



FOM Hochschule für Oekonomie & Management Essen

Studienzentrum Essen

Master-Thesis

zur Erlangung des Grads eines

Master of Science (M.Sc.)

über das Thema

**Führungskräfteentwicklung als Instrument der Personalentwicklung
im Wandel der Krankenhauslandschaft**

von

Angela Goossens

Erstgutachter	Dipl.-Kff., Dipl.-Arb.wiss. Claudia Falter
Matrikelnummer	233242
Abgabedatum	2016-03-28

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung	1
1.3 Vorgehensweise	2
2 Kennzeichen des Wandels der Krankenhauslandschaft.....	5
2.1 Wettbewerb und Kostendruck.....	5
2.2 Trägerwechsel	6
2.3 Demografischer Wandel.....	8
2.4 Technologischer Fortschritt	11
3 Führungskräfte im Krankenhaus	12
3.1 Unternehmens- und Personalführung.....	12
3.2 Anforderungen an Führungskräfte im Krankenhaus.....	13
4 Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus	15
4.1 Strategische Personalentwicklung.....	15
4.2 Führungskräfteentwicklung.....	16
4.2.1 Potenzialanalyse.....	17
4.2.2 Instrumente der Führungskräfteentwicklung	21
4.2.3 Controlling der Führungskräfteentwicklung.....	24
5 Empirische Untersuchung	27
5.1 Qualitative Sozialforschung	27
5.2 Problemzentriertes Interview	28
5.3 Narratives Interview	29
5.4 Begründung der Methodenwahl.....	30
5.5 Qualitative Inhaltsanalyse	31
6 Analyse der Erhebungssituation.....	33
6.1 Angaben zum Unternehmen.....	33
6.2 Angaben zu den Gesprächspartnern.....	33
6.3 Design der Interviewleitfäden	34
6.4 Ausgestaltung der Interviews.....	35

7	Auswertung der empirischen Untersuchung	37
7.1	Auswertung des Interviews mit Frau Kauffmann	37
7.1.1	Datenerhebung	37
7.1.2	Analyse	40
7.1.2.1	Bewusstsein für die Herausforderungen der modernen Kranken- hauslandschaft	40
7.1.2.2	Umsetzung der Führungskräfteentwicklung	42
7.1.3	Zwischenfazit	47
7.2	Auswertung der Interviews der Teilnehmer von Führungskräfteentwicklungs- maßnahmen	47
7.2.1	Datenerhebung des Interviews mit Frau Dr. Berkenbrink	47
7.2.2	Datenerhebung des Interviews mit Frau Bilnik	49
7.2.3	Datenerhebung des Interviews mit Frau Rediger.....	51
7.2.4	Analyse	52
7.2.4.1	Bewusstsein für die Herausforderungen der modernen Kranken- hauslandschaft	52
7.2.4.2	Zielsetzungen	54
7.2.4.3	Evaluierung der Teilnahme an Führungskräfteentwicklung	57
7.2.4.4	Schwierigkeiten bei der Umsetzung.....	58
7.2.5	Zwischenfazit	59
7.3	Gegenüberstellung.....	60
7.4	Handlungsempfehlungen	61
8	Fazit und Ausblick	65
8.1	Fazit.....	65
8.2	Ausblick	66
	Literaturverzeichnis.....	67
	Anhang	78
	Ehrenwörtliche Erklärung	79

Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
Hrsg.	Herausgeber
http	hypertext transfer protocol
u.a.	unter anderem
URL	Uniform Resource Locator
vgl.	vergleiche
www	world wide web

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Krankenhäuser in Deutschland nach Trägerschaften	8
Abbildung 2 - Bevölkerungszahl von 1950 bis 2060.....	9
Abbildung 3 - Bevölkerung nach Altersgruppen	10
Abbildung 4 - 360°-Feedback	19
Abbildung 5 - Wirksame Führung	43

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Das deutsche Gesundheitswesen – und insbesondere das Krankenhauswesen – befindet sich derzeit in einem tief greifenden Veränderungsprozess. Neue wirtschaftspolitische Voraussetzungen, ansteigender Kostendruck und ein erhöhter Wettbewerb charakterisieren die Herausforderungen, denen sich die Führungskräfte deutscher Krankenhäuser stellen müssen. Ein schneller und stetiger technologischer Fortschritt im Bereich medizinischer Geräte sowie der Kommunikations- und Informationssysteme ermöglicht eine rasante qualitative Entwicklung des Versorgungssystems auf der einen Seite, jedoch auch enorme Kosten auf der anderen Seite. Immer häufiger werden Rechtsformen von öffentlichen oder freigemeinnützigen Trägern zu privaten Trägern gewechselt, was mit umfassenden Umstrukturierungen, Reorganisation und Rationalisierungsprozessen verbunden ist. All diesen Herausforderungen stehen die Krankenhäuser in Zeiten eines akuten Fach- und Führungskräfemangels gegenüber, der die Ausstattung der Krankenhäuser mit qualifizierten Nachwuchskräften zusätzlich erschwert. Die neue Marktsituation erfordert ebenso eine neue Führungsmentalität in den Krankenhäusern.¹ Die Führungskräfte müssen sich von alten Strukturen lösen und die Krankenhäuser als Unternehmen im Wettbewerb unter vielen anderen anerkennen. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Personalentwicklung in deutschen Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung. Potenziale zu identifizieren, Mitarbeiter zielgerichtet zu fördern und somit die Führungspositionen des Hauses mit qualifizierten Mitarbeitern aus den eigenen Reihen kompetent und zukunftsorientiert zu besetzen, wird im Wettkampf um Zulieferer, Patienten und Personal zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor werden.

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist herauszuarbeiten, wie Führungskräfteentwicklung ausgestaltet werden muss, um den Anforderungen an eine konkurrenzfähige, effiziente und prosperierende Führung im Krankenhaus zu entsprechen und ob dieses Instrument ein Erfolgsfaktor im Wandel der Krankenhauslandschaft sein kann. In diesem Sinne werden zunächst die Entwicklungen des Marktumfeldes deutscher Krankenhäuser analysiert, um

¹ Vgl. von Eiff, W. (2007), S. 4.

den Ursprung der erhöhten Anforderungen an Führungskräfte im Krankenhauswesen zu erfassen und Bewusstsein hierfür zu schaffen. Über dies wird der Stand der Forschung hinsichtlich der Ausgestaltung von Führungskräfteentwicklung mit der tatsächlichen Anwendung in einer deutschen Krankenhausgesellschaft verglichen. Weiterführend erfolgt in einer zweistufigen Analyse eine Gegenüberstellung der Evaluierung seitens des Managements und der Teilnehmer von Führungskräfteentwicklungsprogrammen aus dem medizinischen, pflegerischen und administrativen Bereich des Krankenhauses, um korrespondierende und konträre Ansichten herauszuarbeiten und so Handlungsempfehlungen für eine akzeptierte, effiziente und zukunftsorientierte Führungskräfteentwicklung herauszustellen.

1.3 Vorgehensweise

Diese Arbeit setzt sich aus 8 Kapiteln zusammen. Zu Beginn führt das erste Kapitel in den Gegenstand der Arbeit ein. Nach Erläuterung der Problemstellung wird die Zielsetzung dargestellt und anschließend die Vorgehensweise konkretisiert. Im zweiten Kapitel erfolgt die Darstellung der Kennzeichen des Wandels der Krankenhauslandschaft, die die Rahmenbedingungen für das zu behandelnde Thema charakterisieren. Diese setzen sich aus Wettbewerb und Kostendruck (Kapitel 2.1), einer Tendenz zum Trägerwechsel (Kapitel 2.2), dem Demographischen Wandel (Kapitel 2.3) und dem Technologischen Fortschritt (Kapitel 2.4) zusammen, denen die Krankenhäuser standhalten müssen. Im Anschluss daran leitet das dritte Kapitel in die Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus ein. Hier wird zunächst der Begriff der Führung definiert (Kapitel 3.1) und konkrete Anforderungen an Führungskräfte im Umfeld der Krankenhauslandschaft ausgewiesen. Darauf folgt im vierten Kapitel eine umfassende Darstellung von Führungskräfteentwicklung. Beginnend mit der Einordnung in den übergeordneten Bereich der Strategischen Personalentwicklung (Kapitel 4.1) wird Führungskräfteentwicklung begrifflich eingeordnet sowie deren Entstehung beleuchtet (Kapitel 4.2). Dem schließen sich in den Subabschnitten 4.2.1-3 eine genaue Darlegung der Teilelemente von Führungskräfteentwicklung an. Zunächst wird der Begriff der Potenzialanalyse (Kapitel 4.2.1) definiert und dessen Zielsetzung dargelegt. Insbesondere erfolgt eine Differenzierung potenzieller Methoden der Ermittlung des im Unternehmen vorhandenen Potenzials, die durch die Leistungsbeurteilung durch den Vorgesetzten, das 360°-Feedback und das Assessment-Center repräsentiert werden. Der nächste Subabschnitt befasst sich mit den

Instrumenten der Führungskräfteentwicklung (Kapitel 4.2.2). Im Fokus der Betrachtung stehen hier das Mentoring, Coachings und Führungskräfte trainings. Folgend wird dargestellt, welche Möglichkeiten bestehen, eine Kontrolle der Führungskräfteentwicklung (Kapitel 4.2.3) zu implementieren, wobei im Speziellen auf Kostenkontrolle, Rentabilitätskontrolle und Erfolgskontrolle eingegangen wird. Nachdem die ersten vier Kapitel einen Überblick über die theoretischen Grundlagen ermöglicht haben, leitet das fünfte Kapitel den empirischen Part dieser Arbeit ein. Es gliedert sich in die Begriffsbestimmung der Qualitativen Sozialforschung sowie die Abgrenzung dieser von der Quantitativen Sozialforschung (Kapitel 5.1), die Definition von Problemzentriertem Interview (Kapitel 5.2) und Narrativem Interview (Kapitel 5.3) sowie der Begründung der gewählten Methoden (Kapitel 5.4). Das Kapitel wird durch die Vorstellung der Qualitativen Inhaltsanalyse (Kapitel 5.5) als Instrument zur Auswertung der Untersuchung abgerundet. Das sechste Kapitel gibt einen Überblick über die im Vorfeld der Erhebung getroffenen Entscheidungen zur Ausgestaltung des empirischen Teils dieser Arbeit. Zunächst wird das Zielunternehmen der Erhebung, die Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria, vorgestellt (Kapitel 6.1). Im Anschluss folgt die Vorstellung der verschiedenen Gesprächspartner, die der Erhebung als Untersuchungsobjekte zur Verfügung stehen (Kapitel 6.2). Im weiteren Verlauf erfolgt die Darstellung des gewählten Designs der Interviewleitfäden. Das sechste Kapitel schließt mit einer Erläuterung der Ausgestaltung der Interviews (Kapitel 6.4). Die Darstellung und Analyse der in den Interviews ermittelten Inhalte stehen im Fokus des siebten Kapitels, das den Praxisbezug dieser Arbeit herstellt. Die Untersuchung erfolgt zweistufig. Zunächst wird eine Bestandsaufnahme der Führungskräfteentwicklung im Zielunternehmen erhoben (Kapitel 7.1.1) und analysiert (Kapitel 7.1.2), woran sich eine kurze Zusammenfassung der zentralen Resultate anschließt (Kapitel 7.1.3). Daraufhin folgt die Auswertung der mit den Teilnehmern der Führungskräfteentwicklung geführten Interviews. Hier werden zunächst alle Interviews hinsichtlich ihrer elementaren Komponenten zusammengefasst (Kapitel 7.2.1, 7.2.2. und 7.2.3) und im Anschluss vergleichend analysiert (Kapitel 7.2.4). Auch dieser Abschnitt endet mit einer kurzen Zusammenfassung der wichtigsten Resultate (Kapitel 7.2.5). In Kapitel 7.3 erfolgt eine Gegenüberstellung der Ergebnisse beider Untersuchungsstufen, um eine Aussage bezüglich des Anspruchsdenkens und der Realität der durchgeführten Führungskräfteentwicklung treffen zu können. Diese resultiert abschließend in Kapitel 7.4 in der Hervorhebung von Handlungsempfehlungen. Das achte Kapitel stellt das letzte Kapitel dieser Arbeit dar. Im Rahmen des Fazits werden die gewon-

nenen Ergebnisse resümiert, die Zielerreichung der Arbeit kontrolliert und anschließend ein Ausblick auf zukünftigen Handlungsbedarf hinsichtlich der Führungskräfteentwicklung in deutschen Krankenhäusern gegeben.

Es sei erwähnt, dass in dieser Arbeit aus Gründen vereinfachter Lesbarkeit personenbezogene Bezeichnungen vereinfacht im Maskulinum tituliert werden. Sie beziehen sich jedoch stets auf beide Geschlechter.

2 Kennzeichen des Wandels der Krankenhauslandschaft

2.1 Wettbewerb und Kostendruck

Das traditionelle Bild des deutschen Gesundheitswesens ist durch die Unterteilung in die Primärversorgung, die Akutversorgung und die Rehabilitation gekennzeichnet.² Unter der Primärversorgung wird die ambulante Versorgung durch Fach- bzw. Haus- und Zahnärzte im niedergelassenen Bereich verstanden. Die stationäre Betreuung von Patienten im Krankenhaus entspricht der Akutversorgung. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt schließlich die Betreuung in einer rehabilitativen oder Pflegeeinrichtung.³ Die vormals strenge Unterscheidung zwischen diesen Sektoren unterliegt einem organisatorischen Wandel, der die Grenzen mit dem Ziel optimierter Patientenversorgung sukzessive aufweicht.⁴ In diesem Sinne wurde bereits bei der Gesundheitsreform im Jahr 2000 das Modell der Integrierten Versorgung implementiert⁵, das eine durch die Krankenkassen begünstigte, engere Zusammenarbeit von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und ärztlichen Zusammenschlüssen regelt.⁶ Seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 können darüber hinaus Medizinische Versorgungszentren, sogenannte MVZ, gegründet werden, die als Gesundheitszentren verschiedene niedergelassene Ärzte sowie Dienstleistungen aus dem Pharma- und Pflegebereich zusammenfassen.⁷ In diesem Kontext nimmt der Anteil an Patienten, deren Versorgung durch das ambulante Angebot gewährleistet werden kann, stetig zu.⁸ Dieses Versorgungsmodell bedingt jedoch nicht nur eine qualitative Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und somit der Patientenbehandlung, sondern auch einen höheren Konkurrenzdruck zwischen den einzelnen Einrichtungen.⁹ Denn eine Steigerung der Patientenzahl in der Primärversorgung verursacht zwangsläufig den Rückgang der Patientenzahl in der Akutversorgung und entfacht somit einen Kampf um die Budgets der gesetzlichen Krankenkassen.¹⁰ Während Qualität und Serviceorientierung zur Gewinnung

² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014).

³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014).

⁴ Vgl. Naegler, H. (2014), S. 16.

⁵ Und durch spätere Anpassungen modernisiert. Vgl. Bialas, E., Schmidt, E. (2008), S. 16.

⁶ Vgl. Bialas, E., Schmidt, E. (2008), S. 16; SGB V (2014): § 140a.

⁷ Vgl. Bialas, E., Schmidt, E. (2008), S. 23-24; SGB V (2014): § 95.

⁸ Vgl. von Eiff, W., Stachel, K. (2007), S. 2.

⁹ Vgl. von Eiff, W., Stachel, K. (2007), S. 2; Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C. (2000), S.17.

¹⁰ Vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C. (2000), S. 17.

von Patienten immer wichtiger werden, steigen die Kosten, um das Versorgungsangebot aufrecht zu erhalten. So verzeichneten deutsche Krankenhäuser 2013 laut Angaben des Statistischen Bundesamtes Kosten in Höhe von 78 Mrd. Euro, 3,2 Prozent mehr als noch im Vorjahr.¹¹ Es besteht also ein beträchtlicher Investitionsbedarf, der immer häufiger nicht in gleichem Maße von den Trägern und Finanzierern der Krankenhäuser aufgefangen werden kann. Dies ist insbesondere seit der Einführung der DRGs¹² im Jahr 2004 zu beobachten. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen nach einem festgesetzten Fallpauschalsystem hat die früher verwendete Abrechnung nach der Verweildauer der Krankenhauspatienten verdrängt und löste mit dieser Umstellung bei einigen Krankenhäusern große Finanzierungsprobleme aus.¹³ Diese Entwicklungen stellen das Krankenhausmanagement vor die Herausforderung, das Krankenhaus so zu organisieren, dass es dem wirtschaftlichen Verdrängungswettbewerb und Kostendruck standhalten kann.¹⁴

2.2 Trägerwechsel

Das Management in deutschen Krankenhäusern sieht sich vermehrt mit betriebswirtschaftlichen Herausforderungen konfrontiert. Kosten- und Erlösbewusstsein führen dazu, dass Synergienmöglichkeiten und Einsparungspotenziale aufgespürt werden, die den Kostendruck verringern. Viele Krankenhäuser beziehen zentrale Leistungen, wie beispielsweise die Wäscherei oder die Verpflegung der Patienten, inzwischen über externe Dienstleister.¹⁵ Weitere Drittanbieter, zum Beispiel Friseure und Wellness-Anbieter, sind in den Räumlichkeiten der Krankenhäuser als Mieter zu finden.¹⁶ Maßnahmen, die geringfügig für Erleichterung sorgen können, doch immer häufiger ist auch zu beobachten, dass Krankenhäuser mit anderen Häusern fusionieren oder gar veräußert werden.¹⁷ Tatsächlich ist die Anzahl der deutschen Krankenhäuser in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen – waren es 1991 noch 2.411 Einrichtungen, ergab die Auswertung 2013 einen Rückgang um 415 Häuser auf insgesamt 1.996 Einrichtungen.¹⁸ Nicht selten

¹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2014).

¹² Diagnosis Related Groups, zu Deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen.

¹³ Vgl. Wedel, S. (2014), S. 264.

¹⁴ Vgl. Tecklenburg, A. (2008), S. 236.

¹⁵ Vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C. (2000), S. 49.

¹⁶ Vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C. (2000), S. 49.

¹⁷ Vgl. Naegler, H. (2014), S. 14.

¹⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2014), S. 13.

geht die Fusion mit einem Trägerwechsel einher.¹⁹ Einrichtungen des Gesundheitswesens sind in die Trägerschaften öffentlicher Hand, konfessioneller Institutionen oder privater Anbieter unterteilt.²⁰ Seit einigen Jahren ist ein deutlicher Trend zur Privatisierung der Krankenhauslandschaft zu erkennen. Das auffälligste Beispiel hierfür ist das Wachstum der Helios Kliniken Gruppe, die finanziell angeschlagene Krankenhäuser aller Trägerschaften, darunter ein Großteil der Krankenhäuser der Rhön-Klinikum AG,²¹ aufkauft und ihren Marktanteil inzwischen auf 110 Krankenhäuser erweitert hat.²² Während 1991 noch 1.110 Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft betrieben wurden, waren es 2013 nur noch 596. Dies entspricht einer Senkung um 46 Prozent. Auch die konfessionell geführten Krankenhäuser verzeichnen einen deutlichen Rückgang von 943 Einrichtungen im Jahr 1991 auf 706 Einrichtungen im Jahr 2013, was einer Verringerung um 25 Prozent entspricht. Trotz der insgesamt sinkenden Zahl deutscher Krankenhäuser, konnten die privaten Träger einen signifikanten Zuwachs verzeichnen. Während im Jahr 1991 lediglich 358 Einrichtungen in privater Trägerschaft lagen, waren es 2013 694 Einrichtungen.²³ Die folgende Abbildung verdeutlicht diesen Trend:

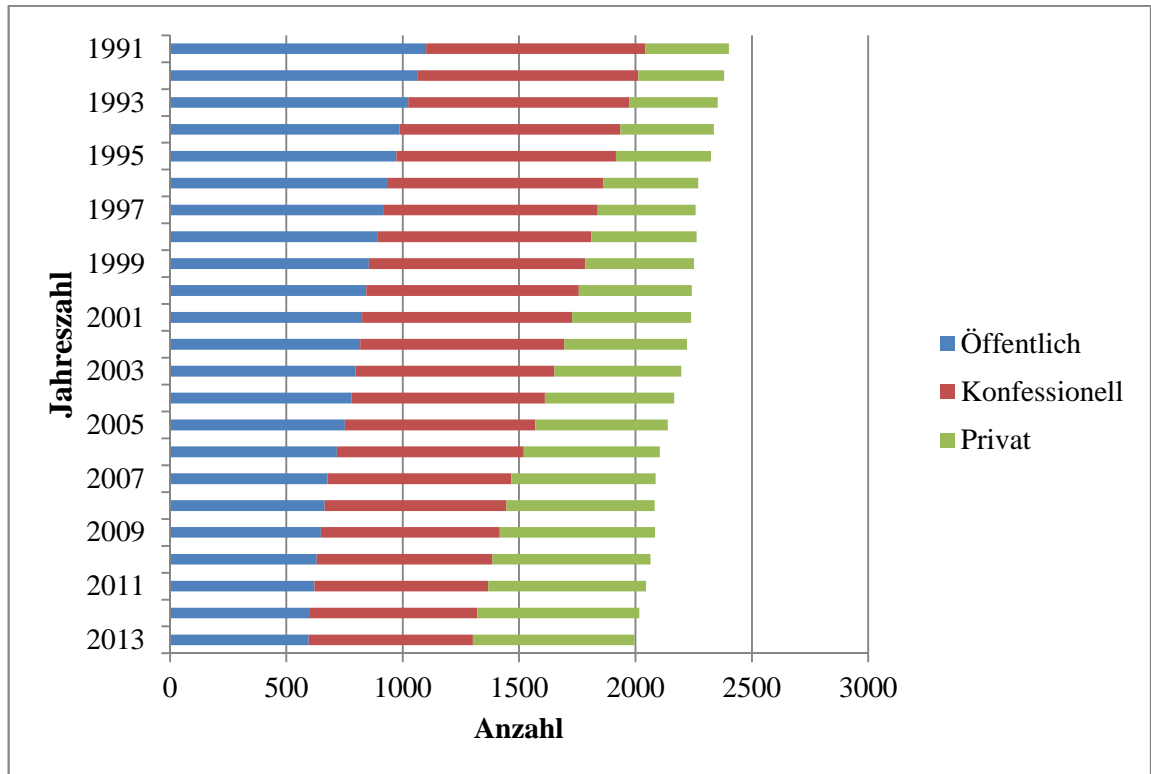
¹⁹ Vgl. Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C. (2000), S. 49.

²⁰ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2014).

²¹ Vgl. Stüwe, H. (2014), S. 1478-1479.

²² Vgl. Helios Kliniken (2015).

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2014), S. 13.



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 1 - Krankenhäuser in Deutschland nach Trägerschaften

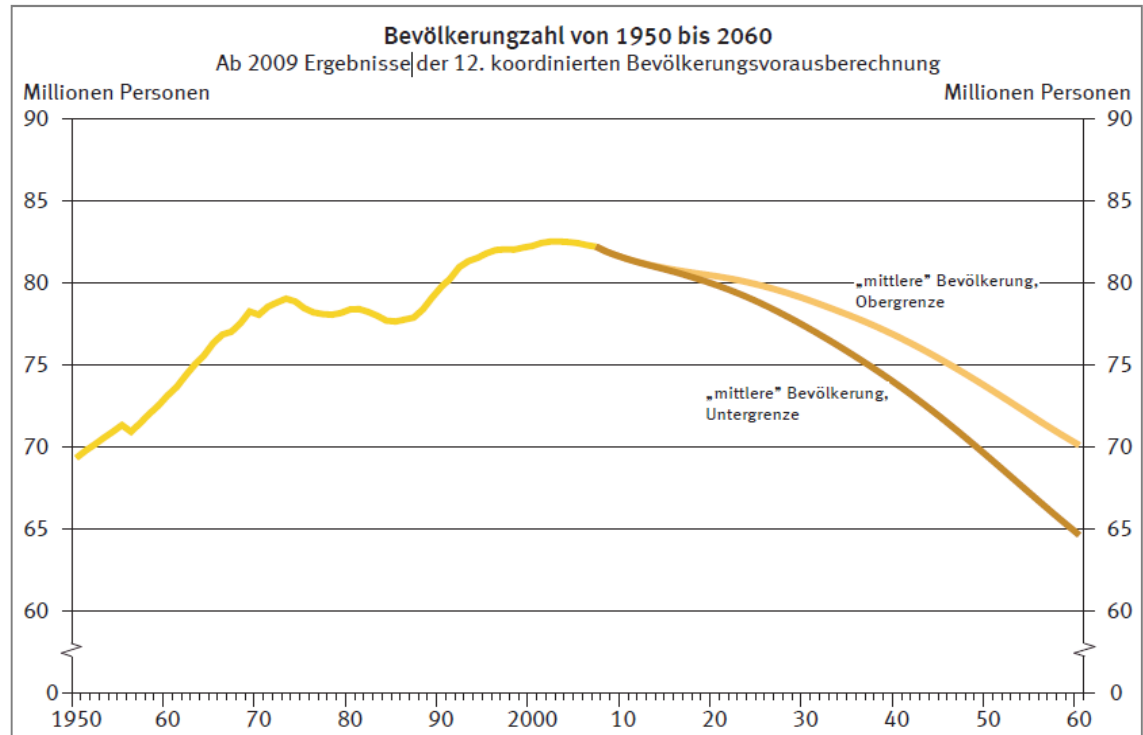
Die Tendenz zu privater Trägerschaft ist bezeichnend für den wachsenden Einfluss ökonomischer Faktoren auf die Krankenhäuser, deren Ausrichtung auf wirtschaftlichen Erfolg zu einer Notwendigkeit wird, um im Verdrängungswettbewerb bestehen zu können.

2.3 Demografischer Wandel

Der demografische Wandel ist Gegenstand diverser Diskussionen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Er betitelt die Veränderung der Bevölkerung hinsichtlich ihrer Anzahl und Struktur.²⁴ In Deutschland entspricht dies einer Verringerung der Bevölkerungszahl, die seit dem Jahr 2003 zu erkennen ist. In der Bevölkerungsvorausberechnung prognostiziert das Statistische Bundesamt bis 2060 eine Reduzierung der deutschen Bevölkerung um 12 Millionen bis 15 Millionen Menschen.²⁵

²⁴ Vgl. Gans, P. (2011), S. 89.

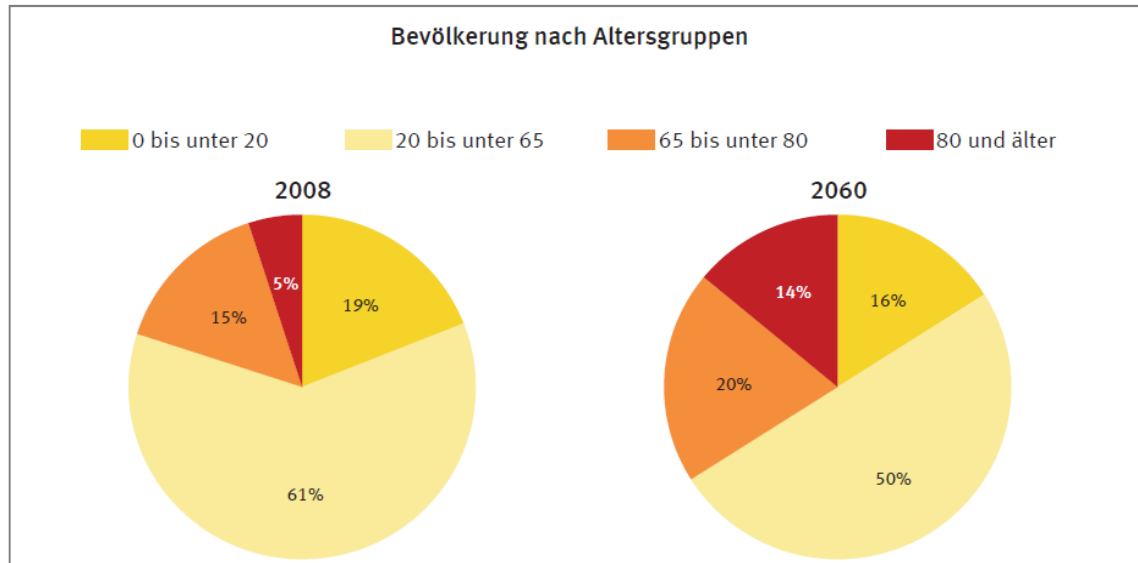
²⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2009), S. 12.



Quelle: Entnommen aus: Statistisches Bundesamt (2009), S. 12.

Abbildung 2 - Bevölkerungszahl von 1950 bis 2060

Simultan verändert sich die Altersverteilung der deutschen Bevölkerung, was zu einer geringeren Anzahl an Menschen im erwerbsfähigen Alter und gleichzeitig einem Zuwachs der Bevölkerung im Alter über 65 Jahren führt. Während 2008 noch 20 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre alt waren, wird die Anzahl an Personen über 65 Jahren für das Jahr 2060 mit 34 Prozent der Gesamtbevölkerung vorausgesagt.



Quelle: Entnommen aus: Statistisches Bundesamt (2009), S. 16.

Abbildung 3 - Bevölkerung nach Altersgruppen

Diese Entwicklung betrifft auch das Gesundheitswesen. Im Jahr 1991 konnten 875.816 beschäftigte Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ausgewiesen werden. Diese Zahl sank mit kleinen Ausreißern kontinuierlich und erreichte 2006 einen Tiefstand von 791.914 Beschäftigten in Vollzeit. Ab 2007 haben sich die Personalzahlen deutscher Krankenhäuser wieder erholt und liegen mit Stand des Jahres 2013 bei einem Jahresdurchschnitt von 850.099.²⁶ Die Krankenhäuser profitieren jedoch nicht in gleichem Maße von dem erneuten Anstieg der Beschäftigten. Insbesondere hinsichtlich der geografischen Lage lassen sich ausgeprägte Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungen erkennen. Viele Gebiete in den neuen Bundesländern und in ländlichen Regionen, die keinen direkten Anschluss an größere Städte oder Ballungszentren haben, sind von der sogenannten Binnenwanderung betroffen.²⁷ Vor allem junge Leute verlagern ihren Lebensmittelpunkt aufgrund mangelnder Perspektiven an attraktivere Standorte, was die weniger attraktiven vor enorme Herausforderungen hinsichtlich der Personalgewinnung und -bindung stellt. Zudem sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte nicht alleine. In den letzten Jahren haben auch Industrie-Beratungs- und Pharmaunternehmen ein wachsendes Interesse an medizinisch ausgebil-

²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015)

²⁷ Vgl. Hellmann, W., Hoefert, H. (2012), S.5.

detem Personal gezeigt und beleben zusätzlich den Konkurrenzkampf.²⁸ Vor diesem Hintergrund wird für die nahe Zukunft eine immer größer werdende Kluft zwischen dem stetig zunehmenden Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen und der sinkenden Summe an Erwerbstätigen in diesem Sektor prognostiziert.²⁹

2.4 Technologischer Fortschritt

Die moderne Leistungserbringung im Krankenhaus ist maßgeblich vom technologischen Fortschritt der letzten Jahre und Jahrzehnte geprägt. Medizinisch-technische Innovationen ermöglichen die Umsetzung neuer Methoden für eine sichere, schnellere und qualitativ hochwertigere Patientenversorgung in einem immer schneller werdenden Rhythmus.³⁰ Beispielsweise in der bildgebenden Diagnostik existieren mittlerweile hochentwickelte minimal invasive endoskopische Verfahren oder die Möglichkeit, Ultraschalluntersuchungen via 3D/4D abzubilden.³¹ Insbesondere die Anwendung moderner Operationsmethoden, wie exemplarisch minimal-invasive Verfahren, eröffnet den Patienten eine kürzere Rekonvaleszenz und somit den Krankenhäusern eine Effizienzsteigerung hinsichtlich der Verweildauer der Patienten, die teilweise sogar auf einen ambulanten Aufenthalt reduziert werden kann.³² Eine ebenso große Bedeutung kommt der Entwicklung kommunikations- und informationstechnischer Systeme zu.³³ Viele Krankenhäuser greifen auf die informationstechnischen Errungenschaften der letzten Jahre zurück, um ihre Organisation zu erleichtern. Beispielsweise die elektronische Patientenakte, die digital Informationen über dokumentierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eines Patienten bereitstellt, ist bereits weit verbreitet.³⁴ Auch in direktem Zusammenhang mit der medizinischen Leistungserbringung werden neue Maßstäbe gesetzt. Schon heute können OP-Managementsysteme eingesetzt werden, die Geräte im OP zentral steuern und ärztlichem sowie pflegerischem Personal direkten Zugriff auf die Daten der Patienten ermöglichen.³⁵

²⁸ Vgl. von Eiff, W., Stachel, K. (2007), S. 11.

²⁹ Vgl. Hellmann, W., Hoefert, H. (2012), S. 9.

³⁰ Vgl. Kramme, R., Kramme, H. (2011), S. 3.

³¹ Vgl. Robbers, J. (2006), S. 460.

³² Vgl. Kramme, R., Kramme, H. (2011), S. 5.

³³ Vgl. Naegler, H. (2014), S. 15.

³⁴ Vgl. Franke, D. (2007), S. 117.

³⁵ Vgl. Krankenhaus Technik + Management (2014), S. 40.

3 Führungskräfte im Krankenhaus

3.1 Unternehmens- und Personalführung

Der Terminus „Führung“ unterliegt einer Vielzahl an Bedeutungen, die sich im Kontext politischer, ökonomischer, historischer oder sozialer Hintergründe entwickelt haben. Die Definition des Begriffs lässt sich trivial auf die ursprüngliche Bedeutung zurückführen. Im originären Sprachgebrauch kommt „führen“ von „fahren“ und gilt als Kausativ hinsichtlich der Veranlassung, jemanden oder etwas in Bewegung zu bringen und einen entsprechenden Kurs vorzugeben.³⁶ Betrachtet man diese Herleitung unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten umfasst die Führung eines Unternehmens sämtliche Tätigkeiten, die das Unternehmen auf ein entsprechendes Ziel ausrichten.³⁷ Zu dieser zielorientierten Gestaltung gehört ebenso die Ausrichtung des Unternehmen als solches als auch der im Unternehmen befindlichen Mitarbeiter, die durch Regeln und Rahmenbedingungen auf das unternehmerische Ziel geprägt werden und bewusster Beeinflussung durch die Führungskraft unterliegen.³⁸

Im Folgenden wird hinsichtlich der multifunktionellen Aufgaben im Krankenhauswesen die Definition von Becker zugrunde gelegt:

„Führung – und so auch Unternehmensführung – soll im Folgenden definiert werden als Gestaltung der Strukturen, Prozesse, Entscheidungen zur Auswahl, zum Einsatz und zur Kontrolle der Ressourcen, die als Mittel zur Erreichung definierter Ziele erforderlich sind. Führung greift als Korrektur dort ein, wo operative Prozesse in Unordnung geraten sind. Führung lenkt Leistung und Verhalten einzelner (Personalführung) und gestaltet Ordnung, Prozesse und Beziehungen der Unternehmen als soziale leistungsorientierte Einheit (Unternehmensführung).“³⁹

Die dargestellten Aufgaben der Personal- und Unternehmensführung obliegen den Führungskräften. Sie repräsentieren das Unternehmen nach innen und außen, fungieren als Vorbild, Entscheidungsträger und Meinungsbildner und übernehmen Aufgaben der Per-

³⁶ Vgl. Wunderer, R., Grunwald, W. (1980), S. 54.

³⁷ Vgl. Dillerup, R., Stoi, R. (2013), S. 10.

³⁸ Vgl. Bea, F. (2011), S. 23.

³⁹ Becker, M. (2013), S. 183.

sonalentwicklung.⁴⁰ Durch Planung, Delegation, Koordination, Entscheidungsfindung und Erfolgskontrolle tragen sie die Verantwortung für das betriebliche Geschehen und die Erreichung der unternehmerischen Ziele.⁴¹ Dieses Tätigkeitsprofil belegt die hohe Bedeutung der Position für den Unternehmenserfolg.

In deutschen Krankenhäusern ist die Riege der Führungskräfte breit gesteckt. Man unterscheidet traditionell zwischen der Führung des kaufmännischen, medizinischen und pflegerischen Bereiches.⁴² Die vorzufindenden Führungsstrukturen sind in der Regel gradlinig, autonom und von Führungsindividuen dominiert.⁴³ So führt jeder Arzt mit abgeschlossener Facharztausbildung in seinem täglichen Arbeitsumfeld – in einem bestimmten Teilgebiet, der Abteilung oder im Falle des Ärztlichen Direktors abteilungsübergreifend. Im medizinischen und pflegerischen Bereich setzt sich die gradlinige Führungsstruktur innerhalb der einzelnen medizinischen Abteilungen und den angeschlossenen Stationen fort. Die Voraussetzungen, die für die Ausübung einer Führungsposition erfüllt sein müssen, gestalten sich jedoch heterogen. Während Führungskräfte des pflegerischen Segments einen Führungslehrgang oder ein Pflegemanagementstudium absolvieren müssen, unterliegen Führungskräfte des ärztlichen Dienstes sowie auch des kaufmännischen Bereiches keinen entsprechenden Prämissen.⁴⁴

3.2 Anforderungen an Führungskräfte im Krankenhaus

Die Auseinandersetzung mit der Thematik Führung ist für viele Krankenhäuser, insbesondere in öffentlicher und konfessioneller Trägerschaft, noch Neuland. Häufig wird die Führung bislang auf Tätigkeiten der Verwaltung reduziert.⁴⁵ Die Entscheidungsträger in deutschen Krankenhäusern sehen sich nun jedoch mit umfassenden Veränderungen des Marktumfeldes konfrontiert, die sich maßgeblich auf den Erfolg der Einrichtung auswirken werden. Umso wichtiger ist es, dass Führungskräfte ein Bewusstsein für diese Entwicklungen haben und sich aktiv in die Gestaltung des Unternehmens einbringen.

Führungskräfte in deutschen Krankenhäusern müssen ihre Führung an die Trends der modernen Krankenhauslandschaft anpassen.

⁴⁰ Vgl. Stock-Homburg, R. (2013), S. 206.

⁴¹ Vgl. Becker, M. (2013), S. 342.

⁴² Vgl. Rathje, E. (2003), S. 16.

⁴³ Vgl. Rathje, E. (2003), S. 30.

⁴⁴ Vgl. Naegler, H. (2014), S. 292.

⁴⁵ Vgl. Rathje, E. (2003), S. 33.

Der in den Kapiteln 2.1 und 2.2 angesprochene ökonomische Wettbewerb zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens führt dazu, dass betriebswirtschaftliche Aspekte in den Vordergrund treten. Führungskräfte müssen ihre Rolle als Manager verstehen, sie stehen vor der Herausforderung, eine qualitativ hochwertige Versorgung trotz straffer Kostenkalküle zu gewährleisten.⁴⁶ Dies führt unvermeidlich zu einem Interessenskonflikt, der nicht mit den Anforderungen an Führungskräfte aus anderen Branchen, beispielsweise der Industrie, zu vergleichen ist. Medizinisches Personal, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich, steht zuallererst im Dienst des Patienten.⁴⁷ Die Mitarbeiter in Führungspositionen nehmen am Tagesgeschäft teil und stehen für fachliche Tätigkeiten zur Verfügung. Zusätzlich nehmen sie Verwaltungsaufgaben wahr.

Die Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, die Führungskräfte, die aus fachlicher Expertise hervorgegangen sind, zu Führungskräften mit Führungskompetenzen sowie betriebswirtschaftlichem Denken und Handeln zu machen.

Diese Führungskräfte auszubilden ist Ziel der Führungskräfteentwicklung. Denn sie haben enormen Einfluss auf die ihnen unterstellten Mitarbeiter und können entscheidend auf die Mitarbeiterbindung einwirken, was hinsichtlich des in dieser Branche vorherrschenden Fachkräftemangels unerlässlich ist, um langfristig gute Versorgung der Patienten sicherzustellen und somit wirtschaftliche Stabilität zu erlangen.

Die effiziente Ausgestaltung der Führungskräfteentwicklung, und somit die Gewährleistung entsprechend qualifizierter Führungskräfte, stellt einen entscheidenden Faktor hinsichtlich der Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses dar.

⁴⁶ Vgl. Rathje, E. (2003), S. 30.

⁴⁷ Vgl. Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C., Jetzke, T. (2011), S. 9.

4 Führungskräfteentwicklung im Krankenhaus

4.1 Strategische Personalentwicklung

Themen, die die Mitarbeiter eines Unternehmens betreffen, wurden Anfang des letzten Jahrhunderts noch marginal behandelt. Lediglich Verwaltungsaufgaben wurden von einer administrativen Einheit übernommen, hauptsächlich mit dem Ziel, die Mitarbeiter von nebensächlichen Aufgaben zu entlasten und somit den Fokus auf das operative Geschäft zu richten.⁴⁸ Eine strategische Personalabteilung einzurichten, wurde lange Zeit als unnötig angesehen. Erst die technologischen und gesetzlichen Entwicklungen der folgenden Jahrzehnte, insbesondere aber die wirtschaftlichen Aufschwünge in der Nachkriegszeit des Zweiten Weltkrieges und in den 60er Jahren ließen die Mitarbeiter zu einer bedeutenden und auch wahrgenommenen Ressource der Unternehmen werden, was zu einer Erweiterung des Tätigkeitsfeldes der Personalabteilung führte.⁴⁹ Der Terminus Personalentwicklung entstand in der amerikanischen Literatur der 60er Jahre und fand in den 70er Jahren auch in der deutschen Literatur Einzug.⁵⁰ Bis heute hat sich keine einheitliche Definition dieses Begriffes durchgesetzt. In der klassischen Personalwirtschaft wird Personalentwicklung häufig sehr eng gefasst und auf die Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter bzw. auf die Schließung einer Qualifizierungslücke, die aus technologischem Fortschritt, aber auch der unternehmerischen Entwicklung resultieren kann, bezogen.⁵¹ Im Kontext der wirtschaftlichen, technologischen, politischen und gesellschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts erscheint diese Fassung jedoch sehr eingeschränkt. In der vorliegenden Arbeit findet daher eine weitere Sichtweise der Personalentwicklung Anwendung, wie sie u.a. von Berthel und Becker verstanden wird:

„Unter Personalentwicklung ist eine Summe von Tätigkeiten zu verstehen, die für das Personal nach einem einheitlichen Konzept systematisch vollzogen werden. Sie hat, in Bezug auf einzelne Mitarbeiter alle Hierarchieebenen eines Betriebs, Veränderungen ihrer Qualifikationen und/oder Leistungen durch Bildung, Karriereplanung und Arbeitsstrukturierung zum Gegenstand. Sie geschehen unter Berücksichtigung des Arbeitskon-

⁴⁸ Vgl. Steinmann, H., Schreyögg, G. (2000), S. 656.

⁴⁹ Vgl. Steinmann, H., Schreyögg, G. (2000), S. 656.

⁵⁰ Vgl. Falk, S. (2007), S. 14 f.

⁵¹ Vgl. Meifert, M. (2013), S. 4 und Bröckermann, R. (2012), S. 17.

textes, wobei ihre Orientierungsrichtung die Erreichung (Erhöhung des Erreichungsgrads) von betrieblichen und persönlichen Zielen ist.“⁵²

Wird das Handlungsfeld der Personalentwicklung aus den Unternehmensbedürfnissen und der vorhandenen Zielsetzung abgeleitet, spricht man von Strategischer Personalentwicklung.⁵³ Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung werden so angewandt, dass sie individuelle Potenziale fördern und die berufliche und persönliche Entwicklung unterstützen. Die Strategische Personalentwicklung zielt dabei auf alle Mitarbeitergruppen des Unternehmens ab, besondere Bedeutung kommt jedoch den Schlüsselpositionen⁵⁴ zu, deren Sicherstellung für die Strategische Zielsetzung des Unternehmens von besonderer Bedeutung ist.⁵⁵ Vor diesem Hintergrund kann Strategische Personalentwicklung als Managementfunktion verstanden werden, die, mit dem Ziel der Erreichung derzeitiger und zukünftiger Unternehmensziele, individuell-persönliche und unternehmerische Veränderungen sowie Potenziale erfasst, organisiert und optimiert.⁵⁶

4.2 Führungskräfteentwicklung

Führungskräfteentwicklung ist ein Teilgebiet der Personalentwicklung und beschäftigt sich mit der unternehmensinternen Personalgewinnung und -weiterentwicklung auf Führungsebene.⁵⁷ Führungskräfteentwicklung beinhaltet zum einen die individuelle Ebene der Führungskraft, deren Fähigkeiten geschult und weiterentwickelt werden sollen, zum anderen bezieht sie sich aber auch auf die soziale und organisatorische Umgebung der Führungskraft, die ein komplexes Gebilde von Beziehungen sämtlicher interner und externer Interessensgruppen bildet.⁵⁸

Die Ziele der Führungskräfteentwicklung lassen sich ebenfalls in die persönlichen Ziele der betroffenen (angehenden) Führungspersonen und die unternehmerischen Ziele aufteilen. Auf individueller Ebene intendiert die Führungskraft die Erreichung ihrer beruflichen und persönlichen Ziele nach Macht, Anerkennung und Einfluss. Sie strebt entweder nach der Verwirklichung ihres nächsten Karriereschritts oder nach der Sicherstel-

⁵² Berthel, J., Becker, F. (2013), S. 414.

⁵³ Vgl. Ham, D. (2013), S. 15.

⁵⁴ Schlüsselpositionen sind solche Positionen im Unternehmen, die einen besonderen, überdurchschnittlichen Beitrag zum Erfolg und der Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens leisten. Je nach Unternehmensstrategie können die Schlüsselpositionen variieren. Vgl. Trost, A. (2012), S. 26 f.

⁵⁵ Vgl. Wegerich, C. (2011), S. 25 f.

⁵⁶ Vgl. Falk, S. (2007), S. 16.

⁵⁷ Vgl. Jung, R., Klein, M. (1993), S. 77.

⁵⁸ Vgl. Day, D. (2000), S. 583.

lung ihrer derzeitigen Position im Unternehmen. Des Weiteren ermöglicht die Teilnahme an Führungskräfteentwicklungsmodellen die Verbesserung persönlicher Kompetenzen, was zu einer Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, verbunden mit der Identifikation mit dem gewünschten Führungsverhalten und der Möglichkeit zur Selbstverwirklichung einhergeht. Darüber hinaus erwarten die Teilnehmer von Führungskräfteentwicklungsprogrammen die Steigerung von Einkommen und Attraktivität ihrer Tätigkeit. Unternehmen verfolgen mit der Führungskräfteentwicklung das Ziel, die Lücke zwischen Soll- und Ist-Personalbestand auf Führungsebene sowohl kurz- und mittelfristig als auch nachhaltig zu sichern. Dies ist sowohl quantitativ als auch qualitativ zu verstehen. Neben der Besetzung der Führungsposition nach ihrem Soll-Bestand sind die Übereinstimmung von Kompetenzen und Anforderungen an die Stelleninhaber sowie die Steigerung deren Leistungsverhaltens von hoher Bedeutung. Hier spielen über die fachlichen Kompetenzen hinaus soziale und persönliche Kompetenzen eine Rolle, insbesondere Kommunikationsfähigkeit und Kooperations- sowie Konfliktfähigkeit. Zudem liegt es im Sinne der Unternehmen, durch Führungskräfteentwicklung motivierte und loyale Mitarbeiter auf der Führungsebene zu binden und Fehlbesetzungen zu vermeiden.⁵⁹ Für die Verantwortlichen der Führungskräfteentwicklung lassen sich drei übergeordnete Kernaufgaben festlegen: Die Identifizierung von vorhandenem Potenzial innerhalb des Unternehmens, die Heranführung von Nachwuchskräften an die Aufgaben, den Verantwortungsumfang und die Herausforderungen einer Führungstätigkeit, die Unterstützung der Fortentwicklung gegenwärtiger Führungskräfte und ihrer Kompetenzen.⁶⁰

4.2.1 Potenzialanalyse

Für die Zielsetzung der Führungskräfteentwicklung ist es von essentieller Bedeutung das im Unternehmen vorhandene Potenzial zu identifizieren. Häufig werden Beurteilungsverfahren, die eine rückblickende Perspektive aufweisen, genutzt, um die Leistung von Mitarbeitern zu eruieren.⁶¹ Die Potenzialanalyse⁶² hingegen richtet sich an zukünftige Entwicklungen. Sie ermöglicht den Entscheidungsträgern im Unternehmen an Grundinformationen zu gelangen, die für die weitere Ausrichtung der Führungskräfte-

⁵⁹ Vgl. Becker, M. (2013), S. 342.

⁶⁰ Vgl. Paschen, M. (2013), S. 296.

⁶¹ Jentjens, S. (1997), S. 130.

⁶² In der Literatur wird auch von Potenzialbeurteilung gesprochen. Vgl. Olfert, K. (2012), S. 457. Außerdem kann synonym der Begriff Qualifikationsprognose verwendet werden. Vgl. Berthel, J., Becker, F. (2013), S. 261.

entwicklung entscheidend sind. Das Potenzial, sich zu einer oder als Führungskraft zu entwickeln, kann in unterschiedlichen Hierarchieebenen des Unternehmens vorhanden sein. Förderbedarf kann sowohl in der ersten Führungsebene als auch in Positionen vorgefunden werden, die noch keine Führungskompetenz haben.⁶³ Ziel der Potenzialanalyse aus Sicht des Unternehmens stellt also die Identifikation von existierenden, aber entweder noch nicht erkannten, noch nicht entwickelten oder nicht genutzten Fähigkeiten der Mitarbeiter dar, die durch gezielte Förderung entfaltet werden können.⁶⁴ Sie versucht somit, Potenziale der Mitarbeiter aufzudecken, die für zukünftige andere oder hierarchisch höher gestellte Herausforderungen von Bedeutung sein können.⁶⁵ Für die Mitarbeiter ermöglicht die Anwendung der Potenzialanalyse ebenso die Chance, ihre Karrieren voranzubringen und sich in Richtungen zu entwickeln, die ihren Stärken entsprechen.

Häufig implementiert ist die Leistungsbeurteilung seitens der Vorgesetzten, die als direkte Feedbackgeber die Leistung ihrer Mitarbeiter hinsichtlich der gegenwärtig zu erfüllenden Aufgabe bewerten. Diese Art der Beurteilung absolvieren in vielen Unternehmen alle Mitarbeiter routinemäßig. Der Austausch über zukünftige Möglichkeiten seitens des Unternehmens bzw. Bedürfnisse, Wünsche oder Forderungen seitens der Mitarbeiter spielt dann eine Rolle, wenn es um die Potenzialanalyse geht. Hier wird der Vorgesetzte versuchen, ein gedankliches Szenario herzustellen, in dem beide Parteien über die tiefergehenden Anforderungen und Möglichkeiten hinsichtlich einer verantwortungsvolleren Funktion sprechen und mögliche Qualifikationslücken aufdecken.⁶⁶ Die Einschätzung des Potenzials der Mitarbeiter sowie der Abgleich mit zukünftigen Anforderungen innerhalb des Unternehmens sollen hierbei bewusst von beiden Seiten ausgehen.⁶⁷ Die Potenzialanalyse kann sowohl Teil eines Mitarbeitergesprächs sein als auch separat besprochen werden. Jedoch ist es wichtig, einen regelmäßigen Rhythmus einzuhalten, da Karriereplanungen zwar langfristig erfolgen sollen, sich jedoch durch persönliche aber auch unternehmerische Entscheidungen verändern können. In größeren Unternehmen gibt es zur Sicherstellung der Kontinuität ein sogenanntes Personalentwicklungsreview. Hier treffen sich die zuständigen Führungskräfte zur Diskussion über Po-

⁶³ Vgl. Paschen, M. (2013), S. 296.

⁶⁴ Vgl. Olfert, K. (2012), S. 457.

⁶⁵ Vgl. Becker, M. (2013), S. 368.

⁶⁶ Vgl. Paschen, M. (2013), S. 298 ff.

⁶⁷ Vgl. Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 61.

tenzial und Fähigkeiten der Mitarbeiter in ihrem Verantwortungsbereich.⁶⁸ Handelt es sich um die Potenzialanalyse eines bereits in einer Führungsposition tätigen Mitarbeiters kommt ebenso der Einschätzung der direkt unterstellten Mitarbeiter hohe Bedeutung zu. In diesem Fall erfolgt die Beurteilung abweichend von der üblichen top-down-Variante umgekehrt von unten nach oben (bottom-up). Diese Form der Aufwärtsbeurteilung wird in der Literatur auch Führungs- bzw. Managementfeedback, Führungsbarometer oder Führungsstilanalyse genannt.⁶⁹

Erfolgt eine Mehrfachbeurteilung seitens verschiedener Beurteilungsgruppen wird von 360°-Feedback bzw. 360°-Beurteilung gesprochen. In diese Beurteilungsvariante wird das Feedback übergeordneter, untergeordneter und gleichrangiger Mitarbeiter innerhalb des Unternehmens sowie externer Schnittstellen bzw. Kunden kumuliert und gemeinsam mit der Selbstbeurteilung der betreffenden Person aufgenommen und analysiert. Die folgende Abbildung stellt die einbezogenen Personengruppen dar:



In Anlehnung an: Nicolai, C. (2014), S. 315.

Abbildung 4 - 360°-Feedback

⁶⁸ Vgl. Olfert, K. (2012), S. 457.

⁶⁹ Vgl. Felfe, J. (2012), S. 107.

Diese Methode der Feedbackeinholung wird überwiegend in den USA praktiziert und erfährt in Deutschland bislang noch wenig Beachtung. Dennoch bietet sie einige Vorteile gegenüber der Einzelbeurteilung. Aufgrund der Pluralität der gewonnenen Eindrücke können Ergebnisse generiert werden, die objektiv und reliabel sind.⁷⁰ In der Regel werden die Befragungen anonym, häufig auch schon über Online-Lösungen, vorgenommen, was zusätzlich ein ehrliches Antwortverhalten fördert.⁷¹ Anschließend kann die betreffende Person das erhaltene Feedback mit der eigenen Wahrnehmung verifizieren und hat so viel Spielraum zur kritischen Reflexion.

Die vorgenannten Beurteilungsverfahren stützen sich signifikant auf Erfahrungen aus der Vergangenheit. Bei der Potenzialanalyse sind es jedoch, wie eingangs erwähnt, die Fähigkeiten, die bislang noch nicht in Erscheinung getreten oder für die Ausübung einer Position noch nicht notwendig gewesen sind, die im Fokus des Interesses stehen.⁷² Genau diese Fähigkeiten zu hinterfragen und ggf. zum Vorschein zu bringen, ist Ziel von Assessment-Centern⁷³. Dieses verhaltensorientierte Beurteilungsverfahren⁷⁴ wird in der Literatur unterschiedlich belegt. Die Definition nach Scherm und Süß findet viele Übereinstimmungen mit gängigen Auffassungen:

„Das Assessment-Center stellt ein komplexes, standardisiertes, meist mehrtägiges Verfahren dar, bei dem mehrere Auswahlverfahren kombiniert zum Einsatz kommen, um die Eignung von Bewerbern zu beurteilen.“⁷⁵

Die Auffassung über die Anzahl an Teilnehmern variiert zwischen sechs und zwölf Kandidaten⁷⁶, die Dauer zwischen einem und drei Tagen⁷⁷. Der Ansatz von Assessment-Centern besteht in der Kombination verschiedener Beurteilungsmöglichkeiten durch den Einsatz unterschiedlicher Testverfahren wie zum Beispiel Fallstudien, Planspiele, Arbeitsproben, Gruppendiskussionen, Fragebögen und Gesprächsführung. Bei der Durchführung dieser Aufgaben stehen die Teilnehmer unter Beobachtung durch Personalverantwortliche bzw. externe Experten.⁷⁸ Assessment-Center, die speziell auf die

⁷⁰ Vgl. Olfert, K. (2012), S. 300.

⁷¹ Vgl. Prochaska, M. (2006), S. 315.

⁷² Vgl. Paschen, M. (2013), S. 300.

⁷³ Im Kontext von Potenzialanalysen wird in der Literatur auch von Development-Centern, Orientierungs- und Feedback-Centern, Mitarbeiterentwicklungs-Seminaren oder Erfahrungsseminaren gesprochen. Vgl. Paschen, M. (2013), S. 300; Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 70; Jung, H. (2011), S. 764.

⁷⁴ Scherm, E., Süß, S. (2010), S. 88.

⁷⁵ Scherm, E., Süß, S. (2010), S. 57.

⁷⁶ Vgl. Jung, H. (2011), S. 764.

⁷⁷ Vgl. Bröckermann, R. (2012), S. 336.

⁷⁸ Vgl. Jochmann, W. (2006), S. 88, Jung, H. (2011), S. 764.

Potenzialidentifikation ausgerichtet sind, ermöglichen über die Ermittlung von Optimierungsbedarf und -potenzial der Mitarbeiter hinaus, die zielorientierte, auf Schlüsselpositionen ausgelegte Ausrichtung von Personalentwicklung und damit verbunden die Förderung einer positiven Unternehmenskultur hinsichtlich Kommunikation, Transparenz, Eigeninitiative, Engagement und Weiterentwicklung.⁷⁹ In diesem Sinne können Assessment-Center sowohl für die Identifikation von potenziellen Nachwuchskräften und deren Entwicklungsbedarf als auch zur Aufdeckung von Qualifizierungspotenzial bereits amtierender Führungskräfte genutzt werden.

4.2.2 Instrumente der Führungskräfteentwicklung

Die unter dem Begriff der Führungskräfteentwicklung zusammengefassten Instrumente sollten in das Konzept einer langfristigen Karriereplanung⁸⁰ eingebettet werden, denn um zielorientierte Entwicklungsarbeit zu leisten, ist es wichtig, dass die Personalverantwortlichen die betroffenen Mitarbeiter einschätzen können und in diesem Sinne ein entsprechendes Wissen vorhalten. Die Karriereplanung ermöglicht über die Erkennung von Potenzialen hinaus, die Aufdeckung persönlicher Neigungen und Erwartungen der Mitarbeiter, Einblicke in das individuelle Umfeld sowie die Lebensgestaltung und -planung.⁸¹ Häufig kann dies zur Potenzialanalyse beitragen und einen schnellen Abgleich individueller Erwartungen mit den im Unternehmen realisierbaren Möglichkeiten bieten.⁸² Da sich individuelle Einstellungen, Beweggründe und Motivation der Mitarbeiter, aber auch die Situation des Unternehmens, im Zeitverlauf ändern können, sollte bei aller Langfristigkeit in der Planung immer wieder Raum für Anpassungsbedarf geboten werden.⁸³ Um die Karriereplanung in strukturierter Form an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen, bieten regelmäßige Mitarbeitergespräche⁸⁴ ein wichtiges Werkzeug der strategischen Personalentwicklung.

⁷⁹ Vgl. Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 70.

⁸⁰ In der Literatur wird synonym der Begriff Laufbahnplanung verwendet. Vgl. Stock-Homburg, R. (2013), S. 271.

⁸¹ Vgl. Thommen, J. (2011), S. 102.

⁸² Vgl. Weiland, A. (2011), S. 179.

⁸³ Vgl. Oechsler, W. (2011), S. 513.

⁸⁴ Mitarbeitergespräche definieren sich über den vertraulichen Austausch zwischen Mitarbeiter und der ihm vorgesetzten Person. Vgl. Jung (2011), S. 478.

Als wichtiger Bestandteil der Führungskräfteentwicklung ist das Mentoring⁸⁵ zu nennen. Mentoring ist vielseitig einsetzbar. Grundsätzlich ist damit der Austausch zwischen einer erfahrenen Person und einer nicht im selben Umfang erfahrenen Person mit gezielter Förderung der unerfahreneren Person gemeint. Dies kann in der Wirtschaft praktiziert werden, jedoch ebenso in Politik, Wissenschaft oder in anderer Umgebung.⁸⁶ Im Fall der gezielten Führungskräfteentwicklung meint Mentoring einen komplexen Vorgang, in dem die Nachwuchskraft, in der Regel als Mentee bezeichnet, durch einen langjährig erfahrenen Mitarbeiter, dem Mentoren, begleitet wird.⁸⁷ Die Dauer des Bestehens dieser Beziehung ist in der Literatur nicht einheitlich geregelt, grundsätzlich kann sie langfristig ausgerichtet sein, variiert aber im Zeitverlauf hinsichtlich ihrer Intensität. Der Schlüssel zum Erfolg des Mentoringprozesses liegt im Aufbau der Beziehung zwischen Mentor und Mentee. Diese muss von gegenseitigem Respekt, Wertschätzung und Vertrauen geprägt sein.⁸⁸ Als Respektperson, Vorbild und langfristig auch Freund steht der Mentor für alle Fragen des Mentees zur Verfügung und unterstützt den Mentee bei der kritischen Reflexion seiner Tätigkeit sowie seiner Person in absoluter Vertraulichkeit.⁸⁹ Das übergeordnete Ziel des Mentoring ist die Entwicklung von Persönlichkeit und Fachlichkeit der Nachwuchskraft unter Berücksichtigung der zukünftigen Funktion und den damit verbundenen Aufgaben.⁹⁰ In diesem Kontext lassen sich jedoch diverse Ziele sowohl auf Seite des Mentees als auch auf Seite des Mentors ableiten, deren Erzielung das Mentoring zu einer Win-Win-Situation werden lässt. Neben der Vermittlung von Schlüsselkompetenzen und Know-how ist es die Strategie des Mentorings, dass der Mentee von der Lebenserfahrung des Mentors lernen und von den Kontakten in sozialen Netzwerken profitieren kann.⁹¹ Der Mentor hilft dem Mentee bei der sozialen Integration in seinem Arbeitsumfeld. Das Verständnis für informelle Strukturen und die individuellen Eigenheiten der unterstellten Mitarbeiter sowie gute Beziehungen zu anderen Führungskräften sind von großem Nutzen für die angehende Führungskraft. Ebenso profitiert der Mentor von den entstehenden Netzwerken, knüpft

⁸⁵ Das Fundament heutiger Mentoringbeziehungen lässt sich auf die griechische Mythologie zurückführen. Odysseus ließ dem Epos nach seinen Sohn Telemach in Ithaka zurück, um in den Krieg zu ziehen und vertraute Mentor die Fürsorge und Erziehung des Jungen an. Diese von Vertrauen und Vielseitigkeit geprägte Beziehung wird gerne als Ursprung des Mentorings betrachtet, das in deutschen Unternehmen seit den 1970er Jahren praktiziert wird. Vgl. Gurtner, H., Habermayr, J., Schmid, B. (2008), S. 163.

⁸⁶ Vgl. Gurtner, H., Habermayr, J., Schmid, B. (2008), S. 163.

⁸⁷ Vgl. Nicolai, C. (2014), S. 367.

⁸⁸ Vgl. Gurtner, H., Habermayr, J., Schmid, B. (2008), S. 162; Nicolai, C. (2014), S. 367.

⁸⁹ Vgl. Nicolai, C. (2014), S. 367; Müller-Vorbrüggen, M. (2013), S. 117.

⁹⁰ Vgl. Gurtner, H., Habermayr, J., Schmid, B. (2008), S. 162.

⁹¹ Vgl. Gurtner, H., Habermayr, J., Schmid, B. (2008), S. 162.

Kontakte zur jüngeren Generation und erlangt Anerkennung innerhalb der Belegschaft.⁹² Über dies vermittelt der Mentor dem Mentee Werte, Normen, Umgangsformen und Strukturen der Unternehmenskultur und ermöglicht ihm die Integration in seine neuen Aufgaben mit möglichst geringen Widerständen.⁹³ Langfristig steht der Mentor der Nachwuchskraft bei der Ausgestaltung seiner individuellen Karriereschritte mit Rat und Tat zur Seite, was ihn nach erfolgreicher Entwicklung zur Führungskraft zu einem geschätzten Berater und dauerhaften Freund werden lässt.

Im Gegensatz zum Mentoring findet das Coaching seinen Schwerpunkt im fachlichen Kontext. Konkret wird unter Coaching ein strategisch ausgearbeitetes Konzept zur Beratung und Begleitung einer (angehenden) Führungskraft (auch Coachee genannt) durch einen Coach, mit dem Ziel, Schwierigkeiten oder Barrieren bei der Bewältigung alltäglicher oder neuer beruflicher Anforderungen zu überwinden, verstanden.⁹⁴ Gemeinsam erarbeiten Coach und Coachee Lösungsansätze, wobei der Coach dem Coachee dabei hilft, Probleme selbständig zu lösen und seine Arbeitsweise zu optimieren.⁹⁵ Ziel des Coaches ist es, den Coachee zu befähigen, eigenverantwortlich mit kritischen Situationen umzugehen und sich unterschiedlichen Problemen souverän stellen zu können.⁹⁶ Während der Fokus des Coachings auf fachlichen Anforderungen liegt, ist es nicht unüblich, dass ein Coach universell arbeitet und ebenso Handlungshinweise zu Verhaltensweisen und formeller Etikette bietet. In der Literatur werden zwei Arten von Coaching nach ihrer organisatorischen Herkunft unterschieden: Das interne und das externe Coaching.⁹⁷ Bei internem Coaching wird das Coaching von einem unternehmensinternen Organisationsmitglied durchgeführt.⁹⁸ Übernimmt dies ein Mitarbeiter aus dem Team der Personalentwicklung wird von Stabscoaching gesprochen, führt ein Vorgesetzter das Coaching durch von Liniencoaching.⁹⁹ Externes Coaching liegt dann vor, wenn der Coach nicht aus der Unternehmensorganisation stammt, in der Regel werden hierfür auf Coaching spezialisierte Unternehmensberatungen oder selbständige Coaches konsultiert.¹⁰⁰ Die Wahl einer der Varianten hängt vom Ziel der Maßnahme und der Struktur des Unternehmens ab. Bei internem Coaching hat der Coach den Vorteil, das

⁹² Vgl. Reck Roulet, M. (2004), S. 147.

⁹³ Vgl. Becker, M. (2013), S. 668.

⁹⁴ Vgl. Berthel, J., Becker, F. (2013), S. 502; Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 95.

⁹⁵ Vgl. Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 95.

⁹⁶ Vgl. Berthel, J., Becker, F. (2013), S. 502.

⁹⁷ Vgl. Thommen, J. (2011), S. 144.

⁹⁸ Vgl. Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 95.

⁹⁹ Vgl. Thommen, J. (2011), S. 144.

¹⁰⁰ Vgl. Thommen, J. (2011), S. 144.

Unternehmen und seine Prozesse bereits zu kennen, was eine schnelle Umsetzung und wenig Einarbeitung bedeutet. Jedoch gilt ein externer Coach als neutral und bringt die erforderliche Distanz mit, Prozesse und Strukturen kritisch zu reflektieren. Insbesondere hinsichtlich der notwendigen Vertrauensbasis ist ein externer Coach häufig bevorteilt, weil in ihm nicht die Gefahr begründet ist, vertrauliche oder gar persönliche Themen könnten im Unternehmen bekannt werden.¹⁰¹

Während Coachings in der Regel darauf abzielen, die Teilnehmer zu befähigen, konkrete Probleme und Herausforderungen des beruflichen Alltags zu bewältigen, sind Führungskräftetrainings entwicklungsorientiert ausgerichtet. Es bedarf keiner konkreten Problemstellung, vielmehr werden Themen aufgegriffen, die sich aus der Strategie sowie der Kultur des Unternehmens ergeben und die Trainingsteilnehmer auf ihre zukünftige Tätigkeit vorbereiten. Unter dem Begriff Training werden diverse Techniken, Verfahren und Mittel verstanden, die der Aus- und Weiterbildung dienen.¹⁰² Thematisiert werden in der Regel die Disziplinen Kommunikation, Teamfähigkeit und -anleitung, Konfliktmanagement, Veränderungsmanagement und Mitarbeiterführung, die Ergänzung um weitere Kompetenzen ist möglich und sollte individuell genutzt werden.¹⁰³ Häufig werden diese Trainings off-the-job, also außerhalb von Arbeitszeit und -ort, durchgeführt. Aber auch Trainings on-the-job, direkt am Arbeitsplatz, finden Anwendung. In der Theorie werden darüber hinaus weitere Formen, zum Beispiel Trainings near-the-job, beschrieben, die jedoch nicht in ähnlicher Regelmäßigkeit praktisch umgesetzt werden.¹⁰⁴

4.2.3 Controlling der Führungskräfteentwicklung

In Anwendungsgebieten der Personalentwicklung stellt das Controlling eine besondere Herausforderung dar – dies gilt auch für das Controlling von Führungskräfteentwicklungsprogrammen.¹⁰⁵ In der Literatur ist das Controlling der Bereich, der am wenigsten erforscht ist. Dabei bietet es einen wertvollen Mehrwert, um den Erfolg von Entwicklungsmaßnahmen nachzuweisen und somit eine Legitimation für die anfallenden Kosten zu schaffen, da sie häufig in Konkurrenz zu anderen Geschäftseinheiten treten müssen,

¹⁰¹ Vgl. Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 95-96.

¹⁰² Vgl. Becker, M. (2013), S. 391.

¹⁰³ Vgl. Wollsching-Strobel, P. (2015), S. 82.

¹⁰⁴ Vgl. Nicolai, C. (2014), S. 374-375.

¹⁰⁵ Vgl. Nicolai, C. (2014), S. 386.

deren Erfolg sich deutlicher messen lässt. Die Verdeutlichung der Zielerreichung wirkt sich darüber hinaus motivierend auf die Teilnehmer solcher Programme aus.¹⁰⁶

Die Ziele des Controllings lassen sich in einen Optimierungskreislauf aus der Offenbarung bestehender Defizite im Führungskräfteentwicklungsprogramm, der Überprüfung der Zielorientierung angewandter Maßnahmen sowie der Überarbeitung für künftige Entwicklungsmaßnahmen einordnen.¹⁰⁷ Konkret wird durch den Vergleich von tatsächlichem und gewünschtem Szenario festgestellt, wie hoch der Grad der Zielerreichung ist, inwiefern das in der Führungskräfteentwicklungsmaßnahme angeeignete Wissen auf das konkrete Handlungsfeld der Führungskraft transferiert werden kann, ob es Vorgänge im Entwicklungsprozess gibt, die modifiziert werden müssen oder Fehler auftreten, die für die Zukunft behoben werden müssen.¹⁰⁸ Die Durchführung des Controllings ist an einige Prämissen gebunden. Ohne die exakte Definition des aktuellen sowie des gewünschten Szenarios ist die Ermittlung der Abweichung von Soll und Ist nicht möglich.¹⁰⁹ Das heißt jedoch nicht, dass alle Ergebnisse numerisch darstellbar sein müssen, was in der Personalentwicklung kaum abbildbar ist. Controlling kann durchaus auch durch die Aufnahme qualitativer Gesichtspunkte und die Einschätzung durch professionelles Personal erfolgen.¹¹⁰

Auf dem Gebiet der Personalentwicklung werden drei Arten von Controlling unterschieden:¹¹¹ Zunächst erfolgt eine triviale Kostenkontrolle, die eine Übersicht über die, im Kontext des Entwicklungsprogramms angefallenen, Kosten gibt. Diese lassen sich in Kosten interner Bildungsmaßnahmen (beispielsweise Gehalt und Weiterbildungskosten für Referenten innerhalb des Unternehmens, Honorare und Spesen externer Trainer, Opportunitätskosten der Arbeitszeit von Schulungsteilnehmern und Verwaltungsmitarbeitern) und Kosten externer Bildungsmaßnahmen (beispielsweise Gebühren für externe Trainings, Workshops etc., Spesen und Aufenthaltskosten der Teilnehmer) unterscheiden. Dem schließt sich die Rentabilitätskontrolle an, die die Überprüfung der Entwicklungsmaßnahmen auf ihre Wirtschaftlichkeit hin beinhaltet und somit Kosten und Nutzen unter Investitionsaspekten kontrolliert. Essenzieller Bestandteil des Controllings ist

¹⁰⁶ Vgl. Mentzel, W. (2012), S. 259.

¹⁰⁷ Vgl. Scherm, E., Süß, S. (2010), S. 105.

¹⁰⁸ Vgl. Nicolai, C. (2014), S. 386-387.

¹⁰⁹ Vgl. Scherm, E., Süß, S. (2010), S. 105-106.

¹¹⁰ Vgl. Harramach, N. (1995), S. 64.

¹¹¹ Vgl. Mentzel, W. (2012), S. 259-67; Nicolai, C. (2014), S. 387-390.

die Erfolgskontrolle. Hier werden Qualifizierungs- und Lernerfolge nachgehalten. Sie erfasst sowohl die erreichten Ziele als auch den Umsetzungsgrad.

Abschließend ist festzustellen, dass Controlling einen strukturierten und konsistenten Prozess im Verlauf des Führungskräfteentwicklungsprogramms bieten muss. Würde das Controlling erst nach abgeschlossener Entwicklungsmaßnahme erfolgen, könnte dies darin resultieren, dass Maßnahmen, die das Ziel verfehlen, zu spät erkannt werden und nicht mehr rechtzeitig korrigiert werden können.¹¹² Im Sinne eines stetigen Optimierungsprozesses und höchstmöglicher Zielerreichung ist daher ein konsequentes Controlling von der Zieldefinition bis hin zu Erfolgskontrolle durchzuführen.¹¹³

¹¹² Vgl. Berthel, J., Becker, F. (2013), S. 526.

¹¹³ Vgl. Nicolai, C. (2014), S. 387.

5 Empirische Untersuchung

5.1 Qualitative Sozialforschung

Die qualitative Sozialforschung entstand in den 70er-Jahren als neue Form der empirischen Sozialforschung und bot eine Alternative zu den bis dahin konventionellen quantitativen Verfahren.¹¹⁴ Mayring befand die Einführung und Verbreitung der qualitativen Variante als „... eine tiefgreifende Veränderung der Sozialwissenschaften in diesem Jahrhundert...“¹¹⁵. Doch was genau macht die qualitative Sozialforschung aus?

Der Begriff als solcher ist viel zu umfangreich belegt, um dem gesamten Feld der qualitativen Sozialforschung mit einer Definition gerecht zu werden. Jedoch lassen sich Gemeinsamkeiten in den Ansatzpunkten der unterschiedlichen qualitativen Erhebungs- und Auswertungsvarianten feststellen.¹¹⁶ Ausgangspunkt der qualitativen Sozialforschung ist der Mensch. In dieser Tatsache unterscheidet sie sich zunächst nicht von der quantitativen Sozialforschung. Diese jedoch betrachtet den Menschen als Untersuchungsobjekt im Kontext gewisser Regelmäßigkeiten während die qualitative Sozialforschung den Menschen darüber hinaus als wahrnehmendes Subjekt versteht und somit Raum für subjektive Interpretation und darauf aufbauende Generierung von Hypothesen bietet.¹¹⁷

Mayring formulierte fünf Maximen, die seines Ermessens alle qualitativen Verfahren einschließen und eine gemeinsame Basis qualitativer Sozialforschung bilden:¹¹⁸ Sein erstes Postulat basiert auf der zentralen Bedeutung des Menschen und der bereits angesprochenen Subjektbezogenheit von Beginn der Forschung bis hin zu ihrem Ergebnis. Dies setzt eine umfassende Betrachtung der Ausgangssituation voraus, was eine fundamentale Einarbeitung über alle verfügbaren Quellen beinhaltet, sowie die Interpretation des Forschungsgegenstands, die für unterschiedliche Betrachter immer alternative Sichtweisen offen lässt. Mayring fordert also, den Schwerpunkt der Forschung auf die Beschreibung und Auslegung menschlichen Agierens zu legen, und dies innerhalb des natürlichen Wirkungsbereiches, da jeder Mensch unter bewusster Beobachtung oder innerhalb eines Untersuchungsszenarios anders reagiert als in seinem persönlichen Um-

¹¹⁴ Vgl. Lamnek, S. (2010), S. 1.

¹¹⁵ Mayring, P. (2002), S. 9.

¹¹⁶ Vgl. Lamnek, S. (2010), S. 30; Rosenthal, G. (2008), S. 13-14.

¹¹⁷ Vgl. Lamnek, S. (2010), S. 30.

¹¹⁸ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 19-24.

feld. Ziel der qualitativen Sozialforschung nach Mayring ist die Schlussfolgerung von gewonnenen Ergebnissen auf allgemeingültige Aussagen, was einer kontextgebundenen und inkrementellen Begründung bedarf.

5.2 Problemzentriertes Interview

Der Begriff des Problemzentrierten Interviews wurde 1982 von Andreas Witzel in dem Bestreben geprägt, eine Gesprächsform auszuarbeiten, die den Fokus auf eine bestehende Problematik lenkt, um diese systematisch zu erforschen.¹¹⁹ Sämtliche Varianten der offenen und halb-strukturierten Befragung, die inzwischen überwiegend zur Datenerhebung in den Sozialwissenschaften genutzt wird,¹²⁰ sollen unter diesem Terminus vereint werden, mit dem Ziel, das Gespräch so zu gestalten, dass Blickwinkel und Ansicht der befragten Person möglichst aufschlussreich dargelegt und erfasst werden können. Es ist ein Handwerk, um Handlungen und Erfahrungen sowie deren Rechtfertigung und Bewertung zu untersuchen.¹²¹ Drei Schlüsselbegriffe charakterisieren das Problemzentrierte Interview: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung.

Problemzentrierung bedeutet nicht zwangsläufig auch, dass die behandelten Themen problematisch sind, was die Bedeutung dieses Merkmals verfehlen würde. Vielmehr bezieht sich die Problemzentrierung auf eine konkrete Forschungsfrage im Kontext eines gesellschaftlich relevanten Sachverhaltes.¹²² Dieser wurde bereits im Vorfeld des Gespräches von dem Interviewführenden erarbeitet und Kernaspekte in einen Leitfaden aufgenommen, um die Ausführungen des Interviewten nachvollziehen zu können sowie inhaltvolle Fragen zu stellen und so ein vollständiges und aussagekräftiges Ergebnis zu generieren.¹²³ Gegenstandsorientierung bezeichnet die Tatsache, dass weniger die Methode als solche im Vordergrund steht, als der zu untersuchende Gegenstand. Sowohl die Methode selbst kann variiert werden, als auch die genutzten Gesprächstechniken. Je nachdem wie ausgeprägt Antwortverhalten und Erzählstil des Interviewten sind, kann eine eher narrative bzw. eine eher angeleitete Gesprächsführung gewählt werden.¹²⁴ Im Rahmen der Prozessorientierung wird eine flexible Untersuchung des wissenschaftlichen Gegenstands vorgenommen, die eine sukzessive Gewinnung von Informationen

¹¹⁹ Vgl. Witzel, A. (1982), S. 67.

¹²⁰ Vgl. Spöhring, W. (1995), S. 147.

¹²¹ Vgl. Witzel, A., Reiter, H. (2012), S. 8-9.

¹²² Vgl. Witzel, A., Reiter, H. (2012), S. 4.

¹²³ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 67; Witzel, A. (2000), S. 2.

¹²⁴ Vgl. Witzel, A. (2000), S. 2.

und Erkenntnissen ermöglicht. Die Anpassung der Gesprächsführung an die individuellen Aussagen des Interviewten, generiert eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der sich der Interviewte öffnen kann und somit mehr über sich und seine Ansichten preisgibt. Durch eine von übereinstimmenden Hintergrundinformationen geprägte Interaktion wird das Erinnerungsvermögen gestärkt und der Befragte entwickelt im Laufe des Gesprächs weiterführende Aspekte, die wiederum kritisch reflektiert und weiterverfolgt werden.¹²⁵

5.3 Narratives Interview

Insbesondere in den letzten zehn Jahren hat das von dem Bielefelder Soziologen Fritz Schütze entwickelte Narrative Interview an Bedeutung im westdeutschen Raum gewonnen.¹²⁶ Das Narrative¹²⁷ Interview ist eine nicht-standardisierte Methode, die den Interviewten zu einer freien Erzählung bewegen soll statt ihn mit Fragen anzuleiten.¹²⁸ In alltäglichen Kommunikationssituationen werden solche Stegreiferzählungen genutzt, um Personen ohne Vorkenntnisse bzw. ohne gemeinsamen Hintergrund über bestimmte Themen zu informieren und somit zu ermöglichen, dass diese getroffene Entscheidungen oder entstandene Zusammenhänge verstehen können.¹²⁹ Von dieser natürlichen Vorgehensweise profitiert die Sozialforschung bei den Narrativen Interviews. Dem Interviewten wird eine zentrale Themenstellung vorgegeben, innerhalb deren Grenzen er frei über persönlich erlebte Erfahrungen berichtet.¹³⁰ Hierbei wird die natürliche Situation durch eine Ungleichverteilung der Redeanteile künstlich beeinflusst, denn der Interviewende beschränkt sich darauf, aufmerksam zuzuhören und verzichtet auf Interventionen, die er in alltäglichen Gesprächen tätigen würde.¹³¹ Von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext die Erzeugung einer subjektiven Wirklichkeit, was Schütze selbst wie folgt dokumentiert:

„Das autobiographische narrative Interview erzeugt Datentexte, welche die Ereignisverstrickungen und die lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung des Biographieträgers so lückenlos reproduzieren, wie das im Rahmen systemati-

¹²⁵ Vgl. Witzel, A. (2000), S. 2.

¹²⁶ Vgl. Spöhring, W. (1995), S. 166.

¹²⁷ Synonym: erzählend.

¹²⁸ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 72.

¹²⁹ Vgl. Küsters, I. (2009), S. 22.

¹³⁰ Vgl. Spöhring, W. (1995), S. 167.

¹³¹ Vgl. Küsters, I. (2009), S. 22.

scher sozialwissenschaftlicher Forschung überhaupt nur möglich ist. Nicht nur der „äußerliche“ Ereignisablauf, sondern auch die „inneren Reaktionen“, die Erfahrungen des Biographieträgers... gelangen zur eingehenden Darstellung.“¹³²

Um dem Erzählcharakter eines Narrativen Interviews gerecht zu werden, bedarf es zunächst der Festlegung des Themas, über das der Interviewte erzählen soll. Darüber hinaus sollte sichergestellt sein, dass der gewonnene Interviewpartner in der Lage ist, eine Erzählung vorzutragen. Das Interview selbst wird dann in drei Schritten durchgeführt. Zunächst wird der Interviewte durch den Interviewer in das zu behandelnde Thema eingeführt und bekommt dann eine Eröffnungsfrage gestellt, die ihn zur Erzählung auffordert, welche im zweiten Teil des Narrativen Interviews erfolgt. Der Interviewer hat in dieser Phase lediglich die Aufgabe, seinen Gesprächspartner auf dem intendierten Kurs zu halten und durch Zustimmung bzw. kleine Aufmunterungen Vertrauen aufzubauen. Wenn der Interviewte seine Erzählung beendet hat, erfolgt der dritte Teil. Hier stellt der Interviewführende Fragen, die Hintergründe beleuchten, unklare oder fehlende Aspekte aufgreifen und somit das Ziel des Interviews, nämlich die Erlangung eines umfänglichen Überblicks über die subjektive Bedeutungsstruktur des Interviewten, zu erreichen.¹³³

5.4 Begründung der Methodenwahl

Für die vorliegende Arbeit wird die qualitative Sozialforschung herangezogen, da sie eine realitätsnahe Untersuchung aus der Perspektive der Gesprächspartner ermöglicht. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung erlaubt sie die Einbeziehung von Ansichten, Vorstellungen, Motivation und Zielen der betroffenen Personen und schafft somit Verständnis für getroffene Entscheidungen, Zusammenhänge sowie entstandene Resultate. Somit löst sich die qualitative Forschungsperspektive von der externen Betrachtung durch den Forscher und führt zur Beleuchtung der inneren Bedeutungsstrukturen der Gesprächspartner, was zur Eruierung von Daten führt, die sich nicht systematisch in klaren Strukturen ausdrücken, sondern in zu analysierenden weichen Faktoren.¹³⁴

Zunächst wird ein Problemzentriertes Interview gewählt, um eine Annäherung an die zu untersuchende Thematik zu ermöglichen. Trotz des induktiven Charakters der qualitati-

¹³² Schütze, F. (1983), S.285-286.

¹³³ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 74.

¹³⁴ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 12.

ven Sozialforschung erlaubt das Problemzentrierte Interview die Einbeziehung zuvor durch Literaturrecherche eruierten Wissens, verbunden mit der Möglichkeit, getroffene Annahmen zu konkretisieren oder zu revidieren.¹³⁵ Somit können konkrete Problem- und Fragestellungen Eingang in die zuvor in der Theorie beleuchtete Führungskräfteentwicklung finden und neben der allgemeinen Abfrage des Vorhandenseins sowie der Ausgestaltung von Führungskräfteentwicklung Hintergründe, Ziele und Problemfelder beleuchtet werden.¹³⁶

Um anschließend eine Evaluation zu erzielen, werden Narrative Interviews mit den Teilnehmern der Führungskräfteentwicklungsprogramme durchgeführt. Methodologisch wird das Problemzentrierte Interview vom Narrativen Interview abgelöst, da Narrative Interviews insbesondere auf die subjektiven Bedeutungsstrukturen der Gesprächspartner eingehen und durch den freien Erzählcharakter Informationen entlocken, die bei einer strukturierten Befragung verborgen bleiben könnten.¹³⁷ Hier wird also eine rein induktive Vorgehensweise zu Gunsten einer selbständigen Erzählung gewählt, durch die individuelle Bedeutungsschwerpunkte sowie persönliche Eindrücke und Erfahrungen gewonnen werden sollen.

5.5 Qualitative Inhaltsanalyse

Die qualitative Sozialforschung orientiert sich an Einzelfällen bzw. kleinen Stichproben, um Verständnis für den Menschen in einer konkreten, individuellen Situation zu schaffen.¹³⁸ Es gestaltet sich jedoch schwierig, allgemeine Aussagen aus den Einzelfällen abzuleiten, da aufgrund unterschiedlicher Deutungsansätze diverse Interpretationsalternativen möglich sind.¹³⁹ Die folgende Untersuchung stützt sich folglich auf die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese intendiert die analytische Auswertung von, in welcher Form auch immer, erhobenem Material in einer strukturierten und systematischen Vorgehensweise. Dieses Datenmaterial wird auf wesentliche Kernelemente reduziert. Die Bearbeitung beginnt mit einer Paraphrasierung, das heißt einer Zusammenfassung, die Wiederholungen oder überflüssige Inhalte filtert, um ein übersichtliches Bild der Grunddatenmenge zu liefern. Auf Basis dieser Zusammenfassung werden Schluss-

¹³⁵ Vgl. Lamnek, S. (2010), S. 332.

¹³⁶ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 70.

¹³⁷ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 72.

¹³⁸ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 24.

¹³⁹ Vgl. Mayer, H. (2006), S. 21.

folgerungen getroffen, die schließlich in Kategorien eingeordnet und wiederum auf Wesentliches reduziert werden. Bei Zuhilfenahme eines Leitfadens für die Befragung wird sich zur Kategoriebildung häufig an dessen Inhalten orientiert. Auf diese Weise der Datenauswertung können strukturierte und vergleichbare Ergebnisse realisiert werden.¹⁴⁰ Es sei erwähnt, dass Einzelschritte der Qualitativen Inhaltsanalyse in der folgenden Untersuchung übersprungen bzw. angepasst werden.¹⁴¹

¹⁴⁰ Vgl. Mayring, P. (2002), S. 114.

¹⁴¹ Dies geschieht, um die vorgesehenen Kapazitäten dieser Arbeit möglichst gehaltvoll zu nutzen.

6 Analyse der Erhebungssituation

6.1 Angaben zum Unternehmen

Die Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria entspringt einer Ordensgemeinschaft, deren Ursprung sich bis in das 13. Jahrhundert zurückverfolgen lässt. Im 19. Jahrhundert verwurzelte sie sich in der Domstadt Köln und gewann im weiteren Zeitverlauf knapp 600 Ordensfrauen, die sich in über 50 Niederlassungen um pflegebedürftige Menschen kümmerten, Kinder betreuten und Unterricht in Näh- sowie Haushaltsschulen erteilten. Im 20. Jahrhundert mussten viele Niederlassungen mangels Nachwuchs geschlossen werden, so dass die Ordensgemeinschaft 2002 beschloss, ihr Vermögen in eine Stiftung zu überführen. Unter dieser Stiftung sind heute die Hospitalvereinigung St. Marien GmbH, die Seniorenhaus GmbH der Cellitinnen zur heiligen Maria, die Franziskanerinnen vom heiligen Josef Seniorenhilfe GmbH und die ProServManagement GmbH vereint. Als modernes Gesundheits- und Pflegeunternehmen, bestehend aus acht Krankenhäusern, 18 Seniorenhäusern und weiteren Einrichtungen, verbindet die Stiftung hohen Anspruch an die moderne medizinische Versorgung mit den Werten und Traditionen des katholischen Ordens.¹⁴²

6.2 Angaben zu den Gesprächspartnern

Das erste Interview wurde mit dem Ziel geführt, eine Bestandsaufnahme der Führungskräfteentwicklung in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria zu tätigen und in diesem Kontext die dortigen Rahmenbedingungen und die Zielsetzung der Anwendung von Führungskräfteentwicklungsprogrammen zu eruieren. Zu diesem Zweck wurde Frau Angela Kauffmann als Interviewpartnerin ausgewählt. Frau Kauffmann ist in der Stiftung angestellt und als Strategische Personalentwicklerin zuständig sowohl für die Personalentwicklungsthemen der zugehörigen Krankenhäuser in Köln und Wuppertal als auch der Seniorenhäuser. Sie ist direkt der Geschäftsführung der Stiftung Herrn Thomas Gäde unterstellt. 2013 hat Frau Kauffmann an der Entwicklung der Strategie „Personalentwicklung 2020“ mitgewirkt, die einen Schwerpunkt auf die Entwicklung von Führungskräften gelegt hat, die nun in den Verantwortungsbereich von Frau Kauffmann fällt.

¹⁴² Vgl. Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria (2015).

Aufbauend auf dem Interview mit Frau Kauffmann, wurden im Folgenden drei Interviews mit Teilnehmern der Führungskräfteentwicklungsprogramme in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria geführt. Hier wurden bewusst Gesprächspartner gewählt, die die drei historisch etablierten Organisationseinheiten eines Krankenhauses – Medizin, Pflege und Verwaltung – repräsentieren, um die unterschiedlichen Perspektiven in die Analyse einfließen zu lassen:

Frau Dr. med. Elke Berkenbrink D.E.A.A. ist Fachärztin für Anästhesiologie und Ärztliche Leiterin der Interdisziplinären Intensivstation des Petrus-Krankenhauses Wuppertal. Sie nimmt fachabteilungsunabhängig eine Stabstelle der Geschäftsführung Herrn Michael Dohmann ein und führt rund 11 Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes, die hälftig anästhesiologisch und hälftig internistisch ausgebildet werden, sowie 30 Pflegekräfte.

Frau Monika Bilnik ist Stellvertretende Pflegedirektorin im St. Marien-Hospital Köln. Ihr, respektive dem Pflegedirektor Herrn Lorenz Auweiler, sind rund 250 Mitarbeiter des Pflegedienstes unterstellt, die auf den acht Stationen und der interdisziplinären Intensivstation eingesetzt sind. Dem zwischengeschaltet sind Stationsleitungen sowie zwei Stabstellen, eine Wundmanagerin und Pflegeexpertin sowie eine Palliativschwester.

Frau Andrea Rediger ist Leiterin des Qualitäts- und Risikomanagements der Hospitalvereinigung St. Marien. Organisatorisch bildet sie eine Stabstelle der Geschäftsführung des Verbundes. Sie ist zehn Mitarbeitern im Qualitäts- und Risikomanagement fachlich vorgesetzt, die in den einzelnen Krankenhäusern verortet sind.

6.3 Design der Interviewleitfäden

Vor der Interviewführung wurden zwei verschiedene Interviewleitfäden ausgearbeitet. Der erste Leitfaden galt dem Problemzentrierten Interview mit Frau Kauffmann und bildete eine halb-strukturierte Grundlage für das Gespräch. Der zweite Leitfaden galt den narrativen Interviews mit den Teilnehmern der Führungskräfteentwicklungsprogramme. Diese eher offene Methode der Interviewführung wurde durch festgelegte Nachfragen unterstützt, um Vollständigkeit und Vergleichbarkeit sicherzustellen. Der erste Teil beider Leitfäden galt der persönlichen Stellung der Interviewten im Unternehmen. Während der Interviewleitfaden zu den narrativen Interviews die persönliche Stellung und Leitungsspanne der Interviewteilnehmer hinterfragte, wurde der Leitfaden

für das Gespräch mit Frau Kauffmann darüber hinaus um Angaben zum Unternehmen, der personellen und wirtschaftlichen Situation ergänzt. Diese Angaben galten der späteren Einordnung und Auswertung als Hilfestellung. Im zweiten Teil des Interviewleitfadens folgten Fragen zur Führungskräfteentwicklung. Um eine umfassende Bestandsaufnahme zu gewährleisten, wurden diese an die Reihenfolge des theoretischen Teils dieser Arbeit angelehnt. Der Leitfaden des Problemzentrierten Interviews mit Frau Kauffmann wurde im zweiten Teil nochmal in generelle Führungsstrukturen, Anforderungen und zukünftige Herausforderungen an Führungskräfte sowie in konkrete Angaben zur Führungskräfteentwicklung im Unternehmen unterteilt. Insbesondere Zielsetzung, Potenzialerkennung, angewandte Maßnahmen, Erfolgskontrolle und Schwierigkeiten bei der Umsetzung standen hier im Fokus. Um abschließend einen persönlichen Bezug zu der Thematik herzustellen, wurde der Leitfaden mit der Frage nach einem persönlichen Ratsschlag an angehende Führungskräfte abgerundet. Der Leitfaden für die narrativen Interviews mit Teilnehmern der Führungskräfteentwicklung begann den zweiten Teil mit einer kurzen Einleitung und der Aufforderung des jeweiligen Gesprächsteilnehmers von den eigenen Erfahrungen mit Führungskräfteentwicklung zu berichten. Im dritten Teil folgten konkrete Nachfragen, die die erhobenen Informationen aus dem ersten Leitfaden in die persönlichen Erfahrungen transferierten, um nach der Analyse der einzelnen Gespräche einen Vergleich zwischen den Aussagen von Frau Kauffmann und denen von Frau Dr. Berkenbrink, Frau Bilnik und Frau Rediger zu ermöglichen. Hier wurden zukünftige Herausforderungen, Zielsetzung, Teilnahme an konkreten Maßnahmen, Informationsfluss und Reflexionsmöglichkeit sowie Schwierigkeiten bei der Anwendung hinterfragt. Auch diese Interviews endeten mit der Bitte um Mitteilung eines persönlichen Ratsschlags an angehende Führungskräfte.

6.4 Ausgestaltung der Interviews

Die im Kontext dieser Untersuchung geführten Gespräche waren von einer ungezwungenen und freundlich respektvollen Atmosphäre charakterisiert. Schnell wurde deutlich, dass alle Interviewpartner großes Interesse an der vorliegenden Thematik mitbrachten und entsprechend viel Zeit und Engagement für das Gespräch aufbrachten. Das zunächst mit Frau Kauffmann geführte Problemzentrierte Interview erfolgte sehr strukturiert, die hohe Kommunikationskompetenz der Interviewten ermöglichte ein fließendes Gespräch mit starker Anlehnung an den Interviewleitfaden, so dass alle gewünschten Inhalte eru-

iert werden konnten und eine Basis für die folgenden Interviews mit den Teilnehmern der Führungskräfteentwicklungsprogramme geschaffen werden konnte. Im zweiten Schritt, der die Herausarbeitung der Perspektiven der Teilnehmer zum Ziel hatte, wurden narrative Interviews geführt. Da diese Methode stark von Offenheit geprägt ist, wurden hier die herausgearbeiteten Leitfragen wenig strukturiert abgearbeitet. Bei den im Nachgang an den narrativen Teil gestellten Fragen wurde nicht in letzter Konsequenz auf die Reihenfolge der Fragen geachtet, um Neigungen und Schwerpunkte der Interviewten aufgreifen zu können. Mitunter wurden Fragen ausführlicher beantwortet oder mit persönlichen Erfahrungen und Beispielen untermauert, so dass der Interviewer entsprechend regulierend eingreifen musste.

7 Auswertung der empirischen Untersuchung

7.1 Auswertung des Interviews mit Frau Kauffmann

7.1.1 Datenerhebung

Der folgende Abschnitt bietet eine Zusammenfassung der Gesprächsinhalte, die im Problemzentrierten Interview mit Frau Kauffmann erhoben wurden. Eine vollständige Transkription des Gesprächs ist im Anhang zu finden.

Zunächst wurde das Gespräch auf die in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria vorliegenden Führungsstrukturen gelenkt. Frau Kauffmann berichtete von einem hierarchischen Aufbau, insbesondere im ärztlichen Bereich. Der Geschäftsführer steht über dem Konstrukt, das sich aus Medizin, Pflege und Verwaltung zusammensetzt, und steuert die Organisation. Dann gibt es klassische horizontale Führungsstrukturen in den drei Bereichen. Inwiefern alle Beteiligten sich jedoch stets ihrer Führungsrolle oder deren Ausgestaltung bewusst seien, ist laut Aussage von Frau Kauffmann ambivalent. Letztlich sah Frau Kauffmann die Führungsstrukturen bereits als eine von diversen Herausforderungen, denen sich die Krankenhäuser stellen müssen. Auf diese ging sie im Folgenden ein und benannte die Generation Y und Z, die ein neues Verständnis von Führung erfordern und alteingesessene Strukturen auf moderne Lebensvorstellungen prallen ließen. Darüber hinaus nannte Frau Kauffmann den demographisch beeinflussten Arbeitsmarkt, die Branche als solche, die Kosten-, Leistungs- und Qualitätsdruck in hohem Maße mit sich bringe, sowie immer weniger Personal bzw. immer weniger verfügbares Personal auf dem Markt. Im nächsten Themenfeld erzählte Frau Kauffmann von der Zielsetzung im Zusammenhang mit der Anwendung von Führungskräfteentwicklungsprogrammen. Zum einen sei hier die Entwicklung und Stärkung einer besonderen Unternehmenskultur im Kontext der konfessionellen Trägerschaft und dem ursprünglichen Leitgedanken der Ordensgemeinschaft genannt, das dem Grundleitbild der christlichen Werte entspreche. Führungskräfte sollen laut Aussage von Frau Kauffmann diese Werte verinnerlichen und als Vorbild fungieren, idealerweise diese Werte in ihre Führung einbringen. Ein weiteres Ziel wurde in der praktischen Entwicklung der Führungskräfte weg vom intuitiven Führen hin zum Führen mit entsprechendem Handwerkszeug festgelegt. Mitarbeiter über gute Führung zu binden, zu entwickeln und somit ein gutes

Arbeitsklima zu schaffen, das eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten ermöglicht, entspreche nach Frau Kauffmann dem Wirkungskreis der Führungskräfteentwicklung. Wie diese konkret ausgestaltet ist, wurde im nächsten Teil des Interviews angesprochen. Begonnen wurde mit der Potenzialidentifikation. Hier berichtete Frau Kauffmann von Gesprächen mit der Geschäftsführung, die einmal jährlich in der Erstellung einer BCG-Matrix resultieren, um Mitarbeiter zu identifizieren, die Potenzial für weiterführende Aufgaben mitbringen. Diese Potenzialträger führen dann ein Gespräch mit Frau Kauffmann, häufig verwendet sie hier das Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung mit dem Ziel, Selbstbild und Führungsmotivation zu eruieren. Darüber hinaus werden in den Seniorenhäusern generell und den Krankenhäusern auf oberster Führungsebene strukturierte Mitarbeitergespräche geführt. Im Gespräch wurde jedoch auch deutlich, dass viele Vorgesetzte nicht in dieser strukturierten Form über die Förderung ihrer Mitarbeiter entscheiden. Als nächstes wurden die Instrumente der Führungskräfteentwicklung verdeutlicht, die in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria Anwendung finden. Das Chefarzttraining beinhaltet vier Module und wird von einem externen Trainer durchgeführt. Bei einer Gruppengröße von rund 10 Teilnehmern werden Themen wie die Führung der eigenen Person, die Rolle als Führungskraft, Gesprächsführung etc. behandelt. Den Führungskräften wird die Wertec CLAIM-Methode vermittelt, die Aspekte der Werte in konkrete Führungssituationen hinunterbricht. Mit dem Führungskompass erhalten Sie ein Instrument an die Hand, das Werte, Führungsinstrumente und -aufgaben übersichtlich darstellt und den Führungskräften in kritischen Gesprächen helfen soll. Darüber hinaus finden zwei Tage des Seminars auf dem Hof eines Psychologen und Tierpsychologen statt, wo gemeinsam mit Pferden Kommunikationsfähigkeit, Vertrauensaufbau und die Wahrnehmung des eigenen Auftretens geschult wird. Als weitere Maßnahmen der Führungskräfteentwicklung nannte Frau Kauffmann die Werteorientierte Führung, die ebenfalls modular, dreimal an zwei Tagen, stattfindet und Oberärzte, Stationsleitungen und Kaufmännische Leitungen einlädt, Führung im Rahmen des christlichen Leitbildes zu erlernen. Für spezielle Gruppen wie beispielsweise Stationsleitungen oder Nachwuchsführungskräfte gibt es entsprechend modifizierte Seminarangebote, die an die jeweiligen Bedürfnisse anknüpfen. So werden Nachwuchsführungskräfte beispielsweise an die neuen Herausforderungen als Führungskraft und die neue Teamsituation herangeführt. Auch im Kontext der angewandten Instrumente verdeutlichte Frau Kauffmann, dass auch Mitarbeiter ohne ihre Kenntnis weiterentwickelt werden. Des Weiteren wurde Frau Kauffmann zu den Infor-

mationsmedien für die Verbreitung der Möglichkeiten und Angebote von Führungskräfteentwicklung befragt. In der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria gibt es die Intranetfortbildung, ein Programm, das regelmäßig gedruckt und ausgelegt wird, sowie einen Intranetauftritt. Außerdem findet das Thema im Newsletter der Hospitalvereinigung Beachtung und im Cellitinnen-Forum, einem viermal jährlich erscheinenden Magazin, das bestimmte Themen und Neuentwicklungen verbreitet. Über dies finden sogenannte Leaders Days statt, an denen Führungskräfte der verschiedenen Einrichtungen zusammenkommen und Themen bearbeiten. Nur die ständige Erinnerung bringe laut Frau Kauffmann wirkliche Verbreitung. Dies verfolgt Frau Kauffmann auch persönlich durch regelmäßige Besuche von Betriebsleiter- oder Chefarztrunden. Zur Kontrolle von Führungskräfteentwicklung befragt, antwortete Frau Kauffmann, dass nur wenige Instrumente hierfür genutzt werden. Standardmäßig gibt es einen Feedbackbogen, der nach der Teilnahme an Seminaren verschickt wird. Frau Kauffmann besucht die Teilnehmer von Chefarzttrainings im Nachgang, um in einem intensiven Gespräch Feedback zu erhalten. Eine tatsächliche nachhaltige Erfolgskontrolle wird jedoch nicht angewandt. Im nächsten Schritt wurde Frau Kauffmann zu Schwierigkeiten und Barrieren im Rahmen der Führungskräfteentwicklung befragt. Sie beschrieb Zeit und Geld als größtes Problem und in diesem Kontext die Belastung aller Beteiligten im Arbeitsalltag. Ein weiteres Problem hat sie in der Prägung der Ärzte erkannt. Diese seien geprägt, Entscheidungen zu fällen und nicht zu hinterfragen, wenn es darum geht, Leben zu retten. Dies gelte laut Frau Kauffmann zumindest für die meisten Fachgebiete der Medizin. Aus diesem Grund haben die Ärzte wie Frau Kauffmann sagt auch das Gefühl, so ebenfalls als Führungskraft agieren zu müssen. Die Bereitschaft, ihre Handlungen und Entscheidungen infrage zu stellen, bestehe quasi nicht. Außerdem müssen sie früh lernen, sich emotional von ihrer Arbeit abzuschotten. Deswegen lassen sie auch ihre Mitarbeiter häufig emotional nur wenig an sich heran. Den Dialog mit ihren Mitarbeitern sehen Chefarzte häufig nicht als ihre Aufgabe. Dies sei laut Frau Kauffmann das große Problem der Ärzte. Im Bereich der Pflege sei dies anders, da dort eine klare Struktur bestehe, wie Menschen sich entwickeln und dort das Zwischenmenschliche von hoher Bedeutung sei. Hier fehle es dann eher an strategischen Kompetenzen. In der Verwaltung sah Frau Kauffmann nochmal eine andere Problematik. Die Grundqualifikation sowie die Arbeitsorganisation ermöglichen den Mitarbeitern grundsätzlich einen besseren Zugang zu Führungs- und Entwicklungsthemen. Jedoch hat Frau Kauffmann hier häufig eine sehr administrative, verwaltende Auffassung der Aufgaben mit wenig Elan für Verände-

rungen erlebt. Zum Abschluss des Gesprächs wurde Frau Kauffmann gebeten, (angehenden) Führungskräften einen Ratschlag mit auf den Weg zu geben. Dies tat sie mit den Aussagen: Man sollte nur führen, wenn man Menschen mag. Führung sei eine Aufgabe. Es sei nichts, was man nebenher macht.

7.1.2 Analyse

7.1.2.1 Bewusstsein für die Herausforderungen der modernen Krankenhauslandschaft

Frau Kauffmann griff in dem geführten Interview diverse Problemstellungen der modernen Gesellschaft auf. Zum Teil ging sie auf allgemeine Herausforderungen ein, zum Teil auch auf branchenspezifische Herausforderungen wie Kosten- und Leistungsdruck, verbunden mit immer kürzer werdenden Liegezeiten. Sie ist sich des demographisch beeinflussten Arbeitsmarktes bewusst und sprach in diesem Zusammenhang von der Aufgabe, sich als Arbeitgeber so zu positionieren, dass trotz des mangelnden Angebotes an Personal Mitarbeiter gewonnen und gehalten werden können. Dies sei insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Segment der Fall. Die Seite der Verwaltung hingegen erfreue sich großen Zuwachses. Frau Kauffmann berichtete von 160 Bewerbungen auf eine Trainee-Ausschreibung. Insbesondere Einstiegsstellen seien rar, gesucht würden hingegen Spezialisten, beispielsweise im Medizincontrolling oder dem Qualitätsmanagement. Mehrfach führte sie das Gespräch zurück auf die Generation Y¹⁴³. Diese sah sie insbesondere in den Strukturen eines Krankenhauses als kritischen Faktor. Krankenhäuser sind von sehr hierarchischen Strukturen geformt. Dies gelte wie Frau Kauffmann berichtete insbesondere für den ärztlichen Bereich. Die Chefarzte haben in der Regel volle Verantwortung und Entscheidungsmacht innerhalb ihres Fachbereiches. Sie seien darauf geprägt, Entscheidungen zu fällen und nicht zu hinterfragen. Den Grund hierfür erkannte Frau Kauffmann in der Natur medizinischer Entscheidungen, deren Verantwortung so groß sei, dass kein Raum dafür bestünde, die Richtigkeit getroffener Entscheidungen zu hinterfragen. Außerdem müssen Ärzte schon in der Ausbildung lernen,

¹⁴³ Als Generation Y werden Personen bezeichnet, die mit zahlreichen Alternativen über unterschiedliche Kanäle im Internet und der realen Welt konfrontiert groß geworden sind sowie von Eltern aufgezogen wurden, die ihnen Förderung und Wahlmöglichkeiten ließen. Davon geprägt entstand ein Anspruchdenken von Flexibilität, Individualismus, Selbstbestimmung und -verwirklichung. Ihr Geburtsjahr wird auf das Jahr 1980 und folgende Jahre festgelegt. Natürlich gibt es auch Menschen, die eher geboren wurden und Merkmale dieser Personengruppe aufweisen. Vgl. Parment, A. (2009), S. 17-26.

sich emotional abzuschotten, um insbesondere in den chirurgischen Fächern schnell und effizient vorzugehen. Aus dieser Verhaltensweise lässt sich auch das Führungsverständnis der Ärzte ableiten. Das Verständnis, dass ihre Handlungen richtig und effizient erfolgen überträgt sich auf das Führungsverhalten. In der Pflege sah Frau Kauffmann hingegen weniger Schwierigkeiten im Führungsverhalten. Mitarbeiter der Pflege seien in ihrer Ausbildung breiter aufgestellt und wesentlich klarer hinsichtlich ihres Führungsverständnisses. Diese Beobachtung erklärt sich mit den in Kapitel 3.1 beschriebenen unterschiedlichen Herangehensweisen in der Ausbildung. Während Ärzte auch heute noch überwiegend an fachlichen Kriterien gemessen werden, werden in der Pflege auch soziale und methodische Kompetenzen geschult.¹⁴⁴ Darüber hinaus kann ein Krankenhaus die Führungsposition eines Fachbereiches nicht mehr allein dem Chefarzt überlassen. Die rein autoritäre Führung, die Jahrzehnte lang in deutschen Krankenhäusern gelebt wurde, ist aufgrund der Komplexität täglicher Aufgaben und des gesellschaftlichen Wertewandels nicht mehr zu halten. Vielmehr müssen die Oberärzte in die Führungsverantwortung eingebunden werden.¹⁴⁵ Frau Kauffmann beschrieb die Situation der Oberärzte als „ganz blöde Sandwichsituation“ und meinte damit, die Schwierigkeit sowohl Druck seitens des Chefarztes als auch seitens des Teams zu erhalten, verbunden mit einer hohen Rollenunklarheit, die noch dadurch gefördert werde, dass Chefärzte Verantwortungsbereiche unklar definieren und kommunizieren. In seinem Artikel im Deutschen Ärzteblatt fand Fleischer heraus, welche Ursachen dieser Missstand hat. Zum einen falle es Chefärzten schwer, ihre Führungsverantwortung abzugeben. Fleischer mutmaßte, dass dies u.a. an der Angst vor Machtverlust liegen könnte, aber auch einfach daran, dass sie den Oberärzten einen größeren Verantwortungsbereich nicht zutrauen. Die Oberärzte wiederum überlassen den Chefärzten die Führung und wenden sich stattdessen ihren fachlichen Stärken und somit den Patienten zu, was in der Ausübung operativer Tätigkeiten auf den Stationen oder im OP und somit einer Abwendung von Führungsverantwortung resultieren könnte.¹⁴⁶ In der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria wurde zunächst auf die systematische Einbindung von Oberärzten in Führungskräfteentwicklung verzichtet, da die beschriebene Problematik zu viele Widerstände und Probleme hervorgerufen hätte.

¹⁴⁴ Vgl. Naegler, H. (2014), S. 292.

¹⁴⁵ Vgl. Fleischer, W. (2009), S. 2163.

¹⁴⁶ Vgl. Fleischer, W. (2009), S. 2163.

7.1.2.2 Umsetzung der Führungskräfteentwicklung

Potenzialanalyse

Da Frau Kauffmann selbst Berufserfahrung in Banken und dem Handelsgewerbe erworben hat, kennt sie vielfältige Methoden zur Potenzialidentifikation. Sie räumte jedoch ein, diese nur in begrenztem Maße zu nutzen. In der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria laufe immer noch viel dezentral und ungesteuert. So würden häufig Vorgesetzte entscheiden, wer als Potenzialträger klassifiziert wird und wer nicht. Frau Kauffmann bietet Hilfestellung, um diesen Entscheidungen ein bewertbares Fundament zu ermöglichen. Sie berichtete u.a. von der Nutzung der BCG-Matrix¹⁴⁷. Diese hat sie auf die Suche von Mitarbeiter umgestellt, die aus Sicht der Geschäftsführung oder direkten Vorgesetzten das Potenzial für weiterführende Aufgaben haben. Wenn Potenzialträger identifiziert sind, führt Frau Kauffmann ein Gespräch mit ihnen. Hier verwies sie auf das Bochumer Inventar zur berufsbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung, kurz BIP¹⁴⁸. Sie gab an, dies überwiegend bezogen auf das Selbstbild anzuwenden und somit herauszufinden, wie jemand sich selbst sieht, mit welcher Führungsmotivation er überhaupt ausgestattet ist und was Karriere für ihn bedeutet. Um spezifische Qualitäten hinsichtlich der Führungsfähigkeiten zu eruieren, arbeitet Frau Kauffmann darüber hinaus mit diversen Tests, u.a. mit dem Leadership Judgement Indicator, kurz LJI¹⁴⁹. Strukturierte Assessment Center finden laut Frau Kauffmann nur im kaufmännischen Bereich statt. Insgesamt lassen sich Ansätze von Potenzialidentifikation finden, jedoch mangelt es an Konsequenz über alle Bereiche der Stiftung hinweg. Eine mögliche Erklärung hierfür fand Frau Kauffmann im Fachkräftemangel. Bei wenig Auswahl seien aufwendige Auswahlverfahren häufig nicht möglich. Insbesondere gelte dies im ärztlichen Dienst. Hier schilderte Frau Kauffmann die Sorge, während eines vertiefenden Verfahrens die Anwärter beispielsweise für eine Chefarztposition an andere Häuser zu verlieren.

¹⁴⁷ Die BCG-Matrix ist ein Portfolio zur Marktanteils- und -wachstumsanalyse, das in den 60er Jahren von der Boston Consulting Group entwickelt wurde. In einer Matrix werden Geschäftsfelder verglichen und somit eine Entscheidungsgrundlage für zukünftige Aktivitäten gebildet. Vgl. Hutzschenreuter, T. (2009), S.368.

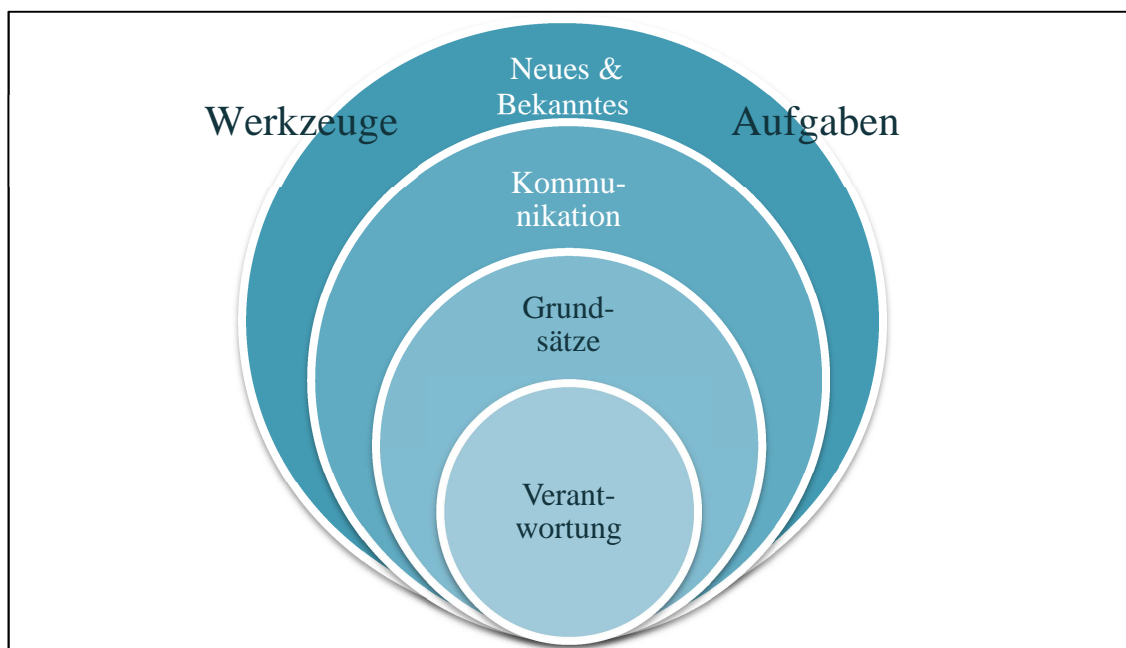
¹⁴⁸ Das BIP findet in Personalauswahl und -entwicklung Anwendung und ermöglicht die Einholung von Informationen über eine Person sowohl in Selbstwahrnehmung als auch in Fremdwahrnehmung sowie den Abgleich von vorhandenen, unterschiedlich ausgeprägten Persönlichkeitsstärken mit dem Anforderungsprofil. Vgl. Kanning, U., Kempermann, H. (2012), S.15.

¹⁴⁹ Der LJI prüft, ob in bestimmten Führungssituationen die Fertigkeiten vorliegen, einen passenden Führungsstil zu wählen, dabei wird auch auf die Präferenzen der betroffenen Person geachtet. Vgl. Krogerus, M., Tschäppeler, R. (2015), S. 38.

Schnelligkeit spiele hier eine bedeutende Rolle, denn an alternativen Angeboten mangle es nicht. Frau Kauffmann führte weiter aus, dass es häufig schwierig sei, Vorgesetzte von der Wichtigkeit strukturierter Mitarbeitergespräche und einer umfassenden Potenzialerkennung zu überzeugen. Denn dies sei zum einen mit Mehrarbeit verbunden, zum anderen auch mit der Scheu, gegebenenfalls Missstände aufzudecken und auf Schwierigkeiten zu stoßen, die manchmal lieber nicht aufgegriffen worden wären.

Angewandte Instrumente der Führungskräfteentwicklung

Frau Kauffmann berichtete, dass sie sich bei der Entwicklung der vorhandenen Führungskräfteentwicklungsprogramme an dem Führungsverständnis von F. Malik orientiert habe. Malik beschreibt in seinem Buch „Führen, Leisten, Leben“ was in der Unternehmensorganisation und jeder einzelnen Position benötigt wird, um andere und sich selbst erfolgreich zu führen.¹⁵⁰ In diesem Kontext legt er ein Modell wirksamer Führung fest:



In Anlehnung an: Malik, F. (2014), S. 65.

Abbildung 5 - Wirksame Führung

Im Zentrum dieses Modells steht die Verantwortung, die Malik auch mit dem Begriff Ethik im Sinne von beruflicher Alltagsethik verbindet. Damit meint Malik das Verständnis von Führungskräften, zu ihrem Handeln oder auch ihren Fehlern zu stehen –

¹⁵⁰ Vgl. Malik, F. (2014), S. 11.

Verantwortung für die getroffenen Entscheidungen zu übernehmen. Die Verantwortungsspanne wächst mit der Bedeutung der angenommenen Position. Darauf aufbauend formuliert Malik die Grundsätze, die bei der Aufgabenerfüllung und Vorgehensweise beachtet werden. Hierfür brauchen Führungskräfte laut Malik die Einsicht, die Bedeutung ihrer Tätigkeit und auch die Probleme zu erkennen und Disziplin, dies kontinuierlich zu überprüfen. Im nächsten Schritt führt Malik die Kommunikation an, die den Führungskräften die Basis gibt, ihrer Verantwortung nachzukommen und über diverse Verständigungsmittel an die unterschiedlichen Interessensgruppen heranzutreten. Die Führungsmodelle von Malik lassen sich sowohl für vorhandene, bekannte Anwendungsgebiete nutzen als auch für neu zu erschließende Anwendungsgebiete. Laut Malik ist Beides gleichermaßen zu führen, allerdings erhöhe sich der Schwierigkeitsgrad mit der Unbekanntheit von Innovationen. Hierfür sei das Vermögen zu führen umso bedeutender. Klarheit über die Aufgaben, die innerhalb der Position zu erfüllen sind sowie das Verständnis, wie diese zu erfüllen sind, sei in diesem Kontext ebenso von besonderer Bedeutung wie die Zuhilfenahme von Werkzeugen, die zur Aufgabenerfüllung genutzt werden.¹⁵¹

Die Einrichtungen der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria zeichnen sich durch ihre christliche Identität und eine entsprechende Wertekultur aus. Vor diesem Hintergrund wurde das Führungsverständnis auf den Grundwerten christlichen Glaubens aufgebaut. Dieses Fundament setzt sich aus den Werten Bescheidenheit, Gelassenheit, Verantwortungsbewusstsein, Wahrhaftigkeit, Dankbarkeit, Herzlichkeit, Persönliche Zuwendung und Gemeinschaft zusammen. Diese Werte werden durch Führungsgrundsätze und -aufgaben ergänzt und ergeben ein umfassendes Führungsverständnis, das die Einrichtungen von anderen Häusern abgrenzen soll. Ein christliches Profil soll im Spannungsverhältnis von Kostendruck, Wirtschaftlichkeit und Fachkräftemangel für Orientierung und Wiedererkennungswert sorgen. Der Anspruch an die Führungskräfte besteht darin, diese Grundwerte auch in schwierigen Situationen beizubehalten und Entscheidungen zu treffen, die alle Interessensgruppen so gut wie möglich repräsentieren. Eine solche Mentalität zu leben, kann zum ausschlaggebenden Kriterium für die Wahl der Arbeitsstätte werden. Denn die konfessionellen Häuser sind nicht in der Lage, in der Höhe der Vergütung mit privat getragenen Häusern zu konkurrieren. Vergleicht man beispielsweise die Entgelttabellen des Tarifvertrags für Ärzte im Bereich der Vereini-

¹⁵¹ Vgl. Malik, F. (2014), S. 65-67.

gung der kommunalen Arbeitgeberverbände, nach dem auch die katholischen Krankenhäuser vergüten, und des Haustarifvertrags von Helios, werden die Nachteile bei der Personalgewinnung für konfessionelle Häuser deutlich. Während beispielsweise ein Oberarzt bei Helios mit einem tariflichen Einstiegsgehalt in Höhe von 7.263,53 € Bruttomonatsgehalt¹⁵² beginnt, starten Oberärzte in konfessionellen Häusern mit einem Grundgehalt von 6.926,33 € Bruttomonatsgehalt¹⁵³. Des Weiteren unterscheidet sich die Erreichung der Stufen hinsichtlich der Dauer zu ihrer Erlangung. Ein Oberarzt eines konfessionellen Hauses erreicht nach dreijähriger oberärztlicher Tätigkeit die zweite Stufe der Entgeltgruppe drei und nach sechsjähriger oberärztlicher Tätigkeit die dritte Stufe.¹⁵⁴ Ein Oberarzt der Helios-Häuser hingegen erhält schon nach zweijähriger Tätigkeit ein höheres Entgelt und bekommt bereits im vierten Jahr einen außertariflich dotierten Vertrag.¹⁵⁵ Chefärzte werden grundsätzlich außertariflich vergütet. Inwiefern konfessionelle Träger mit freigemeinnützigem Charakter hier mit gewinnorientierten privaten Trägern mithalten können, ist zumindest fraglich. Daher liegt es nahe, nicht mit finanziellen Größen zu werben, sondern mit der grundlegenden Mentalität der Einrichtung. Deutsche Krankenhäuser finden ihren Ursprung in konfessioneller Trägerschaft, während erst im Mittelalter öffentliche Träger folgten und die ersten privatgeführten Krankenhäuser auf das 20. Jahrhundert zurückzuführen sind.¹⁵⁶ Entstanden sind die Krankenhäuser also auf dem Leitbild christlicher Werte, was den Mitarbeitern auch heute noch eine größere Bedeutung geben kann als der finanzielle Aspekt. Vor diesem Hintergrund wird bei der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria die Werteorientierte Führung in nahezu alle Führungskräfte trainings eingebunden. Diese Trainings erscheinen sehr gut durchdacht. Sie haben nicht den Charakter klassischer Stuhlkreise in Workshops, die von frontalen Vorträgen und anschließenden Diskussionen geprägt sind und häufig mit negativen Assoziationen und somit wenig Interesse an einer Teilnahme verbunden sind.¹⁵⁷ So berichtete auch Frau Kauffmann, dass die ersten Chefarzttrainings der Stiftung von großem Widerstand seitens der Ärzteschaft geprägt waren. Die Ärzte seien grundsätzlich zunächst gegen Themen, die keinen medizinischen Hintergrund mitbringen. Dies galt es zu berücksichtigen, weshalb das Konzept durchdacht und entsprechend überarbeitet wurde. Neben der Vermittlung von klassischen Führungsthe-

¹⁵² TV-Ärzte Entgelt HELIOS (2015), S. 1

¹⁵³ TV-Ärzte VKA (2015), S. 39

¹⁵⁴ Vgl. TV-Ärzte VKA (2015), S. 20-21.

¹⁵⁵ Vgl. TV-Ärzte Entgelt HELIOS (2015), S. 1

¹⁵⁶ Vgl. Fischer, M. (2012), S. 77

¹⁵⁷ Vgl. Reich-Claassen, J. (2010), S. 248

men – zum Beispiel die Rolle als Führungskraft, die Reflexion der eigenen Person und die Gesprächsführung – verbringen die Teilnehmer zwei Tage auf dem Hof eines Psychologen und Tierpsychologen. Dort üben sie im Umgang mit Pferden, wie sie richtig kommunizieren, welche Signale sie senden, wie sie Vertrauen aufbauen und Stimmungen bzw. Befindlichkeiten wahrnehmen. Frau Kauffmann berichtete, dass sie inzwischen sehr positives Feedback von den teilnehmenden Ärzten erhält.

Während Trainings als Instrument der Führungskräfteentwicklung in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria eine große Bedeutung haben – Chefarzttrainings, Wertorientierte Führung für Führungskräfte, Stationsleitertrainings und Trainings für Nachwuchsführungskräfte bilden das Spektrum der Führungskräfteentwicklung – finden andere Instrumente kaum Berücksichtigung. Mentoring, Karriere- und Laufbahnplanungen oder auch Coachings wurden während des Gesprächs nicht in den Kontext der Führungskräfteentwicklung gebracht. Die einzelnen Trainings erscheinen hervorragend durchdacht und sehr gut organisiert, jedoch wird übersehen, dass dies nur ein Teil einer funktionierenden Führungskräfteentwicklung sein kann. Den Mitarbeitern wird beigebracht, wie sie als Führungskraft der Einrichtungen der Stiftung vorzugehen haben und wie sie ihre Rolle ausfüllen, jedoch mangelt es an einer kontinuierlichen Begleitung und Fortsetzung der Entwicklungsmaßnahmen.

Controlling der Führungskräfteentwicklung

Das Controlling der Führungskräfteentwicklung findet in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria kaum statt. Mittels eines Feedbackbogens wird grundsätzlich eruiert, welche Erfahrungen die Teilnehmer von Weiterbildungsmaßnahmen gemacht haben. Über die Chefarzttrainings berichtete Frau Kauffmann, dass sie selbst Gespräche führe, um im Anschluss zu eruieren, was mitgenommen werden konnte und was zukünftig noch an Unterstützung benötigt wird. Eine tatsächliche Erfolgskontrolle, so räumte Frau Kauffmann ein, gäbe es jedoch nicht. Dies hängt zum einen mit den fehlenden Ressourcen in der Personalentwicklung zusammen, die Frau Kauffmann allein ausfüllt, zum anderen aber auch mit mangelnder Unterstützung seitens der Führungskräfte der Einrichtungen. Frau Kauffmann empfand es als wünschenswert, dass Führungskräfte Feedbackgespräche führen, da sie glaubt, so wesentlich mehr Wertschätzung zu transportieren und eine größere Bereitschaft zur Umsetzung zu erreichen. Jedoch machte sie in diesem Kontext auch auf die Missstände aufmerksam, dass diese Form der aktiven Be-

teiligung seitens der Führungskräfte noch nicht vorherrsche und sie immer wieder hartnäckig auf die Bedeutung hinweisen müsse, um kleine Erfolgserlebnisse zu erzielen.

7.1.3 Zwischenfazit

Das geführte Gespräch hat deutlich gemacht, dass Frau Kauffmann ein hohes Maß an Problembewusstsein besitzt und sich viele Gedanken zu der Kombination aus generellen wirtschaftlichen, politischen und soziodemographischen Herausforderungen sowie spezifischen Anforderungen des Krankenhauswesens gemacht hat. Mit der Führungskräfteentwicklung der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria versucht sie in diesem Kontext beobachtete Verhaltensmuster und erkannte Missstände aufzunehmen und zu korrigieren. Führungskräfteentwicklung wird als ein Element zur langfristigen Wettbewerbssicherung verstanden, indem durch die Herstellung guter Führung ein gutes Arbeitsklima geschaffen wird, das wiederum eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten positiv beeinflusst. Während die Instrumente der Führungskräfteentwicklung bereits umfassend ausgearbeitet sind, fehlt es noch in der Ganzheitlichkeit der Führungskräfteentwicklung. Zwar bietet Frau Kauffmann die methodische Vorgehensweise zur Potentialanalyse an, häufiger findet jedoch die unsystematische Identifikation durch die Empfehlung von Vorgesetzten statt. Das Controlling der Führungskräfteentwicklung findet bislang kaum Beachtung, was sicherlich auch daran liegt, dass Frau Kauffmann die einzige mit Personalentwicklung betraute Mitarbeiterin der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria ist und somit klare Prioritäten setzen muss.

7.2 Auswertung der Interviews der Teilnehmer von Führungskräfteentwicklungsmaßnahmen

7.2.1 Datenerhebung des Interviews mit Frau Dr. Berkenbrink

Dieser Abschnitt entspricht einer Zusammenfassung des Narrativen Interviews mit Frau Dr. Berkenbrink. Eine vollständige Transkription ist im Anhang zu finden.

Zu Beginn des Gesprächs wurde Frau Dr. Berkenbrink gebeten, etwas zu ihrer Person und ihrer Position im Unternehmen, insbesondere mit Hinblick auf ihre Führungsverantwortung, zu sagen. Sie berichtete, dass sie als Stabstelle der Geschäftsführung ohne

eigene Abteilung in einer schwierigen Sandwichposition steckt. Fachabteilungsübergreifend obliegt ihr die Leitung der Intensivstation. Personalressourcen ergeben sich im ärztlichen Bereich hälftig aus der internistischen Abteilung und hälftig aus der anästhesiologischen Abteilung. In der Pflege wird versucht, Personal aus den im Hause vorhandenen Fachabteilungen zu entwickeln. Wenn das nicht ausreicht, muss externes Fachpersonal eingestellt werden. Die Arbeit im Schichtdienstbetrieb und die damit verbundene komplizierte Erreichbarkeit aller Mitarbeiter erschwert die Führungsaufgabe. Das Personalmanagement stellt aus der Sicht von Frau Dr. Berkenbrink, sowohl quantitativ als auch qualitativ, eine Herausforderung dar. Sie selbst hat keinen Vertreter und muss Management und Organisation mit fachlicher Begleitung kombinieren, was sie als sehr divergentes Anspruchsverhalten empfindet. Zeiten ihrer Abwesenheit können lediglich fachlich überbrückt werden, Probleme oder Schwierigkeiten im Team müssen dann auf ihre Rückkehr vertagt werden. Im weiteren Verlauf des Gesprächs ging Frau Dr. Berkenbrink auch auf die Veränderung der Position eines Leitenden Arztes generell ein. Anforderungen an Ärzte haben sich laut Frau Dr. Berkenbrink verändert. Während früher die Fachlichkeit bereits für Autorität gesorgt habe, sei dies inzwischen zu einer grundlegenden Voraussetzung geworden. Dazu zähle nun die Verantwortung den Mitarbeitern gegenüber in Verbindung mit der Kenntnis wirtschaftlicher Rahmenbedingungen und dem verantwortungsvollen Umgang mit knappen Ressourcen. Aufgrund der erkannten Herausforderungen stand Frau Dr. Berkenbrink dem Thema Führung und Management grundsätzlich sehr aufgeschlossen gegenüber und hat in diesem Kontext bereits diverse Kurse besucht. Dementsprechend betonte sie, sich gefreut zu haben, als sie von der Geschäftsführung eingeladen wurde, obgleich sie auch eine gewisse Skepsis an den Tag legte. Sie hatte sich bereits im Vorfeld für interne Möglichkeiten der Weiterbildung interessiert und mit der Personalabteilung darüber gesprochen. Konkret aufgefordert, über ihre Erfahrungen mit Führungskräfteentwicklung zu berichten, teilte Frau Dr. Berkenbrink mit, dass sie an dem modularen Programm des Chefarzttrainings teilgenommen hat. Ihr mit der Teilnahme verbundenes Ziel war es, Hilfswerkzeug zu erhalten, um mit manchmal schwierigen Situationen im Rahmen ihres konfliktären Führungsalltags umgehen zu können und die Kommunikation sowie das Verständnis füreinander innerhalb des Teams, aber auch interdisziplinär und über Krankenhausgrenzen hinweg, zu verbessern. Frau Dr. Berkenbrink berichtete des Weiteren, dass es bei der Umsetzung erlernter Führungstechniken manchmal zu Schwierigkeiten kommt. Diese seien den bereits genannten Herausforderungen geschuldet. U.a. der Schichtdienst berei-

te ihr Probleme, da eine Durchdringung zu allen Mitarbeitern durch diese Rahmenbedingung erschwert sei. Auch empfand Frau Dr. Berkenbrink die vorhandenen Strukturen zum Teil als widerständig und veraltet, was die Ausübung moderner Führung erschwere. Dies beschrieb sie als Durchdringungsprozess, der noch vollzogen werden müsse. Darüber hinaus sah Frau Dr. Berkenbrink eine Problematik darin, in alte Verhaltensmuster zu fallen, wenn der Alltag einkehrt, insbesondere weil sie keinen direkten Kollegen oder Vertreter hat, mit dem sie sich austauschen könnte. In diesem Kontext erwähnte Frau Dr. Berkenbrink, dass auf Wunsch der Gruppe ein Nachfolgetermin vereinbart wurde, der sich dem Seminar mit Abstand eines Jahres anschließen wird, um gemeinsam über den Umgang im Alltag zu sprechen und Probleme aufzuarbeiten. Insbesondere erwähnte Frau Dr. Berkenbrink die hohe Akzeptanz und Gesprächsbereitschaft seitens der Führungsebene, mit der sie über Erkenntnisse oder Probleme sprechen konnte. Auch Frau Dr. Berkenbrink wurde nach einem Ratschlag für angehende Führungskräfte gefragt. Ihre Antwort lautete: Ruhe und Geduld. Sie legte nahe, sich mit dem Projekt einer Führung zu identifizieren, dabei jedoch nicht sich selbst und die gegenwärtigen sowie zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens aus den Augen zu verlieren.

7.2.2 Datenerhebung des Interviews mit Frau Bilnik

Dieser Abschnitt entspricht einer Zusammenfassung des Narrativen Interviews mit Frau Bilnik. Eine vollständige Transkription ist im Anhang zu finden.

Zunächst wurde Frau Bilnik gebeten, die organisatorischen Strukturen, in die sie integriert ist, sowie die Führungsspanne ihrer Position zu erläutern. Sie berichtete, dass das St. Marien-Hospital Köln über 270 aufgestellte Betten verfügt, die auf acht Stationen und einer Interdisziplinären Intensivstation geführt werden. Rund 250 Mitarbeiter in der Pflege unterstehen der Leitung von Herrn Lorenz Auweiler sowie ihrer Stellvertretenden Leitung. Zwischengegliedert sind Stationsleitungen, außerdem gibt es noch eine Wundmanagerin und eine Pflegeexpertin, die als Stabstellen fungieren. Im weiteren Gespräch stellte Frau Bilnik die Herausforderungen der Führung eines Pflorgeteams dar. Sie schilderte, dass insbesondere die Stationsleitungen eine ausgesprochen schwierige Position im Krankenhaus einnehmen, da sie als Schnittstelle aller Disziplinen einer hohen Inanspruchnahme unterliegen. Seitens der Verwaltung erhalten sie finanziellen Druck, seitens der Pflegedirektion erhalten sie organisatorischen Druck, von den ärztli-

chen Mitarbeitern kommt der Leistungsdruck, dennoch müssen sie allem gerecht werden und sowohl das Team repräsentieren als auch für ein gutes Betriebsklima sorgen. Davon hänge letztlich in ganz ausgeprägtem Maß die Personalbindung ab, welche in Zeiten des Fachkräftemangels besonders wichtig sei. Außerdem erfordern die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ein neues Verständnis dieser Rolle, die wesentlich kaufmännischer geprägt ist als noch vor einigen Jahren. Die Teilnahme an einem Programm der Führungskräfteentwicklung hat Herr Auweiler ihr vorgeschlagen. Sie betonte aber, auch durch den Innerbetrieblichen Fortbildungskatalog, den sie regelmäßig zur eigenen Information und der ihrer Mitarbeiter studiert, darauf aufmerksam geworden zu sein. Frau Bilnik hatte bei der Teilnahme an der Führungskräfteentwicklung die Intention, zu lernen, wie sie sich in Kritikgesprächen verhält, um eine konstruktive Atmosphäre und effiziente Lösungen zu erzielen. Dies sei nicht nur hinsichtlich der eigenen Disziplin zu verstehen, sondern auch interdisziplinär, da sie die Zusammenarbeit mit den anderen Bereichen in der Organisation des Krankenhauses als besonders wichtig empfindet. Bei der Erarbeitung dieses Ziels hat ihr insbesondere die Interdisziplinarität der teilnehmenden Personengruppe geholfen. Außerdem beschrieb sie die Fallbeispiele, in denen Kritikgespräche geübt und aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet wurden als besonders wertvoll. Wie sie weiter berichtete ergeben sich Schwierigkeiten bei der konkreten Umsetzung durch die zeitlichen Rahmenbedingungen. Vor allem der Schichtdienst mache es häufig schwierig, Kritik zeitnah aufzugreifen und insbesondere kleinere Dinge, die den Betriebsfrieden stören, nicht untergehen zu lassen. Darüber hinaus sprach Frau Bilnik die Emotionalität an, die häufig Begleiter solcher Gespräche sei. Sie musste sich an dieser Stelle selbst dazu aufrufen, Gespräche niemals im Affekt zu führen, sondern stets gut vorzubereiten und auch den Gegenüber in Sachlichkeit abzuholen. Möglichkeiten zur Reflexion fand Frau Bilnik bei einer Kollegin, die ebenfalls an dem Programm teilgenommen hat, sowie in der Gruppe selbst, die sich gegenseitig Hilfestellung zusagte. Ein Zusammentreffen nach einem Jahr wurde seitens der Teilnehmer ebenfalls angeregt. Auch Frau Bilnik wurde zum Abschluss nach einem Ratschlag für angehende Führungskräfte befragt. Sie antwortete, dass zukünftige Führungskräfte nicht sofort „ja, mache ich“ auf jedes an sie getragene Anliegen erwidern sollten, sondern zunächst darüber nachzudenken, systematisch Auswirkungen von Entscheidungen zu hinterfragen und Rücksprache einzuholen. Außerdem empfahl sie die Teilnahme an der Führungskräfteentwicklung. Von dieser erhoffte sie sich außerdem, auf bereits Er-

lerntem aufbauende Kurse, die darüber hinaus auch Trends und Entwicklungen des Marktes mitaufgreifen und Möglichkeit zur Reflexion bieten sollten.

7.2.3 Datenerhebung des Interviews mit Frau Rediger

Dieser Abschnitt entspricht einer Zusammenfassung des Narrativen Interviews mit Frau Rediger. Eine vollständige Transkription ist im Anhang zu finden.

Frau Rediger ist als Stabstelle der Geschäftsführung in die Organisation der Hospitalvereinigung St. Marien eingebunden. Sie steuert das Qualitäts- und Risikomanagement für den gesamten Verbund und arbeitet in diesem Kontext mit allen Standorten zusammen. Dort gehören ihrer Abteilung Mitarbeiter an, die operativ im Qualitäts- und Risikomanagement tätig sind. In diesem Kontext beschrieb sie ihre Position als laterale Führungsposition¹⁵⁸ mit fachlicher, aber nicht disziplinarischer Weisungsbefugnis. Frau Rediger berichtete, dass sie sich zunächst gar nicht von der angebotenen Führungskräfteentwicklung angesprochen gefühlt habe. Dies sei zum einen dem Umstand geschuldet, dass sie rein fachlich führe und nicht disziplinarisch und zum anderen der Tatsache, dass sie in diese Position hineingewachsen sei und nicht planmäßig weiterentwickelt wurde. Erst als Frau Kauffmann auf sie zukam und ihr dieses Thema näher brachte, sei ihr bewusst geworden, dass sie sich als Führungskraft zu verstehen habe. Aus diesem Kontext heraus entstand auch ihre Zielsetzung. Sie wollte zunächst verstehen, wo ihre Führungsaufgaben liegen und Möglichkeiten bzw. Grenzen ihrer Führungsfunktion kennenlernen. Daraus entwickelten sich weitere Ziele, die ihre Gesprächskompetenz in schwierigen Situationen und in Veränderungsprozessen betrafen, da sie in ihrer Position häufig damit konfrontiert sei, unbequeme Themen anzusprechen und durchzusetzen. Frau Rediger sah in diesem Zusammenhang die vielen externen Veränderungen im Krankenhausumfeld als herausfordernd. Sie schilderte, dass viele Strukturen häufig noch traditionellen Mustern folgen, was zukünftig durch die Kontradiktion von wachsendem Kosten- und Qualitätsdruck nicht mehr zu halten sei und Führungskräfte vor die Aufgabe stelle, ihre Aufgaben im Gesamtkonstrukt der Organisation Krankenhaus neu zu definieren. Sie schilderte weiterhin die Veränderungen durch eine entstandene Wissensgesellschaft, die daran arbeite, immer besser zu werden sowie die Generation Y, die

¹⁵⁸ Laterale Führung umschreibt eine Führung ohne direkte Vorgesetztenfunktion. Die klassische Rolle des hierarchischen Vorgesetzten wird inzwischen häufig aufgebrochen und durch fachliche Vorgesetzte und Verantwortliche in bestimmten Projekten, Themenbereichen, Stabstellen und Querschnittsfunktionen ergänzt. Vgl. Stöwe, C., Keromosemito, L. (2013), S. 5.

ein neues Verständnis für Arbeit und ihren Lebensweg eingeschlagen habe. Hier erläuterte Frau Rediger, dass das Aufeinandertreffen von konventionellen Vorstellungen hinsichtlich der Arbeitsweise, wie sie die Babyboomer verfolgen, auf die modernen Ansichten der nachfolgenden Generationen treffen und für Reibungen und Missverständnisse sorgen. Im Kontext des Fachkräftemangels empfand sie es als umso wichtiger, sich von alten Strukturen zu lösen, flexibler zu werden und somit unterschiedliche Möglichkeiten zu schaffen, Mitarbeiter zu beschäftigen, die in den bestehenden Strukturen keinen Zugang zum Arbeitsmarkt finden, wie zum Beispiel Wiederkehrer aus der Elternzeit. Positiv hob Frau Rediger hervor, dass sie im Zuge ihrer Teilnahme an dem Führungskräfteentwicklungsprogramm Wertorientierte Führung Gelegenheit hatte, kritische Themen wie Konflikte und Selbstorganisation zu besprechen und das eigene Führungsverhalten zu reflektieren. Sie konnte die Führung kritischer Gespräche üben und sich mit den Kollegen sowie dem Trainer über gemachte Erfahrungen austauschen. Schwierigkeiten bei der Umsetzung sah sie vornehmlich darin, dass es häufig nicht gelinge, sich von Angewohnheiten und zeitlichen Restriktionen zu lösen. Angehenden Führungskräften gab sie mit auf den Weg, lebenslang zu lernen und sich aus eigener Initiative weiterzuentwickeln. Die ständige Reflexion erachtete Frau Rediger als besonders wertvoll. Außerdem sollte Weiterentwicklung ihrer Ansicht nach nicht nur das eigene Fachgebiet umfassen, sondern stets auch darüber hinaus erfolgen. Die Impulse von Kollegen, der Blick über den Tellerrand und auf das Krankenhaus als ganzheitliche, dynamische Organisation ist laut Frau Rediger der Weg zu einer guten Führungskraft.

7.2.4 Analyse

7.2.4.1 Bewusstsein für die Herausforderungen der modernen Krankenhauslandschaft

Alle befragten Teilnehmer zeigten ein großes Bewusstsein für die Herausforderungen, denen sich Führungskräfte in der Krankenhauslandschaft stellen müssen, allerdings wurden die unterschiedlichen Betrachtungsperspektiven der Berufsgruppen bei Nennung und Priorisierung deutlich.

Frau Dr. Berkenbrink begann mit der sich verändernden Rolle einer ärztlichen Führungsposition. Mit der plakativen Darstellung von Ärzten als „Götter in Weiß“ unter-

mauerte sie den enormen Umschwung hinsichtlich des Bildes und der Anforderungen noch vor einigen Jahren im Vergleich zur heutigen Sicht. Denn die Zeit der „Götter in Weiß“ ist vorbei. Die kommenden Generationen sind anders aufgewachsen, hegen andere Erwartungshaltungen an die Leitung und möchten gefördert werden. Nur die Erschaffung einer motivierenden und wertschätzenden Arbeitsatmosphäre führt zu Leistungserbringung und Loyalität.¹⁵⁹ Frau Dr. Berkenbrink berichtete, dass früher die reine fachliche Autorität ausreichte, um als Führungskraft im Krankenhaus zu bestehen. Dies habe sich enorm geändert. Die fachliche Komponente sei heute keine Voraussetzung für ein Hoheitsgebiet mehr, sondern eine Selbstverständlichkeit, die lediglich als Fundament gelte. Wirtschaftliche Problemstellungen wie eine effiziente Ressourcennutzung sowie die Erwartungshaltung an eine bindende Personalführung resultieren laut Frau Dr. Berkenbrink in der Herausforderung, ständig zu entscheiden, welchen Teil ihrer Führungsaufgabe leitende Ärzte situativ auszufüllen haben.

Frau Bilnik legte den Schwerpunkt ihrer Ausführungen auf die ihr untergeordneten Stationsleitungen, deren Position im Unternehmen sie als besonders herausfordernd erachtete, da sie Anlaufstelle für alle im Krankenhaus agierenden Interessensgruppen seien. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels sei es insbesondere in der Pflege wichtig, Mitarbeiter langfristig zu binden. Frau Bilnik berichtete, dass derzeit noch von langjährigen Betriebszugehörigkeiten profitiert werde, sie aber skeptisch sei, ob sich dies nicht in absehbarer Zeit ändern werde. Die Bezahlung sei eher unterdurchschnittlich und die physische wie psychische Belastung enorm hoch, daher zweifelte Frau Bilnik an der Nachhaltigkeit der aktuellen Situation. Eine deutliche Stärkung der mittleren Führungsebene erachtete Frau Bilnik als besonders wichtig, um dem Fachkräftemangel im Bereich der Pflege optimistisch begegnen zu können.

Während Frau Dr. Berkenbrink und Frau Bilnik die Herausforderungen der Krankenhauslandschaft sehr spezifisch in ihren Wirkungsbereichen spiegelten, wählte Frau Rediger eine übergreifende Sichtweise. Sie machte während des Gesprächs mehrfach auf die Generation Y aufmerksam und verwies auf eine sich wandelnde Krankenhausstruktur, die von neuen Treibern wie Kosten und Qualität geprägt sei. Innerhalb des Gesamtkonstrukts sei es besonders wichtig, dass Führungskräfte ihre Rolle verstehen und ausfüllen. In diesem Kontext machte sie sich auch Gedanken zu einer potenziell neu zu erarbeitenden Organisationsstruktur. Sie empfand es als problematisch, dass der medi-

¹⁵⁹ Vgl. Lorenz, M. (2008), S. 173.

zinische Erfahrungshintergrund entscheidend für die Beförderung in eine Führungsposition ist. Sie führte den Vorschlag an, Führungspositionen aufzuteilen, so dass medizinische Führung von der personellen und organisatorischen Führung abgegrenzt werde.

Die Problematik des Aufstiegs über die Fachlichkeit ist in der bestehenden Literatur bereits aufgegriffen worden. In einer Prognos-Studie aus dem Jahr 2011 wird die Krankenhausorganisation als Expertenorganisation betitelt, die von hoher Fachlichkeit der Mitarbeiter geprägt ist, was diverse Problemfelder aufwirft.¹⁶⁰ Insbesondere Ärzte sehen sich laut der Studie zuerst als Ärzte und nehmen die Führungsaufgaben eher als administrative Notwendigkeit und weniger als Management an. Der Schwerpunkt wird auf die Fachlichkeit gelegt, was in Expertenorganisationen zu einer abwertenden Haltung gegenüber dem Management führen kann und schnell Fronten entstehen lässt, die nur schwierig zu koordinieren und kombinieren sind.¹⁶¹ In der Studie wurde darüber hinaus das von allen Befragten aufgegriffene Spannungsfeld analysiert, in dem sich Führungskräfte innerhalb des Krankenhauses bewegen. Kosten-Nutzen-Wirkungen und Ressourcenaufteilung sind Bestandteil der täglichen Arbeit geworden. Häufig kann nicht genug Zeit für die Behandlung der Patienten aufgebracht werden. Zudem sind die Führungskräfte zwar fachliche Experten, die benötigten Fähigkeiten als Führungskraft und das damit verbundene Managementwissen bringen sie jedoch allzu häufig nicht mit.¹⁶²

Vor diesem Hintergrund sprachen sich alle Gesprächsteilnehmer für Führungskräfteentwicklung als wichtiges Instrument aus, räumten jedoch auch ein, dass sich die Krankenhausstruktur selbst an die neuen Bedingungen anpassen muss, um den Führungskräften auch die Möglichkeiten zu schaffen, dem Spannungsfeld aus ökonomischen, moralischen und politischen Herausforderungen gerecht zu werden.

7.2.4.2 Zielsetzungen

Die Interviewten berichteten aus sehr unterschiedlichen Perspektiven und fanden doch großen Konsens bei ihren Erwartungen an die Führungskräfteentwicklungsmaßnahmen.

Frau Dr. Berkenbrink erklärte ihre Zielsetzung auf Grundlage ihrer Position, die sie als „schwierige Sandwichposition“ bezeichnete. Denn sie leitet fachabteilungsunabhängig die Intensivstation und hat somit kein eigenes Team, sondern Mitarbeiter aus den unter-

¹⁶⁰ Vgl. Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C., Jetzke, T. (2011), S. 19.

¹⁶¹ Vgl. Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C., Jetzke, T. (2011), S. 19-25.

¹⁶² Vgl. Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C., Jetzke, T. (2011), S. 26-30.

schiedlichen involvierten Abteilungen, die auf der Intensivstation ihre Patienten versorgen. Darüber hinaus berichtete sie, dass es im Haus keine vergleichbare Position gebe und sie somit eine Art Pilotprojekt mit entsprechendem Mangel an Erfahrungswerten sei. In diesem Kontext erhoffte sie sich von der Teilnahme an der Führungskräfteentwicklung, im Umgang mit schwierigen Situationen Routine zu erhalten, insbesondere was die Kommunikation untereinander betrifft.

Auch Frau Bilnik setzte die Kommunikation in den Fokus ihrer Erwartungen. Sie wies auf, dass die Situation im Krankenhaus von einer großen Abhängigkeit untereinander geprägt sei. So müsse die Arbeitsorganisation berufsübergreifend zwischen dem ärztlichen Dienst und der Pflege abgestimmt werden. Dies ließe immer die Gefahr, Konfrontationen hervorzurufen. Dem könne man nur mit Verständnis füreinander begegnen, welches erst mal erarbeitet werden müsse. Kritikgespräche seien aber nicht nur interdisziplinär ihre Herausforderung, sondern auch innerhalb der eigenen Abteilung. Frau Bilnik berichtete, dass sie in ihrem Studium wenig auf tatsächliche Konfrontationen vorbereitet worden sei. In diesem Kontext erhoffte sie sich zu erlernen, sicherer mit Konfliktgesprächen umzugehen und Elemente wie Lösungsorientierung und Sachlichkeit systematisch in ihre Gespräche einzubauen.

Frau Rediger erzählte von einer großen Unklarheit hinsichtlich ihrer Rolle als Führungskraft. Sie sei in diese Aufgabe hineingewachsen und habe sich zunächst mehr als Expertenberater verstanden à als Führungskraft. Hier wird deutlich, dass die Denkweise der Krankenhausorganisation als Expertenorganisation nicht nur die medizinischen Abteilungen betrifft, sondern durchaus auch den kaufmännischen Bereich. Insofern war es Frau Redigers primäres Anliegen, ihre Führungsrolle zu verstehen und ihre Position in der Führungsebene zu finden. Darauf aufbauend erhoffte sich Frau Rediger zu erlernen, wie sie mit Widerständen und Konfliktsituationen umgeht und insbesondere vor dem Hintergrund der sich schnell wandelnden Organisation, auch an das Thema Change Management herangeführt zu werden.

Festzuhalten ist, dass alle Zielsetzungen mit den individuellen Herausforderungen der jeweiligen Positionen zusammenhängen. Vor allem in den Gesprächen mit Frau Dr. Berkenbrink und Frau Rediger wurde erneut deutlich, dass das Rollenverständnis von Führungskräften in der Organisation Krankenhaus von Unsicherheit geprägt ist. Auf der einen Seite erschweren zu viele Herausforderungen die Priorisierung, auf der anderen Seite wird es immer notwendiger, sich von alten Strukturen zu lösen und wirtschaftliche

Ansprüche an die Führungsposition zu stellen. Diese soll geprägt sein von Flexibilität, Wertschätzung und Wirtschaftlichkeit verbunden mit einer schnellen Umsetzungsfähigkeit. Das ursprüngliche Verständnis von Führung im Krankenhaus wird durch das Schlagwort „Management“ ersetzt.¹⁶³

Das Thema Kommunikation scheint hierbei eine übergeordnete Herausforderung zu sein, denn alle Teilnehmer haben dies in den Fokus ihrer Ausführungen gestellt – sowohl die Kommunikation mit dem eigenen Team als auch mit anderen Abteilungen und Berufsgruppen. Dies vertrat vor allem Frau Bilnik, die die unterschiedlichen Einstellungen und Zielsetzungen von ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern anführte und damit traditionell gewachsenes Konfliktpotenzial zwischen diesen beiden zentralen Berufsgruppen des Krankenhauses aufwarf. Dass gerade Frau Bilnik als Stellvertretende Pflegedirektorin diesen Missstand aufdeckte, scheint kein Zufall zu sein. Einer Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zu Arbeitsbedingungen im Krankenhaus folgend, seien es gerade Mitarbeiter der Pflege, die Kommunikationsprobleme spüren und sich von ärztlichen Mitarbeitern nicht wertgeschätzt fühlen.¹⁶⁴ Die traditionelle Sichtweise der Pflegekräfte als dienend und der Ärzte als entscheidend wird durch den Wandel von Professions- und Geschlechterrollen zunehmend aufgebrochen.¹⁶⁵ Die in hohem Maße erforderliche Interdisziplinarität wird durch hohe Arbeitsbelastung und Fachkräftemangel immer wieder auf den Prüfstand gestellt.¹⁶⁶ Konflikte, Anschuldigungen und Vorwürfe untereinander, können Auslöser für die Unzufriedenheit der Mitarbeiter und somit dafür sein, dass Mitarbeiter über einen Wechsel des Arbeitgebers nachdenken. Die besonders hohen Ansprüche innerhalb der Organisation Krankenhaus scheinen allen Teilnehmern bewusst und ein wichtiges Anliegen, um der Verantwortung ihren Mitarbeitern und Kooperationspartnern gegenüber gerecht zu werden. Gleichzeitig fühlen sie sich in dieser Hinsicht nicht gut ausgebildet. Sowohl Frau Dr. Berkenbrink als auch Frau Bilnik berichteten, dass ihre medizinische bzw. pflegerische Ausbildung sie nicht auf komplizierte Gespräche und Konfliktlösung vorbereitet habe. Zu fachlich und zu theoretisch seien die Studiengänge zu Medizin und Pflegemanagement. Dem Gegenüber sah sich Frau Rediger mit einem absolvierten pädagogisch ausgerichteten Studium wesentlich besser auf diese Erfordernisse vorbereitet. Dies bestätigt die Not-

¹⁶³ Vgl. Stadelhofer, E. (2001), S. 12.

¹⁶⁴ Vgl. Hibbeler, B. (2011), S. 2140.

¹⁶⁵ Vgl. Hibbeler, B. (2011), S. 2142.

¹⁶⁶ Vgl. Loffing, D., Loffing, C. (2010), S. 57.

wendigkeit von Entwicklungsprogrammen zur Stärkung der Führung in Medizin und Pflege.

7.2.4.3 Evaluierung der Teilnahme an Führungskräfteentwicklung

Während Frau Dr. Berkenbrink an der Seminarreihe Chefarzttraining teilgenommen hat, absolvierten Frau Bilnik und Frau Rediger die Module zur Werteorientierten Führung. Überraschenderweise hoben dennoch alle drei Teilnehmer den gleichen Aspekt als besonders positiv hervor und dieser Aspekt ist nicht etwa ein fachlicher Inhalt, sondern betrifft die teilnehmende Gruppe selbst. Diese war in allen Modulen von hoher Heterogenität geprägt. Es waren Mitarbeiter aller Berufsgruppen vertreten und auch die Geschäftsführung nahm daran teil. Diese Konstellation bot eine besondere Plattform, um sich in strukturierter Weise zu präsentieren und auszutauschen und auf diese Weise Verständnis füreinander zu schaffen. Probleme und Perspektiven verschiedener Berufsgruppen wurden deutlich, was die in Kapitel 7.2.4.2 angeführte Schnittstellenproblematik berührte. Wie Frau Rediger anführte, war dies nicht ganz frei von Widerstand und Konflikt, doch durch die Kontinuität der Gruppe, die sich im Kontext der Führungskräfteentwicklung zeitversetzt zu den verschiedenen Modulen traf, gelang es, eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, in der fachliche Übungen und die Reflexion der eigenen Position leicht fielen. Auch hinsichtlich der fachlichen Inhalte waren sich die Teilnehmer einig, dass insbesondere die Übung von Kritikgesprächen einen Mehrwert für sie ausfüllte, aber auch die Aspekte Selbstreflexion und Selbstorganisation wurden positiv hervorgehoben. Frau Dr. Berkenbrink war es als Teilnehmerin des Chefarzttrainings vorbehalten, sich am Besuch des Hofes eines Psychologen und Tierpsychologen zu beteiligen. Dies hob sie besonders positiv hervor. Zum einen, weil sie selbst passionierte Reiterin ist, zum anderen aber auch, weil sie die gewonnenen Eindrücke als beeindruckend empfand. Das Pferd als ihr Gegenüber spiegelte Vertrauen, das Verhältnis zueinander und die eigene Klarheit. Dies schilderte Frau Dr. Berkenbrink als besondere Bereicherung im Kontext der Führungskräfteentwicklung. Insgesamt kann festgehalten werden, dass alle Teilnehmer ein positives Fazit aus der Teilnahme an Führungskräfteentwicklung ziehen konnten. Es gibt jedoch auch einige Verbesserungswünsche für die Zukunft. Auch hier spiegelten die Teilnehmer ein Bedürfnis sehr einheitlich. Dies entspricht dem Wunsch nach Kontinuität in der Entwicklungsmaßnahme. Frau Dr. Berkenbrink beschrieb das Chefarzttraining als gute Basis, betonte jedoch, dass im Alltag Din-

ge in Vergessenheit geraten oder einfach untergehen und äußerte den Wunsch, berufsbegleitend weiterhin geschult zu werden. Auch Frau Bilnik und Frau Rediger wünschten sich fortsetzende Module, um die Anwendung und möglicherweise auftretende Probleme zu diskutieren. Darüber hinaus nannten die Teilnehmer weiterführende Inhalte, die sie als wertvoll für ihre Arbeit erachten würden. Die Inhalte wurden zum Teil als noch zu traditionell und zu wenig angepasst an aktuelle Herausforderungen angesehen. Hier wurden Schlagwörter der modernsten Krankenhauslandschaft genannt, wie zum Beispiel die Generation Y, Strukturveränderungen, neue Treiber wie Kosten und Qualität. Frau Bilnik nutzte die Metapher einer Aufwärtsspirale, die sich immer weiter drehe und in der es wichtig sei, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln, um den neuen Trends gewachsen zu sein.

7.2.4.4 Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Frau Dr. Berkenbrink verwies im Rahmen des Gespräches auf Strukturen, Vorstellungen und Gedanken, die sie an vielen Stellen als veraltet erachtet, was die Umsetzung neuer Gedankengänge und Ideen erschwere. Mit diesem Empfinden ist sie in deutschen Krankenhäusern nicht alleine. Denn hier wurde viele Jahre versäumt, die Organisation und all ihre Prozesse an die Entwicklungen in anderen Branchen, wie beispielsweise der Industrie, anzugleichen. Häufig noch von ausschließlich reaktivem Charakter geprägt, versäumten und versäumen immer noch viele Einrichtungen den aktiven Fortschritt hinsichtlich einer strategischen Weiterentwicklung vor allem in den Bereichen Personal, Controlling und Prozessmanagement.¹⁶⁷ Change Management¹⁶⁸ ist vor diesem Hintergrund nur selten in deutschen Krankenhäusern vertreten. Die Etablierung erfordert vor allem Zeit, um Strategien und Strukturen zu entwickeln, Führungskräfte einzubinden und deren Mitarbeiter konsequent einzuweihen.¹⁶⁹ Doch genau dieses Kriterium benannten alle drei Befragten als kritischen Faktor für die erfolgreiche Umsetzung der in der Führungskräfteentwicklung erlernten Inhalte. Und das in zweierlei Hinsicht. Denn Zeit ist vor dem Hintergrund knapp, dass alle Mitglieder der Organisation einem hohen Leistungsdruck unterworfen sind, der durch kurzlebige Verweildauern und steigende Patientenzahlen forciert wird. Als besonders erschwerend wurde jedoch insbesondere

¹⁶⁷ Vgl. Fleischer, W. (2012), S. 501.

¹⁶⁸ Mit dem Begriff Change Management (zu Deutsch: Veränderungsmanagement) ist der Prozess gemeint, innerhalb dessen Veränderungen professionell gesteuert werden. Vgl. Stolzenberg, K., Heberle, K. (2013), S. 5.

¹⁶⁹ Vgl. Fleischer, W. (2012), S. 501.

von Frau Dr. Berkenbrink und Frau Bilnik der Schichtdienst hervorgehoben. Schichtdienst macht es möglich, dass deutsche Krankenhäuser ganzjährig an 24 Stunden am Tag die medizinische und pflegerische Versorgung der Bürger gewährleisten können. Dies spiegelt exemplarisch der 2007 erhobene Mikrozensus, in dem Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege untersucht wurden. Die Auswertung ergab, dass zum damaligen Stand 69 Prozent der Gesundheits- und Krankenpfleger gelegentlich, regelmäßig oder ständig im Schichtdienst arbeiteten. Über 80 Prozent arbeiteten samstags sowie an Sonn- und Feiertagen.¹⁷⁰ Dies sei problematisch, denn die von allen Parteien gewünschte Stringenz in der Kommunikation leide unter diesen Arbeitszeiten. Die Arbeitszeiten von Mitgliedern des Managements mit den Arbeitszeiten der Mitarbeiter und allen gewünschten Teilnehmern so zu kombinieren, dass zeitnah Gespräche geführt werden können, wurde als große Schwierigkeit angesehen. Dies beeinträchtigt die generelle Kommunikation, insbesondere jedoch auch ein funktionierendes Konfliktmanagement. Auch die Durchdringung von Neuerungen und die konsequente Führung hin zur Umsetzung neuer Verfahrens- und Denkweisen leidet unter diesem Arbeitszeitmodell, da Nachfragen und auch die Kontrollinstanz zu vielen Arbeitszeiten nicht möglich sind und das obwohl die erfolgreiche Kommunikation heute als wichtigster Bestandteil von Führung angesehen wird.¹⁷¹ Probleme in der Kommunikation treten nicht nur auf abteilungsinterner Ebene auf, sondern, wie in Kapitel 7.2.4.2 angeführt auch interdisziplinär.

7.2.5 Zwischenfazit

Die befragten Teilnehmer der Führungskräfteentwicklungsprogramme in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria zeigten nicht nur ein großes Bewusstsein für die Entwicklungstrends der Krankenhauslandschaft, sondern spürten diese Veränderungen und deren Effekte bereits in ihrem beruflichen Alltag. Sei es der Kostenfaktor, der Fachkräftemangel oder der Umgang mit der Generation Y, alle Teilnehmer entdeckten konkrete Herausforderungen für die eigene Führungsaufgabe und die Führungsaufgaben in der Organisation Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund äußerten sie sich positiv über die Möglichkeiten der Teilnahme an Führungskräfteentwicklung in der Stiftung. Trotz unterschiedlicher Zielsetzungen berichteten alle Teilnehmer von einem gewonne-

¹⁷⁰ Vgl. Afentakis, A. (2009), S. 2.

¹⁷¹ Vgl. Franke, D. (2007), S. 42.

nen Mehrwert, der im Wesentlichen aus zwei Aspekten der Maßnahmen hervorging. Zum einen war dies die Interdisziplinarität der Gruppe, die verschiedene Perspektiven einbrachte und Verständnis für die Probleme der unterschiedlichen Fachbereiche und Berufsgruppen sowie eine bessere Vernetzung schaffte. Zum anderen wurde vor dem Hintergrund häufig auftretender schwieriger Situationen im Umgang mit abteilungseigenen sowie interdisziplinären Interessensgruppen die Übung von Kritikgesprächen in Rollenspielen besonders positiv hervorgehoben. Übereinstimmend wurde darüber hinaus der Wunsch geäußert, kontinuierlich an einem Weiterentwicklungsprozess beteiligt zu sein und somit sowohl die eigene Führungskompetenz zu verbessern als auch die Entwicklungen des Krankenhausumfeldes zu verfolgen und in die eigene Perspektive aufzunehmen. Im Kontext der zu gewährleistenden Patientenversorgung und der Aufrechterhaltung des Betriebs ist der zeitliche Rahmen ein kritischer Faktor, was vor allem die Vertreterinnen der Bereiche Pflege und Medizin betonten. Dennoch waren sich alle Teilnehmer einig, dass den Herausforderungen des sich wandelnden Krankenhausumfeldes nur erfolgreich begegnet werden kann, wenn Veränderungen aufgearbeitet und Führungskräfte auf die neuen Anforderungen vorbereitet werden.

7.3 Gegenüberstellung

Eine hohe Sensibilisierung für die Herausforderungen der modernen Krankenhauslandschaft wurde von Frau Kauffmann und den Teilnehmern der Führungskräfteentwicklung geteilt. Hier fällt auf, dass Frau Kauffmann und Frau Rediger, die beide aus der Management-Ebene des kaufmännischen Bereiches kommen, eine etwas übergreifendere Sichtweise auf die Organisation Krankenhaus hatten als Frau Dr. Berkenbrink und Frau Bilnik. Korrespondierend wurden von Frau Kauffmann und Frau Rediger die großen Trends der Krankenhausumgebung genannt. Der demographisch beeinflusste Arbeitsmarkt verbunden mit dem vorherrschenden Fachkräftemangel, die Generation Y, Kosten- und Leistungsdruck waren die Spitzenreiter, zu denen Frau Kauffmann und auch Frau Rediger im Laufe des Gespräches immer wieder zurückkehrten. Sie erkannten diese Trends deutlich als Auslöser für ein Umdenken in deutschen Krankenhäusern und setzten die Führungskräfteentwicklung in diesen Kontext. Während Frau Kauffmann in der Vorstellung möglicher Herausforderungen der Krankenhauslandschaft eine gänzlich allgemeine Sichtweise verkörperte, kam Frau Rediger mehrfach auf ihr eigenes Fach – das Qualitätsmanagement – zu sprechen, dem sie in diesem Zusammenhang hohe Be-

deutung einräumte. Frau Dr. Berkenbrink und Frau Bilnik erfassten die Herausforderungen aus einer vertieften Perspektive, die ihrer jeweiligen Fachlichkeit entsprach. Frau Dr. Berkenbrink benannte ebenfalls die Herausforderungen, die Kostendruck und der verantwortliche Umgang mit vorhandenen Ressourcen mit sich bringen, setzte diese jedoch sofort in den Bezug zu der Aufgabe einer ärztlichen Leitungsposition. Hier erkannte sie großen Veränderungsbedarf in den spezifischen Positionen, da das Umdenken eng gekoppelt an die Personen sei, die diese Ämter bekleiden. Die Verbindung zum eigenen Fach stellte auch Frau Bilnik her, die den Fachkräftemangel im Pflegebereich im Kontext schlechter Bezahlung, hoher physischer und psychischer Belastung und großen Leistungsdrucks erläuterte. Bei dieser Herangehensweise der Teilnehmer wird der Aufbau eines Krankenhauses als Expertenorganisation erneut deutlich. Denn obwohl die Fragestellung bei allen Befragten neutral formuliert war, wahrte nur Frau Kauffmann eine ebenfalls neutrale Darstellung während die Teilnehmer der Führungskräfteentwicklung die Brille ihrer fachlichen Perspektive zumindest in Teilen aufbehielten. Festzuhalten ist, dass die Teilnehmer der Interviews als Vertreter der drei großen Berufsgruppen im Krankenhaus – Medizin, Pflege und Verwaltung – den Herausforderungen der sich wandelnden Krankenhauslandschaft hohe Bedeutung bemessen, was die in Kapitel 3.2 aufgestellte These stützt, dass Führungskräfte in deutschen Krankenhäusern ihre Führung an die Trends der modernen Krankenhauslandschaft anpassen müssen.

Die Zielsetzung der Führungskräfteentwicklung wurde von Frau Kauffmann strategisch angesetzt. Mit dem übergeordneten Ziel, durch gute Führung ein gutes Arbeitsklima zu schaffen, Mitarbeiter zu binden und somit eine gute Versorgungsleistung sicherzustellen, verfolgte sie zwei Gedankengänge. Zum einen die Entwicklung und Stärkung einer, wie sie sagte, besonderen Unternehmenskultur hinsichtlich der Berücksichtigung des christlichen Leitbildes der Einrichtungen. Zum anderen ganz praktisch die Entwicklung von Führungskräften, die führen können und das Handwerkszeug dafür nutzen können. Die Teilnehmer der Führungskräfteentwicklung verfolgten individuelle Ziele, die wesentlich enger an ihren operativen Alltag gekoppelt sind. Insbesondere, die Fähigkeit mit schwierigen, konfliktären Situation umzugehen, Kritikgespräche zu führen und das Verständnis füreinander über den eigenen Fachbereich hinaus und somit eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit wurden von den Teilnehmern übereinstimmend genannt. Somit orientiert sich die Zielsetzung der Teilnehmer eher am zweiten

von Frau Kauffmann gesetzten Ziel, nämlich der Gewinnung von Führungskompetenz unter Zuhilfenahme von Führungswerkzeugen. In den geführten Gesprächen wurde deutlich, dass vor allem die Teilnehmer aus Medizin und Pflege sich rein aus ihrer Ausbildung nicht gut genug auf Führungsaufgaben vorbereitet sahen und somit die Führungskräfteentwicklung als Chance sahen, diese Defizite in der praktischen Führungstätigkeit zu beseitigen. Aufgrund der Vielfältigkeit der übertragenen Aufgaben und der hohen Inanspruchnahme der Führungskräfte im Krankenhaus scheinen operative Fragestellungen so brisant zu sein, dass strategische Gedanken nur selten Zeit und Raum finden. Obwohl Frau Rediger und Frau Bilnik die Module zur Werteorientierten Führung besuchten, rückten die in diesem Kontext erlernten Instrumente für die Teilnehmer in den Hintergrund. Frau Bilnik argumentierte, dass die Sprache in Claims auf der Grundlage christlicher Werte die vielen jungen Leute in der Pflege nicht erreiche und somit für sie wenig Relevanz habe. Die Befragten waren sich jedoch auch einig, dass sie diese Werte verinnerlichen müssen, um als Vorbilder auftreten zu können. Frau Dr. Berkenbrink ging an dieser Stelle noch etwas weiter und betitelte die Werteorientierung als „condicio sine qua non“, also als Bedingung, ohne die nichts geht. Sie sah die Werteorientierung weniger als ein Ziel, sondern als Arbeitsvoraussetzung in diesem Berufsfeld, insbesondere in einem konfessionellen Haus.

Sowohl im Gespräch mit Frau Kauffmann als auch in den Gesprächen mit den Teilnehmern der Führungskräfteentwicklung wurde deutlich, dass der Begriff Führungskräfteentwicklung in der Regel mit der konkreten Maßnahme gleichgesetzt wird. Sowohl die Informationserlangung vor der Maßnahme als auch die Evaluierung und Weiterführung im Nachhinein mussten bei allen Teilnehmern konkret hinterfragt werden, gleiches galt für Methoden der Potentialidentifikation und des Controllings im Gespräch mit Frau Kauffmann. Dabei ergaben die Nachfragen, dass Maßnahmen zur Potenzialidentifikation durchaus Anwendung finden während das Controlling noch Nachholbedarf aufwies. Den Teilnehmern hingegen waren die Bemühungen vor und nach den Programmen nur wenig bewusst. Sie berichteten, dass Vorgesetzte oder die Geschäftsführung sie auf die konkrete Maßnahme aufmerksam gemacht und für die Teilnahme gewonnen hatten. Während Frau Dr. Berkenbrink die Gelegenheit hatte, in einem Feedbackgespräch nach dem Chefarzttraining die gesammelten Erfahrungen zu reflektieren, vermissten Frau Rediger und Frau Bilnik dies. Alle Teilnehmer regten ferner an, Führungskräfteentwicklung berufsbegleitend langfristig auszugestalten. Die besuchten Trainings empfanden

alle Beteiligten als persönlichen Zugewinn, sahen sie jedoch eher als Basis, auf der ein weiterführender Kompetenzerwerb aufbauen könne. Indes ihnen gleichermaßen die Rollenspiele zur Gesprächsführung in Konfliktsituationen besonders wertvoll erschienen, wünschten sie sich die zusätzliche Implementierung von weiteren Themen, die u.a. aktuelle Entwicklungstrends betreffen. Frau Rediger bemerkte an dieser Stelle, dass die Inhalte der Werteorientierten Führung zum Teil noch etwas traditionell geprägt seien und sie sich insbesondere vor den Herausforderungen der Generation Y die Aufnahme moderner Aspekte wünsche. Mehrfach betont wurde von allen Teilnehmern, dass sie die Interdisziplinarität der Gruppe als essentiellen Zugewinn der Maßnahme erachten. Dieser Nebeneffekt der Seminare entwickelte sich zu einem bedeutenden Kriterium für die Teilnehmer, die das Verständnis für die Perspektiven anderer Fachabteilungen und Berufsgruppen sowie die gewonnene Vernetzung als signifikanten Zugewinn hervorhoben.

Mit der Frage nach einem Ratschlag für angehende Führungskräfte sollte ein persönlicher Bezug hergestellt und die Prioritäten der Interviewten verdeutlicht werden. Frau Kauffmann beschrieb Führung in diesem Kontext als eigene Aufgabe, die man nicht nebenher machen könne und die man nur übernehmen sollte, „wenn man Menschen mag“ und verwies damit auf die Perspektive, nicht nur vertikal Karriere machen zu können. Dies bestärkte nochmal, dass in Krankenhäusern sehr starre Strukturen herrschen, fachliche Routine führt traditionell zu Führungspositionen. Dieser Aspekt wurde sowohl von Frau Kauffmann als auch von Frau Rediger zur Diskussion gestellt. Denn fachliche Fähigkeiten können nicht mit Führungsqualitäten gleichgesetzt werden. An der Qualifizierung setzt Frau Rediger auch ihren Ratschlag für angehende Führungskräfte an. Sie empfahl, lebenslanges Lernen in Verbindung mit dem Anspruch, die eigene Position stets zu überprüfen und auch den „Blick über den Tellerrand“ zu wagen. Die Teilnehmerinnen aus den Bereichen Medizin und Pflege, Frau Dr. Berkenbrink und Frau Bilnik, verwiesen beide darauf, auf sich selbst zu achten und sich nicht zu überladen. Zum einen, so zeigte Frau Bilnik auf, müssen Entscheidungen systematisch und durchdacht getroffen werden, zum anderen, so Frau Dr. Berkenbrink, sei Führung ein langes Projekt, das „nicht in einem Jahr klappt“, weshalb die Selbstfürsorge und das Aufladen der eigenen Batterien besonders wichtig seien. Die korrespondierenden Ratschläge von Frau Dr. Berkenbrink und Frau Bilnik zeigen einmal mehr, wie hoch die Arbeitsbelastung in diesen Berufsgruppen ist, was Führung im Krankenhaus zu einem

Drahtseilakt hinsichtlich Priorisierung, Selbstorganisation und verantwortlichem Umgang mit allen Interessensgruppen werden lässt.

7.4 Handlungsempfehlungen

Die korrespondierenden Aussagen der Teilnehmer von Führungskräfteentwicklung und des Initiators dieser Entwicklungsmaßnahme machen deutlich, dass Führungskräfteentwicklung in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria als Zugewinn für die erfolgreiche Wahrnehmung von Führungsaufgaben gesehen und in den Kontext des unternehmerischen Erfolges gesetzt wird. Vor diesem Hintergrund wurde die in Kapitel 3.2 aufgestellte Hypothese, die effiziente Ausgestaltung der Führungskräfteentwicklung, und somit die Gewährleistung entsprechend qualifizierter Führungskräfte, stelle einen entscheidenden Faktor hinsichtlich der Wettbewerbsfähigkeit des Krankenhauses dar, zumindest aus der subjektiven Sicht der Befragten bestätigt. Es ist jedoch festzuhalten, dass es sich bei der vorangehenden Untersuchung um eine Momentaufnahme in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria handelt, die allenfalls beispielhaft angeführt werden kann, jedoch keine Repräsentativität ermöglicht. Dennoch haben die erhobenen Daten Denkanstöße eröffnet, wie Führungskräfteentwicklung ausgestaltet werden kann, um zu eben diesem erfolgreichen Treiber eines Krankenhauses zu werden. Dabei sind einige praktische Elemente deutlich geworden, die diese Arbeit als Handlungsempfehlungen abrunden sollen:

- Die Führungskräfteentwicklung sollte an die strategische Ausrichtung der Unternehmenskultur angebunden sein
- Maßnahmen der Führungskräfteentwicklung sollten Führungskräfte kontinuierlich und systematisch begleiten
- Seminargruppen sollten interdisziplinär ausgestaltet werden, um neben fachlichen Inhalten den Austausch und die Vernetzung untereinander zu ermöglichen
- Individuelle Problemstellungen und Sichtweisen sollten berücksichtigt werden
- Entwicklungstrends sollten erfasst und in die Seminare aufgenommen werden
- Grenzen klassischer Seminare sollten gebrochen werden und Anreize der Teilnahme durch neue Elemente, wie zum Beispiel den Besuch des Tierpsychologen, geschaffen werden

8 Fazit und Ausblick

8.1 Fazit

Die Krankenhauslandschaft befindet sich in einem tiefgreifenden Veränderungsprozess, ausgelöst durch umfassende wirtschaftliche, politische, soziodemographische und technologische Entwicklungen, die wohl auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Herausforderungen der Führungskräfte diktieren werden. Vor diesem Hintergrund unterliegen Führungskräfte in deutschen Krankenhäusern vielfältigen Anforderungen, die sie täglich priorisieren müssen. Neben der Sicherstellung des Tagesgeschäftes sind sie Ansprechpartner aller Interessensgruppen und verantwortlich für die Personalbindung ihres Bereiches, was sie zu einem bedeutenden Wettbewerbsfaktor des Krankenhauses werden lässt. Die Befragung der Teilnehmer der Führungskräfteentwicklung in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria hat gezeigt, dass die Ausbildung im pflegenden und medizinischen Bereich Mitarbeiter, die im Krankenhaus in der Regel über fachliche Fähigkeiten in eine Führungsrolle gelangen, nicht ausreichend auf diese Führungsaufgaben vorbereitet. Führungskräfteentwicklung kann diese Qualifizierungslücken schließen und Führungskräfte in der Ausübung ihrer Tätigkeit unterstützen. Wie alle Teilnehmer der Führungskräfteentwicklung hervorhoben, reichen einzelne Seminare hierfür nicht aus. Vielmehr muss Führungskräfteentwicklung langfristig in die Personalentwicklung integriert werden und die Führungskräfte bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung begleiten. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Kontext auch die Möglichkeit einer zeitlich versetzten Reflexion, um Themen aufzuarbeiten, Probleme in der Umsetzung zu diskutieren und den Transfer zu evaluieren. Dabei darf Führungskräfteentwicklung nicht nur als ein Instrument der Personalentwicklung gesehen werden, sondern als Bestandteil der Unternehmenskultur, die sich auf den Veränderungsprozess einstellt, um langfristig erfolgreich auf dem kompetitiven Markt des Gesundheitswesens bestehen zu können. Die Ressource Mitarbeiter zu binden, hat sich zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor entwickelt und somit die Führungskräfteentwicklung zu einem bedeutsamen Instrument der modernen Krankenhauslandschaft, denn

Mitarbeiter verlassen nicht Unternehmen, Mitarbeiter verlassen Führungskräfte.¹⁷²

¹⁷² Vgl. Kestel, C. (2015).

8.2 Ausblick

Die bereits wahrgenommenen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft werden zukünftig durch weitere Herausforderungen ergänzt werden. Generation Y und Z, Health 4.0 und RoboCare sind nur einige Schlagwörter der neuen Trends. Auf diversen Kongressen des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel dem Hauptstadt Kongress oder dem Personalkongress der Krankenhäuser, treffen sich Vertreter aus Krankenhäusern, Praxen, Krankenkassen und Politik, um die Entwicklungen zu diskutieren und Wege zu finden, ihnen erfolgreich zu begegnen. Führungskräfteentwicklung ist ein Element einer Unternehmenskultur, die sich diesen Herausforderungen stellt. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass Personalmanagement eine ganzheitliche Rolle spielt, die aus vielen Komponenten besteht. Arbeitsplatz- und -zeitflexibilität zu gewähren, um so Mitarbeiter zu erreichen, die unter gegebenen Umständen nicht am Arbeitsmarkt teilnehmen können oder Vergütungsmodelle zu überdenken und Leitungspositionen auch in dieser Hinsicht zu honorieren, sind nur zwei Beispiele, die in den Gesprächen mit den Teilnehmern der Führungskräfteentwicklung in der Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria aufgedeckt wurden. Auf Entscheider deutscher Krankenhäuser kommen mannigfaltige Herausforderungen zu, die eine Abwendung von althergebrachten Strukturen zugunsten neuer Wege und innovativer Konzepte erfordern werden.

Literaturverzeichnis

I. Monographien

Bea, F. (2011): Einleitung: Führung, in Bea, F., Schweitzer, M. (Hrsg.), Allgemeine Betriebswirtschaftslehre Band 2: Führung, Konstanz, München 2011, S. 23-37

Berthel, J., Becker, F. (2013): Personal-Management: Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit, 10. Aufl., Stuttgart 2013

Becker, M. (2013): Personalentwicklung: Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis, 6. Aufl., Stuttgart 2013

Bröckermann, R. (2012): Personalwirtschaft: Lehr- und Übungsbuch für Human Resource Management, 6. Aufl., Stuttgart 2012

Dankowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C. (2000): Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte – Strategien – Lösungen, Stuttgart, Berlin, Köln 2000

Dillerup, R., Stoi, R. (2013): Unternehmensführung, 4. Aufl., München 2013

Falk, S. (2007): Personalentwicklung, Wissensmanagement und Lernende Organisation in der Praxis: Zusammenhänge – Synergien – Gestaltungsempfehlungen, 2. Aufl., München, Mehring 2007

Felfe, J. (2012): Arbeits- und Organisationspsychologie 2 – Führung und Personalentwicklung, Stuttgart 2012

Fischer, M. (2012): Das konfessionelle Krankenhaus: Begründung und Gestaltung aus theologischer und unternehmerischer Perspektive, 3. Aufl., Berlin 2012

Franke, D. (2007): Krankenhaus-Management im Umbruch: Konzepte – Methoden – Projekte, Stuttgart 2007

Gans, P. (2011): Bevölkerung: Entwicklung und Demographie unserer Gesellschaft, Darmstadt 2011

Harramach, N. (1995): Trainings-Erfolgs-Kontrolle, München 1995

Hellmann, W., Hoefert, H. (2012): Das Krankenhaus im demografischen Wandel: Theoretische und praktische Grundlagen zur Zukunftssicherung, Heidelberg 2012

Hutzschenreuter, T. (2009): Allgemeine Betriebswirtschaftslehre: Grundlagen mit zahlreichen Praxisbeispielen, 3. Aufl., Wiesbaden 2009

Jentjens, S. (1997): Führungskräfteentwicklung in Grossbanken – Ein deutsch-französischer Vergleich, München, Mering 1997

Jung, H. (2011): Personalwirtschaft, 9. Aufl., München 2011

Jung, R., Klein, M. (1993): Management: Personen – Strukturen – Funktionen – Instrumente, München, Wien 1993

Kanning, U., Kempermann, H. (Hrsg.) (2012): Fallbuch BIP: Das Bochumer Inventar zur praxisbezogenen Persönlichkeitsbeschreibung in der Praxis, Göttingen u.a. 2012

Krogerus, M., Tschäppeler, R. (2015): The Test Book, London 2015

Küsters, I. (2009): Narrative Interviews: Grundlagen und Anwendungen, 2. Aufl., Wiesbaden 2009

Lamnek, S. (2010): Qualitative Sozialforschung, 5. Aufl., Basel 2010

Loffing, D., Loffing, C. (2010): Mitarbeiterbindung ist lernbar: Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen, Berlin, Heidelberg 2010

Mayer, H. (2006): Interview und schriftliche Befragung, 3. Aufl., München 2006

Mayring, P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 5. Aufl., Weinheim, Basel 2002

Mentzel, W. (2012): Personalentwicklung: Wie Sie Ihre Mitarbeiter fördern und weiterbilden, 4. Aufl., München 2012

Naegler, H. (2014): Personalmanagement im Krankenhaus, 3. Aufl., Berlin 2014

Nicolai, C. (2014): Personalmanagement, 3. Aufl., Konstanz, München 2014

Oechsler, W. (2011): Personal und Arbeit: Grundlagen des Human Resource Management und der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen, 9. Aufl., München 2011

Olfert, K. (2012): Personalwirtschaft, 15. Aufl., Herne 2012

Parment, A. (2009): Die Generation Y – Mitarbeiter der Zukunft: Herausforderung und Erfolgsfaktor für das Personalmanagement, Wiesbaden 2009

Rathje, E. (2003): Personalführung im Krankenhaus, Stuttgart 2003

Reich-Claassen, J. (2010): Warum Erwachsene (nicht) an Weiterbildungsveranstaltungen partizipieren: Einstellung und prägende Bildungserfahrungen als Regulative des Weiterbildungsverhaltens, Berlin 2010

Rosenthal, G. (2008): Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung, 2. Aufl., Weinheim, München 2008

Scherm, E., Süß, S. (2010): Personalmanagement, 2. Aufl., München 2010

Spöhring, W. (1995): Qualitative Sozialforschung, 2. Aufl., Stuttgart, Teubner 1995

Stadelhofer, E. (2001): Klinik-Management: Leitung – Führung – Marketing, Hannover 2001

Steinmann, H., Schreyögg, G. (2000): Management: Grundlagen der Unternehmensführung: Konzepte – Funktionen – Fallstudien, 5. Aufl., Wiesbaden 2000

Stock-Homburg, R. (2013): Personalmanagement: Theorien – Konzepte - Instrumente, 3. Aufl., Wiesbaden 2013

Stolzenberg, K., Heberle, K. (2013): Change Management: Veränderungsprozesse erfolgreich gestalten – Mitarbeiter mobilisieren. Vision, Kommunikation, Beteiligung, Qualifizierung, 3. Aufl., Berlin, Heidelberg 2013

Stöwe, C., Keromosemito, L. (2013): Führen ohne Hierarchien – Laterale Führung: Wie Sie ohne Vorgesetztenfunktion Teams motivieren, kritische Gespräche führen, Konflikte lösen, 2. Aufl., Wiesbaden 2013

Thommen, J. (2011): Personalmanagement: Eine Einführung in das Human Resource Management, Zürich 2011

Trost, A. (2012): Talent Relationship Management: Personalgewinnung in Zeiten des Fachkräftemangels, Berlin, Heidelberg 2012

Wegerich, C. (2011): Strategische Personalentwicklung in der Praxis: Instrumente, Erfolgsmodelle, Checklisten, Praxisbeispiele, 2. Aufl., Weinheim 2011

Weiland, A. (2011): Personalentwicklung für die Praxis: Werkzeuge für die Umsetzung, Stuttgart 2011

Witzel, A., Reiter, H. (2012): The problem-centred Interview: Principles and Practice, London u.a. 2012

Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen, Frankfurt am Main 1982

Wollsching-Strobel, P. (2015): Management-Nachwuchs erfolgreich machen: Personalentwicklung für High Potentials, 2. Aufl., Wiesbaden 2015

Wunderer, R., Grunwald, W. (1980): Führungslehre Band I: Grundlagen der Führung, Berlin u.a. 1980

II. Aufsätze/Artikel in Sammelwerken

Becker, M. (2013): Wie gestalten? Systematische Personalentwicklung im Funktionszyklus, in: Meifert, M. (2013): Strategische Personalentwicklung: Ein Programm in acht Etappen, 3. Aufl., Wiesbaden 2013

Bialas, E., Schmidt, E. (2008): Gesundheitsmarkt, in: Hellmann, W., Baumann, H., Bienert, M., Wichelhaus, D. (Hrsg.), Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte, Heidelberg u.a. 2008, S. 1-31

von Eiff, W., Stachel, K. (2007): Die Situation: Organisation, Führung und Motivation in deutschen Krankenhäusern, in: von Eiff, W., Stachel, K. (Hrsg.), Unternehmenskultur im Krankenhaus, Gütersloh 2007, S. 1-15

Gurtner, H., Habermayr, J., Schmid, B. (2008): Mentoring bei der Schweizerischen Post, in: Thom, N., Zaugg, R. (Hrsg.): Moderne Personalentwicklung: Mitarbeiterpotenziale erkennen, entwickeln und fördern, 3. Aufl., Wiesbaden 2008, S. 159-174

Ham, D. (2013): Altersgerechte Personalentwicklung als Notwendende Strategie, in: Ham, D., Ramon, B. (Hrsg.): Altersgerechte Personalentwicklung: Theorie, Strategie, zukunftsfähige Praxis, Breisgau 2013, S. 14-21

Jochmann, W. (2006): Mitarbeiter-Potenzialanalysen und Management-Audits, in: Riekhof, H. (Hrsg.): Strategien der Personalentwicklung – Mit Praxisbeispielen von Bosch, Linde, Philips, Siemens, Volkswagen und Weka, 6. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 81-102

Kramme, R., Kramme, H. (2011): Die Rolle der Technik in der Medizin und ihre gesundheitspolitische Bedeutung, in: Kramme, R. (Hrsg.), Medizintechnik, 4. Aufl., Heidelberg 2011, S. 3-6

Lorenz, M. (2008): Führung und Mitarbeitermotivation, in: Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte, Heidelberg u.a. 2008, S. 173-195

Meifert, M. (2013): Was ist strategisch an der strategischen Personalentwicklung? In: Meifert, M. (Hrsg.), Strategische Personalentwicklung in acht Etappen, 3. Aufl., Heidelberg 2013, S. 3-28

Müller-Vorbrüggen, M. (2013): Personalentwicklung, in: Bröckermann, R., Pepels, W. (Hrsg.), Das neue Personalmarketing – Employee Relationship Management als moderner Erfolgstreiber, Band 2: Handbuch Personaleinsatz, 2. Aufl., Berlin 2013, S. 105-128

Paschen, M. (2013): Führungskräfteentwicklung in der Praxis: Wie Führungspotenzial zu Führungsstärke wird, in: Bröckermann, R., Pepels, W. (Hrsg.), Das neue Personalmarketing – Employee Relationship Management als moderner Erfolgstreiber, Band 2: Handbuch Personaleinsatz, 2. Aufl., Berlin 2013, S. 295-315

Prochaska, M. (2006): Wie aus einem erfolgreichen Dax-30-Unternehmen eine Leading-Company wird: Change Case Linde, in: Riekhof, H. (Hrsg.), Strategien der Personalentwicklung, Wiesbaden 2006, S. 299-322

Reck Roulet, M. (2004): Ältere Mitarbeitende im Betrieb, in: Cranach, M. et al. (Hrsg.): Ältere Menschen im Unternehmen: Chancen, Risiken, Modelle, Berlin, Stuttgart, Wien, S. 133-148

Robbers, J. (2006): Der medizinische Fortschritt aus Sicht der Krankenhäuser, in: Rebscher, H. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung, Heidelberg 2006, S. 459-468

Tecklenburg, A. (2008): Produktentwicklung in der klinischen Versorgung, in: Hellmann, W., Baumann, H., Bienert, M., Wichelhaus, D. (Hrsg.), Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte, Heidelberg u.a. 2008, S. 235-247

Wedel, S. (2008): Investitionsfinanzierungen im Krankenhauswesen, in: Hellmann, W., Baumann, H., Bienert, M., Wichelhaus, D. (Hrsg.), Krankenhausmanagement für Leitende Ärzte, Heidelberg u.a. 2008, S. 264-292

III. Zeitschriften- und Publikationenverzeichnis

Day, D. (2001): Leadership development: a review in context, in: Leadership Quarterly, 11. Jg., Nr. 4, S. 581-613

Fleischer, W. (2012): Change Management: Veränderungsprozesse erfolgreich gestalten, in: Deutsches Ärzteblatt (2012), 109. Jg., Nr. 10, S. 501-502

Hibbeler, B. (2011): Ärzte und Pflegekräfte: Ein chronischer Konflikt, in: Deutsches Ärzteblatt (2011), 108. Jg., Nr. 41, S. 2138-2144

Hölterhoff, M., Edel, F., Münch, C., Jetzke, T. (2011): Das mittlere Management im Krankenhaus: Verortung, Problemfelder und Lösungsansätze, Berlin 2011

Krankenhaus Technik + Management (2014): Flexibler Einsatz und effizientes Datenmanagement durch neue Generation von OP-Managementsystemen, in: Krankenhaus Technik + Management (2014), 41. Jg., S. 40

Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview, in: Neue Praxis (1983), 13. Jg., Nr. 3, S. 283-293

Stüwe, H. (2014): Private Krankenhausträger: Der Markt ist neu aufgeteilt, in: Deutsches Ärzteblatt (2014), 111. Jg., Nr. 35-36, S. 1478-1479

Statistisches Bundesamt (2014): Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden 2014

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 – 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2009

Werner, F. (2009): Oberärzte in Krankenhäusern: Unterschätztes Leitungspotenzial, in: Deutsches Ärzteblatt (2009), 106. Jg., Nr. 34, S. 2163-2164

IV. Internetquellen

Afentakis, A. (2009): Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/Gesundheit2009_08.html, Abruf am 27.03.2016

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Krankenhauslandschaft. URL: <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhauslandschaft.html>, Abruf am 27.03.2016

Helios Kliniken GmbH (2015): Zahlen und Fakten. URL: <http://www.helioskliniken.de/ueber-helios/unternehmensportrait/zahlen-und-fakten.html>, Abruf am 27.03.2016

Kestel, C. (2015): Bindung steigt, Leidenschaft dümpelt. URL: <http://www.harvardbusinessmanager.de/blogs/gallup-index-mitarbeiterbindung-steigt-a-1022614.html>, Abruf am 28.03.2016

SGB V (2014): Sozialgesetzbuch V vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477) in der Fassung vom 23.12.2014. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/, Abruf am 21.03.2016

Statistisches Bundesamt (2015): Zahlen und Fakten. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/PersonalKrankenhaeuserJahre.html>, Abruf am 21.03.2016

Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria (2015): <http://www.cellitinnenhaeuser.de/stiftung/unsere-einrichtungen-und-leistungen>, Abruf am 21.03.2016

Stiftung der Cellitinnen zur heiligen Maria (2015): <http://www.cellitinnenhaeuser.de/stiftung/historie>, Abruf am 21.03.2016

TV-Ärzte VKA (2015): Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände vom 17.08.2006 in der Fassung des Änderungsstarifvertrags Nr. 5 vom 05.02.2015. URL: http://www.vka.de/site/home/vka/tarifvertraege__texte/tv-aerzte/tv-aerzte-vka/, Abruf am 21.03.2016

TV-Ärzte Entgelt HELIOS (2015): Tarifeinigung zwischen HELIOS und Marburger Bund zum TV-Ärzte Entgelt HELIOS und TV-Ärzte HELIOS vom 10.02.2015. URL: <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/tarifvertraege/2015/helios/eckpunkte-zur-tarifeinigung-helios-2015.pdf>, Abruf am 21.03.2016

Witzel, A. (2000): Das Problemzentrierte Interview. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519>, Abruf am 21.03.2016

Anhang

Anhang 1 – Gesprächsleitfaden 1

Anhang 2 – Gesprächsleitfaden 2

Anhang 3 – Transkription des Interviews mit Frau Kauffmann

Anhang 4 – Transkription des Interviews mit Frau Dr. Berkenbrink

Anhang 5 – Transkription des Interviews mit Frau Bilnik

Anhang 6 – Transkription des Interviews mit Frau Rediger

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt worden ist, insbesondere dass ich alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, durch Zitate als solche gekennzeichnet habe. Ich versichere auch, dass die von mir eingereichte schriftliche Version mit der digitalen Version übereinstimmt. Weiterhin erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Ich erkläre mich damit nicht einverstanden, dass die Arbeit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Digitalversion dieser Arbeit zwecks Plagiatsprüfung auf die Server externer Anbieter hoch geladen werden darf. Die Plagiatsprüfung stellt keine Zurverfügungstellung für die Öffentlichkeit dar.

(Ort, Datum)

(Angela Goossens)