

1 Einführung

Der Wirtschaftszweig Gesundheitswesen ist in einem massiven Umbruch. Insbesondere Krankenhäuser und Universitätskliniken sind seit einigen Jahren damit befasst, sich komplett neu aufzustellen: Umfirmierungen, Fusionen, Aufkäufe und eine Vielzahl von Veränderungen haben bereits stattgefunden. Hier ist durchaus von einem Paradigmenwechsel zu sprechen, der die Grundfesten des Deutschen Krankenhauswesens auf den Kopf gestellt hat. So hat das Land Hessen bereits 2007 seine Universitätskliniken Gießen und Marburg an die Rhön Kliniken AG verkauft und damit die Möglichkeit der Privatisierung von Unikliniken eröffnet. Die Fusionierung der Städtischen Kliniken Köln mit dem Universitätsklinikum ist ein lokaler Diskussionsdauerbrenner. Viele ehemals Städtische Krankenhäuser sind heute gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung oder gehören zu einem Klinikverbund, wie das Hellmig Krankenhaus in Kamen. Medizinische Versorgungszentren mit neuen Möglichkeiten der ambulanten Patientenversorgung und der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten entstehen seit einiger Zeit.

Neben diesen »äußeren« Ereignissen haben mit dem Ziel der Kosteneinsparung auch nach »innen« umwälzende Veränderungen gegriffen: Bereiche wie Beschaffung, Logistik, Gastronomie oder Reinigung werden als GmbH ausgelagert. In vielen Krankenhäusern sind bereits Pflegestationen zu Organisationseinheiten zusammengeführt worden. Alte Strukturen wurden abgebaut. Damit verknüpft haben Personalentlassungen und Veränderungen bei den Rollen und Aufgaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stattgefunden. Als größte Beschäftigtengruppe ist hiervon insbesondere die Pflege betroffen.

Privatisierung, Sanierung, Reorganisation und Personalreduzierung haben mit dem Anspruch, eine kostengünstige und professionell bessere Krankenversorgung zu erbringen, dazu geführt, dass Ab-

laufprozesse in den Krankenhäusern positiv verändert wurden. Die Patientenverweildauern sind deutlich zurückgegangen¹ und neue Rollen mit anspruchsvollen Aufgaben für die Mitarbeitenden entstanden: Controller, QM-Beauftragte, Case Managerin, OP-Manager, Pflegefachassistentin, Physician Assistant, DRG-Kodierer, pflegefachliche Leitung sind hierzu Beispiele.

Diese umwälzenden Veränderungen sind längst nicht abgeschlossen: Die Gesundheitsbranche ist nach wie vor eine Wachstumsbranche. Damit dies gelingt, ist Transformation unabdingbar, und ein Ende ist noch nicht in Zeitangaben zu benennen.

Die Produktivitätssteigerungen sind in den Krankenhäusern notwendig, weil die Kosten seit Jahren sehr viel schneller steigen als das Budget. So ist von der Politik angedacht, nicht mehr nur für behandelte Fälle, sondern auch für bereitgehaltene Kapazitäten als Krankenhaus Geld zu bekommen. Nicht zuletzt wird die Krankenhausreform, die ab 2024/25 in Kraft treten soll, für alle Beteiligten viel Neues im Krankenhausesektor mit sich bringen.

Unabhängig davon werden langfristig Kliniken ziemlich sicher mit immer weniger hochqualifizierten Ärzten und Pflegekräften auskommen müssen. Man geht davon aus, dass den Krankenhäusern rund eine halbe Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den nächsten Jahren verloren gehen. Insofern sind Handlungsfelder, die den Blick auf Innovation richten und zur Sicherung der wirtschaftlichen Zukunft beitragen nur logisch: Strukturveränderung und Kompetenzbündelung sind hier – bisher – die zentralen Strategien.

Was ist mit den Akteurinnen und Akteuren vor Ort, in den sich in der Transformation befindenden Kliniken? Sind sie diesen komplexen

1 Die durchschnittliche Patientenverweildauer ist von 13.3 Tagen im Jahr 1992, über 8.7 im Jahr 2005 auf 7.2 Tage im Jahr 2022 zurückgegangen (vgl. Statista GmbH, *Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1992 bis 2022 (in Tagen)*, 2023, Zugriff am 14.12.2023 unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/#:~:text=Die%20durchschnittliche%20Verweildauer%20in%20deutschen,%3A%2013%2C3%20Tage>).

Herausforderungen ohne weiteres gewachsen? Wie bewältigen sie das ständig Neue emotional? Wie lassen sich neue Rollen in einem agilen Umfeld etablieren? Können sie die neuen Rollen, die der Wandel produziert, selbständig ausfüllen? Umfassende Personalmanagementansätze für die Transformation² im Krankenhaus, die hierauf Antworten haben, gibt es bislang nicht. Nur eines ist klar: Mitarbeitende mit Führungsverantwortung müssen in der Lage sein, mit den immer knapperen Ressourcen die Krankenversorgung sicherzustellen (vgl. Hurlebaus & Küpper, 2021, S. 933).

Personalmanagement kann nicht ausschließlich Personalverwaltung sein, es muss vielmehr eigene Impulse im Rahmen der strategischen Planung setzen. Das »Was« des Change ist definiert und umgesetzt in Masterplänen. Wir haben in den Gesundheitseinrichtungen kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Denn nach wie vor zu kurz kommt das »Wie«: Wie schaffen wir es, die Mitarbeitenden neu zu positionieren und wirklich mitzunehmen? Personalmanagement wird noch sehr häufig auf die erste oder zweite Managementebene delegiert. Beratung wird punktuell für Einzelmaßnahmen geholt. Eine Gesamtstrategie für den Wandel im Personalmanagement wird nur selten verfolgt, auch stehen Beraterinnen und Berater nach der strukturellen Veränderung nicht selbstverständlich für eine Reflexion den Akteuren vor Ort als fachliche und menschliche Begleitung zur Verfügung.

2 Im Unterschied zum Change-Management ist Transformation ein grundlegender Wandel, das heißt, eine umfassende, tiefgreifende und hoffentlich auch nachhaltige Veränderung im Krankenhaus. Hingegen ist das Change-Management ein Bündel von Maßnahmen, das den Wandel methodisch umsetzt, steuert und forciert.

2 Rollenverteilung und anstehende Aufgaben

2.1 Rollenklärung der Protagonisten

Der Erfolg von Krankenhausunternehmen – insbesondere in den »heißen Phasen« der Veränderung – hängt maßgeblich davon ab, wie die Häuser aufgestellt und wie die einzelnen Akteure positioniert sind.

Weiß jeder Mitarbeiter, jede Mitarbeiterin, jede Führungskraft, wo sie im System steht, welche Aufgaben und Befugnisse sie oder er hat, welche Erwartungen gestellt sind, was zu tun ist? Die Antworten darauf ist der Grundstein für den (Unternehmens-)Erfolg.

Nicht selten kommt im Arbeitsalltag Rollenambiguität vor, das heißt, Einzelne wissen nicht, welche Rolle sie in der jeweiligen beruflichen Situation haben. Die Rolle³ gibt an, wo und wie der Mitarbeitende in der Organisation positioniert ist; gibt Orientierung nach innen und außen und bezieht sich implizit sowohl auf persönliche Fähigkeiten als auch auf persönliche Merkmale.

Über den Begriff »Rolle« wird das Spannungsverhältnis zwischen Mitarbeitenden und Organisation dargestellt. Das ist nicht immer einfach. Führung hat dabei die primäre Aufgabe zu erklären, zu beraten, zu unterstützen, zu korrigieren und Sicherheit im System zu geben. Führung muss aber nicht nur eingreifen, sondern muss auch lernen loszulassen, vor allem wenn andere Führungsebenen nach-

3 Ich spreche hier von der sozialen Rolle: Rolle ist die Summe der normativen Verhaltenserwartungen, die dem- oder derjenigen einer sozialen Position entgegengebracht wird. (Berufs-)Rollen schränken individuelle Freiheiten ein, geben allerdings auch Verhaltenssicherheit.

folgen und/oder Mitarbeitende sich weiterentwickeln sollen. Wenn beispielsweise eine Chefarztin sieht, wo berufliches Verhalten bei einem Mitarbeitenden korrigiert werden muss, sollte sie nicht selbst das Gespräch führen. Vielmehr ist der zuständige Oberarzt oder Stationsarzt als primärer Akteur zu informieren und zu beraten, wie vorzugehen ist. Das Agieren aus den verschiedenen Führungspositionen und Einhalten der Hierarchie will gelernt sein und ist gerade in Transformationsprozessen wichtig. Es geht hier um adäquate Positionierung und Rollenstärkung im System.

Ein weiteres Beispiel: OP-Manager ist die Rollenbezeichnung. Aufgabenbereich ist die Funktionsabteilung OP. Die Aufgabe ist das Organisieren der OP-Säle. Dies ist das, was die Bezeichnung festlegt. Alles andere ist implizit enthalten und muss im Organigramm (► Kap. 5.1), in der Aufgabenbeschreibung bzw. im Stellenprofil und über Kommunikation erörtert bzw. festgelegt werden: *Der OP-Manager gehört zur..., er macht..., er regelt..., er darf..., er ist über- und unterstellt...* Deutlich wird, wie wichtig hier der permanente Austausch mit den Vorgesetzten, aber auch mit den Kollegen ist.

Wenn also eine Mitarbeiterin sagt: *»Ich weiß nicht, was meine Aufgabe ist, was von mir erwartet wird«*, so heißt das, die Rolle ist im System nicht geklärt. Wenn Rollenambiguität besteht, kann Folgendes passieren: Alle machen alles, keiner übernimmt Verantwortung, viele oder alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten ohne Konzept, oder es passiert gar nichts, weil niemand sich zuständig fühlt.

Vom OP-Manager, um beim letzten Beispiel zu bleiben, erwartet die Krankenhausleitung, dass er die OP-Säle möglichst auslastungsoptimal organisiert, kaum OP-freie Zeiten entstehen, Notfälle wirkliche Notfälle sind, die Mitarbeitenden im OP geführt und die Operationen gemeinsam mit den Operateuren gesteuert werden. Die zentralen Rollen müssen benannt und die Erwartungen an diese Rollen geklärt werden.

Neben den zentralen Rollen im Krankenhaus, wie Geschäftsführung, Kaufmännischer Direktor, Ärztliche Direktorin oder Pflegedirektor hat jeder Klinikbereich, jede Abteilung und Station spezifische

bzw. exklusive Rollen. Sie sollten, um Klarheit zu schaffen, nicht nur im Stellenprofil erörtert, sondern für alle sichtbar gemacht werden. Jeder einzelne Mitarbeitende muss im Unternehmenssystem folgende Fragen »ohne Wenn und Aber« beantworten können: *Wer bin ich? Was darf und muss ich tun? Welche Befugnisse habe ich? Wie werde ich gesehen? Welche Erwartungshaltungen muss ich erfüllen?*

Für eine gute Transparenz bietet sich eine **Matrix** an (► Tab. 1):

Tab. 1: Pflegerische Rollenverteilung auf der Station »Kinderchirurgie« (ein Beispiel)

Rollenbezeichnung	Aufgaben	Befugnisse
Teamleitung
Exam. Pflegefachkraft
Pflegefachassistentin		
Teamassistentin		
DRG-Kodierer		
Stationssekretärin		
QM-Beauftragte		
Pflegedienstleitung		

Die Erwartungshaltungen werden mit dem jeweiligen Vorgesetzten und im Team fortlaufend reflektiert und angepasst.

Transformation erfordert so gut wie immer das Schaffen von neuen Rollen, die den veränderten Anforderungen noch professioneller und ergänzend zu den bestehenden gerecht werden sollen. Sie verursachen allerdings nicht selten »sowohl bei den Rolleninhabern, als auch im direkten beruflichen Umfeld Rollenunsicherheiten«. Eine Anpassung aller betroffenen Stellenprofile findet bisher in der Praxis nur selten statt, was weitere Verunsicherung erzeugen kann (Hurlbaus et al., 2022, S. 1024).

Neue Rollen finden sich im Krankenhaus ganz überwiegend in der Pflege – zum Beispiel als Nurse Practitioner, Pflegefachassistentin, Pflegerische Leitung oder Case Manager. »Für diese Mitarbeitenden [...] reicht herkömmliches Basiswissen nicht aus, sie haben darüberhinausgehende Qualifikationen erworben, wie Fähigkeiten für wissenschaftliches Arbeiten oder Management-Know-how« (ebd.).

2.2 Führung und Leadership

Mitarbeitende mit Führungsverantwortung verstehen sich nach wie vor primär als Managerin oder Manager von Arbeitsaufträgen: Organisieren, Prioritäten setzen, Entscheiden, Kontrollieren, Evaluieren und Beurteilen sind zentrale Stichworte. Allerdings führten und führen die krisenbedingten Umstrukturierungen nach wie vor zu agilen Unternehmenskulturen. Die Abkehr vom streng hierarchischen Führungsstil wird im Zusammenhang mit modernen Arbeitsweisen – New Work – diskutiert: So können verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten geboten werden, die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben wird priorisiert oder es werden individuelle Arbeitszeitmodelle ermöglicht. Der Umgang mit diesen New Work-Ansprüchen steht bei vielen Führungskräften im Krankenhaus noch nicht auf der Agenda. Man kann sagen, die Transformation trifft auf Tradition. Führungskräfte müssen lernen, mit den Ansprüchen von qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gut umzugehen. »[...] insbesondere in agilen Organisationen gilt es, Mitarbeitenden Sicherheit und Orientierung zu bieten, Sinn zu vermitteln und Stärken zu stärken« (Schwuchow, 2023, S. 2).

Die Erneuerung von Krankenhäusern verlangt also noch andere Fähigkeiten, die nicht so ohne weiteres erlernt werden können – es geht um die »innere Haltung« der Führungskraft. Führungskräfte benötigen Management- und Leadership-Fähigkeiten (Küpper, 2011, S. 33). Führung muss sich mit Leadership auseinandersetzen, wenn sie

Changevorhaben mit ihren Mitarbeitenden nachhaltig umsetzen und Transformation initiieren will. Dabei kommt den Führungsverantwortlichen des mittleren Managements – und dies gilt für die Pflege genauso wie für Ärzt:innen – eine spezielle Aufgabe zu: Sie sind die Treiber der Transformation, und sie werden im Arbeitsalltag gemeinsam mit der Mitarbeiterbasis für die Umsetzung der Unternehmensziele verantwortlich sein.

Führung im weiteren Sinne ist Management, im engeren Sinne Leadership als persönliche Interaktion. Mitarbeitende mit Führungsverantwortung müssen Vorbild und mutig sein, die Mitarbeitenden begeistern und mitnehmen (ebd.), Veränderungsprozesse initiieren und begleiten, Werte kommunizieren und Einzelne beraten. Es sollte eine offene, vertrauensbasierte Führung in interdisziplinären Leistungsteams gepflegt werden.

In der nachfolgenden Tabelle (► Tab. 2) sind die zentralen strategischen Führungsinstrumente aufgeführt. Sie beinhalten sowohl Management- als auch Leadership-Strategien:

Tab. 2: Zentrale strategische Führungsinstrumente

Instrument	Strategien
Performance	<ul style="list-style-type: none"> • sicheres Auftreten und fundiertes Wissen zeigen; • Partizipation bei Entscheidungen sicherstellen; • auf Widerstand vorbereitet sein; • Führungsgrundsätze vorleben (»werteorientierte Führung«)
Aufgabenzuordnung	<ul style="list-style-type: none"> • über Stellenprofile Rollenklarheit schaffen; • definierte, verbrieftete Ablaufprozesse; Befugnisse definieren
Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisch und pflegerisch fachlich fit sein; • Führungskompetenz zeigen: sicher, selbstbewusst im Auftreten

Tab. 2: Zentrale strategische Führungsinstrumente – Fortsetzung

Instrument	Strategien
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • freundliche, sichere und wertschätzende Kommunikation führen; • Jour fixe anbieten bzw. einfordern; • nachhaken, Absprachen einfordern, schriftlich fixieren und sich möglichst daran halten
3Ks der Führung	für die eigene Kompetenz, Kreativität und Konsequenz sorgen
Organigramme	über Organigramme die fachliche, hierarchische und personelle Zuordnung wiedergeben (Befugnisse, Kommunikationswege) (► Kap. 5.1)
Kennzahlen	in einem Kennzahlenboard messbare Kennzahlen festlegen, darüber kommunizieren und sich präsentieren (► Kap. 7.3)

Leadership ist nicht neu. Schon seit Jahren wird dieser Begriff diskutiert. Man versucht, diese Haltung in Führungsseminaren und/oder in Coachings zu reflektieren und zu vermitteln. Leadership bleibt somit im wahrsten Sinne ein Dauerbrenner, eben weil es überwiegend mit der Persönlichkeit und den Lebenserfahrungen des oder der Führungsverantwortlichen zu tun hat, und nicht mal eben gelernt werden kann. Ob man es hören will oder nicht: Leadership ist und bleibt auch eine Frage des Charakters. Und »Leadership kann sich letztendlich nur entfalten, wenn ein entsprechend offenes Umfeld da ist: Ein Umfeld, das nicht konserviert, nicht festhält, sondern spontan und innovativ ist. Ein Umfeld, das der Führung Freiräume gibt, wo Vertrauen herrscht, Werte gelebt werden und ein kreativer Ideenwettbewerb möglich ist« (ebd., S. 34).

Auch wenn viele sich schwertun mit dem Begriff als solchem und mit der inneren Umsetzung im Speziellen – dennoch, einige Verhaltensweisen und Führungstools lassen sich erlernen. Bereits vor über zehn Jahren hat Sprenger (Sprenger, 2012) beeindruckend herausgestellt, dass jede Führungskraft, egal in welchem Wirt-

schaftszweig und auf welcher Hierarchiestufe eingesetzt, sich vorrangig mit fünf Kernaufgaben im Arbeitsalltag befassen sollte:

- Zusammenarbeit organisieren,
- Transaktionskosten senken,
- Konflikte entscheiden,
- Zukunftsfähigkeit gestalten und
- Mitarbeiter:innen führen.

Insbesondere die beiden zuletzt genannten Aufgaben sind im aufgeführten agilen Kontext primär relevant, und damit muss Führung sich täglich befassen: Mein Verantwortungsbereich soll nicht nur heute, sondern auch morgen und übermorgen gut laufen, und meine Mitarbeitenden will ich motivieren, anleiten, befähigen und halten. Als Führungsinstrumente setze ich meine Persönlichkeit ein und gebe Rückmeldung, höre zu, führe Gespräche, ich zeige mich und bin ansprechbar. Obwohl Telefonate, Emails und Whats-Apps die effizienteren Kommunikationsformen sein können, ist die persönliche Begegnung, das Spüren der »Aura des Gegenübers« (Eichel, 2023, S. 57) nachhaltiger, sie gibt mehr Wertschätzung und bleibt beeindruckender in Erinnerung. Je wichtiger die Informationsinhalte für den erfolgreichen Arbeitsalltag sind, desto wichtiger ist die persönliche Begegnung (Stichwort: »Management by Walking around«) – dies gilt für alle Führungsebenen: vom Vorstand bis zur Teamleitung.

2.3 Rolle der Krankenhausleitung

Es ist wohl zweifellos so, dass beim Thema Personalmanagement die Krankenhausleitungen häufig mehr oder weniger »vergessen« werden. Bei der Entscheidung, Maßnahmen mit dem Ziel der Transformation einzuleiten, bleiben sie außen vor: *Was muss ich persönlich verändern, lebe ich meine Rolle eindeutig, wie sieht mein persönlicher Bei-*