

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

## LEADERSHIP

**Ideen**

Position

**Mitarbeiter**

Entscheidungen

**Organisation**

Team

Kritik

**Unternehmenserfolg**

**Kommunikation**

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

---

## Herausgeber Hochschule Neu-Ulm

Prof. Dr. Uta M. Feser

## Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Patrick Da-Cruz  
Mario A. Pfannstiel

## Erweiterter Herausgeberkreis

Prof. Dr. Axel Focke  
Prof. Dr. Harald Mehlich  
Prof. Dr. Sylvia Schafmeister

## Wissenschaftsbeirat

Prof. Dr. Manfred Bornewasser  
Prof. Dr. Horst Kunhardt  
Prof. Dr. Christoph Rasche  
Prof. Alfons Runde  
Prof. Dr. Volker Schulte  
Andreas J. Reuschl

## Praxisbeirat

Prof. Dr. Horst-Peter Becker  
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann  
Prof. Dr. Alexander Schachtrupp  
Dr. Philipp Schwegel  
Michael Born  
Heribert Fastenmeier

## Autoren

Prof. Dr. Kerstin Bruns  
Prof. Dr. Kai-Nicolas Doll  
Prof. Dr. Olaf N. Rank  
Prof. Dr. Jürgen Weibler  
PD Dr. Thomas Kuhn  
PD Dr. Silke Weisweiler  
Dr. Frank Edelkraut  
Dr. Christine Hübner  
Dr. Marion Schmidt-Huber  
Irmtraut Gürkan  
Katharina Hörner  
Mario A. Pfannstiel

## EDITORIAL



Mario A. Pfannstiel



Prof. Dr. Patrick  
Da-Cruz

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen die dritte Ausgabe der Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft vorlegen zu können. Mit der Zeitschrift wollen wir eine Brücke zwischen fundierter Theoriebildung und profunder Anwendungsorientierung in der Gesundheitswirtschaft bauen. Die Zeitschrift ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht sich auf Themenfelder aus Praxis und Wissenschaft. Unser Anliegen ist es, aktuelle Information und Entwicklungen im Bereich „Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft“ zu vermitteln.

Der Schwerpunkt der dritten Ausgabe wurde auf das Thema „**Leadership**“ im Gesundheitswesen gelegt. Durch Führung können Personen in ihren Einstellungen und in ihrem Verhalten beeinflusst werden, so dass festgelegte und vereinbarte Ziele erreicht werden können. Führung kann von einer Person in unterschiedlichem Umfang und mit unterschiedlicher Intensität in einer Einrichtung des Gesundheitswesens umgesetzt werden. Damit Führung wirksam umgesetzt werden kann, benötigt der Führende entsprechende Führungskompetenzen, durch die Einfluss auf eine Person oder Personengruppe ausgeübt werden kann.

Mit der Zeitschrift versuchen wir, der steigenden Bedeutung von Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft durch fachlich fundierte Beiträge zu aktuellen und grundlegenden Fragen gerecht zu werden. Gerne bieten wir Ihnen an, mit uns gemeinsam an der Zeitschrift zu arbeiten. Ihre Anregungen, Kritiken und Verbesserungsvorschläge sind uns wichtig, um zum Gelingen der gesetzten Zielstellung beizutragen.

Mit freundlichen Grüßen

Mario A. Pfannstiel  
Prof. Dr. Patrick Da-Cruz

Die Redaktion



# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

---

## INHALT

Editorial .....	3
Mitteilung der Herausgeber <i>Mario A. Pfannstiel   Prof. Dr. Patrick Da-Cruz</i>	
Fachinterview .....	6
Titel: Führung im ärztlichen Bereich <i>Prof. Dr. Kai-Nicolas Doll   Mario A. Pfannstiel</i>	
Beitrag aus der Praxis I .....	10
Titel: Extraordinary Leadership - Führung im Gesundheitswesen <i>Dr. Christine Hübner   Dr. Frank Edelkraut</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I .....	16
Titel: Das Mitarbeitergespräch als ein wichtiges Instrument der Mitarbeiterführung im Krankenhaus? <i>Prof. Dr. Olaf N. Rank</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft II .....	20
Titel: Führungsethik in Organisationen <i>PD Dr. Thomas Kuhn   Prof. Dr. Jürgen Weibler</i>	
Beitrag aus der Praxis II .....	24
Titel: Gesünder führen durch Konfliktklärung <i>Prof. Dr. Kerstin Bruns</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft III .....	28
Titel: Wirksames Führungsverhalten von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen unter der Lupe: Führen Pflegekräfte anders als Ärzte? <i>Dr. Marion Schmidt-Huber   Katharina Hörner   PD Dr. Silke Weisweiler</i>	
Führende Köpfe im Porträt .....	44
Titel: Führende Köpfe, Porträt über Frau Irmtraut Gürkan <i>Irmtraut Gürkan   Mario A. Pfannstiel</i>	
Impressum .....	50

## Fachinterview

### Titel

Führung im ärztlichen Bereich

### Interview

Die Gesprächspartner Mario Pfannstiel und Prof. Dr. Kai-Nicolas Doll (Ärztlicher Direktor, Sana Herzchirurgie Stuttgart GmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen) werden im Folgenden mit MP und ND abgekürzt.

#### *MP: Was bedeutet Führung für Sie?*

**ND:** Unser Krankenhaus ist sehr klein und besteht nur aus dem Bereich der Herzchirurgie. Dass wir keine anderen Abteilungen haben, gibt mir den inneren Frieden, der steht eigentlich bei mir an erster Stelle. Innerer Frieden bedeutet für mich, dass nicht nur ich, sondern auch die Mitarbeiter morgens aufstehen und gerne zur Arbeit gehen und abends nach Hause, ohne erst einmal Stress abbauen zu müssen. Ich verstehe unter Führung auch, dass man die Zufriedenheit und den Umgang der Mitarbeiter untereinander fördert. Es ist wichtig, ihnen Freiraum zur eigenen Entwicklung zu geben, ohne das Vertrauen durch Nachkontrolle zu schädigen. Das schafft Selbstvertrauen und Eigenständigkeit. Bestimmte Regeln müssen eingehalten werden, damit das gegenseitige Vertrauen auf beiden Seiten gestärkt wird.

#### *MP: Was muss man tun, um eine bessere Führungskraft zu werden?*

**ND:** Ich denke, dass der Umgang mit den Mitarbeitern ein entscheidendes Element ist. Die Chirurgie besteht ja nicht mehr nur aus



*Doll: „Führung ist eine entscheidende Ressource für gute Zusammenarbeit.“*

Männern. Wir haben z. B. bei uns einen sehr hohen Frauenanteil mit fast 35%. Die Umgangsformen in einer Abteilung, die aus Männern und Frauen besteht, unterscheiden sich von einer reinen Männergruppe. Um Leistung zu bringen, muss aber auch die Arbeitszeit geregelt sein. Ich habe eine Mitarbeiterin, die 20 Prozent gearbeitet hat. Sie kam dann immer Mal einen halben Tag. Da es für Patienten sinnvoller ist, wenn sie mehrere Tage am Stück präsent ist, habe ich ihr geraten, einmal im Monat für ein paar zusammengelegte Tage zu kommen. Damit ist sie jetzt auch völlig zufrieden und das klappt gut. Darum gehört bestimmt auch dazu, dass man Beruf und Familie nicht nur vereint, sondern eben auch in Arbeitszeitregelungen abbildet. Wir sind ein zertifiziertes Haus zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf und lassen uns jährlich rezertifizieren.

**MP:** *Beschreiben Sie bitte die beste Führungskraft, die Sie persönlich erlebt haben.*

**ND:** Vielleicht kann ich das an einem Beispiel besser erklären. Aus meiner Sicht gibt es nichts Perfektes und jeder muss permanent dazulernen und bereit sein, sich anzupassen, z. B. an neue Generationen, an neue Trends. Ich bin oft im Ausland und habe z. B. schon Herzpatienten mit neuen Operationsmethoden in Chennai (Indien) und Lissabon (Portugal) operiert. Ich mache das, weil ich mir überall kleine Tricks anschauen kann, die ich dann mit nach Hause bringe. Es macht mir Freude, diese Techniken dann auch an meine Mitarbeiter weiterzugeben. Ich bekomme auch etwas dafür und so sehe ich auch die Führung. Es gibt weder die perfekte Führungskraft noch den perfekten Chirurgen. Denn ein Chirurg muss immer wieder sammeln gehen auf der ganzen Welt, muss flexibel sein, muss sich anpassen. Die Führungsaufgabe verändert sich damit im Laufe der Zeit.

Mein großes Idol und mein Lehrer ist Professor Mohr. Der hat aber in einer ganz anderen Zeit geführt. Wenn ich hier so führen würde, dann hätte ich am nächsten Tag einen Termin beim Betriebsrat und hätte am gleichen Tag noch abends um sieben ein Gespräch mit meinem Geschäftsführer. Die Zeiten sind vorbei, aber er hat mich zumindest da hingeführt, wo ich heute bin. Er hat mich an die Hand genommen und mich ausgebildet. Er hat mir die Zuversicht gegeben, mich kritisch hinterfragt und ich wusste, irgendwann habe ich meinen Facharzt.

**MP:** *Wie motivieren Sie Mitarbeiter, die Fehler begangen haben?*

**ND:** Ich versuche die Mitarbeiter, denen ein Fehler unterlaufen ist, nicht zu bestrafen. Es kommt aber natürlich darauf an, welche Konsequenzen ein Fehler hat. Zum Glück kommen Fehler mit schwerwiegenden Konsequenzen extrem selten vor, weil ja auch

immer mehrere Personen mit am Operationstisch stehen, die erfahren sind. Gerade wenn ein jüngerer Arzt operiert, hilft ein Älterer.

Aber ich habe jetzt ein Beispiel. Ein junger Kollege ist jetzt am Ende seines Ausbildungsjahres, möchte seinen Facharzt machen und operiert schon. Zunächst verläuft alles nach Plan, der Oberarzt hilft ihm im OP, aber der Patient verstirbt später nach der Operation, weil ein technisches Problem aufgetreten war. Was war passiert? Sowohl Assistenzarzt als auch Oberarzt haben am Ende der OP nicht aufgepasst und das Herzkranzgefäß wurde mit der Klappe zugenäht. Das ist extrem selten. Er wurde dann auch revidiert, aber es war schon zu spät. Der Patient ist gestorben. Das ist natürlich für so einen jungen Ausbildungsassistenten ein ganz schwerer Einschlag, weil er weiß, dass er einen Fehler gemacht hat. Er hat nicht nur ein großes emotionales Problem der Familie und den Angehörigen gegenüber, sondern auch dem Patienten, den er vorher auch kannte. Bei uns operiert kein Arzt anonym, d. h. jeder, der operiert, geht auch zu seinem Patienten, gibt ihm die Hand und sagt „ich mache das“. Dieser Assistenzarzt hatte Angst, dass ihm jetzt so etwas wieder passiert. Und dann hab ich mich mit ihm zusammengesetzt und wir haben uns darüber unterhalten. Ich habe ihm erzählt, dass mir auch Fehler passiert sind. Das ist bitter, aber man muss lernen, damit umzugehen. Das ist wie der alte Spruch: Wenn man auf die Nase fällt, dann ist das Entscheidende, dass man schnell wieder aufsteht und weitergeht. Aber man muss das auch mit Demut tun. Man kann sich dafür nicht entschuldigen - weder bei mir, noch bei den Angehörigen. In dem Moment, in dem man Respekt und Demut vor seiner Arbeit verliert, wird man ein schlechter Chirurg. Mit dem Kollegen habe ich lange gesprochen und ihm angeboten, einen Tag frei zu nehmen. Trotzdem war er am nächsten Tag wieder in der Klinik und hat signalisiert, dass es ihm soweit gut geht. Wir haben ihn dann

für eine vergleichbare Operation eingeplant. Vielleicht ist das ein Beispiel, welches Ihre Frage beantwortet.

**MP: Was macht die Führung im Bereich der Herzchirurgie einzigartig?**

**ND:** Die Herzchirurgie ist besonders emotional, da es um das Herz geht. Der größte Teil der Patienten geht nach der Behandlung fröhlich nach Hause und zur Reha. Aber einige Patienten kommen mit enormen Ängsten und werden von der ganzen Familie begleitet. Nach der Behandlung sind sie sehr dankbar. Die Herzchirurgie hat immer eine sehr gute Beurteilung der Patienten. Der Grund ist, dass hier einfach etwas Entscheidendes verändert wird und die Lebensqualität stark beeinflusst werden kann. Erst steht die Angst im Mittelpunkt und dann kommt die Befreiung von dieser Angst und das ist dann oft so, als ob für die Patienten das nächste Leben nach einer schweren Operation beginnt. Der Vorgang ist enorm emotional behaftet. So etwas äußert sich auch in der Sprache. Das Herz spielt nun mal eine große Rolle; es ist das zentrale Organ. Und die Ärzte gehen damit auch entsprechend um. Sie sind auch emotional, da es um mehr geht, als z. B. nur um eine Galle, die man entfernt. Jeder lernt auf eine eigene Art und Weise, mit den Emotionen umzugehen.

**MP: Welche Führungsanforderungen ergeben sich aus kulturellen Unterschieden bei Mitarbeitern?**

**ND:** Bei uns im Krankenhaus arbeiten sehr viele Griechen und Russen, aber wir haben auch Mitarbeiter aus dem Jemen und aus Saudi-Arabien. Wenn wir Mitarbeiter aus dem Nahen Osten haben, dann gibt es Probleme mit der Akzeptanz deutscher Frauen. Kulturbedingt wird die Frau dort anders gesehen und der Umgang ist auch ein anderer. Es ist dann manchmal schwierig, wenn eine gestandene Oberärztin einem jungen Assistenzarzt sagen muss, was er zu tun hat. Die ausländischen Mitarbeiter akzeptieren das

zwar zwischenzeitlich, aber es war zunächst nicht einfach, ihnen das beizubringen. Ich stelle mich hier hinter meine Oberärztinnen und toleriere es nicht, wenn deren Anweisungen untergraben werden. Im Extremfall verhängte ich dann auch ein OP-Verbot. Das ist die einzige Sanktion, die ich hier so verhängen kann. Ich habe das gerade bei einem Assistenzarzt gemacht, der sich im Team nicht so benommen hat, wie es gewünscht wird. Das hat sich natürlich sofort rumgesprochen und auch so funktioniert. Der Assistenzarzt befindet sich in der Ausbildungsphase und hatte gerade erst seine ersten Aortenklappen-OPs selbst durchgeführt. Das trifft ihn jetzt empfindlich. Ich gehe davon aus, dass er das nächste Mal schon darüber nachdenkt, wenn er einer Oberärztin gegenüber seine Meinung artikuliert.

**MP: Was macht gute Führung in einem medizinischen Team aus?**

**ND:** Wichtig ist besonders Einigkeit im Team, nicht nur in medizinischen Fragen. Es ist schwierig, wenn morgens bei der täglichen Morgenbesprechung zur OP eines Patienten drei Mitarbeiter unterschiedlicher Meinung sind. Natürlich diskutieren wir für jeden Fall, welche Vorgehensweise die beste ist und welche unterschiedlichen Strategien bestehen. Wenn im Team keine Einigkeit besteht, dann behindert das den Behandlungsprozess. Ein klarer Weg ist notwendig, damit keine Unzufriedenheit und Spannung im Team entstehen. Einigkeit im Team, gemeinsame Strategien, die auch im Konsens beschlossen werden, sind von großer Bedeutung. In unserer Klinik arbeiten 27 Ärzte. Da kommt es schon einmal vor, dass man nicht alle unter einen Hut bekommt.

Lassen sie mich noch einmal die relevanten Punkte zusammenfassen. Es kommt also auf die Einigkeit im Team und auf die Einigkeit vor dem Patienten an. Wir machen morgens Visite, dann hat der Patient evtl. noch zwei-, dreimal über den Tag verteilt Kontakt zum Arzt. Am Abend gehe ich dann durch.



Und wenn ich abends etwas anderes mache als das Team den Tag über vereinbart hat, dann ist das schlecht. Von Patienten bekommen wir ein Feedback über die Sana Patientenbefragung. Der Patient spiegelt uns in diesen Abfragen wieder, ob die Behandlung durch das gesamte Team gut funktionierte. Da finden sich auch Formulierungen wie „vielen Dank an das toll funktionierende Team (von der Reinigungsfrau über die Köchin bis hin zum Arzt)“. Ein derartiges Feedback zeigt uns, dass wir ein Team sind. Nur wenn Mitarbeiter als Team zusammenarbeiten, funktioniert die Klinik.

### Autorenanschriften

Prof. Dr. med. Kai-Nicolas Doll  
Ärztlicher Direktor  
Sana Herzchirurgie Stuttgart GmbH  
Herdweg 2  
70174 Stuttgart

E-Mail: [jutta.kirschner@sana.de](mailto:jutta.kirschner@sana.de)

Mario Pfannstiel  
Hochschule Neu-Ulm  
Fakultät für Gesundheitsmanagement  
Wileystraße 1  
89231 Neu-Ulm

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

## Beitrag aus der Praxis I



### **Titel**

Extraordinary Leadership - Führung im Gesundheitswesen

### **Autoren**

Dr. Christine Hübner (links)

Dr. Frank Edelkraut (rechts)

### Einleitung

Im Jahr 2012 gab es 5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen, d. h. jeder achte Bundesbürger ist in dieser Branche tätig (Statistisches Bundesamt 2014). Daher ist es naheliegend zu fragen: Wie stellt sich das Thema Führung in der Gesundheitswirtschaft dar?

Für Mediziner gilt es, sich in 5-6 Studienjahren das Fachwissen aus ca. 30 medizinischen Bereichen anzueignen, um die Staatsexamina erfolgreich zu absolvieren. Nischenthemen wie Soziologie oder Ethik gehören zum Stundenplan, wohingegen Betriebswirtschaft, Personalmanagement oder gar Führungsthemen nicht im Curriculum enthalten sind. Auch nach dem Studium bleibt der Druck in den nächsten 5-7 Jahren hoch, um neben der täglichen Arbeit den Weiterbildungsverpflichtungen zum Erreichen der Facharztqualifikation nachzukommen. Selbst in diesem Stadium der beruflichen Weiterbildung sind die Themen Betriebswirtschaft, Personalmanagement oder Führung nicht vorgesehen. Die Fachverbände bieten hierzu zwar vereinzelt Seminare an, diese richten sich aber im Wesentlichen

an Ärzte, die sowieso schon Leitungsfunktionen innehaben.

Pflegekräfte durchlaufen eine 3-jährige Ausbildung, um sich dann in der Regel in ein Team auf einer Krankenhausstation einzugliedern. Die nachfolgenden Stufen der Karriereleiter umfassen die „Stationsleitung“, danach evtl. „Pflegedienstleitung“ oder das Studium „Pflegermanagement“. Anders als bei den Mediziner sind hier Themen wie Mitarbeiterführung oder Teamleitung in der Weiterbildung zumindest eingeplant.

Die Verwaltung eines Krankenhauses ist eine heterogene hierarchisch gegliederte Gruppe, die von der Ebene der Sachbearbeiter bis zur Geschäftsführung reicht und in der Spitze sowohl von Mediziner, Betriebswirtschaftlern oder Pflegekräften besetzt sein kann.

Aus diesem Abriss ist ersichtlich, dass die drei Kernbereiche der Gesundheitswirtschaft – Medizin/ Pflege/ Verwaltung – aus unterschiedlichen Ausbildungsrichtungen kommen, um dann im täglichen Arbeitsleben mit recht großen Schnittmengen zusammenzuarbeiten. Ferner ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass es zwei Arten von Organisationen in der Gesundheitswirt-

schaft gibt: Große Einheiten mit HR-Bereich und kleine Einheiten ohne HR-Unterstützung.

Es gibt in Deutschland ca. 2.000 Krankenhäuser, daneben aber auch ca. 40.000 niedergelassene Ärzte, die pro Praxis bis zu 40 Mitarbeiter oder mehr haben (Statistisches Bundesamt 2014). In diesen Einheiten ist eine gute Führungskultur wichtig, weil Führungsthemen in kleinen Einheiten nicht „wegdelegiert“ werden können. Sind die Ärzte in freier Praxis oder diejenigen, die sich jedes Jahr neu niederlassen, hinsichtlich Führung gut gerüstet? In der Regel nicht, weil es - wie dargestellt - weder im Studium noch in der klinischen Ausbildung ausreichende Unterstützungsangebote gibt. Daraus resultiert dann zwingend die Frage: Wohin kann sich eine angehende Führungskraft wenden, um sich auf Führung vorzubereiten? Wie kann sie sich ggf. selber helfen?

### **Extraordinary Leadership nach Zenger/Folkman**

Unabhängig von der eigenen Funktion in einem Unternehmen wissen die meisten Menschen zumindest intuitiv, dass Führungskräfte einen großen Einfluss auf die Menschen in ihrem Umfeld und die Ergebnisse der Organisation haben. Die Leistung der Führungskräfte ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für jede Organisation. Was Führungsleistung allerdings genau ausmacht und wie diese systematisch gesteigert werden kann, ist viel weniger offensichtlich.

Die Kompetenzforscher John Zenger und Joseph Folkman haben Anfang der 2000er Jahre die Zusammenhänge zwischen der Führungsqualität und den individuellen Kompetenzen der Führungskräfte untersucht. Sie haben dazu die 360°-Feedbacks von über 20.000 Führungskräften (über 200.000 Datensätze) unterschiedlicher Branchen ausgewertet und eine Reihe von Zusammenhängen gefunden, die für die Entwicklung exzellenter Führung sehr

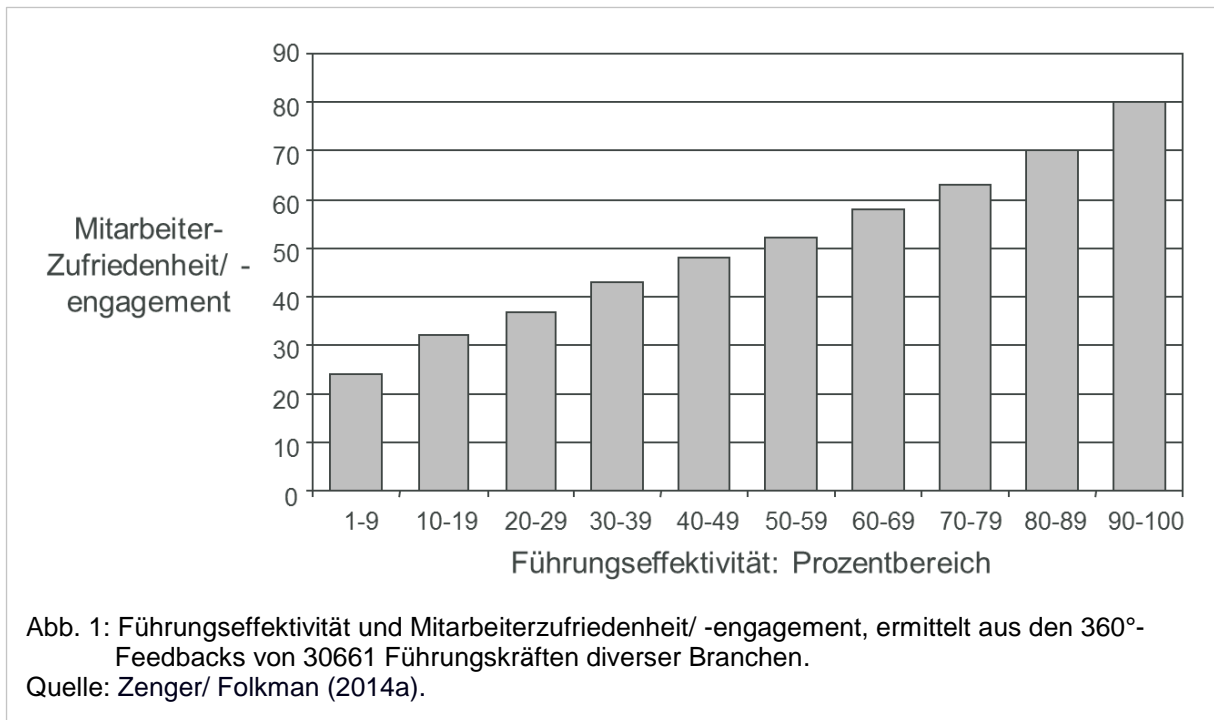
hilfreich sind. Bis heute sind über 50.000 Führungskräfte weltweit mit über 1.5 Mio. Datensätzen in die Untersuchungen einbezogen worden, wobei die ursprünglichen Erkenntnisse bestätigt wurden (Lipkowski 2014). Eine Auswahl der Erkenntnisse, die auch von einzelnen Führungskräften für die individuelle Weiterentwicklung genutzt werden können, wollen wir im Folgenden kurz vorstellen.

### **Gut ist nicht gut genug**

Der früher eher als intuitiv angenommene Zusammenhang von Führungsleistung und Unternehmenserfolg konnte eindeutig gezeigt werden. Alle Erfolgsparameter, von Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit über Umsatz und Gewinn waren eindeutig mit der Bewertung der Führungsleistung korreliert (vgl. Abbildung 1). Etwas überraschend war dabei die Erkenntnis, dass der Abstand zwischen schlechten und guten Führungskräften genauso groß war wie der zwischen den gut bewerteten Führungskräften und den Top-Managern. Diese Top-Manager erreichten in der Mitarbeiterzufriedenheit und bei den anderen Erfolgsfaktoren Werte, die deutlich besser waren. Für eine Organisation, gerade in Branchen mit schwierigen Rahmenbedingungen, bedeutet dies, dass es mehr Sinn macht, die vorhandenen guten Führungskräfte weiter zu entwickeln und zu Top-Leistungen zu führen. Dies ist erfahrungsgemäß deutlich einfacher, als die schwächeren Führungskräfte (mit viel Aufwand) zu sehr wahrscheinlich nur mittelmäßigen Leistungen zu bringen.

### **Man muss nicht perfekt sein**

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten weiterhin, dass die exzellent bewerteten Führungskräfte bei weitem nicht perfekt waren. Sie zeigten in der Regel 2-3 herausragende Stärken und keine „fatalen“ Schwächen. Als fatale Schwächen gelten gering ausgeprägte Kompetenzen, die für den Erfolg in der jeweiligen Funktion wichtig sind.



Nun kennt die Kompetenzforschung bis zu 200 Führungskompetenzen, wovon in den meisten Kompetenzmodellen 50-70 Kompetenzen zugrunde gelegt werden. In den Arbeiten von Zenger und Folkman war eine interessante Erkenntnis, dass die 2-3 Stärken der Top-Führungskräfte keine beliebigen Kompetenzen sind. Als relevant erwiesen sich nur 16 Kompetenzen, welche den Unterschied zwischen guten und exzellenten Führungskräften ausmachen. Liegen besonders ausgeprägte Kompetenzen vor, können sie erkennbar geringer ausgeprägte Kompetenzen positiv überlagern. Auch die Top-Führungskräfte sind nicht perfekt und brauchen es auch gar nicht zu sein.

### Stärken stärken

Für die Entwicklung von Führungskräften ergeben sich hieraus bereits hilfreiche Erkenntnisse. Sofern eine Führungskraft über eine solide Grundqualifizierung verfügt und die 16 Kompetenzen, die den Unterschied machen, (vgl. Tabelle 1) kennt, kann eine sehr gezielte Weiterentwicklung der vorhandenen Stärken bei diesen 16 Kernkompetenzen erfolgen. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird es sich um Bereiche handeln, in

denen ohnehin ein größeres Interesse besteht, gute Grundlagen vorhanden sind und am Ende auch eine gewisse Leidenschaft vorhanden ist. Dies sind beste Voraussetzungen, noch besser zu werden und gezielt an 2-3 Kompetenzen zu arbeiten, was sich auch in einem anspruchsvollen Tagesgeschäft gut realisieren lässt.

### „Cross-Training“ für Kompetenzen

Die Entwicklung von Stärken weist in der Praxis eine Schwierigkeit auf. In den Bereichen, in denen ein Mensch schon gut ist, hat er bereits einige Energie und Zeit in die Erreichung dieses Zustandes investiert. Eine Weiterentwicklung erfordert daher ein deutlich fokussiertes und zielgerichteteres Handeln als bisher. Die Forschung von Zenger und Folkman zeigt, dass auch bei der Kompetenzentwicklung von Führungskräften ein Effekt genutzt werden kann, der im Sport bereits länger üblich ist, das sog. Cross-Training. Hierunter versteht man die Entwicklung von Fähigkeiten, die mit der zu entwickelnden Kompetenz nur indirekt zu tun haben aber helfen, die Gesamtleistung zu steigern. So kann ein Golfspieler, der bereits viel in seinen Schwung investiert hat, über

	1	2	3	4	5
<b>Charakter</b>					
Zeigt hohe Integrität und Ehrlichkeit					
<b>Individuelle Fähigkeiten</b>					
Technische/ Berufliche Erfahrung					
Problemlösung und -analyse					
Innovation					
Entwickelt sich selbst weiter					
<b>Ergebnisorientierung</b>					
Handelt ergebnisorientiert					
Setzt herausfordernde Ziele					
Ergreift Initiative					
<b>Interpersonelle Fähigkeiten</b>					
Kommuniziert kraftvoll und effektiv					
Inspiriert und motiviert andere zu Höchstleistungen					
Baut Beziehungen auf					
Entwickelt und fördert andere					
Zusammenarbeit und Teamwork					
<b>Veränderungen vorantreiben</b>					
Entwickelt strategische Perspektive					
Zeigt Veränderungsinitiative					
Verbindet und repräsentiert die Organisation nach Außen					

Tab. 1: Die 16 Kernkompetenzen nach Zenger und Folkman.  
Quelle: Zenger/ Folkman (2009).

ein Mentaltraining seine Leistung im Turnier oder ein Marathonläufer über eine Ernährungsumstellung die Leistung seines Körpers steigern.

Für die 16 Kernkompetenzen von Zenger und Folkman existieren jeweils 5-12 Begleitkompetenzen, d. h. Kompetenzen, die im Sinne eines Cross-Trainings gesteigert werden können und gleichzeitig die Leistung in der Kernkompetenz steigern. Auch hier liegt ein Vorteil dieses Modells für die einzelne Führungskraft, da mehr Spielraum bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen der Kompetenzentwicklung besteht.

### Anwendung für Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft

Wie kann nun eine Führungskraft im Gesundheitswesen die Erkenntnisse des Extraordinary Leadership Modells nutzen und die eigene Führungsleistung steigern? Mehrere der vorgestellten Erkenntnisse aus der Forschung von Zenger und Folkman können ohne großen Aufwand auch von Führungs-

kräften in der Gesundheitswirtschaft genutzt werden.

Der größte Hebel liegt darin, von möglichst vielen, relevanten Personen ein regelmäßiges Feedback zur eigenen Führungsleistung einzuholen. Wer um die Wirkung des eigenen Handelns weiß, kann die Punkte identifizieren, die – in Relation zu den 16 Kernkompetenzen von Zenger und Folkman – ausgebaut werden sollten, um hier exzellent zu werden. Zur Orientierung für die Selbstbeurteilung und für die Gespräche mit Feedbackgebern kann Tabelle 1 dienen, in der die 16 Kernkompetenzen aufgeführt sind.

Erläuterung der Skala in Tabelle 1:

- (1) nicht zu beurteilen (nicht genügend Informationen vorhanden, um eine Beurteilung vornehmen zu können)
- (2) benötigt einige Verbesserung in diesem Bereich (zeigt in Bezug auf diese Eigenschaft selten oder nie kompetente Leistung bzw. versucht es gar nicht erst (Leistungsversagen))

- (3) Fähigkeit vorhanden (leistet in Bezug auf diese Eigenschaft ähnlich viel wie die meisten anderen (durchschnittliche bis gute Leistung)) Anm.: Die häufigste Bewertung, im Sinne „Erwartung erfüllt“
- (4) Stärke (leistet in Bezug auf diese Eigenschaft mehr als die meisten (oberstes Viertel))
- (5) Übertreffende Stärke (leistet in Bezug auf diese Eigenschaft so viel wie kaum ein anderer (Top 10%))

## Fazit

Feedback ist nicht nur für die Führungskraft selbst hilfreich. Auch Mitarbeiter und Kollegen erwarten ein regelmäßiges Feedback zur eigenen Leistung und Führungskräfte, die anderen Personen regelmäßig ein professionelles Feedback geben, werden positiv eingeschätzt. (Zenger/ Folkman 2014b). Die Tabelle kann daher auch dazu dienen, anderen Personen Feedback zu geben. Dieses lässt sich mit der Tabelle und konkreten Beispielen aus dem Arbeitsalltag (Tipp: Führen Sie ein tägliches Führungstagebuch) gut vorbereiten.

Eine weitere Maßnahme in der Weiterentwicklung der eigenen Führungsleistung ist, dem Thema schlicht mehr Raum zu geben und sich regelmäßig mit der eigenen Leistung auseinanderzusetzen. Welche Ereignisse (Tagebuch!), Feedbacks oder eigene Erkenntnisse geben mir Hinweise darauf, wo ich mein Verhalten optimieren kann? Diese Frage, einmal pro Woche gestellt, und eine Maßnahme zur Weiterentwicklung (Stärken stärken!) definiert, führt zügig zu einer deutlichen Steigerung der eigenen Leistung und den entsprechenden Konsequenzen in der Wahrnehmung durch andere.

## Literatur

Zenger J. H., Folkman J. R. (2009) *The Extraordinary Leader*, McGraw Hill, New York.

Zenger J. H., Folkman J. R., Sherwin R. H., Steel B. A. (2012) *How to be Exceptional*, McGraw Hill, New York.

Zenger J. H., Folkman J. R. (2014a) *How Extraordinary Leaders Double Profits, Why Excellent Leadership Deserves Your Attention*, In: <http://leadership.zengerfolkman.com/acton/attachment/10129/f-0369/1/-/-/-/-/How%20Extraordinary%20Leaders%20Double%20Profits%20-%20LRC.pdf>, Abrufdatum: 07.04. 2015.

Zenger J. H., Folkman J. R. (2014b) *Geben sie konstruktives Feedback*, In: <http://www.harvardbusinessmanager.de/blogs/personal-fuehrung-mitarbeiter-wollen-konstruktive-kritik-a-944683.html>, Abrufdatum: 07.04. 2015.

Lipkowski S. (2014) *Gute Führung reicht nicht*, Interview mit Führungsforscher Joseph Falkman, In: *managerSeminare*, Heft 193, April 2014, S. 72-76.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2014) *Eckdaten der Krankenhäuser 2013*; [www.destatis.de](http://www.destatis.de), Abrufdatum: 07.04.2015

## Autorenbiografien

*Dr. Christine Hübner* ist geschäftsführende Gesellschafterin der Praxisklinik Rothenbaum, die sie 1999 gründete. Heute hat die Praxisklinik 25 Mitarbeiter und 38 Operateure unterschiedlicher Fachrichtungen sind hier tätig. Dr. Hübner ist Fachärztin für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin, mit einer Zusatzausbildung in Health Management.

*Dr. Frank Edelkraut*, ist geschäftsführender Gesellschafter der Mentus GmbH und akkreditierter Berater für das „Extraordinary Leadership“ von Zenger/ Folkman. Nach mehreren Stationen als Personalleiter ist er im Bereich der (Top)Führungskräfteentwicklung tätig und darüber Experte für Mentoring und die Nutzung moderner Kommunikationsformate (TED Talks) in der Unternehmens- und Mitarbeiterkommunikation.

## Autorenanschriften

Dr. Christine Hübner  
Geschäftsführende Gesellschafterin  
Praxisklinik am Rothenbaum Betriebsgesell-  
schaft mbH  
Heimhuder Straße 38  
20148 Hamburg

E-Mail: [huebner@klinikrothenbaum.de](mailto:huebner@klinikrothenbaum.de)

Dr. Frank Edelkraut  
Geschäftsführender Gesellschafter  
Mentus GmbH  
Bellevue 23  
22301 Hamburg

E-Mail: [fe@mentus.de](mailto:fe@mentus.de)



## Beitrag aus der Wissenschaft I



### **Titel**

Das Mitarbeitergespräch als ein wichtiges Instrument der Mitarbeiterführung im Krankenhaus?

### **Autor**

Prof. Dr. Olaf N. Rank

### Einleitung

Mitarbeitergespräche stellen heute ein Standardinstrument der Mitarbeiterkommunikation in Organisationen und Unternehmen dar. Auch in den meisten Krankenhäusern setzen sich Führungskräfte der Ärzteschaft, des Pflegepersonals sowie der Verwaltung meist zu Beginn des Jahres mit ihren Mitarbeitern zusammen, um über Aspekte wie die Leistung des Mitarbeiters in den vergangenen zwölf Monaten, anstehende Weiterbildungen und Entwicklungsmöglichkeiten aber auch über Themen wie wechselseitige Kritik oder Gehaltserhöhungen zu sprechen. Für die Gesprächsführung werden den Führungskräften in der Regel Leitfäden, Beurteilungsfomulare, Personalbögen und Checklisten an die Hand gegeben und auch die Mitarbeiter können sich vorbereiten und eigene Themen in das Gespräch einbringen. Das Mitarbeitergespräch stellt somit ein periodisches, inhaltlich geplantes und vorbereitetes Vier-Augen-Gespräch zwischen einer unmittelbaren Führungskraft und deren Mitarbeitern dar, das in der Regel jährlich stattfindet und der Führung, Beurteilung und Förderung des Mitarbeiters dient (Mudra 2004, S. 191). Die Standardisierung des Gesprächs soll einerseits sicherstellen, dass alle erforderli-

chen Themen Berücksichtigung finden, andererseits soll eine Vergleichbarkeit über die Zeit hinweg sowie mit anderen Mitarbeitern erreicht werden.

### Zielsetzungen bei Mitarbeitergesprächen

Die Zielsetzungen, die mit Mitarbeitergesprächen verfolgt werden, lassen sich in fünf Kategorien zusammenfassen (Becker 2013, S. 596):

- Verbesserung der Information von Mitarbeitern bezüglich ihrer Tätigkeit und Leistung,
- Erhöhung der Mitarbeitermotivation aufgrund eines Vergleichs seines Selbstbilds mit einer Fremdbeurteilung,
- Verbesserung der Mitarbeiterleistung durch Bewertung der Menge, Güte, Zeit und Kosten,
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeiter und Vorgesetztem, weil latente und offene Spannungen zwischen Mitarbeiter und Vorgesetztem angesprochen und ausgeräumt werden können und so



wechselseitiges Vertrauen aufgebaut wird sowie

- Planung der Entwicklung des Mitarbeiters durch Definition von Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung und der Persönlichkeitsentwicklung.

In all diesen Punkten unterscheiden sich Mitarbeitergespräche in Krankenhäusern praktisch nicht von denen in anderen Organisationen und Unternehmen, weswegen im Rahmen dieses Beitrags in erster Linie eine kritische Auseinandersetzung mit dem Instrument „Mitarbeitergespräch“ als solches erfolgen soll.

Unter geeigneten Bedingungen können Mitarbeitergespräche ein nützliches Instrument der Mitarbeiterführung darstellen und kaum eine Führungskraft oder ein Mitarbeiter wird Einwände gegen diese Zielsetzungen haben. Göhlich und Sausele (2008, S. 681) bezeichnen das Mitarbeitergespräch dementsprechend gar als „pädagogisch-manageriale Drehscheibe“, in der auch die Führungskraft ihr eigenes Verhalten reflektiert. Dennoch werden Mitarbeitergespräche in der Praxis unterschiedlich aufgenommen. Zwar werden solche institutionalisierten Formen der Kommunikation vielfach dann begrüßt, wenn sich der Vorgesetzte entsprechend auf das Gespräch vorbereitet und sich für dessen Durchführung ausreichend Zeit nimmt. Unter diesen Rahmenbedingungen können Mitarbeiter mit ihrem Vorgesetzten über Aufgaben, Arbeitsbedingungen, Entwicklungsmöglichkeiten und eigene Ziele sprechen und damit über Themen, für die im beruflichen Alltag häufig zu wenig Zeit ist. Allerdings stellt sich die Frage, warum ein solcher Austausch nur im Rahmen eines jährlichen, standardisierten Gesprächs möglich sein sollte. Zielführender erscheint eine regelmäßige und zielorientierte Interaktion zwischen Führungskraft und Mitarbeiter, die nicht am zeitlichen Raster wiederkehrender formaler Verpflichtungen ausgerichtet ist, sondern sich an der fallbezogenen Lösung

von Problemen und Fragestellungen orientiert.

Darüber hinaus werden Mitarbeitergespräche in vielen Fällen sowohl von Führungskräften wie auch von Mitarbeitern als lästige und zeitraubende Pflichtübung erlebt, die nur deswegen stattfindet, weil sie von der HR-Abteilung vorgegeben ist. Statt offenem Dialog und Meinungs austausch werden die im entsprechenden Formular vorgesehenen Themen und Aspekte abgearbeitet, ohne dass es zu einem offenen Dialog und Austausch zwischen den Beteiligten kommt. Folglich macht sich auf beiden Seiten, Führungskraft und Mitarbeiter, Erleichterung breit, wenn sie ihrer Pflicht nachgekommen sind und sie sich möglichst schnell wieder ihren „eigentlichen Aufgaben“ zuwenden können.

### Instrument „Mitarbeiterführung“

Zweifellos ist die regelmäßige und intensive Interaktion und Kommunikation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern positiv zu beurteilen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob dazu ein institutionalisiertes Instrument wie das Mitarbeitergespräch noch zeitgemäß ist. Schlechte Führung oder mangelnde Kommunikation lassen sich nicht durch ein einmal jährlich stattfindendes Mitarbeitergespräch ausgleichen. Tatsächlich hat sich das Interaktions- und Kommunikationsverhalten aufgrund verschiedener Faktoren wie Wertewandel von Mitarbeitern, Veränderungen in Führungsverhalten und -kultur oder technischer Fortschritt in den letzten Jahren stark gewandelt. An die Stelle von institutionalisierten Formen des Informations- und Meinungs austauschs treten in Organisationen zunehmend dynamische Kommunikationskanäle. Mitarbeiter und Führungskräfte sind in Interaktionsnetzwerke eingebunden, in denen relevante Informationen über zahlreiche Wege und mit Hilfe sehr unterschiedlicher Kommunikationsinstrumente weitergegeben werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint in der modernen Arbeitswelt

die Institution des Mitarbeitergesprächs mit seinen Leitfäden, Checklisten und Richtlinien antiquiert. Weil im Rahmen solcher Gespräche nur selten Informationen ausgetauscht werden, die Mitarbeiter und Führungskräfte nicht schon längst auf anderen Wegen erhalten haben, werden sie immer mehr zu einem jährlich wiederkehrenden, aber nutzlosen Ritual.

Auch greift die Reduzierung der Interaktion auf das dyadische Verhältnis von Vorgesetztem und Mitarbeiter zu kurz. Wenngleich zweifellos Themen existieren, die idealerweise zwischen diesen beiden Parteien besprochen werden sollten, so ist ihre Beziehung in das übergeordnete Interaktionsnetzwerk der Organisation eingeordnet und steht dementsprechend in Wechselwirkung zu anderen Interaktionsbeziehungen. Ob also die Beziehung zwischen einer Führungskraft und ihrem Mitarbeiter funktioniert oder nicht, ob darin wirklich relevante Informationen ausgetauscht werden oder nicht und ob sie letztlich von den Beteiligten positiv bewertet wird oder nicht, hängt somit in erster Linie nicht vom jährlich stattfindenden Mitarbeitergespräch ab, sondern von der Gesamtheit aller anderen Interaktionsbeziehungen, in welche die beiden Parteien eingebunden sind.

In der Folge ist zunehmend kritisch zu hinterfragen, ob der zeitliche und damit finanzielle Aufwand gerechtfertigt ist, der mit der Durchführung von Mitarbeitergesprächen für große Teile der Belegschaft einhergeht und ob sich durch Anwendung dieses Instruments die angestrebten Ziele tatsächlich erreichen lassen. Mehrere eigene Forschungsprojekte in den vergangenen Jahren (z. B. Rank 2015) haben gezeigt, dass die eingangs diskutierten Aspekte in erster Linie durch die Position eines Mitarbeiters determiniert werden, die ein Mitarbeiter in organisationsinternen Interaktionsnetzwerken einnimmt. Mitarbeiter, die gut in solche Netzwerke eingebunden sind, verfügen über mehr Informationen, weisen eine höhere

Motivation und Leistung auf, sind zufriedener mit ihrer Tätigkeit und zeigen ein höheres Commitment gegenüber ihrer Organisation sowie eine geringere Kündigungsneigung auf.

## Fazit

Vor diesem Hintergrund scheint die Betrachtung des Gesamtsystems an Kommunikation und Interaktion zur Erreichung der genannten Zielsetzungen und damit der Sicherstellung einer hohen Leistungsfähigkeit der Organisation als Ganzes wesentlich entscheidender als die turnusmäßige Durchführung von Mitarbeitergesprächen. Eine Kenntnis der Struktur organisationsinterner Interaktionsnetzwerke sowie eine Analyse ihrer Veränderung im Zeitverlauf bieten ein solides Fundament sowohl der direkten Mitarbeiterführung, aber auch der Personal- und Organisationsentwicklung. Weil sich in einen solchen Ansatz problemlos auch diejenigen Aspekte integrieren lassen, die Bestandteil von Mitarbeitergesprächen sind (oder waren), lösen solche modernen Methoden des Human Resource Managements traditionelle Instrumente wie das Mitarbeitergespräch zunehmend ab.

## Literatur

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

Göhlich M., Sausele I. (2008) Lernbezogene Organisation. Das Mitarbeitergespräch als Link zwischen Personal- und Organisationsentwicklung, Zeitschrift für Pädagogik, Jg. 54, Nr. 5, S. 679-690.

Mudra P. (2004) Personalentwicklung: Integrative Gestaltung betrieblicher Lern- und Veränderungsprozesse, Vahlen Verlag, München.

Rank O. N. (2014) Netzwerke im Change Management nutzen, Human Resources Manager, Ausgabe Februar/ März, S. 76-78.

Rank O. N. (2015) Unternehmensnetzwerke: Erfassung, Analyse und erfolgreiche Nutzung, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden.

### **Autorenbiografie**

*Prof. Dr. Olaf N. Rank ist Inhaber des Lehrstuhls für Organisation und Personal an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen strategisches Personal- und Organisationsmanagement, intra- und interorganisationale Unternehmensnetzwerke sowie Interaktions- und Kommunikationsanalysen in Unternehmen.*

### **Autorenanschrift**

Prof. Dr. Olaf N. Rank  
Lehrstuhl für Organisation und Personal  
Albert-Ludwig-Universität Freiburg  
Platz der Alten Synagoge  
79085 Freiburg

E-Mail: [olaf.rank@vwl.uni-freiburg.de](mailto:olaf.rank@vwl.uni-freiburg.de)

## Beitrag aus der Wissenschaft II



### **Titel**

Führungsethik in Organisationen

### **Autoren**

PD Dr. Thomas Kuhn (links)

Prof. Dr. Jürgen Weibler (rechts)

### Einleitung

Die Führungstheorie und die Führungspraxis sind üblicherweise auf eine zentrale Fragestellung konzentriert, nämlich: „Wie kann ein Führender – oder wie kann ich als Führender – erfolgreich sein?“ Konkret heißt dies bspw.: Wie lässt sich eine gewünschte Veränderung im Arbeitsverhalten eines Mitarbeiters oder Teams herbeiführen? Im Fokus steht also der *Führungserfolg*! Fragen der *Ethik* spielen hingegen kaum eine Rolle – und wenn, dann werden sie kurzerhand dahingehend beantwortet, dass man doch sicher nicht erfolgreich führen kann, wenn man nicht zugleich auch ethisch richtig führt. Das (harmonische) Credo lautet also: „*Ohne Ethik kein Erfolg!*“ Spinnt man diesen Gedanken weiter, dann erscheint eine originäre Auseinandersetzung mit „Führungsethik“ letztlich überflüssig: Denn wer erfolgreich führt, der wird dann wohl auch ethisch richtig geführt haben. Und wem als Führender der Erfolg verwehrt blieb – bei dem mag es dann womöglich (auch) an seinen unethischen Verhaltensweisen gelegen haben.

Es scheint, die Wissenschaft hat sich aufgemacht, mit diesem *Führungsmythos* zu brechen (vgl. dazu auch Weibler 2013). Da-

rauf zumindest deutet eine Forschungsrichtung hin, die seit einigen Jahren enorm an Bedeutung gewinnt und zwischenzeitlich eine fast schon unüberschaubare Zahl an Studien und Schriften hervorgebracht hat. Ihr Gegenstand ist die „*dunkle Seite*“ der *Führung*. Und ihre Kernaussage lautet: Erfolgreiche Führung kann, muss aber nicht notwendigerweise ethischen Ansprüchen genügen! Führung, die ethisch bedenkliche Ziele verfolgt und/ oder ethisch fragwürdige Mittel einsetzt, kann absolut erfolgreich sein – kurzfristig ohnehin, langfristig aber auch! Als Spiritus Rektor dieser Sichtweise darf Niccolò Machiavelli (1469-1527) gewertet werden, der den Führenden seiner Zeit entschieden ins Stammbuch schrieb: „Daher muss ein Fürst, der sich behaupten will, imstande sein, schlecht zu handeln, wenn die Notwendigkeit es erfordert“ (Machiavelli 1990, S. 78). Dass die „Fürsten“ der Moderne – Unternehmensführer und Manager, aber auch Politiker und Funktionäre – diesen Grundsatz nach wie vor beherzigen und (anderen) durchaus Schlechtes tun, um sich zu behaupten, dafür lassen sich gerade in der jüngeren Vergangenheit zahlreiche Beispiele finden. Eine lesenswerte Sammlung illustrier Fälle eines unethischen, aber sehr erfolgreichen „*Bad Leadership*“ hat die Har-

vard-Professorin Barbara Kellerman (2004) zusammengestellt.

## Ursachen unethischer Führung

Wenn wir ethisch schlechte, sprich: eigen-nützig orientierte und ebenso machtvoll wie rücksichtslos durchgesetzte Führung allerdings als problematisch erachten und hier-gegen angehen wollen, dann müssen wir das Realphänomen des „*Bad Leadership*“ zunächst ursächlich erklären. Folgt man vor-liegenden Erkenntnissen, dann ist schlechte Führung durch *drei Determinanten* bestimmt (vgl. dazu Kuhn/ Weibler 2012a):

- *Schlechte Führende*, die schlechte Cha-raktere bzw. schlechte Eigenschaften be-sitzen und in der einschlägigen Debatte häufig anhand einer sog. „dunklen Triade“ typisiert werden, die folgende Persönlich-keits-Prägungen umfasst: *Narzissmus*, *Machiavellismus* und (subklinische) *Psy-chopathie*.
- *Schlechte Geführte* – Mitarbeiter also, die schlechte Führer (inklusive deren schlechte Führungsziele und -mittel) tole-rieren, akzeptieren und mitunter sogar evozieren.
- *Schlechte Situationen*, wie z. B. organisa-tionale Kulturen und Strukturen, die aus-schließlich Erfolg (um jeden Preis) fordern und fördern. Zu denken ist in diesem Zu-sammenhang an die vieldiskutierten leis-tungsabhängigen Chefarzt-Vergütungen, deren quantitative Entgrenzung die Füh-renden neben anderem auch dazu verleitet, den Leistungs- und Leidensdruck auf die Mitarbeiter kontinuierlich zu steigern, um den eigenen Verdienst (und den der Organisation) zu maximieren.

## Bestimmungsgrößen ethischer Führung

Interessant ist dieser dreifache Erklärungs-ansatz unethischer Führung auch insofern, als er – praktisch gewendet um 180-Grad –

deutlich macht, worauf eine *ethische Füh-rung* im Wesentlichen gründet, nämlich auf folgenden Bestimmungsgrößen (vgl. zum Folgenden ausführlich Kuhn/Weibler 2012b):

- *Gute Führende*: Hierunter versteht man klassischerweise – und womöglich etwas antiquiert formuliert – Personen, die sich durch besondere *Tugendhaftigkeit* (z. B. Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit, Mäßi-gung) auszeichnen. Wählt man einen deutlich moderneren und gängigeren Be-griff, dann sind ethisch Führende dadurch gekennzeichnet, dass sie etwas besitzen, was heutzutage ein womöglich immer sel-teneres Gut wird – nämlich *persönliche Integrität!* Versucht man diesen führungs-ethisch zentralen Begriff näher zu be-stimmen, dann werden vor allem folgende Attribute immer wieder genannt:
- *Moralität*, d. h. eine integre Person ist nicht egoistisch, sondern sucht immer den gerechten Ausgleich zwischen eigen-ten Interessen und den Interessen ande-rer.
- *Authentizität*, d. h. eine integre Person hat Werte und bleibt ihnen treu.
- *Entsprechung von Worten und Taten*, d. h. eine integre Person tut, was sie sagt, und hält, was sie verspricht.
- *Standhaftigkeit im Angesicht von Wider-ständen*, d. h. eine integre Person steht zu ihren Worten und Werten auch dann, wenn dies für sie mit einem Verzicht auf mögliche Vorteile oder gar mit einer In-kaufnahme persönlicher Nachteile ver-bunden ist. Exakt solche (Entschei-dungs-)Situationen können als Nagelpro-be für die Wahrung der eigenen Integrität – oder eben als zentrale Ursache für de-ren Verlust – angesehen werden. Denn auch dies ist zu vermerken: Integrität ist nichts, das ein jeder früher oder später einmal besitzt und dann für immer behält. Die Erfahrungen lehren vielmehr, dass

längst nicht jeder integer ist – und jeder, der Integrität besitzt, diese jederzeit – oft in kurzen Momenten – verspielen kann, durch Egoismus, Scheinheiligkeit, Käuflichkeit, Feigheit u. Ä. m. (vgl. dazu ausführlich Pollmann 2005).

- *Gute Geführte*: Für eine ethische Führung in Organisationen sind integrale Führungskräfte zwar notwendig, nicht jedoch hinreichend. Das heißt, es braucht hierfür im Grunde auch auf Seiten der Geführten integrale Personen, die ein Verantwortungsbewusstsein gegenüber ihren Kollegen, ihren Vorgesetzten sowie auch gegenüber der sie beschäftigenden Institution besitzen und die von daher bereit sind, Konflikte im Kontext ihrer Tätigkeit in fairen und vernünftigen Verständigungsprozessen zu besprechen und beizulegen.
- *Gute Situationen*: Eine ethische Führungsbeziehung benötigt nicht zuletzt auch entgegenkommende Rahmenbedingungen, gleichsam vorgegebene Strukturen wie auch vorhandene Kulturen, die ethische Verhaltensweisen stützen statt stürzen. Anders herum: Unter „unethischen Bedingungen“ (z. B. extreme Erfolgsorientierung, hoher Wirtschaftlichkeitsdruck, Zwang zur Leistungsverdichtung und Kostenreduktion seitens der Organisation) sind einer ethischen Führung enge Grenzen gesetzt.

## Fazit

Führungsethik sollte nicht missverstanden werden als ein Führungsinstrument, das man einsetzen kann, um den Führungserfolg zu sichern oder zu steigern. Führungsethik ist vielmehr ein Selbstzweck, der auf eine humane und faire Mitarbeiterführung abzielt und dem Führungserfolg dabei potenziell auch entgegenstehen kann. Insgesamt gilt deshalb: Man führt nicht ethisch, weil man dadurch erfolgreicher werden möchte, sondern weil man anderen gegenüber gerecht sein will!

## Literatur

Kellerman B. (2004) *Bad Leadership: What it is, how it happens, why it matters*, Harvard Business Review Press, Boston.

Kuhn T., Weibler J. (2012a) Die egomani-sche Organisation: Auszehrung der Mitarbeiter als Folge einer unethischen Führung. In: Oelsnitz D. et al. (Hrsg.) *Die auszehrende Organisation*, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 113-131.

Kuhn T., Weibler J. (2012b) *Führungsethik in Organisationen*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Machiavelli N. (1990) *Der Fürst*, Insel Verlag, Frankfurt am Main.

Pollmann A. (2005) *Integrität. Aufnahme einer sozialphilosophischen Personalie*, Transcript Verlag, Bielefeld.

Weibler J. (2013) *Entzauberung der Führungsmythen*, Roman Herzog Institut e.V., München.

## Das Buch der Autoren zum Thema





## Autorenbiografien

*PD Dr. Thomas Kuhn* ist Privatdozent für Betriebswirtschaftslehre der Universität St. Gallen und Akademischer Rat an der FernUniversität in Hagen.

*Univ.-Prof. Dr. Jürgen Weibler* ist Inhaber des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Personalführung und Organisation an der FernUniversität in Hagen. Näheres zur Person: <http://www.fernuni-hagen.de/weibler/team/juergen.weibler.shtml>

## Autorenanschriften

PD Dr. Thomas Kuhn  
FernUniversität in Hagen, Lehrstuhl für  
Betriebswirtschaftslehre, insbesondere  
Personalführung und Organisation  
Universitätsstraße 11  
58084 Hagen

E-Mail: [thomas.kuhn@fernuni-hagen.de](mailto:thomas.kuhn@fernuni-hagen.de)

Prof. Dr. Jürgen Weibler  
FernUniversität in Hagen, Lehrstuhl für  
Betriebswirtschaftslehre, insbesondere  
Personalführung und Organisation  
Universitätsstraße 11  
58084 Hagen

E-Mail: [juergen.weibler@fernuni-hagen.de](mailto:juergen.weibler@fernuni-hagen.de)

## Beitrag aus der Praxis II



### **Titel**

Gesünder führen durch Konfliktklärung

### **Autor**

Prof. Dr. Kerstin Bruns

### Einleitung

Gehen wir davon aus, dass Konfliktklärung dazu führen kann, dass die Zusammenarbeit besser wird, was unter anderem stressfreier, energiesparender und damit auch gesünder bedeuten kann, haben wir einen direkten Zusammenhang zwischen der Klärung von Konflikten und der Leistung eines Beitrags zu mehr Gesundheit am Arbeitsplatz (Schwartz 2010, S. 40).

Diverse Studien und Umfragen zahlreicher Institutionen aus Wissenschaft und Beratung zeigen, dass 10-15 % der Arbeitszeit für die Bewältigung von Konflikten verwendet werden und dass Führungskräfte 30-50 % ihrer wöchentlichen Arbeitszeit für Konflikte und deren Folgen einsetzen (Seidel und Audi 2009, S. 20).

### Teufelskreismodell

Oft kommt es bei Konflikten zu sogenannten Teufelskreisen, die durch unterschiedliche Kommunikationsstile verursacht werden können. Die Kommunikation dreht sich im Kreis und bleibt in einem oft sehr destruktiven Miteinander stecken, das dauerhaften,

energieraubenden und gesundheitsgefährdenden Stress verursacht. Reibungsverluste und „Dauerstress-Situationen“ können durch Erkennen und Hinausführen aus dem Teufelskreis vermieden werden, und ein Mehr an gesunder Führung kann so erreicht werden.

Zunächst zur Theorie des Teufelskreismodells nach Friedemann Schulz von Thun: Im Teufelskreismodell macht eine Person A eine bestimmte „Äußerung“. Diese löst bei Person B ein Gefühl, einen Gedanken, einen Impuls aus („Innerung“). Daraufhin äußert sich Person B und verhält sich auf eine bestimmte Art und Weise. Person A erlebt durch dieses Verhalten von Person B wiederum eine „Innerung“, beispielsweise ein Gefühl, und zeigt gegenüber Person B erneut ein konkretes Verhalten. So entsteht ein Kreislauf mit vier Stationen (Schulz von Thun 2011b, S. 31-42 und Schulz von Thun, Ruppel und Stratmann 2009, S. 41-45).

### Praxisbeispiel

Das folgende Praxisbeispiel veranschaulicht diese zirkuläre Beziehungsdynamik (Bruns 2014, S. 24-26). Frau Herbst, die neue Abteilungsleiterin (27 Jahre), ist hoch motiviert und will einige Neuerungen, z. B. regelmäßi-



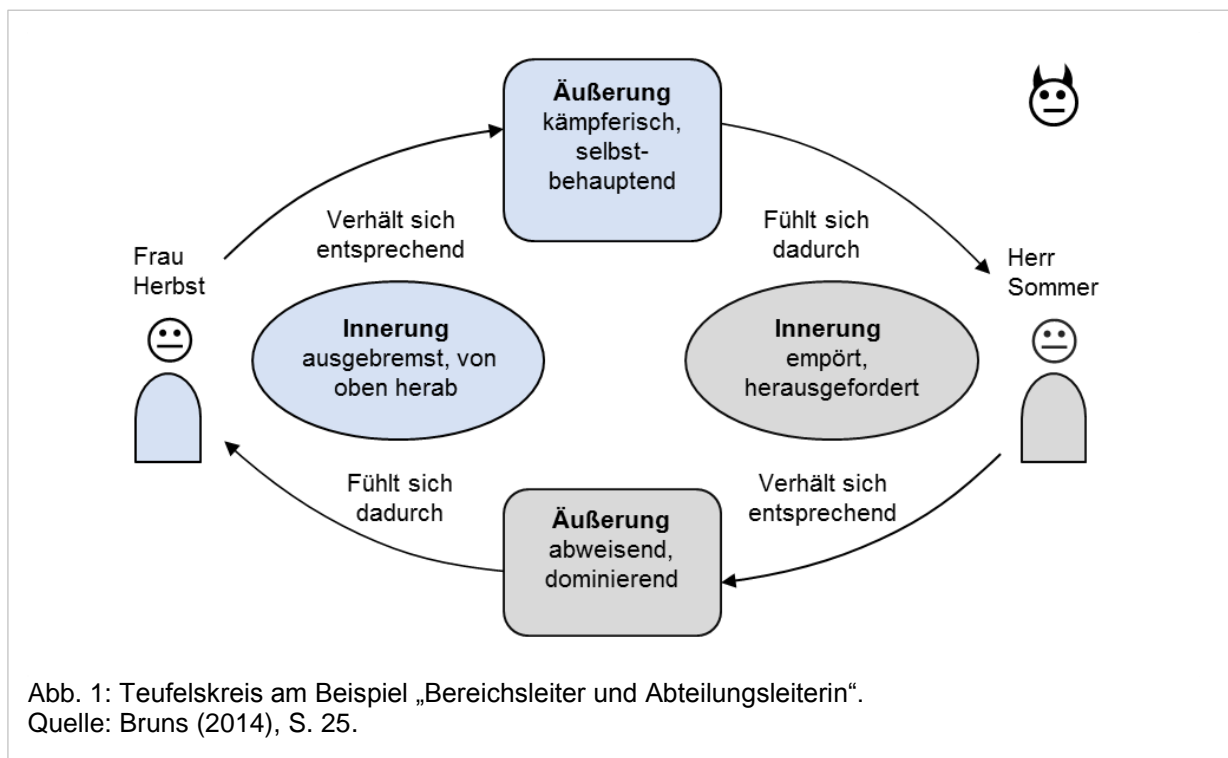
ge Teamsitzungen, einführen. Herr Sommer, ihr vorgesetzter Bereichsleiter, hält Meetings für Zeitverschwendung. Er spricht die jeweiligen Mitarbeiter/-innen sofort direkt an und informiert bevorzugt per E-Mail. Frau Herbst will sich diesem Führungsstil nicht anschließen und kurze, regelmäßige Meetings zum direkten Austausch in ihrer Abteilung durchsetzen. Sie geht sehr selbstbehauptend und vorpreschend vor: „Herr Sommer, ich werde ab Montag regelmäßige Meetings bei uns in der Abteilung einführen. Die Informationen sind dann viel schneller ausgetauscht und alle sind informiert!“ „Herr Sommer: Da bin ich dagegen, Frau Herbst. Wir bleiben bei Mailings und der direkten Ansprache bei konkretem Bedarf!“

Auch bei anderen Verbesserungsvorschlägen, die Frau Herbst entsprechend energisch vorbringt, reagiert ihr Chef abweisend. Er nutzt viele Situationen, um ihr zu widersprechen.

Der Teufelskreis: Herr Sommer fühlt sich durch die forsche Art seiner neuen Abteilungsleiterin in seinem Rang als ihr Vorgesetzter nicht akzeptiert („Innerung“). Er ist

empört und sieht sich herausgefordert („Innerung“), seine Position als Vorgesetzter – u. a. durch seine abweisende und dominante Art („Äußerung“) – sehr deutlich zu machen. Frau Herbst fühlt sich in ihrem Engagement bei der Arbeit nicht anerkannt, ausgebremst und von oben herab behandelt („Innerung“). Sie reagiert darauf mit einem kämpferischen und selbstbehauptenden Verhalten („Äußerung“), wie die Abbildung 1 zeigt.

Zum Ausstieg aus einem Teufelskreis ist oft ein erfahrener Coach und damit allparteilicher Dritter erforderlich. Durch ein frühes Erkennen der destruktiven, ungesunden Beziehungsdynamik kann die Führungskraft aber auch mit Veränderungsmaßnahmen aktiv selbst versuchen, aus dem Teufelskreis hinauszuführen. Was könnten Herr Sommer und Frau Herbst für einen Ausstieg aus diesem Teufelskreis tun? Ein möglicher Weg: Herr Sommer könnte hinter dem energischen Verhalten von Frau Herbst ihr Engagement für das Unternehmen und ihre Führungsaufgaben erkennen und in einem konstruktiven Feedbackgespräch seinen Rang und seine Erwartungen an Frau Herbst klären.



ren: „Frau Herbst, ich schätze Ihr Engagement für die Firma sehr. Mich ärgert aber Ihre bestimmende Art, mir zu verkünden, jetzt Meetings einzuführen. Formulieren Sie mir gegenüber Ihre Anliegen bitte als solche oder als Vorschläge, dann kann ich sie annehmen und als fairer Chef entscheiden.“

Ein anderer Weg: Frau Herbst könnte erkennen, dass sie durch ihre „über“-engagierte und „forsche“ Art Herrn Sommer nicht in seinem Rang als ihr Vorgesetzter akzeptiert hat. Indem Frau Herbst die übergeordnete Führungsposition von Herrn Sommer zukünftig durch ihre Äußerungen bestätigt, kann ein Ausstieg aus dem Teufelskreis gelingen. Sie könnte z. B. klar ansprechen: „Sie sind der Chef! Aber als ihre Abteilungsleiterin ist mir wichtig, in meiner Abteilung wöchentliche, ca. 15-minütige Meetings abzuhalten.“ Oder, statt mit einer quasi schon umgesetzten Idee vorzupreschen, weil es die Sachlage aus ihrer Sicht erfordert, könnte sie die Idee als Vorschlag formulieren.

Durch diese Verhaltensänderung bei Frau Herbst kann sich Herr Sommer als Vorgesetzter ernst genommen und akzeptiert fühlen. Er kann wieder zuhören und mit objektiven Kriterien eine sachliche Entscheidung ihr gegenüber treffen. Frau Sommer fühlt sich anerkannt, in ihrem Engagement wahrgenommen und motiviert.

Im Konfliktfall des Teufelskreises (Bruns 2014, S. 22 f.) kann sich der Konfliktpartner somit aktiv durch

- das Analysieren der Konfliktsituation,
- eine genaue Reflexion der eigenen „Äußerungen“ und „Innerungen“,
- das Betrachten des Konfliktpartners aus einem anderen Blickwinkel,
- Feedbackgespräche oder

- Klärungsgespräche auf der Metaebene und
- Offenheit für eine neue Haltung

aus der Opferrolle befreien und eine Konfliktlösung herbeiführen (Schulz von Thun, Ruppel und Stratmann 2009, S. 44-45).

### Fazit

Im Führungsalltag sind viele Wege zur Konfliktlösung denkbar. Jede Situation und Person erfordert ein genaues Hinschauen, Hinterfragen und Herantasten. Wenn sich eine konkrete Maßnahme oder eine Verhaltensänderung als zielführend erwiesen hat, kann sie weiterhin eingesetzt werden. Führen die angewendeten Maßnahmen zur Konfliktlösung nicht zum Erfolg, ist es wichtig, flexibel zu bleiben und andere Wege auszuprobieren.

Weitreichende Entscheidungen können notwendig sein, um eine langfristig wirksame Veränderung herbeizuführen, aber auch kleine Schritte können große Auswirkungen haben. Neubesetzungen, Umstrukturierungen und auch Kündigungen sind Lösungsvarianten für notwendige und positive Veränderungen.

Die Beziehungsdynamik im Teufelskreis belastet und dominiert Arbeitsverhältnisse – ganz abgesehen von der persönlichen Belastung des Menschen – so stark, dass die fachliche und sachliche Zusammenarbeit sehr beeinträchtigt werden kann. Führungskräfte sind hier ganz besonders gefordert – wie im Konfliktbeispiel gezeigt – Klarheit zu schaffen, um aus dem Teufelskreis hinauszuführen (Bruns 2013 zur Konfliktkompetenz als Muss im Führungsalltag). Aus dieser gesünderen Führungsweise resultiert eine bessere, konstruktivere, stressfreiere, energievollere und damit ebenfalls gesündere Zusammenarbeit.

## Literatur

Bruns K. (2014) Führungskraft und Frau – manchmal ein Teufelskreis, Arbeitspapier Nr. 43, FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Akademie Verlags- und Druckgesellschaft mbH, Essen.

Bruns K. (2013) Konfliktkompetenz – ein Muss im Führungsalltag, Arbeitsbericht Nr. 12., Lehrstuhl für Produktionswirtschaft an der Ruhr-Universität Bochum (RUB), In: [http://www.prowi.rub.de/mam/content/Konfliktkompetenz\\_\\_\\_\\_\\_ein\\_muss\\_im\\_f\\_\\_hrungsalltag.pdf](http://www.prowi.rub.de/mam/content/Konfliktkompetenz_____ein_muss_im_f__hrungsalltag.pdf), Abrufdatum: 16.01.15.

Holzahlt K., Korsmeier S. (2015) Gesundheit systemischer fördern, In: Systemischer – Zeitschrift für Systemische Strukturaufstellungen, Heft 6, S. 6-9.

Schulz von Thun F. (2011a) Miteinander Reden 1 – Störungen und Klärungen, 49. Aufl., Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Schulz von Thun F. (2011b) Miteinander Reden 2 – Stile. Werte und Persönlichkeitsentwicklung. 32. Aufl., Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Schulz von Thun F. (2011c) Miteinander Reden 3 – Das Innere Team und situationsgerechte Kommunikation, 20. Aufl., Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Schulz von Thun F., Ruppel J., Stratmann R. (2009) Miteinander Reden – Kommunikationspsychologie für Führungskräfte, 10. Aufl., Rowohlt Verlag. Reinbek bei Hamburg.

Schwartz T. (2010) Mission Entspannung. In: Harvard Business Manager, Heft 8, S. 42-48.

Seidel U., Audi M. (2009) Bedeutung der Konfliktkostenstudie aus Controllingperspektive, In: KMPG (Hrsg.), Konfliktkostenstudie -

Die Kosten von Reibungsverlusten in Industrieunternehmen, München, S. 19-24.

## Autorenbiografie

*Prof. Dr. Kerstin Bruns*, absolvierte ihr Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Universität in Bielefeld und promovierte 1996 an der Universität GH Essen. Seit 2002 arbeitet Frau Prof. Dr. Bruns als Business- und insbesondere Führungskräfte-Coach sowie Systemische Organisationsentwicklerin – mit abgeschlossenen Ausbildungen zum Coach, zur Changemanagerin und zur systemischen Supervisorin und Organisationsentwicklerin – auf freiberuflicher Basis. An der FOM ist sie seit 2006 Dozentin und seit Januar 2014 Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Leadership und Organisation. Sie lehrt in den Bachelor- und Mastermodulen Führung, Verhandlung, Konfliktmanagement, Kommunikation, Präsentation und Moderation.

## Autorenanschrift

Prof. Dr. Kerstin Bruns  
Professur für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Leadership und Organisation, FOM Hochschule für Oekonomie & Management  
Hochschulzentrum Essen  
Herkulesstraße 32  
45127 Essen

E-Mail: [kerstin.bruns@fom.de](mailto:kerstin.bruns@fom.de)

Coaching-KB  
Halbe Höhe 18  
45147 Essen

E-Mail: [kontakt@coaching-kb.de](mailto:kontakt@coaching-kb.de)

---

**Zitierform:** Schmidt-Huber M., Hörner K., Weisweiler S. (2015) Wirksames Führungsverhalten von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen unter der Lupe: Führen Pflegekräfte anders als Ärzte?, ZFPg, Jg. 1, Nr. 3, S. 28-43. DOI: 10.17193/HNU.ZFPg.01.03.2015-07

## Beitrag aus der Wissenschaft III



### **Titel**

Wirksames Führungsverhalten von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen unter der Lupe: Führen Pflegekräfte anders als Ärzte?

### **Autoren**

Dr. Marion Schmidt-Huber (links)  
Katharina Hörner (in der Mitte)  
PD Dr. Silke Weisweiler (rechts)

## Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wird der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Mitarbeiterführung (auf Basis des Konzepts der transaktionalen und transformationalen Führung) von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen unterscheiden und welchen Einfluss das Führungsverhalten auf die Motivation, das Vertrauen zur Führungskraft, die Arbeitszufriedenheit und die Identifikation mit der Station und Klinik ausübt. Die Ergebnisse der befragten 98 Personen zeigen, dass neben der Bedeutung eines transformationalen Führungsstils im Allgemeinen durchaus auch unterschiedliche Erwartungen der Mitarbeiter/-innen zwischen Ärzten und Pflegekräften an das Führungsverhalten ihres direkten Vorgesetzten bestehen.

## Schlüsselwörter

Führung, Krankenhaus, Ärzte, Pflegekräfte, Motivation

## Inhalt

- 1 Wirksam Einfluss nehmen: transformationale Führung im Klinikalltag
- 2 Studienaufbau und -design
- 3 Studienergebnisse
- 4 Diskussion und Empfehlungen
- 5 Fazit

## Wirksam Einfluss nehmen: transformationale Führung im Klinikalltag

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist mit enormen Veränderungen wie der Ökonomisierung der Leistungen, dem zunehmenden Wettbewerbsdruck unter den Anbietern oder einer veränderten Nachfrage gesundheitsbezogener Dienstleistungen konfrontiert (vgl. BMWi 2011). Nicht zuletzt stellt der viel zitierte Fachkräftemangel, vor allem in Pflegeberufen, Organisationen im Gesundheitswesen vor die Herausforderung, Leistungsträger systematisch an das Unternehmen zu binden. Gerade auch Krankenhäuser sind hierbei besonders betroffen, da die Produktivität eines Hauses von der Mitarbeiterstruktur, d. h. der Leistungsfähigkeit und Motivation der Belegschaft, abhängt (Haupt/ Bouncken 2014). Damit rückt als ein zentraler Schlüsselfaktor des Organisationserfolgs eine erfolgreiche Mitarbeiterbindung in den Mittelpunkt des Personalmanagements. Zahlreiche Studien zeigen hierbei auf, dass eine wichtige Komponente zufriedener und engagierter Arbeitnehmer die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der eigenen Führungskraft ausmacht (z. B. Felfe 2006). Erste Studienbefunde konnten diesen Zusammenhang auch für den Klinikkontext aufzeigen (z. B. Brücker 2009, Gokce/ Guney/ Katrinli 2014). Führungshandeln zählt insgesamt zu einem der einflussreichsten Faktoren auf die Arbeitseinstellung und das Arbeitsverhalten von Mitarbeitern (*Im Folgenden werden Begriffe wie Mitarbeiter, Vorgesetzter, Kollege, Arzt, Pflegekraft etc. zur besseren Lesbarkeit als Synonym für die männliche und weibliche Form verwendet.*). Damit stellt sich die Frage, wie eine effektive Führungskultur in Kliniken beschrieben werden kann und was wirksames Führungsverhalten im Klinikkontext ausmacht (vgl. auch Barth/ Jonitz 2009).

Im folgenden Beitrag gehen wir dieser Frage empirisch nach und untersuchen vor dem

Hintergrund des Konzepts der transaktionalen und transformationalen Führung (Bass 1985) den Einfluss des Führungsverhaltens von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen an einem großen deutschen Universitätsklinikum auf

- das Vertrauen der Mitarbeiter in den direkten Vorgesetzten,
- die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich in besonderem Maße anzustrengen und mehr als erwartet zu leisten,
- die Arbeitszufriedenheit sowie
- die Identifikation der Mitarbeiter mit der eigenen Station und der Klinik.

Zunächst gehen wir jedoch darauf ein, was wir unter wirksamer Mitarbeiterführung verstehen und erläutern das angewandte Konzept der transaktionalen und transformationalen Führung (Bass 1985).

„Führung durch Menschen bedeutet, andere Personen zu beeinflussen, zu motivieren oder in die Lage zu versetzen, zum Erreichen kollektiver Ziele in Gruppen und Organisationen beizutragen“ (Brodbeck/ Maier/ Frey 2002, S. 329). Im Mittelpunkt von Mitarbeiterführung steht die Gestaltung einer effektiven und vertrauensvollen Zusammenarbeit von Führungskraft und Mitarbeitern mit dem übergeordneten Ziel, konkrete Arbeitsergebnisse zu erreichen.

Doch wie kann dies in der Umsetzung gelingen? Welches Verhalten sollten Führungskräfte zeigen, um wirksam Einfluss auf Ergebnisse und Mitarbeiter zu nehmen?

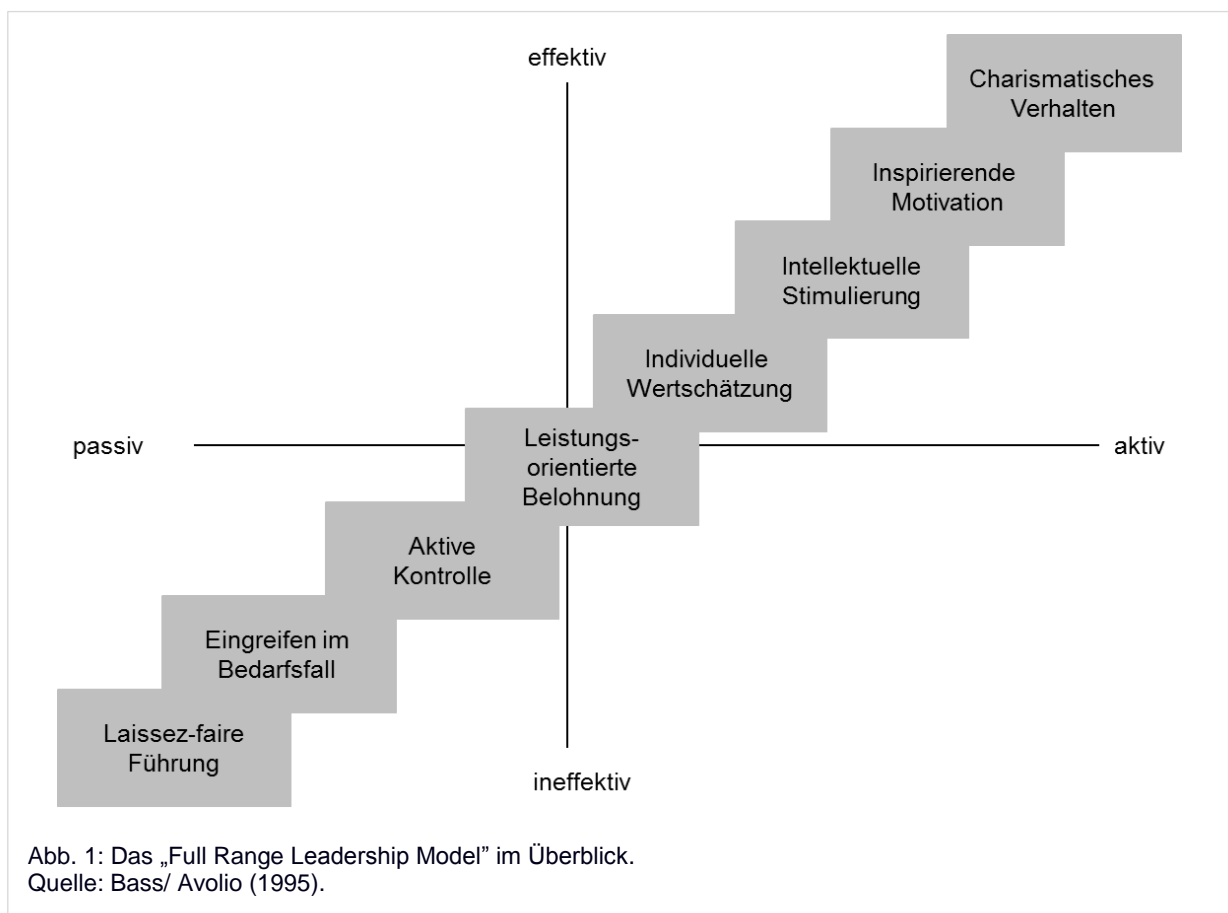
Antworten auf diese Frage vermittelt das Konzept der transaktionalen und transformationalen Führung, das im so genannten „Full Range Leadership Model“ von Bass und Avolio (1995), einem der bedeutsamsten

und empirisch am besten erforschten Führungsmodellen, zum Ausdruck kommt. Zusammengefasst plädieren die Autoren dafür, dass Führungskräfte eine Vielfalt unterschiedlicher Verhaltensweisen zeigen sollten, um die Leistung und Motivation von Mitarbeitern zu fördern. Bass und Avolio unterscheiden drei übergeordnete Führungsdimensionen, die in einem zweidimensionalen Kontinuum anhand der Effektivität und Aktivität des Handelns eingeordnet werden (vgl. Abbildung 1).

Die Dimension der *Laissez-faire Führung* stellt passives und ineffizientes Führungsverhalten dar. Führungskräfte, die einen solchen Handlungsansatz verfolgen, halten sich weitestgehend aus allen Entscheidungen heraus und zeigen im Grunde kein wirkliches Führungsverhalten. Die Dimension der *transaktionalen Führung* kann als Basis des Führungsverhaltens aufgefasst werden. Im Vordergrund stehen faire Austauschprozesse zwischen der Führungskraft und ihren Mitarbeitern. Die Führungskraft trägt be-

wusst Sorge für die Erreichung und Kontrolle von Zielen. Die transaktionale Führung beinhaltet folgende drei Prinzipien:

- Führen durch Eingreifen im Bedarfsfall: Die Führungskraft hält sich weitestgehend zurück und greift nur ein, wenn Fehler oder Probleme auftauchen.
- Führen durch aktive Kontrolle: Die Führungskraft überwacht Arbeitsabläufe und greift korrigierend ein.
- Leistungsorientierte Belohnung: Die Führungskraft klärt die Erwartungen und vereinbart Ziele mit den Mitarbeitern. Sie bespricht offen, welche Gegenleistungen Mitarbeiter bei Erreichung der entsprechenden Ergebnissen erwarten können, bzw. mit welchen Konsequenzen gerechnet werden muss, wenn die erwarteten Leistungen nicht erreicht werden.





Diese Führungsverhaltensweisen führen dann zum Erfolg, wenn Mitarbeiter in einem stabilen und vorhersehbaren Umfeld arbeiten. Sobald sich jedoch die Rahmenbedingungen schnell ändern, innovatives Verhalten oder Spitzenleistungen gefordert sind, sollten Führungskräfte zusätzlich zu den transaktionalen Handlungsstrategien weitere, sog. *transformationale Verhaltensweisen* zeigen. Die Hauptmerkmale transformationaler Führung sind eine hohe Mitarbeiterorientierung und die Vorbildfunktion der Führungskraft. Eine transformationale Führungskraft fungiert als Mentor und Coach für ihre Mitarbeiter, sie vermittelt Zukunftsvisionen und rückt die individuellen Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter in den Vordergrund ihrer Einflussnahme. Im Wesentlichen ist die transformationale Führung von vier Prinzipien gekennzeichnet:

- Individuelle Wertschätzung: Die Führungskraft unterstützt die Entwicklung der Mitarbeiter und berücksichtigt die individuellen Bedürfnisse.
- Intellektuelle Stimulierung: Die Führungskraft regt ihre Mitarbeiter zu unabhängigem Denken an und unterstützt Veränderungen.
- Inspirierende Motivation: Die Führungskraft motiviert ihre Mitarbeiter dadurch, dass sie überzeugend attraktive Visionen und übergeordnete Ziele vermittelt.
- Charismatisches Verhalten: Die Führungskraft wird als glaubwürdig und vorbildlich wahrgenommen.

Die transformationale Führung hat in der psychologischen Führungsforschung in den letzten Jahren die meiste Aufmerksamkeit erhalten. Eine Reihe an empirischen Untersuchungen zeigen deutliche Zusammenhänge zwischen transaktionaler und transformationaler Führung und unterschiedlichen Erfolgsmaßen (vgl. Judge/ Piccolo 2004). So zeigen sich positive Auswirkungen eines

transformationalen Führungsstils auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter genauso wie Auswirkungen auf die Innovation und Kreativität sowie objektive Leistungskriterien und den Unternehmenserfolg (siehe Felfe 2006).

Zusammenfassend betonen Bass und Avolio (1994), dass sich effektives Führungsverhalten aus einer starken Ausprägung transformationalen Führungsverhaltens, einer relativ hohen Ausprägung leistungsorientierter Belohnung, einem geringeren Maß an aktiver Kontrolle und einem Minimum an Eingreifen im Bedarfsfall und Laissez-faire Führung zusammensetzt. Diese Erkenntnisse wurden jedoch weitestgehend in Studien im wirtschaftlichen Kontext gewonnen. Bislang gibt es nur wenige empirische Studien, die die Auswirkungen eines transformationalen Führungsstils im Klinikkontext untersucht haben. Wir nehmen jedoch an, dass gerade im Klinikkontext aufgrund der starken Hierarchie, der intensiven interpersonellen Zusammenarbeit und den klar definierten Rahmenbedingungen (z. B. Tarifsysteem), ein mitarbeiterorientierter und wertschätzender Führungsstil von besonderer Relevanz ist.

Studien zum Thema Mitarbeiterführung in Krankenhäusern beschäftigen sich häufig mit der Unzufriedenheit der verschiedenen Berufsgruppen mit ihren Führungskräften. So konnte von Eiff (2000) in einer Befragung von 3.500 Personen z. B. zeigen, dass jeder zehnte Arzt und jede fünfte Pflegekraft mit dem Arbeitsklima im Krankenhaus unzufrieden ist. Vor allem im Bereich der Kommunikation werden Defizite zwischen den befragten Berufsgruppen ersichtlich. Hierbei wird jedoch zumeist das Führungsverhalten einer Berufsgruppe in den Mittelpunkt gerückt. Unklar ist bislang jedoch noch, welche Ähnlichkeiten und Unterschiede es im wahrgenommenen Führungsstil in beiden Berufsgruppen gibt und welche Schlussfolgerungen daraus für die Zusammenarbeit in den Teams und der Führungskräfteentwicklung an Kliniken gezogen werden können.

## Studienaufbau und -design

In unserer Studie sind wir gezielt der Frage nachgegangen, inwieweit sich die Führungsstile von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen unterscheiden bzw. welchen Einfluss das Führungsverhalten in der jeweiligen Berufsgruppe auf motivationale (Extra-Anstrengung) und einstellungsbezogene (Vertrauen, Arbeitszufriedenheit, Identifikation mit der Station und Klinik) Faktoren wirksamer Führung aufweist. Aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkte, Ausbildungshintergründe sowie Rollen im Berufsalltag erwarten wir unterschiedliche Ergebnisse, was wirksame Führung in der jeweiligen Berufsgruppe auszeichnet. Aufgrund dessen werden die folgenden Hypothesen für die beiden Berufsgruppen Ärzte und Pflegekräfte getrennt voneinander ausgewertet und berichtet.

Zunächst wird in beiden Berufsgruppen ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen transaktionalem und transformationalem Führungsverhalten mit motivationalen und einstellungsbezogenen Erfolgskriterien der Führung angenommen. Im Weiteren wird untersucht, welche konkreten Unterschiede zwischen der Perspektive der Ärzte und Pflegekräfte in Bezug auf die Wahrnehmung von effektivem Führungsverhalten bestehen.

## Stichprobe und Untersuchungsdesign

Die Datenerhebung fand in Form einer Onlinebefragung (im Jahr 2012) zu zwei aufeinanderfolgenden Zeitpunkten von Mitarbeitern in einer großen deutschen Universitätsklinik statt (vgl. Abbildung 2). Die zwei Messzeitpunkte im Abstand von drei Wochen wurden gewählt, um den Einfluss von Methodenverzerrungen (v. a. „single source and common method biases“) zu reduzieren (Podsakoff/ MacKenzie/ Lee/ Podsakoff 2003).

Vor Beginn der Befragung wurden die Führungskräfte der Klinik (d. h. Oberärzte und pflegerische Stationsleitungen) über die Inhalte und Ziele der Befragung informiert. Die Führungskräfte wurden angehalten, die Hintergründe und Informationen über die Studie an ihre Mitarbeiter weiterzuleiten. Im Anschluss erhielten insgesamt 500 Mitarbeiter der Klinik eine E-Mail mit Informationen zum Hintergrund der Befragung, zur Anonymität und Freiwilligkeit der Teilnahme sowie dem entsprechenden Link zu der Onlinebefragung. Am ersten Erhebungszeitpunkt sollten die Mitarbeiter das Führungsverhalten ihres unmittelbaren Vorgesetzten sowie das Erfolgsmaß der Extra-Anstrengung als motivationalen Parameter einschätzen. Nach drei Wochen erhielten die Teilnehmer eine erneute E-Mail mit dem Link zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Im Mittelpunkt der zweiten Befragung stand die Erfassung klassischer Erfolgsmaße wirksamer Führung: das

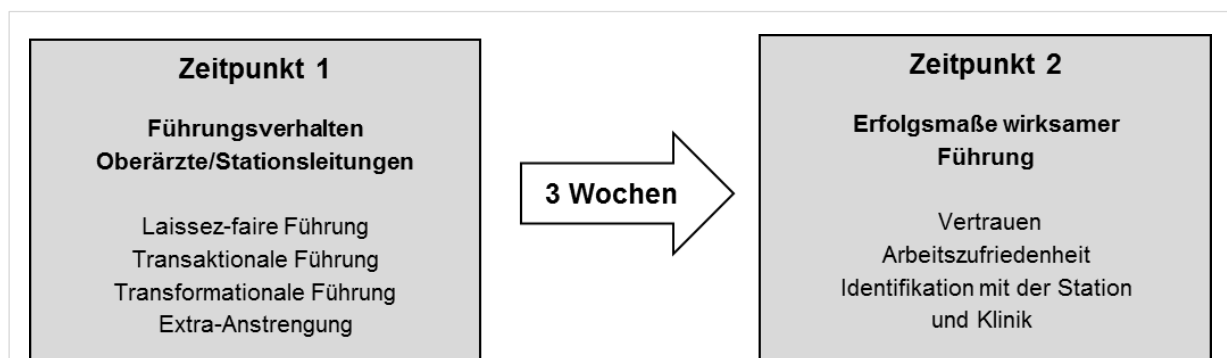


Abb. 2: Das Studiendesign der Studie.  
Quelle: Eigene Darstellung (2015).



Vertrauen in die eigene Führungskraft, die Arbeitszufriedenheit sowie die Identifikation mit der eigenen Station und der Klinik.

In die Auswertung der Ergebnisse gingen nur die Teilnehmer ein, die sich an beiden Befragungsmesszeitpunkten beteiligt hatten ( $N = 49$  Ärzte davon 41% Frauen;  $N = 47$  Pflegekräfte davon 61% Frauen). Der Altersdurchschnitt der teilnehmenden Ärzte betrug  $M = 32.74$  Jahre ( $SD = 3.24$ ), der teilnehmenden Pflegekräfte  $M = 37.30$  Jahre ( $SD = 10.96$ ). Die Teilnehmer gaben an, im Mittel seit 7.03 Jahren ( $SD = 6.59$ ) an der Klinik zu arbeiten.

### *Erhebungsinstrumente*

Das Führungsverhalten wurde mit der deutschsprachigen Version des Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ, Felfe/ Goihl 2002) erfasst. Im Mittelpunkt der Erhebung standen dabei alle drei Facetten der Laissez-faire Führung, der transaktionalen (Dimensionen: Führen durch Eingreifen im Bedarfsfall und leistungsorientierte Belohnung) sowie transformationalen Führung (Dimensionen: individuelle Wertschätzung, intellektuelle Stimulierung, inspirierende Motivation, charismatisches Verhalten). Die Messung des Führungsverhaltens erfolgte zu Zeitpunkt 1. Die Items beziehen sich auf die Dimensionen Laissez-faire (3 Items,  $\alpha = .84$ ), Führen durch Eingreifen im Bedarfsfall (4 Items,  $\alpha = .73$ ), leistungsorientierte Belohnung (3 Items,  $\alpha = .73$ ), individuelle Wertschätzung (4 Items,  $\alpha = .92$ ), intellektuelle Stimulierung (4 Items,  $\alpha = .88$ ), inspirierende Motivation (4 Items,  $\alpha = .86$ ) und charismatisches Verhalten (3 Items,  $\alpha = .74$ ). Als Erfolgsmaße effektiver Führung wurden die motivationalen und einstellungsbezogenen Skalen der Extra-Anstrengung (MLQ, 3 Items,  $\alpha = .90$ , Felfe/ Goihl 2002), Vertrauen in die Führungskraft (8 Items,  $\alpha = .97$ , Dirks 2000), Arbeitszufriedenheit (5 Items,  $\alpha = .77$ , Zufriedenheit mit der Klinik, der Tätigkeit, den Arbeitsbedingungen, der Förderung der beruflichen Entwicklung sowie der beruflichen Perspektive,

in Anlehnung an Neuberger/ Allerbeck 1978) sowie Identifikation mit der eigenen Station bzw. Klinik (1-Item-Messungen) erhoben. Alle Skalen erreichen mit  $\alpha \geq .73$  eine zufriedenstellende Reliabilität (Tabachnick/ Fidell 2007). Die Einschätzung der Fragen erfolgt auf einer Likert-Skala von 1 (sehr geringe Ausprägung) bis 5 bzw. 7 (sehr hohe Ausprägung). Die Datenauswertung erfolgte mittels der statistischen Software SPSS® 21.

### **Studienergebnisse**

Die Auswertung der skizzierten Zusammenhangshypothesen erfolgte anhand von bivariaten Korrelationen, die Testung von Mittelwertunterschieden anhand von T-Tests und die Betrachtung der Berufsgruppenunterschiede im Rahmen von multiplen Regressionsanalysen (Cohen et al. 2003). Eine vorab vorgenommene Analyse der Datenstruktur deutete darauf hin, dass Suppressioneffekte zwischen den Prädiktoren (Führungsverhalten, Skalen des MLQ) bestehen. Damit kann keine sinnvolle Interpretation der Ergebnisse multipler Regressionsanalysen sichergestellt werden. Die Methode der schrittweisen Regression ermöglicht es, die bedeutsamen Prädiktoren (hier Führungsverhalten) zu identifizieren, die einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung des Kriteriums (hier Erfolgsmaße der Führung) leisten (Tabachnick/ Fidell 2007). Ziel der schrittweisen Regressionen war es, die jeweils relevanten Führungsverhaltensweisen für die erhobenen Erfolgsmaße wirksamer Führung zu identifizieren.

Die Tabellen 1 und 2 geben zunächst einen Überblick über die deskriptiven Ergebnisse und Korrelationen der erhobenen Skalen (Tabelle 1 für Pflegekräfte, Tabelle 2 für Ärzte). Die Mittelwerte der Führungsskalen weisen in beiden Substichproben auf die typischerweise zu findende rechtsschiefe Verteilung bei der Erfassung von Führungsverhalten hin. Die negativen Korrelationen der Skala *Führen durch Eingreifen im Bedarfsfall*

sind auf die negative Polung der Skala zurückzuführen, wohingegen die Skala zur Abbildung von Laissez-faire Führung eine positive Polung aufweist und damit auch positive Zusammenhänge mit den anderen Führungsskalen und Erfolgsmaßen hervorbringt. Weiterhin wird deutlich, dass die Skalen des MLQ zur Erhebung des Führungsverhaltens hoch miteinander korrelieren. Die Korrelationskoeffizienten bewegen sich hierbei zwischen  $-.20 < r < .81$  bei Pflegekräften und  $-.58 < r < .87$  bei den Ärzten und liegen damit in einem Wertebereich, der üblicherweise bei der Anwendung des MLQ zu finden ist (Judge/ Piccolo 2004). Durchgängig positive Korrelationen zeigen sich für den Zusammenhang des Führungsverhaltens und der erhobenen Erfolgsmaße, die höchsten Korrelationen treten bei beiden Berufsgruppen mit den Kriterien *Vertrauen in die Führungskraft* sowie *Extra-Anstrengung* auf. Aufgrund der kleinen Stichprobengrößen erreichen nicht alle Korrelationen statistische Signifikanz, deuten jedoch die erwartete Richtung an.

Im nächsten Schritt wurde mit Hilfe von T-Tests ( $p < .05$ ) ermittelt, ob die beiden Berufsgruppen signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung des Führungsverhaltens ihres Vorgesetzten aufweisen. Hierbei ergeben sich bei zwei der 12 untersuchten Variablen signifikante Unterschiede: In Bezug auf die Identifikation mit der Klinik zeigen sich Ärzte höher identifiziert ( $M = 4.04, SD =$

.99) als Pflegekräfte ( $M = 3.35, SD = 1.02; t = -3.35, p < .001$ ). Es handelt sich um eine mittlere Effektgröße von Cohen's  $d = 0.69$  (Cohen et al. 2003). Weiterhin traten signifikante Unterschiede zwischen dem wahrgenommenen charismatischen Verhalten der Führungskräfte auf. Hier schätzten Pflegekräfte das charismatische Verhalten ihrer Stationsleitung höher ein ( $M = 3.84, SD = .80$ ) als Ärzte ( $M = 3.34, SD = 1.08; t = 2.56, p < .05$ ). Auch hierbei handelt es sich um eine mittelgroße Effektstärke von Cohen's  $d = 0.53$  (Cohen et al. 2003). Insgesamt konnten jedoch keine systematischen Unterschiede zwischen den Einschätzungen von Ärzten und Pflegekräften in Bezug auf das Führungsverhalten ihres direkten Vorgesetzten oder der motivationalen und einstellungsbezogenen Erfolgsmaße festgestellt werden. Schließlich beinhalten die Tabellen 3 bis 11 die Ergebnisse der vorwärtsgerichteten schrittweisen Regressionen.

Tabelle 3 und 4 stellen zunächst die Prädiktoren des motivationalen Erfolgsmaßes Extra-Anstrengung dar. Es wird deutlich, dass in Bezug auf die beiden Berufsgruppen unterschiedliche Facetten der transaktionalen und transformationalen Führung eine Rolle spielen. Demnach sind Pflegekräfte vor allem dann bereit, sich über das erwartete Maß hinaus zu engagieren, wenn ihre Führungskraft Verhaltensweisen der individuellen Wertschätzung und intellektuellen

Variable	B	SE B	$\beta$
<b>Schritt 1</b>			
Individuelle Wertschätzung	.90	.83	.85
<b>Schritt 2</b>			
Individuelle Wertschätzung	.67	.14	.63
Intellektuelle Stimulierung	.34	.17	.26

Anmerkungen:  $R^2 = .72$  für Schritt 1;  $\Delta R^2 = .02$  für Schritt 2 ( $p < .05$ ).

Tab. 3: Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse zur Vorhersage von „Extra-Anstrengung“ bei Pflegekräften ( $n = 47$ ).

Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Variable	B	SE B	$\beta$
<b>Schritt 1</b>			
Individuelle Wertschätzung	.92	.06	.92
<b>Schritt 2</b>			
Individuelle Wertschätzung	.58	.09	.58
Charismatisches Verhalten	.54	.12	.41
<b>Schritt 3</b>			
Individuelle Wertschätzung	.46	.09	.45
Charismatisches Verhalten	.43	.11	.33
Inspirierende Motivation	.31	.11	.23

Anmerkungen:  $R^2 = .84$  für Schritt 1;  $\Delta R^2 = .05$  für Schritt 2;  $\Delta R^2 = .02$  für Schritt 3 ( $p < .05$ ).

Tab. 4: Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse zur Vorhersage von „Extra-Anstrengung“ bei Ärzten (n = 49).  
Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Stimulierung zeigt ( $R^2 = .72$ ), wohingegen Ärzte den Facetten individuelle Wertschätzung, charismatisches Verhalten und inspirierende Motivation eine besondere Bedeutung zumessen ( $R^2 = .84$ ).

Auch im Hinblick auf Vertrauen in die eigene Führungskraft konnten unterschiedliche Prädiktoren wirksamer Führung ermittelt werden (vgl. Tabelle 5 und Tabelle 6).

Während für Pflegekräfte die individuelle Wertschätzung und das charismatische Verhalten (z. B. Vorbildfunktion wahrnehmen, zum eigenen Wort stehen) sowie ein aktives Führungsverhalten ihrer Stationsleitung wichtige Parameter für die Vertrauensbildung darstellen, sind bei den Ärzten andere Führungsverhaltensweisen erfolgsrelevanter. So zeigen die Ergebnisse, dass den befragten Ärzten vor allem individuelle Wert-

Variable	B	SE B	$\beta$
<b>Schritt 1</b>			
Individuelle Wertschätzung	1.37	.14	.84
<b>Schritt 2</b>			
Individuelle Wertschätzung	1.08	.13	.66
Führung durch Eingreifen im Bedarfsfall	-.72	0.17	-.34
<b>Schritt 3</b>			
Individuelle Wertschätzung	.91	.15	.56
Führung durch Eingreifen im Bedarfsfall	-.65	.17	-.31
Charismatisches Verhalten	.38	.18	.19

Anmerkungen:  $R^2 = .70$  für Schritt 1;  $\Delta R^2 = .09$  für Schritt 2;  $\Delta R^2 = .02$  für Schritt 3 ( $p < .05$ ).

Tab. 5: Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Vertrauen in die Führungskraft“ bei Pflegekräften (n = 47).  
Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Variable	B	SE B	$\beta$
<b>Schritt 1</b>			
Individuelle Wertschätzung	1.30	.01	.89
<b>Schritt 2</b>			
Individuelle Wertschätzung	.79	0.14	.54
Inspirierende Motivation	.84	0.19	.43
<b>Schritt 3</b>			
Individuelle Wertschätzung	.60	.15	.41
Inspirierende Motivation	.59	.20	.30
Intellektuelle Stimulierung	.52	.20	.28

Anmerkungen:  $R^2 = .79$  für Schritt 1;  $\Delta R^2 = .06$  für Schritt 2;  $\Delta R^2 = .02$  für Schritt 3 ( $p < .05$ ).

Tab. 6: Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Vertrauen in die Führungskraft“ bei Ärzten (n = 49).  
Quelle: Eigene Darstellung (2015).

schätzung, inspirierende Motivation (z. B. Vermittlung übergeordneter Ziele und Sinnzusammenhänge) und intellektuelle Stimulierung (z. B. Expertendialoge, Anregung zum offenen Austausch von Ideen und Vorstellungen) wichtig sind, um Vertrauen in den eigenen Oberarzt zu entwickeln. Die Varianzaufklärung fällt bei beiden Substichproben mit  $R^2 = .70$  (Pflegerkräfte) und  $R^2 = .79$  (Ärzte) hoch aus.

Für das Kriterium der Arbeitszufriedenheit konnte bei den Ärzten kein signifikanter Prädiktor im Bereich des Führungsverhaltens gefunden werden. Dies deutet darauf hin, dass das Führungsverhalten des jeweiligen Oberarztes in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit im vorliegenden Fall eine eher untergeordnete Rolle spielt. Hingegen leistet die individuelle Wertschätzung einen signifi-

kanten Beitrag zur Aufklärung der Arbeitszufriedenheit bei den Pflegekräften ( $R^2 = .18$ , vgl. Tabelle 7). Je wertschätzender sich die Stationsleitung gegenüber den Pflegekräften verhält, desto höher fällt deren Arbeitszufriedenheit aus.

Abschließend weisen auch die Ergebnisse zur Vorhersage der Identifikation mit der Klinik bzw. Station darauf hin, dass für Ärzte und Pflegekräfte unterschiedliche Führungsfacetten wichtig sind. Die Identifikation von Pflegekräften mit der Klinik und der Station wird durch charismatisches Verhalten der Stationsleitung gestärkt ( $R^2 = .19$ , vgl. Tabelle 8). Ärzte geben hingegen eine höhere Identifikation mit der eigenen Station an, wenn die eigene Führungskraft aktives Führungsverhalten zeigt und nicht nur im Bedarfsfall eingreift ( $R^2 = .11$ , vgl. Tabelle 9).

Variable	B	SE B	$\beta$
Individuelle Wertschätzung	.42	.14	.43

Anmerkungen:  $R^2 = .18$  ( $p < .05$ ).

Tab. 7: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Arbeitszufriedenheit“ bei Pflegekräften (n = 47).  
Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Variable	B	SE B	$\beta$
Identifikation mit der eigenen Station			
Charismatisches Verhalten	.43	.13	.45
Identifikation mit der Klinik			
Charismatisches Verhalten	.52	.17	.41

Anmerkungen: Identifikation mit Klinik:  $R^2 = .17$  ( $p < .01$ ); Identifikation mit Station:  $R^2 = .20$  ( $p < .001$ ).

Tab. 8: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Identifikation mit der eigenen Station und Klinik“ bei Pflegekräften (n = 47).

Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Variable	B	SE B	B
Führung durch Eingreifen im Bedarfsfall	-.31	.13	.32

Anmerkungen:  $R^2 = .11$  ( $p < .05$ ).

Tab. 9: Ergebnisse der Regressionsanalyse zur Vorhersage der Variable „Identifikation mit der eigenen Station“ bei Ärzten (n = 49).

Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Für die Identifikation mit der Klinik scheint bei den Ärzten das Führungsverhalten des Oberarztes keine signifikante Rolle zu spielen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass (1) das Führungsverhalten sowohl von Oberärzten als auch von pflegerischen Stationsleitungen direkte Effekte auf die Motivation und Arbeitseinstellungen der Mitarbeiter aufweist, (2) für beide Berufsgruppen vor allem Facetten der transformationalen Führung eine hohe Relevanz für wirksame Einflussnahme darstellt sowie (3) unterschiedliche Dimensionen transformationaler Führung für die beiden Berufsgruppen eine wichtige Rolle in Bezug auf Wahrnehmung der Effektivität des Führungsverhaltens des direkten Vorgesetzten spielen.

## Diskussion und Empfehlungen

Im folgenden Beitrag sind wir der Frage nachgegangen, welcher Führungsstil von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen – auf Basis des Konzepts der transaktionalen und transformationalen Führung

(Bass 1985) – dazu beiträgt, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern zu schaffen, deren Motivation zu fördern und die Identifikation mit der Station und der Klinik zu unterstützen. Weiterhin haben wir analysiert, inwieweit sich die Führungskräfte der Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte in ihrem Führungsverhalten voneinander unterscheiden.

Zunächst zeigen die Ergebnisse, dass mit Ausnahme des charismatischen Verhaltens (Pflegekräfte schätzen die eigene Stationsleitung charismatischer ein als die Ärzte ihren Oberarzt) keine grundsätzlichen Unterschiede im Führungsverhalten von Oberärzten und Stationsleitungen berichtet wurden. Dies deutet auf eine hohe Ähnlichkeit der Führungsstile der Führungskräfte aus Medizin und Pflege in der vorliegenden Stichprobe hin. Unterschiede zeigen sich hingegen in der Wirksamkeit des jeweiligen Führungsverhaltens. Es konnten unterschiedliche Effekte transformationaler Führung festgestellt werden. Die zeitversetzte Erhebung des Führungsverhaltens und der Erfolgsmaße lässt dabei den Schluss zu, dass ein tat-

sächlicher Zusammenhang zwischen den jeweiligen untersuchten Maßen besteht.

Demnach ist Pflegekräften ein von Wertschätzung geprägter Führungsstil besonders wichtig, vor allem in Bezug auf den Aufbau von Vertrauen zur Stationsleitung, der Arbeitszufriedenheit und die eigene Motivation. Darüber hinaus wird deutlich, dass vor allem charismatisches Verhalten der Stationsleitung eine wichtige Rolle für die Identifikation mit der Station und Klinik darstellt. Stationsleitungen sollten in ihrem Führungsverhalten besonderes Augenmerk darauf richten, die Entwicklung ihrer Mitarbeiter zu unterstützen, konstruktives Feedback zu geben, auf individuelle Bedürfnisse einzugehen, Mitarbeiter bei wichtigen Entscheidungen zu beteiligen und diesen authentisch zu begegnen.

Ärzte legen Wert darauf, in ihrer Individualität gesehen zu werden und als Experten einbezogen zu werden (individuelle Wertschätzung und intellektuelle Stimulierung). Im Unterschied zu Pflegekräften scheint es jedoch für Ärzte besonders wichtig zu sein, die übergeordneten Ziele der Station zu kennen und das Vertrauen des Oberarztes in die eigenen Fähigkeiten entgegengebracht zu bekommen.

Überraschenderweise zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Führungsverhalten des Oberarztes und der Arbeitszufriedenheit der Ärzte. Interessanterweise konnte Brücker (2009) zeigen, dass für Ärzte die Führungskompetenz des Vorgesetzten eine größere Rolle für deren Arbeitszufriedenheit spielte als für Pflegekräfte. In vorliegendem Fall könnte der überraschende Befund auch auf die kleine Stichprobe zurückzuführen sein. Weiterhin muss konstatiert werden, dass sich die Ergebnisse auf eine spezifische Fachrichtung und eine Klinik beziehen. Aufgrund dessen ist denkbar, dass andere Parameter, wie Arbeitszeiten, Arbeitsprozesse, Einfluss auf die Gestaltung des eigenen Arbeitsumfelds oder

das Arbeitsklima zentraler für die Arbeitszufriedenheit der Ärzte sind als die direkte Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten (vgl. z. B. Heinke et al. 2009).

Neben der Betrachtung, welches Führungsverhalten für die unterschiedlichen Berufsgruppen wichtig ist, sollte gleichzeitig auch der Frage nachgegangen werden, wie eine effektive interpersonelle Zusammenarbeit in den klinischen Teams im Hinblick auf die Gestaltung der Personalentwicklung gelingen kann und welche Rolle das Führungsverhalten der Ärzte und Stationsleitungen dabei spielen. In Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften konnten beispielsweise Galletta, Portoghese, Battistelli und Leiter (2012) zeigen, dass die Wechselwahrscheinlichkeit von Pflegekräften sinkt, wenn die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen gut ist. Eine weitere Studie zeigt die Vorteile von geteilter Führung („shared leadership“) auf, wenn also Stationen von einem Leitungsteam geführt werden, die Mitglieder aus jeder Berufsgruppe enthalten (Steinert/ Goebel/ Rieger 2006). Die vorliegende Studie verweist darauf, dass sich Ärzte und Pflegekräfte in ihren Erwartungen an das Verhalten ihrer Führungskräfte unterscheiden. Damit sollte als eine Facette effektiver interpersonellen Zusammenarbeit die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Handlungsflexibilität der Führungskräfte noch mehr berücksichtigt werden. Dies spricht auch dafür, in der beruflichen Praxis bewusst regelmäßig die Form der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften im Team sowie die bestehende Führungskultur zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen, z. B. in Form von Führungsfeedbacks oder halbjährlichen Teamreflexionen.

Abschließend sollte generell bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden, dass es sich um eine kleine Stichprobe handelt, die in einer Klinik und einem spezifischen Fachbereich erhoben wurde. Die Ergebnisse



sollten im Rahmen weiterer, breit angelegter und fachübergreifender Studien bestätigt werden. Nichtsdestotrotz weist diese Studie darauf hin, dass gerade Fragestellungen zur Wirksamkeit von Führung in Kliniken zukünftig noch systematischer in Bezug auf die beiden Perspektiven der Ärzte und Pflegekräfte betrachtet werden sollten. Im konkreten vorliegenden Fall wurden beispielsweise die Befragungsergebnisse dazu genutzt, die bestehende Führungs- und Zusammenarbeitskultur zu analysieren und zielführende Entwicklungsmaßnahmen für Führungskräfte wie auch der teilnehmenden Teams für die Teams selbst abzuleiten.

## Fazit

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse auf, dass das Führungsverhalten von Oberärzten und pflegerischen Stationsleitungen direkte Effekte auf die Motivation, Zufriedenheit und Identifikation ihrer Mitarbeiter ausüben. Gerade vor dem Hintergrund des anfangs skizzierten Wandels im Gesundheitssystem, sollten Kliniken neben der fachlichen Fort- und Weiterbildung gezielt auch die Entwicklung von Führungskompetenzen forcieren. Bislang ist deren Entwicklung jedoch noch nicht systematisch im Kontinuum von Aus-, Weiter- und lebenslanger Fortbildung von Ärzten wie auch Pflegekräften eingebunden (siehe auch Damm 2012). Lohnenswert erscheint dabei, sich bei der Gestaltung der Maßnahmen nicht nur an standardisierten Seminarmaßnahmen zu orientieren, sondern gerade auch individuelle Entwicklungsformate, wie Führungsfeedbacks (siehe hierzu das weiter unten beschriebene Praxisbeispiel), kollegiale Beratungen, Coachings und praxisnahe Formate (vgl. Kiesewetter/ Schmidt-Huber/ Netzel 2012) oder Coachingmaßnahmen, anzubieten, um gezielter Rücksicht auf die unterschiedlichen Kontexteffekte nehmen zu können. Weiterhin deuten die Ergebnisse klar darauf hin, dass gerade auch die Umsetzung integrativer Entwicklungsmaßnahmen für Ärzte und Pflegekräfte dazu beitragen kann,

den Austausch zwischen den Berufsgruppen zu fördern und damit die gesamte Führungskultur in Kliniken zu stärken.

### *Das Führungsfeedback als Tool zur Entwicklung von Führungskompetenzen in Kliniken*

Eine effektive Form, um einen gezielten Einblick in das gezeigte Führungsverhalten zu erlangen, stellt die Methode des Führungsfeedbacks dar. Dabei werden die Führungskompetenzen der Führungskraft in Form einer Selbsteinschätzung und in Form von Fremdeinschätzungen, üblicherweise von den direkten Mitarbeitern, im Rahmen eines standardisierten Befragungsprozesses bewertet. Ziel eines solchen Führungsfeedbacks ist die Identifikation von Stärken und Entwicklungsfeldern im Führungsverhalten der Führungskräfte. Im Idealfall werden neben der Einschätzung der Mitarbeiter auch die Vorgesetzten und Kollegen gebeten, ihre Sichtweise miteinzubringen. So entsteht, kombiniert mit dem Selbstbild der Führungskraft ein umfassendes Bild, wie der Feedbackempfänger in Bezug auf sein bzw. ihr Führungsverhalten wahrgenommen wird. Damit können einerseits Selbstbild-Fremdbild-Kongruenzen oder Diskrepanzen aufgezeigt und andererseits ganz konkrete Ansatzpunkte für die weitere Entwicklung der Führungskompetenzen identifiziert werden.

Ein prototypischer Befragungsprozess beinhaltet eine sorgfältige Vorbereitungs-, eine Durchführungs- und Auswertungsphase. Im Rahmen der Vorbereitung werden die Ziele des Führungsfeedbacks festgelegt (z. B. Identifikation der Stärken und Entwicklungsfelder oder Ermittlung der Führungskultur der Abteilung oder des Klinikums), das Feedbackinstrument ausgewählt (z. B. die Führungsprofile des LMU Center for Leadership and People Management oder das LEaD<sup>®</sup>- Feedback, Schmidt-Huber, Dörr & Maier, 2014), die Feedbackgeber nominiert und eingeladen sowie die Form der Ergebnismeldung definiert. Die Durchfüh-

rungsphase umfasst die Organisation des Befragungsprozesses und die Teilnahme der nominierten Feedbackgeber und -empfänger sowie die Erstellung der Ergebnismeldung. Üblicherweise werden die Ergebnisse in Form eines komprimierten Berichts aufbereitet, der eine Gegenüberstellung der Selbst- und Fremdeinschätzungen enthält. In der Auswertungsphase werden die Ergebnisse dem Feedbackempfänger zurückgemeldet, idealerweise in Form eines ausführlichen Coachinggesprächs. Um konkrete Entwicklungseffekte anzustoßen, reicht es jedoch nicht aus, das Führungsverhalten nur deskriptiv zu erfassen. Entscheidend für den Erfolg der persönlichen Weiterentwicklung ist es vielmehr, auf Basis des Feedbacks zielführende und individualisierte Stärken und Verbesserungspotenziale zu identifizieren und diese in Form eines persönlichen Entwicklungsplans in konkrete Lernziele und -aktivitäten zu überführen. Zusätzlich zu den individuellen Maßnahmen für die Führungskraft können auch Teamentwicklungen oder Maßnahmen zur Veränderung der Führungskultur angestoßen werden.

Ein beispielhaftes Projekt zur Führungskräfte- und Teamentwicklung im medizinischen Bereich wird von Hörner, Krane, Schelling, Braun und Frey (2013) beschrieben. Die Ziele des Kooperationsprojektes zwischen dem Bereich Allgemeinmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) und dem LMU Center for Leadership and People Management waren die Analyse der Stärken und Entwicklungspotenziale mit Fokus auf Führung und Zusammenarbeit sowie die Begleitung der Entwicklungsprozesse einzelner Mitarbeiter. Ein zentraler Baustein stellte in diesem Zusammenhang ein persönliches Führungsprofil dar, das für den Bereichsleiter und den Bereichsleiter in einer Berichtsform erstellt wurde. In dem persönlichen Führungsprofil wurde dabei unter anderem die Selbsteinschätzung der Führungskraft auf den Dimensionen der transaktionalen und transformationalen Führung der

Fremdeinschätzung der Mitarbeiter gegenübergestellt. Weiterhin enthielt der Bericht evidenzbasierte Vorschläge zur Optimierung des persönlichen Führungsverhaltens. Das Führungsprofil diente dann wiederum als Ausgangspunkt für weitere individuelle Entwicklungsmaßnahmen.

## Literatur

Barth S., Jonitz G. (2009) Ärztliche Führungskompetenz. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 103, Nr. 4, S. 193-197.

Bass B. M. (1985) Leadership and performance beyond expectations, New York: Free Press.

Bass B. M., Avolio B. J. (Hrsg.) (1994) Improving organizational effectiveness through transformational leadership, Thousand Oaks: CA, USA: Sage Publications.

Bass B. M., Avolio B. J. (1995) MLQ Multifactor Leadership Questionnaire, 2nd ed., Redwood City, CA: Mind Garden.

Brodbeck F. C., Maier G. W., Frey D. (2002) Führungstheorien, In: Frey D., Irle M. (Hrsg.), Theorien der Sozialpsychologie, Verlag Hans Huber, Bern, S. 329-364.

Brücker H. (2009) Aspekte des Führungsverhaltens und gesundheitliches Wohlbefinden im sozialen Dienstleistungsbereich - Ergebnisse empirischer Untersuchungen in Krankenhäusern, Fehlzeiten-Report 2008, S. 43-53. DOI: 10.1007/978-3-540-69213-3\_5

BMWi (2011) Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft – Auswirkungen auf Krankheitskosten, Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Berlin, In: <http://www.bmwi.de/Dateien/BMWi/PDF/innovationsimpulse-dergesundheitswirtschaft,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf>, Abrufdatum: 07.07.2015.

Cohen J., Cohen P., Stephen G. W., Aiken L. S. (2003) Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral science, 3rd ed., Routledge Publishing, New Jersey: Lawrence.

Damm J. (2012) Vermittlung ärztlicher Führungskompetenzen durch Personalentwick-



lungs-Programme der Universitätsmedizin, Masterarbeit vorgelegt an der Technischen Universität Kaiserslautern, Kaiserslautern.

Dirks K. T. (2000) Trust in leadership and team performance: Evidence from NCAA basketball, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 85, No. 6, pp. 1004-1012. DOI: 10.1037/0021-9010.85.6.1004

Felfe J. (2006) Transformationale und charismatische Führung – Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen, *Zeitschrift für Personalpsychologie*, Jg. 5, Nr. 4, S. 163-176. DOI: 10.1026/1617-6391.5.4.163

Felfe J., Goihl K. (2002) Deutsche überarbeitete und ergänzte Version des „Multifactor Leadership Questionnaire“ (MLQ), In: Glöckner-Rist A. (Hrsg.), ZUMA-Informationssystem, Elektronisches Handbuch sozialwissenschaftlicher Erhebungsinstrumente, Version 5.00, Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Galletta M., Portoghesi I., Battistelli A., Leiter M. P. (2013) The roles of unit leadership and nurse-physician collaboration on nursing turnover intention, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 69, No. 8, pp. 1771-1784. DOI: 10.1111/jan.12039

Gokce B., Guney S., Katrinli A. (2014) Does doctors' perception of hospital leadership style and organizational culture influence their organizational commitment? *Social Behavior and Personality, An International Journal*, Vol. 42, No. 9, pp. 1549-1562. DOI: 10.2224/sbp.2014.42.9.1549

Haupt A., Bouncken R. B. (2014) Produktivitätssteigerung durch Fachkräftesicherung – Herausforderungen im Krankenhausbereich. In: Bouncken R. B., Pfannstiel, M. A., Reuschl A. J. (Hrsg.) *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II*, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 267-287.

Heinke W., Dunkel P., Brähler E., Nübling M., Riedel-Heller S. G., Kaisers U. X. (2009) Arbeitszufriedenheit von Anästhesisten in Deutschland, Ergebnisse einer Onlinebefragung, *Anästh. Intensivmed.*, Jg. 50, Nr. 1, S. 7-19.

Hörner K., Krane S., Schelling J., Braun S., Frey D. (2013) Eine fächerübergreifende Kooperation zur Führungskräfte- und Teamentwicklung an der LMU München, Perso-

nal- und Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Lehre und Forschung, Jg. 2013, Nr. 4, S. 95-101.

Judge T. A., Piccolo R. F. (2004) Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 89, No. 5, pp. 755-768. DOI: 10.1037/0021-9010.89.5.755

Kiesewetter J., Schmidt-Huber M., Netzel J., Angstwurm M. (2012) Führungskompetenzen: Früh übt sich ..., *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 109, Nr. 51/52, S. 2613-2614. A-2613/ B-2145/ C-2097.

Neuberger O., Allerbeck M. (1978) Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB), Huber Verlag, Bern.

Podsakoff P. M., MacKenzie S. B., Lee J.-Y., Podsakoff N. P. (2003) Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, No. 5, pp. 879-903. DOI: 10.1037/0021-9010.88.5.879

Schmidt-Huber M., Dörr S., Maier G. (2014) Die Entwicklung und Validierung eines evidenzbasierten Kompetenzmodells effektiver Führung (LEaD: Leadership Effectiveness and Development), *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, Jg. 58, Nr. 2, S. 80-94. DOI: 10.1026/0932-4089/a000138

Steinert T., Goebel R., Rieger W. (2006) A nurse-physician co-leadership model in psychiatric hospitals: Results of a survey among leading staff members in three sites, *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 15, No. 4, pp. 251-257. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2006.00431.x

Tabachnik B. G., Fidell L. S. (2007) *Using Multivariate Statistics*, 6th ed., Pearson Education. Boston.

von Eiff W. (2000) Personalmanagement in deutschen Krankenhäusern, Führungsdefizite behindern Organisation und Mitarbeiterengagement, *HNO*, Jg. 48, Nr. 10, S. 773-776. DOI: 10.1007/s001060050658

## Autorenbiografien

*Dr. Marion Schmidt-Huber*, ist als zertifizierter Coach, Trainerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am LMU Center for Leadership and People Management und als Beraterin bei A47 Consulting in München tätig. Sie studierte Diplom-Psychologie und BWL/Bankwesen. Ihre inhaltlichen Schwerpunkte bilden die Themen Führung(skräfteentwicklung), Personal- und Kompetenzentwicklung sowie Managementdiagnostik.

*Katharina Hörner*, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin, Trainerin und Beraterin am LMU Center for Leadership and People Management zu den Themen Führung, Führungsfeedback, Zusammenarbeit und Kommunikation. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Authentische und Ethische Führung sowie Change Management.

*PD Dr. Silke Weisweiler* leitet das Center for Leadership and People Management, ein Forschungs-, Trainings- und Beratungsinstitut der Ludwig-Maximilians-Universität München. In Forschung und Praxis verbindet sie die Themen Führung(skräfteentwicklung), Training und Coaching sowie Zeit- und Selbstmanagement.

## Autorenanschriften

Marion Schmidt-Huber,  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Center for Leadership and People Management  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
80539 München

E-Mail: [Marion.Schmidt-Huber@psy.lmu.de](mailto:Marion.Schmidt-Huber@psy.lmu.de)

Katharina Hörner  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Center for Leadership and People Management  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
80539 München

E-Mail: [Katharina.Hoerner@psy.lmu.de](mailto:Katharina.Hoerner@psy.lmu.de)

Silke Weisweiler  
Ludwig-Maximilians-Universität München  
Center for Leadership and People Management  
Geschwister-Scholl-Platz 1  
80539 München

E-Mail: [Silke.Weisweiler@psy.lmu.de](mailto:Silke.Weisweiler@psy.lmu.de)

Variable	Skala	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Laissez-Faire Führung	1-5	3.85	.76	(.84) <sup>1</sup>											
2. Führen durch Eingreifen im Bedarfsfall	1-5	2.01	.74	-.62**	(.84)										
3. Leistungsorientierte Belohnung	1-5	3.71	.78	.62**	-.41**	(.73)									
4. Individuelle Wertschätzung	1-5	3.63	.96	.63**	-.51**	.74**	(.92)								
5. Intellektuelle Stimulierung	1-5	3.71	.78	.75**	-.56**	.77**	.81**	(.88)							
6. Inspirierende Motivation	1-5	3.60	.82	.69**	-.20	.70**	.67**	.53**	(.86)						
7. Charismatisches Verhalten	1-5	3.84	.80	.61**	-.45**	.69**	.75**	.63**	.62**	(.74)					
8. Extra-Anstrengung	1-5	3.31	1.01	.61**	-.43**	.68**	.78**	.85**	.54**	.60**	(.90)				
9. Vertrauen in die Führungskraft	1-7	5.42	1.57	.79**	-.68**	.68**	.79**	.84**	.45**	.68**	.75**	(.97)			
10. Arbeitszufriedenheit	1-7	4.33	.96	.27	-.31*	.31*	.27	.43**	.27	.13	.21	.35**	(.77)		
11. Identifikation mit der eigenen Station	1-5	4.22	.76	.30*	-.15	.26	.26	.17	.25	.43**	.16	.26	.03	1	
12. Identifikation mit der Klinik	1-5	3.35	1.01	.22*	-.20	.24	.27	.20	.21	.42**	.07	.17	.37*	.56**	1

Anmerkungen: n = 47. Werte in Klammern geben die Reliabilitätsmessungen (Cronbach's  $\alpha$ ) der Skalen an. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$  (2-seitiger Test).

Tab. 1: Mittelwerte, Standardabweichungen, Interkorrelationen und Reliabilitäten der Variablen für die Substichprobe Pflegekräfte.

Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Variable	Skala	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Laissez-Faire Führung	1-5	3.82	1.14	(.84)											
2. Führen durch Eingreifen im Bedarfsfall	1-5	2.35	1.06	-.74	(.84)										
3. Leistungsorientierte Belohnung	1-5	3.43	1.09	.69**	-.58**	(.73)									
4. Individuelle Wertschätzung	1-5	3.37	1.40	.71**	-.66**	.75**	(.92)								
5. Intellektuelle Stimulierung	1-5	3.47	1.11	.74**	-.74**	.76**	.83**	(.88)							
6. Inspirierende Motivation	1-5	3.33	1.05	.75**	-.64**	.74**	.83**	.81**	(.86)						
7. Charismatisches Verhalten	1-5	3.34	1.08	.70**	-.75**	.77**	.87**	.83**	.78**	(.74)					
8. Extra-Anstrengung	1-5	3.26	1.41	.77**	-.69**	.79**	.87**	.92**	.86**	.89**	(.90)				
9. Vertrauen in die Führungskraft	1-7	5.03	2.03	.82**	-.71**	.74**	.87**	.89**	.87**	.82**	.91**	(.97)			
10. Arbeitszufriedenheit	1-7	4.39	1.17	.25	-.21	.03	.14	.18	.28	.12	.13	.27	(.77)		
11. Identifikation mit der eigenen Station	1-5	4.29	1.00	.29*	-.32*	.20	.12	.10	.20	.13	.16	.17	.01	1	
12. Identifikation mit der Klinik	1-5	4.04	0.99	.44**	-.20	.13	.03	.08	.03	.05	.01	.01	.16	.84**	1

Anmerkungen: n = 49. Werte in Klammern geben die Reliabilitätsmessungen (Cronbach's  $\alpha$ ) der Skalen an. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$  (2-seitiger Test).

Tab. 2: Mittelwerte, Standardabweichungen, Interkorrelationen und Reliabilitäten der Variablen Substichprobe Ärzte.

Quelle: Eigene Darstellung (2015).

## Führende Köpfe im Porträt

### Interview

Die Gesprächspartner Mario Pfannstiel und Irmtraut Gürkan (Kaufmännische Direktorin und Stellvertretende Vorstandsvorsitzende Universitätsklinikum Heidelberg) werden im Folgenden mit MP und IG abgekürzt.

**MP: Was war Ihr Berufswunsch, als Sie zur Schule gegangen sind?**

**IG:** Das war irgendetwas, was mit der großen weiten Welt zu tun hatte. Fremdenverkehr, Touristik. Jedenfalls noch nicht die Gesundheitsbranche.

**MP: Nach Ihrem Studienabschluss in Volkswirtschaftslehre haben Sie bei der AOK und später im Universitätsklinikum Frankfurt gearbeitet. Haben Sie sich Ihren Weg so vorstellen können?**

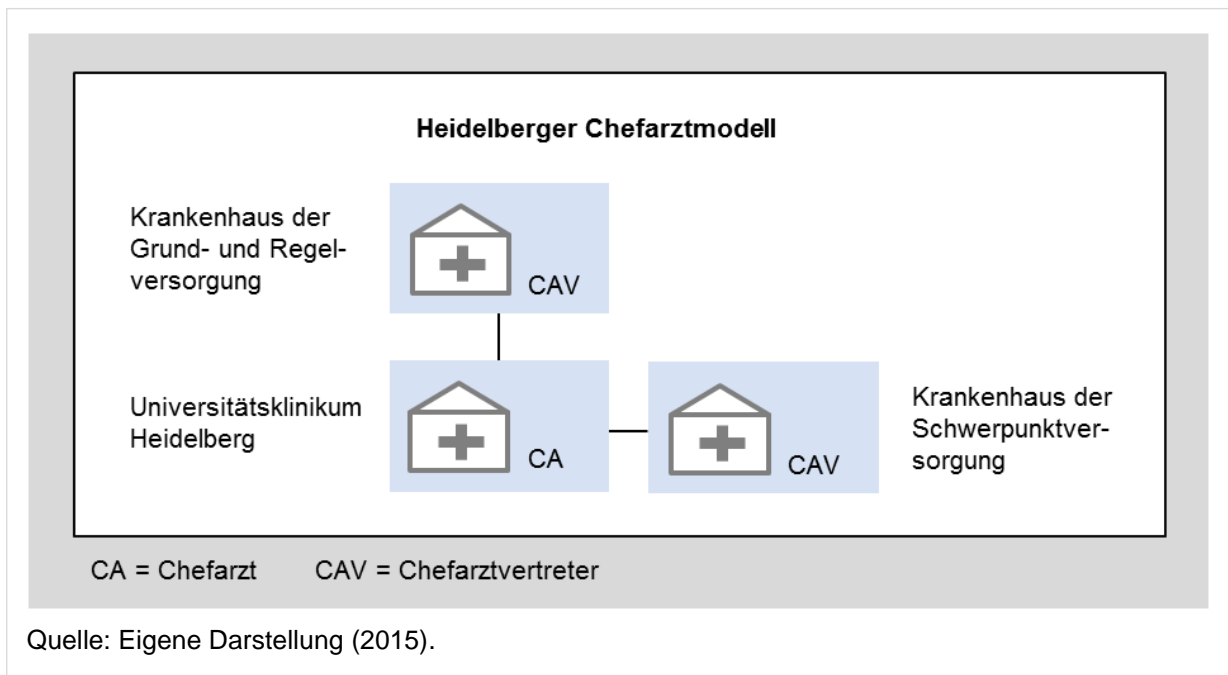
**IG:** Wie gesagt, als Schülerin nicht. Im Studium habe ich dann den Bereich Sozialwissenschaften bei Frau Nansen gewählt. Meine Diplomarbeit habe ich über das Vergütungssystem der Kassenärzte geschrieben. Und damit war ich im Gesundheitswesen schon ein Stück drin. Mein Vater war zur damaligen Zeit Chef bei der AOK in Nordhessen. Er war sehr engagiert und hat durch die Fusionen auf Landkreisebene einen immer größeren Bereich übernommen. Die Veränderungen und das Engagement habe ich natürlich dann auch zu Hause mitbekommen.

**MP: Was hat Sie denn gereizt, von der AOK an ein Universitätsklinikum zu wechseln?**



*Gürkan: „Führung ist der entscheidende Erfolgsfaktor für jedes Unternehmen.“*

**IG:** Das ist eine gute Frage. Mein Vater hat mich bei meiner beruflichen Orientierung sehr unterstützt und durch ihn habe ich viel gesehen und gelernt. Es war ihm dann allerdings nicht Recht, dass ich nach zwei Jahren von der AOK Frankfurt zum Landesverband der Krankenkassen in Hessen gehen wollte, weil er in seiner Funktion als AOK Chef auch in vielen Gremien dieses Landesverbandes saß. Das war ihm zu viel berufliche Nähe. Bei der AOK Frankfurt war ich damals im Bereich der Krankenhausprüfung und Krankenhausverhandlungen tätig. Ich habe dort einen guten Einblick in die Krankenhausszene gehabt und fand das von den Gestaltungsmöglichkeiten, die ich da vermutet habe, auch sehr interessant. Obwohl ich vom Landesverband bereits eine Zusage hatte, kam dann auch noch die Zusage von der Universitätsklinik Frankfurt. Ich hatte mich für eine Projektstelle beworben und musste sehr lange auf eine Rückantwort warten. Als diese dann kam, habe ich mich entschlossen, die Stelle anzutreten. Das war



damals die Leitung des Projektes „Umstellung auf das kaufmännische Rechnungswesen“. Das Klinikum war eines der letzten, das noch kameralistisch geführt wurde.

**MP:** *Sie sind vom Gesundheitsmagazin KMA mit der Begründung „Sie scheut auch vor ungewöhnlichen Kooperationen und Expansionen nicht zurück“ als Managerin des Jahres ausgezeichnet worden. Was bedeutet Ihnen diese Auszeichnung und wie bewerten Sie die Begründung?*

**IG:** Ich habe mich über die Anerkennung sehr gefreut. Sie ist eine Bestätigung unserer Kooperationsstrategie, die in Heidelberg mit großer Überzeugung umgesetzt wird. Voraussetzung hierfür ist zunächst eine gute Zusammenarbeit im eigenen Haus. Die funktioniert zwischen den Mitarbeitern und auch auf der Vorstandsebene sehr gut. Wir haben in den Kliniken und Instituten ein unglaubliches Innovationspotenzial. Daher fällt es einem überhaupt nicht schwer, in Heidelberg innovative Ideen so voranzutreiben, dass sie in der Krankenversorgung ihren Niederschlag finden. Durch den guten Ruf, den das Klinikum in der Region genießt, sind auch unsere Partner daran interessiert, gute Kon-

takte zu pflegen und zu intensivieren. Da war es dann eigentlich nur ein konsequenter Schritt, unseren Expansionskurs dadurch zu stützen, dass wir uns besser vernetzen und mit anderen Krankenhäusern eng zusammenarbeiten, um unsere Bettenkapazitäten primär für die Hochleistungsmedizin und die Maximalversorgung zu nutzen. Auch in kleinen Krankenhäusern werden Chefärzte benötigt, die neben fachlichen Qualifikationen Führungskompetenzen haben, damit sich die Häuser in ihrer Region gut positionieren können. Wir haben dafür ein Kooperationsmodell entwickelt. Wir nennen es das Heidelberger Chefarztmodell (siehe Abbildung 1), das 2004 auf den Weg gebracht worden ist. Bei dem Modell geht es um die enge personelle Verzahnung. So ist z. B. der Klinikdirektor unserer Viszeralchirurgie zugleich Chefarzt in vier anderen Krankenhäusern. In diesen Häusern gibt es jeweils einen erfahrenen Chefarztvertreter, der die kontinuierliche Präsenz wahrnehmen kann. Dieses Modell haben wir inzwischen auf mehrere Krankenhäuser und in verschiedene Disziplinen ausgeweitet. Es ist in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen. Auch die ärztlichen Mitarbeiter in der Weiterbildung profitieren von diesem Modell; sie können so durch mehrere Krankenhäuser rotieren.



**MP: Was war Ihre beste Personalentscheidung, die Sie getroffen haben in all den Jahren, wenn Sie so zurückblicken?**

**IG:** Ich habe lange in Frankfurt in der Universitätsklinik in verantwortlicher Funktion gearbeitet. Da hatte ich bereits die Möglichkeit, viel umzugestalten und auch eine neue Führungsmannschaft aufzubauen. So konnte ich eine damals noch recht junge Mitarbeiterin mit zwei kleinen Kindern dafür gewinnen, dass sie die neue Controlling-Abteilung aufbaut. Ich musste sie schon ermutigen, weil sie aufgrund der kleinen Kinder bezweifelte, ob die Wahrnehmung der Aufgabe möglich sei. Ich habe eine ähnliche Situation hier in Heidelberg erlebt. Ich hatte die Bewerbung von einer sehr qualifizierten Frau, auch mit zwei kleinen Kindern, und die passte ideal in den Personalbereich. Zu dem Zeitpunkt war mir klar, dass ich dort einen Wechsel in der Leitung vornehmen muss. Auch da war die Situation so, dass ich die Mitarbeiterin ein bisschen überreden musste, sich das zuzutrauen. Das waren zwei Entscheidungen, die ähnlich verliefen: Eine fachlich geeignete Frau mit hohem Potenzial und großem Engagement, aber der Einschätzung mit zwei kleinen Kindern die neue Aufgabe nicht bewältigen zu können. Ich denke, dass diese Situationen häufig vorkommen. Wir müssen die Frauen dann ermutigen, sich eine Leitungsposition zuzutrauen und sie in ihrer Aufgabe unterstützen.

**MP: Haben Sie eine spezielle Führungsphilosophie?**

**IG:** Ich gebe meinen Mitarbeitern viel Freiraum. Da wir uns ständig in neue Geschäftsbereiche und -felder vorwagen, darf auch mal etwas schief gehen. Wenn wir Fehler machen, wollen wir daraus lernen. Ich glaube, dass wir sehr offen und transparent sind bei den Themen, die wir bearbeiten. Das motiviert die Mitarbeiter. Es kann mich jeder Mitarbeiter zu jedem Thema ansprechen und ich versuche, ihm eine ehrliche Antwort zu geben. Jour fix Termine sind für

den gegenseitigen Austausch sehr wichtig. Dabei können Fragen gestellt und Informationen gegeben werden.

**MP: Wie würden Sie sich selbst als Chefin beschreiben?**

**IG:** Ich hoffe motivierend, fair und verlässlich. Das ist mein Prinzip, darauf habe ich immer Wert gelegt. Zusagen jedweder Art müssen eingehalten werden. Das gilt für die persönliche Entwicklung, d. h. die Karriereplanung der Mitarbeiter. Genauso gilt es auch, wenn ich in einem Berufungsgespräch einem neuen Chefarzt neue Ressourcen - sei es Personal oder Geräte - verspreche. Und das gilt im Übrigen auch im Umgang mit unseren Kooperationspartnern. Für mich steht dieser Punkt ganz oben. Das, was vereinbart wurde, muss auch eingehalten werden.

**MP: Wie versuchen Sie, Mitarbeiter zu motivieren?**

**IG:** Über die Freiräume und die Gestaltungsmöglichkeiten, die ich ihnen einräume. Finanzielle Anreize sind bei uns leider nicht so ausgeprägt. Wir wissen, dass es durchaus auch Unikliniken gibt, die besser zahlen als wir. Wir versuchen damit zu punkten, dass wir einen interessanten Arbeitsplatz anbieten, bei dem die Mitarbeiter initiativ tätig sind und Projekte betreuen und gestalten können. Das ist eigentlich das, was die meisten motiviert. Wir erkennen das auch an der geringen Fluktuation, gerade im administrativen Bereich. Die Betriebszugehörigkeit ist ausgesprochen hoch, auch von Mitarbeitern, von denen ich weiß, dass sie andere attraktive Angebote bekommen haben.

**MP: Welches Profil sollten Gesundheitsmanager im Jahr 2030 haben?**

**IG:** Ich wünsche mir Gesundheitsmanager, die neben ihrer Professionalität, Fachlichkeit und Verbindlichkeit ein hohes Interesse am Gesundheitssystem mitbringen. Es gibt in-



zwischen sehr viele Studienangebote, nicht nur im Bereich Gesundheitsökonomie, sondern auch noch spezifischere, auf einzelne Bereiche zugeschnittene Studiengänge. Die entsprechenden Abschlüsse befähigen die Absolventen analytisch und professionell ihren Aufgabenbereich zu erfassen. Was ich aber darüber hinaus als sehr wichtig erachte ist, dass man sich mit dem Unternehmen identifiziert, in dem man arbeitet, dass man Vertrauen aufbaut und eine längere Betriebszugehörigkeit anstrebt. Denn nur dann kann man auch langfristige Strategien entwickeln und umsetzen und nicht nur bis zum nächsten oder bis zum übernächsten Jahr planen. Was ich in den letzten Jahren wahrnehme ist, dass der Wechsel gerade bei jungen Professionals zum Teil irritierend schnell erfolgt.

**MP:** *Was würden Sie den jungen Führungskräften raten, die eine Karriere im Krankenhaus anstreben?*

**IG:** Zunächst sollten sie sich fragen, ob das für sie auch das richtige Arbeitsfeld ist, denn die Gesundheitsbranche als Dienstleistungsbereich bleibt finanziell in der Attraktivität hinter anderen Branchen zurück. Da ist in den letzten 20 Jahren zwar einiges passiert, aber wenn Sie uns mit der Automobilbranche, der Pharmabranche, etc. vergleichen, dann sind wir bei der Vergütung deutlich bescheidener.

In Führungspositionen gehört es ferner dazu, dass man auch Vorbild ist, etwas vermitteln kann und das, was man von anderen erwartet, vorlebt. Für mich gehört gerade im Krankenhaus aber vor allem auch der respektvolle Umgang zwischen den Berufsgruppen dazu. Wenn die Mitarbeiter gut zusammenarbeiten, dann geht es auch dem Klinikum gut. Und als Führungskraft kann ich das natürlich auch befördern. Wenn ich z. B. über die Stationen oder durch eine Werkstatt gehe und Mitarbeiter anspreche, kann ich viele Eindrücke sammeln, manchmal mehr

als am Schreibtisch oder in großen Besprechungen. Aus diesem kurzen Austausch kann man zum Teil viel über das eigene Haus lernen.

**MP:** *Was sind die größten Herausforderungen in Ihrem Haus in den nächsten zwei Jahren?*

**IG:** Ich sehe drei wesentliche Themen:

Die größte Herausforderung besteht darin, Mitarbeiter zu gewinnen, zu motivieren und zu binden. Wir wissen, dass wir möglichst viel tun müssen für unsere Mitarbeiter, da die Situation im Gesundheitsmarkt in den nächsten Jahren nicht leichter wird. Für mich steht das an erster Stelle.

Zweitens werden wir uns weiter im Verbund mit allen Universitätsklinika dafür einsetzen, dass die Krankenhausvergütung endlich auch unsere Leistung abbildet. Wir haben an der Schwelle zwischen Forschung und Krankenversorgung viele Entwicklungen und Innovationen. Wir sind bereit, zunächst in Vorleistung zu gehen, dafür muss dann aber auch die Vergütung adäquat folgen. Wenn Tarifsteigerungen nicht ausgeglichen werden, dann ist die Erbringung der Leistungen auf Dauer nicht möglich, was man auch an der finanziellen Situation der Krankenhäuser sieht.

Drittens besteht eine gravierende Herausforderung auch für unser Haus in der Finanzierung von Investitionen. Die Länder kommen ihrer Verantwortung zur dualen Finanzierung nicht nach. Das gilt auch für die Universitätskliniken. Es ist eine Binsenweisheit, dass die Investitionsquote in den Krankenhäusern maximal die Hälfte von dem abdeckt, was wir eigentlich brauchen. Ohne Investitionen sind keine Innovation und auch keine Prozessverbesserungen möglich. Die baulichen Strukturen und Ausstattungen der Krankenhäuser sind aus meiner Sicht teilweise bedenklich.

## Profildaten

Name: Dipl.-Volkswirtin Irmtraut Gürkan, geb. 1952  
Kaufmännische Direktorin & Stellvertretende Vorstandsvorsitzende am  
Universitätsklinikum Heidelberg

## Lebenslauf

1976 Abschluss des Studiums der Volkswirtschaftslehre in Göttingen  
1977 - 1979 AOK Frankfurt, Vertragsabteilung für den Bereich Krankenhäuser  
1979 - 2002 Universitätsklinikum Frankfurt  
bis 1981 Projektleitung im Projekt „Umstellung auf Kaufmännisches Rechnungswesen“ und Übernahme Aufgabengebiet Pflegesatzrecht  
ab 1981 Leitung Stabsstelle Betriebswirtschaft und Innenrevision  
ab 1984 Leitung Planungsabteilung und Stellvertretende Verwaltungsdirektorin  
ab 1990 Verwaltungsdirektorin und nach Rechtsformwechsel zum 01.01.2001 Kaufmännische Direktorin  
seit 2003 Kaufmännische Direktorin Universitätsklinikum Heidelberg

Mitgliedschaften: Mitglied des Verwaltungsrats des Universitätsspitals Kanton Basel  
Mitglied des Hochschulrates der RWTH Aachen  
Mitglied des Aufsichtsrates des DRK-Blutspendedienstes Baden-Württemberg – Hessen gemeinnützige GmbH  
Mitglied des Aufsichtsrates der MediClin AG  
Mitglied des Stiftungsrates der Deutschen Stiftung Organtransplantation  
Stellvertretende Vorsitzende des DIHK-Ausschusses für Gesundheitswirtschaft

Quelle: Eigene Darstellung (2015).

Am Universitätsklinikum Heidelberg haben wir uns deshalb dazu entschieden, notwendige Baumaßnahmen auch selbst über Darlehen zu finanzieren. Hier kommen wir aber an unsere Grenzen. Das Land als Träger der Universitätsklinik muss mehr Investitionsmittel bereitstellen. Das gilt sowohl für Neubauten und für die Grundsanierung bestehender Gebäude, als auch für Infrastrukturmaßnahmen und hierbei insbesondere in der Informationstechnologie (IT).

Andernfalls wird das Universitätsklinikum Heidelberg seine Spitzenposition unter den Universitätsklinik nicht mehr lange halten können.

## Autorenanschriften

Irmtraut Gürkan  
Kaufmännische Direktorin & Stellvertretende  
Vorstandsvorsitzende  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 672  
69120 Heidelberg

E-Mail: [irmtraut.guerkan@med.uni-heidelberg.de](mailto:irmtraut.guerkan@med.uni-heidelberg.de)

Mario Pfannstiel  
Hochschule Neu-Ulm  
Fakultät für Gesundheitsmanagement  
Wileystraße 1  
89231 Neu-Ulm

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

## Berufsbegleitende Weiterbildung an der Hochschule Neu-Ulm im Bereich Gesundheitsmanagement



### **Unsere Programme**

- MBA Betriebswirtschaft für Ärztinnen und Ärzte (4 Semester)
- B.A. Management für Gesundheits- und Pflegeberufe (6 Semester)
- Zertifikatskurse
- Inhouse-Seminare

### **Was zeichnet unsere Programme aus?**

- Vorbereitung auf Leitungspositionen
- hoher Praxisbezug durch Projektarbeiten und Fallstudien
- Vereinbarkeit von Beruf und Studium
- Alumni-Netzwerk mit über 800 MBA-Absolventen/-innen

Zentrum für Weiterbildung

0731-9762-2525

[zdf@hs-neu-ulm.de](mailto:zdf@hs-neu-ulm.de)

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

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

[www.hnu-blog.de](http://www.hnu-blog.de)

---

## IMPRESSUM

### Herausgeber

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

### Mitherausgeber/ Redaktion

Mario A. Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Patrick Da-Cruz (verantwortlich), V. i. S. d. P.

### Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

### Redaktionsanschrift

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

Telefon: 0731 9762-1621

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

### Abonnement

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

### Rechtliche Hinweise

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

### Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 1, Nr. 3, 2015, S. 1-52. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.01.03.2015-01

### Erscheinungsort

Neu-Ulm, 05/ 2015

### ISSN Online

2363-9342

### ISSN Print

2364-2556

### QR-Code



### Webseiten

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

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



