

Grundlagen

1 Mitarbeiterführung

*»Der schnellste Weg, über eine Sache klar zu werden, ist das Gespräch.«
Friedrich Dürrenmatt*

Führen bedeutet, Einfluss auf das Verhalten von Menschen zu nehmen, ihnen den Sinn ihrer Aufgabe aufzuzeigen, ihnen mittels Zielen eine Richtung zu weisen und sie entsprechend ihren Voraussetzungen und Aufgaben zu entwickeln. Erfolgreichem aktiven Führungshandeln liegt eine einfache Maxime zugrunde: Wer Leistung fordert, muss Sinn geben.

Wer Leistung fordert,
muss Sinn geben

Diesem Anspruch kann eine Führungskraft nur gerecht werden, wenn sie bereit ist, Verantwortung zu übernehmen – für das Erreichen der Klinikziele ebenso wie für die Mitarbeitenden. Ihr Führungshandeln erstreckt sich einerseits auf den direkten Kontakt zu den Mitgliedern ihres Teams und andererseits auf Strukturen und Prozesse (Abläufe, Gestaltung des Arbeitsplatzes etc.). Dabei ist Kommunikation das zentrale Transportmittel, mit dem Führungskräfte ihre Botschaften vermitteln – ohne regelmäßige Gespräche keine Führung, lautet die einfache Formel. Fehlende oder insuffiziente Führung führt zu Missverständnissen, Spannungen, schlechter Leistung, hohem Krankenstand und Personal-Fluktuation.

Zwar können Theorien kein fertiges Konzept für eine erfolgreiche und glaubhafte Mitarbeiterführung in Kliniken und Krankenhäusern liefern – dafür sind die beteiligten Menschen zu verschieden und die Situationen zu komplex. Aber Theorien, Modelle und Konzepte helfen, wichtige Faktoren zu beschreiben, zu erkennen und Handlungsweisen zu entwickeln. Um es angelehnt an den Soziologen Karl Popper zu sagen: »Theorie ist das Netz, das wir über die Welt werfen, um die Wirklichkeit zu erfassen.«

1.1 Anforderungen an Führungskräfte

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Anforderungen an Führungskräfte stark verändert. Die Zeiten, in denen »der« Chefarzt als Halbgott in Weiß seine Klinik nach Gutdünken führen konnte und Ober- und Assistenzärzt*innen vor (Ehr-)Furcht erstarrten, gehören inzwischen weitgehend der Vergangenheit an.

Führungskräfte im
Spannungsfeld
zahlreicher
Anforderungen

In der Hochleistungsmedizin des 21. Jahrhunderts müssen Führungskräfte ganz anderen Anforderungen gerecht werden:

Vielfalt der Führungssituationen: Die Beförderung in eine Leitungsfunktion ist längst keine Frage des Alters und der Erfahrung mehr. Häufig führen jüngere Führungskräfte ältere Mitarbeitende oder ältere Führungskräfte jüngere Teams – wobei das Erste zunehmen wird.

Mitverantwortlich führen: Damit Mitarbeitende hinter den Klinikzielen stehen können und sich mit ihnen identifizieren, müssen sie in organisatorische Entscheidungen einbezogen werden. Partizipation spielt eine wichtige Rolle.

Komplexität und Veränderung bestimmen den Alltag: Komplexe Situationen und schnell aufeinanderfolgende Veränderungen kennzeichnen den Führungsalltag in der Klinik. Unter diesen Umständen ist es für Führungskräfte immer schwieriger, die Aufgabenbearbeitung ihrer Mitarbeitenden fachlich und zeitlich zu begleiten. Deshalb brauchen sie klar definierte Ziele und Führungskräfte überprüfbare Ergebnisse, um Leistungen einschätzen zu können.

Soziale Kompetenz: Jede einzelne und persönliche Arbeitsleistung ist in Kliniken und Krankenhäusern von großer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wird die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Fähigkeiten immer wichtiger. Flexibles Führungshandeln, das den Menschen in den Mittelpunkt rückt, ist dafür unabdingbar.

Integrationskraft: Die Herausforderungen des Klinikalltags sind nur im Team zu bewältigen. Es gehört zur Aufgabe der Führungskraft, eine Teamkultur aufzubauen, die eine hohe Leistungsbereitschaft erzeugt und in der sich die Mitarbeitenden mit den Zielen der Klinik identifizieren (► Kap. 3). Gleichzeitig muss das Team selbst Schutz vor Überlastung bieten und dem Überschreiten der psychischen und physischen Grenzen aller Teammitglieder und denen der Leitung vorbeugen. Mit Integrationskraft ist zudem die Fähigkeit verbunden, aus unterschiedlichen Interessen synergetisch Lösungen zu entwickeln.

1.2 Führungsaufgaben

Formal gesehen hat eine Führungskraft eine leitende Stellung in einer Klinik inne. Ihre Aufgabe ist es, mit einem Team/den Mitarbeitenden bestimmte Ziele zu erreichen und Ergebnisse zu erzielen bzw. spezifische Dienstleistungen zu erbringen.

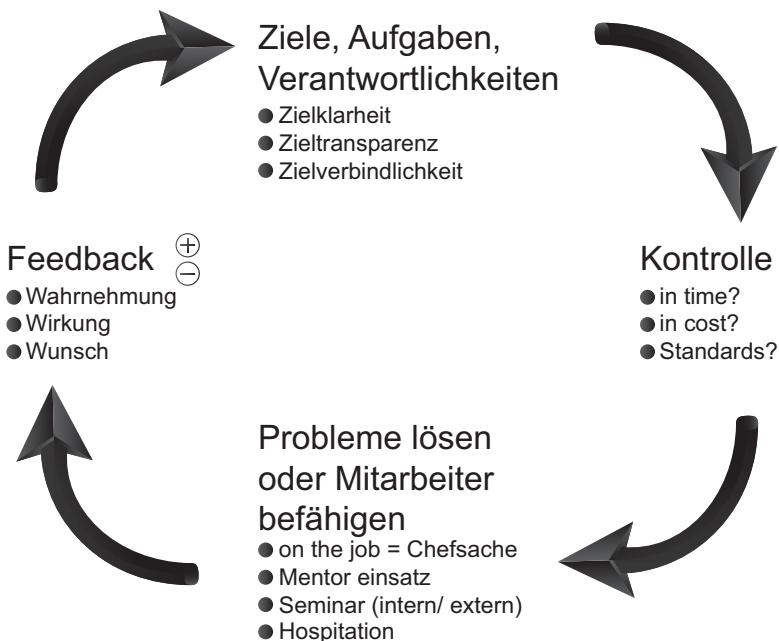
Die konkreten Aufgaben, die sich aus dieser formalen Beschreibung ableiten lassen, stellt der Führungskreislauf (► Abb. 2) dar.

Er beschreibt die Schritte, die nacheinander und kontinuierlich erforderlich sind, um alle Mitarbeitenden und Teams aktiv und wirkungsvoll zu führen:

- Ziele, Aufgaben, Zuständigkeiten klar regeln und vereinbaren (► Kap. 5)
- die Umsetzung der vereinbarten Ziele, Aufgaben, Zuständigkeiten beobachten und kontrollieren
- Fragen klären, Probleme lösen und gleichzeitig jede*n Einzelne*n befähigen, die vereinbarten Ziele, Aufgaben, Zuständigkeiten zu erreichen und zu bewältigen
- Feedback (positiv und negativ) geben und nehmen

Führungskreislauf:

Abb. 2:
Führungskreislauf



Diese Schritte des Führungskreislaufs markieren die originären Aufgaben wirksamer Führungskräfte. Ihre konsequente Durchführung ist die Basis aktiven Führungshandelns und ein unbedingtes Muss. In ihrem Zentrum stehen Kommunikation, Information und Koordination – sie sind zwingend erforderlich, um der Führungsaufgabe gerecht zu werden.

Aus der Bedeutung des Führungskreislaufs und der Umsetzung seiner Einzelschritte resultiert ein grundlegender Aspekt, der im hektischen Klinikalltag häufig unterschätzt wird: Führung braucht Zeit – Zeit für Gespräche, Information und Koordination (► Kap. 5).

Führung heißt: Zeit für Gespräche, Information und Koordination

Doch Führungskraft zu sein, heißt auch, sich die eigene Führungsrolle und die mit ihr verbundene Vorbildfunktion bewusst zu machen (► Kap. 2). Nur wer den eigenen Mitarbeitenden Wertschätzung, Respekt und Achtung entgegenbringt, ist glaubwürdig und damit langfristig in der Lage, auf deren Verhalten Einfluss zu nehmen.

Erfolgreiche Führung basiert auf (► Kap. 7.1):

1. Vorbildfunktion: die Führungskraft geht mit gutem Beispiel voran
2. Fürsorgeprinzip: für das Team Verantwortung übernehmen
3. Verteilungsgerechtigkeit: die Balance zwischen Arbeitsmenge und Qualität sowie die Präsenz der Führungskraft gegenüber den Mitarbeitenden sicherstellen
4. Fairness: Leistung verlangen, die den Erfahrungen und Reifegraden der Mitarbeitenden entsprechen, Schutz vor Überforderungen geben, immer beide Seiten anhören
5. Informationsverantwortung: die richtige Information in der richtigen Menge an die richtigen Mitarbeitenden zum richtigen Zeitpunkt über den passendsten Informationskanal geben

1.3 Im Spannungsfeld zwischen Fach- und Führungsaufgaben

Überdurchschnittliche Fachkompetenz ist in der Regel der Grund für den Aufstieg in eine Führungsposition. Doch um sie auszufüllen und zeitlich bewältigen zu können, ist es wichtig, sich von einigen Fachaufgaben zu lösen und stattdessen Führungsaufgaben zu übernehmen. Je weiter der Aufstieg in der Hierarchie voranschreitet, umso mehr nehmen die Führungsaufgaben zu und die Fachaufgaben haben strategischen Charakter oder konzentrieren sich auf spezielle Tätigkeiten.

Insbesondere für Ärzt*innen und Pflegekräfte, die zum ersten Mal Führungsverantwortung übernehmen, ist es wichtig zu reflektieren, wie sich ihre Fachaufgaben aufgrund des Wechsels in die Führungsrolle verändern. Sie unterliegen häufig dem Denkfehler, den Fachaufgaben zu große Bedeutung beizumessen, weil sie glauben, auf allen Fachgebieten kompetenter sein zu müssen als ihre Mitarbeitenden (Hofbauer, 2012). Speziell Mediziner*innen neigen dazu, sich in Fachaufgaben zu flüchten und sich somit auf das zu stützen, was sie am besten können. In der Folge bleibt zu wenig Zeit für die Führungsaufgaben.

Mitarbeiterführung
neben Fachaufgaben
Raum geben

1.4 Führungskompetenzen

Menschen und damit auch Führungskräfte sind so verschieden, wie es Individuen nur sein können. Ihr individuelles Persönlichkeitsprofil wirkt sich maßgeblich auf ihre Führungsrolle aus (► Kap. 2). Ebenso einzigartig wie das Persönlichkeitsprofil einer Führungskraft ist auch das Profil ihrer Position, das von verschiedenen Faktoren geprägt und beeinflusst wird:

- den Mitarbeitenden (ihren Persönlichkeiten, Kompetenzen, Bedürfnissen etc.)
- der Aufgabe (neu zu entwickeln oder bereits etabliert, Klarheit der Ziele, Komplexität etc.)
- den Rahmenbedingungen und Strukturen (Schnittstellen, Hierarchien, Sondersituationen wie Krisen oder Veränderungen, Konflikten etc.)
- dem Umfeld (gesundheitsspolitische Vorgaben, Wettbewerbssituation, Kultur der Klinik etc.)

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es *die* eine ideale Führungspersönlichkeit – nach der in Stellenanzeigen so häufig gesucht wird – gar nicht geben kann. So verneint auch Management-Forscher Fredmund Malik die Existenz der »idealen Führungskraft« und entwirft stattdessen das Bild von der »wirksamen Führungskraft« (Malik, 2013).

Doch um als Führungskraft »wirksam« sein zu können, sind folgende Kompetenzen erforderlich:

Wirksamkeit von
Führungskräften

Unternehmerkompetenz	
Ergebnisorientierung:	Zukunftsorientierung:
<ul style="list-style-type: none"> • Ziel- und Ertragsorientierung • Qualitätsbewusstsein • Bemühung um kontinuierliche Verbesserung • Kostenbewusstsein • Konsequenz • Ressourcenmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisches Denken/Handeln • Markt- und Patientenorientierung • Risikobereitschaft • Initiative • Innovation • Veränderungsmanagement • Verantwortungsbereitschaft

Tab. 1:
Unternehmerkompetenz

Führungskompetenz	
Führungsstärke:	Anwendung von Führungsinstrumenten:
<ul style="list-style-type: none"> • Führungsanspruch • Überzeugungskraft • Durchsetzung • Entscheidungskraft, Energie, Mut • konstruktiver Umgang mit Fehlern • Stabilität, Optimismus, Ausstrahlung • Handlungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielentfaltung • Delegation • Leistungsbeurteilung • Feedback • Mitarbeiterauswahl und -entwicklung

Tab. 2:
Führungskompetenz

Sozialkompetenz	
Kooperation:	Kommunikation:
<ul style="list-style-type: none"> • Netzwerken • Offenheit, Glaubwürdigkeit, Zuverlässigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • formulieren, strukturieren, präsentieren, moderieren • aktiv zuhören

Tab. 3:
Sozialkompetenz

Tab. 3:
Sozialkompetenz
– Fortsetzung

Sozialkompetenz	
<ul style="list-style-type: none"> • Wissens- und Informationsaustausch • Integrations- und Teamfähigkeit • konstruktiver Umgang mit Konflikten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktfähigkeit • Verhandlungsgeschick • interkulturelle Fähigkeiten • Perspektivwechsel

Tab. 4:
Fach- und Methodenkompetenz

Fach-/Methodenkompetenz	
Erfahrungsbreite:	Wissenstiefe:
<ul style="list-style-type: none"> • Überblick • interdisziplinäres und vernetztes Denken • Flexibilität • Projekt-/Qualitäts-/Strategiemanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Analytische und interkulturelle Fähigkeiten • Spezialwissen, anerkanntes Expertentum • kontinuierliches Lernen

Selbstverständlich verfügt kaum eine Führungskraft von Anfang an über alle genannten Kompetenzen, die je nach Anforderungsprofil unterschiedlich ausgeprägt sein müssen – zumal während der medizinischen Ausbildung die Therapie und Versorgung der Patient*innen im Vordergrund steht und nicht die Vermittlung von Führungskompetenzen.

Dennoch ist es im Verlauf der Entwicklung zu einer wirksamen Führungskraft wichtig, die eigenen Kompetenzen in regelmäßigen Abständen vor dem Hintergrund dieser Matrix zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

1.5 Führungsstile

Der Begriff Führungsstil beschreibt die charakteristische Art und Weise, in der die Führungsaufgabe bewältigt wird. Er skizziert die Grundhaltung, die sich in den Verhaltensweisen der Führungskraft ausdrückt und gegenüber Mitarbeitenden/dem Team gezeigt wird. Der Führungsstil wird beeinflusst von

- dem eigenen Charakter,
- den Haltungen und Werten
- und dem Menschenbild.

Je nach Situation
zwischen
unterschiedlichen
Führungsstilen
variieren

Davon ausgehend, dass das Profil der Führungsposition von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird (► Kap. 1.1), haben verschiedene Führungsstile durchaus ihre Berechtigung. Je nach Situation kann zwischen unter-

schiedlichen Führungsstilen variiert werden. Jedoch darf dieses an die Situation angepasste Führungshandeln keinesfalls mit Inkonsequenz verwechselt werden. Denn Inkonsequenz führt zu schlechter Stimmung und Minderleistung.

Zur Unterscheidung unterschiedlicher Führungsstile gibt es verschiedene Ansätze. Mit dem Wissen um die verschiedenen Führungsstile und deren Hauptmerkmale lassen sich

- das eigene Führungshandeln besser reflektieren,
- die Reaktion der Mitarbeitenden auf das eigene Führungshandeln besser einschätzen,
- der situativ angemessene Führungsstil leichter erkennen.

Die traditionellen Führungsstile gehen auf die Analysen des Sozialforschers Kurt Lewin zurück, die er in den 1930er Jahren vornahm. Er ging den Fragen nach, was eine Führungskraft macht, wie sie handelt und in welchem Zusammenhang ihr Verhalten mit der Zufriedenheit und der Leistung der Mitarbeitenden steht (Lewin, 1939). Vor diesem Hintergrund beschrieb er den autoritären Führungsstil, den kooperativen Führungsstil und den Laissez-faire-Führungsstil.

Weiterführende Führungsstilmodelle gehen von einem zweidimensionalen Ansatz aus und verbinden die beiden Faktoren Mitarbeiterorientierung und Ergebnisorientierung. Diese stehen zueinander in Beziehung. Je höher die Ausprägung in beiden Dimensionen ist, umso wirksamer ist eine Führungskraft (► Abb. 3).

Wirksamkeit durch
passenden Führungsstil
erhöhen

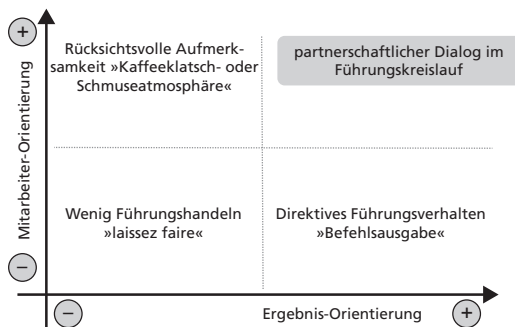


Abb. 3:
Balance der
Führungsstile

Wenig Führungshandeln: Der Führungsaufwand ist gering, weder die Mitarbeitenden noch das Ergebnis stehen im Fokus der Aufmerksamkeit der Führungskraft. Das Prinzip, das »es einfach laufen lassen« führt im Extremfall zu einem Führungsstil des »laissez faire«.

Rücksichtsvolle Aufmerksamkeit: Aufgrund der hohen Mitarbeitendenorientierung und der Rücksichtnahme auf deren Bedürfnisse entsteht eine angenehme Arbeitsatmosphäre, jedoch werden die Ergebnisziele vernach-

lässigt. Im Extrem mündet dieser Führungsstil in einer »Kaffeeklatsch- oder Schmuseatmosphäre«.

Direktives Führungsverhalten: Die Effizienz der Handlungen und Prozesse steht im Vordergrund, die Rücksichtnahme auf persönliche Faktoren der Mitarbeitenden ist gering. Werden Anweisungen gegeben, ohne das Gespräch oder den Austausch zu suchen, handelt es sich im Extremen um bloße »Befehlsausgabe«.

Partnerschaftlicher Dialog im Führungskreislauf: Aufgrund des ausgewogenen Verhältnisses zwischen Mitarbeitenden- und Ergebnisorientierung entsteht eine hohe Arbeitsleistung. Die Basis dafür ist partnerschaftlicher Dialog auf Grundlage des Führungskreislaufs (► Abb. 2) – gekennzeichnet von Zielvereinbarung, Konsens statt Konflikt, Dialog statt Monolog.

1.6 Differenzierter Führungsansatz auf Basis des Reifegradmodells

Reifegrad in Bezug auf die Arbeitsaufgabe beachten

Eine wichtige Weiterentwicklung dieses zweidimensionalen Führungsstilmodells ist der differenzierte Reifegradansatz, der in den 1980er Jahren von den Wissenschaftlern Paul Hersey und Kenneth Blanchard erarbeitet wurde. Er fordert Führungskräfte auf, ihren Führungsstil an den Reifegrad der Mitarbeitenden – bezogen auf die jeweilige Aufgabe – anzupassen. Mit dem Satz »Ungleiche Wesen gleich zu behandeln, ist nicht Gerechtigkeit, sondern Gleichmacherei« (Blanchard, 1995), lässt sich die Grundüberlegung dieses Ansatzes zusammenfassen. Werden Menschen nicht entsprechend ihrer Reife in Bezug auf ihre Arbeitsaufgabe geführt, kann sie das einerseits überfordern, wenn sie zu früh zu selbstständig arbeiten sollen. Andererseits können Unzufriedenheit oder Demotivation entstehen, wenn sie bereits sehr eigenständig sind, aber nicht selbstständig arbeiten dürfen.

Differenziertes Führungsverhalten basiert im Klinikalltag auf drei Schritten:

1. Definieren und Beschreiben der Aufgabe.
2. Ermitteln und Einschätzen des Reifegrades jedes/jeder Mitarbeitenden für diese Aufgabe.
3. Das an den individuell ermittelten Reifegrad angepasste Führungsverhalten auswählen, abstimmen und anwenden.

1.6.1 Das Reifegradmodell

Der Reifegrad ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Motivation/Selbstvertrauen und Fachwissen/Erfahrung. Aufgrund der Ausprägung von niedrig bis hoch ergeben sie vier Grundformen: