

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

EXPERTENORGANISATIONEN

Wertschöpfung
Leistungsbündel
Qualifizierte Mitarbeiter
Erfahrungswissen
Kundenorientierung
Dienstleistungserbringung
Kapazitätsreserven
Priorisierung
Operative Exzellenz
Produktivitätsgewinn
Rationalisierung
Personaleinsatz
Kompetenzvorsprünge
Expertenstatus
Rationierung



Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Herausgeber Hochschule Neu-Ulm

Prof. Dr. Uta M. Feser

Mitherausgeber/ Redaktion

Prof. Dr. Harald Mehlich
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel

Erweiterter Herausgeberkreis

Prof. Dr. Patrick Da-Cruz
Prof. Dr. Axel Focke
Prof. Dr. Sylvia Schafmeister

Wissenschaftsbeirat

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

Praxisbeirat

Prof. Dr. Horst-Peter Becker
Prof. Dr. Wolfgang Hellmann
Prof. Dr. Alexander Schachtrupp
Dr. Guntram Fischer
Dr. Philipp Schwegel
Michael Born

Autoren

Prof. Dr. Reinhard Ammer-Behrendt
Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt
Prof. Dr. Ludwig Kuntz
Prof. Dr. Anne-Katrin Neyer
Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Johanne Pundt
Prof. Dr. Karin Scharfenorth
Dr. Dr. Horst J. Koch
Dr. Desdemona Möller
Dr. Ekhard Popp
Dr. Günther Vedder
Christian Geißler
Beate Kern
Jannis Preus

EDITORIAL



Prof. Dr. Mario A.
Pfannstiel



Prof. Dr. Harald
Mehlich

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Ihnen die neunte 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.

In der neunten Ausgabe wurde der Schwerpunkt auf das Thema „Expertenorganisationen“ gelegt. Expertenorganisationen sind funktional ausgerichtete Organisationen in denen Experten arbeiten, die durch eine große Autonomie und eine hohe Qualifikation gekennzeichnet sind. Die Mitarbeiter arbeiten interdisziplinär und interprofessionell zusammen. Bei Expertenorganisationen handelt es sich um Organisationen, denen ein mehrdimensionales Zielsystem zugrunde liegt, es bestehen unterschiedliche Ziele und Zielausrichtungen.

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

Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel
Prof. Dr. Harald Mehlich

Die Redaktion

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

INHALT

Editorial	3
Mitteilung der Herausgeber <i>Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel Prof. Dr. Harald Mehlich</i>	
Fachinterview	6
Titel: Medizinische Führungskräfte in Expertenorganisationen <i>Prof. Dr. Reinhard Ammer-Behrendt Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft I	10
Titel: Job Crafting in Expertenorganisationen <i>Beate Kern Dr. Günther Vedder</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft II	15
Titel: Employer Branding in der Expertenorganisation Krankenhaus <i>Christian Geißler Jannis Preus Prof. Dr. Anne-Katrin Neyer</i>	
Beitrag aus der Praxis I	25
Titel: Personalentwicklungskonzept der Pflegezeit Gruppe GmbH <i>Prof. Dr. Ludwig Kuntz Dr. Desdemona Möller Dr. Ekhard Popp</i>	
Beitrag aus der Wissenschaft III	32
Titel: Strategische (Unternehmens-)Planung in Expertenorganisationen des Gesundheitswesens <i>Dr. Dr. Horst J. Koch</i>	
Beitrag aus der Praxis II	41
Titel: Wandlungspotenzial im Krankenhaus – Reflexion von Change-Prozessen <i>Prof. Dr. Karin Scharfenorth Prof. Dr. Johanne Pundt</i>	
Führende Köpfe im Porträt	59
Titel: Führende Köpfe, Porträt über Herrn Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt <i>Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt Prof. Dr. Mario A. Pfannstiel</i>	
Impressum	64

Fachinterview

Titel

Medizinische Führungskräfte in Expertenorganisationen

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Prof. Dr. Reinhard Ammer-Behrendt (Lehrgangsführung, Lehrgang für Medizinische Führungskräfte, Paracelsus Medizinische Privatuniversität & St. Elisabeth Privat-Universität) werden im Folgenden mit MP und RA abgekürzt.

MP: Wie ist die Expert(inn)enorganisation fachlich einzuordnen?

RA: Im Gesundheitswesen ist u. a. aufgrund der einschlägigen berufsrechtlichen Bestimmungen die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten grundsätzlich den Sonderfächern vorbehalten. Eine Ausnahme hiervon bilden die in Österreich tätigen „Praktischen Ärztinnen und Ärzte“. Diese dürfen „alles, was sie können“. Diese von der zuständigen Landesvertretung zur Schau getragene Ansicht findet sich auch in der Rechtsprechung wieder. Für die Sonderfächer jedoch gibt es im Ärztesgesetz mehr oder weniger präzise Einschränkungen fachärztlicher Tätigkeiten.

Allerdings gibt es seit vielen Jahren eine Reihe von Überschneidungen ärztlicher Tätigkeiten. Dies hat in manchen Fächern zu ärztlichen Tätigkeiten geführt, die sowohl von einem als auch in gleicher Weise von einem anderen Sonderfach ausgeübt werden. Ein bekanntes Beispiel stellt die (interdisziplinäre) Endoskopie dar.



Ammer: „Expertenorganisationen binden operative und strategische Leistungsreserven, um festgelegte Ziele zu erreichen“

MP: Wie sieht bei Expert(inn)en die Problematik der Eigenverantwortung (Entscheidungsautonomie) aus?

RA: Abgesehen von der in den einzelnen Fachabteilungen herrschenden Hierarchie sind die zur Ausübung des freien Berufs „Arzt“ berechtigten Personen in eigener Verantwortung tätig. Dies gilt auch und trotz der organisatorischen Einbindung in die Fachabteilung. Es gibt zwar in einigen Fällen die Möglichkeiten für Vorgesetzte, über den Disziplinarweg Maßnahmen anzuordnen, trotzdem ist die eigenverantwortliche Behandlung von Patient(inn)en durch fachärztliche Persönlichkeiten im Wesentlichen weisungsfrei.

Diese fachliche Autonomie des Handelns stärkt naturgemäß auch den Stellenwert der in der Organisation tätigen Expert(inn)en.

MP: Welche Bedeutung hat das Wachstum um die Fachgebiete bzw. die Formen der Spezialisierung?

RA: Je nach Gestaltung der inneren Hierarchie der betreffenden Krankenanstalt besteht die Möglichkeit zur persönlich gestaltbaren Produkt-Markt-Beziehung bzw. zur Kundenbeziehung sprich Patient(inn)enbeziehung. Wenngleich auch hier in den letzten Jahren deutliche Maßnahmen seitens der Geschäftsführung von Krankenanstalten unternommen wurden, die gesamte Krankenanstalt gegenüber den Patient(inn)en und den anderen Partnern (wie z. B. Pharmaindustrie, etc.) „aus einem Guss darzustellen“, sind in vielen Fällen die persönlichen Kontakte aus den ärztlichen Niederlassungen maßgeblich für die Kundenentscheidung zur Wahl der Krankenanstalt bzw. der dort konkret tätigen Ärztinnen bzw. Ärzte.

MP: *Welche Bedeutung haben durch Standardisierung und Training erfolgte Koordinationsmaßnahmen?*

RA: Zweifelsohne stellt dieser Punkt eine große Herausforderung dar. Ist doch die Forschung in den verschiedenen medizinischen Gebieten in den letzten Jahren und Jahrzehnten erfreulicherweise enorm fortgeschritten. Gepaart mit der Verpflichtung der Ärztinnen und Ärzte die Patient(inn)en nach den modernsten medizinwissenschaftlichen Methoden zu behandeln, bedeutet dies die Verpflichtung zur ständigen Fortbildung im fachlichen Bereich.

MP: *Diagnose (pigeonholing) ist die zentrale Leistung und löst standardisierte Aufgabenbewältigung aus – Was bedeutet dies für die Expert(inn)en?*

RA: Die seit geraumer Zeit laufenden Bemühungen um standardisierte Vorgangsweisen, die in Form von Richtlinien, Empfehlungen, Guidelines, etc. niedergeschrieben werden und von den fachlichen Autoritäten wie z. B. den Fachgesellschaften beschlossen und den Mitgliedern empfohlen werden, geben einerseits eine gewisse Handlungssicherheit bei schwierigen Behandlungsvorgängen. Andererseits erfordern diese Maß-

nahmen auch ein Umdenken langjährig gehandhabter Praktiken. Dies kann durchaus zu Verunsicherungen einzelner Expert(inn)en führen.

In vielen Fachgebieten ist heute die ärztliche Diagnostik zwar standardisiert, aber durch die Anforderungen an die Ärzteschaft sehr differenziert. Dies bedeutet, dass z. B. die Krebsdiagnosen nicht mehr einfach getroffen werden. Oftmals sind umfangreiche molekularbiologische Diagnostikmaßnahmen notwendig, um die richtige Therapie auswählen zu können. Dies führt unweigerlich zur Notwendigkeit verstärkter Kooperationen im ärztlichen Bereich, da die einzelnen Fachdisziplinen allein diese Art der Therapieentscheidung nicht mehr treffen können.

MP: *Wie geht man in Expert(inn)enorganisationen mit Unsicherheit um? – Wird diese in einem gewissen Maße bewusst toleriert?*

RA: Dass Unsicherheiten in gewisser Weise toleriert werden, ergibt sich schon allein aus der Tatsache, dass die ärztliche Behandlung mit Menschen zu tun hat. Der dabei auftretende subjektive Faktor Patient/in ist daher als im Vordergrund stehend auch vorrangig zu beachten.

MP: *Wie gehen Expert(inn)en aufgrund ihrer horizontalen Vernetzung und gleichzeitig ihrer vertikalen Leitungsaufgaben mit dieser Bipolarität um?*

RA: Die für Diagnose und Therapie notwendigen horizontalen Verknüpfungen, die für einen Behandlungserfolg entscheidend sein können einerseits und andererseits die Leitungshierarchie bewirken ein interessantes Spannungsfeld ärztlicher Leitungstätigkeit. Dieses Spannungsfeld und die darin getroffenen positiven Maßnahmen für die Patient(inn)en geben den Handlungsrahmen für die Expert(inn)en vor. Die adäquat getroffenen Maßnahmen sind letztendlich maßgeb-

lich für den Erfolg und die Erfolgserlebnisse der tätigen Expert(inn)en.

MP: *Welche Folgen hat das häufig schwach ausgeprägte zentrale Management?*

RA: Das zentrale Management – hier wird insbesondere an die Leitungsposition in der medizinischen Direktion gedacht – ist schon allein aus Gründen der vielseitigen fachlichen Aufgabenstellungen in den einzelnen Fachabteilungen schwierig und mangels universell genialer Kenntnisse daher auch fachlich schwach. In einzelnen Fällen kann dies allerdings durch organisatorische Maßnahmen des Krankenhausträgers und spezifische Organisationsmaßnahmen ausgeglichen werden. Gerade in Deutschland zeigen diese Entwicklung manch privat geführte Krankenhauskonzerne auf.

MP: *Wie kann das Management in Expertenorganisationen – hier im Gesundheitswesen – seine Aufgaben wie Außenbezug, Konfliktlösung und Support bewältigen?*

RA: Unter Zugrundelegung der Antwort zur vorherigen Frage können dann die mit der medizinischen Direktion beauftragten Persönlichkeiten diese Aufgaben zufriedenstellend wahrnehmen, wenn sie durch geeignete Maßnahmen entsprechend positive Auswirkungen auf die Fachabteilungen bewirken. Dies bedeutet ein Selbstverständnis nicht nur als Repräsentant der Institution, sondern sich auch der Verantwortung für die zu führenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Expert[inn]en) bewusst zu sein. Manchmal wird jedoch die medizinische Direktionsposition missinterpretiert und einzig als verlängerter Arm des Krankenhausträgers verstanden. In diesen Fällen hat sich gezeigt, dass die Phalanx der Abteilungsvorstände der Leitungspersönlichkeit der medizinischen Direktion das Leben „erheblich erschweren kann“.

MP: *Die wichtigste Schwäche der Expert(inn)enorganisation besteht (wie bei jeder funktionalen Organisation) in der Innovationsresistenz besonders bezüglich Prozess- und Strukturinnovation. – Wie kann man dieses Problem minimieren oder lösen?*

RA: Ob diese These auch im Gesundheitswesen generelle Gültigkeit hat, ist zu hinterfragen. Gerade die rasche Entwicklung medizinwissenschaftlicher Erkenntnisse beflügelt auch die Organisationsprozesse. Ein längeres Beharren würde auch die fachmedizinisch notwendige und gewünschte Entwicklung nicht ermöglichen. Dies hätte in letzter Konsequenz eine schlechtere medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Folge. In politischen Zeiten wie diesen werden derartige Missstände sofort aufgegriffen und medial thematisiert. Kaum ein Krankenhausrechtsträger wird sich gerne derartigen medialen Kampagnen aussetzen wollen.

Daher sind sowohl die Leitungskräfte auf Direktionsebene als auch auf Abteilungsebene gut beraten, Innovationen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern und nicht durch inadäquates Verhalten zu behindern. Aufgrund meiner mehr als 25-jährigen Erfahrung als Leiter von Universitätslehrgängen für die Fortbildung von medizinischen Führungskräften kann man deutlich die gewünschte Weiterentwicklung bei dieser Zielgruppe beobachten.

MP: *Wie kann man die Schwächen einer mangelnden Ausbildung eines Qualitäts- und Risikomanagements sowie potentielle Überdehnung der Angebotsmacht (Verlust der Akzeptanz) verringern bzw. beseitigen?*

RA: Heute von einer Angebotsmacht der Krankenanstalten bzw. deren Fachpersonen zu sprechen ist schlichtweg kühn. Vielmehr geht der Trend eindeutig zu Kompetenzzentren und Schwerpunktangeboten, um der medizinischen Versorgung noch mehr ge-

recht zu werden. Institutionen und deren maßgebliche Personen, die dabei nicht mitspielen, haben erhebliche Akzeptanzprobleme vor allem bei der zuweisenden Ärzteschaft und damit auch bei deren Patient(inn)enklientel.

Darüber hinaus kann festgestellt werden, dass bereits die überwiegende Mehrheit der Krankenanstalten zusätzlich zum jeweiligen Geschäftsbericht auch so genannte „Qualitätsberichte“ editiert. Diese lassen tiefe Einblicke in entsprechend zielführende Maßnahmen zu. Im Bereich des Risikomanagements geht man heute immer mehr in Richtung vorbeugender Maßnahmen, um erst gar nicht allfällige Pannen entstehen zu lassen.

Autorenanschriften

Univ. Prof. Dr. Reinhard Ammer-Behrendt
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Strubergasse 21
5020 Salzburg
Österreich

E-Mail: reinhard.ammer@pmu.ac.at

Univ. Prof. Dr. Reinhard Ammer-Behrendt
St. Elisabeth Universität – Rektorát
Námestie slobody 3
P O Box 104
81 100 Bratislava
Slowakische Republik

E-Mail: ammer@vssvalzbety.sk

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

E-Mail: mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de

Beitrag aus der Wissenschaft I



Titel

Job Crafting in Expertenorganisationen

Autoren

Beate Kern (links), Dr. Günther Vedder (rechts)

Zusammenfassung

In Organisationen existiert häufig die Vorstellung, dass vorgegebene Ablaufpläne, Stellenbeschreibungen oder das direkte Führungsverhalten die Arbeit der vielfältigen Beschäftigten strukturieren. Die Arbeitsgestaltung ist allerdings kein reiner Top-Down-Prozess. Auch die Beschäftigten selbst verändern ihre Aufgaben immer wieder. Sie konzentrieren sich dabei auf Arbeiten, die sie gerne erledigen oder besonders gut können. Für Organisationen macht es Sinn, dieses Job Crafting systematisch zu nutzen, um die vielfältigen Stärken und Talente der Beschäftigten zu fördern.

Einleitung

Jane Dutton (University of Michigan) und Amy Wrzesniewski (Yale School of Management) stellten in Arbeitsstudien zu Beginn der 2000er Jahre fest, dass viele Beschäftigte nicht unbedingt die Aufgaben aus ihren Stellenbeschreibungen erledigen. Stattdessen modifizieren sie ihre Tätigkeiten und passen sie den eigenen Bedürfnissen bzw. persönlichen Zielen an. Diese individuelle Veränderung hilft gegen Stress oder Langeweile, erhöht die

Arbeitszufriedenheit und kann die Arbeitsergebnisse wesentlich verbessern. Die Wissenschaftlerinnen nannten dieses Phänomen im Jahr 2001 Job Crafting und sahen darin eine Ergänzung zum vorgegebenen Job Design der Unternehmen (Wrzesniewski/ Dutton 2001, S. 179 f.). Heute wird unter Job Crafting eine selbstinitiierte Umgestaltung der eigenen Arbeitstätigkeit verstanden, ohne dass die Beschäftigten dazu explizit angewiesen oder bevollmächtigt wurden (Demerouti/ Bakker 2014, S. 415 ff.).

Arbeitsgestaltung von unten

Wenn Arbeitnehmer im Gesundheitsbereich eine neue Stelle annehmen, dann ist der Rahmen des Handelns in der Regel bereits vorgegeben. In einer Stellenbeschreibung wurde dokumentiert, welche Aufgaben zu erledigen sind, welche Befugnisse damit verbunden sind, wie die Stelle organisational eingebunden ist und welche fachlichen sowie persönlichen Kompetenzen dafür erforderlich sind. Es liegen definierte Verfahrensabläufe vor, aus denen sich die einzelnen Arbeitsschritte ergeben. Das Qualitätsmanagement gibt vor, wie die Tätigkeiten zu dokumentieren sind. Die Organisation hat im Vorfeld also einiges für das Job Design getan und die Arbeit aktiv gestaltet. Neue Be-

schäftigte werden bei der Einarbeitung mit den Spielregeln und Abläufen vertraut gemacht. Im Zweifel entscheiden Vorgesetzte im Rahmen ihrer Führungsverantwortung, wie mit unklaren Fällen umzugehen ist.

Trotz dieser Vorgaben werden die Stellen allerdings sehr unterschiedlich ausgefüllt, je nachdem, welche Person die damit verbundenen Aufgaben wahrnimmt. Innerhalb der vorhandenen Systeme gibt es Handlungsspielräume, die in Abhängigkeit von individuellen Interessen und Talenten ganz verschieden genutzt werden. Ungeliebte Aufgaben werden nur dann erledigt, wenn es unbedingt sein muss (z. B. Listen ergänzen, Abrechnungen vorbereiten), während andere Tätigkeiten sinnvoll erscheinen und gerne übernommen werden (z. B. Arbeit mit Menschen, Lösung von Problemen). Dabei handelt es sich um Job Crafting, eine Art „Arbeitsgestaltung von unten“, die sich auch auf soziale Beziehungen erstrecken kann. Zu manchen Kollegen sucht man den direkten Kontakt, während man mit anderen so wenig wie möglich zu tun haben will. Abbildung 1 verdeutlicht das Zusammenwirken von Job Design und Job Crafting aus dem sich die tatsächliche Ausfüllung der jeweiligen Stelle ergibt.

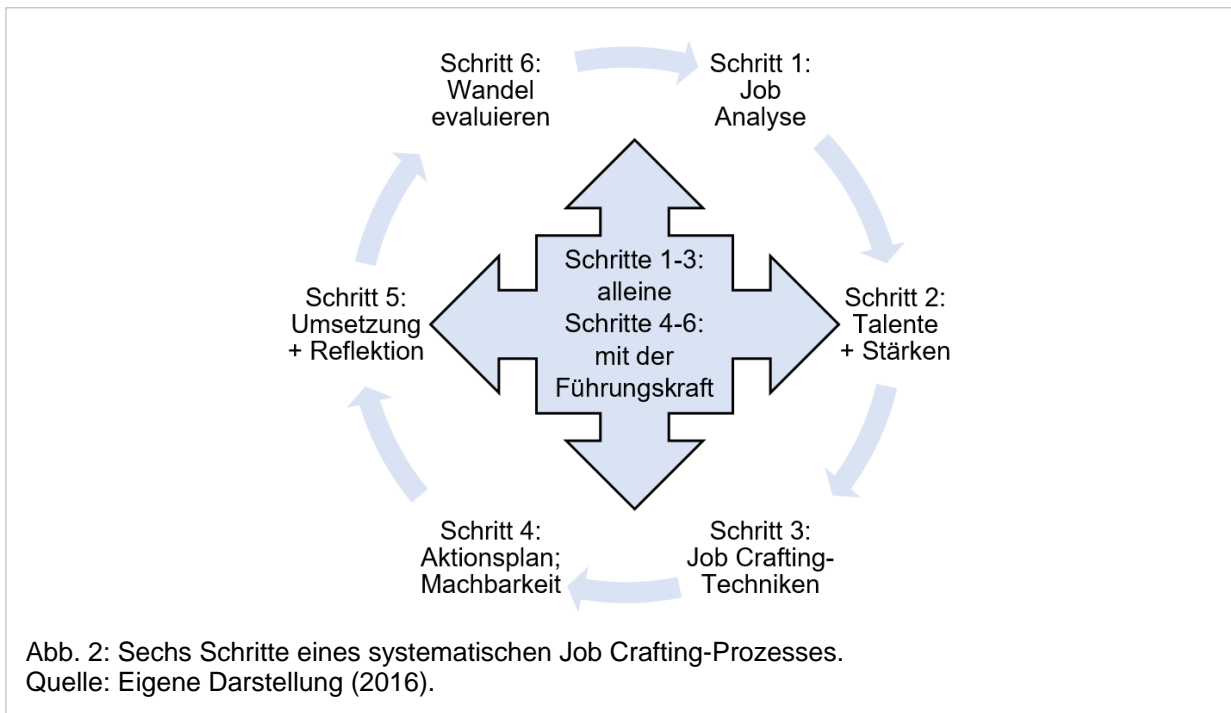
Gelegentlich verändern Beschäftigte beim Job Crafting auch den Rahmen ihrer Tätigkeit, wenn zum Beispiel eine Reinigungskraft immer wieder freundliche Worte für die Patienten findet – sie müsste das nicht tun, macht es aber gerne und bekommt ein sehr positives Feedback. Die eigene Arbeit wird bei diesem Job Re-Design (wie man es auch

nennen könnte) so verändert, dass die eigenen Interessen und Talente besser zum Tragen kommen. Die Beschäftigten wissen selbst am besten, wo ihre Stärken liegen (z. B. in der Betreuung von Auszubildenden, der Pflege von guten Beziehungen zu anderen Abteilungen) und legen darauf einen Schwerpunkt.

Systematisches Job Crafting

Job Crafting ist ein Vorgang, der immer stattfindet – ob Arbeitgeber das nun wollen oder nicht (Lyons 2008, S. 27 f.). Es kann daher für Organisationen sinnvoll sein, die Arbeitsgestaltung von unten systematisch zu nutzen. So lässt sich verhindern, dass wichtige, aber ungeliebte Aufgaben nur sehr oberflächlich bearbeitet und andere Tätigkeiten stark überbetont werden. Denn bei allen Freiheitsgraden und Gestaltungsspielräumen muss doch klar sein: die Arbeit ist kein Wunschkonzert und es kann kein individuelles Rosinenpicken geben. Allerdings ist es denkbar, dass in jeder Abteilung einmal pro Jahr ein regelmäßiger Job Crafting-Prozess durchlaufen wird. So lassen sich Prozesse weiter optimieren und versteckte Potenziale entdecken. Insbesondere die High Potentials und Angehörige der Generation Y sind sehr daran interessiert, ihre Arbeit nach den eigenen Bedürfnissen in einem gewissen Rahmen umzugestalten (Müller 2013, S. 93 ff.). Sie können mit dem Angebot „turn the job you have into the job you want“ motiviert werden, über die eigenen Erwartungen und Karriereoptionen nachzudenken.





Analyse und Veränderung der Arbeit

Ein systematischer Job Crafting-Prozess besteht aus sechs Schritten, von denen die ersten drei individuell und die letzten drei gemeinsam mit der Führungskraft absolviert werden. Wie Abbildung 2 verdeutlicht, handelt es sich um einen geschlossenen Zyklus von Aktivitäten, der Jahr für Jahr erneut durchlaufen werden kann. Besonders wichtig ist es, die Auswirkungen der Veränderungen an einem Arbeitsplatz auf die Arbeit der anderen Beschäftigten im Auge zu behalten und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Job Analyse mit Hilfe der Stellenbeschreibung durchführen

Mit Hilfe eines spezifischen Fragensets wird überprüft, inwiefern die tatsächlich geleistete Arbeit von den Vorgaben der Organisation abweicht. Beispiele für Fragen: Welche Aufgaben sind mir besonders wichtig? Welche Tätigkeiten rauben mir die meiste Energie? Welche Aufgaben aus der Stellenbeschreibung nehme ich kaum oder gar nicht wahr?

Eigene Stärken, Interessen und Talente feststellen

Mit Hilfe eines Stärkentests, z. B. dem im Internet frei verfügbaren VIA-Test, werden die eigenen Talente und Begabungen erfasst: <http://www.authentic happiness.sas.upenn.edu>. Es wird in dem Verfahren analysiert, wie individuell ausgeprägt die 24 sogenannten Signaturstärken sind.

Job Crafting-Techniken auf den Arbeitsplatz anwenden

Die Beschäftigten dokumentieren, inwiefern sie drei grundlegende Job Crafting-Techniken bereits in der Vergangenheit angewendet haben:

- Grenzen verschieben – Entweder Grenzerweiterung (Übernehmen interessanter Zusatzaufgaben) oder Grenzverengung (Abgabe ungeliebter Aufgaben).
- Soziale Beziehungen verändern – Entweder die Investition in positiv erlebte Beziehungen oder die bewusste Reduktion eher belastender Kontakte.

- Rahmen verändern – Es geht darum, der Arbeit einen besonderen Sinn zuzuschreiben und anderen Menschen damit zu helfen (z. B. meine eher monotone Arbeit trägt wesentlich dazu bei, dass die gesamte Organisation funktioniert).

Aktionsplan entwerfen und Machbarkeit überprüfen

Es wird überprüft, welche Veränderungswünsche ganz oben auf der Liste stehen und wie diese umgesetzt werden können. Welche Lösungswege bieten sich zur Zielerreichung an? Welchen Nutzen hat das für wen? In welcher Interessenlandschaft bewegen ich mich?

Aktionen umsetzen und Erfahrungen reflektieren

Bei der Umsetzung der Veränderungen ist es ganz zentral, die Interessen anderer Beteiligten zu berücksichtigen und im Idealfall eine gemeinsame Win-Win-Konstellation herzustellen. Teamsitzungen bieten sich für die Kommunikation von Zwischenergebnissen an.

Veränderungen durch das Job Crafting evaluieren

Die Job Crafting-Veränderungen müssen nach einem längeren Testlauf evaluiert werden. An welchen Stellen ist ggf. nachzubessern? Wo gab es Widerstände gegen die Veränderungen? Würden sich in Einzelfällen alternative Vorgehensweisen anbieten?

Job Crafting und Diversity Management

Grundsätzlich geht es beim Job Crafting nicht um die Umgestaltung der individuellen Arbeit als Ganzes, sondern um das Ändern und Anpassen einzelner Aspekte der Tätigkeit. Was genau geschieht, hängt sehr vom Einzelfall ab: Einige Beschäftigte wollen zusätzliche Aufgaben übernehmen (z. B. In-

house-Schulungen anbieten), andere sind an höherwertigen Arbeiten interessiert (z. B. Mitwirkung an Sonderprojekt) und wieder andere wollen bestimmte Tätigkeiten abgeben (z. B. Reisekosten abrechnen). Das systematische Job Crafting ist ein interessantes Instrument, das im Rahmen von Diversity Management genutzt werden kann. Auf die Vielfalt der Beschäftigten mit ihren individuell unterschiedlichen Bedürfnissen lässt sich so viel besser reagieren. Es bietet sich eine Chance, die Motivation und Arbeitszufriedenheit nachhaltig zu erhöhen. Selbst wenn sich nicht alle Veränderungswünsche realisieren lassen, so kann doch bereits das regelmäßige Gespräch zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten über die eigene Arbeit(-sgestaltung) positive Effekte nach sich ziehen.

Fazit

Eine der ersten Studien zum Job Crafting wurde im Jahr 2000 mit Reinigungskräften in einem US-Krankenhaus durchgeführt (Wrzesniewski/ Dutton 2001, S. 190 f.). Die Forscherinnen trafen zum einen auf Beschäftigte, die mit ihrer niedrig bewerteten und entlohnten Arbeit sehr unzufrieden waren. Sie lernten aber auch Job Crafter kennen, die identische Aufgaben sehr positiv interpretierten und ihnen eine ganz besondere Bedeutung zuschrieben. Angehörige der zweiten Gruppe empfanden ihre Arbeit als anspruchsvoll, wollten das Pflegepersonal unterstützen sowie den Patienten und Besuchern helfen. Sie gestalteten proaktiv ihr Arbeitsumfeld und übernahmen zusätzliche Aufgaben, die nicht in ihrer Stellenbeschreibung standen. Dieses Beispiel zeigt, dass es auch unter eher restriktiven Rahmenbedingungen möglich ist, den Sinn und Spaß der eigenen Arbeit in den Vordergrund zu stellen. Organisationen im Gesundheitsbereich könnten sich das Job Crafting zu Nutze machen und dadurch die Motivation der Beschäftigten erhöhen. Letztendlich ist es eine Aufgabe der Führung sowie des Personalmanagements, die Arbeitsgestaltung von

unten zu ermöglichen bzw. sogar aktiv zu fördern.

Literatur

Demerouti E., Bakker A. B. (2014) Job crafting. In: Peeters M., de Jonge J., Taris T. (eds.) An introduction to contemporary work psychology. John Wiley & Sons. New York. pp. 414-433.

Lyons P. (2008) The crafting of jobs and individual differences. In: Journal of Business Psychology. Vol. 23. Iss. 1. pp. 25-36.

Müller E. B. (2013) Innovative Leadership. Haufe Gruppe. Freiburg.

Wrzesniewski A., Dutton J. (2001) Crafting a job: revisioning employees as active crafters of their work. In: Academy of Management Review. Vol. 26. No. 2. pp.179-201.

Autorenbiografien

Beate Kern studierte bis 1989 Arbeits- und Organisationspsychologie an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Sie war anschließend in leitenden Positionen im Personalbereich von mehreren Großunternehmen tätig, zuletzt als Bereichsleiterin Personal in einem MDax-Unternehmen. Seit 2008 arbeitet sie als selbstständige Organisationsberaterin an den Themen Personalarbeit im demografischen Wandel, Arbeitsorganisation, Führungskompetenz und Personalentwicklung.

Dr. Günther Vedder, Diplom-Kaufmann und Diplom-Soziologe, absolvierte seine akademische Aus- und Weiterbildung zwischen 1988 und 2001 an der Universität Trier. Von 1994 bis 2011 arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten in Trier und Göttingen. Seitdem ist er am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover für den

Bereich Personalmanagement und Potenzialentwicklung mit einem Schwerpunkt im Diversity Management zuständig.

Autorenanschriften

Beate Kern
Kern-HR-Management
Mailänder Straße 21
60598 Frankfurt

E-Mail: bk@kern-hr-management.de

Dr. Günther Vedder
Leibniz Universität Hannover
Institut für interdisziplinäre
Arbeitswissenschaft
Schlosswender Straße 7
30159 Hannover

E-Mail: guenther.vedder@wa.uni-hannover.de

Beitrag aus der Wissenschaft II



Titel

Employer Branding in der Expertenorganisation Krankenhaus

Autoren

Christian Geißler (links)

Jannis Preus (Mitte)

Prof. Dr. Anne-Katrin Neyer (rechts)

Einleitung

Anfang der 1990er Jahre wurde allgemein prognostiziert, dass in der Bundesrepublik zu viele Ärzte ausgebildet werden und ein Überangebot an Fach- und Spezialkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege vorherrscht. Aktuell trifft diese Prognose nicht zu, ganz im Gegenteil: Im PWC Report zum Fachkräftemangel 2010 wird prognostiziert, dass 2020 ca. 56.000 Ärzte und 140.000 nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen werden. 2030 soll sich das Defizit sogar auf 165.000 Ärzte und 800.000 nicht-ärztliche Fachkräfte vergrößern. Davon entfallen über die Hälfte auf stationäre Einrichtungen. Entsprechend dieser Studie ist bereits ab 2020 von einem Pflegenotstand zu sprechen (Ostwald et al. 2010). Um eine gesicherte Versorgung mit qualifiziertem Personal sicherzustellen und dieses nachhaltig zu binden, bedarf es mehr als reines Personalmarketing. Als mögliches Instrument zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität ist der strategische Ansatz einer Employer Brand hinreichend bekannt (Geighardt-Knollmann 2011). Es gilt, die Marke in Abhängigkeit der spezifischen und individuellen Herausforderungen, der Bedürfnisse

und der Wünsche der Anspruchsgruppen zu gestalten.

Im Bereich des Gesundheitswesens, insbesondere für Krankhäuser, gibt es diverse Gestaltungsempfehlungen zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität. Bei der Sichtung der Literatur zeigt sich jedoch, dass der überwiegende Teil von Studien bzw. Datenmaterial insbesondere jene Attraktivitätsfaktoren untersucht, die für (angehende) Ärzte relevant sind, spezifische Bedürfnisse anderer Anspruchsgruppen jedoch weniger berücksichtigt werden (Schubert/ Walke/ Dederichs 2015, Berlet 2015, Flintrop 2013, Schubert/ Bauhüs 2013, Renkawitz et al. 2013 und Buxel 2012). Allerdings handelt es sich bei einem Krankenhaus um eine sehr „(...) wissens- und kompetenzintensive Dienstleistungsorganisation, deren Wertschöpfungsleistung primär auf der Rekrutierung, Veredelung und Nutzung hochgradig spezialisierten Humankapitals beruht“ (Rasche/ Braun von Reinersdorf 2016, S. 2), d. h. um eine Expertenorganisation im erweiterten Sinne (Rasche/ Braun von Reinersdorf 2016 und Grossmann 1997). Diese Spezialisierung spiegelt sich in vier großen Experten Gruppen wider: der Ärztliche Dienst, das

Pflegepersonal, der Funktionsdienst und der medizinisch-technische Dienst (Augurzky et al. 2013). Hinsichtlich der Prioritätensetzungen dieser Mitarbeitergruppen sind unterschiedliche Erwartungen und Zielkonflikte anzunehmen (Conrad 2013). Daher gilt es, zu erkennen, vor welchen spezifischen Herausforderungen jede einzelne Expertengruppe steht. Diese differenzierte Betrachtungsweise kann der Expertenorganisation „Krankenhaus“ helfen, ihre Alleinstellungsmerkmale als Arbeitgeber nicht allgemeingültig zu formulieren, sondern sich konkret zu überlegen, wie auf die Bedürfnisse der einzelnen Expertengruppen eingegangen werden kann. Das Ziel dieses Beitrags ist, es aufzuzeigen vor welchen Herausforderungen die einzelnen Experten stehen. Darüber hinaus werden aus der Literatur abgeleitete Stellschrauben für den Umgang mit diesen Herausforderungen dargestellt. Da diese Stellschrauben alleine nicht ausreichen werden, damit die Expertenorganisation „Krankenhaus“ ein attraktiver Arbeitgeber wird bzw. bleibt, zeigen wir, wie Design Thinking das Employer Branding im Krankenhaus unterstützen kann.

Analyse der individuellen Herausforderungen der vier Expertengruppen

Im Folgenden geben wir einen kurzen Überblick über die Herausforderungen der einzelnen Expertengruppen. Erarbeitet wurden diese mit Hilfe einer Analyse der relevanten (inter-)nationalen Literatur. Beiträge aus Sammelbänden, Fachzeitschriften, Studien, Publikationen von öffentlichen Institutionen sowie Monographien wurden einbezogen. Hierbei wurde ein Fokus auf die Schlüsselbegriffe Gesundheitswesen, Krankenhaus, Fachkräftemangel, Arbeitgeberattraktivität, Employer Branding und Expertenorganisation gelegt.

Für den Ärztlichen Dienst wurden u. a. überlange Arbeitszeiten, welche physische und psychische Belastungen mit sich führen können (Buxel 2012, Badura et al. 2010 und

Rosta 2007) und die daraus resultierende Unvereinbarkeit von Familien- und Berufsleben (Göke/ Heupel 2013) als Herausforderungen identifiziert. Nach Blum und Löffert (2010) werden zudem fehlende Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung angeführt (Dilcher/ Hammerschlag 2012 und Blum/ Löffert 2010). Im Speziellen bemängeln Assistenzärzte eine fehlende Strukturierung ihrer Weiterbildungen (Buxel 2012). Darüber hinaus wird die zunehmende Bürokratisierung des Arbeitsinhaltes als problematisch angesehen (Biller et al. 2012). Ein weiterer Faktor ist die subjektiv wahrgenommene ungerechte Behandlung gegenüber Honorarärzten (Dilcher/ Hammerschlag 2012). Dies ist u. a. dem Umstand geschuldet, dass Honorarärzte den Status von Selbstständigen haben (Keller/ Wilkesmann 2013), diese nicht verpflichtet sind Mehrarbeit zu leisten und im Vergleich zudem eine höhere (Stunden-)Vergütung als angestellte Ärzte erhalten. Es entsteht ein „Kreislauf“, der sich darin zeigt, dass angestellte Ärzte das Krankenhaus verlassen, sich niederlassen und weitere Honorarärzte eingestellt werden müssen (Dilcher/ Hammerschlag 2012). Dennoch ist an dieser Stelle anzumerken, dass trotz diesem Umstand die Vergütung im Allgemeinen nicht als negativ angesehen wird (Buxel 2012).

Bei der Gruppe des Pflegepersonals zeigen sich ähnliche Herausforderungen. Insbesondere die hohen physischen und psychischen Beanspruchungen/Belastungen werden verstärkt angeführt. Des Weiteren finden sich in der Literatur Kritikpunkte bzgl. der Unvereinbarkeit hinsichtlich von Beruf und Familie sowie als zu niedrig empfundene Gehälter. Weiterhin wird die fehlende Möglichkeit zur Absolvierung von Fort- und Weiterbildungen für Pflegekräfte kritisiert (Simon et al. 2005).

Experten im Bereich des Pflegepersonals für den OP, der Anästhesisten, der Hebammen und Entbindungshelfer sowie der Ergotherapeuten bilden den Funktionsdienst, wobei im Rahmen dieser Analyse auf das Pflegeper-

sonal für OP und Anästhesisten fokussiert worden ist. Hier zeigen sich wiederum die Führungskultur, fehlende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und eine negative Work-Life-Balance als primäre Herausforderungen (Dilcher/ Hammerschlag 2012 und Gebhard et al. 2003). Insbesondere der Aspekt der Führungskultur wird bei Gebhardt et al. (2003) in dem Sinne hervorgehoben, dass bei beiden Expertengruppen ein starkes Bedürfnis nach einer Führungskultur herrscht, in der die tägliche Organisation durch eine verantwortliche Person koordiniert wird.

Berufe des Physiotherapeuten und des Psychologen, die ebenfalls unmittelbaren medizinischen Patientenkontakt aufweisen, fallen in die Expertengruppe des medizinisch-technischen Diensts. Herausforderungen, denen der medizinisch-technische Dienst gegenübersteht, bestehen sowohl bei Physiotherapeuten als auch bei Psychologen im Hinblick auf die Führungskultur und die Vergütung (Best 2013, Barzel et al. 2011, Badura et al. 2010 und Reimer et al. 2005). Bei den Physiotherapeuten wird darüber hinaus auf die mangelnden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten hingewiesen (Freiling 2004). Analog zum ärztlichen Dienst nehmen speziell Psychologen eine hohe Bürokratisierung ihres Arbeitsinhaltes wahr (Reimer et al. 2005).

Insgesamt ist festzustellen, dass sich in der analysierten Literatur sechs zentrale Herausforderungen in der Expertenorganisation „Krankenhaus“ identifizieren lassen (siehe Tabelle 1). Interessant ist hierbei, dass eine Analyse über die einzelnen Expertengruppen hinweg zeigt, dass die Kategorie „Fort- und Weiterbildung“ bei allen Expertengruppen eine tragende Rolle einnimmt, während die Kombination der Ausprägung der anderen Herausforderungen sich je nach Expertengruppe unterscheidet.

Was heißt dies nun für die Gestaltung einer Employer Brand für die Expertenorganisation „Krankenhaus“? Welche möglichen Stellschrauben gibt es, mit denen sich ein Krankenhaus als attraktiver Arbeitgeber für die einzelnen Expertengruppen positionieren kann? Dazu lassen sich in der Literatur erste Hinweise, abgeleitet aus den Bedürfnissen der einzelnen Expertengruppen, finden (siehe Tabelle 2).

Design Thinking zur Gestaltung einer Employer Brand in der Expertenorganisation „Krankenhaus“

Obwohl Tabelle 2 einen ersten Einblick in mögliche Stellschrauben für die Gestaltung einer Employer Brand gibt, zeigt sich, dass diese alleine nicht ausreichen werden. Die Expertenorganisation „Krankenhaus“ ist, wie jede andere Expertenorganisation, darauf

	Negative Work-Life-Balance	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	Hohe psychische und physische Belastungen	Vergütung	Führungskultur	Arbeitsinhalt
Ärztlicher Dienst	X	X	X	-	X	X
Pflegekräfte	X	X	X	X	-	-
Medizinisch-technischer Dienst	-	X	-	X	X	X
Funktionsdienst	X	X	-	-	X	-

Tab. 1: Herausforderungen der Expertengruppen in der Expertenorganisation „Krankenhaus“. Quelle: Eigene Darstellung (2018).

	Work-Life-Balance	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	Hohe psychische und physische Beanspruchungen/Belastungen	Vergütung	Führungskultur	Arbeitsinhalt
Ärztlicher Dienst	Einhaltung gesetzlicher Arbeitszeiten (Dlicher/ Hammerschlag 2012) Einführung eines UKE Konzeptes (Nickel/ Fülkruger/ Trojan 2008)	Einhaltung der Lernziele und Lehrzeit im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung (Blum/ Löffert 2010) Einführung von Zielgesprächen und Mentoren- bzw. Tutoriensystemen (Blum/ Löffert 2010)	Einführung von Physician Assistents (Clade 2008; Hutchinson/ Marks/ Pittilo 2001)		kooperatives Arbeitsklima und Anpassung der Rahmenbedingungen ggü. Honorarärzten (Schüttler 2012)	Einführung von Physician Assistents (Clade 2008; Hutchinson/ Marks/ Pittilo, 2001)
Pflegekräfte	Partizipation bei der Dienstplanerstellung (Pryce/ Albertsen/ Nielsen 2006) Springerpoools siehe z.B. Uniklinikum Heidelberg Unterstützung bei der Kinderbetreuung wie z.B. Kindertagesstätte, Hort, Ferienangebote oder bei Erkrankung (Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2008)	regelmäßige Weiterbildungsmöglichkeiten (Simon et al. 2005)	Nutzungsmöglichkeiten/ Stellung von Hebehilfen (Simon et al. 2005)	Einführung von Fringe Benefits wie z.B. präventive Sportangebote im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, Zusatzversicherungen, Bewirtung usw. (Schuhmacher/ Geschwill 2014)		
Med.-techn. Dienst	Begrenzung und Möglichkeiten der Reduktion/Abbau von Überstunden (Dlicher/ Hammerschlag 2012) Einführung eines UKE Konzeptes (Nickel/ Fülkruger/ Trojan 2008) Springerpoools siehe z.B. Uniklinikum Heidelberg Unterstützung bei der Kinderbetreuung wie z.B. Kindertagesstätte, Hort, Ferienangebote oder Erkrankung der Kinder (Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2008)	Vergrößerung des Weiterbildungsangebotes (Freiling 2004)		gerechtere Vergütung (Barzel et al. 2011; Reimer et al. 2005)	wertschätzende Führungskultur (Badura et al. 2010; Best 2013) Steigerung der Integration und Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Berufsgruppen (Freiling 2004)	Reduktion des bürokratischen Aufwands (Reimer et al. 2005)
Funktionsdienst		Weiterbildungsmöglichkeiten/ Schulungen im Speziellen im sicheren Umgang mit Operationsgeräten (Matern et al. 2006)			Schnittstellenoptimierung im Stationsbetrieb, zwischen Stationen und dem funktionsdiagnostischen Bereichen, dem OP-Bereich und innerhalb des OP-Bereichs (Gebhardt et al., 2003; Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2008)	

Tab. 2: Mögliche Stellschrauben für einen attraktiven Arbeitgeber in Abhängigkeit der Experten-
gruppe.
Quelle: Eigene Darstellung (2018).

angewiesen, dass die einzelnen Experten zusammenarbeiten. Der Grad der Zusammenarbeit wird durch soziale Distanz bzw. Unterschiede in Status, Rang, Autorität und Macht beeinflusst (Mumford et al. 2002). Darüber hinaus brauchen Expertenorganisationen eine hohe intrinsische Motivation der Mitarbeiter, die einhergeht mit visionären und passionierten Führungskräften (Hunt/Stelluto/ Hooijberg 2004). Betrachtet man die Herausforderungen, vor denen die einzelnen Expertengruppen stehen (siehe Tabelle 1), so zeigt sich, dass diese genau in den genannten Bereichen liegen: (i) der Ausgestaltung der Zusammenarbeit (u. a. durch Faktoren der Vergütung und Work-Life-Balance), (ii) der Führungskultur und (iii) der Rolle von Aus- und Weiterbildung (als eine der Grundlagen für die Aufrechterhaltung der intrinsischen Motivation). Bedenkt man des Weiteren, dass - obwohl unterschiedlich in ihrer Ausprägung für die einzelnen Expertengruppen - es einem attraktiven Arbeitgeber gelingen muss, diese drei Bereiche in Einklang zu bringen, so stellt sich die Frage des „wie“? In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Gestaltung einer Employer Brand (Stotz/ Wedel-Klein 2013, Trost 2013, Bollwitt 2010 und Schmidt 2009). Ausgehend von Forschungsergebnissen, die sich damit beschäftigen, wie der Wissensaustausch und die Kommunikation zwischen verschiedenen Expertengruppen verbessert werden kann (Rau/ Möslein/ Neyer 2016), argumentieren

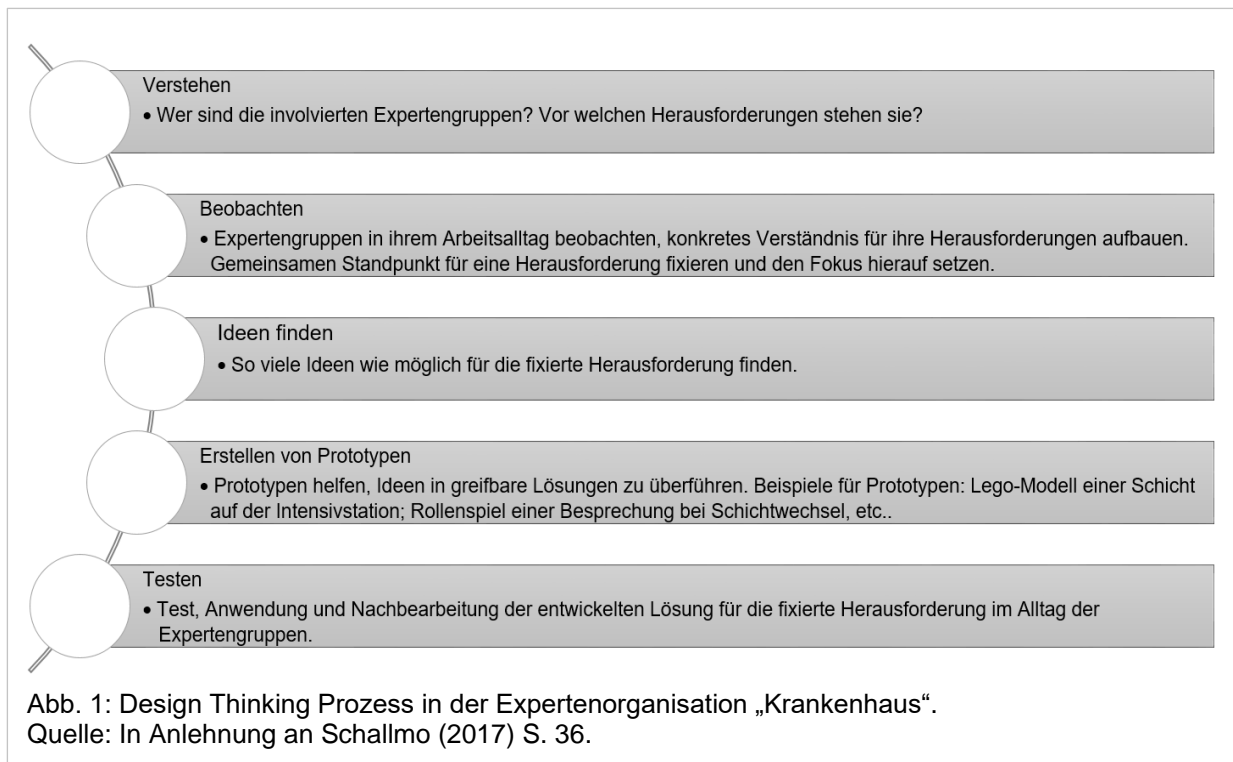
wir, dass aufgrund der angeführten Spezifika und Herausforderungen der Expertenorganisation „Krankenhaus“ eine Methode besonders zielversprechend ist: Design Thinking zur Gestaltung einer Employer Brand für die Expertenorganisation „Krankenhaus“.

„Design thinking is a great innovation tool for tackling complex systemic challenges. It not only offers an approach that generates momentum through prototyping, but also strengthens insight around what works (and what doesn't).“ (Tim Brown, CEO der internationalen Innovations- und Designberatung IDEO 2017). Was dieser Ansatz für die Expertenorganisation „Krankenhaus“ bedeutet, wird in Tabelle 3 dargestellt.

Um Antworten auf diese Fragen zu finden, werden die unterschiedlichen Expertengruppen eingeladen, gemeinsam einen iterativen Problemlösungsansatz zu durchlaufen. Ziel ist es, zu erarbeiten, wie sich die Expertenorganisation „Krankenhaus“ zu einem attraktiven Arbeitgeber entwickeln und sich „branden“ kann. Dieser Prozess ist so gestaltet, dass altbewährte Suchfelder für Lösungen verlassen werden, um so den Blick für „Neues“ zu öffnen. Ausgehend vom Design Thinking Ansatz der d.school geschieht dies im Rahmen eines 5-stufigen Prozesses (Schallmo 2017). Abbildung 1 zeigt diesen Prozess.

Prinzipien des Design Thinkings (Ideo, 2017)	Expertenorganisation „Krankenhaus“
Menschen (Bedürfnisse)	Vor welchen Herausforderungen stehen die einzelnen Experten-Gruppen? Wo gibt es Gemeinsamkeiten? Wo bestehen Unterschiede?
Technologie (Machbarkeit)	Welche Möglichkeiten zur stärkeren Berücksichtigung der menschlichen Bedürfnisse gibt es aufgrund technologischer Entwicklungen, aber auch durch personalwirtschaftliche Instrumente?
Geschäft (Wirtschaftlichkeit)	Wie kann dabei bzw. dadurch die Versorgung und die Effizienz sichergestellt werden?

Tab. 3: Prinzipien des Design Thinking in der Expertenorganisation „Krankenhaus“. Quelle: Eigene Darstellung (2018).



Gelingt es der Expertenorganisation „Krankenhaus“ diesen Prozess für eine der fixierten Herausforderungen so zu durchlaufen, dass die gefundene Lösung implementiert und umgesetzt wird, so ergibt sich dadurch die Chance, sich mit dieser Lösung als attraktiver Arbeitgeber zu branden. Nicht nur aufgrund der gefundenen Lösung sondern auch aufgrund des Weges dahin. Die Öffnung hin zu einer kooperativen Erarbeitung eines Lösungsansatzes seitens der vier Expertengruppen spiegelt per se eine der zentralen Herausforderungen dieses Typs der Expertenorganisation wider: die Führungskultur.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass bei der Profilierung einer Employer Brand für die Expertenorganisation „Krankenhaus“ die Partizipation aller vier Expertengruppen erfolgen muss. Begründet ist dies durch die teils sehr ähnlichen und doch diversen Herausforderungen und den resultierenden Bedürfnissen an den Arbeitgeber „Krankenhaus“. Design Thinking erlaubt als Methode, diese Diversität unter Berücksich-

tigung des Faktors Wirtschaftlichkeit gemeinsam zu bündeln und zu nutzen. Die Gestaltung, Implementierung und Evaluierung eines solchen Prozesses in der Praxis sowie die Führung von Experteninterviews innerhalb der jeweiligen Expertengruppen würde somit eine differenziertere Betrachtung der Herausforderungen und Bedürfnisse der jeweiligen Akteure ermöglichen. Damit wäre der Grundstein für ein proaktives Branding der Expertenorganisation „Krankenhaus“ gelegt.

Literatur

Augurzky B., Krolop S., Hentschker C., Pilny A., Schmidt C. M. (2013) Krankenhaus Rating Report 2013. Medhochzwei Verlag. Heidelberg.

Badura B., Klose J., Macco K., Schröder H. (2010) Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Springer Verlag. Berlin.

Barzel A., Ketels G., Schön G., van den Bussche H. (2011) Erste deutschlandweite Befragung von Physio-und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 2: (Berufs-) Alltag als Therapeut. In: Ergoscience. Jg. 6. Nr. 3. S. 109-116.

Berlet T. (2015) Personalmarketing in der Anästhesiologie. Wahrnehmung, Nutzung und Bewertung durch die Zielgruppe. In: Anaesthesist. Jg. 9. Nr. 64. S. 659-668.

Best D. (2013) Hohe Berufszufriedenheit, Altersarmut inbegriffen. In: Psychotherapie Aktuell. Jg. 5. Nr. 3. S. 4-5.

Biller M., Moos G., Pauletzki J., Polgar R., Uick S., Warweg S. (2012) Rahmenbedingungen und Stellschrauben im Strategieprozess von Krankenhäusern. In: Kuntz L., Bazan M. (Hrsg.). Management im Gesundheitswesen. Diskussionspapiere des Arbeitskreises „Ökonomie im Gesundheitswesen“ der Schmalenbach-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e. V. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

Blum K., Löffert S. (2010) Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhaus Institut (Hrsg.). Düsseldorf.

Bollwitt B. (2010) Herausforderung demographischer Wandel: Employer Branding als Chance für die Personalrekrutierung. Diplomica Verlag. Hamburg.

Brown T. (2017) Design and the Circular Economy. Design Thinking (Ed.). online im Internet. URL: <https://designthinking.ideo.com/>. Abrufdatum: 06.06.2017.

Buxel H. (2012) Arbeitsplatzbedingungen und -zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. unveröffentlicht. Münster.

Clade H. (2008) Der Physician Assistant – ein neues Berufsbild im Krankenhaus. In: Hessisches Ärzteblatt. Jg. 69. Nr. 1. S. 26-28.

Conrad C. (2013) Organisation Krankenhaus - Balanceakt zwischen Spezialisierung und Koordination. In: Goepfert A., Conrad C. (Hrsg.) Unternehmen Krankenhaus. Thieme Verlag. Stuttgart. S. 107-122.

Dilcher B., Hammerschlag L. (2012) Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit: Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

Flintrop J. (2013) Arbeitgeberattraktivität von Krankenhäusern. Mit Teamklima, Arbeitszeiten und Weiterbildung punkten. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 110. Nr. 33-34. S. 1576-1577.

Freiling M. (2004) Ist-Zustand der Physiotherapie auf deutschen Intensivstationen. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin. Jg. 41. Nr. 1. S. 54-63.

Gebhard F., Hartwig E., Isenmann R., Triebisch K., Gerstner H., Bailer M., Brinkmann A. (2003) OP-Management: "Chirurg oder Anästhesist?". Eine interdisziplinäre Herausforderung. In: Der Unfallchirurg. Jg. 106. Nr. 5. S. 427-432.

Geighardt-Knollmann C. (2011) DGFP Studie: Megatrends und HR Trends. Deutsche Gesellschaft für Personalführung (Hrsg.). Düsseldorf.

Göke M., Heupel T. (2013) Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels. Springer Gabler Verlag. Berlin.

Grossmann R. (1997) Besser, billiger, mehr. Zur Reform der Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule, Universität. Springer Verlag. Wien.

- Hunt J. G., Stelluto G. E., Hooijberg R. (2004) Toward new-wave organization creativity: Beyond romance and analogy in the relationship between orchestra-conductor leadership and musician creativity. In: *The Leadership Quarterly*. Vol. 15. No. 1. S. 145-162.
- Hutchinson L., Marks T., Pittilo M. (2001) The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? In: *British Medical Journal (BMJ)*. Vol. 323. No. 7323. p. 1244.
- Ideo (2017) Ideo Startseite. Ideo (Ed.). online im Internet. URL: <http://www.ideo.com/about/>, Abrufdatum: 23.05.2017.
- Keller B., Wilkesmann M. (2013) Untypisch atypisch Beschäftigte. Honorarärzte zwischen Befristung, Leiharbeit und (Solo-)Selbstständigkeit. In: *Industrielle Beziehungen*. Jg. 21. Nr. 2. S. 99-125.
- Matern U., Koneczny S., Scherrer M., Gerlings T. (2006) Arbeitsbedingungen und Sicherheit am Arbeitsplatz OP. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Jg. 103. Nr. 47. S. A3187-A3192.
- Mumford M. D., Scott G. M., Gaddis B., Strange J. M. (2002) Leading creative people: Orchestrating expertise and relationships. In: *Leadership Quarterly*. Vol. 13. No. 6. üü. 705-750.
- Nickel S., Füllekrug B., Trojan A. (2008) Arbeitszeitgestaltung im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst des Krankenhauses. Herausforderungen, Modelle, Erfahrungen. Rainer Hampp Verlag. München.
- Ostwald D., Ehrhard T., Bruntsch F., Schmidt H., Friedl C. (2010) Fachkräftemangel - Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.). Frankfurt.
- Pryce J., Albertsen K., Nielsen K. (2006) Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital: a mechanism for improving job satisfaction and work-life balance. In: *Journal of nursing management*. Vol. 14. No. 4. pp. 282-288.
- Rasche C., Braun von Reinersdorff A. (2016) Krankenhäuser als Expertenorganisationen. In: Pfannstiel M. A., Rasche C., Mehlich H. (Hrsg.). *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus - Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz*. Springer Verlag. Wiesbaden. S. 1-24.
- Rau C., Möslein K. M, Neyer A.-K. (2016) Playing possum, hide-and-peek, and other behavioral patterns: knowledge boundaries at newly emerging interfaces. In: *R&D Management*. Vol. 46. No. 2. pp. 341-353.
- Reimer C., Jurkat H. B., Vetter A., Raskin K. (2005) Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. In: *Psychotherapeut*, Jg. 50. Nr. 2. S.107-114.
- Renkawitz T., Schuster T., Benditz A., Craiovan B., Grifka J., Lechler P. (2013) Was Medizinstudierende wollen – Einschätzung ärztlicher Stellenanzeigen durch angehende Ärztinnen und Ärzte der Humanmedizin. In: *Gesundheitswesen*. Jg. 75. Nr. 10. S. e149-e155.
- Rosta J. (2007) Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland: Erste Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Jg. 104. Nr. 36. S. 2417-2423.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales (2008) Der Arbeitsort Krankenhaus: familienfreundlich und geschlechtergerecht. Handreichung zur Umsetzung von Chancengleichheit für Medizin, Pflege und Verwaltung. Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hrsg.). Dresden.

Schallmo D. (2017) Design Thinking erfolgreich anwenden. So entwickeln Sie in 7 Phasen kundenorientierte Produkte und Dienstleistungen. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

Schmidt P. (2009) CSR im Zeichen der Employer-Brand. Einfluss und Eignung des Konzeptes der Corporate Social Responsibility für das Employer-Branding in der stakeholder-spezifischen Markenführung. Peter Lang Verlag. Frankfurt.

Schubert P., Bauhüs V. (2013) Studie. Arbeitgeberattraktivität deutscher Krankenhäuser. Im Fokus: Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.

Schubert P., Walke V., Dederichs K. (2015) Studie Arbeitgeberattraktivität deutscher Krankenhäuser Im Fokus: Der ärztliche Dienst und die Geschäftsführung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln.

Schuhmacher F., Geschwill R. (2014) Employer Branding - Human Resources Management für die Unternehmensführung. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

Schüttler J. (2012) Stört der Honorararzt unsere Strukturen? JA!. In: AINS-Anästhesiologie· Intensivmedizin Notfallmedizin· Schmerztherapie. Jg. 47. Nr. 2. S. 118-121.

Simon M., Tackenberg P., Hasselhorn H. M., Kümmerling A., Büscher A., Müller B. H. (2005) Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal (Hrsg.). Wuppertal.

Stotz W., Wedel-Klein A. (2013) Employer Branding. Mit Strategie zum bevorzugten Arbeitgeber. Oldenbourg Verlag. München.

Trost A. (2013) Employer Branding. Arbeitgeber positionieren und präsentieren. Luchterhand Verlag. Köln.

Autorenbiographien

Christian Geißler, Dipl.-Kaufmann, studierte an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Betriebswirtschaftslehre. Seit 2012 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Personalwirtschaft & Business Governance an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Arbeitgeberattraktivität, dem Employer Branding und dem Personalmarketing im Gesundheitswesen.

Jannis Preus, B. Sc., hat Betriebswirtschaftslehre an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie an der Budapest University of Technology and Economics in Ungarn mit gesundheitsökonomischer HR-Ausrichtung im Rahmen seiner Abschlussarbeit studiert. Seit seinem Abschluss im Jahr 2016 an der Universität ist er „Trainee der Geschäftsführung“ bei einem privaten Krankenhauskonzern in Deutschland.

Prof. Dr. Anne-Katrin Neyer ist Inhaberin des Lehrstuhls für Personalwirtschaft und Business Governance an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Ihre Forschungsinteressen liegen insbesondere in der Ausgestaltung von Business Governance und den damit verbundenen Herausforderungen an das Human Resources Management als zentrale Einflussgröße auf die Innovationsfähigkeit von Organisationen.

Autorenanschriften

Christian Geißler. Dipl.-Kfm.
Lehrstuhl für Personalwirtschaft und Business Governance, Juristische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Große Steinstraße 73
06108 Halle

E-Mail: christian.geissler@wiwi.uni-halle.de

Jannis Preus, B. Sc.
Sägemüllerstraße 15
38678 Clausthal-Zellerfeld

E-Mail: jannis.preus@gmx.de

Prof. Dr. Anne-Katrin Neyer
Lehrstuhl für Personalwirtschaft und
Business Governance, Juristische und
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Große Steinstraße 73
06108 Halle

E-Mail: anne-katrin.neyer@wiwi.uni-halle.de

Beitrag aus der Praxis I



Titel

Personalentwicklungskonzept der Pflegezeit Gruppe GmbH

Autoren

Prof. Dr. Ludwig Kuntz (links)

Dr. Desdemona Möller (Mitte)

Dr. Ekhard Popp (rechts)

Einleitung

In wachsenden Pflegeeinrichtungen - bei bestehendem und sich verschärfendem Fachkräftemangel in der Pflege - nehmen Personalentwicklungskonzepte eine zentrale Rolle ein. In ambulanten Pflegeeinrichtungen gelten Mitarbeiter/-innen als wichtigste Ressource, da überwiegend personale Dienstleistungen angeboten werden. Als einer der wichtigsten strategischen Erfolgsfaktoren ist eine hohe Behandlungsqualität anzusehen. Hierfür ist ein gutes Personalentwicklungskonzept unabdingbar, das die Mitarbeiterzufriedenheit fördert und damit eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten kann (Kowalzik 2005, S. 13).

Der vorliegende Beitrag stellt das Personalentwicklungskonzept der Pflegezeit Gruppe dar.

Das betrachtete Unternehmen „Pflegezeit Gruppe“ hat zum Ziel, pflegebedürftigen Menschen eine auf ihre individuelle Situation zugeschnittene Lösung zu bieten, sodass diese nicht ins Pflege- oder Altenheim umziehen müssen (vgl. Pflegezeit 2017). Somit

wird das komplette Spektrum der häuslichen Pflege angeboten: Häusliche Grund- und Behandlungspflege, sowie außerklinische Weaning- und Intensivpflege. Das ambulante Angebot in der eigenen Häuslichkeit der Patienten wird durch Tagespflegeeinrichtungen und Wohngemeinschaften für Intensiv- und Beatmungspatienten abgerundet. Der Schwerpunkt liegt auf der außerklinischen Weaning- und Intensivpflege.

Mit seinen rund 200 Mitarbeiter/-innen an derzeit 12 Standorten und jährlich ca. 200.000 Patienten-Versorgungsstunden, gehört Pflegezeit zu einem der größeren Unternehmen im Markt. Gestartet ist Pflegezeit im Jahr 2007 mit ca. 10 Mitarbeiterinnen durch Übernahme eines etablierten Pflegedienstes. Das Unternehmenswachstum in 10 Jahren konnte nur mit einem stringenten Personalentwicklungskonzept erreicht werden.

Der Grundgedanke des Personalentwicklungskonzepts basiert darauf, dass das, was geleistet wird, allein auf der Arbeit der Mitarbeiter/-innen beruht. Es geht darum, die verantwortungsvollen Aufgaben bestmöglich zu erfüllen sowie eine hohe Behandlungsquali-

tät zu gewährleisten und zugleich eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen. Personalentwicklung wird hier als eine fortwährende Aufgabe angesehen und soll die Lücke zwischen Personalbestand und Personalbedarf über geeignete Maßnahmen schließen bzw. eine Differenz erst gar nicht entstehen lassen (zfm 2017).

Durch die vorausschauende Identifikation von Herausforderungen und Planung von Entwicklungen wird die Möglichkeit geschaffen, Mitarbeiter/-innen im Wege der Förderung, Motivation und Einbeziehung für einen Prozess notwendiger Veränderung fit zu machen und zu halten (Olbert-Bock 2010, S. 71).

Die vier Determinanten, die zum Ziel haben, die Mitarbeiterkompetenzen mit aktuellen und zukünftigen Aufgaben des Unternehmens in Einklang zu bringen, sind in Abbildung 1 dargestellt.

- Um eine nachhaltigkeitsorientierte Personalentwicklung zu implementieren, sind Vorgesetzte und Mitarbeiter/-innen auf allen Ebenen betroffen. Alle leisten ihren Beitrag zur Aufgabenerfüllung des Hauses und tragen zu einer bedarfsgerechten

Personalentwicklung bei (Kirschten 2017, S. 260). Personalentwicklung ist eine Querschnittsaufgabe, an deren Gestaltung und Realisierung die Mitarbeiter/-innen, deren Führungskräfte und die Geschäftsleitung beteiligt sind.

- Personalentwicklung kann nur dann optimal greifen, wenn alle Beschäftigten mit ihren Führungskräften ihrerseits Chancen zur eigenen beruflichen Entwicklung nutzen und ihren Werdegang mitgestalten. Personalentwicklung darf nicht in erster Linie als Dienstleistungsangebot verstanden werden, sondern erfordert vor allem von jedem Einzelnen Engagement, Eigeninitiative und Offenheit für Veränderungen.
- Personalentwicklung als Führungsaufgabe in ihrem umfassenden Sinn ist eine nicht delegierbare Führungsaufgabe der unmittelbaren Vorgesetzten. Führungskräfte kennen ihre Mitarbeiter/-innen und deren Leistungsbereitschaft, Leistungsfähigkeit sowie deren Stärken und Schwächen am besten. Aus diesem Wissen können sie konkrete Empfehlungen für die Verbesserung der aktuellen Aufgabenerfüllung (z. B. durch eine veränderte

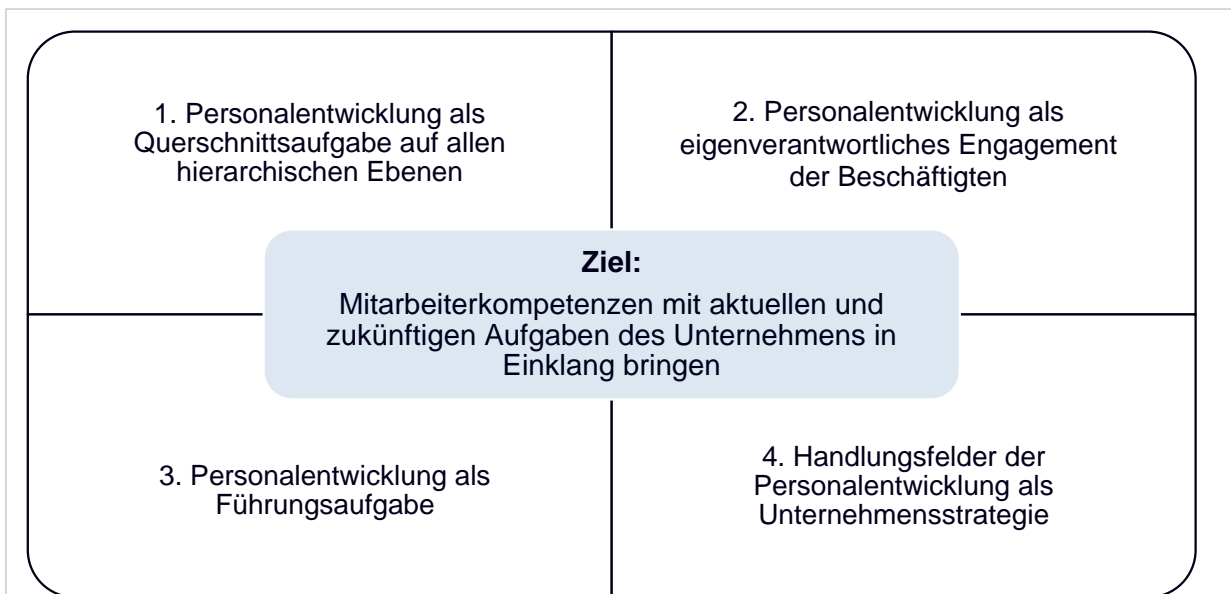


Abb. 1: Determinanten und Ziele des Personalentwicklungskonzepts der Pflegezeit Gruppe. Quelle: Eigene Darstellung (2018).

Aufgabenzuweisung innerhalb der Organisationseinheit) beitragen oder Maßnahmen zur individuellen Fortentwicklung sowie zur Vorbereitung auf künftige Verwendungen (z. B. durch gezielte Fortbildung) ableiten, anregen und umsetzen helfen.

- Um zum Gelingen eines strategierorientierten Personalentwicklungskonzepts beizutragen, müssen die einzelnen Handlungsfelder in die Unternehmensstrategie eingebettet werden und mit regelmäßigen Erfolgskontrollen versehen sein (Olbert-Bock 2010, S. 71). Die einzelnen Handlungsfelder werden als Kernstück des Personalentwicklungskonzepts verstanden und im nachfolgenden Abschnitt detailliert aufgeführt.

Hauptteil

Übergeordnetes Ziel der Pflegezeit Gruppe (Pflegezeit 2017) ist es, eine hohe Behandlungsqualität zu erreichen. Dies ist eng verknüpft mit der Mitarbeiterzufriedenheit (Krü-

ger/ Rapp 2006, S. A320. Um die Mitarbeiterzufriedenheit zu fördern, hat die Pflegezeit Gruppe ein Personalentwicklungskonzept mit 7 Handlungsfeldern entwickelt, die nachfolgend kurz aufgeführt werden (siehe Abb. 2). Die einzelnen Handlungsfelder müssen kontinuierlich den strategischen Anforderungen des Marktes und dem Unternehmensleitbild angepasst werden, wodurch ein ständiger Verbesserungsprozess entsteht (Olbert-Bock 2010, S. 71).

1. Adäquate Formulierung der Anforderungsprofile

Stellenbeschreibungen müssen die Anforderungen des Arbeitsplatzes beschreiben und sind daher Grundlage für alle Maßnahmen der Personalentwicklung, wenn es darum geht, „die richtige Frau und den richtigen Mann an die richtige Stelle“ zu bringen. Sie beschreiben, welche fachlichen Qualifikationen für den Arbeitsplatz erforderlich sind und über welche Kompetenzen die Mitarbeiter/-innen verfügen müssen, um als geeignete Stelleninhaber in Frage zu kommen.

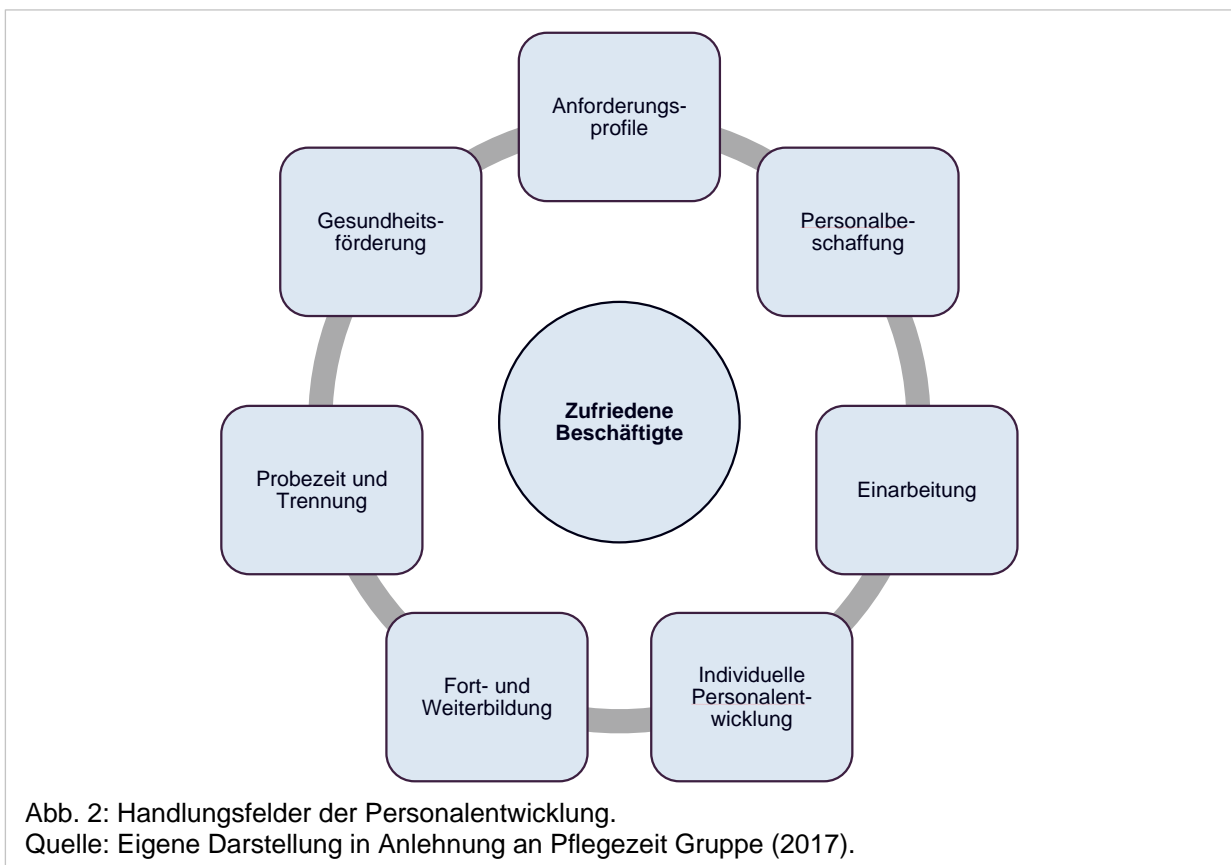


Abb. 2: Handlungsfelder der Personalentwicklung.
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pflegezeit Gruppe (2017).

2. Personalbeschaffung, -bindung und -auswahl

Ziel der Personalbeschaffung ist die Sicherstellung des Bedarfs an Führungskräften und Pflegekräften zur Erfüllung der regulatorischen Anforderungen und zur Versorgung der Patienten. Es werden drei Maßnahmen zur Personalbeschaffung herangezogen:

- Rekrutierung im Inland durch Anzeigenschaltung, Direktansprache und Jobmes- sen
- Rekrutierung im Ausland über lokale Vermittler
- Berücksichtigung von Initiativbewerbun- gen

Ziel der Personalbindung ist die Sicherstel- lung einer hohen Zufriedenheit mit dem Ar- beitgeber und im Ergebnis lange Unterneh- menszugehörigkeit, geringe Fluktuation und geringer Krankenstand. Die Maßnahmen zur Personalbindung sind vielfältig, entspre- chend werden hier nur ausgewählte Beispi- ele aufgeführt. Neben zwischenmenschlichen Aspekten, wie Wertschätzung der Mitarbei- ter/-innen, müssen auch eine zuverlässige Dienstplanung und flexible Arbeitszeiten berücksichtigt werden.

Ziel der Personalauswahl ist die Sicherstel- lung der persönlichen Eignung der neuen Mitarbeiter/-innen. Hierfür müssen Bewerber vollständige Unterlagen einreichen, die vali- diert werden. Ansonsten erfolgen keine Wei- terbearbeitung und kein Bewerbungsges- präch. Das Bewerbungsgespräch erfolgt – sofern ein stabiler Lebenslauf vorliegt - an- hand einer einheitlichen Struktur. Nach ei- nem positiven Gespräch erfolgt eine eintägi- ge Hospitation, gefolgt von einem zweiten Gespräch oder der sofortigen Einstellung.

3. Einarbeitung von Mitarbeiter/Innen

Ziel der Einarbeitung neuer Mitarbeiter/- innen ist die Vermittlung der besonderen Anforderungen bei Pflegezeit an Prozesse, Qualität und den persönlichen Umgang im Unternehmen. Dazu werden strukturierte Einarbeitungs-Checklisten verwendet. Die Einarbeitungs-Checklisten stellen einen Feed-Back-Prozess und diverse Gespräche mit dem Mentor und Führungskräften sicher. Die Einarbeitungszeit bei vorerfahrenen Pflegekräften beträgt 2 Wochen (10 Tage). Die Einarbeitungszeit bei Pflegekräften aus dem Ausland beträgt mindestens 4 Wochen. Je nach Verlauf der Einarbeitung werden die Einarbeitungszeiten individuell angepasst.

4. Individuelle Personalentwicklungspläne und Maßnahmen

Einmal jährlich zum Jahresende führt die Geschäftsführung mit den Führungskräften ein Jahresendgespräch. Ziel der Jahresge- spräche ist die strukturierte Analyse der Per- formance des vergangenen Jahres, die Fest- legung der Jahresziele für das Folgejahr, Definition und Revision des persönlichen Entwicklungspfad und damit verbundenem Förderungsbedarf durch Fort- und Weiterbil- dung.

Maßnahmen sind der Einsatz des Doku- ments „Mitarbeitergespräche“. Unterjährig finden bei Bedarf Gespräche zwischen den Führungskräften und den Mitarbeiter/-innen statt. Dies ergibt sich u. a. aus Feedback von Kunden, Pflegevisiten und Fachbeglei- tungen. Sofern Mitarbeiter/-innen Ge- sprächsbedarf mit ihren Vorgesetzten ha- ben, wird ein Gespräch geführt und mit dem Dokument Mitarbeitergespräch protokolliert.

5. Förderung durch Fort- und Weiterbil- dung

Ziel der Förderung der Mitarbeiter/-innen durch Fort- und Weiterbildung ist die Sicher- stellung der fachlichen Kenntnisse nach dem

aktuellen Stand der Pflege und die persönliche Weiterentwicklung zur Realisierung von Karrierezielen oder Optimierung/ Verbesserung von Schwachstellen.

Fort- und Weiterbildung findet im Rahmen von Dienstbesprechungen und gesonderten Terminen statt. Die Mitarbeiter/-innen sind verpflichtet, an den regelmäßig stattfindenden Dienstbesprechungen teilzunehmen. Individuelle Fort- und Weiterbildungen werden einzelnen Mitarbeiter/-innen angeboten und die Teilnahme vereinbart.

6. Probezeit und Trennung

Während der Probezeit wird durch die Leitungskräfte geprüft, ob Mitarbeiter/-innen die Anforderungen erfüllen. Bei Erfüllung der Anforderungen läuft die Probezeit aus und das Beschäftigungsverhältnis geht automatisch in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis über. Dies wird im Rahmen eines Probezeitgespräches besprochen. Bei Nichterfüllung wird im Probezeitgespräch die Beendigung der Probezeit besprochen, diese erklärt und schriftlich bestätigt.

Persönliches Fehlverhalten wird in Mitarbeitergesprächen besprochen. Bedarfsgerecht werden Ermahnungen oder Abmahnungen ausgesprochen.

Sofern eine weitere Zusammenarbeit für Pflegezeit nicht akzeptabel ist, werden Gespräche zur Trennung geführt. Die Kündigung ist Ultima Ratio, die allerdings ohne Ansehen der Person auszusprechen ist, wenn persönliche oder betriebliche Gründe dies erforderlich machen.

7. Gesundheitsförderung

Die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen ist wichtig für die Stabilität des Unternehmens. Ziel der Gesundheitsförderung bei Pflegezeit ist die individuelle Stärkung der Gesundheitsressourcen und Selbstbestimmung über die Gesundheit zu ermöglichen. Diese Ziel-

setzung orientiert sich am WHO-Konzept der Gesundheitsförderung (WHO 1986).

Schluss teil

Angesichts des aktuellen und sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels in der Pflege werden Personalentwicklungskonzepte immer wichtiger. Diese gelten als maßgeblicher Faktor zur Personalbindung, welche unabdingbar ist, um das Wissen und Können der Mitarbeiter/-innen im Unternehmen zu halten sowie Fluktuationskosten und Fehlzeiten zu reduzieren (Bartscher/ Frick 2009, S. 79). Nur motivierte und zufriedene Mitarbeiter/-innen können sich mit ihrem Unternehmen identifizieren und eine hohe Pflegequalität abliefern. Hierfür muss seitens des Unternehmens eine „wertschätzende Kultur des Förderns und des Forderns“ (Hoffmann 2013, S. 11) aktiv umgesetzt werden.

Für den Erfolg in der Praxis ist die konsequente Umsetzung des Personalentwicklungskonzeptes entscheidend. Das scheint der Pflegezeit Gruppe gelungen zu sein. Das weitere geplante Wachstum des Unternehmens wird allerdings auch eine Weiterentwicklung des Personalentwicklungskonzeptes erfordern. Die zentrale Herausforderung wird es sein, im Ausland angeworbene Pflegefachkräfte in die Arbeitsabläufe zu integrieren und an das Unternehmen zu binden.

Literatur

Bartscher T., Frick J. (2009) Personal binden und entwickeln. In: ProFirma. Jg. 4. S. 76-79.

Farin E., Meixner K., Follert P., Jäckel W.H., Jacob A. (2002) Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des Mi-Zu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. In: Rehabilitation. Jg. 41. Nr. 4. S. 258-267.

Hoffmann W. (2013) Vom Umgang mit Menschen. In: SOZIALwirtschaft. Jg. 23. Nr. 3. S. 10-13.

Kirschten U. (2017) Nachhaltiges Personalmanagement. UVK Verlagsgesellschaft. Konstanz.

Kowalzik U. (2005) Erfolgreiche Personalentwicklung. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover.

Krüger C., Rapp B. (2006) Behandlungsqualität – oberste Priorität. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg.103. Nr. 6. S. A320-A322.

Pflegezeit (2017) Von der Altenpflege bis zur Intensivpflege, Pflegezeit (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.pflegezeit.com/unternehmen.html>. Abrufdatum: 21.11.2017.

Olbert-Bock S. (2010) Baukasten für ein strategisches Personalentwicklungskonzept. In: KMU-Magazin. Nr. 6. August 2010. S. 70-75.

WHO (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. World Health Organization (WHO, Hrsg.). online im Internet. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf. Abrufdatum: 21.11.2017.

zfm (2017): Personalentwicklungskonzepte, Zentrum für Management- und Personalführung (zfm, Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.zfm-bonn.de/leistungen/personalentwicklung/personalentwicklungskonzepte/>. Abrufdatum: 21.11.2017.

Autorenbiografien

Prof. Dr. Ludwig Kuntz war viele Jahre an den Universitätskliniken in Mainz und Hamburg in Führungspositionen tätig. Seit 2002 ist er Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesund-

heitswesen an der Universität zu Köln und Fellow der Universität Cambridge Judge Business School.

Dr. Desdemona Möller studierte Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Im Anschluss promovierte Sie (2009) am Seminar für ABWL und Management im Gesundheitswesen der Universität zu Köln, wo Sie nach wie vor als akademische Rätin tätig ist.

Dr. Ekhard Popp war viele Jahre bei der Top-Managementberatung A.T.Kearney mit den Schwerpunkten Gesundheitswesen & Sanierungsmanagement tätig. Davor war er sowohl als Gründer & Vorstand bei der advista AG, einer Unternehmensberatung mit dem Schwerpunkt Sanierung & Strategie, als auch bei der Schitag, Ernest & Young Unternehmensberatung tätig. Dr. Popp ist Dipl. Kfm. und studierte an den Universitäten in Heidelberg & Göttingen BWL. Dort promovierte er auch im Versicherungswesen zum Thema Managed Care. Seit 2002 ist Dr. Popp an der Kölner Universität im Team von Prof. Dr. Ludwig Kuntz als Lehrbeauftragter tätig.

Autorenanschriften

Prof. Dr. Ludwig Kuntz
Universität zu Köln
Seminar für ABWL und Management im Gesundheitswesen
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln

E-Mail: kuntz@wiso.uni-koeln.de

Dr. Desdemona Möller
Universität zu Köln
Seminar für ABWL und Management im Gesundheitswesen
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln

E-Mail: d.moeller@wiso.uni-koeln.de

Dr. Ekhard Popp
Pflegezeit Gruppe GmbH
Breite Straße 9
55121 Mainz

E-Mail: Ekhard.Popp@pflegezeit.com

Beitrag aus der Wissenschaft III



Titel

Strategische (Unternehmens-)Planung in Expertenorganisationen des Gesundheitswesens

Autor

Dr. Dr. Horst J. Koch

Einleitung

Bis in die 1960er dominierten in vielen Unternehmen Ad-hoc-Entscheidungen des Managements, ohne Folgen und Konsequenzen ausreichend bedacht zu haben. Eine strategische Planung spielt Szenarien durch und wird mit taktischen bzw. operativen Elementen für kurzfristige Planungen ergänzt. Nach einem „Planungshype“ in den 1960er und 1970er Jahren ist durch die Methodenvielfalt ein Planungsrealismus eingekehrt, der vorausschauend mit ausreichender Information und intrinsischer Flexibilität die Entwicklung von Unternehmen innovativ begleitet. Strategische Planung wirkt ökonomisch präventiv im Gesundheitswesen, auch wenn es sich nicht um ideale Märkte in strengem Sinn handelt. Strategische Planung hilft, Entscheidungen im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens und damit zum Wohl der Angestellten und Klienten zu treffen.

Begriffserklärung „Planung“

Der Strategie (Strategos) war im alten Griechenland ein – im Normalfall – für ein Jahr gewählter Heerführer und entspräche heute etwa dem Generalsrang (Bleicken 2008). Noch heute ist dieser Begriff in den griechi-

schen Streitkräften üblich. Der bekannteste Strategie dürfte Perikles gewesen sein, der auf Grund seiner Weitsicht dieses Amt 7 Jahre ausübte. Die Etymologie des Begriffes „Plan“ geht auf den lateinischen Begriff *plan-* (für Fußsohle) zurück, später im Sinne von Abriss oder Entwurf verwendet, wobei die Assoziation mit der Ebene oder Fläche offensichtlich scheint (Kluge 1975). Es handelt sich etymologisch also um eine verantwortungsvolle, vorausschauende (imaginative) geistige Tätigkeit und gehört neurobiologisch gesehen zu den höchsten integrierenden neuronalen Funktionen – häufig als exekutiv tituliert, die die Evolution hervorgebracht hat. Anatomisch ist diese exekutive Fertigkeit in frontalen und fronto-subkortikalen Strukturen, also den jüngsten zerebralen Anteilen, verankert (Bellebaum/Thoma/ Daum 2012). Der Begriff strategische Planung („Account Planning“) entwickelte sich in den 1950er Jahren, als das rasante wirtschaftliche Wachstum und der technologische Fortschritt zur prospektiven Analyse und langfristigem Denken veranlassten.

Zeitliche Dimensionen der Planung und Ethik

Was die strategische Planung so anspruchsvoll macht, ist die langfristige 5 bis 10

Jahre in die Zukunft schauende Entwicklung, die auf einer normativen Vision (z. B. „Betriebsverfassung“) aufbaut und auf der Basis aktueller Daten und Erkenntnisse richtungsweisende Entscheidungen begründet (Schöneberger 2005; Hutter 2006). Wohin – auf welches Ziel zu – soll sich das Unternehmen oder Krankenhaus entwickeln und womit kann es auch in 10 Jahren noch seinen Gewinn erwirtschaften? Sie ist per se die Aufgabe des Top-Managements und tangiert den Alltag im Betrieb wenig.

Mittelfristige Planungen („taktisch“) zielen auf einen Zeitraum von 2 bis 5 Jahren ab und betreffen mehr die mittlere Führungsebene. Hier werden schon konkreter Produktlinien oder die Optimierung von Marketingstrategien festgelegt, wobei die Mitarbeiter der Firma durch die begleitende Personalentwicklung schon eher tangiert werden.

Die operative Planung kümmert sich konkret um Logistik, Leistungsvorgaben und wird von der unteren Führungsebene – z. T. auch nach Rücksprache mit höheren Führungsebenen z. B. Anschaffung von Maschinen und Geräten – verantwortet. Hier stehen das Alltagsgeschäft und die reibungslose, möglichst verlustminimierte Produktion im Vordergrund.

Für das Management steigt das Risiko von Fehlentscheidungen, je weiter in die Zukunft geplant wird; damit nimmt auch die Verantwortung des Managements zu. Diese kann nicht delegiert werden; umso gründlicher müssen diese Entscheidungen vorbereitet werden und sowohl im Hinblick auf die persönliche Verantwortung als auch im Hinblick auf die soziale und wirtschaftliche Verantwortung sich durch Transparenz auszeichnen (Weber et al. 2014). Sie müssen den operativ Tätigen prae hoc und nicht post hoc vermittelt werden inklusive der damit verbundenen Belastungen oder Umstrukturierungen.

Problemfeld: künftige Entwicklungen

Es ist unmöglich, das wirtschaftliche Wachstum, das Verhalten der Konkurrenten oder Kunden, die legislativen Bedingungen, die Umweltauforderungen, den Arbeitsmarkt 5 oder 10 Jahre vorherzusagen. Allenfalls lässt sich ein gewisser Korridor mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit vorhersagen, der zu erwarten ist, wenn keine großen Katastrophen eintreten. Diese Erkenntnis impliziert per se eine gewisse Flexibilität in Bezug auf Veränderungen, welche jeder Planung eigen sein sollte. Mit dem Wissen von heute können künftige Ereignisse mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (z. B. Wetterbericht) betrachtet werden, z. T. auch basierend auf Erfahrungen der Vergangenheit. Ist ein technologisches Prinzip erst einmal realisiert, leiten sich davon fast zwangsläufig weitere Entwicklungen ab und damit verbunden auch der Niedergang alter Technologien (Beispiele: Floppy Disk oder Schweizer Uhren nach Erfindung der Digitaluhr, im Moment verdrängen Generika das Originalpräparat Viagra). Wichtig ist also, das aktuelle Wissen so aufzubereiten, dass entsprechende Aussagen über möglichen Verlauf gewagt werden können und somit auf Dauer die Arbeitsplätze, den Marktanteil und damit den Gewinn des Unternehmens zu sichern und wirtschaftliche Risiken abzuschätzen.

Methodenübersicht der Strategischen Planung

In der Literatur werden zahlreiche Instrumente zum Thema „Strategische Planung“ genannt, wobei sich Controlling, Managementsysteme und die strategische Planung teilweise überschneiden. Einige wichtige Methoden, die in der Praxis eingesetzt werden, sind in der nachfolgenden Tabelle 1 zusammengestellt (Eggert 2013, Kreikebaum 1997 und Schulz 2016).

Methoden	Schlüsselwort Charakterisierung
Boston Consulting Group (Boston I Portfolio)	Kreuztabelle von Marktwachstum vs. Marktanteil (Produktzyklus: Baby, Star, Cashcow, Poor dog)
9-Felder-Portfolio (McKinsey)	Mehrfeldertafel von Marktattraktivität vs. Wettbewerbsvorteil (Kategorien Abschöpfen, Auswählen, Expansion)
Technologie Portfolio (TFP) nach Pfeiffer	Attraktivität neuer Technologien vs. Ressourcenstärke (jeweils Grad 0-4)
Strategische Kontrolle	Durchführungs- und Voraussetzungenkontrolle (Prämissen) in Verlauf
Erfahrungskurven-Analyse	Exponentieller Zusammenhang zwischen Lernkurve und Produktionskosten im Unternehmen
Produkt-Lebenszyklus-Analyse	Lebenszyklus: Einführung, Wachstum, Reife, Sättigung, Degeneration
PIMS – Konzept (Profit Impact of Market Strategies)	Gewinnauswirkung von Marktstrategien: Investitionsintensität eher negativ, Rel. Marktanteil und Qualität eher positiv
Branchenstruktur-Analyse (5-Kräfte-Modell nach Porter)	5 Kräfte: Rivalität, neue Anbieter, Lieferantenstärke, Kundenstärke, Ersatzprodukte
Kosten-Nutzen-Analyse	Vergleichende Bewertung von Objekten und Handlungsalternativen auf der Grundlage abdiskontierter Erträge für den aktuellen Zeitpunkt
Konkurrenz-Analyse	Vergleich mit Marktführer und Konkurrenten
Potenzial-Analyse / Stärken-Schwächen-Analyse	Einordnung eigener Stärken und Schwächen im Vergleich zu Konkurrenten, Stärke-Schwäche-Profil (Merkmale vs. Ausprägung)
Produkt-Markt-Matrix nach Ansoff (Z-Matrix)	Vierfelder-Matrix: Bestehender/ neuer Markt vs. bestehendes/neues Produkt: 4 Kategorien: Marktdurchdringung, Produktentwicklung, Marktentwicklung, Diversifikation
Szenario-Analyse(-Technik)	Analyse künftiger Entwicklungen als Folge von potenziellen Ereignissen in einem Szenariensfeld unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren
GAP-Analyse (Lücken-Analyse)	Gegenüberstellung von Sollvorgaben und prognostizierter Unternehmensentwicklung
SWOT-Analyse (extern: strength-weakness; intern: opportunity-threat)	Kreuztabellenanalyse von internen und externen Faktoren
Unternehmenssituations-Analyse	Stärken, Schwächen, historische Vergleiche, Konkurrenten
Umwelt-Analyse	Gesetzliche, ökonomische, ökologische, soziokulturelle Vorgaben
Balanced Score Card	Finanzen, Kunden, Prozesse und Mitarbeiter → Gesamtbewertung
Benchmarking	Prozessvergleich nach Qualität und Quantität (intern oder extern: vertikal, horizontal, intersektoral)
Shareholder Value	Bewertung via Cashflow (Cashflow=Einzahlung - Auszahlung)
Target Costing	Kosten der Produktentwicklung auf der Basis retrograder Analyse („Was darf es kosten“)
Kurzfristige Erfolgsrechnung	Unterjähriger Vergleich der Kosten und Leistungen (Betriebsergebnis)
Prozesskosten-Management	Ermittlung von Kostentreibern (korrekte Zuordnung von Gemeinkosten)
Qualitätsmanagement	Ziel: optimierte Produktqualität

Tab. 1: Wichtige Methoden der Strategischen Planung.

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Eggert (2014), Gabler Kompaktlexikon Wirtschaft (2013), Gabler Wirtschaftslexikon (2014), Schawel und Billing (2014) und Schöneberger (2005).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang nicht nur die zeitliche Dimension (5 bis 10 Jahre), vielmehr spielen auch Faktoren wie Genauigkeit und Inhalt eine wichtige Rolle (Amely und Krickhahn 2015). Die strategische Planung wird von der obersten Führungsebene

vorwiegend im Top-Down-Verfahren initiiert, wobei selbstverständlich auch Informationen von unten nach oben fließen sollen und die Praktikabilität anzupassen ist („Gegenstromprinzip“). Das gesamte Unternehmen ist betroffen, die Genauigkeit ist gering und die

Ressourcen (intern)	Branchenumwelt (extern)	
Merkmale	Opportunities (O)	Threats (T)
Strength (S)	Nutzbare Stärken?	Protektive Stärken?
Weakness (W)	Chancenminimierende Schwächen?	Risikogenerierende Schwächen?

Tab. 2: Prinzip der SWOT-Analyse.
Quelle: In Anlehnung an Mintzberg (1994).

Struktur ist sehr komplex, kaum mit operativen Details vergleichbar. Selbstverständlich hat die strategische Planung realistisch, möglichst vollständig, in sich konsistent und nachvollziehbar zu sein. Wichtig ist gerade bei langfristiger Planung, sich ebenso über Alternativen Gedanken zu machen (Flexibilität oder „Plan B“), sollte sich das Konzept nicht umsetzen lassen. Um den Stand der Dinge zu prüfen, ob sich das Unternehmen auf die Planziele zubewegt, sind regelmäßige vergleichende Kontrollen notwendig. Werden diese Faktoren nicht beachtet, kann das Unternehmen schnell in eine dramatisch wirtschaftliche Schieflage geraten. Die strategische Planung ist also ein dynamischer Prozess, in diesen Prozess sind repetitive Abgleiche mit der Realität systemimmanent verankert. Die Geschäftsfelder und deren Ziele („Geschäftsfeldanalyse“) sind möglichst genau zu definieren und mit den jeweiligen Umfeld- oder Umweltfaktoren abzustimmen. Hier haben Schwächen und Stärken, Kundenwünsche, Konkurrenten, Lieferanten und Wettbewerbssituation (Ökonomie) des Geschäftsfeldes, neue Technologien, Gesetze/Politik, Qualifikation der Mitarbeiter, Ökologie etc. eine zentrale Bedeutung. Das Modell wurde um den Faktor Rückkopplung ergänzt, da es sich nicht im kybernetischen Sinn um eine Steuerung („es geht nur in eine Richtung“), sondern eher um einen Regelkreis handelt.

Beschreibung ausgewählter Methoden der strategischen Planung

Die SWOT-Analyse basiert auf folgender Matrix (siehe Tabelle 2).

Die interne Analyse beurteilt die wirtschaftliche Robustheit des Unternehmens, auf äußere Gegebenheiten oder Ereignisse zu reagieren, vergleichbar einer gedämpften Schwingung. Das System Unternehmen soll zu seinem Ausgangspunkt zurückkehren, egal welche Faktoren (s.o. Konkurrenz, Gesetze, neue Technologien etc.) auf dieses einwirken und „gesund“ (nicht überhitzt) mit ausreichender Innovation und Finanzkraft wachsen. Die externe Analyse befasst sich nun mit den peristatischen Chancen und Risiken (Politik, Gesetze, Patente, Ökologie, Haftung oder konkret z. B. Energiewende). Die Entscheidung, aus der Atomenergie auszusteigen, belegt, wie politische Entscheidungen die wirtschaftliche Entwicklung von Unternehmen der Energiebranche negativ beeinflussen können.

Branchenstruktur-Analyse

Die Branchenstruktur-Analyse nach Porter (Schawel und Billing 2014) teilt die Branchenumwelt in Porters 5 Kräfte ein (siehe auch Tabelle 1, Porter 2008):

- Potentielle Wettbewerber (Konkurrenten)
- Marktmacht der Lieferanten
- Marktmacht der Abnehmer (Kunden)
- Innovative Ersatzprodukte
- Rivalität in der Branche

Merkmale	Bestehende Produkte	Neue Produkte
Bestehende Märkte	Marktdurchdringung	Produktentwicklung
Neue Märkte	Marktentwicklung	Diversifikation

Tab. 3: Produkt-Markt-Matrix nach Ansoff.
Quelle: Gabler Wirtschaftslexikon (2014).

Wichtig ist, dass die Analyse auf Branchen bezogen ist. Die einzelnen Komponenten können miteinander logisch verbunden werden. Schließen sich Lieferanten zusammen, gewinnen sie an Verhandlungsmacht, der reziproke Effekt gilt, wenn Unternehmen kooperieren oder der Machteinfluss hoch ist (Auto-Industrie). Kunden können ein Produkt vorziehen und oder boykottieren (z. B. „Buy British“, „Made in Germany“) und somit ein Produkt u. U. vom Markt nehmen (z. B. Wartburg, Trabant). Gehen Wettbewerber harsch vor, z. B. mit Dumpingpreisen (chinesische subventionierte Solarbranche), kann das ein Unternehmen die Existenz kosten. Neue Anbieter (Grundig und Japanische Unterhaltungselektronik-Hersteller) können das gesamte Kaufverhalten verändern und die Selbstständigkeit eines Unternehmens mit sehr guten Produkten zur Folge haben. Rivalität (u. a. Kampf um Marktanteile) kann selbst innovative Unternehmen binnen weniger Jahre auflösen (z. B. Byk-Gulden Lomberg Pantoprazol, Theophyllin, Urapidil; Altana – Nycomed – Takeda). Hiermit verbunden ist zwangsläufig ein Verlust an „gesunder“ Innovation, die Konzentration auf – z. T. medizinisch wenig hilfreiche – „Blockbuster“. Im Grunde kann das Porter-Modell als zwingende Daueraufgabe des Topmanagements gesehen werden, denn wer zu spät reagiert, den bestraft bekanntlich das Leben oder die Konkurrenz.

Lebenszyklus-Analyse

Der Lebenszyklus eines Unternehmens ist zwar nicht spezifisch für die strategische Planung entwickelt worden, ihn aber im exekutiven Prozess zu vernachlässigen wäre

töricht. Es sollte einem bekannt sein, wie sich ein Produkt in der Zukunft (in der Regel) entwickelt. Es gibt durchaus Produkte, die immer gebraucht werden (z. B. Kartoffeln für Chips) und die kaum vom Markt verschwinden. Hinzugefügt sei, dass auch Unternehmen einem bestimmten Zyklus unterworfen sind, was ein Manager im Hinterkopf behalten sollte. Die Schallplatte, die bis zur Entwicklung der CD unangefochten der Tonträger Nummer eins war, ist hierfür ein Beispiel. Zwar gibt es m. W. noch wenige Firmen, die für nostalgisch Gesinnte Schallplatten pressen, aber wirkliche Marktmacht erlangen sie nicht mehr – was übrigens auch für die Produzenten CDs als Folge des Internets gelten wird.

Portfolio-Techniken

Es gibt einige Methoden, die analog zur SWOT-Analyse via Kreuztabellen funktionieren. Kurz vorgestellt sei die Produkt-Markt-Matrix nach Ansoff (1965), die mittlerweile in leicht abgewandelter Form zum Standardrepertoire der strategischen Planung gehört. Ausgegangen wird von einer vier Produkt-Markt-Kombinationen (siehe Tabelle 3):

Die verschiedenen Kombinationen der Kreuztabelle bringen unterschiedliche Erfordernisse mit sich. Gibt es ein Produkt und einen Markt, dann muss das Produkt auf dem Markt (z. B. mit Marketing) positioniert werden. Falls das Unternehmen ins Ausland geht (Erweiterung), dann ist das Risiko einer Positionierung höher. Noch mehr Risikobereitschaft erfordert die Diversifikation. Hier wird quasi bei null angefangen. Manchmal geht das nicht anders, u. a. wenn ein gänzlich neues Produkt (Anti-sense-Therapie in

Merkmal/Achse	Relativer Marktanteil	
	Niedrig	Hoch
Hoch	Question Marks	Stars
Niedrig	Poor dogs	Cash Cows

Tab. 4: Marktwachstum / Marktanteils-Matrix.
Quelle: Müller-Stewens (2017).

der Onkologie) inauguriert werden soll. Dann braucht es einen langen Atem, Sponsoren, Mäzene usw., einfach Personen die an das Projekt glauben, sofern keine Möglichkeit einer Querfinanzierung besteht.

Ähnlich wie das Ansoff-Modell ist die Marktwachstums-Marktanteils-Matrix (Boston-I-Portfolio) aufgebaut. Hier besteht eine Assoziationsmatrix mit den Merkmalsausprägungen Marktwachstum und Marktanteil. Das Prinzip ist in Tabelle 4 wiedergegeben.

Kurze kritische Wertung und mögliche Auswege

Die Vorhersage eines Verlaufs auf der Basis retrograder Werte (Box und Jenkins 1976) wird im Verlauf unsicherer, d. h. die Vorhersagewahrscheinlichkeit für ein bestimmtes Ereignis wird unschärfer. Man könnte z. B. den Cashflow oder eine andere Variable (zumindest rangskaliert) auf die Y-Achse und die Zeit auf die X-Achse auftragen und erhält dann einen Hinweis auf die wirtschaftlichen Zyklen, die kommen könnten (innerhalb der Prädiktionsintervalle).

Bei fast allen Verfahren – auch der Zielformulierung – spielt die subjektive Einschätzung des Managements eine manchmal fatale Rolle. Bei der Interpretation entstehen die ersten Unsicherheiten, die den Plan bei Fehleinschätzung der Entwicklung („alle Atomkraftwerke vom Netz“ als Folge einer politischen Entscheidung) komplett nutzlos machen können. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung vom monistischen zum dualistischen System Anfang der 1970er

Jahre machte die Krankenhäuser von der Bereitschaft der Länder, die Investitionskosten zu tragen, abhängig. Die vom Gesetzgeber seit 2004 vorgegebene Finanzierung der Kliniken über Fallpauschalen durch den Gesetzgeber führte zu gänzlich veränderten Zielvorgaben und Finanzierungskonzepten im Vergleich zu den zuvor verhandelbaren Tagespflegesätzen. Ein Beispiel aus der Pharmabranche zeigt: Solange keine gravierende Nebenwirkung auftritt, lässt sich gut planen. Kommt es aber zu Nebenwirkungen (Neuroleptikum Sertindol und QT-Zeit), dann ist die Marktrücknahme nicht zu vermeiden. Man kann also nie sicher sein, dass morgen die Sonne aufgeht, sie tut es eben nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (Anmerkung: historisch geht das „Sunrise Problem“ auf Laplace zurück, zitiert nach Chung und AitSahlia 2003). Seltene Ereignisse treten erst bei hohen Zahlen auf – konkret, wenn viele Patienten mit einem Medikament behandelt wurden, so dass das Risiko des Scheiterns wie ein Damoklesschwert über neuen pharmazeutischen Entwicklungen schwebt.

Das Management muss also einen Plan B in der Schublade haben und sich immer im Klaren sein, dass die Entscheidungsfindung mit Imponderabilitäten behaftet ist und das Konzept ständig überprüft („Controlling“) werden sollte. Auch die Trennung in einzelne Teilpläne, die besser zu überblicken sind, kann mehr Sicherheit generieren.

Die potenzielle wirtschaftliche Entwicklung lässt sich auch durch die Gesetzmäßigkeiten eines Regelkreises, wie in der Biologie oder Technik üblich, beschreiben. Vielleicht wäre

ein biokybernetisches Modell geeignet (Röhler 1973). Der Grundgedanke der kybernetischen Modelle ist, dass lange zurückliegende Veränderungen weniger Einfluss auf die anstehende Vorgänge haben als solche jüngeren Datums. Damit stünden Vorhersagen – das gilt für Nachrichtentechnik, Biologie, Nervensystem und vielleicht wirtschaftliche Regelkreise etc. – auf einem festeren Fundament. Wenn $Y(tr)$ die Veränderung des Zielparameters (Fallzahlkorridor) ist, $X(t)$ eine mögliche Störung (Fallzahlminderung), t die Zeit [wir beginnen bei $t=0$ und betrachten die Ereignisse bis $t=tr$, der vergangenen Zeit seit $t=0$], dann gilt:

$$Y(tr) = \int_{t=0}^{tr} x(t) * h(tr - t)$$

Der Term $h(tr-t)$ ist ein Gewichtungsfaktor. Der Einfluss von äußeren Faktoren nimmt ab, wenn der Abstand ($tr-t$) zwischen Einfluss und Effekt groß wird. Im Grunde wird der Gedanke der Gewichtung eines Aspektes schon in der Entscheidungstheorie weitergeführt und operationalisiert. Wird z. B. der Gewinn ($x(t)$) in seinem Verlauf betrachtet, dann wäre ein Faktor Marktanteil (h) bei einem einfachen linearen Modell aktuell mit 1, vor 1 Jahr mit 0,5, vor 2 Jahren mit 0,25 usw. zu gewichten.

Es gibt selbstverständlich auch die „positive Katastrophe“. Ein neuer Chefarzt kann mit seinem Elan die Wirtschaftlichkeit schlagartig verbessern. Mittlerweile erleben bspw. Schallplattenfirmen ein Revival, die diese Tonträger in alle Welt exportiert haben (Einzelfall als Ergebnis einer Liebhaberei). Aus einem Poor Dog kann also – zumindest lokal – wieder ein Blockbuster (Star) werden. Wohl dem, der in einigen Jahren noch über Geräte verfügt, mit denen CDs, Floppy Disks o. ä. eingelesen werden können.

Fazit

Strategisches Planen wird eine wirtschaftliche Herausforderung bleiben, gerade im Gesundheitswesen, weil diese Branche von zyklischen politischen Entscheidungen als Folge von Wahlen abhängt wie kaum eine andere Branche. Langfristige Strategien brauchen eine fundierte Basis, um Arbeitsplätze auf Dauer zu sichern und eine gute stationäre Behandlung zu gewährleisten. Das Management kann auf vielfältige und gut begründete ökonomische Modelle zurückgreifen.

Literatur

Amely T., Krickhahn T. (2015) *BWL für Dummies*. Wiley VCH Publishing. Weinheim.

Ansoff H. I. (1965) *Checklist for competitive and competence profiles*. Corporate Strategy. McGraw Hill Publishing. New York.

Bellebaum C., Thoma P., Daum I. (2012) *Neuropsychologie – Lehrbuch Basiswissen Psychologie*. VS Verlag. Wiesbaden.

Bleicken J. (2008) *Die Verfassung der Römischen Republik*. 8. Aufl.. UTB Verlag. Stuttgart.

Box G. E. P., Jenkins G. M. (1976) *Time series analysis – forecasting and control*. Holden-Day Publishing. San Francisco.

Chung K. L., AitSahlia F. (2003) *Elementary probability theory: with stochastic processes and an introduction to mathematical finance*. Springer Verlag. Heidelberg.

Eggert W. (2014) *Gabler Wirtschaftslexikon*. 18. Aufl.. Gabler Verlag. Springer Fachmedien Wiesbaden. Wiesbaden.

Eggert W. (2013) Gabler Wirtschaftslexikon. 17. Aufl.. Gabler Verlag. Springer Fachmedien Wiesbaden. Wiesbaden.

Gabler Wirtschaftslexikon (2016) Strategische Planung. Gabler (Hrsg.). online im Internet. URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/strategische-planung.html>. Abrufdatum: 16.01.2017.

Gabler Wirtschaftslexikon (2014) Gabler Wirtschaftslexikon. 18. Aufl.. 6 Bände. Winter E. (Hrsg.). Gabler Verlag. Springer Fachmedien Wiesbaden. Wiesbaden.

Gabler Kompaktlexikon Wirtschaft (2013). Gabler Kompaktlexikon Wirtschaft. Pieckenbrock D. (Hrsg.). 11. Aufl.. Gabler Verlag. Springer Fachmedien Wiesbaden. Wiesbaden.

Hutter G. (2006) Strategische Planung. Ein wiederentdeckter Planungsansatz zur Bestandsentwicklung von Städten. in: Raum-Planung. Heft-Nr. 128. S. 210-214. https://www.researchgate.net/publication/292760145_Strategische_Planung_Ein_wiederentdeckter_Planungsansatz_zur_Bestandentwicklung_von_Stadten. Abrufdatum 01.01.2017.

Kluge F. (1975) Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. De Gruyter Verlag. Berlin.

Kreikebaum H. (1997) Strategische Unternehmensplanung. 6. Aufl.. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Mintzberg H. (1994) The rise and fall of strategic planning. The Free Press. New York.

Müller-Stewens G. (2017) Strategische Planung. Gabler Verlag (Hrsg.). online im Internet. URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/strategische-planung.html>. Abrufdatum: 16.01.2017.

Porter M. (2008) The five competitive forces that shape strategy. in: Harvard Business Review. Vol. 86. No. 1. pp. 78-93.

Röhler R. (1973) Biologische Kybernetik. Teubner Studienbücher Biologie. Teubner Verlag. Stuttgart.

Schawel C., Billing F. (2014) Top 100 Management Tools: Das wichtigste Buch eines Managers von ABC-Analyse bis Zielvereinbarung. 5. Aufl.. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Schöneberger M. (2005) Strategisches Management im Krankenhaus. in: Schweizerische Ärztezeitung 86. Nr. 9. S. 562-573.

Schulz J. (2016) Aufgaben der strategischen Unternehmensplanung. FB Wirtschaft. FH Brandenburg (Hrsg.). Brandenburg an der Havel. online im Internet, URL: <https://www.controllingportal.de/upload/iblock/k/ad8/c69132e6574b17710022d1fe5495a93a.pdf>, Abrufdatum: 08.05.2017.

Weber W., Kabst R., Baum M. (2014) Einführung in die Betriebswirtschaftslehre. Strategische Planung. Springer Verlag. Heidelberg.

Autorenbiografie

Dr. Dr. Horst J. Koch hat in Mainz bis 1986 Medizin und Zoologie studiert. Nach dem Studium folgte zunächst eine Facharztausbildung in Klinischer Pharmakologie (Byk Gulden, Konstanz) und danach in den Fächern Psychiatrie und Psychiatrie sowie Neurologie und Klinische Geriatrie (Universitätsklinik Regensburg). 2007 wurde Dr. Koch zum Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Aue berufen. Seit 2015 leitet er die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau. Neben seiner klinischen Tätigkeit befasst sich Dr. Koch wissenschaftlich mit Aspekten der Patientenversorgung und der

Behandlungsqualität sowie klinischen Fragestellungen.

Autorenanschrift

Dr. Horst J. Koch
Heinrich-Braun-Klinikum
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Karl-Keil-Straße 35
08060 Zwickau

E-Mail: horst.koch@hbk-zwickau.de

Beitrag aus der Praxis II



Titel

Wandlungspotenzial im Krankenhaus – Reflexion von Change-Prozessen

Autoren

Prof. Dr. Karin Scharfenorth (links)

Prof. Dr. Johanne Pundt (rechts)

Einleitung

Dieser Aufsatz beschäftigt sich mit den Projekterkenntnissen zu Veränderungsprozessen, die in acht Krankenhäusern im Rahmen eines öffentlichen Fördervorhabens zusammengetragen werden konnten. Der inhaltliche Schwerpunkt lag in der Neuausrichtung der Personalarbeit von Gender und Diversity. Die Vorgehensweise des Projekts war durch eine anfängliche Potenzialanalyse und die Entwicklung daraus abgeleiteter Maßnahmen der Organisationsentwicklung für alle Krankenhäuser grob vorstrukturiert, richtete sich im einzelnen Haus jedoch nach den spezifischen Zielen und Bedingungen. Die acht Krankenhäuser haben alle Projektphasen oder nur Teile davon durchgeführt. Insgesamt wurden 14 einzelne Maßnahmen der Organisationsentwicklung bearbeitet. Die Begleitprozesse dieser Maßnahmen bieten die Basis für diesen Beitrag.

Im Fokus stehen dabei die Wege und Prozesse zur Veränderung und weniger die erreichten Ergebnisse. Förderliche und hemmende Faktoren auf dem Weg zum Ziel werden vor dem Hintergrund theoretischer Ansätze der Organisationsentwicklung re-

flektiert. Dabei wird im Folgenden dargestellt, wie gut Krankenhäuser für geplante Wandlungsprozesse vorbereitet sind. Das Projekt hatte in diesem Zusammenhang nicht das Ziel quantitativ verwertbare Evidenz zu erbringen, hat aber gehaltvolle Fallstudien ermöglicht, die dazu dienen können, die Besonderheiten von „Change“ im Krankenhaus zu präzisieren. Zunächst wird der theoretische Rahmen vorgestellt, auf den sich die Analyse der Fallstudien bezieht. Dieser Teil fokussiert auf die Voraussetzungen geplanter Veränderungen in Organisationen. Im Anschluss daran werden die Veränderungsprozesse in den Krankenhäusern mit Hilfe der theoretisch abgeleiteten Kriterien untersucht. Der Aufsatz mündet schließlich in Schlussfolgerungen über das Organisationsentwicklungspotenzial von Krankenhäusern. Dabei wird vertreten, dass die Rolle engagierter „Kümmerer“ von besonderer Bedeutung für erfolgreiche Veränderungsprozesse ist. Es wird angeregt, eine breitere und tiefergehende Untersuchung von „Change“ im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der „Kümmerinnen“ durchzuführen, um das Veränderungspotenzial der Krankenhausbranche zu stärken.

Theoretischer Rahmen

Die Theorie der Organisationsentwicklung beschreibt im Rahmen des „3-W-Modells“ drei Voraussetzungen für Veränderungen, nämlich Wandlungsbedarf, Wandlungsbereitschaft und Wandlungsfähigkeit (Krüger, 2009, S. 27 ff.). Sind die genannten Voraussetzungen erfüllt, so funktionieren die Veränderungsprozesse, führen zu verbesserter Wirtschaftlichkeit, Leistungsqualität und Humanität. Die erzielten Veränderungen finden Akzeptanz bei den Interessensgruppen der Organisation. Das Unternehmen erfindet sich im Austausch mit seiner Umwelt neu und gibt schlüssige Antworten auf neue Herausforderungen.

Selbstverständlich liegt hiermit ein idealtypisches Bild einer gelingenden Organisationsentwicklung vor, das die Organisation anstreben, aber kaum vollständig erreichen kann. Nichtsdestotrotz bieten die Dimensionen Wandlungsbedarf, Wandlungsbereitschaft und Wandlungsfähigkeit einen geeigneten Analyserahmen, um Organisationsentwicklungsprozesse zu bewerten. Zu diesem Zweck werden die drei Dimensionen näher konkretisiert.

Wandlungsbedarf als Voraussetzung erfolgreicher Organisationsentwicklung

Auf den ersten Blick scheint die Frage nach dem Wandlungsbedarf schnell beantwortet zu sein. Entweder es gibt interne oder externe Impulse, die Veränderungen an den Strukturen, Prozessen und der Kultur einer Organisation erforderlich machen oder es gibt sie nicht. Sicherlich würde niemand bezweifeln, dass z. B. die Einführung der Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung Quelle vielfältiger Erneuerungsmaßnahmen in den deutschen Krankenhäusern war und bis heute ist (Roeder/ Volkert 2014, S. 62 ff.). Aber warum gibt es dann keine eindeutigen Bedarfsbestimmungen, sondern höchst unterschiedliche Wege, wie Organisationen mit einer neuen Herausforderung umgehen,

sei es eine alternde Belegschaft oder die gewachsene Bedeutung des Qualitätsmanagements? Auch Umfang und Geschwindigkeit von Veränderungsprozessen prägen sich unterschiedlich aus. Die Innovationsforschung beschreibt die verschiedenen Innovationsstrategien und -dynamiken ausführlich (Müller/ Görres 2009, o. S.).

Der Wandlungsbedarf ist keine objektive Größe, sondern wird durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Zunächst ist festzuhalten, dass die Identifizierung und Beschreibung von Bedarfen durch die Personen in einer Organisation erfolgt und insofern durch ein Bündel von subjektiven Einflüssen geprägt ist. Ob, wann, wie und in welchem Umfang Bedarf an Veränderungen festgestellt wird, ist also von handelnden Charakteren, von Motivationen, Überzeugungen, Belastung, den Beziehungen untereinander und von Macht etc. abhängig. Gemeinsam bilden diese subjektiven Einflüsse die Basis für die Kultur einer Organisation (Homma/ Bauschke/ Hofmann 2014, S. 8 ff.). Auch von ihr wird die Bedarfsbestimmung beeinflusst. Ob eine Organisation sich an Beständigkeit und Vorsicht oder an Innovation und Experimentierfreude orientiert, macht in diesem Zusammenhang einen großen Unterschied.

Auch strukturelle Bedingungen sind zu berücksichtigen. Hat die Organisation Funktionen geschaffen, die sich systematisch mit Trendbeobachtung und Bedarfsbeschreibung beschäftigen? Verfügt sie über geeignete Methoden der Bedarfsermittlung und -bewertung? Und schließlich stellt sich die Frage, ob sie über die dazu notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen verfügt.

Doch selbst wenn hinsichtlich der menschlichen, sozialen, kulturellen und strukturellen Bedingungen eine gute Ausgangssituation für die Identifizierung und Beschreibung von Wandlungsbedarf gegeben ist, bedeutet dies nicht gleichzeitig, dass der erkannte Bedarf auch Veränderungen aktivieren kann. Dazu

ist auch die Vermittlung des Bedarfs innerhalb der Organisation notwendig. Ohne Akzeptanz der Erfordernisse von Organisationsentwicklungsprozessen fehlt die Basis für den Erfolg. Dementsprechend spielen die interne Unternehmenskommunikation und die direkte Personalführung eine entscheidende Rolle im „Change“-Prozess (Doppler/Lauterburg 2002, S. 335 ff., Vahs/ Leiser 2007, S. 55 ff. und Hollmann/ Sobanski 2015, o. S.).

Schließlich soll an dieser Stelle auch das Thema „Leidensdruck“ als eine oft genannte Begründung für Organisationsphlegma und gescheiterte Organisationsentwicklungsprozesse aufgegriffen werden. „Offenbar war der Leidensdruck nicht hoch genug“, heißt es dann. Unterstellt wird damit, dass die Organisation als Monolith im Zentrum wirtschaftlicher, sozialer oder kultureller Zwänge steht, die nicht ausreichend intensiv empfunden werden, um sich zu bewegen. Vor dem Hintergrund der vorab dargestellten Vielfalt an Einflüssen auf die Wahrnehmung des Wandlungsbedarfs, muss aber auch der Leidensdruck einer Organisation differenziert betrachtet werden. Dabei ist vor allem nach den Akteuren zu unterscheiden. Haben diejenigen Leidensdruck, die über Veränderungen entscheiden oder wird Leidensdruck quasi auf diejenigen delegiert, die keine andere Möglichkeit haben, als ihn auszuhalten oder die Organisation ggf. zu verlassen? Je nachdem, wen man in einer Organisation zum Wandlungsbedarf befragt, wird der Bedarf oftmals unterschiedlich stark gesehen und auch unterschiedlich beschrieben werden. So können sich beispielsweise die Geschäftsführung und die Beschäftigten eines Krankenhauses darüber einig sein, dass es an Freundlichkeit gegenüber Patientinnen mangelt. Ihre Bedarfsbeschreibungen hingegen mögen voneinander abweichen. Während die Geschäftsführung vielleicht zur Durchführung von Knigge-Seminaren rät, fordern die Beschäftigten eventuell Kommunikationstrainings für schwierige Gespräche ein.

Wandlungsbereitschaft als Voraussetzung erfolgreicher Organisationsentwicklung

Die Wandlungsbereitschaft einer Organisation besteht wie der Wandlungsbedarf aus vielen Facetten. Letztlich ist sie die Summe der Wandlungsbereitschaft der einzelnen Organisationsmitglieder. Damit wird das umfangreiche Feld der Motivationstheorie, der Anreizgestaltung sowie der Identifikation angesprochen. Schnell eingefordert wird immer wieder, dass die direkten Vorgesetzten ihr Team motivieren sollen, Veränderungen hinzunehmen, anzunehmen oder gar mitzugestalten. Dabei geht es um einen souveränen Umgang mit Motivationsstrategien, z. B. im Sinne der Schaffung einer gemeinsamen Vision oder durch das Versprechen von Belohnungen (Sprenger 2014, S. 59 ff.). Die Problematik darauf zu beschränken, greift jedoch zu kurz. Erstens ist Motivation nur in begrenztem Maße von äußeren Faktoren abhängig. Der entscheidende Teil der intrinsischen Motivation, die für eine außerordentliche Leistungsbereitschaft benötigt wird, kann vielleicht animiert und zugelassen, aber nicht im engeren Sinne erzeugt und gesteuert werden. Zweitens ist Motivation ein komplexes Gebilde mit vielen möglichen Stellschrauben, an denen nur einige durch die Organisationsmitglieder gedreht werden können (Sprenger 2014, S. 71 ff.).

Damit sich Organisationsmitglieder auf den Weg machen, die Schwelle zur Veränderung zu überschreiten, muss die angestrebte Veränderung ihre ungestillten Bedürfnisse befriedigen. Diese sind in ihrer jeweils aktuellen Kombination strikt individuell, auch wenn die Inhaltstheorien der Motivation breit geteilte Erkenntnisse über das Spektrum der menschlichen Bedürfnisse erbracht haben. Die Beschreibung der Bedürfnisklassen von Maslow zeigt auf, dass die meisten Bedürfnisse zu den Defizitbedürfnissen gehören, die sich dadurch auszeichnen, dass sie nur aktiviert werden, wenn ein turnusgemäßer Mangelzustand eintritt (z. B. Hunger). Dem-

gegenüber stehen nur wenige Bedürfnisse, bei denen ein unstillbares Verlangen besteht. Dazu gehört in erster Linie der Wunsch nach Selbstverwirklichung. Sie ist der Kern der intrinsischen Motivation, die sich direkt aus einer Aktivität selbst speist und nicht durch die positiven Begleitumstände einer Aktivität indirekt erzeugt wird (Franken 2010, S. 86 ff.).

Bei allen Abweichungen und Differenzierungsunterschieden im Detail weisen auch andere Inhaltstheorien darauf hin, dass die Bedürfnisse der Persönlichkeitsentfaltung einen besonderen Stellenwert für uns haben. Aldefer nennt sie in seiner „ERG-Theorie“ Wachstumsbedürfnisse, McClelland Leistungsbedürfnisse und das Profil der fundamentalen Motive nach Reiss umfasst das Motiv „Neugier“ (Franken 2010, S. 90 ff. und 94 ff.). In besonderem Maße hob Herzberg diese Bedürfnisse heraus und von anderen ab. Für ihn sind sie die einzigen Motivatoren, die Zufriedenheit erzeugen, wenn sie befriedigt werden, aber keine Unzufriedenheit, wenn sie nicht befriedigt werden, sondern nur einen Zustand in Abwesenheit von Zufriedenheit. Für die Unzufriedenheit hingegen sind die Hygienefaktoren zuständig, die große Parallelen zu den Defizitbedürfnissen bzw. zur extrinsischen Motivation aufweisen. Hygienefaktoren, wie beispielsweise die Entlohnung, die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit können bei positiver Ausprägung Unzufriedenheit verhindern, sind aber nicht in der Lage, Motivation zu schaffen (Franken 2010, S. 92 ff.). Eine Innovationsprämie bietet dementsprechend vielleicht eine willkommene Kompensation für die Unwägbarkeiten des Veränderungsprozesses, schafft aber keinen inneren Antrieb. Bei aller berechtigten Kritik an den empirischen Grundlagen der Zwei-Faktoren-Theorie, liefert sie doch einen plausiblen Erklärungsansatz dafür, dass man gleichzeitig zufrieden und unzufrieden, motiviert, unmotiviert oder demotiviert sein kann. So kann eine Ärztin mit ihrer Arbeitsroutine hoch zufrieden sein, weil sie ihre Kompetenzen zu humanitären

Zwecken einsetzen und entsprechend motiviert ihren Arbeitsalltag gestalten kann. Zeitgleich kann sie unmotiviert sein, sich an einem Projekt zur Entwicklung eines „Clinical Pathway“ zu beteiligen, weil sie keinen Freizeitausgleich für die geleistete Projektarbeit erhält und die Zusammensetzung des Projektteams ihr nicht zusagt.

Neben den motivierenden und handlungsauslösenden Bedürfnissen beeinflusst auch die Art und Weise, wie etwas durchgeführt wird, die Handlungs- und Wandlungsbereitschaft. Die Prozesstheorien der Motivation weisen in diesem Zusammenhang vor allem auf die Relevanz von Austauschprozessen, Vergleichen und Zielsetzungen hin. Eine Frage des Motivationsprozesses lautet demnach, ob man sich den eigenen Leistungen und Anstrengungen entsprechend sowie im Vergleich zu anderen angemessen belohnt fühlt. Auch die persönliche Einschätzung spielt eine Rolle: welchen Wert hat das Ergebnis, welche Folgen sind zu erwarten – und ist das Ziel überhaupt zu erreichen? Schließlich sind die Ziele zu berücksichtigen, denn sie müssen die Möglichkeit bieten, sich damit zu identifizieren, müssen handhabbar und verbindlich formuliert sein, um ihre orientierende Wirkung zu entfalten.

Am Rubikon-Modell von Heckhausen und Gollwitzer (1987) lässt sich gut verdeutlichen, wie viele Faktoren dafür verantwortlich sind, ob eine Aktivität tatsächlich durchgeführt wird. Das Modell wurde in Anlehnung an Cäsars Überschreitung des Flusses Rubikon benannt. Seine Überquerung löste einen römischen Bürgerkrieg aus. Mit dieser Metapher soll ausgedrückt werden, dass zum Abschluss der Intentionsbildung ein verbindliches Ziel gesetzt wird, das den weiteren Handlungsverlauf entscheidend beeinflusst (Achtziger/ Gollwitzer 2009, S. 151 f.). Das Modell beschreibt den Handlungsprozess in vier Phasen. Am Anfang steht eine Phase der Intentionsbildung, in der geklärt wird, ob die Handlung erfolgen soll (prädezi-sionale Phase). Hier werden Vor- und Nach-

teile abgewogen, Ergebnisfolgen und Wahrscheinlichkeiten der Zielerreichung betrachtet. Mündet diese Phase in ein positives Ergebnis ein, wird der Rubikon überschritten, ist also die Entscheidung zugunsten der Fortführung des Prozesses getroffen worden. Es folgen dann die Vorbereitung der Handlung (postdezionale Phase), die Handlung selbst (aktionale Phase) und schließlich die Bewertung (postaktionale Phase), die ihrerseits als Erfahrung in weitere Handlungsprozesse einfließt (Achtziger/ Gollwitzer 2009, S. 150 f.).

Betrachtet man dieses Modell im Zusammenhang mit Veränderungsprozessen, so wird deutlich, dass in allen Phasen verschiedenste Umstände darauf einwirken, ob ein Prozess weiterverfolgt oder unterbrochen wird. Kommt es zur Intentionsbildung, so entscheiden die bisherigen Erfahrungen über Veränderungen mit darüber, ob diese erstrebenswert erscheinen. Haben beispielsweise vorangegangene Projekte die erhofften Ergebnisse erbracht oder sind sie vielleicht als „Papiertiger“ gescheitert? Auch die persönlich erhofften Effekte (z. B. Karrierestufen, erfahrene Wertschätzung) sind zu berücksichtigen. Neben den Erfahrungen sind die Rahmenbedingungen anzuführen. Sie reichen von der Verfügbarkeit der geeigneten Informationen über klare Zielformulierungen bis hin zur Beeinflussung durch andere Personen. Wird die angestrebte Aktivität im organisatorischen Umfeld ernst genommen und positiv begleitet oder wird sie aus machtpolitischen Gründen boykottiert, aus misstrauischer Angst heraus blockiert oder bestenfalls mit skeptischem Blick gedeutet? Viele Veränderungsprozesse scheitern schon in diesem Stadium.

Wird die Entscheidung für eine veränderungsorientierte Handlung getroffen, warten weitere Herausforderungen. Die Vorbereitung erfordert zeitliche, manchmal auch finanzielle Ressourcen und Planungskompetenzen. Auch können Konflikte über den richtigen Weg zum Ziel oder um die Vertei-

lung von Ressourcen den Prozess in dieser Phase hemmen. Die Handlungsphase selbst ist davon abhängig, wie gut es gelingt, andere „ins Boot zu holen“, die Ressourcenverwendung zu steuern, Angriffe, manchmal sogar Sabotage abzuwehren sowie selbstbewusst und beharrlich zu bleiben. Die Bewertung der Handlung wird nachfolgende Handlungen umso positiver beeinflussen, je besser es gelingt, die Zielerreichung zu messen und je positiver die Folgen des Handelns für den Einzelnen und sein Umfeld sind.

Wandlungsfähigkeit als Voraussetzung erfolgreicher Organisationsentwicklung

Die Wandlungsfähigkeit einer Organisation umfasst das dazu notwendige Wissen, geeignete Kompetenzen der Organisationsmitglieder, zudem die Handlungsmacht bei den für die Veränderung relevanten Akteuren. Neben dem „Wollen“, das vor allem mit der Dimension der Wandlungsbereitschaft angesprochen wird, werden also jetzt das „Können“ und das „Dürfen“ als weitere Komponenten kompetenten Handelns thematisiert (Gessler 2015, S. 8 f.).

Dazu gehört das Wissensmanagement der Organisationsmitglieder (Wilkesmann/ Rascher 2003, S. 24 ff. und 35 ff.). Wie gut sind sie dazu in der Lage, veränderungsrelevante Herausforderungen zu erkennen, zu bewerten und zu priorisieren? Stehen geeignete Funktionen zur Verfügung, um angemessene Veränderungsziele und Vorgehensweisen zu definieren? Auch die Wissensnutzung und -umsetzung ist nicht selbstverständlich, sondern davon abhängig, ob das verfügbare Wissen unter den in der Organisation vorherrschenden Bedingungen angewendet werden kann oder aber dazu die Mittel fehlen bzw. die Organisationsmitglieder „mit anderen Dingen beschäftigt sind“. Daneben ist die Funktionstüchtigkeit der Mechanismen anzuführen, mit denen in der Organisation veränderungsrelevantes Wissen verbreitet wird. Wissen nur wenige, wie mit den

neuen Anforderungen umzugehen ist, oder gelingt es, ein allgemeines Bewusstsein für veränderte Strukturen, Prozesse und Handlungsweisen zu schaffen? Die Bewahrung des Wissens hat ebenfalls Bezüge zur Wandlungsfähigkeit, auch wenn es bei der Veränderung hauptsächlich um die Schaffung neuen Wissens und das organisationale Lernen geht (Senge 2011, S. 15 ff.). Für einen erfolgreichen Lernprozess bedarf es jedoch auch der Nutzung des angesammelten Erfahrungswissens, wie mit neuen Herausforderungen und Veränderungsprozessen umzugehen ist. Vor dem Hintergrund des aktuellen demografischen Wandels ist gerade diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Kompetenzen (Erpenbeck/ Rosenstiel 2007, S. XVII ff.) der veränderungsrelevanten Akteure kommen aus allen Kompetenzbereichen. Zunächst ist die fachliche Kompetenz erforderlich, also die Fähigkeit, das eigene Fachwissen situationsadäquat einzusetzen. Organisationsentwicklungsprozesse brauchen in dieser Hinsicht „Know-how“ über die Möglichkeiten und Grenzen der konkret zur Veränderung anstehenden Prozesse und Strukturen, wobei sich pflegerische und therapeutische Wissensbestände mit Managementwissen vermischen. Des Weiteren wird methodische Kompetenz benötigt, d. h. Methoden der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements müssen nicht nur bekannt sein, sondern auch praktisch angewendet werden können. Soziale und kommunikative Kompetenzen ermöglichen den Aufbau gemeinsamer Visionen und Pläne, schaffen Veränderungsbarrieren aus dem Weg, wertschätzen Engagement und Erfolge etc. Schließlich sind auch die persönlichen Kompetenzen gefragt. Die Durchsetzung von Veränderungen fordert den Beteiligten ein erhöhtes Maß an Beharrlichkeit, Frustrationstoleranz, Kritikfähigkeit, Konfliktbereitschaft, Selbstdisziplin und Reflexionsfähigkeit ab, um nur einige der relevanten persönlichen Kompetenzen aufzuführen.

Schließlich ist die Wandlungsfähigkeit auch davon abhängig, inwiefern die am Veränderungsprozess Beteiligten mit den erforderlichen Ermächtigungen ausgestattet sind. Wie oft kommt es beispielsweise vor, dass komplexe und umstrittene Veränderungsprojekte im Sinne der Stabs-Projektorganisation strukturiert sind, also eine Projektleitung ohne Weisungsbefugnisse existiert, obwohl klar ist, dass sich diese Projektorganisationsform nur für einfache und unumstrittene Projekte eignet (Kunz 2005, S. 222). Auch die Auflösung von Hierarchien, die für die Arbeit in Projekten als Voraussetzung angesehen wird, lässt sich nicht immer in ausreichendem Maße durchsetzen. Im Krankenhaus wird dies darüber hinaus oft durch Schwächen der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit erschwert. Zusätzlich ist das „Dürfen“ nicht nur von den offiziellen Strukturen abhängig, sondern auch von den realen Verhältnissen in einer Organisation. Die Mechanismen des lateralen Führens, nämlich Verständigung, Vertrauen und informelle Macht (Kühl/ Schnelle 2009, S. 51 ff.), entscheiden wesentlich mit darüber, wie Organisationsentwicklungsprojekte wahrgenommen und unterstützt werden. Beispielsweise kann einerseits ein Vorhaben ohne größere Widerstände umgesetzt werden, weil die Betroffenen ein auf positiven Erfahrungen beruhendes, umfängliches Vertrauen in die Initiatoren der Veränderung haben. Andererseits kann ein Vorhaben scheitern, weil verschiedene, zerstrittene Organisationseinheiten die Expertise zu einem Thema für sich allein beanspruchen.

Zwischenfazit

Die theoretischen Überlegungen zeigen verschiedene Aspekte auf, die das Gelingen oder Misslingen von Organisationsentwicklungsprozessen beeinflussen. Für die Reflexion dieser untersuchten Prozesse lässt sich daraus Folgendes ableiten.

- Hinsichtlich des Wandlungsbedarfs ist auf die menschlichen, sozialen, kulturellen

und strukturellen Rahmenbedingungen zu achten.

- Die Wandlungsbereitschaft hängt eng mit der Motivationslage der Beteiligten und den Möglichkeiten der Organisation, geeignete Strategien der Fremdmotivation einzusetzen, zusammen.
- Die Wandlungsfähigkeit ist auf organisatorischer und individueller Ebene zu betrachten. Sie umfasst das erforderliche Wissen, geeignete Kompetenzen und die Dimension der formellen und informellen Machtverhältnisse.

Wandlungsbedarf in praktischen Fallstudien

Beobachtungen zum Umgang mit Wandlungsbedarfen in den acht untersuchten Krankenhäusern konnten vor allem in der Phase der Potenzialanalysen gesammelt werden. In dieser Phase wurden seitens der Projektbegleitung Unterlagen zur Ausgangsbasis bei den Krankenhäusern angefordert und ausgewertet (z. B. Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen, Qualitätsberichte). Außerdem ergänzten moderierte Potenzialworkshops den Prozess und darüber hinaus konnten einzelne Erkenntnisse zum Umgang mit Wandlungsbedarfen auch im weiteren Projektverlauf gesammelt werden.

Innovationsfreude – auf die richtige Dosierung kommt es an

Mit wie viel Innovationsfreude Wandlungsbedarfe identifiziert und beschrieben werden, entscheidet über die Reichweite der Veränderung und nimmt auch Einfluss auf das Engagement, das seitens der Organisationsmitglieder in einen Organisationsentwicklungsprozess einfließt.

In einem Fall wurde der Wandlungsbedarf möglichst klein gehalten. Herausforderungen im Bereich der Personalgewinnung und Personalbindung wurden als gesellschaftliches,

nicht als organisatorisches Problem beschrieben. Optimierungsmöglichkeiten der eigenen Personalarbeit wurden nur punktuell gesehen. Infolgedessen konnte in diesem Fall auch nur ein kleineres Vorhaben auf den Weg gebracht werden und der Einstieg gestaltete sich schleppend. Mehrere weitere Fälle kennzeichneten sich eher durch das Gegenteil, nämlich eine stark innovationsfreudige Haltung in der Analyse der Wandlungsbedarfe. Nicht nur, dass in diesen Fällen umfangreicher Verbesserungsbedarf zusammengestellt wurde, vielmehr wurden auch weitreichende Vorhaben mit tiefgreifenden Auswirkungen auf die Personalarbeit und die Organisationskultur diskutiert. Dabei konnten verschiedene Effekte beobachtet werden. Zum Teil lösten die weitreichenden Veränderungsvisionen eine gewisse Lust am „Change“ aus und weckten bei einigen Beteiligten deren intrinsische Motivation. Manche Beteiligte führten sie jedoch in die Frustration, weil sich schnell zeigte, dass die Hürden zu hoch lagen und Überforderungseffekte eintraten.

Förderlich war eine mittlere Dosierung der Innovationsfreude. Die entsprechenden Fälle im Projekt waren dadurch gekennzeichnet, dass bei der Identifizierung von Wandlungsbedarfen zunächst „die Schere aus dem Kopf genommen wurde“, es dann aber auch gelang, durch die Beteiligten gemeinsam akzeptierte Ziele handhabbar zu konkretisieren.

Fehlende Kümmerer und konkurrierende Spezialisten

Erfolgreiche Organisationsentwicklung erfordert eine strategisch ausgerichtete und systematische Trendbeobachtung und Entwicklungsplanung, die sich in einigen Krankenhäusern zu wenig und in anderen wiederum zu viel zeigte.

So fehlte es in einem kleineren Teil der Fälle an einer entsprechenden Funktion in der Organisation selbst, die dazu in der Lage

sein sollte, die Ergebnisse einer systematischen Trendbeobachtung auf die Agenda zu bringen und gezielt in Veränderungsaktivitäten zu übersetzen. Anders formuliert: letztlich fühlte sich niemand verantwortlich, diese Rolle zu tragen. In den anderen Fällen hingegen gab es zu viele konkurrierende Stellen. Gender- und diversityorientierte Veränderungen der Personalarbeit sind, wie viele andere aktuelle Herausforderungen der Organisationsentwicklung auch, ein Querschnittsthema. Die Bearbeitung dieses Themas zwischen Personalabteilungen, Gleichstellungsbeauftragten, Personalvertretungen, Schwerbehindertenvertretungen, Organisationsentwicklern, Qualitätsmanagerinnen, Bildungsbeauftragten und nicht zuletzt den Fachvorgesetzten – um nur die wichtigsten Anspruchsgruppen für dieses Thema zu nennen, erzeugte nicht wenige Abstimmungsprobleme und Verzögerungen.

Unsystematische Methodennutzung

Die Analyse der Ausgangssituation durch Befragungen, Workshops, Bewertung personalwirtschaftlicher Instrumente etc. stellt einen wesentlichen Einstieg in Organisationsentwicklungsprozesse dar. Die Methodennutzung lag in den Krankenhäusern auf unterschiedlichem Niveau.

In wenigen Fällen stand kein Material zur Verfügung. Ansonsten standen für die Potenzialanalyse zum Teil umfangreiche Unterlagen zur Verfügung, die auf vorgängige Mitarbeiterbefragungen, Zertifizierungsverfahren und Kennzahlenauswertungen zurückgingen. Impulse aus diesen Materialien konnten seitens der Projektbegleitung in die Potenzialworkshops eingebracht werden. Allerdings wurde auch deutlich, dass das Material zum Teil vorher ungenutzt gewesen war. Eine regelmäßige, systematische und strategische Nutzung von Verfahren der Bedarfsanalyse war in keinem Fall zu bemerken, was auf fehlende Ressourcen zurückzuführen ist. Dies zeigte sich daran, dass die vorab verfügbaren Unterlagen in vielen Fäl-

len im Rahmen anderer Projekte erstellt worden waren, also mit Hilfe von Ressourcen, die in erster Linie punktuellen Zwecken dienten, nicht aber im Rahmen von strategischen Organisationsroutinen.

Im Rahmen des Fördervorhabens wurden allerdings in mehreren Krankenhäusern neben der anfänglichen Potenzialanalyse gezielte zusätzliche Maßnahmen zur Beschreibung des Wandlungsbedarfs durchgeführt, beispielsweise Altersstrukturanalysen, Mitarbeiterbefragungen, Führungskräfteworkshops und leitfadengestützte Beobachtungen von Arbeitsabläufen.

Mangelnde Kommunikation rächt sich

Die Vermittlung des Wandlungsbedarfs zeigte in den Krankenhäusern stark unterschiedliche Ausprägungen. Dabei wurde deutlich, dass in diesem Aspekt ein großes Potenzial für Erfolg oder Misserfolg von Organisationsentwicklung liegt.

Die drei Fälle, in denen der Wandlungsbedarf in der internen Kommunikation offenbar eine marginale Rolle spielte, hatten mit einem zähen Verlauf der geplanten Verbesserungsaktivitäten zu kämpfen. Auch fanden die Aktivitäten, wenig verwunderlich, so gut wie keine Akzeptanz, so dass Mitstreiterinnen ausblieben und direkte Wirkungen für die Personalarbeit ausblieben. In einem Fall wurde im weiteren Projektverlauf durch einzelne Engagierte mühevoll nachgebessert, um das Vorhaben gängig zu machen. In einem Fall scheiterte die Projektarbeit sogar. In den anderen Fällen war der Wandlungsbedarf hingegen erkennbar ein Thema der internen Kommunikation, wenn auch auf unterschiedlichen Niveau. Dabei waren unterschiedliche Strategien und Wirkungen zu beobachten. Ein Krankenhaus setzte mit einer anfänglichen Informationsveranstaltung für die Beschäftigten, Veröffentlichungen in der Mitarbeiterzeitschrift und regelmäßiger Berichterstattung zum Stand des Projekts in den Gremien auf durchgehende

Transparenz und breite Information aller. Auch wurde dort auf Interessenbasis eine berufsgruppen- und hierarchieübergreifende starke Beteiligung am Potenzialworkshop realisiert. Die Bedarfsermittlung am Anfang des Projekts orientierte sich somit stark an Sichtweisen aus der Belegschaft. Diese Beteiligungsstrategie war bewusst verfolgt worden und die Ergebnisse wurden von den Verantwortlichen ernst genommen und als Auftrag aufgefasst, wodurch der Organisationsentwicklungsprozess vorangetrieben werden konnte. Ein anderes Krankenhaus informierte ebenfalls mit Veröffentlichungen in der Mitarbeiterzeitschrift, regelmäßiger Berichterstattung in Gremien sowie mit Plakaten und Flyern über das Projekt. Die folgende Beteiligung von Belegschaftsangehörigen an einer im Projekt durchgeführten Befragung und einem Führungskräfteworkshop gestaltete sich entsprechend positiv. Andere Krankenhäuser informierten allerdings vorsichtiger, da die Bedarfserhebung stark durch die Personalabteilung definiert wurde. Die Sichtweisen der Belegschaft konnten durch einzelne Führungskräfte aus der Pflege und Personalvertretungen, also eher indirekt, eingebracht werden. Die grundsätzliche Benennung von Bedarfen erwies sich dabei nicht als problematisch, jedoch fiel die konkretisierende Beschreibung von Entwicklungszielen in diesen Fällen zum Teil sehr schwer.

Wandlungsbereitschaft in Fallbeispielen

Die Wandlungsbereitschaft konnte über den gesamten Verlauf des Fördervorhabens beobachtet werden. Bedingt durch die Projektphasen, spielten alle Phasen des oben dargestellten Rubikon-Modells eine zentrale Rolle, so dass präzise betrachtet werden konnte, an welchen Stellen im Handlungsprozess die Weichen für oder gegen Veränderungsaktivitäten gestellt wurden.

Motivation als kritischer Erfolgsfaktor

Die Motivation der in den Krankenhäusern beteiligten Menschen war auffallend unterschiedlich ausgeprägt. Dies gilt für die Stärke der Motivation, den Motivationsinhalt und auch für prozessuale Aspekte der Motivation. Bei der Betrachtung muss auch nach den Rollen im Veränderungsprozess differenziert werden, weil damit verschiedene Einflussmöglichkeiten einhergehen. Deshalb wird zunächst die Situation derjenigen analysiert, die für das jeweilige Krankenhaus als Projektleitungen, Projektkoordinatoren oder erste Ansprechpartner/-innen für die Projektbegleitung (kurz: Verantwortliche) wirkten. Danach erst werden Mitglieder aus den einzelnen Projektteams betrachtet.

Bei allen Unterschieden ist übergreifend festzuhalten, dass hinsichtlich der Motivationslage auch der zeitliche Faktor eine Rolle gespielt hat. Das Projekt konnte aus verschiedenen administrativen Gründen erst 16 Monate nach seiner Initiierung starten. Dies führte dazu, dass das im Initiierungsprozess wache Interesse in den beteiligten Krankenhäusern nachgelassen hatte und erst durch intensivierete Kommunikation wieder geweckt wurde. Der Rückgang des Interesses war überwiegend damit verbunden, dass zwischenzeitlich andere Herausforderungen, Projekte und Aktivitäten die Aufmerksamkeit und Arbeitszeit der Verantwortlichen in Anspruch genommen hatten. Nachdem die hausspezifischen Projektstrukturen dann aber aufgebaut worden waren, zeichneten sich in den Planungsgesprächen, den Potenzialworkshops und auch im Rahmen der weiteren Projektbegleitung verschiedene Motivationslagen der Verantwortlichen ab. Im überwiegenden Teil der Fälle war die Motivation dann offenkundig hoch. Die entstehende Energie half projekttypische Schwierigkeiten wie Ressourcenknappheit und Widerstände konstruktiv zu behandeln.

In drei Fällen war die Motivation, Veränderungen zu erwirken, sehr schwach ausge-

prägt. In einem dieser Fälle wurde jegliche Projektaktivität verweigert, so dass es nach anfänglich erfolgversprechenden Gesprächen weder zu einer systematischen Potenzialanalyse, noch zu daraus abgeleiteten Maßnahmen kam. Die genauen Gründe dafür konnten auch in einem nachgängigen Gespräch nicht ermittelt werden. Es blieb jedoch der Eindruck, dass die verantwortliche Person unfreiwillig in diese Rolle gedrängt worden war und ihre knappen zeitlichen Ressourcen für andere Aktivitäten einsetzen wollte. In den beiden anderen Fällen ging die niedrige Motivation der Verantwortlichen mit einem zähen Projektverlauf, einer geringen Reichweite der geplanten Veränderungen und schwacher interner Kommunikation einher. In einem dieser zuletzt genannten Fälle konnte der Projektprozess allerdings zu einem späteren Zeitpunkt durch den Wechsel des Ansprechpartners erheblich verbessert werden.

Bei den Projektteammitgliedern ergaben die individuellen Motivationslagen ein buntes Bild. Einige Top-Führungskräfte engagierten sich sehr intensiv und hatten offensichtlich den Wunsch, ihrer Führungsaufgabe im Dialog mit Beschäftigten möglichst gut nachzukommen. Einige Projektteammitglieder brachten sich kontinuierlich in das Projekt ein und unterstützten nach Kräften die Verantwortlichen. Einzelne Projektteammitglieder engagierten sich sogar vehement für das Projekt, aber reduzierten ihr Engagement erheblich, wenn deutlich wurde, dass ihre persönlichen Interessen im Projekt nicht durchgehend berücksichtigt werden konnten. Andere machten wiederum ihr Engagement offensichtlich von im Zeitverlauf wechselnden Abteilungsinteressen und Machtgebaren um Einfluss und Positionen abhängig. Wieder andere waren kaum motiviert, sondern nahmen unfreiwillig an Sitzungen teil und verabschiedeten sich aus dem Projekt, sobald es möglich war. Insgesamt betrachtet konnten alle Verantwortlichen nicht auf kontinuierlich gleich besetzte und motivierte

Projektteams zurückgreifen, sondern immer nur auf einzelne Unterstützer.

Vor dem Rubikon-Modell interpretiert waren die einzelnen Phasen dieses Modells sowohl für die Verantwortlichen als auch für die Projektteams in den Krankenhäusern unterschiedlich schwer zu realisieren. Unabhängig von Detail- und Niveauunterschieden zeigten sich die größten Schwierigkeiten in der tatsächlichen Umsetzung. Während die Verarbeitung von Veränderungsimpulsen, die Intentionsbildung und die Vorbereitung in den meisten Fällen zügig voranschritten und unter reger Beteiligung stattfanden, änderte sich das Bild, je konkreter die Veränderungsvorhaben auf die Handlungsphase bzw. die Umsetzung zusteueren. Zum Teil verringerte sich die Anzahl der Mitstreiterinnen, zum Teil tauchten Widerstände in Form von Bedenken auf, zum Teil fehlten zuvor eingeplante oder auch zusätzlich erforderliche Ressourcen für ein Engagement. Insofern konnten auch nicht alle Veränderungsvorhaben in der Projektlaufzeit abgeschlossen werden, sondern reichten darüber hinaus.

Intrinsisch Motivierte blieben Einzelkämpfer

Eine genaue Einschätzung der intrinsischen Motivation der Beteiligten lässt sich nicht abgeben. Die Erkenntnisse aus den Begleitprozessen legen jedoch nahe, dass Motivation, die sich durch die Sache selbst begründet, nur bei wenigen deutlich wurde. Diese zeichneten sich dadurch aus, dass sie generell ein hohes fachliches Interesse an Gender-Themen sowie Fragestellungen der Bereiche Personal- und Organisationsentwicklung hatten. Überwiegend war dieses Interesse in besonderen betrieblichen Funktionen, z. B. bei verschiedenen Stabsstellen, Gleichstellungsbeauftragten, Bildungsfunktionen und interessanterweise nur teilweise in den Personalabteilungen vorzufinden. In den Fällen, in denen intrinsisch motivierte Projektbeteiligte ihren Einfluss auf die Projektak-

tivitäten geltend machen konnten, konnte die konzeptionelle Seite der Aktivitäten gut vorgebracht werden und die intrinsische Energie half auch dabei, konstruktiv mit mühsamen Vermittlungsprozessen, Querschlägern und Rückschritten umzugehen. Eine ansteckende Wirkung hingegen gab es kaum, so dass die intrinsisch motivierten Akteure letztlich Einzelkämpfer blieben.

Gehört werden als Anreiz

Die meisten materiellen und immateriellen betrieblichen Anreize spielten im Projekt so gut wie keine Rolle. Dies gilt jedoch nicht für den Anreiz der Mitgestaltung. Diese Möglichkeit wurde in mehreren Krankenhäusern mit Erfolg eingesetzt. Angehört und mit seinen Problemen und Ideen ernst genommen zu werden und Impulse für Verbesserungen der eigenen Arbeits- und Beschäftigungssituation geben zu können, erwies sich typischerweise als gut funktionierendes Mittel, um Interesse am Projekt, zum Teil sogar aktives Engagement dafür zu wecken. Ein Beispiel dafür ist die bereits oben dargestellte stark beteiligungsorientierte Analyse des Wandlungsbedarfs. Ein anderes Beispiel war die Durchführung eines großen Workshops mit Führungskräften, die ihre Erfahrungen und Anliegen zum Thema genderorientierte Personalarbeit einbringen konnten.

Kaum Zielkonsens

Der Umgang mit Veränderungszielen offenbarte sich in den meisten Fällen als ein schwieriges Thema. So ging die Orientierung an den Zielen in den Projektgruppen vor Ort oftmals verloren und musste durch die Projektbegleitung erneut eingebracht werden. Dies deutet darauf hin, dass die Identifikation mit den anfangs definierten Projektzielen nicht besonders stark ausgeprägt war. Hierzu wären die folgenden drei Erkenntnisse erwähnenswert: In einigen Fällen kam von Anfang an kein richtiger Zielkonsens zustande; die Zieldefinition wurde entweder als notwendige Formalie abge-

hakt oder im Sinne eines Minimalkonsenses erstellt. In anderen Fällen kam ein Zielkonsens zustande und die Ziele wurden zunächst auch mit hoher Identifikation verfolgt. Anschließend erwiesen sich die vereinbarten Ziele aber als zu ambitioniert, wodurch der Zielkonsens aufgebrochen wurde. In wieder anderen Fällen wurde zwar zunächst ein Zielkonsens erreicht, der sich aber im Projektverlauf zugunsten der Verfolgung von Individual- und Bereichszielen immer wieder auflöste.

Nach dem Spiel ist vor dem Spiel

„Nach der Handlung ist vor der Handlung“ könnte man in Anlehnung an den bekannten Satz des Fußballtrainers Sepp Herberger festhalten. Im Rubikon-Modell wird das als postaktionale Phase oder Bewertung bezeichnet. Mit anderen Worten: wir summieren und saldieren unsere positiven und negativen Erfahrungen nach einer Aktivität auf und diese Bewertung fließt wiederum in die Abschätzung neuer Aktivitäten ein.

Die Projektbeteiligten hatten - wie nahezu alle Akteure der Krankenhauslandschaft - mit Blick auf Veränderungsprozesse einen breiten Erfahrungsschatz vorzuweisen. In weniger als 20 Jahren sind hier die Einführung der Fallpauschalenfinanzierung G-DRG, die flächendeckende Ausweitung des Qualitätsmanagements sowie zahllose medizinische und pflegerische Innovationen anzuführen, um nur drei Mega-Trends hervorzuheben, die jeweils in vielfältige Einzelentwicklungen zerfallen. Die Krankenhauslandschaft hat sich massiv verändert. Von den 2.411 Krankenhäusern und 665.565 Betten im Jahre 1991 waren 2014 nur noch 1.980 bzw. 500.680 übrig. Dafür ist die Anzahl behandelter Fälle von 14.576.613 auf 19.148.626 angestiegen (Destatis 2016). Krankenhausverbände und -ketten prägen das Bild, nicht mehr das einzelne Provinzkrankenhaus, und die Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen verändert sich ebenso. Die genannten und viele andere

Umgestaltungen wurden in den Krankenhäusern durch eine Vielzahl von Veränderungsprojekten begleitet. Viele davon haben exzellente Ergebnisse hervorgebracht, trotz des im Rückblick erstaunlich kurzen Zeitraums und obwohl sich viele Akteure nicht unbedingt durch besonderes Know-how in Fragen der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements auszeichnen. Jedoch hat diese intensive Phase der Veränderung auch problematische Spuren in der Wandlungsbereitschaft hinterlassen, die in den acht Projektkrankenhäusern zu erkennen waren.

Unabhängig davon, ob man auf gute oder weniger gute Ergebnisse von vergangenen Veränderungsprozessen zurückblicken konnte, konnte bei vielen Beteiligten eine gewisse Veränderungsmüdigkeit beobachtet werden. Der relativ hohe Aufwand der meisten Change-Prozesse, damit einhergehende Konflikte und die charakteristische Ungewissheit des Ausgangs, fordern ihren Tribut.

Auch wurden verschiedentlich negative Erfahrungen mit vorangegangenen Veränderungsprojekten thematisiert. Beispielsweise startete ein Teil der Beteiligten mit der Haltung in das Projekt, dass in ihrer Einrichtung zwar immer zahlreiche neue Entwicklungen stattfanden, aber diese letztlich keine sichtbaren Verbesserungen im Arbeitsalltag zur Folge hatten. Diese Haltung führte zu unterschiedlichen Reaktionen. Einerseits wurde die Projektarbeit einfach mit einer prinzipiell niedrigen Priorität belegt, unabhängig davon, wie stark man sich für die Projektziele und den Wandlungsbedarf ausgesprochen hatte. Sitzungstermine wurden nur wahrgenommen, wenn zufälligerweise dafür „Luft“ war, übernommene Arbeiten wurden verzögert oder blieben sogar unerledigt. Erkennbar wurde hier also eine resignative Reaktion. Andererseits lösten Erfahrungen mit wirkungslosen Veränderungsprojekten aber auch ein gegenteiliges Verhalten aus. Dabei zeigte sich ein eher aktionistisches Verhalten. Zielfindungs- und Planungsprozesse

wurden vehement abgelehnt. Stattdessen wolle man „sofort loslegen“, um der Gefahr zu begegnen, dass man sich wieder viel zu lange mit (theoretischen) Veränderungen auf dem Papier beschäftige.

Wandlungsfähigkeit in praktischen Fallstudien

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Erkenntnisse im Rahmen der Potenzialworkshops, Projektgruppensitzungen und Veranstaltungen in den acht Krankenhäusern sowie Telefonaten und persönlichen Gesprächen mit den Projektverantwortlichen der Krankenhäuser.

Individuelle Kompetenzen im Umgang mit veränderungsrelevanten Herausforderungen

Die Expertise veränderungsrelevanter Herausforderungen zu erkennen, war in allen Einrichtungen zu erkennen. Multiprofessionell zusammengesetzte Gruppen waren zügig dazu in der Lage, die aktuellen Herausforderungen der Personalarbeit bezogen auf ihr eigenes Haus zu sammeln, wenn auch in unterschiedlicher Breite und Tiefe.

Gleichzeitig war jedoch nicht erkennbar, dass ein systematisches Verfahren zur Identifizierung und Sammlung von veränderungsrelevanten Herausforderungen der Personalarbeit angewendet wird, gewissermaßen ein funktionales Äquivalent zu den Potenzialanalysen im Projekt. Dementsprechend wird diese Facette der Wandlungsfähigkeit nicht vollständig ausgeschöpft. Die individuellen Kompetenzen werden nicht systematisch zu organisationalem Wissen zusammengeführt und können insofern auch nicht zu organisationalem Lernen führen. Ähnliches gilt für die Bewertung und Prioritätensetzung. Diese Funktionen konnten bei der Ableitung von Veränderungsprojekten aus den Potenzialanalysen beobachtet werden. Entweder war dieser Schritt durch eine ähnliche Sichtweise und schnelles Einverneh-

men zwischen den Beteiligten gekennzeichnet oder es wurden unterschiedliche Positionen und Präferenzen deutlich. In einem anderen Krankenhaus wurde der Schritt in die Zukunft geschoben, etwa mit dem Hinweis auf die ausstehende Einbindung bestimmter Akteure oder fehlender Datengrundlagen. Unabhängig davon wurde deutlich, dass oftmals eine geübte Praxis im Hinblick auf die Nutzung versachlichender Bewertungsverfahren fehlt. Diese mussten zum Teil durch die Projektbegleitung eingebracht werden (z. B. Nutzwertanalyse) und waren auch offenbar nicht jedem Beteiligten bekannt. Stattdessen war die Prioritätensetzung stark dominiert durch das Vertrauen in die Fachexpertise einzelner Akteure, durch Interessenpolitik und hierarchische Abhängigkeiten.

Vernetzung der organisationalen Akteure

Erfolgreiche Veränderungsprozesse in Organisationen brauchen „Kümmerinnen“, die Veränderungsziele setzen und diese stringent mit geeigneten Vorgehensweisen verfolgen. Die Frage danach, ob in den Krankenhäusern organisatorische Funktionen verfügbar waren, die diese Rolle übernehmen, lässt sich im Grundsatz mit „Ja“ beantworten. Das Fördervorhaben stellte das Themenfeld Gender/ Diversity in den Mittelpunkt. „Geborene Kümmerer“ sind in diesem Zusammenhang in der Personalabteilung, bei den Top-Führungskräften der Linien, den Gleichstellungsbeauftragten und den Personalvertretungen zu finden, nachrangig auch in weiteren Funktionen wie Qualitätsmanagement, Organisationsentwicklung u. ä. Besondere Herausforderungen stellen sich, wenn mehrere Kümmerer berücksichtigt werden müssen. Dies geschieht oft, zumindest sind die Personalabteilung, die Top-Führungskräfte der Linien und die Personalvertretungen in Fragen der Personalarbeit allesamt Ansprechpartner und somit zuständig. Gegebenenfalls kommen noch weitere organisationale Akteure hinzu. Hierbei zu einem vernetzten Vorgehen der Akteure zu

kommen, ist ein anforderungsreiches, aber auch prozessförderndes Unterfangen. Ein Fall, in dem diese Abstimmung besonders gut funktionierte, war dadurch gekennzeichnet, dass eine in etwa monatliche, mehrstündige und direkte Kommunikation der Beteiligten bewusster Teil des Vorgehens war. Dies führte dazu, dass ein ambitioniertes, weil berufsgruppen- und hierarchieübergreifend ausgelegtes, Projekt erfolgreich umgesetzt werden konnte. In einem weiteren Krankenhaus konnte ein ähnlicher Effekt beobachtet werden. Allerdings waren hier nicht alle Linien über den gesamten Prozess hinweg eingebunden und die Abstimmungstreffen der „Kümmerer“ fanden etwas seltener statt. Wenn auch nicht ganz so deutlich wie im vorangehend dargestellten Fall, war auch hier die prozessfördernde Wirkung dieser Vorgehensweise klar zu beobachten, da daraus gemeinsame Pläne, Entscheidungen und Umsetzungsschritte resultierten. Deutlich schwieriger gestalteten sich die Veränderungsprozesse, wenn sich ein oder mehrere der „geborenen Kümmerinnen“ nicht berufen fühlten, sich in das Projekt einzubringen oder sie keine gemeinsame Richtung entwickeln konnten. Ein Krankenhaus zeigt den zuerst genannten Effekt besonders eindrücklich. Das Engagement der Personalabteilung konnte trotz vielfältiger Versuche nicht mit den Top-Führungskräften der Linien verbunden werden. Mit Ausnahme zaghafter Unterstützung durch die Personalvertretung fungierte die Personalabteilung im Projekt als „einsamer Held“. Die beabsichtigten Veränderungsprozesse wurden dadurch erheblich blockiert.

Daneben gibt es auch noch anderes zu tun

sich auf eine bestimmte Veränderung zu konzentrieren und diese konsequent zu verfolgen, erfordert zum einen, diese mit der Routinearbeit zu verbinden und sie zum anderen gegenüber anderen Veränderungsvorhaben konsequent zu verteidigen. Individuell und motivationstheoretisch betrachtet,

geht es also um Volition und strukturell betrachtet, geht es um Prioritätensetzung. Die Verbindung der Veränderungsaktivitäten mit der Routinearbeit gelang den Projektbeteiligten in den Krankenhäusern umso besser, je strukturierter, sichtbarer und verbindlicher die Projektarbeit war.

Die Verbindung der Veränderungsaktivitäten des Fördervorhabens mit anderen Projekten hingegen stellte mehr als einmal ein Problem dar. Wie bekannt, sind die Krankenhäuser heute mit vielen Herausforderungen konfrontiert, wodurch sich die Prioritäten immer wieder verändern. In mehreren Krankenhäusern kam es deshalb zu Ressourcenkonflikten mit anderen Vorhaben, z. B. mit Zertifizierungsvorhaben und ökonomisch orientierten Optimierungsprojekten. Auch die mit einem Personalwechsel verbundenen Dynamiken sind hier zu nennen. In der Projektlaufzeit kam es zum Teil zu personellen Veränderungen im Top-Management, die mit temporärer Stagnation und aufwendigen Neuorientierungsprozessen einhergingen. Dieser Aspekt, der im Einzelfall situationstypisch ist und kaum erwähnenswert wäre, ist mit Blick auf die Wandlungsfähigkeit von Krankenhäusern insofern von Interesse, als sich die Personalfuktuation in den Führungsetagen in den letzten Jahren erheblich intensiviert hat. Einer Untersuchung der KPMG zufolge fanden in den Jahren 2010 bis 2012 in jeweils rund einem Viertel der knapp 400 untersuchten Krankenhäuser Veränderungen in der Geschäftsleitung statt (KPMG o. J., S. 4).

Knappe Ressourcen für das Wissen um Veränderung

Die systematische Gewinnung und Entwicklung neuer Erkenntnisse zu kritischen Erfolgsfaktoren der Organisationsentwicklung, die Bündelung von Erfahrungswissen in diesem Feld oder auch die Aufbereitung vorhandener Erkenntnisse für weitere Projekte, waren in keinem Fall erkennbar. Trotz der oben angesprochenen im Prinzip breiten

Erfahrungen mit organisatorischem Wandel in den Krankenhäusern wurden die genutzten Instrumente und Vorgehensweisen in Abhängigkeit von den jeweiligen Verantwortlichen gestaltet, und das offenbar ohne, dass dabei in größerem Maße auf vorhandene Standards und Routinen zurückgegriffen werden konnte. Dafür spricht auch, dass die Projektbegleitung in einigen Fällen mehr die Rolle des Projektmanagement-Coaches einnahm, als interne Ansprechpersonen zu fungieren.

Stabs-Projektorganisation als Hemmschuh

Jeder Veränderungsprozess erfordert immer wieder Entscheidungen, konkrete Einflussnahme auf das Bestehende und nicht zuletzt auch das Abarbeiten von Arbeitspaketen. An diesen Punkten entscheidet auch die formale Macht der Leitung des Organisationsentwicklungsvorhabens darüber, ob die Pläne umgesetzt werden können. Aber nicht jede Leitung ist gleichermaßen ermächtigt, den Projektmitgliedern und ggf. auch weiteren Organisationsangehörigen Weisungen zu erteilen. Dies geht auf die Funktion von Projekten als Sonderaufgaben jenseits der etablierten Strukturen und Routinen der Organisation zurück. Dementsprechend werden verschieden mächtige Projektaufbauorganisationen voneinander unterschieden. Komplette Weisungsbefugnisse, also fachlich und disziplinarisch, haben die Verantwortlichen, wenn sie ein Projekt nur in ihrem eigenen Weisungsbereich durchführen. Dabei handelt es sich um die sogenannte Linien-Projektorganisation. Dasselbe gilt für die reine Projektorganisation, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Projektteammmitglieder für die Dauer des Projekts aus ihren angestammten Arbeitsbereichen herausgelöst und der Projektleitung unterstellt werden. Anders verhält es sich bei den beiden weiteren Projektorganisationsformen. Hier ist zum einen die Matrix-Projektorganisation anzuführen, bei der die Teammitglieder nur einen Teil ihrer Arbeitszeit für das Projekt

aufwenden und auch nur darauf bezogen der Projektleitung fachlich unterstellt sind. Zum anderen handelt es sich um die Stabs-Projektorganisation. Sie hat keinerlei direkte Weisungsbefugnisse. Die Projektkoordination wirkt getragen durch einen organisatorischen Auftrag über die jeweiligen Linienvorgesetzten indirekt auf Projektteammitglieder aus verschiedensten Bereichen ein (Olfert 2012, S. 46 ff.).

Die untersuchten Organisationsentwicklungsprojekte der acht Krankenhäuser wurden durchgehend im Sinne einer Einfluss-Projektorganisation, zum Teil leicht gemischt mit Elementen der Matrix-Projektorganisation, durchgeführt. Die Leitungen konnten hinsichtlich der meisten Projektteammitglieder nicht auf Weisungsbefugnisse zurückgreifen. In einigen Häusern wurde diese Koordinationsrolle auch durch die Betroffenen selbst begrüßt. Eine gezielte Nachfrage in diesem Zusammenhang ergab beispielsweise, dass eine projektbezogene Veränderung der Weisungsbefugnisse Sorge auslöste. Denn schließlich hätte man in vielen Zusammenhängen berufliche Berührungspunkte miteinander und müsse dann ja immer wieder miteinander klarkommen. Für die Projektfortschritte erwies sich diese Präferenz allerdings als Hemmschuh bzw. als Grund für nicht oder nicht termingerecht erledigte Arbeitspakete, Fernbleiben von Sitzungen und Umsetzungsschwierigkeiten.

Laterales Führen: viel Expertenmacht, wenig Verständigung und Vertrauen

Neben den formalen Machtstrukturen, wie sie sich im Organigramm einer Organisation ausdrücken, entscheidet auch die Einflussnahme unter Kolleginnen und Kollegen darüber, welche Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden. Dieses, auch als laterales bzw. seitliches Führen bekannte Phänomen, ist auch die Voraussetzung für das Gelingen von Aufgaben, wenn keine formalen Weisungsverhältnisse bestehen oder diese nicht eindeutig oder besonders kom-

plex sind. Dies gilt für Organisationsentwicklungsprojekte in besonderem Maße, nicht zuletzt wegen der vorab herausgearbeiteten schwachen Projektorganisation. Dementsprechend stellt sich bei einem Veränderungsprozess die Frage, wie geübt die Organisation und ihre Mitglieder in den Mechanismen des lateralen Führens sind.

Im Projekt der Krankenhäuser oftmals vorzufinden war die informelle Macht, die von besonderer Expertise ausgeht oder davon, dass man Anerkennung im eigenen Netzwerk hat und deshalb Veränderungsbeschlüsse vorantreiben kann. Die Ausübung dieser informellen Macht konnte die Projektarbeit in mehreren Krankenhäusern immer wieder voranbringen, weil sich dadurch unumstrittene und kompetente Verantwortliche für konzeptionelle Arbeiten fanden und erforderliche Beschlüsse forciert werden konnten. Gleichzeitig konnte vor allem in einem Krankenhaus auch eine negative Seite der informellen Macht beobachtet werden, indem vernachlässigt wurde, die anderen Beteiligten mit einzubeziehen. Auf Basis hoher Expertise wurden im Schnellverfahren verschiedene neue Konzepte für die Personalarbeit produziert, die in der Projektgruppe noch gar nicht abschließend diskutiert worden waren. Dies behinderte wiederum den Prozess der Umsetzung.

Verständigung, als ein weiterer Mechanismus des lateralen Führens, war hingegen seltener in eingeübter Form anzutreffen. In den wenigen Fällen, in denen es hierzu eine routinierte Praxis gab, beschleunigte dies die Einigung über Ziele, Vorgehensweisen und die Zuteilung der Projektarbeiten. Ansonsten hemmte mangelnde Verständigung die Entwicklung erheblich. Dabei wurden verschiedene konkrete Hürden sichtbar, vor allem in der berufsgruppenübergreifenden Kommunikation.

Eine besondere Problematik zeigte sich in der Praxis einer Stellvertreterkultur. Dadurch kam es in den Projektgruppen vor Ort zum

Teil zu erheblichen personellen Wechseln. Getreu dem Motto „Hauptsache irgendjemand aus unserem Bereich ist vertreten“ kamen und gingen Projektteammitglieder zum Teil ohne genauere Kenntnis der Situation. Entsprechend konnte nur in stark eingeschränktem Maße auf gemeinsame Vorarbeiten, Beschlüsse und Zielsetzungen zurückgegriffen werden. Die zeitlichen Ressourcen wurden durch immer wieder erforderliche allgemeine Erklärungen zum Projekt und wiederholten Diskussionen über bereits behandelte Sachverhalte belastet. Diejenigen, die kontinuierlich teilnahmen, verloren auf diese Weise an Motivation.

Laterales Führen durch Vertrauen war nur in einzelnen Situationen sichtbar, bspw. wenn Beteiligten bestimmte Projektarbeiten verantwortlich zugeteilt wurden. Dahingegen überwogen Situationen, in denen fehlendes Vertrauen erkennbar wurde, z. B. wenn Beteiligte bewusst von bestimmten Aufgaben ausgeschlossen wurden oder ihnen nur eingeschränkte Informationen zur Verfügung gestellt wurden. Dabei wurde insbesondere in einem Krankenhaus sichtbar, dass tradierte und intensive Machtkämpfe zwischen verschiedenen Organisationsbereichen den Beteiligten das Vertrauen in die Kollegialität der anderen unmöglich machten.

„Kümmerinnen“ lösen besonderes Veränderungspotenzial in Krankenhäusern aus

Die Reflexion des Veränderungspotenzials in den acht untersuchten Krankenhäusern hat gezeigt, dass die Veränderungsvoraussetzungen unterschiedlich ausgeprägt waren. Positiven Aspekten standen negative gegenüber, wobei die Verteilung der Voraussetzungen in den Projektkrankenhäusern stark individualisierte Profile von Stärken und Schwächen in Veränderungsprozessen erzeugt.

Tendenziell waren die Entwicklungsprozesse dort einfacher und erfolgreicher, wo mehr

Veränderungsvoraussetzungen positiv ausgeprägt waren. Einfaches Addieren und Aufwiegen der vielfältigen Voraussetzungen wird einer realistischen Beschreibung des Veränderungspotenzials aber nicht gerecht. Erheblichen Einfluss hat hier sicherlich auch die Ausprägungsintensität der einzelnen Stärken und Schwächen, die sich jedoch nur schwerlich in Zahlen ausdrücken und vergleichbar machen lässt. Auch bleibt festzuhalten, dass kein Krankenhaus ausschließlich positiv ausgeprägte Veränderungsvoraussetzungen hatte, so dass kein „Idealfall“ den Vergleich mit weniger guten Fällen ermöglicht. Des Weiteren ist der Zusammenhang zwischen den Veränderungsvoraussetzungen und den krankenhausesbezogenen Projektergebnissen nicht linear zu betrachten. Vielmehr scheinen bestimmte Veränderungsvoraussetzungen eine größere Bedeutung für den erfolgreichen Verlauf einer Entwicklungsmaßnahme zu haben als andere.

Besonderen Einfluss auf Projektfortschritte und positive Ergebnisse hatte in mehreren Fällen das auffällige Engagement einzelner Projektbeteiligter. Ganz eindringlich deutlich wurde dies in einem Krankenhaus, das viele der oben dargestellten Schwächen beim Veränderungspotenzial aufwies, aber letztlich doch noch zu innovativen Ergebnissen kommen konnte, weil ein Teil des Projektteams, trotz Widerständen und Rückschlägen, das Ziel beharrlich weiterverfolgte. Ähnliches, wenn auch mit etwas besseren Ausgangsbedingungen beim Veränderungspotenzial gilt auch für vier weitere Krankenhäuser, also in insgesamt fünf von acht Fällen. Dabei waren es jeweils einzelne überzeugte „Kümmerer“ oder kleine Gruppen, die sich konzeptionell und kommunikativ für bestimmte Neuerungen engagierten und diese umsetzten.

Für das Veränderungspotenzial von Krankenhäusern leiten sich daraus die Fragen ab, wie es gelingt, die „Kümmerinnen“ zu finden und sie gezielt zu unterstützen. Darüber hinaus wäre näher zu analysieren, wie

sich der wechselseitige Zusammenhang zwischen ihrem Engagement und den Veränderungsvoraussetzungen genau darstellt. Diese Fragestellungen sollten in einer folgenden Studie zum „Change“ in Krankenhäusern breiter und tiefergehend untersucht werden, um das Veränderungspotenzial der Krankenhausbranche begründet positiv zu beeinflussen.

Literatur

Achtziger A., Gollwitzer P. M. (2009) Rubikonmodell der Handlungsphasen. In: Brandstätter V. (Hrsg.). Handbuch der Allgemeinen Psychologie: Motivation und Emotion. Hogrefe Verlag. Göttingen. S. 150-156.

Doppler K., Lauterburg C. (2002) Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. 10. Aufl.. Campus Verlag. Frankfurt am Main.

Erpenbeck J., Rosenstiel L. von (2007) Einführung. In: Erpenbeck J., Rosenstiel L. von (Hrsg.) Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 2. Aufl.. Schäffer-Poeschel. Stuttgart.

Franken S. (2010) Verhaltensorientierte Führung. Handeln, Lernen und Diversity in Unternehmen. 3. Aufl.. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Gessler M. (2015) Einleitung: Grundannahmen eines Kompetenzbasierten Projektmanagements. In: Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement (GPM), Gessler M. (Hrsg.). Kompetenzbasiertes Projektmanagement (PM3). Handbuch für die Projektarbeit, Qualifizierung und Zertifizierung auf Basis der IPMA Competence Baseline Version 3.0 / unter Mitwirkung der spm - swiss project management association. GPM. Nürnberg. S. 7-28.

Heckhausen H., Gollwitzer P. M. (1987) Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. In: Motivation and Emotion. Vol. 11. No. 2. pp. 101-120.

Hollmann J., Sobanski A. (2015) Strategie- und Change-Kompetenz für Leitende Ärzte. Krisen meistern, Chancen erkennen, Zukunft gestalten. Springer Verlag. Berlin.

Homma N., Bauschke R., Hofmann L. M. (2014) Einführung Unternehmenskultur. Grundlagen, Perspektiven, Konsequenzen. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden.

KPMG (o. J.) Untersuchung. Health Care. Geschäftsführerwechsel im deutschen Krankenhaus. Berlin: KPMG (Hrsg.) online im Internet. URL: <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/pdf/2015/07/studie-gf-wechsel-im-deutschen-Krankenhaus.pdf>. Abrufdatum: 10.02.2016.

Krüger W. (2009) Excellence in Change. Wege zur strategischen Erneuerung. 4. Aufl.. Gabler Verlag. Wiesbaden.

Kühl S., Schnelle T. (2009) Führen ohne Hierarchie. Macht, Vertrauen und Verständigung im Prozess des Lateralen Führens. In: OrganisationsEntwicklung. Nr. 2. S. 51-60.

Kunz C. (2005) Strategisches Multiprojektmanagement. Konzeption, Methoden und Strukturen. Deutscher Universitäts-Verlag. Wiesbaden.

Müller W., Görres D. (2009) Innovationsstrategien – Konzeption und Best Marketing Practices. Fachhochschule Dortmund. Institut für Angewandtes Markt-Management. Reihe Forschungspapiere. Bd. 19. online im Internet. URL: <https://opus4.bsz-bw.de/fhdo/files/41/IAMM-Innovationsstrategien.pdf>. Abrufdatum: 05.02.2016.

Olfert K. (2012) Projektmanagement. 8. Aufl.. Kiehl Verlag. Herne.

Roeder N., Volkert T. (2014) Wirtschaftliche Aspekte des deutschen DRG-Systems und deren Auswirkungen auf die Organisationsentwicklung. In: Aken H. van, Reikart K., Welte T., Weigand M. (Hrsg.). Intensivmedizin. 3. Aufl.. Thieme Verlag. Stuttgart. S. 59-64.

Rong O. (2009) Organisationsstrukturen auf dem Prüfstand. In: Rau F., Roeder N., Hensen P. (Hrsg.) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Kohlhammer Verlag. Stuttgart. S. 267-273.

Senge P. M. (2011) Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 11. Aufl.. Schäffer-Poeschel. Stuttgart.

Sprenger R. K. (2014) Mythos Motivation. Wege aus einer Sackgasse. 20. Aufl.. Campus Verlag. Frankfurt am Main.

Destatis (2016) Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). online im Internet. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/GDKrankenhaeuserJahreOhne100000.html>. Abrufdatum: 10.02.2016.

Vahs D., Leiser W. (2007) Change Management in schwierigen Zeiten. Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Veränderungsprozessen. Deutscher Universitäts-Verlag. Wiesbaden.

Wilkesmann U., Rascher I. (2003) Wissensmanagement. Analyse und Handlungsempfehlungen. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.

Autorenbiografien

Prof. Dr. Karin Scharfenorth hat die Professur für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Leadership & Gesundheits- & Sozialmanagement an der FOM Hochschule am Standort Essen und ist geschäftsführende Gesellschafterin der Anstoß FIT durch Projekte UG. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Führung, Human Resource Management, Organisationsmanagement, Organisationsentwicklung, Projektmanagement, Schlüsselkompetenzen, Entwicklung Gesundheit und Soziales.

Prof. Dr. Johanne Pundt, MPH, ist Präsidentin und Dekanin der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind: Berufs-, Professions- und Bildungssoziologie bezogen auf das Gesundheitswesen, Human Resource Management und Themen zu Bedarfen im Bildungsbereich der Gesundheitswirtschaft sowie zu Qualifizierungspotenzialen und Arbeitsgestaltungen.

Autorenanschriften

Prof. Dr. Karin Scharfenorth
Hochschule für Oekonomie und Management (FOM)
Hochschulzentrum Essen
Herkulesstraße 32
45127 Essen

E-Mail: Karin.scharfenorth@fom.de

Prof. Dr. Johanne Pundt, MPH
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft GmbH
Universitätsallee 18
28359 Bremen

E-Mail: Johanne.pundt@apollon-hochschule.de

Führende Köpfe im Porträt

Interview

Die Gesprächspartner Prof. Dr. Mario Pfannstiel und Univ.-Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt (Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Gesundheitsökonomie der Universität Trier und Sprecher des Hochschulbereichs Gesundheit und Soziales der FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Essen/Frankfurt a.M.) werden im Folgenden mit MP und AG abgekürzt.

MP: Was war ihr Berufswunsch als Schüler?

AG: Mein erster Berufswunsch hat sich zunächst in der gymnasialen Oberstufe entwickelt. Ich wollte Patentanwalt werden. Technik hat mich schon immer fasziniert und Erfinder sowieso. Allerdings hatte ich auch fantastische Geschichts-, Politik-, Wirtschafts- und Philosophielehrer („PoWi“-Fächer), die sehr früh mein Interesse nicht nur technologisch weckten. Was ich nie werden wollte, war Arzt. Als ich dann mit dem Studium begann, habe ich Medizin immer als mein Nebenfach betrachtet, auf dessen Basis ich später als Medizinphysiker arbeiten wollte.

MP: Für welche Organisation wollten Sie während der Ausbildung arbeiten?

AG: Wie das im Leben so spielt, habe ich aufgrund einer wirtschaftlichen Krise meiner selbständigen Eltern sehr früh unabhängig sein wollen und zunächst eine Lehre als Physiklaborant und dann als Techniker absolviert, kombiniert mit dem Fachabitur. Meine Ausbildung bei den „Farbwerken Hoechst AG“ motivierte mich daher, zunächst in der



Goldschmidt: „Führen ist wie Musik, nur wer den Takt einhält, führt auch gut.“

Pharmaindustrie Fuß zu fassen, wo ich zugegebenermaßen auch sehr viel gelernt habe.

MP: Welche Ereignisse waren für Ihre berufliche Entwicklung wesentlich?

AG: Meine fünfjährige Ausbildung und Berufstätigkeit in der Pharma- und später in der Medizintechnikindustrie haben mich nachhaltig geprägt, vor allem die damals noch äußerst grenzwertigen Arbeitsbedingungen im Niedriglohnssektor der Chemieindustrie. Für mich war schnell klar, dass ich weiterkommen wollte, weshalb ich während dieser Zeit das Abitur am Hessenkolleg nachholte und mit dem Studium an der Goethe Universität in Frankfurt begann. Aber auch nach meinem Studium folgte sehr bald meine Er-

Profildaten

Seit 2003 ist Prof. Dr. Andreas J.W. Goldschmidt an der Universität Trier geschäftsführender Leiter des Internationalen Health Care Management Instituts (IHCI) und wurde ein Jahr später zusätzlich Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Gesundheitsökonomie (ZfG). Seit 2005 ist er darüber hinaus der BCW-Gruppe in Essen beruflich verbunden, u. a. als Gesamtstudienleiter der hessischen VWA und der hessischen BA in Frankfurt a.M. sowie seit 2015 als Sprecher des Hochschulbereichs Gesundheit und Soziales der FOM Hochschule für Oekonomie und Management in Essen.

Andreas Goldschmidt, 1954 in Frankfurt a.M. geboren, verheiratet, 2 Kinder, hat an der Goethe Universität in Frankfurt a.M. zunächst Physik bis zum Vordiplom und dann Humanmedizin studiert. Akademische Weiterbildungen, Habilitation und *venia legendi* erfolgten später in den Fächern Medizinische Informatik, Biometrie und Gesundheitsmanagement.

Beruflich wurde er nach neun Jahren Tätigkeit in einer Klinik der Maximalversorgung in Offenbach a. M. 1998 C3-Universitätsprofessor in Bonn und 2003 C4-Universitätsprofessor in Trier. Dazwischen war er – zum Teil überschneidend – vier Jahre in der freien Gesundheitswirtschaft in Luxemburg als Aufsichtsrat und Vorstand eines MDAX-Konzerns in der Gesundheitswirtschaft tätig, außerdem war er sechs Jahre Geschäftsführer einer Tochtergesellschaft für Forschung und Bildung eines kommunalen Klinikkonzerns. Er ist Mitglied des Aufsichtsrates im Klinikum Darmstadt und in den Universitätskliniken des Saarlandes. Aufgrund seiner Forschungen und Erfahrungen sowohl bei der Qualifizierung von Führungsnachwuchskräften in der Gesundheitswirtschaft sowie als Manager gelingt ihm der Transfer zwischen Theorie und Praxis besonders glaubwürdig und einprägsam. Das Mentoringprogramm der B. Braun Stiftung ist daher seit 12 Jahren federführend mit ihm entwickelt und ausgestaltet worden. Im Jahr 2012 wurde er als Mitglied der Klasse „Sozial-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften“ in die Europäische Akademie der Wissenschaften und Künste nominiert und aufgenommen.

Andreas Goldschmidt ist begeisterter Folk- und Rock-Gitarrist und Sänger sowie Wissenschaftler in seinem Musikernetzwerk „FnR - Folk-n-Rock Rhein-Main“. Er organisiert, u. a. unterstützt von Manfred Häder, deutschlandweit Charity-Konzerte und Bands im Gesundheitswesen („Die RGees“, „gmds Allstars“, „Aurifecs & Friends“, „FnR“) für seine Forschungsarbeiten mit mehreren Universitäten zur unterstützenden Wirkung von "Musik statt Pille" bei einigen schwerwiegenden Erkrankungen.

Quelle: Eigene Darstellung (2017).

nüchterung als „Jungmediziner“. Die im Vergleich zur Industrie unglaublichen Hierarchien in der Medizin und die oft geringe Führungskompetenz vieler Ober- und Chefarzte sowie deren Unwissen und Ignoranz gegenüber ökonomischen Notwendigkeiten und Zwängen beeindruckten mich sehr. Bereits damals nahm ich mir vor, hier in der Zukunft etwas ändern zu wollen, um das Management in Gesundheitseinrichtungen in Deutschland zu verbessern.

MP: Was war Ihre beste Personalentscheidung?

AG: „Die“ beste Personalentscheidung kann ich nicht erkennen. Bei der Auswahl meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatte ich jedoch auch ausnahmslos eine glückliche Hand. Aber manchmal musste ich auch schwerwiegende Entscheidungen treffen, besonders bei Personal, das man vom Vorgänger „geerbt“ hat und das nicht mehr mit der Zeit gehen wollte oder sich gar eines schwerwiegenden Vergehens schuldig ge-

macht hat. In solchen Situationen sind „gute“ bzw. notwendigerweise „richtige“ Personalentscheidungen viel schwerer zu treffen als bei einer Neuauswahl. Hat man es z. B. mit einer korrupten Persönlichkeit zu tun, so muss man konsequente Entscheidungen treffen, ohne dabei gleichzeitig dem eigenen Unternehmen und/oder dem Kunden zu schaden. Letzteres ist die eigentliche Kunst.

MP: Ihre Führungsphilosophie – wie würden Sie sich als Chef beschreiben?

AG: Es gibt mehrere Grundprinzipien, die ich fast immer eingehalten habe und die zu einer gesunden Fluktuation geführt haben, sodass stets gute Fachkräfte um mich arbeiteten. Erstens, fördere die Karriere begabter junger Menschen und versuche, sie nicht zwanghaft an dich zu binden. Zweitens suchte ich immer nach kompetitiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die fachlich möglichst besser sein sollten, als ich selbst - zumindest perspektivisch. Drittens, übergebe frühzeitig Verantwortung, wo immer das möglich ist und fördere gesunde Kritikfähigkeit. Als letztes, vertraue jedem deiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bis diese dich zum ersten Mal enttäuscht haben. Das hatte mir schon mein Vater beigebracht und letzteres passierte eigentlich auch nie wirklich. Ich hatte eben Glück.

MP: Wie motivieren Sie Mitarbeiter?

AG: Auch hier gibt es keine einfachen Antworten. Früher war es Motivation genug, wenn jemand entweder mehr Geld verdienen konnte oder ein akademischer Grad zu erwerben war. Mehr Geld ist ab einer bestimmten Sättigung, sagen wir mal von im Durchschnitt aktuell vielleicht ca. 80.000-100.000 Euro pro Jahr, für die meisten nicht mehr so attraktiv wie vor 10 oder 20 Jahren. Diese „Banane“ zieht also längst nicht mehr so stark wie z. B. das Thema Lebensqualität neben dem Beruf. Auch der akademische Grad hat als Attraktion erheblich eingebüßt, spätestens seit der Guttenberg-Affäre und

den vielen darauf folgenden Aberkennungsverfahren, die medial ja sehr heftig ausgeschlachtet wurden. Vor allem aber die Tatsache, dass ein Grad heute mehr als berufsqualifizierendes Merkmal und nicht mehr als Namensbestandteil betrachtet wird. Mein Motivationstreiber ist daher schon seit vielen Jahren etwas ganz Anderes, nämlich die eigene Qualifikation und den Erfolg zur Marke werden zu lassen. Wer fragte schon „Albert Einstein“, ob er einen Doktor- oder Professorengrad hatte? Beides sind heute mehr denn je Mittel zum Zweck, also um insbesondere am Anfang der Berufskarriere Erfolg zu haben bzw. bereits möglichst weit oben einzusteigen. Je mehr ich zur Marke geworden bin, desto unwichtiger sind aber tatsächlich Geld und Titel. Und man erkennt, dass Einfluss sowie Reputation und der eigene Name als Marke viel wertvoller sind und insgesamt zufriedener machen.

MP: Welches Profil haben Manager im Gesundheitswesen 2030?

AG: Ok, das sind noch 13 Jahre, was eine lange Zeit in der Gesundheitswirtschaft bedeutet. Daher mache ich es an der wahrscheinlichsten Prognose fest, die bedeuten wird, dass die Unternehmensfusionen insbesondere im Krankenhausbereich weiter zugenommen haben werden und es mehr und mehr Verträge zur Gesundheitsversorgung von Regionen und nicht nur an einzelnen Standorten geben wird. Auf den strategischen und operativen Managementebenen werden daher sehr viel mehr Teamplayer zu finden und notwendig sein. Also umgekehrt eben (noch) viel weniger Alleinkämpfer als heute. Die Grenzen zwischen Hauptgeschäftsführern und „normalen“ Geschäftsführern, zwischen Vorstandsvorsitzenden und Vorstandsmitgliedern sowie zwischen Aufsichtsratsvorsitzenden und sonstigen Aufsichtsräten werden mehr und mehr verschwinden und gesamtverantwortlichen Management- oder Aufsichts-„Teams“ weichen. Neue Corporate Governance-Richtlinien werden Korruption und sonstiges Fehlverhalten

Universität Trier

Die Universität Trier ist eine primär geisteswissenschaftlich geprägte Hochschule mit ca. 14.000 Studierenden, die im Gesundheitsbereich auf eine lange Tradition zurückblickt. Sie ist prädestiniert für grenzüberschreitende Forschungen zwischen Deutschland, Luxemburg sowie den naheliegenden Ländern Belgien und Frankreich. Dazu gehörten ein internationaler MBA in Health Care Management, der 10 Jahre lang erfolgreich angeboten wurde, sowie seit einigen Jahren ein duales Studium in Pflegewissenschaften und ein großer Fachbereich Psychologie. Das ZfG ist ein interdisziplinäres Zentrum, in dem Wissenschaftler aus der Betriebswirtschaft, Volkswirtschaft, Soziologie sowie den Informatik- und Gesundheitswissenschaften zusammenarbeiten.

Die FOM Hochschule für Oekonomie und Management ist die größte private, gemeinnützige Hochschule mit Standorten in ganz Deutschland. Sie gehört zur BCW-Gruppe in Essen und hat derzeit ca. 42.000 Studierende. Die Gesundheitswissenschaften sind ihr jüngster erfolgreicher Zweig mit wachsendem Zuspruch für deren Bachelor- und Masterstudiengänge.

Quelle: Eigene Darstellung (2017).

ten zunehmend zurückdrängen und wirtschaftlichen Größenwahn einzelner mehr und mehr verhindern. Um den Bezug zur Realität nicht zu verlieren, sollte das Management der Zukunft immer auch für bestimmte Zeitintervalle in die reale Arbeitswelt seines Unternehmens eintauchen müssen. Dogma und Omnipotenz wird (hoffentlich) der Vergangenheit angehören.

MP: Was raten Sie jungen Führungskräften?

AG: Das Wichtigste, was ich diesen mitgeben möchte, ist eine realistische Selbsteinschätzung. Das Schlimmste, was einem passieren kann, ist meines Erachtens, als Führungskraft zu scheitern und/oder ein Unternehmen in die Insolvenz führen zu müssen. Manchmal ist es besser, auf der zweiten oder dritten Managementebene zu bleiben und nicht zu weit nach oben zu streben. Andererseits sind jene zu ermuntern, die dazu in der Lage und befähigt sind, andere Menschen erfolgreich im Team an vorderster Front zu führen und die immer wieder bereit sind, sich neuen Herausforderungen zu stellen und sich stets wechselnden Gegebenheiten anzupassen. Meinen Studierenden empfehle ich daher gerne, ein Buch aus der Realität eines gestandenen Managers zu lesen,

der die Höhen und Tiefen seines Unternehmens durchlebt hat. Z. B. „Der schwarze Grat: Die Geschichte des mittelständischen Unternehmers Walter Lindenmaier aus Laupheim“ von Burkhard Spinnen, der vor etwa 17 Jahren den Johanna-Quandt-Literaturpreis gewonnen hat.

Autorenanschriften

Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt
Gesundheitsmanagement und Logistik
Geschäftsführender Leiter des IHCI
Internationales Health Care Management
Institut (IHCI)
Universität Trier, FB IV (WiSo/WI)
Campus II (H323), Behringstraße
54286 Trier

E-Mail: 1@andreas-goldschmidt.com

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

E-Mail: mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de

Berufsbegleitende Weiterbildung an der Hochschule Neu-Ulm im Bereich Gesundheitsmanagement



Unsere Programme

- MBA Führung und Management im Gesundheitswesen (5 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

zfw@hs-neu-ulm.de

www.hs-neu-ulm.de/fmg

www.hs-neu-ulm.de/mgp

www.hnu-blog.de

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Mitherausgeber/ Redaktion

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

Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

Redaktionsanschrift

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

Telefon: 0731 9762-1621, E-Mail: zfpg@hs-neu-ulm.de

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. 4, Nr. 1, 2018, S. 1-65. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.04.01.2018-01

Erscheinungsort

Neu-Ulm, 9/ 2018

ISSN Online

2363-9342

ISSN Print

2364-2556

Auflage

1000

QR-Code



Webseiten

Zeitschrift
www.hs-neu-ulm.de/ZFPG

Hochschule
www.hs-neu-ulm.de

Druckerei

Datadruck GmbH
Leibier Weg 8
89278 Nersingen

