

# 3 Der Arzt als Manager: Controlling, Personalführung und Organisation als Bestandteile des zukünftigen Mediziner-Profiles

Wilfried von Eiff

Das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich in einer Phase der Neuorientierung, die deutlich betriebswirtschaftlich geprägt ist: Die medizinisch-pflegerische Versorgungsqualität ist auf hohem Niveau sicherzustellen und innovativ weiterzuentwickeln, gleichzeitig aber sind die Kosten zu senken. Die „Neue Marktdynamik“ im Gesundheitswesen geht sogar noch weiter: Krankenhäuser treten in Konkurrenz zu Reha-Kliniken (ortsnahe, ambulante Reha) und niedergelassenen Ärzten (Integrationsmodelle, poliklinische Einrichtungen; MVZ); Gesundheitskonzerne bilden sich durch horizontale und vertikale Fusionen, der Verdrängungswettbewerb zwischen Krankenhäusern verstärkt sich und medizinische Leistungen werden „international“ (Stichwort: Patiententourismus). Ebenso sind an Fusionen und Übernahmen medizinischer Einrichtungen zunehmend internationale Klinikketten sowie globale Finanzinvestoren beteiligt.

## 3.1 Die 5 Rollen des Arztes als Manager

Der Arzt ist Unternehmer und in dieser Funktion hat er Anforderungen zu erfüllen, die seine Persönlichkeit, seine Arbeitsweise, seine fachliche Qualifikation und seine Managementfähigkeit betreffen (s. Abb. 1):

- **Der Arzt ist Fachmann** auf seinem medizinischen Spezialgebiet; ohne fachliche Qualifikation lässt sich auf Dauer kein „Markt“ bedienen, kein „Kunde“ zufriedenstellen. Wenn die medizinische Qualität in Verbindung mit der Fähigkeit zur Erbringung kundenorientierter Ergänzungsdienstleistungen („... auf den Patienten eingehen ...“; „... den Patienten ernst nehmen ...“) nicht stimmt, hilft auch kein „Praxismarketing“.
- **Der Arzt ist Controller**, der seinen Verantwortungsbereich im Krankenhaus oder sein „Unternehmen: Praxis“ am Markt positio-

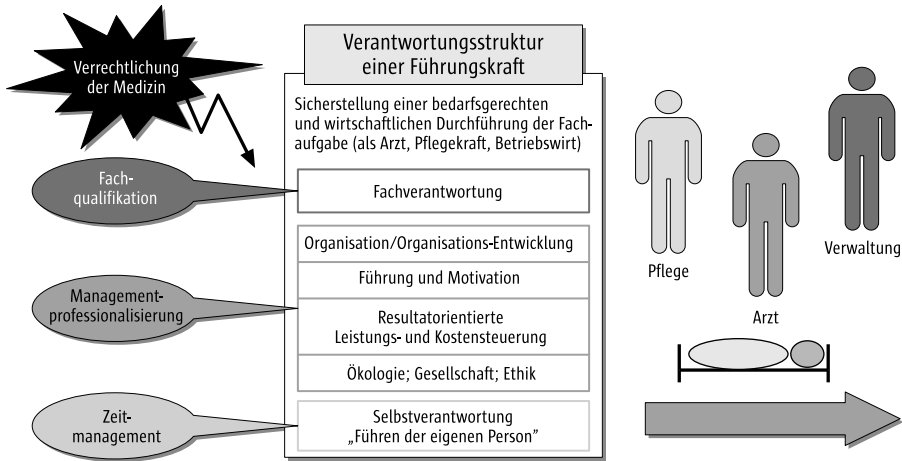


Abb. 1 Der Arzt als Manager: Fach-, Führungs- und Organisationsaufgaben. Die Fachverantwortung einer Führungskraft ist von der Kostenverantwortung nicht zu trennen: Wer Inhalt, Umfang und Qualität einer Leistung festlegt, prüft auch die damit verbundenen Kosten.

niert, seine Leistungsstrukturen marktgerecht ausrichtet und darauf achtet, dass marktgängige Leistungen kostengerecht erbracht werden.

- **Der Arzt ist Organisator**, der dafür sorgt, dass die Arbeitsabläufe in seiner Abteilung reibungslos organisiert sind: ohne Leerlaufzeiten oder Belastungsspitzen für das Personal und ohne Wartezeiten für die Patienten.
- **Der Arzt ist Personalführer und Kommunikator**, der es versteht, seine Mitarbeiter für ihre Arbeit zu begeistern. Denn es ist jeder einzelne Mitarbeiter, der mit seinem Verhalten das Erscheinungsbild der Abteilung Krankenhaus prägt und zur Entwicklung eines Meinungsbildes in der Öffentlichkeit beiträgt. Und es ist der Mitarbeiter, der Arbeitsabläufe mit Leben erfüllt und in kritischen Situationen durch seine Improvisationskunst Herr der Lage bleibt, damit sich die Patienten auch in dieser Situation gut aufgehoben fühlen.
- **Der Arzt ist Marketingmanager**, der durch öffentlichkeitswirksame Kommunikation dazu beiträgt, dass die Leistung seiner Abteilung/ seines Krankenhauses/seiner Praxis in der

Region von möglichst vielen Patienten, Angehörigen und Krankenhäusern als einzigartig, unverwechselbar und unverzichtbar eingeschätzt wird.

### 3.1.1 Der Arzt als Controller

Insbesondere die Controlling-Funktion führt bei Ärzten immer wieder zu Missverständnissen; viele Mediziner vertreten die Ansicht, Controlling sei Aufgabe der Betriebswirte; ebenso könne die Verantwortung für die Kosten originär nur dem Ökonomen zugemutet werden. Beide Ansichten sind grundlegend falsch. Jeder Arzt ist gleichzeitig auch Controller. Denn mit seiner Entscheidung über Art und Intensität von Diagnose und Therapie, und ebenso mit der Festlegung von interner Arbeitsorganisation sowie Formen der Zusammenarbeit trifft er automatisch auch eine Entscheidung über das bedarfsgerechte und wirtschaftliche Erbringen dieser medizinischen Leistungsprozesse. Auch durch seinen Einfluss auf Beschaffungsentscheidungen bzgl. Medikalprodukte, Pharma-

ka, medizinisch-technische Geräte wirkt der Arzt auf Kosten und Qualität ein. Schließlich steuert der Arzt den Einsatz von eigenem Personal ebenso wie er sozialkompetent mit externen Partnern umgehen muss.

**Der beste Controller des Arztes ist der Arzt selbst. Die medizinische Ethik des Arztes ist damit um die Dimension der Ökonomie erweitert: Es geht nicht darum, durch Sparen die Qualität für den Patienten zu vermindern; gespart werden muss am Überflüssigen. Denn was heute gespart wird, steht morgen für Investitionen in Innovationen bereit, mit deren Hilfe übermorgen eine Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung erreicht werden kann. Der Arzt als Controller ist kein Buchhalter, sondern er ist in der Lage, die richtigen Fragen zu stellen.**

## Controlling-Begriff

Controlling ist die zielorientierte Steuerung der Prozesse der Leistungsentstehung und Leistungsverwertung unter den Aspekten der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in Arztpraxis, Krankenhaus oder Reha-Klinik.

**Controlling heißt entscheidungsorientiertes Steuern von Leistungsprozessen sowie kontinuierliche Beeinflussung von Kostenstrukturen nach den Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit.**

Die ergebnisorientierte Steuerung der Leistungs- und Kostenströme erfolgt mit dem Ziel der

- bedarfs-(kunden-)gerechten Weiterentwicklung sowie der
- ständigen Qualitätsverbesserung der Leistungen ebenso wie
- der kontinuierlichen Kostensenkung.

Damit hat Controlling im Sinne von „Steuerung“ folgende Aufgabenschwerpunkte zu erfüllen:

- Ziele entwickeln und vereinbaren, Bewertungsmaßstäbe festlegen, Abweichungen analysieren.
- Erarbeitung von Organisationsinnovationen zur kosten- und leistungswirksamen Verbesserung des Zusammenwirkens der Produktivfaktoren.
- Entwicklung von Belohnungs- und Sanktionsmechanismen sowie von verhaltenssteuernden Kennzahlen, um unternehmerisches Denken und Verhalten auf allen Mitarbeitererebenen zu fördern.

Controlling beinhaltet fünf Verantwortungsschwerpunkte:

1. **Planen:** Festlegung der strategischen Ziele, Leistungsschwerpunkte, Geschäftsfelder und Ressourcen: Ziele, Strategien, Aktionsprogramme.
2. **Berichten:** auf Basis entscheidungsrelevanter Informationen.
3. **Steuern:** Ziele entwickeln und vereinbaren, Bewertungsmaßstäbe festlegen und Abweichungen analysieren.
4. **Verbessern:** Einführung organisatorischer Optimierungsmaßnahmen, Erarbeiten von Organisationsinnovationen zur kosten- und leistungswirksamen Verbesserung des Zusammenwirkens der Produktivfaktoren.
5. **Belohnen:** für qualitätsförderndes und wirtschaftliches „unternehmerisches“ Verhalten; Entwicklung von Belohnungs- und Sanktionsmechanismen; verhaltenssteuernde Kennzahlen.

**Controlling muss so angelegt sein, dass die Mitarbeiter ebenso wie die leistungs- und kostenverantwortlichen Führungskräfte für qualitätsförderndes und wirtschaftliches Verhalten belohnt werden.**

Controlling heißt steuern und die Kernfragen der Steuerung sind ebenso simpel wie prägnant:

- „Tun wir die richtigen Dinge?“ (Versorgungsauftrag, Leistungsziele, Mengenplanung)
- „Tun wir die richtigen Dinge richtig?“ (Wie erbringen wir die Leistung; mit welchen Ressourcen; in welcher Organisation?)

### KAIZEN-Controlling als Aufgabe des mittleren Managements

Das mittlere Management (Stations- und Assistenzärzte, Pflegekräfte, Stationsleitungen, Techniker etc.) ist in besonderer Weise als „Controller“ gefordert; allerdings weniger auf der Ebene der strategischen Entwicklungen, sondern auf der Ebene des praktizierten Qualitätsmanagements am „Ort der Wertschöpfung“, also da, wo Patienten und Angehörige versorgt werden müssen. Gerade Pflegekräfte müssen sich mit dem Gedanken erst vertraut machen, dass sie unternehmerisch gefordert sind und

die medizinisch-pflegerische Ethik um die Dimension der Ökonomie zu erweitern ist.

**Damit ist Controlling ausgerichtet auf die Steuerung von Wertschöpfungsbeiträgen. Controlling heißt also primär: „Kernfragen gezielt stellen!“; dieses „Stellen der Kernfragen“ ist nicht delegierbare Aufgabe einer jeden Führungskraft.**

Diese Denkweise des „richtigen Fragens“ ist Grundlage für die Anwendung des so genannten KAIZEN-Controllings, das auch Verschwendungsmanagement genannt wird (s. Abb. 2).

**Verschwendungsmanagement aktiviert das Fachwissen und die Problemlösungsfähigkeit der Mitarbeiter.**

Auf eine Art Kurzformel gebracht, ist „Verschwendung“ jede Art von Tätigkeit (oder von getriebenem Aufwand), die keine Beiträge zu

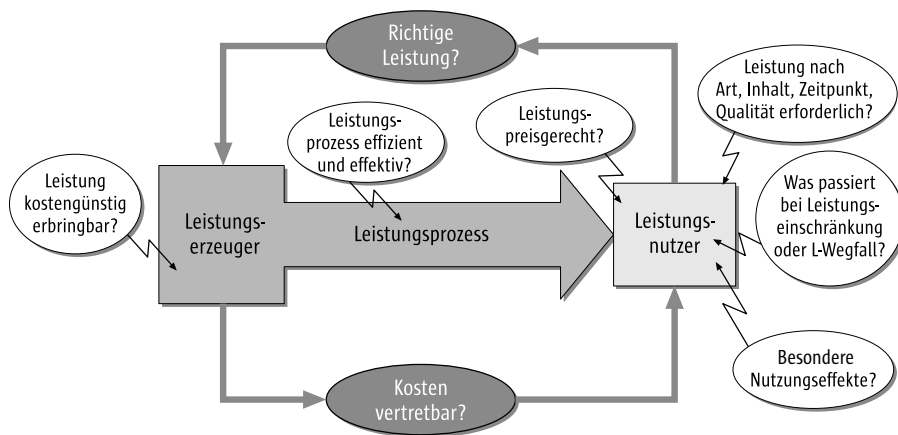


Abb. 2 Die Controlling-Kernfragen. Controlling „weiß es nicht besser“, sondern „weiß, die richtigen Fragen zu stellen“. Für das mittlere Management ist diese Denkweise des „richtigen Fragens“ Grundlage für die Anwendung des so genannten KAIZEN-Controllings, das auch Verschwendungsmanagement genannt wird [vgl. auch von Eiff 1996].

Patientennutzen, Qualitätsverbesserung/Qualitätssicherung oder Kostensenkung erzeugt. „Verschwendung“ steht damit im Gegensatz zu „Wertschöpfung“ (s. Abb. 3).

» **Verschwendungsmanagement ist die systematische und permanente Beeinflussung von Organisation und Verhalten, insbesondere der verdeckten Verhaltensregeln, mit dem Ziel der Vermeidung einer nicht kunden- bzw. kosten- oder qualitätswirksamen Ressourcennutzung.**

Messlatte für Verschwendung ist der mit einer bestimmten Tätigkeit verbundene Kundennutzen (Kunde = Patient; Angehörige; jede krankenhausinterne Stelle, die eine Leistung von einer anderen Stelle empfängt).

*Verschwendung entsteht durch*

- Lagerbestände,
- Fehler,
- Transport,
- nicht genutzte Kreativität,

- Bewegung,
- Art der Leistungserbringung,
- Kommunikation/Informations-Übermittlung,
- Organisation des Arbeitsprozesses.

Verschwendung ist alles, was für den eigentlichen Arbeitsprozess nicht gebraucht wird (s. Abb. 4).

**Das MUDA-Konzept**

Das japanische Konzept zielt auf vier Fragen, die Verschwendung aufdecken können:

1. Was hindert mich, meine Arbeit richtig zu machen?
2. Bringt eine bestimmte Tätigkeit einen Wertschöpfungsbeitrag zum Kerngeschäft bzw. einen Nutzen für den Patienten?
3. Sichert eine bestimmte Tätigkeit einen Nutzen für den Patienten?
4. Was passiert, wenn eine bestimmte Tätigkeit wegfällt?

Verschwendungsmanagement ist ein systematischer Bestandteil des KVP-Ansatzes (= Konti-

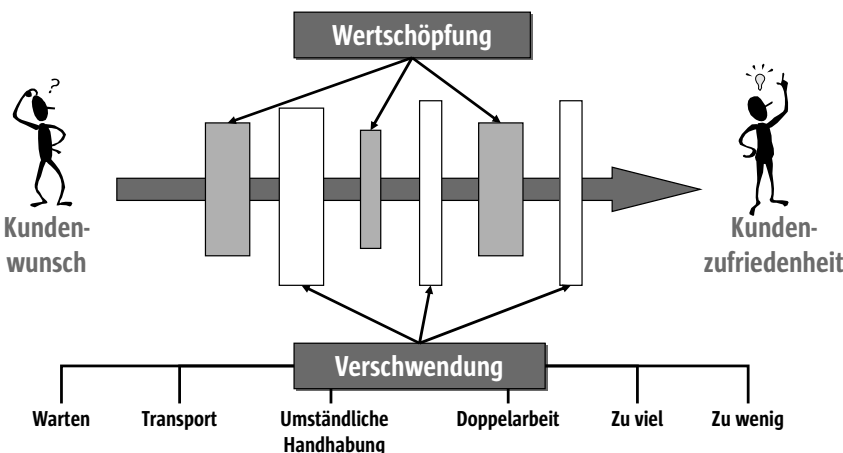


Abb. 3 KAIZEN – Verschwendungsmanagement: Das MUDA-Management zielt darauf ab, Dinge zu sehen, die von der Arbeit abhalten und solche zu erkennen, die WERT haben (= womit wir Geld verdienen, weil es der Kunde will).

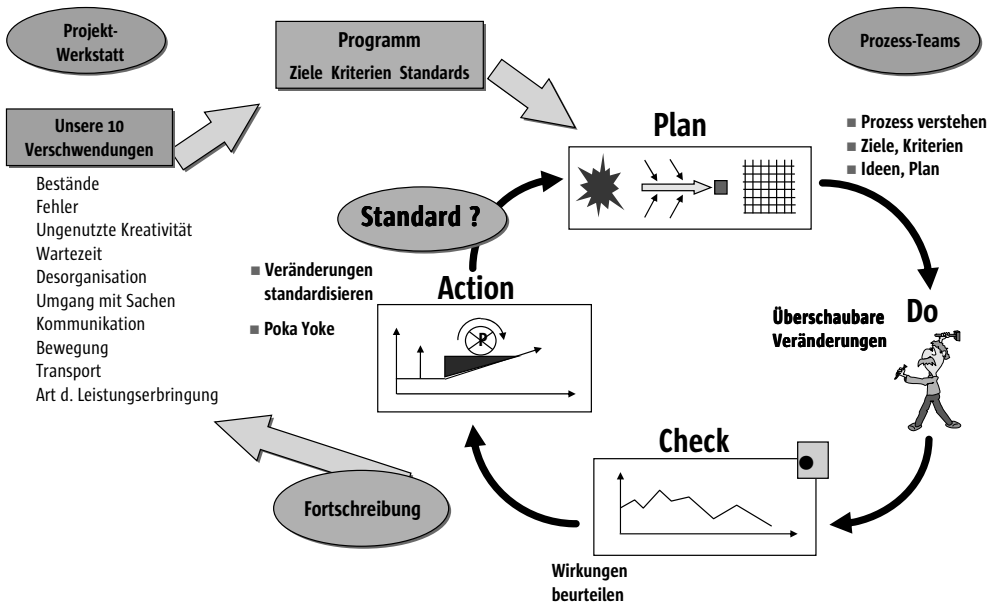


Abb. 4 Verschwendungs-Management: Das Verschwendungs-Programm bietet den Prozess-Teams verhaltensteuernde Orientierungen, keine Kennzahlen-Vorgaben.[Projekt Golden Helix Award 1996, Kerckhoff-Klinik]

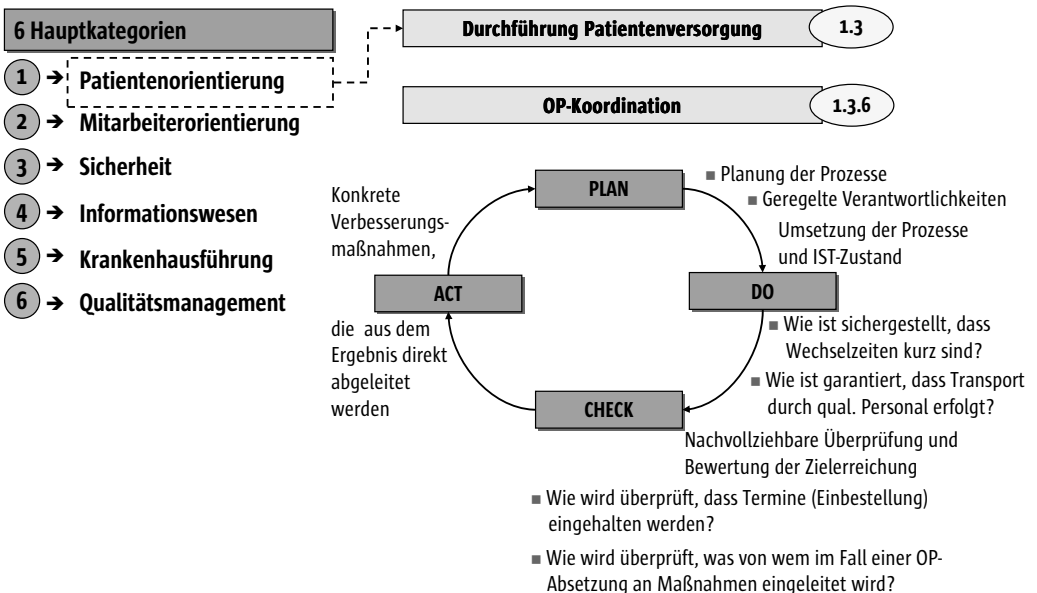


Abb. 5 KTQ: Das System wurde für Krankenhäuser entwickelt; dabei ist das Krankenhaus nur als Ganzes zertifizierbar; Teilbetrachtungen (z.B. OP) sind nicht möglich.

nuerliche Verbesserung) und basiert auf zwei, dem Lean-Management verwandten Grundsatzüberlegungen:

1. einem intrinsischen Motivationskonzept (Menschen sind nicht motivierbar, sondern können sich nur selbst motivieren);
2. einem Arbeitsstrukturmodell, das die Tätigkeit eines Mitarbeiters in vier Kategorien einteilt
  - echte wertschöpfende Tätigkeitsanteile,
  - Verschwendung,
  - Tätigkeitsanteile ohne Wertschöpfung,
  - qualitätsfördernde Tätigkeitsanteile.

Verschwendungsmanagement ist Teil eines umfassenden Programms zur Qualitätssicherung und Risikovermeidung, insbesondere im OP-Bereich. Das KTQ-Qualitätszertifizierungssystem stellt die OP-Koordination als Handlungsschwerpunkt heraus (s. Abb. 5).

Verschwendungstatbestände gibt es in der Krankenhaus-Praxis genügend aufzudecken, wie die Studie des CKM über „Führung und Motivation in deutschen Krankenhäusern“ nachweist [von Eiff 2000]. Die Zeitbelastung des Pflegepersonals für Logistiktätigkeiten ist hier ebenso zu nennen wie die Verwaltungsarbeit für Ärzte (s. Abb. 6). Aktivität ist keinesfalls gleichbedeutend mit wertschöpfender Arbeit.

Ursachen für Unproduktivität i. S. v. nicht wertschöpfender Ausnutzung der Arbeitszeit		Ursachen für Verschwendung als Folge mangelhaft ausgeprägter unternehmerischer Bewusstseinspotenziale	
Unkoordinierte Arbeitsabläufe	23 % Unzuverlässige Plangrößen (OP-Zimmer, Visitenzeiten, Verlegungsplan, Verlegungszeiten)	25 % Keine Delegation von Problemlösungsverantwortung	Unzureichende Entwicklung von Organisationskonzepten mit fallabschließender Verantwortung
Mangelhafte Information und Dokumentation (Informations- und Entscheidungsstrukturen)	21 % Voruntersuchungsergebnisse fehlen	23 % ■ Prozessdenken „das Ziel“ ist unbekannt ■ beschränkte Problemlösungsfähigkeit	Unzureichendes Training bzgl. Kommunikation, Verhalten, Teamarbeit, Prozesskenntnis, Problemlösungsfähigkeit, Methodenwissen
Mangelhafte Arbeitsmoral bzw. Disziplin	16 % ■ Absentismus ■ Dienst nach Vorschrift	17 % Kreativitätsblockade	Mitarbeiter nur eingeschränkt kreativitätsfähig; Organisationskultur „bestraft“ Kreativität
Unzureichende Qualifikation	15 % Kostenintensive Maximallösungen	15 % Keine zielführende zeitökonomische Kommunikation	Mangelhafte Kommunikation zwischen Berufsgruppen
Mangelnde Wahrnehmung der Führungsverantwortung	14 % Führungsdefizit	12 % ■ Nichteinhaltung von Standards ■ Materialersatz ■ falsche Lagerhaltung	Nachlässiges Verbrauchsverhalten
Weiterbildung und Training	11 % Fachweiterbildung statt Problemlösungstraining	8 % Demotivationspotenzial	Unzureichende Mobilisierung von Problemlösungs-Know-how aller Mitarbeitergruppen

Abb. 6 Quellen für Unproduktivität und Verschwendung: Schlechte Organisation und mangelnde Delegation sind die Ursache für Unproduktivität und Verschwendung, wie die Ergebnisse aus diversen CKM-Logistikprojekten zeigen.

In deutschen Krankenhäusern sind nach Einschätzung von Befragten auf Mitarbeiterebene („Ort der Wertschöpfung“) die Verschwendungsanteile an der täglichen Gesamtarbeitszeit mit durchschnittlich 35 % signifikant hoch. Demgegenüber spielen qualitätsfördernde, organisationsverbessernde und wertschöpfungssteigernde Aktivitäten im Rahmen der „normalen“ Arbeitszeit und im Rahmen der „normalen“ Tätigkeitsstruktur (besser Verantwortungsstruktur) kaum eine Rolle. Fast 90 % der Befragten aus Pflege und Physiotherapie gaben an, für qualitäts- und organisationsverbessernde Aktivitäten keine Zeit zu haben; 75 % der Befragten ergänzten, dass derlei Aktivitäten durch die Führung ohnehin nicht honoriert würden bzw. man würde für solches Engagement faktisch noch bestraft, weil die normale Arbeit zusätzlich verrichtet werden müsse.

36 % der Befragten sagten aus, Engagement für qualitätsfördernde Aktivitäten würde bei den anderen Kollegen Unmut hervorrufen und man würde sich dem Vorwurf des „Strebertums“ aussetzen.

Besondere Reibungsverluste in der Zusammenarbeit ergeben sich laut Umfrage an den Schnittstellen, an denen ärztliche Direktiven und physiotherapeutische Leistungen in einen Effizienzkonflikt treten. So beklagten z. B. Physiotherapeuten, dass durch einseitige Prioritätensetzung durch den Arzt zwangsläufig Ineffizienzen im Arbeitsablauf der Physiotherapie auftreten.

### **Management ist vor allem die Fähigkeit,**

- *das Wesentliche vom Unwesentlichen unterscheiden und Prioritäten setzen zu können,*
- *die richtigen Fragen in der richtigen Reihenfolge zu stellen,*
- *die Mitarbeiter zu fördern und deren Problemlösungskompetenz durch KAIZEN-Aktivitäten systematisch abzurufen.*

### **3.1.2 Der Arzt als Führungskraft**

**„Führung ist der zentrale kritische Erfolgsfaktor in jedem Unternehmen, egal ob in der Autoindustrie, Einzelhandel oder Krankenhaus.“**

Das Centrum für Krankenhaus-Management befragte über 3500 Mitarbeiter in Krankenhäusern und Reha-Kliniken, um zu erfahren, was von einer Führungskraft im Krankenhaus erwartet wird und wie es um die Führungsfähigkeit von Ärzten, Pflegekräften und Betriebswirten bestellt ist. Bedeutend ist die Erkenntnis, dass kein bestimmtes Einzelmerkmal ein herausragender Indikator für eine dauerhaft erfolgreiche Führungskraft ist, sondern dass ein gesamtes Bündel von Eigenschaften den Führungserfolg ausmacht unter der Voraussetzung, dass diese Merkmale weitgehend gleichzeitig erfüllt sind.

Hierbei sehen 53 % der Befragten die **Fachqualifikation** als wichtigstes Kriterium an; gemeint ist, dass eine auf Dauer akzeptierte Führungskraft aus mindestens einem Teilgebiet des ihm unterstellten Verantwortungsbereiches die fachlich beste Kraft in der Abteilung sein sollte. Gleichzeitig sollte der Vorgesetzte aber die Größe besitzen, andere Mitarbeiter (insbesondere in der zweiten Reihe) ihren Talenten und Neigungen entsprechend so zu fördern, dass auch sie Fachexpertise auf Teilgebieten erreichen. Als Ideal wird es angesehen, wenn sich die Fachqualitäten von Chef und Mitarbeitern ergänzen.

Fast genauso wichtig erachten die Befragten **Kommunikations-** sowie **Entscheidungsfähigkeit** als notwendiges Kriterium für Führungsqualitäten, gefolgt von **Kooperations-** und **Coachingfähigkeit** (s. Abb. 7).

So klar die Vorstellungen über das Anforderungsprofil von Führungskräften im Krankenhaus artikuliert wurden, so deutlich fiel auch das Urteil über die tatsächlichen Führungsprofile aus.



Welches sind aus Ihrer Sicht die fünf wichtigsten Eigenschaftsmerkmale einer erfolgreichen und akzeptierten Führungskraft?  
(Meinungsbild von Personal- und Verwaltungsleitern in Krankenhäusern und Mitarbeitern im hierarchischen Mittelbau)

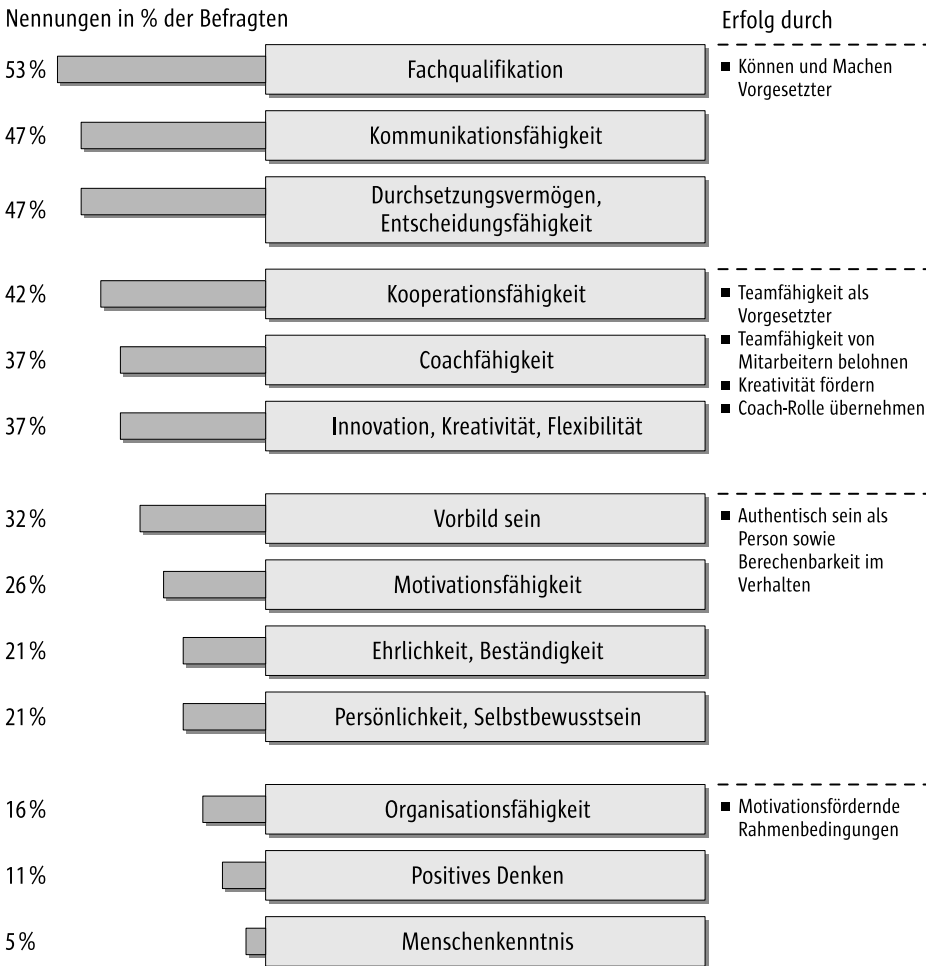


Abb. 7 Fachliche Fähigkeit, Überzeugungs- und Coachingfähigkeit und Verhaltensauthenzität sind die Erfolgskomponenten der Führung

Danach besitzt kaum die Hälfte der leitenden Ärzte die Eigenschaften einer erfolgreichen und akzeptierten Führungskraft, so wie sie vorher herausgearbeitet wurden.

45% der heutigen Chefarzte spricht man Führungsfähigkeiten zu; in der Verwaltung vermutet man immerhin bei 57% der Manager die gewünschten Führungsqualitäten. Generell

wurde angegeben, dass bei Ärzten die größten Führungsdefizite zu vermuten sind.

Bei der Beurteilung insbesondere der ärztlichen Führungskräfte durch die Mitarbeiter bemängeln 63 % der Befragten die Fähigkeiten ihres Vorgesetzten als „Konferenz-/Besprechungsmanager“. Langwierige, nicht zielführende Besprechungen stehen auf der Verärgereungsliste ganz oben.

83 % der Befragten empfinden es als frustrierend bis verärgert, dass die Führungskräfte viel zu wenig über die arbeitstäglichen Organisationshemmnisse sowie die Zusammenarbeitsprobleme und „menschlichen“ Reibereien Bescheid wissen und daher oft vermeidbare Fehlentscheidungen treffen. Die Abwesenheit des Chefs vor Ort gilt als Zeichen dafür, dass der Vorgesetzte ihre Aufgabe als nicht so wichtig erachtet. Außerdem führe der Mangel an Go-to-Gemba-Bereitschaft zu

realitätsfernen und zu sprunghaften Entscheidungen.

Die Anforderungen der Zukunft werden sich für den Krankenhaus-Manager, welcher Berufsgruppe auch immer, deutlich in folgende Richtungen ausprägen:

- unternehmerisches Bewusstsein,
- betriebswirtschaftliche Methodenkenntnis,
- personalwirtschaftliche Methodenkompetenz sowie
- Sozialkompetenz

Damit wird die Fähigkeit zum zielführenden, zeitökonomischen und überzeugenden Dialog zu einer entscheidenden Schlüsselqualifikation einer Führungskraft (s. Abb. 8).

Führung als dispositiver Faktor sorgt dafür, dass Ziele entwickelt, Strategien abgeleitet und die zur Realisierung notwendigen Leistungsprozesse organisiert werden. Führung

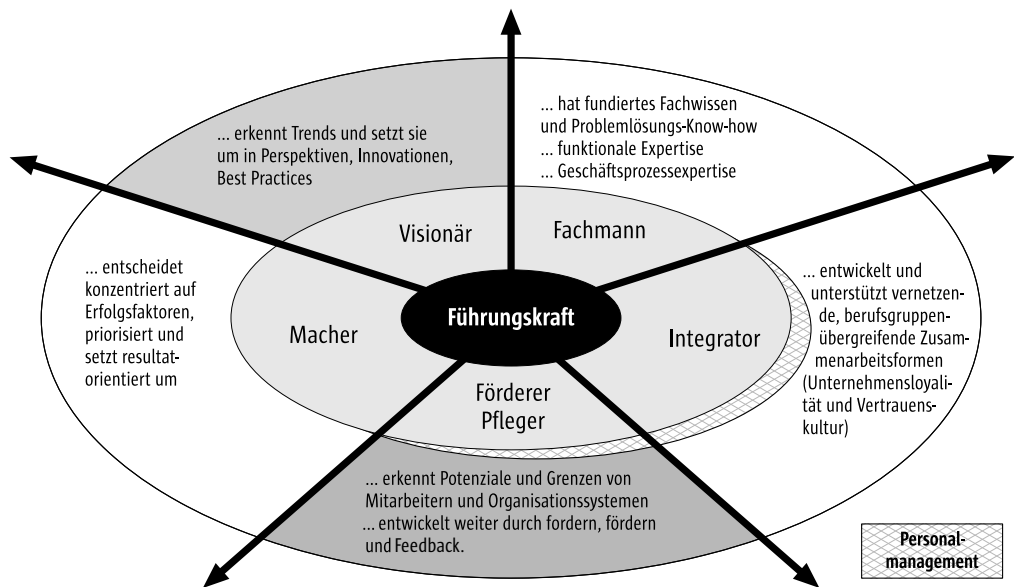


Abb. 8 Fachkompetenz, unternehmerisches Bewusstsein, Methodenerkenntnis und Sozialkompetenz zeichnen die Führungskraft aus: Förderer- und Integrator-Fähigkeiten sind typische Personalmanagement-Fähigkeiten. Erfolgreiches Management erfüllt sich durch Wahrnehmung verschiedener Rollen: situativ und berechenbar

beinhaltet aber auch die Fähigkeit, Mitarbeiter für Ziele und Programme zu begeistern. Beide Aspekte der Führung, der sachliche Aspekt der Strategieentwicklung ebenso wie der psychologische Aspekt der Überzeugung, fordern die Führungskraft als Kommunikator.

### Führungsfähigkeit: Entscheidungen kooperativ treffen

Eine der wichtigsten Aufgaben einer Führungskraft besteht darin,

- Ziele zu fixieren, die die Wettbewerbsposition des Unternehmens langfristig sichern,
- Strategien zur Zielrealisierung zu entwickeln,
- Entscheidungen zu treffen, die als Arbeitsvorgabe für die Mitarbeiter im Tagesgeschäft Verhaltensorientierung geben und
- Arbeitsergebnisse von Mitarbeitern auf Zielwirksamkeit und Effizienz zu kontrollieren.

Die Führung nach Zielvereinbarungen ist im Medizinbetrieb umstritten. Wichtig ist, dass Leistungsziele nicht primär ökonomisch moti-

viert sind. So ist die Vorgabe einer Leistungsmengenausweitung bei ertragsstarken Eingriffen (z. B. Hüft-TEP) mit den Prinzipien der medizinischen Ethik (primum non nocere, Patientenwohlbefinden) nicht vereinbar. Kriterien für eine ethisch unbedenkliche Beurteilung von Zielvereinbarungen sind der Abbildung 9 zu entnehmen.

Weiterhin ist wichtig, Zielvereinbarungssysteme und Personalentwicklungssysteme zu integrieren (s. Abb. 10).

Soweit die Theorie. In der Praxis werden Entscheidungen eines Vorgesetzten, und damit Arbeitsaufträge an Mitarbeiter, vielfach nicht „auftragsgemäß“ erfüllt: Sie werden stillschweigend inhaltlich abgewandelt, verzögert oder zerredet und rückdelegiert. Ob und wie die Entscheidung eines Vorgesetzten durch Mitarbeiter realisiert wird, hängt von zwei Einflussfaktoren ab (s. Abb. 11):

1. dem Loyalitätsgrad der Mitarbeiter mit dem Entscheidungs-(Auftrags-)Inhalt und
2. der Organisation des Entscheidungsprozesses, insbesondere der Intensität, mit der Mitarbeiter qualifiziert in die Entscheidungsvorbereitung eingebunden sind.

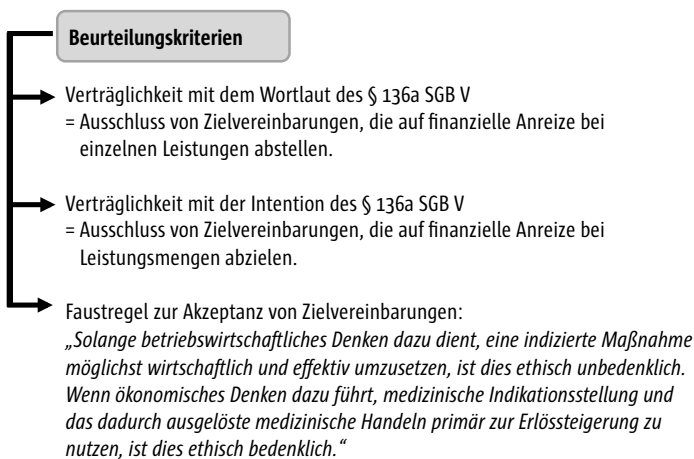


Abb. 9 Kriterien für eine ethisch unbedenkliche Beurteilung von Zielvereinbarungen [von Eiff 2014, S. 136]

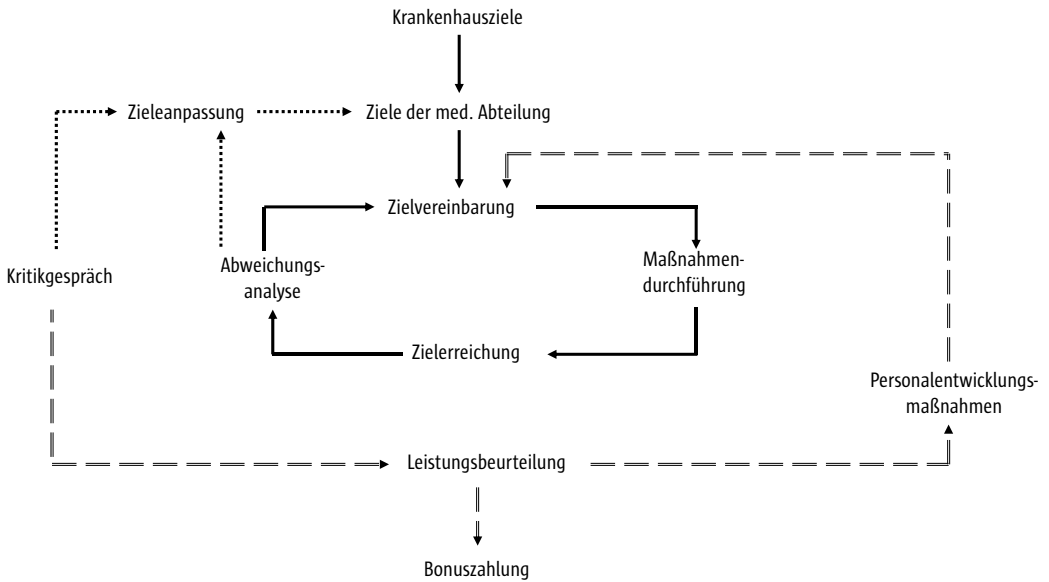


Abb. 10 Integration von Zielvereinbarungs- und Personalentwicklungssystemen [von Eiff 2014, S. 128]

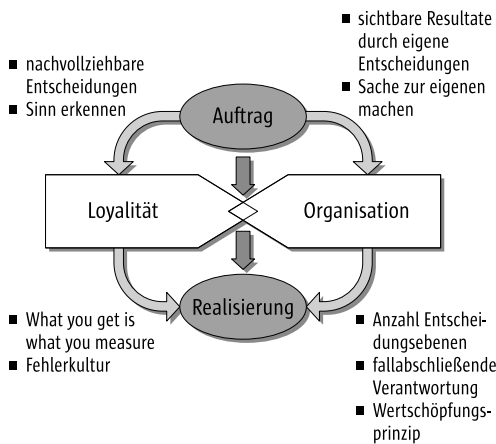


Abb. 11 Erfolg der Führung: Der Erfolg eines Managers hängt von zwei Voraussetzungen ab, die er beide im Sinn einer Vertrauensvorleistung beeinflussen kann: Loyalitätsgrad der Mitarbeiter und Selbstständigkeitsgrad der Organisation

Wenn Mitarbeiter den Sinn einer Anweisung nicht verstehen, ist mit einer Auftragsloyalität nicht zu rechnen.

Andererseits führt eine übertriebene Arbeitsteilung in Entscheidungsprozessen zu der Konsequenz, dass keine eindeutigen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten mehr erkennbar sind und die Abstimmungskommunikation Missverständnisse hervorbringt. Die Folge: sachlich qualifizierte Entscheidungen führen zu miserablen Ergebnissen und werden nachträglich als schlechte Entscheidung dem Vorgesetzten angelastet. Und ein weiteres Phänomen ist in der Praxis anzutreffen: Tarock und Rückdelegation. Eine Problemsituation wird erkannt, die Problemursachen identifiziert, das Konzept zur Lösung des Problems von Fachleuten (Beratern) erarbeitet und den betroffenen Mitarbeitern zur Umsetzung verkündet. Jetzt erst bringen die Mitarbeiter ihre Bedenken vor und es kommt zu kompromissgeprägten Konzeptnachbesserungen, die letztlich nicht die gewünschte Änderung bewirken. „Not invented here“ nennt man dieses Verhaltenssyndrom übergangener Betroffener.

Dabei gibt es für Management-Entscheidungsprozesse eine „einfache“ Regel: Durch ko-

operatives Einbinden qualifizierter und betroffener Mitarbeiter in die Informations- und Entscheidungsprozesse werden zwei Effekte erreicht:

1. Mitarbeiter, die ihre Vorschläge gestaltend in den Entscheidungsprozess einbringen können, haben später keinen Grund, eine getroffene Entscheidung in der Umsetzung zu behindern, denn sie würden ihre eigene Leistung torpedieren bzw. ihren eigenen Leistungsbeitrag als unqualifiziert abwerten. Die Akzeptanz für eine Entscheidung steigt und ihre Realisierung geht wegen der Unterstützung durch die Mitarbeiter zügig voran.
2. Eine große Zahl von Mitarbeitern ist nicht nur Fachexperte auf einem bestimmten Arbeitsgebiet, sondern verfügt auch über ein erhebliches Innovations- und Ideenpotenzial, das in den meisten Unternehmen nur unzulänglich und völlig unsystematisch mobilisiert wird [zum „Engagementnach-17-Uhr-Syndrom“ s. von Eiff 2000].

Wird dieses Potenzial systematisch in den Entscheidungsprozess abgerufen, entstehen kreative Problemlösungen, die gleichzeitig fachlich abgesicherter sind als Entscheidungen einer einzelnen Führungskraft.

### Fazit

*Partizipative Entscheidungsfindung führt zu Entscheidungen, die fachlich qualifiziert, abgesichert und akzeptiert sind; solche Entscheidungen führen ohne die üblichen versteckten Widerstände zu sichtbaren Resultaten.*

Aufgabe der Führungskraft ist es *nicht*, Mitarbeiter zu motivieren, sondern sie hat Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Mitarbeiter von sich aus Engagementbereitschaft und Leistungswillen entwickeln. Dazu gehört

es, die Mitarbeiter fähigkeitsorientiert an den Informations- und Entscheidungsprozessen zu beteiligen. Die „richtigen“ Rahmenbedingungen liegen vor, wenn Mitarbeiter über einen eigenen teilautonomen Delegationsbereich verfügen (s. Abb. 12).

In der *CKM-Motivationsstudie 2000* und der *CKM-Personalstudie 2007* wurden 2 wichtige Erkenntnisse nachgewiesen:

Selbstmotivation entwickeln Mitarbeiter, wenn sie durch eigenes Tun und eigenes Entscheiden ein sichtbares Resultat erzielen, das von anderen (insbesondere dem Chef, den Kollegen und dem Kunden) anerkannt wird und das auch der eigenen Person als Leistung zugerechnet wird.

Demotiviert fühlen sich Mitarbeiter, wenn sie nicht ernst genommen werden, indem man ihnen nichts zutraut und sie nicht in die Informationsprozesse einbindet. Ein Mitarbeiter, dessen Meinung nicht zählt, fühlt sich ausgestoßen und wertlos.

### Lean-Management

*„Gebt den Menschen sinnvolle Arbeit ... und lasst sie nicht vor einem Roboter darauf warten, bis dieser ausfällt, um ihn dann reparieren zu dürfen.“*

*Taiichi Ohno (Das Toyota-Produktionssystem)*

Die Qualität einer Führung, und damit (als Folge der Vorbild-Funktion der Führung) auch die Zusammenarbeits- und Kommunikationsqualität einer Organisationskultur, zeigt sich in der Praxis insbesondere an folgenden Merkmalen:

- Umgang mit Initiative und Ideen,
- Umgang mit Fehlern,
- Umgang mit Widerspruch und anderen Meinungen,

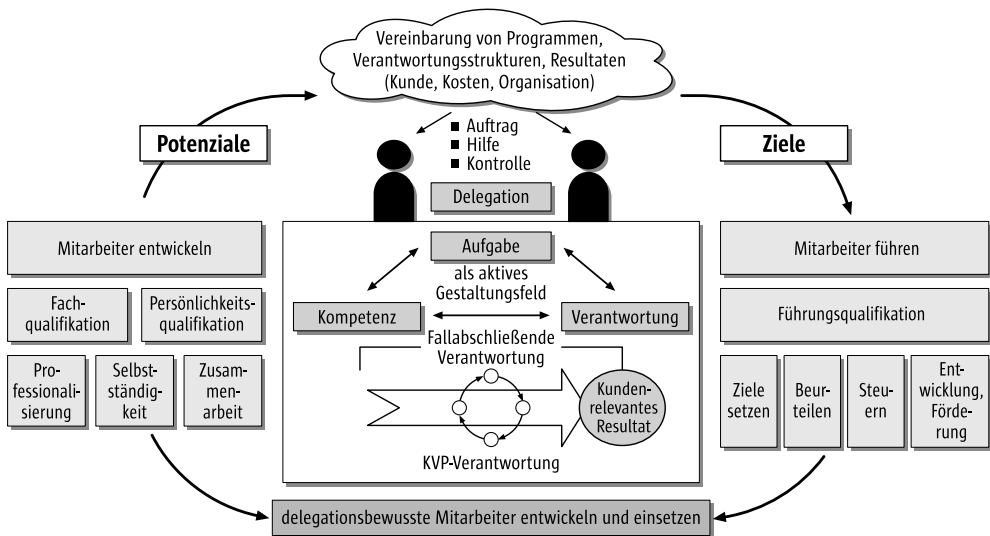


Abb. 12 Führung als organisationsgestützter Prozess. Delegation setzt die Übertragung fallabschließender Verantwortung voraus. Mitarbeiter entwickeln Delegationsbewusstsein auf der Grundlage eines eigenständigen Delegationsbereiches, indem sie durch eigene Entscheidungen sichtbare Resultate erreichen können

- Umgang mit Ressourcen („die kleinen Nachlässigkeiten und Gedankenlosigkeiten, die unnützen Verschwendungen im Tagesgeschäft“),
- Besprechungs- und Informationsverhalten.

Es gehört sicherlich zu den wichtigsten Erkenntnissen der Führungslehre, dass kein Führer in der Lage ist, Mitarbeiter auf Dauer zu „motivieren“. Motivation kann nur von innen heraus entstehen, geboren aus der Überzeugung, etwas Wert zu sein im Rahmen der Krankenhausorganisation, einen Beitrag, in welcher Form auch immer, für das Funktionieren des Krankenhausbetriebes zu leisten, der auch als solcher anerkannt wird.

Insofern kann es auch immer nur die Aufgabe der Führung sein, organisatorische Rahmenbedingungen und kulturelle Spielregeln zu manifestieren, in deren Rahmen Mitarbeiter Motivation und Engagement, Arbeitsfreude und Begeisterung für ihr Krankenhaus selbst ent-

wickeln. Man könnte auch sagen: Es ist nicht die Aufgabe der Führung, Mitarbeiter zu motivieren, sondern sie nicht zu demotivieren.

### 3.2 Fazit: Was ist Management? Was ist Führung?

„Management und Führung“ ist dann gefordert, wenn die zu bewältigenden Aufgaben mengenmäßig oder vom Wissensbedarf her nicht mehr von einer Person in einer angemessenen Zeit erfüllt werden können.

Management konzentriert sich auf das Wesentliche und beinhaltet die Fähigkeit, die wirklich wichtigen Probleme von den weniger wichtigen zu unterscheiden und sorgt durch strategischen Weitblick dafür, dass wichtige Aufgaben nicht dringlich werden.

„Management“ heißt, durch zielgerechtes Entscheiden die Leistungsprozesse von Dritten resultatorientiert zu steuern.

Management-Entscheidungen müssen

- sachgerecht bzw. fachlich *qualifiziert* sein,
- *zeitnah* und situationsangemessen erfolgen,
- *umsetzbar* sein und durch Akzeptanz der Betroffenen zu erkennbaren Resultaten führen.

Die *Qualität* von Management-Entscheidungen hängt davon ab, inwieweit das bestmögliche Know-how (= unterschiedliches Fachwissen verschiedener Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen) zur Lösung eines Problems aktiviert werden kann.

*Zeitnahe* Management-Entscheidungen setzen eine reibungslose Organisation des Prozesses der Wissensmobilisierung und der kommunikativen Überzeugung voraus.

Der *Wirkungsgrad* von Management-Entscheidungen (gemessen an den zeitnah und situationsgerecht erreichten Resultaten), ist abhängig von der Form, in welcher die „richtigen“ Mitarbeiter an der Entscheidungsvorbereitung mitgewirkt haben. Aktive Mitwirkung i. S. von Beeinflussung des Zustandekommens einer Chefentscheidung durch eigene Initiative gilt als wichtiger *Akzeptanzfaktor* neuer Lösungen.

Die *Akzeptanz von Management-Entscheidungen* durch die betroffenen und beteiligten Mitarbeiter wird durch zwei Aspekte beeinflusst:

- Die Entscheidung muss *nachvollziehbar* sein, muss vom Mitarbeiter sachlich und logisch verstanden werden und den Sinn erkennen lassen: Warum ist die Entscheidung in dieser Art notwendig? Welche Rolle, welcher Beitrag wird vom Mitarbeiter erwartet? Was wird sich wie ändern, wenn die Entscheidung realisiert ist?
- Der Mitarbeiter erlebt i. d. R. die Möglichkeit zur *aktiven Mitwirkung* an einer Entscheidung als Motivation. Er kann durch eigene (Vor-)Entscheidungen im delegierten Aufgabenbereich selbst sichtbare Resultate erzielen, die mit ihm und seiner Leistungs-

fähigkeit in Verbindung gebracht werden. Er kann eine Sache zu seiner eigenen machen und daraus intrinsische Motivation durch Aufbau eines Selbstwertgefühls entwickeln.

**Management heißt also, sachgerechte, nachvollziehbare und zeitnahe Entscheidungen zu treffen, durch die sichtbare Resultate im Hinblick auf Qualität und Kosten erreicht werden.**

**Management-Erfolg** ist das Ergebnis des Zusammenwirkens zwischen Vorgesetzten und delegationsfähigen Mitarbeitern. Von daher ist die fachliche und persönlichkeitsbezogene Entwicklung von Mitarbeitern eine der wichtigsten Führungsaufgaben.

**Management und Führung** beinhalten die Fähigkeit, vermeintlich gegensätzliche Ziele durch intelligente Organisation miteinander in Einklang zu bringen.

**Management-Fähigkeiten** versetzen den Arzt nicht in die Lage, die Qualität seiner medizinischen Aufgaben direkt zu verbessern, aber mit ihrer Hilfe werden Störungen aus dem Arbeitsumfeld organisatorisch beherrschbarer. Dadurch wird der Kopf frei für die volle Konzentration auf die fachliche Aufgabe: Medizinische und menschliche Hilfe für Patienten und Angehörige leisten.

## Literatur

- von Eiff W (2000) Führung und Motivation im Krankenhausern. Perspektiven und Empfehlungen für Personalmanagement und Organisation. Stuttgart.
- von Eiff W, Stachel K (2006) Professionelles Personalmanagement – Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Wegscheid.
- von Eiff W (2014) Zielvereinbarungen und Bonizahlungen. Die ethische Grenze ökonomisch-industrieller Instrumente zur Leistungssteuerung, in: von Eiff W (Hrsg.) Ethik und Ökonomie in der Medizin, Heidelberg, S. 125–142.