetzten Kollegen über die objektive Überbelastung aufklärt und um Hilfe bittet. «

Besonders im ärztlichen Dienst ist es bei vielen Mitarbeitern immer noch ein Eingeständnis von Unfähigkeit, das Arbeitspensum nicht zu schaffen, sodass bis zur Selbstaufgabe versucht wird, alle An-

■ Tab. 1.5 Prozessbezogene Führungsmittel (vgl. »Management by Objectives«)

Führungsmittel beziehen sich auf			
Prozesse	Informationen	Aufgaben	Personen
Ziele setzen, planen, durchführen und kontrollieren	Vollkommene Information bis keine Information	Arbeitsinhalt, Arbeitsort und Arbeitszeit	Personalbeurteilung, Kritik, Personalentlohnung, Personalentwicklung, Status

forderungen des Dienstes zu erfüllen. Die Angst Fehler zu machen, lässt Ärzte eher zu bewährten Mitteln greifen, damit kein Zuwendungsentzug entsteht, der der eigenen Karriere dann im Weg steht. Als Führungskraft die Zukunft gestalten erfordert Mut, Ausdauer und Durchhaltevermögen. Daher ist eine neue Kultur des »miteinander Umgehens« von großer Bedeutung. Das Konzept der hierarchischen Führung ist für den Aufbau einer neuen Führungskultur wenig geeignet.

Der Stress für die Führungskraft ist bei einem autoritären Führungsstil nicht unerheblich. Eine solche Führungskraft muss ständig alles genau wissen, sie muss in allen Dingen am besten Bescheid wissen und Vorbild sein für alle anfallenden Arbeiten. Die Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter ist nur so hoch, wie es von der Führungskraft gesehen und positiv zurückgemeldet worden ist, während sie bei einer kooperativen Führung den höchsten Grad an Leistungsbereitschaft aufweist.

Das Leitungsgremium im Krankenhaus muss ein neues Führungsverständnis entwickeln, um den Machtverlust, der durch die Abgabe von Aufgaben und Verantwortung gekennzeichnet werden kann, für sich zu definieren. Liegt die Willensbildung bisher eher bei den Ärzten und hier insbesondere bei den Chefärzten, müssen sich die betroffenen Führungskräfte dann Gedanken darüber machen, wie die Mitarbeiter künftig an der Willensbildung beteiligt werden können. Die neue Aufteilung von Machtverhältnissen führt bei manchen Leitungskräften zum Gefühl des Kontrollverlusts, was dann durch wechselhaftes Verhalten und Führen gekennzeichnet ist. Tannenbaum und Schmidt (1958) beschreiben verschiedene Führungsstile (► Abschn. 1.1.2) im Hinblick auf das Führungsverhalten.

1.1.1 Führungsmittel

Der Begriff »Führungsmittel« wird immer dann verwendet, wenn es im Führungsprozess darum geht, prozess-, informations-, aufgaben- oder mitarbeiterbezogene Instrumente zu verwenden. Diese Instrumente sind dann wichtig, wenn man sich damit beschäftigt, womit man führen kann.

Es gibt prozess-, informations-, aufgaben- und personenbezogene Führungsmittel (vgl. Olfert 2010). Prozessbezogene Führungsmittel konzentrieren sich darauf, eine Abfolge von zweckgerichteten Aufgaben zu steuern, die von Zielsetzung, Planung, Durchführung und Kontrolle, also dem Managementkreislauf, geprägt sind. Meist erfolgt dann die Führung auf verschiedenen Managementebenen (■ Tab. 1.5).

Personalführung ist ohne informationsbezogene Führungsmittel nicht möglich. Die beiden wichtigsten Aspekte sind hier die Informationsweitergabe und die Kommunikation. Mitarbeiter, die mitdenken sollen, benötigen sehr viele Informationen wie z. B.

- Führungsinformationen (Ziele, Planung und Kontrolle)
- Materialinformationen (Betten, Verbandsmaterial usw.)
- Personalinformationen (Fehlzeiten, Personalmangel usw.)
- Controlling-Informationen (Kosten, Auslastungsgrad usw.)
- Kapitalinformationen (DRG, Rücklagen, Investitionsbedarf usw.)
- Organisationsinformationen (Kompetenzen, Weisungsbefugnisse)

Entscheidungsspielraum des Vorgesetzten				Entscheidungsspielraum des Mitarbeiters		
↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Vorgesetzter entscheidet und ordnet an.	Vorgesetzter entscheidet, er ist aber bestrebt, die Untergebenen von seinen Entscheidungen zu überzeugen, bevor er sie anordnet.	Vorgesetzter entscheidet, er gestattet jedoch Fragen zu seinen Entscheidungen, um durch Beantwortung deren Akzeptierung zu erreichen.	Vorgesetzter informiert seine Untergebenen über seine beabsichtigten Entscheidungen. Die Untergebenen haben die Möglichkeit, ihre Meinung zu äußern, bevor der Vorgesetzte die endgültige Entscheidung trifft.	Die Gruppe entwickelt Vorschläge. Aus der Zahl der gemeinsamen gefundenen Vorschläge und akzeptierten möglichen Problemlösungen entscheidet sich der Vorgesetzte für die von ihm favorisierte Lösung.	Die Gruppe entscheidet, nachdem der Vorgesetzte zuvor das Problem aufgezeigt und die Grenzen des Entscheidungs spielraumes festgelegt hat.	Die Gruppe entscheidet. Der Vorgesetzte fungiert als Koordinator nach innen und nach außen.

■ Abb. 1.1 Führungsstile (Tannenbaum und Schmidt 1958, © Harvard Business Press)

Die Kommunikation muss als Prozess aktiv gestaltet werden. Hierzu gehören regelmäßige Besprechungen wie z. B.

- Morgenrunde
- Leitungsrunde
- Klinikkonferenz
- Bilanzberichterstattung
- Kuratoriumssitzung
- Arbeitstagung
- Kath. AG, Stadt AG
- Bauausschuss
- Team/Sitzung

Diese Prozesse müssen systematisch organisiert und regelmäßig durchgeführt werden, weil nur so ein Mitdenken, Mitgestalten und Mitentscheiden möglich ist. Hierzu gehören auch die regelmäßigen Mitarbeitergespräche, die in ► Abschn. 3.1 beschrieben werden.

Zu den aufgabenbezogenen Führungsmitteln gehören die Kooperation, Delegation und Partizipation. Mit Kooperation ist die Zusammenarbeit von Teams, z. B. im Projekt, oder die Zusammenarbeit von zwei Personen gemeint, die eine gemeinsame Aufgabe erfüllen sollen. Bei der Delegation werden klar umrissene Aufgaben vom Vorgesetzten an den Mitarbeiter delegiert, die dieser Mitarbeiter fachlich kompetent erledigen kann und hierfür auch die entsprechende Verantwortung trägt.

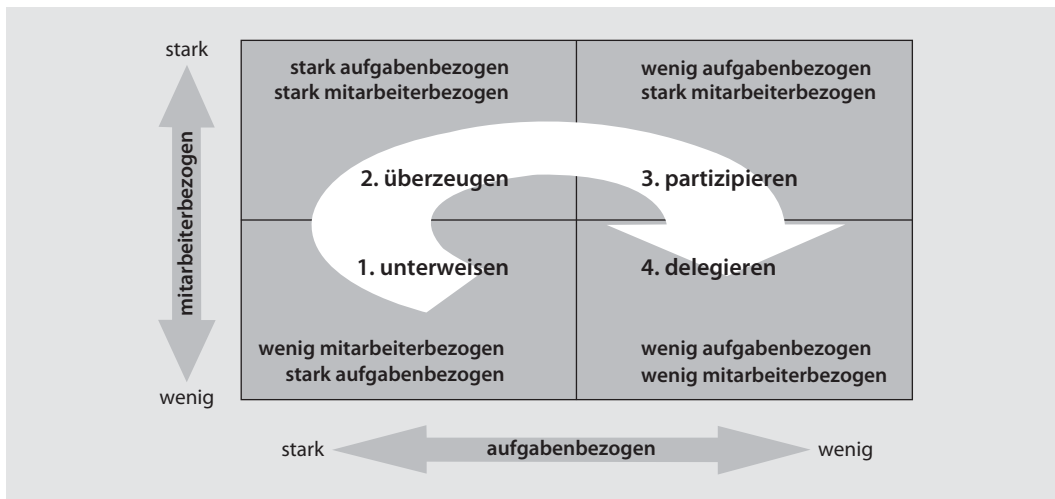
Die personenbezogenen Führungsmittel legen den Schwerpunkt auf

- Zielvereinbarungsgespräch
- Personalbeurteilung
- Kritikgespräch
- Personalentlohnung und Entgeltermittlung
- Personalentwicklung usw.

1.1.2 Führungsstil

Thommen (2009) bezeichnet den Führungsstil als »das Resultat der Ausgestaltung der Führungsfunktionen Planung, Entscheidung, Aufgabenübertragung und Kontrolle«. Tannenbaum (1958) hat in einer Studie hierzu verschiedene Führungsstile untersucht und die Eignung für unterschiedliche Situationen herausgearbeitet (■ Abb. 1.1).

Der **partizipative Führungsstil** ist im Management-Konzept »Zielvereinbarung« am besten realisiert. In einer sich ändernden Umwelt brauchen wir Führungskräfte, die nicht alles alleine (autoritär) entscheiden, sondern die es Mitarbeitern ermöglichen, sich als Subunternehmer in den Veränderungsprozessen einzubringen. Subunternehmer haben ein klar vereinbartes Ziel und entscheiden in ihrem Kompetenzrahmen autonom. Hierfür muss ein Klima geschaffen werden, in dem es möglich ist, Veränderungen zu initiieren, neue Ideen



■ Abb. 1.2 Situative Führung (vgl. Hersey 1977)

einzubringen und mit den Mitarbeitern Projekte zu starten und die Neuerungen in den Arbeitsalltag zu integrieren. Fehler oder Probleme werden in einem solchen Klima als Herausforderung betrachtet.

Zielvereinbarung bedeutet, dass Führungskräfte und Mitarbeiter gemeinsam überlegen, wie man was künftig anders oder besser machen kann. Die Mitarbeiter sollen Probleme ansprechen und Unsicherheiten oder Überforderungssituationen konstruktiv besprechen. Nur so können neue Handlungsweisen erlernt werden. Die Mitarbeiter denken mit und entwickeln neue Konzepte. Die Führungskraft hat dann verlässliche Partner, denen sie neue und kreative Aufgaben überlassen kann. Sie ist entlastet, weil sich in einer Vertrauenskultur jeder »trauen« kann, sich den Herausforderungen zu stellen.

Diese Form von Führung setzt jedoch einen gewissen Reifegrad der Mitarbeiter (vgl. Hersey und Blanchard 1968) voraus. Wenn Mitarbeiter bisher sehr autoritär, also wenig mitarbeiterbezogen, aber stark aufgabenbezogen wie in ■ Abb. 1.1 beschrieben, geführt worden sind, so wird man nicht sofort eine Partizipation der Mitarbeiter und Führungskräfte realisieren können.

Situative Führung im Rahmen von Zielvereinbarungsprozessen setzt voraus, dass ein Klima des Vertrauens gelebt wird und die Führungskraft

überzeugt ist, dass der Mitarbeiter fähig und in der Lage ist, seine Aufgaben selbstständig unternehmerisch handelnd zu erledigen. Situative Führung heißt nicht, einmal autoritär, ein anderes Mal partizipativ zu handeln. Dieser permanente Wechsel führt zu einer Verunsicherung, die sich in einer Unsicherheit bei der Erledigung der Aufgaben ausdrückt.

Situative Führung orientiert sich nach Hersey und Blanchard (1968) am Reifegrad des Mitarbeiters und delegiert Aufgaben erst dann, wenn der Mitarbeiter diese Aufgaben auch sach- und fachgerecht erledigen kann. Der Aspekt »Mitarbeiterorientierung« wird nach Blake und Mouton (1968) darauf bezogen, dass Führungskräfte eine von Vertrauen und Wärme geprägte Einstellung haben, während andere Führungskräfte eher aufgabenorientiert handeln. Aus diesem Verhaltensgitter haben Hersey et al. (1977) das Reifegrad-Modell entwickelt (■ Abb. 1.2).

An die konkrete Arbeitsleistung muss dann auch das Leistungsentgelt gekoppelt werden, damit Leistung sich lohnt und Mitarbeiter motiviert werden, die Abteilungsziele zu realisieren.

Mitarbeiter und Führungskräfte, die im Rahmen eines Budgets haushalten müssen, werden versuchen mit ihrem Budget zurechtzukommen. Mitarbeiter und Führungskräfte, die im Rahmen von Zielvereinbarungen handeln, werden versuchen,

■ Tab. 1.6 Der Managementkreislauf

1. Ziele setzen	2. Planen	3. Entscheiden	4. Realisieren	5. Zielkontrolle
Vorgesetzter und Mitarbeiter erarbeiten Ziele.	Wie könnten die Ziele umgesetzt werden?	Die Entscheidung für einen Plan wird gemeinsam mit dem Vorgesetzten gefällt.	Die Umsetzung der Planung wird durch die Mitarbeiter realisiert.	Die Zielerreichung wird durch entsprechende Zahlen, Daten oder Fakten überprüft.

die Markt-, Kunden-, Mitarbeiter- oder Kostenziele zu erreichen. Diese Flexibilität ist besonders im Gesundheitswesen künftig immer wichtiger, weil der Konkurrenzdruck zu mehr Wettbewerb um gute Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitig angemessenen und bezahlbaren Kosten führt.

1.2 Managementkonzepte

Je nach Managementkonzeption ist es Aufgabe der Manager, Ziele zu setzen, zu planen und Entscheidungen vorzubereiten, an der Realisierung der Entscheidungen mitzuwirken und Erfolgskontrollen mit einem Vergleich zwischen geplantem Soll- und erreichtem Ist-Zustand durchzuführen (■ Tab. 1.6).

Die drei Funktionen **Ziele setzen, Planen und Entscheiden** werden als miteinander verbunden angesehen (Wöhe 2010). Es sind typische Managementfunktionen, die in der Regel von den Funktionen **Realisieren, Umsetzen und Kontrollieren** getrennt werden. In vielen Managementkonzepten ist hiermit die Organisation, Ausführung und Umsetzung der Ziele durch die Mitarbeiter gemeint, die als Ausführungsorgan die vereinbarten Aufgaben erledigen. Die Funktion Kontrollieren wird je nach Führungskonzept von den Mitarbeitern auf der Aufgabenebene oder von den Führungskräften selbst wahrgenommen.

Das Kommunizieren betrieblicher Ziele, wie die Zusammenlegung der beiden Abteilungen der beiden Krankenhäuser in der Region X, wäre ein solches betriebliches Ziel. Diese Entscheidung hat weitreichende Konsequenzen und muss mit den betroffenen Mitarbeitern besprochen werden. Die Beteiligung der Mitarbeiter bei der geplanten Zusammenlegung führt zu einer Auseinandersetzung über Vor- und Nachteile einer Fusion und

fördert das Mitdenken und Mitverstehen bei für den einzelnen oft unbequemen Veränderungen. Mitarbeiter, die diese Entscheidung mit vorbereiten, haben ein ganz anderes Verständnis für die Gegebenheiten des Marktes und haben daher die Chance, sich als Mitunternehmer zu profilieren. Die verschiedenen Rollen der Manager – je nach dem gewählten Managementkonzept – soll nun mithilfe des Managementkreises beschrieben werden.

1.2.1 »Management-by«-Konzepte in der Gesundheitswirtschaft

Es gibt zahlreiche »Management-by«-Konzepte, die als Führungskonzeptionen von Bedeutung sind. In vielen Krankenhäusern wird das Konzept »Management by Objectives« verwendet.

Weitere Beschreibungen von Managementkonzepten finden sich bei Simon (2008), Kirchner (2009) oder Olfert (2010).

Die Auswahl eines Führungskonzepts für ein Krankenhaus ist nicht ganz einfach. Der Managementkreislauf soll als Checkliste dienen, sodass die Führungsaktivitäten, die sich aus den einzelnen Konzepten heraus ergeben, beschrieben werden.

Die Entscheidung für ein Führungskonzept ist in der Krankenhausleitung bzw. bei Konzernstrukturen in der Holding zu treffen, wobei es sich empfiehlt, Mitarbeiter der verschiedenen Häuser und Bereiche (Ärzte, Pflege, Verwaltung, Technik usw.) einzuladen und die Vor- und Nachteile zu diskutieren. Zielsetzung hierbei ist, das Bewusstsein der Führungskräfte zu schärfen und einige ausgewählte »Management-by«-Konzepte in ihren Möglichkeiten, Risiken und Folgen für die Klinik zu diskutieren.

Das Führungskonzept selber sollte im Leitbild des Krankenhauses thematisiert und durch Führungsgrundsätze konkretisiert werden. Mitarbeiter und Führungskräfte erhalten damit einen Handlungsspielraum, der in Konfliktsituationen jederzeit nachlesbar und damit auch überprüfbar ist. Die aktuellen Gegebenheiten können in diesem Kontext dann modifiziert werden und bieten darüber hinaus Möglichkeiten, eine Evaluation des Führungsverhaltens nach den verschiedenen Gesichtspunkten der Qualitätsentwicklung (ISO/EFQM/KTQ) vorzunehmen.

Die Mitarbeiter und Führungskräfte im Krankenhaus sind – ähnlich wie in anderen Dienstleistungsunternehmen auch – besonders dann erfolgreich, wenn sie eigenverantwortlich handeln, motiviert sind und klare Verantwortungs- und Entscheidungsbefugnisse haben. Um die Entscheidung für eine Führungskonzeption zu erleichtern, müssen die Auswirkungen auf die Mitarbeiter und die hiermit verbundene Durchführungskontrolle geprüft werden. Die Flexibilität, auf die Anforderungen der Patienten/Kundenwünsche in der Zukunft zu reagieren, ist in einem Wettbewerbsmarkt unerlässlich, damit die Kliniken auf dem Gesundheitsmarkt bestehen können (Riegl 1996, Kirchner 1997a, 1997b).

Entscheidungen, die von der Führungskraft alleine getroffen werden, ohne dass die Mitarbeiter in diesen Entscheidungsprozess einbezogen worden sind, führen häufig zu Abwehrstrategien, weil als Methode ein »Führen mit Ausrufungszeichen« (»So wird es gemacht«) angewendet wird, die zu – oftmals berechtigten – Abwehrreaktionen der nicht beteiligten Mitarbeiter führen. Diese Entscheidungen hinterlassen bei den Betroffenen oft Narben, die Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl haben. Indirekt wird damit vermittelt, dass sie es nicht »wert« sind, in den Entscheidungsprozess einbezogen zu werden. So kann eine sachlich richtige Entscheidung dazu führen, dass sich die Mitarbeiter auf der Beziehungsebene »getroffen« fühlen und diese Entscheidung resignativ oder oppositiv hinnehmen.

In vielen Kliniken herrscht häufig ein Denkstil vor: »Die Führungskräfte besorgen das Denken und ihre Mitarbeiter führen die Ideen aus.« Runge (1995) und Porter (2005) zitieren den japanischen

Konzernchef Konsuke Matsushita: »[...] die Bosse besorgen das Denken und ihre Mitarbeiter schwingen die Werkzeuge. Im tiefsten Inneren seid Ihr [gemeint ist eine Gruppe westlicher Industrieller] noch überzeugt, dies sei der einzig richtige Weg, um ein Unternehmen zu betreiben. Für Euch besteht Management darin, die Ideen aus den Köpfen der Manager in die Köpfe der Mitarbeiter zu bringen. [...]« Hinter diesem Denkmodell steht, dass die Mitarbeiter arbeiten und die Manager sich Gedanken über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität machen sollen.

Beispiel

In einer mittelgroßen Stadt gibt es zwei Kliniken der Grund- und Regelversorgung. Die politischen Rahmenbedingungen erlauben den Betrieb dieser beiden Kliniken nicht, sodass eine Fusion der beiden Häuser ansteht. Zunächst ist geplant, die beiden Abteilungen der Inneren Medizin in einem Haus zu konzentrieren. Damit die wirtschaftliche Auslastung der beiden Abteilungen geschätzt werden kann, wird ein Gutachten erstellt, das eine Kosten- und Auslastungsanalyse für die beiden Abteilungen enthalten soll.

Zielsetzung hierbei ist, die Abteilung zu erweitern, die wirtschaftlich arbeitet und effiziente Arbeitsabläufe hat. Das Gutachten hierfür soll von einer Unternehmensberatung erstellt werden, damit ein neutraler Dritter eine Entscheidungsvorlage erstellen kann.

Die Zusammenlegung der beiden Abteilungen zu einer einzigen ist der erste Schritt, wirtschaftlich rentable Einheiten zu schaffen. Aufgrund der durchgeführten Kostenanalyse teilt der Aufsichtsrat dem Geschäftsführer mit, dass die künftige Abteilung für Innere Medizin im Krankenhaus »Mariahilf« konzentriert werden soll und die Mitarbeiter des »Josefshospitals« in die Organisation des Krankenhauses »Mariahilf« überführt werden sollen.

Diese sachlich getroffene Entscheidung wird den Mitarbeitern des »Josefshospitals« vermittelt, ohne dass sie am Entscheidungsprozess beteiligt worden sind. Bei den Mitarbeitern stellen sich folgende Begleitemotionen ein:

- Ihr Selbstverständnis wird angegriffen, weil auf der Beziehungsebene mitgeteilt wird, dass das,