

Tewes



Führungskompetenz ist lernbar

3. Auflage

Praxiswissen
für Führungskräfte
in Gesundheits-
fachberufen

 Springer

Führungskompetenz ist lernbar

Renate Tewes

Führungskompetenz ist lernbar

Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen

3., aktualisierte und erweiterte Auflage

Mit 45 Abbildungen

Renate Tewes

Crown Coaching International

Dresden

ISBN 978-3-662-45222-6

ISBN 978-3-662-45223-3 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-662-45223-3

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2009, 2011, 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © thinkstock/Thomas Northcut

Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Mitakuye oyas'in
All meinen Verwandten
gewidmet

Vorwort

Führungskräften im Gesundheitswesen kommt heute die Aufgabe von Wunderheilern zu, nur dass niemand mehr über Heilung spricht, sondern von Versorgung die Rede ist.

Die Führungskräfte im Gesundheitswesen sind derzeit doppelt belastet. Einerseits bringen bisherige Managementinstrumente nicht mehr den erhofften ökonomischen Segen und andererseits sind sie nicht für die Aufgaben geschult, mit denen sie am meisten konfrontiert sind.

Immer neue Managementmethoden mit vielversprechenden Namen erobern den Gesundheitsmarkt, um nur kurze Zeit später in Vergessenheit zu geraten. So wurde die Lean Production durch das Lean Management abgelöst. Mit der Balanced Scorecard sollen Koordinationsdefizite ausgeglichen werden. Um die Qualität in Kliniken zu verbessern wird KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) eingeführt und Qualitätszirkel eingerichtet. Just-in-Time-Modelle sollen helfen, Prozesse in Operationssälen zu optimieren und mit Business Reengineering soll die Effizienz gesteigert werden. Doch das Produktivitätspotenzial dieser Methoden ist weitgehend ausgeschöpft (Händler 2005).¹

Die meisten Führungskräfte im Gesundheitswesen sind aufgrund ihrer Fachkompetenz in diese Position gelangt. Zusatzqualifikationen erweitern ihre Kenntnisse insbesondere in Rechtskunde und Betriebswirtschaftslehre. Der größte Teil des Führungsalltags besteht jedoch aus Beziehungsmanagement, professioneller Kommunikation und Netzwerkarbeit. Doch darin wird das Management selten geschult. Demnach sind Führungskräfte mit dieser Gefühlsarbeit oft überfordert. Schon vor sieben Jahren litten acht von zehn Managern an Schlafstörungen, Magenschmerzen und Herz-Rhythmus-Störungen und die Belastungen haben nicht abgenommen (Händler 2005). Mit zunehmender Verantwortung sinkt das Risiko, ein Burn-out zu erleiden, so eine aktuelle Studie (► <http://www.personalwirtschaft.de> 2014).² Denn fehlende Autonomie und unklare Arbeitsstrukturen sind die größten Stressoren. Kein Wunder also, dass die mittlere Führungsebene psychisch am meisten beansprucht ist (► <http://static.dgfp.de> 2011).³

Während neue Managementinstrumente vor einigen Jahren noch Einsparpotenziale erbrachten oder Ressourcen ermittelten, sind sie nunmehr ausgereizt. Drastische Personal Kürzungen, die zunehmende Morbidität der Menschen bedingt durch die demografisch Entwicklung und immer kürzere Verweildauern der Patienten in den Kliniken sorgen für eine große Arbeitslast, die von immer weniger Personal bewältigt werden soll. Gleichzeitig findet dieser enorme Einsatz von Menschen in Gesundheits- und Pflegeberufen zumeist keinerlei Anerkennung. Es wird einfach vorausgesetzt, dass sie ihrer Arbeit ohne zu murren nachgehen, ohne für ihr Engagement jemals Worte des Lobes zu erfahren. Ganz nach dem Wahlspruch der Diakonissen: »Mein Lohn ist, dass ich dienen darf.«

1 Händler, Erik (2005) Die Geschichte der Zukunft. Sozialverhalten heute und der Wohlstand von morgen. Kondratieffs Globalsicht, S. 221, 234, 270. Münster: Brendow.

2 ► <http://www.personalwirtschaft.de/de/html/news/details/3143/Je-mehr-Verantwortung-desto-weniger-Burnout/>

3 ► <http://static.dgfp.de/assets/empirischestudien/2011/02/dgfp-studie-psychische-beanspruchung-von-mitarbeitern-1290/dgfp-studie-psychische-beanspruchung.pdf>

Die gesamte Ausbildung im Management ist ausgerichtet auf Planung, Effizienz, Steuerung, Zielerreichung und Controlling. Damit wird lediglich die rationale Intelligenz bedient, die vor allem Fakten ermitteln und kontrollieren will. Diese einseitige Überbewertung des Verstandes qualifiziert Führungskräfte nur unzureichend für die sogenannten Soft Skills, die von ihren Mitarbeitern erwartet werden. So müssen Führungskräfte beispielsweise offen kommunizieren, Probleme thematisieren und aktiv angehen, auf Sorgen empathisch eingehen, Beziehungen pflegen, Mitarbeiter frühzeitig mit Informationen versorgen, Spannungen reduzieren, Konflikte deeskalieren und dem Personal wertschätzend begegnen. Hierzu bedarf es insbesondere der emotionalen und sozialen Intelligenz, die bei Managern im Gesundheitswesen zumeist einfach vorausgesetzt, jedoch nicht systematisch trainiert wird.

Langsam aber stetig steuert das Gesundheitswesen auf einen Personalnotstand zu, der zur größten Herausforderung der nächsten Jahre werden wird. Laut Statistischem Bundesamt wird die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten 20 Jahren um 58 % zunehmen (► <http://www.destatis.de>).⁴

Mitarbeiter emotional zu binden wird für Führungskräfte immer wichtiger werden (Geißler 2006).⁵ »Die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen wird zur wichtigsten Quelle der Wertschöpfung«, so der Volkswirt Erik Händler (2005). Einzig die Verbesserung der Kommunikation kann in Unternehmen noch Effekte bringen, da hier Unsummen verschlungen werden. Missverständnisse, Vorenthalten von Information, Lästern und Mobbing beherrschen oft den Alltag und führen zu Ausfall von Personal oder »inneren Kündigungen«.

Der Gallup Engagement Index 2013 macht deutlich, dass nur 16 % der Mitarbeiter emotional engagiert und damit produktiv sind. 17 % haben bereits »innerlich gekündigt« und 67 % machen Dienst nach Vorschrift. Mitarbeiter mit emotionaler Bindung an ihr Unternehmen haben durchschnittlich 2,4 Fehltage weniger. Das Gallup Institut ermittelte ein wirtschaftliches Jahresminus für Deutschland von 110 Mrd. Euro, was allein auf Fehlzeiten durch wenig engagierte Mitarbeiter zu rückzuführen ist (► <http://www.gallup.de>).⁶ Als ursächlich verantwortlich gemacht für diese mangelnde **Corporate Identity** werden insbesondere vier Faktoren:

1. Fehlende Führungskompetenz (Führungsstil ist zu wenig mitarbeiterorientiert)
2. Inadäquate Kommunikation
3. Überholte Führungsinstrumente (kein Feedback an die Mitarbeiter)
4. Keine Motivation durch individuelle Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter entscheidet maßgeblich über den Erfolg eines Unternehmens. Um das zu gewährleisten, müssen Führungskräfte auf zwei wesentliche Grundbedürfnisse ihrer Mitarbeiter eingehen können, nämlich dem Wunsch nach Zugehörigkeit und dem Bedürfnis, als Individuum wahrgenommen zu werden. Die viel zitierte Patientenorientierung ist ohne Mitarbeiterorientierung letztlich nicht möglich. Auf Dauer können Gesundheitsmitarbeiter sich nicht liebevoll um ihre Patienten kümmern, wenn sie selbst

4 ► <http://www.destatis.de>

5 Geißler, Cornelia (2006) Warum emotionale Bindung wichtig ist. Harvard Business manager. 09: 8–10

6 ► <http://www.gallup.com/region/de-de/europe.aspx>

das Gefühl haben, mit ihrer Tätigkeit nicht wertgeschätzt zu werden. Führungskräfte mit fehlender Sozialkompetenz werden zum größten Kostenfaktor eines Unternehmens, den wir uns, gerade im Gesundheitswesen, nicht mehr leisten können.

Wer Führungskräfte trainings für Kosmetik hält, verschließt die Augen vor der Kraft des destruktiven Potenzials unzufriedener Mitarbeiter. Wenn das Management sich in Konfliktsituationen auf rationale Formalien zurückzieht, wird eine Unternehmenskultur mobilisiert, die sich mit ungeahnten Energien gegen das eigene Unternehmen wendet. Dauerhaft frustrierte Mitarbeiter neigen zum Dienst nach Vorschrift, Sabotage und Diebstahl. Dabei muss bedacht werden, dass Mitarbeiter nicht von Natur aus bössartig sind, sondern ihre Vorgesetzten oft Vorbilder für ihr Verhalten sind. Wenn das entwickelte Leitbild auf der Ebene des Topmanagements nicht gelebt wird, hat das Konsequenzen für alle Beteiligten des Unternehmens.⁷ Fehlende Führungskompetenz der Vorgesetzten muss zu den größten Frustfaktoren gezählt werden. Von Vorgesetzten werden zusehends Coachingfähigkeiten erwartet, denen diese ohne Training nicht nachkommen können (Waldroop und Butler 2006).⁸ Die Investition in die Entwicklung von Führungskräften wird oft unterschätzt, zahlt sich jedoch langfristig immer aus (Paul 2004).⁹

Das vorliegende Buch hat den Anspruch, in seinen Aussagen wissenschaftlich fundiert aber dennoch leicht verständlich zu sein. Die vielen Fallbeispiele aus meiner Praxis als Coach sollen einen Einblick geben in häufig auftauchende Probleme im Führungsalltag und die Vielzahl an Bewältigungsmethoden.

Das Buch gliedert sich in vier Teile. Im ersten Teil **Beziehung und Effizienz** werden Grundlagen der Führungskompetenz aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet. Es werden Fragen diskutiert

- von Macht und Ohnmacht im Gesundheitswesen, die ihre historischen Wurzeln haben und der Entscheidung Opfer oder Gestalter zu sein,
- von der Balance zwischen Beruf und Privatleben und was die Glücksforschung dazu sagt,
- von der Zielorientierung im Führungsalltag,
- zu Genderfragen und dem Unterschied von weiblicher und männlicher Führung für ein Unternehmen,
- von der Bedeutung von moralisch intelligenter Führung für den wirtschaftlichen Erfolg einer Organisation und
- welche Instrumente in den Werkzeugkoffer professioneller Führung gehören.

Der zweite Teil dieses Buches nennt sich **Problem oder Herausforderung** und schildert Beispiele aus dem Coachingalltag zu verschiedenen Themen. Hier werden Probleme aus dem Führungsgeschehen beschrieben und Lösungen mit unterschiedlichen Methoden angegangen. Folgende Bereiche werden bearbeitet:

7 Eine Klinik, die ich beraten habe, hatte als ersten Satz ihres Leitbildes formuliert: »Der Mensch, mit all seinen Bedürfnissen, steht bei uns im Mittelpunkt.« Dass die Unternehmensleitung langjährigen Mitarbeitern kündigte, mit der Begründung, »dass überall gespart werden müsse«, haben die Mitarbeiter ihren Vorgesetzten nicht verzeihen können und der erste Leitbildsatz wurde stets ironisch zitiert.

8 Waldroop, James; Butler, Timothy (2006) Der Vorgesetzte als Coach. Harvard Business manager. 2: 53–61.

9 Paul, Herbert (2004) Wachstum beginnt beim Management. Harvard Business manager. 12: 67–73.

- Wie Teamdynamiken verstanden und beeinflusst werden können
- Wie das Treffen von Entscheidungen erleichtert werden kann
- Wie Selbstwertkrisen überwunden werden können
- Wie Verhandlungen professionell geführt werden
- Wie Stress gemanagt werden kann
- Wie Organisationen gestaltet werden können.

Im dritten Teil dieses Buches über **Innovation im Gesundheitswesen** werden Ergebnisse einer Untersuchung vorgestellt. Während meines Forschungssemesters in den USA (Sommersemester 2007) habe ich mit fünf bedeutenden Persönlichkeiten des amerikanischen Gesundheitswesens Interviews über ihre Innovationen geführt, die sie entwickelt und umgesetzt haben. Dabei sprach ich mit

- Marie Manthey über die Einführung von Primary Nursing,
- Jean Watson über die Pflegelehre des Caring,
- Mary Jo Kreitzer über die Einrichtung eines Zentrums für Spiritualität an einer naturwissenschaftlich orientierten Universität,
- Heather Zwickey über das Forschungszentrum für alternativer Heilmethoden und
- Val Lincoln über die Umsetzung integrativer Heilmethoden in der Pflege.

Der vierte Teil dieses Buches lautet **Unternehmen Zukunft** und geht der Frage nach, was Führungskräfte im Gesundheitswesen wissen und können müssen, um die Zukunft ihrer Organisationen professionell gestalten zu können. Notwendige Kenntnisse betreffen hierbei

- das Verständnis über die wirtschaftlichen Konjunkturwellen,
- ein Akzeptieren der Quantenlehre und eine damit verbundene Öffnung für andere Formen der Intelligenz außerhalb der Rationalen,
- die Bedeutung moralischer Intelligenz für den wirtschaftlichen Erfolg,
- die Bedeutung der emotionalen Führung für die Mitarbeiter und
- die Bedeutung von Führen mit Sinn.

Abschließend werden notwendige Kompetenzen von Führungskräften im Gesundheitswesen der Zukunft zusammengefasst.

Allen Lesern und Leserinnen dieses Buches wünsche ich Lust auf Verantwortung, Mut zum Risiko, echte Begegnungen mit ihren Mitarbeitern und die Erfahrung, einer sinnvollen und inspirierenden Tätigkeit nachzugehen. Und last but not least wünsche ich Ihnen natürlich viel Freude beim Lesen.

Renate Tewes

Dresden

Mit bestem Dank

Dieses Buch ist mit der Unterstützung vieler lieber Menschen entstanden, denen ich an dieser Stelle danken möchte.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, die dieses Buch zwar nicht mehr erleben, doch durch ihren Glauben an mich den entsprechenden Samen dazu säten. Ohne das hartnäckige Nachfragen von Barbara Lengricht vom Springer Verlag wäre diese Arbeit nie entstanden. Für ihr konsequentes Interesse bedanke mich sehr. Susanne Moritz vom Springer Verlag verdanke ich diese Neuauflage.

Während der Überarbeitung dieses Buches habe ich mich am Fuß operieren lassen und hatte so die Gelegenheit, das Gesundheitswesen aus der Patientensicht zu erfahren. Auf Hilfe angewiesen zu sein zeigt mir, was wirklich wichtig ist: Im Krankenhaus zählen dazu kompetente Führungskräfte, interprofessionelle Kommunikation und qualifiziertes Personal. Besonders dankbar bin ich für die viele persönliche Unterstützung, die ich in dieser Zeit erfahren habe. Malika Gieschen reiste aus Bremen an, um mich professionell häuslich zu versorgen. Meine Schwester Katharina ermöglichte mir Ausflüge im Rollstuhl. Annett Nitschke erwies sich als rettender Engel und fuhr mich mit dem Auto durch die ganze Republik, damit ich meinen Lieblingscousin Clemens besuchen kann, der sich gerade auf seine letzte Reise macht.

Edeltraudel Pandya danke ich für ihr Wundermittel gegen Schreibblockaden. Fachliche Unterstützung erhielt ich in vielen Gesprächen mit Kollegen und Kolleginnen. Besonders erwähnen möchte ich hier Prof. Maria Mischo-Kelling, Marie Manthey, Prof. Mary Jo Kreitzer, Ingrid Heussen, Marion Hadasch und Prof. Ruthard Stachowske. Prof. Thomas Fischer und Prof. Kathrin Engel engagieren sich mit unglaublicher Fachkompetenz für die Pflegestudiengänge an meiner Hochschule (ehs) und inspirieren mich sehr. Ruben Schölles ist Experte für Datenrettung. Ihm habe ich es zu verdanken, dass er dieses Buch, kurz vor Toreschluss, aus den Tiefen des Universums zurückholte, nachdem alle Daten sich mit einem unüberlegten Knopfdruck dort hin verabschiedet hatten.

Ganz besonderer Dank gilt all den Teilnehmern und Teilnehmerinnen meiner Führungskräftetrainings, die sich vertrauensvoll öffneten und in diesem Buch als »Fallbeispiele« Eingang gefunden haben. Auch wenn alle Beispiele datenschutzrechtlich »bearbeitet« wurden, bin ich sicher, dass die hier Beschriebenen sich wiederfinden. Besonders freue ich mich dabei, wenn ich nach dem Training ein telefonisches Feedback über die Folgen und Veränderungen aus ihrem beruflichen Alltag erhalte, wie viele dies unaufgefordert machen. Lieben Dank dafür!

Für die seelische Rückenstärkung bedanke ich mich bei meinem Onkel Klemens Tewes, meinen »Ersatzeltern« Renate und Hans-Jürgen Stieringer, meinen Schwestern Katharina und Petra. Auch meinen Freunden und Freundinnen sei gedankt für ihre Ablenkung und den immer wieder belegten Beweis, dass es ein Leben neben Hochschule und Buchschreiben gibt. Besonders bedanken möchte ich mich bei Christine Laubert mit ihrer unschlagbaren Latte macchiato, meinen Nachbarn Amanda und Roland für die zauberhafte Ballonfahrt

über Dresden. Euch allen herzlichen Dank für die Inspiration sowie praktische, seelische und intellektuelle Unterstützung beim Schreiben dieses Buches.

Ganz besonderer Dank gilt meinen Lehrern und Lehrerinnen, die mich auf den unterschiedlichsten Wegen meines Lebens begleiteten, meinen Verstand herausforderten, meinen Geist fütterten und meine Herzensbildung unterstützten.

Mit dem Psychoanalytiker Prof. Rolf Vogt teile ich die Begeisterung für unbewusste Prozesse, Prof. Walter Heinz öffnete mir die Augen für die Organisationspsychologie, Maria Mischo-Kelling säte den Samen der Pflegewissenschaft und Dr. Ann Elisabeth Auhagen begleitete mich bei meiner langjährigen Auseinandersetzung mit Verantwortung in der Pflege. Mit Franz Leinfelder lüftete ich die Geheimnisse der Gruppendynamik und Marie Manthey ist es zu verdanken, dass ich heute LEO-Trainerin bin und mich für Primary Nursing engagiere. Dr. Bernhard Mack begleitete mich durch die Höhen und Tiefen meiner Coachingausbildung. Bei Rob Williams lernte ich die Coachingmethode Psych-K. Mit Dr. Jan Erik Sigdell erforschte ich die Ursachen und Bedeutungen menschlicher Schwierigkeiten. Bei dem Abenteuer der persönlichen spirituellen Reise begleiten mich Christina Pratt und Zoltán Sólyomfi-Nagy, meine Kenntnisse bezüglich integrativer Heilverfahren erweiterten Jean Sayre-Adams und Patrizia Gulde. Als Lehrer ganz besonderer Art erlebe ich meine Studenten. Mit ihren unermüdlichen Fragen fordern sie mich immer wieder neu heraus und unterstützen meine Freude am Erkenntnisgewinn.

All diese Menschen prägen mein Wissen und Weltbild, was ich auf meinen Umgang mit Coachees und Klienten auswirkt. Ihnen allen gilt mein besonderer Respekt und Dank.

Über die Autorin



Prof. Dr. Renate Tewes ist Unternehmensberaterin, Pflegewissenschaftlerin und Dipl.-Psychologin.

Sie verfügt über langjährige Erfahrungen in der Beratung und Begleitung von Führungskräften, insbesondere im Gesundheitswesen. Mit ihrer Unternehmensberatung Crown-Coaching-International unterstützt sie vielfältige Change-Management-Prozesse im In- und Ausland. CROWN steht dabei für clever, ressourcenorientiert, wissenschaftlich fundiert und nachhaltig.

Prof. Tewes hat eine Coachingausbildung (CoreDynamik Freiburg), eine gruppenspezifische Zusatzausbildung (AGM, Münster), ist lizenzierte LEO-Trainerin (Creative Health Care Management, Minneapolis, USA) und qualifizierte PerK Trainerin (Denver, CO, USA).

2002 baute Prof. Tewes den Studiengang Pflegewissenschaft/ Pflegemanagement an der EHS in Dresden auf. Seit 2004 ist sie Case-Management-Ausbilderin und leitet entsprechende Weiterbildungen in Dresden, Hamburg und Berlin.

2005 eröffnete sie gemeinsam mit Prof. Pfäfflin und Dr. Jensen eine Lehrpraxis, in der Menschen an die Hochschule kommen, um dort, in Zusammenarbeit mit Studierenden, ihre aktuellen Probleme zu bearbeiten. Die Lehrpraxis wird von der Bevölkerung gut angenommen und ist ein Ort, an dem der Wissenstransfer in beide Richtungen fließt (Theorie und Praxis).

Als Mitglied der internationalen Lerngemeinschaft ILC trifft sie sich seit 10 Jahren zweimal jährlich mit Führungskräften aus den USA, Großbritannien, Irland, Italien, Türkei und Schweden, um sich über aktuelle Themen des Gesundheitswesens auszutauschen. Bei den Meetings besucht die Gruppe regelmäßig innovative Einrichtungen und spricht mit führenden Personen aus der Gesundheitspolitik und Pflegeforschung. So informierte sie sich beispielsweise in einer Klinik auf Hawaii über die Integration von Schulmedizin und hawaiianischen Methoden, besuchte ein homöopathisches Krankenhaus in Glasgow, sprach mit den Pflegeprofessoren in der Universität Reykjavik und der Akdeniz Universität in Antalya und diskutierte mit Earl Bakken, dem Erfinder des Herzschrittmachers und Gründer von Medtronic über die Zukunft des Gesundheitswesens.

Bei Springer veröffentlichte Prof. Tewes über Kommunikation in Gesundheitsfachberufen (2010), Verhandlungsmanagement (2011) und gemeinsam mit Alfred Stockinger über nationale und internationale innovative Projekte der Personalentwicklung (2014).

Inhaltsverzeichnis

I Teil I Beziehung und Effizienz

1	Regieren oder Dienen? Geschichten von Macht und Ohnmacht	3
1.1	Führungsenergie mobilisieren	4
1.2	Geschichte der Pflege: Ein Auszug.....	5
1.3	Mutige Frauen in der Pflege.....	8
1.4	Aus der Geschichte lernen.....	9
1.5	Vom Umgang mit der Macht.....	10
1.6	Gestalterrolle statt Opferrolle	12
1.7	Ich-Entwicklung von Führungskräften.....	13
	Literatur.....	14
2	Work-Life-Balance	17
2.1	Krank zum Dienst?	18
2.2	Ergebnisse der NEXT-Studie	18
2.3	Ausbalancieren der vier Waagschalen	19
2.4	Work-Life-Balance als Führungsaufgabe.....	23
2.5	Work-Life-Balance als Aufgabe des Unternehmens	24
	Literatur.....	26
3	Richtig zielen: die kleine Jagdkunde!	29
3.1	Grundkenntnisse zielorientierten Führens.....	30
3.2	Komponenten des Führens.....	30
3.3	Ziele mit Zukunft.....	32
3.4	Entwicklung von Zielen	33
3.5	Ziele positiv formulieren	34
3.6	Bedeutung der Leitbilder für eine zielorientierte Führung.....	35
3.7	Mitarbeiter sind bei Zielvereinbarungen unterschiedlich motiviert.....	36
	Literatur.....	37
4	Frauen führen anders ... Männer auch	39
4.1	Gender und Führung	40
4.2	Umgang mit Macht.....	41
4.3	Vorurteile gegenüber Frauen im Topmanagement	42
4.4	Führen im Gesundheitswesen	45
4.5	Besetzung von Führungspositionen in der Pflege	46
4.6	Entwicklungspotenzial bei führenden Frauen	47
4.7	Entwicklungspotenzial bei führenden Männern	48
4.8	Die führende Zukunft im Gesundheitswesen	50
	Literatur.....	50
5	Moralische Intelligenz: Wertorientierte Führung zahlt sich aus	53
5.1	Ein Leben voller Intelligenz.....	54
5.2	Was bringt moralische Intelligenz?	54
5.3	Lässt sich moralische Intelligenz lernen?	55

5.4	Die vier Prinzipien der moralischen Intelligenz	57
5.5	Fehlermanagement	61
5.6	Moralischer Stress	62
5.7	Courage bei Führungskräften	63
5.8	Werteorientierte Pflege und Führung	63
5.9	Die moralisch intelligente Organisation	64
	Literatur.....	64
6	Das Einschätzen der Persönlichkeit als Grundlage des Führens: Von Perfektionisten, Visionären, Strategen oder Narzissten	67
6.1	Persönlichkeitstypologien	68
6.2	Persönlichkeitstypen im Management	70
6.3	Praktische Anwendung der Persönlichkeitsdiagnostik im Management	70
	Literatur.....	81
7	Führen will gelernt sein!	83
7.1	Wie Führungsbilder das Führungsverhalten beeinflussen	84
7.2	Führungsaufgaben und -kompetenzen	84
7.3	Führungsforschung in der Pflege	87
7.4	Der Werkzeugkoffer für Führungskräfte	88
	Literatur.....	96

II Teil II Problem oder Herausforderung?

8	Teamdynamiken verstehen	101
8.1	Teamstress nach Wiedereinstieg	103
8.2	Das Team als Spaßbremse	104
8.3	Ungünstige Gruppendynamik im Team	109
	Literatur.....	114
9	Entscheidungen treffen	115
9.1	Die Qual der Wahl	116
9.2	Entscheidungsfindungsprozesse	117
9.3	Den Leitungsposten aufgeben?	120
9.4	Wenn Altlasten die Zukunft ausbremsen	124
9.5	Innovationen wagen	128
9.6	Mitarbeiter kündigen oder behalten?	130
9.7	Methoden der Entscheidungsfindung	131
	Literatur.....	133
10	Berufliches Selbstbewerten	135
10.1	Selbstwertkrisen	136
10.2	Wenn Understatement zum Selbstläufer wird	137
10.3	Aus dem Leben einer Drama-Queen	139
10.4	Karriere um jeden Preis?	143
10.5	Und das soll alles gewesen sein?	146
	Literatur.....	149

11	Stress managen	151
11.1	Wenn es zu viel wird	152
11.2	Undank ist der Welten Lohn	152
11.3	Mit Vorstellungskraft gegen Stress	160
	Literatur	162
12	Verhandlungen führen	165
12.1	Die Kunst des Verhandelns	166
12.2	Vom Riesen geschluckt: Wenn Unternehmen fusionieren	176
	Literatur	179
13	Organisation gestalten	181
13.1	Organisation im Wandel	182
13.2	Wenn das Unternehmen aus dem Ruder läuft	182
13.3	Systemische Organisationskulpturen	186
13.4	Strukturelles Empowerment	189
13.5	Ein Chefarzt »blickt nicht mehr durch«	193
13.6	Die Zukunft eines ambulanten Pflegedienstes planen	197
	Literatur	200
III	Teil III Innovationen im Gesundheitswesen	
14	Der Blick über den Tellerrand – Fünf mutige Beispiele	205
14.1	»Risiken wagen«: Marie Manthey	207
14.2	Gegen den Trend – Menschlichkeit wagen: Jean Watson	211
14.3	Der Intuition trauen: Mary Jo Kreitzer	217
14.4	Sich niemals begrenzen: Heather Zwickey	222
14.5	Etwas wagen, um Veränderungen zu erleichtern: Val Lincoln	227
14.6	Zusammenfassung der Interview-Ergebnisse	233
	Literatur	236
IV	Teil IV Unternehmen Zukunft im Gesundheitswesen	
15	Was Führungskräfte künftig wissen müssen	243
15.1	Von den wirtschaftlichen Höhen und Tiefen	244
15.2	Abschied von der Logik: ein notwendiger Quantensprung	247
15.3	Der Moral-Plus-Effekt	251
15.4	Führen mit Gefühl	253
15.5	Inspirierende Führung	256
15.6	Zukünftig notwendige Kompetenzen von Führungskräften	259
15.7	Rudelführer statt einsamer Wolf	265
	Literatur	266
	Serviceteil	
	Stichwortverzeichnis	272

Teil I Beziehung und Effizienz

- Kapitel 1 Regieren oder Dienen? Geschichten von Macht und Ohnmacht – 3
- Kapitel 2 Work-Life-Balance – 17
- Kapitel 3 Richtig zielen: die kleine Jagdkunde! – 29
- Kapitel 4 Frauen führen anders ... Männer auch – 39
- Kapitel 5 Moralische Intelligenz: Wertorientierte Führung zahlt sich aus – 53
- Kapitel 6 Das Einschätzen der Persönlichkeit als Grundlage des Führens: Von Perfektionisten, Visionären, Strategen oder Narzissten – 67
- Kapitel 7 Führen will gelernt sein! – 83

Regieren oder Dienen? Geschichten von Macht und Ohnmacht

- 1.1 Führungsenergie mobilisieren – 4
- 1.2 Geschichte der Pflege: Ein Auszug – 5
- 1.3 Mutige Frauen in der Pflege – 8
- 1.4 Aus der Geschichte lernen – 9
- 1.5 Vom Umgang mit der Macht – 10
- 1.5.1 Aktuelle Machtentwicklungen in Krankenhäusern – 11
- 1.6 Gestalterrolle statt Opferrolle – 12
- 1.7 Ich-Entwicklung von Führungskräften – 13
- Literatur – 14

Die Geschichte der Krankenpflege ist mehr als eine gelegentliche Rückschau während der Ausbildung zur Aneignung abgefragten Wissens. Kenntnisse vergangenen Geschehens sind eine Voraussetzung, die Gegenwart zu verstehen. (Anna-Paula Kruse)

Beispiel aus der Praxis

Eva Singer (48) ist Pflegedirektorin eines allgemeinen Krankenhauses mit Plätzen für 420 Patienten in einer norddeutschen Kleinstadt. Auf die Frage, was den Ausschlag für ihre Berufswahl gegeben hat, antwortet sie wie aus der Pistole geschossen: »Ich wollte mir einfach nicht länger sagen lassen, was ich zu tun und zu lassen habe.« Keine untypische Antwort übrigens. Und dennoch ist es eine »Nicht-Motivation«, d.h., statt zu sagen, was sie will, erklärt sie, was sie nicht will. Das ist für den Anfang okay, reicht jedoch nicht, um einer Leitungsaufgabe auf Dauer nachzukommen.

Eine Führungsposition im Gesundheitswesen verlangt den vollen Einsatz der Person. Das gelingt nur, wenn diese Person auch ganz hinter ihrer Aufgabe steht und eigene Visionen und Ziele verwirklichen möchte. Mit anderen Worten: Es reicht nicht mehr aus zu wissen, was ich nicht will, sondern ich muss auch wissen, was ich will.

Beginnen wir mit der Frage: »Will ich regieren oder will ich dienen?« Regieren bedeutet lenken, leiten und auch herrschen. Dienen meint jemandem unterstellt sein, in abhängigem Verhältnis sein und Gehorsam leisten. Will ich also Herrscher oder Sklave sein? Obwohl die Frage einfach scheint, fällt es Führungskräften im Gesundheitswesen oft schwer, sich hier eindeutig zu positionieren. Die häufigste Reaktion ist: Sklave nein, aber Herrscher auch nicht so richtig. Und da haben wir es wieder, das Wissen, was ich nicht will. Mit dem Herrschen tut sich die Pflege erfahrungsgemäß schwer. Die lange Tradition des Dienens hinterlässt ihre Spuren. Die Diakonissen unter den Krankenschwestern formulierten gar: »Mein Lohn ist, dass ich dienen darf.«

1.1 Führungsenergie mobilisieren

Bevor wir uns genauer ansehen, welchen Samen die Pflegegeschichte säte, möchte ich noch einmal deutlich machen, warum es so wichtig ist, sich als Führungskraft zu positionieren. Aus dem Neuro-Linguistischen Programmieren (NLP) wissen wir, welchen unglaublichen Einfluss das Wissen um meine Ziele auf mein Handeln hat. Während ich mich mit Nicht-Motivation (also nur wissen, was ich nicht will) selbst ausbremse, kann ich bei klarer Positionierung meine ganze Energie entfalten. Und diese Energie ist notwendig, um die heutige Führungstätigkeit meistern zu können. Die Methoden des NLP sind dabei ausgesprochen nützlich, die eigenen Kräfte zu aktivieren und sich auf Erfolg zu programmieren. Schwarz und Schweppe (2006) sehen hier gar ein »Muss in der beruflichen Fortbildung von Führungskräften, um Führungskompetenzen und Erfolgsorientierung zu steigern.«

Wie das aussehen kann, möchte ich in einem Beispiel aufzeigen.

Beispiel aus der Praxis

Energieauftanken durch NLP

Als Eva Singer zum ersten Mal eine Führungskräfte-trainerin (sprich Coach) aufsucht, beklagt sie ihre körperliche und geistige Energielosigkeit. Sie befürchtet ein Burnout und möchte am liebsten einfach mal so richtig ausschlafen. Doch im Liegen kommt sie nicht zur Ruhe. Sobald sie im Bett liegt, kreisen die Gedanken, bis diese sich immer schneller drehen und eine unbestimmte Nervosität Besitz von ihr ergreift. So liegt sie endlos wach, obwohl sie hundemüde ist. Auf einer Skala von 1 bis 100 soll sie angeben, wie viel Energie sie derzeit hat. Es sind 30%. Frau Singer wird zunächst gebeten alle typischen Gedanken mitzuteilen, die sie in solchen Nächten plagen, und dann einen Ort in ihrem Körper zu benennen, der für die Nervosität steht, die sie befällt. Nach einer langen Liste von:

- »Du solltest endlich den Klempner anrufen!«
- »Wen stelle ich nur für die schwangere Qualitätsbeauftragte ein?«
- »Die Steuererklärung ist längst fällig.«
- »Vergiss nicht den Geburtstag von Maria!« ...

1.2 · Geschichte der Pflege: Ein Auszug

zeigt Frau Singer auf ihr Herz und teilt mit, dass sich die Unruhe vor allem durch das Gefühl von Herzrasen zeige. Danach wird Frau Singer, zu ihrem größten Erstaunen, ausgiebig zu Ereignissen befragt, die ein Gefühl von Ruhe und Kraft in ihr auslösten. Hierzu schildert sie eine berufliche Herausforderung aus ihrer Anfangszeit vor zwei Jahren, die sie gut gemeistert hatte.

Damals hatte ein 42-jähriger Pfleger in Spät- und Nachtdiensten seine Kolleginnen immer wieder sexuell belästigt. Niemand wollte mit ihm Nachtdienst machen. Frau Singer hatte den Mann zur Rede gestellt, der sein Verhalten leugnete. Daraufhin hat sie alle Pflegenden gebeten, jede Form des Übergriffs schriftlich festzuhalten. Innerhalb von nur 14 Tagen hatte er seine dritte Abmahnung und wurde entlassen.

Obwohl ihr dieser Schritt ausgesprochen schwer gefallen war, hatte sie dadurch bei den Mitarbeitern im Haus großen Respekt gewonnen. Das harte Durchgreifen war ihr positiv angerechnet worden. Auch bei den Medizinern galt sie damit als Frau der Tat. Damals habe sie 120% Energie gehabt, so Frau Singer.

Sie hatte sich danach stark und gut gefühlt. Sie war kraftvoll, energiegeladen, optimistisch und voller Elan. Das Gefühl von Zufriedenheit nach einer gerechten Entscheidung setzte ein. Beim Nachspüren fühlte sie das insbesondere im Bauch und durch einen aufrechten Gang im Rücken. All diese guten Empfindungen werden genauestens beschrieben, bis sie spürbar präsent sind.

Dann wird Frau Singer gebeten, eine aktuelle Alltagsituation, welche sie derzeit beschäftigt, zu berichten und dabei immer wieder die guten Gefühle von damals wachzurufen. Dabei geht sie verbal die einzelnen Schritte durch, welche für die Anwerbung einer Qualitätsbeauftragten notwendig sind – eine von vielen Aufgaben, die sie seit Wochen belasten. Und immer wenn der Eindruck entsteht, sie schaffe es nicht, wird Frau Singer gebeten, sich ihren aufrechten Gang zu verdeutlichen, die Zufriedenheit im Rücken und das gute und starke Gefühl im Bauch. Das hilft ihr, die Sorgen zu verkleinern, bis sie sich stark und sicher fühlt, diesen Berg Arbeit anzugehen, der in ihrer Vorstellung schon kein Mount Everest mehr ist, sondern zu einem Hügel wird, der sich meistern lässt. Am Ende dieser

Sitzung verfügt Frau Singer wieder über 75% ihrer Energie und hat den Eindruck, die Situation wieder in den Griff zu bekommen, statt sich von ihr beherrschen zu lassen.

Wer noch nie ein Coaching hatte, kann die schnelle Veränderung in Frau Singers Gefühlsleben vermutlich nur schwer nachvollziehen. Aus der Motivationsforschung wissen wir, dass Gefühle unser Handeln beeinflussen. Das gezielte Verändern von Gefühlen bewirkt somit einen anderen Handlungsspielraum. So konnte Frau Singer den Unterschied erleben, wie es sich anfühlt, nur noch über 30% ihrer Energie zu verfügen und vor einem Mount Everest von kaum zu bewältigenden Aufgaben zu stehen, im Vergleich dazu, über 75% Energie zu verfügen und die Arbeit schaffen zu können, indem die Aufgaben einzeln angegangen werden.

1.2 Geschichte der Pflege: Ein Auszug

Es ist sinnvoll, sich mit der Historie der Pflege zu beschäftigen, um mögliche Auswirkungen auf heute zu verstehen. Ich möchte allerdings davor warnen, dieses als Entschuldigung für eigene Unsicherheiten zu nutzen. Der Mensch ist ein selbstbestimmtes und entscheidungsfähiges Wesen und nicht hilflos seiner Geschichte ausgeliefert.

Wenn ich Führungskräfte der Pflege oder Studierende des Pflegemanagements in meinen Trainingsfrage, was sie sich am meisten wünschen, ist die häufigste Antwort: »mehr Selbstbewusstsein«. Johanna Taubert (1994) untersuchte das berufliche Selbstverständnis von Pflegenden in Deutschland und fand heraus, dass das »schlechte berufliche Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl« seine Wurzeln in der Geschichte der Pflege hat. So gilt die Krankenpflege im 19. Jahrhundert als »dienende Liebestätigkeit«. Die Kaiserswerther Schule des Ehepaars Fliedner bewirkte maßgeblich, dass die Pflege in ihrem Ansehen stieg. Erstmals wurden systematisch Frauen aus der Mittelschicht ausgebildet. Selbst Florence Nightingale hospitierte in Kaiserswerth. Doch bei aller Schulung stand stets die dienende Unterwerfung unter Pfarrer Theodor Fliedner (er nannte sich selbst Inspektor). So legte

er eine Hausordnung für die Krankenschwestern fest, indem beispielsweise der § 5 beschreibt, auf welche Art und Weise sich eine Pflegende bei ihm Rat holen durfte:

- » ...Jede Kandidatin, später Probiediakonisse, kann sich daher in allen ihren Angelegenheiten mit Offenheit um Rat und Hilfe an die Direktion, und zwar den Bevollmächtigten, den Inspektor wenden, der ein vertrauensvolles, kindliches Entgegenkommen von ihnen erwartet (Fliedner 1837).

Die Haltung des unschuldigen Kindes spielte damals eine große Rolle. Den Diakonissen sind Lustbarkeiten, wie Tanzen oder Schauspiel, untersagt. Sich regende sinnliche Lüste und Begierden gelte es zu überwinden oder unterdrücken, so Fliedner (1832 zitiert nach Sticker 1963). Mit dieser Strenge begegnete er nicht nur den Diakonissen, sondern auch seiner Frau. Friederike Fliedner musste neben der Kindererziehung und der Haushaltsführung ihrem Gatten eine berufliche »Gehilfin« sein. Er verlangte von ihr absolute Unterordnung und machte dieses in vielen Briefen deutlich. Diese völlige Überforderung verursachte letztlich ihren frühen Tod mit 42 Jahren.

Da die Kaiserswerther Schule die neuzeitliche Krankenpflege entscheidend prägte, sieht Taubert hier Zusammenhänge zum fehlenden Selbstbewusstsein von Pflegenden.

- » Den hohen Anforderungen nicht zu entsprechen, wird eher dem eigenen Versagen als den Bedingungen zugeschrieben. Diese Haltung wird durch unreflektierte Ideale unterstützt, deren Erfüllung nach wie vor von außen gefordert werden, die aber auch verinnerlicht worden sind (Taubert 1994).

Es werden also nicht die Arbeitsbedingungen kritisiert, sondern das eigene Verhalten. Eine typische Reaktion für eine Berufsgruppe, welche lange Jahre ohne Autonomie war. Wenn von den Pflegenden ein kindliches Verhalten erwartet wird, verbietet sich Selbstbestimmung ganz von allein. Der Mediziner Schneider schreibt noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts:

- » Soll man aber eine Eigenschaft hervorheben, die vor allen anderen unentbehrlich ist zur Krankenpflege, so ist das zweifellos die Selbstlosigkeit und Selbstverleugnung ... (1902, in Bischoff 1992).

Um deutlich zu machen, dass die Pflege nichts für Männer ist, ergänzt Schneider:

- » ... von Hause aus, seiner Natur nach, besitzt der Mann alles andere eher als gerade Selbstlosigkeit. Der Mann ist ein Egoist und soll es auch sein ... (1902, in Bischoff 1992).

Es war übrigens nicht immer so, dass der Pflege die Autonomie fehlte. Vor der Zeit der Hexenverfolgung genossen heilkundliche Frauen und Hebammen ein hohes gesellschaftliches Ansehen, da sie über ein exklusives Wissen über körperliche und seelische Zusammenhänge verfügten. Claudia Bischoff (1992) beschreibt in ihrer historischen Forschung über die Frauen in der Pflege, wie im Mittelalter die Kirche eng mit der Medizin zusammenarbeitete, um die heilkundlichen Frauen zu entmachten. Zunächst wurden sie der Hexerei beschuldigt. Dann wurde den Frauen unter Folter ihr heilkundliches Wissen abgefragt. Ärzte fungierten dabei als medizinische Gutachter. Die Kenntnisse, welche Mediziner hieraus gewannen, prägte die erste Grundlage einer Gynäkologie durch Männer. Denn ein Studium an einer Universität war Frauen untersagt. Und die Mediziner hatten damals wenige Erfolge in der Geburtshilfe. Der Hexenhammer legitimierte die Ärzte, das Krankheitsverständnis der Frauen zu beurteilen. Dadurch erhielten sie eine enorme Macht und konnten gleichzeitig »ihre eigene Erfolglosigkeit bemänteln« (Bischoff 1992).

- **Die essenzielle Erfahrung der heilkundlichen Frauen war damals, dass ihnen ihr Wissen schadet, wenn sie sich mitteilen. Oder deutlicher: Für ihre beruflichen Kenntnisse verlieren sie ihr Leben.**

Letztlich festigten die Hexenprozesse die Vormachtstellung der Mediziner. Spätere Versuche von Frauen, sich an Universitäten auszubilden, wehrten die Mediziner mit immer neuen und unglaublichen

Argumenten ab, indem sie die Frauen auf die Pflege verwiesen, die sie im Sinne des Arztes auszuüben hatten.

- » Der zum Krankendienst glücklich befähigte weibliche Körperbau, die Gelenkigkeit, Fügsamkeit, Geschmeidigkeit der weiblichen Glieder bilden sich durch Übung zu einer solchen Behendigkeit, zu einem solchen Ebenmaß in Bewegung und Handlung, zu einer solchen Anstelligkeit und Gewandheit, die stets die Angemessenheit des zu Verrichtenden sichert (Buss 1844, in Sticker 1960).

Auch der bereits zitierte Mediziner Schneider bläst in dieses Horn:

- » In der Zähigkeit des Körpers, Anstrengungen zu ertragen, ist die Frau dem Mann weitaus überlegen; ich kenne Frauen, die wochenlang Nacht für Nacht an dem Bette ihres schwerkranken Mannes gewacht, wochenlang die Kleider nicht abgelegt, sich mit einer flüchtigen Ruhestunde zwischen der gewohnten Tagesarbeit begnügt haben, ohne zu erliegen. Das vermag nur der zarte, aber unendlich elastische und zähe weibliche Körper zu leisten; kein Mann kann es an diesem Punkt mit der Frau aufnehmen (Schneider 1902, in Bischoff 1992).

Insbesondere die Gynäkologen leisteten großen Widerstand gegen die Aufnahme von Frauen an den Universitäten (Bäumer 1914). Fehling (1892) bekräftigt das: »Solchen Beruf (Pflegerberuf RT) kann die Frau ganz ausfüllen, im Beruf als Ärztin wird sie immer nur Halbes leisten.«

Traurigerweise wurde diese Erwartung zur Unterordnung der Pflege unter die Medizin irgendwann von der Pflege selbst übernommen. Bischoff (1992) spricht von einem »Training zur Unterordnung als zentraler Bestandteil der Berufserziehung«. So sollen sich Pflegenden ihrer Minderwertigkeit stets bewusst sein:

- » Je größer das Können der Schwester wird, umso bewusster muss sie sich der Grenzen ihres Könnens werden... Die Schwester tue

sich nie auf das etwas zugute, was sie zu beherrschen glaubt, sondern bleibe sich vor allem dessen bewusst, was ihr noch fehlt, was sie noch zu lernen hat (Zimmermann 1911).

Die Ausbeutung der Pflegenden durch ihre Orden war enorm. Viel Arbeit, wenig Schlaf, kaum Sozialkontakte standen auf der Tagesordnung. Über die Hälfte der Ordensschwwestern starb in einem Alter unter 50 Jahren. Die Suizidrate war sehr hoch und wird von Hecker mit 24% angegeben (Hecker 1912).

- » So entsteht eine Kette qualvollen, meistens heldenhaft in der Stille getragenen Leidens... Die ganze Stufenleiter weiblichen Heldenumutes wird in diesem herrlichsten, beglückendsten – und in Deutschland grausamsten – Frauenberufe durchlaufen. Für viele bedeutet der Tod schließlich eine Erlösung von unerträglichen Qualen, und nicht wenige führen ihn freiwillig herbei, nachdem mit der körperlichen auch ihre seelische Widerstandskraft zusammengebrochen war (Hecker 1912).

So wird der Satz von Georg Streiter verständlich: »Die Barmherzige Schwester findet ihren Tod in ihrer Aufopferung.« (1913). Die Erklärungen der Mediziner, warum Frauen so sehr zur Pflege Kranker geeignet sind – nämlich ihre angebliche naturgegebene Fähigkeit zur Selbstaufgabe –, löste das kirchliche Dienen ausschließlich um Christi Willen ab (Steppe 2000).

Später dann – im Nationalsozialismus – wurden dieses unterwürfige Dienen und bedingungslose Ausführen von ärztlichen Anordnungen der deutschen Pflege zum Verhängnis. Pflegenden arbeiteten in Konzentrationslagern, assistierten bei Menschenversuchen, Folterungen und Ermordungen von über 10.000 psychisch Kranken (Steppe 2001). Hierzu das Zitat einer Krankenschwester, die während des Dritten Reiches ihrer Arbeit nachkam:

- » Es war schließlich nicht mein Wille, das ganze Vorhaben der maßgeblichen Ärzte zu unterstützen, sondern ich konnte einfach nichts anderes (tun) als die getroffenen Anordnungen ausführen ... (Steppe 2000).

Allein dieses dunkle Kapitel der Pflegegeschichte ist Grund genug, die Autonomie von Pflegenden zu stärken. Hilde Steppe (2000) plädiert hier für eine gesunde Balance von Altruismus und Autonomie.

Die positive Wirkung von Autonomie auf die Pflege ist in vielfältigen Untersuchungen bestätigt worden. So wirkt sich die Selbstbestimmung bei Pflegenden beispielsweise positiv auf die Berufszufriedenheit (Blegen et al. 1993) und den Selbststrespekt und die Achtung vor anderen (Boughn 1995) aus. Die Autonomie der Pflegenden wiederum beeinflusst positiv die Autonomie der Patienten (Rose 1995). Oder anders formuliert, wenn wir Patientenautonomie einfordern, schafft die Pflegeautonomie die Voraussetzungen dafür.

Nun fragt man sich: »Was hat denn die Vergangenheit der Pflege mit mir zu tun?« Es ist dabei ähnlich wie die Erlebnisse aus unserer Kindheit, welche sich auf das Erwachsenenleben auswirken. Insbesondere Traumatisierungen, z. B. Erlebnisse von Gewalt, hinterlassen unbewusst ihre Spuren. Auch die Pflegegeschichte wirkt nach. Deshalb ist eine kritische Auseinandersetzung mit der Historie wichtig, um sich durch bewusste Reflexionsprozesse distanzieren zu können und nicht unbewusst Muster der Vergangenheit zu wiederholen.

1.3 Mutige Frauen in der Pflege

Ebenso bedeutsam ist die Beschäftigung mit Vorbildern in der Pflege. Denn nicht alles war schlimm und es hat auch zu allen Zeiten starke Persönlichkeiten in der Pflege gegeben, die unter Umständen »ausgegraben« werden müssen. So findet beispielsweise Magdalena Rübenstahl (2002) Zeitzeuginnen im Dritten Reich, welche sich dem Naziregime entgegenstellten und sich für die Patienten einsetzten, auch auf die Gefahr hin, selbst verurteilt zu werden. Traudel Weber-Reich (1999) berichtet von Göttinger Krankenschwestern, die eine eigene Klinik leiteten und sich jahrelang erfolgreich gegen die ärztliche Übernahme der Klinik wehrten.

Auch die Geschichte der Pflegewissenschaftlerin Hildegard Peplau steht für Mut und Selbstbestimmung. Als sie 1949 ihr Buch über »Interpersonale Beziehungen in der Pflege« beendete, fand sich in Amerika kein Verleger, der bereit war, das

Buch unter ihrem Namen zu veröffentlichen. Ihr wurde empfohlen, einen Mediziner zu finden, unter dessen Namen das Buch veröffentlicht werden könne. Sie könne dann als zweite Autorin genannt werden. Daraufhin hatte Peplau das Buch zurückgezogen und eben nicht veröffentlicht. Da jedoch immer mehr Pflegenden mit der Theorie von Peplau arbeiteten und das Interesse zunahm, änderte sich die Situation. Drei Jahre später, im Jahr 1952, fragte nun ein Verlag nach, ob sie das Buch unter ihrem Namen veröffentlichen dürfen. Da erst stimmte Peplau zu.

100 Jahre zuvor hatte Florence Nightingale den Mut bewiesen, als Frau aus gutem Hause, für die sich die »niedrigen Dienste der Pflege nicht schickten«, ihrem Wunsch nachzukommen und Krankenschwester zu werden. Im Krimkrieg wurden sie und ihr Team zur Rettung vieler Soldaten, die sonst nicht überlebt hätten. Neben der praktischen Pflege entwickelte sie theoretische Grundlagen, die heute noch von Bedeutung sind. Ihr Werk »Notes on Nursing« (Notizen über die Pflege) erschien 1860 und zeigt besonders Umgebungsfaktoren und Hygiene als bedeutsame Aspekte in der Pflege auf.

Auch die jüngere deutsche Pflegegeschichte hat Vorbilder aufzuweisen. Hier ist es empfehlenswert, sich mit der Biografie von Agnes Karll zu beschäftigen, deren berufspolitisches Engagement und internationale Vernetzung die Pflege entscheidend prägten.

Es ist also wichtig, sich mit der Historie der Pflege zu beschäftigen, um die dunklen Seiten kritisch reflektieren zu können und um sich mit den hellen Seiten identifizieren zu können. Die fehlende Auseinandersetzung öffnet unbewusstem Wiederholen Tür und Tor. Gerade für Führungskräfte ist dies bedeutsam, weil beispielsweise unbewusste Schuldgefühle Hemmungen auslösen können, ihre Macht zu gebrauchen oder narzisstische Kränkungen durch Selbstverleugnung die Illusion von Unentbehrlichkeit hervorrufen können (Haubl 2005). Der unangemessene Umgang mit Macht stellt gerade weibliche Führungskräfte immer wieder vor Probleme. Doch dazu mehr in ► Kap. 4.

Was bleibt also zu tun, damit wir heute unseren Führungsaufgaben gerecht werden? Die Freude ausschließlich im Opfern zu finden, wie es uns die Kirche lehrte, reicht heute ebenso wenig, wie die

Annahme einer naturgemäßen Selbstverleugnung, wie die Mediziner der Vergangenheit es gern gesehen hätten. Auch der Mantel der Schuld mag nicht mehr so recht passen.

- **Um selbstbestimmt handeln zu können, müssen Pflegende der Autonomie ein ganzes Stück entgegenkommen.**

1.4 Aus der Geschichte lernen

Es geht hier nicht darum, die Medizin oder die Kirche als Sündenbock abzustempeln und die Pflege als unschuldiges Opfer darzustellen, sondern darum, aus der Geschichte zu lernen. Um Zusammenhänge zu begreifen, die möglicherweise heute noch Auswirkungen haben, müssen alle Fakten ungeschönt aufgezeigt werden. So gilt es einerseits, tradierte Berufsgruppenkämpfe zu verstehen, und andererseits, sich davon zu distanzieren. Denn es geht nicht um die Frage: »Wer ist besser?«, sondern darum, den Patienten gemeinsam optimal zu versorgen.

Durch die Ausbildung der Mediziner an Universitäten und den Ausschluss der Frauen wurde der Gesundungsprozess verwissenschaftlicht und entmystifiziert. Die Kirche hat sich also keinen Gefallen damit getan, im Mittelalter die Mediziner zu unterstützen, denn der Glaube ging auf Kosten der Wissenschaft in der Medizin verloren. Die Heilfrauen und Hebammen hatten medizinische Kenntnisse und Spiritualität verbunden. Dabei ging es nicht nur um Kräutermedizin, sondern auch um Gebete und Opfergaben. Die Heilerfolge konnten nicht rational nachvollzogen werden und machten sowohl der Kirche als auch den Medizinern Angst. Die Kirche bezichtigte diese Heilfrauen des Bündnisses mit dem Teufel, was von den Medizinern unterstützt wurde. Sie protokollierten das Kräuterwissen und die anatomischen Kenntnisse, welche sich rational überprüfen ließen, und brachten dieses als Basiswissen in die Universitäten. Die unerklärlichen Phänomene mit ihren spirituellen Wurzeln ließen sie fallen.

Und genau das ist die fehlende Verbindung im heutigen Gesundheitswesen. Der Boom integrativer Naturheilverfahren und alternativer Behandlungsangebote spricht eine deutliche Sprache.

Patienten wollen als Menschen wahrgenommen werden mit all ihren Bedürfnissen und nicht nur als Träger einer Krankheit. Die Kraft des Glaubens im Gesundungsprozess wird neu entdeckt. Die Zunahme an chronischen Krankheiten lässt die Betroffenen erleben, dass es nicht das »eine und einzige Wundermittel« gibt, sondern dass viele Komponenten eine Rolle spielen. Hier ist ein systemisches Verständnis gefordert, welches alle Aspekte des kranken Menschen einbezieht. Das Ursache-Wirkungs-Denken greift mit seiner linearen Logik dabei oft zu kurz. Stattdessen sind Arbeitsweisen gefordert, wie wir sie aus dem Case Management kennen, bei dem die unterschiedlichsten Ebenen mit einbezogen werden.

Selbst wenn davon gesprochen wird, dass Körper, Seele und Geist eine Einheit bilden, so bleibt die heutige Medizin doch sehr auf den Körper bezogen, so dass wir von einer seelenlosen Medizin sprechen können. Die Heilfrauen von damals setzten neben dem Glauben auch viel Aberglauben ein. So verabreichten sie beispielsweise das Kraut Engelwurz, um sich und andere gegen Hexen und Verwünschungen zu schützen (Linford 2007).

Heute stehen wir vor einer neuen Chance der Entwicklung des Gesundheitswesens. Es geht darum, die Medizin wieder zu beseelen. Und das schafft die Medizin nicht allein, denn zu sehr hat sich das Bild von Wissenschaft, Nachprüfbarkeit und Evidenzbasierung ausgebreitet. Hier ist die Medizin auf die Hilfe von integrativen Heilverfahren und ganzheitlichen Pflegemethoden angewiesen. Doch diese Entwicklung erfordert echte Kooperation aller am Gesundheitswesen Beteiligten.

Ähnlich dem Versuch, das ganze System Mensch zu begreifen, muss auch das Gesundheitswesen sich als System verstehen. Die Zusammenarbeit der Berufsgruppen ist nur möglich, wenn sich alle gegenseitig respektieren, da hier die größten Reibungsverluste entstehen. Grabenkriege zwischen den Berufsgruppen und missverständliche Kommunikation sind äußerst kostenintensiv. Echter gegenseitiger Respekt wird damit zu einer ökonomischen Größe, auf die wir nicht länger verzichten können. Diese Notwendigkeit wird auch zusehends von Medizinern betont: »Ein Chefarzt muss neben der fachlichen Qualifikation (...) über Sozial- und Führungskompetenz verfügen, er muss organisieren

können und vor allem auch zur interdisziplinären Zusammenarbeit bereit sein«, so Klaus Goedereis (2008) im Deutschen Ärzteblatt (Flintrop 2008).

Die interprofessionelle Kollaboration (IPC) im Gesundheitswesen zählt zunehmend zu den Kernthemen von Krankenhäusern, die es zu professionalisieren gilt, denn IPC spielt eine Schlüsselrolle bei den Bestrebungen die Gesundheitsversorgung zu verbessern (Brainbridge et al. 2010, D'Amour et al. 2005). Wenn die unterschiedlichen Professionen im Gesundheitswesen nicht gut kooperieren, hat das enorme Auswirkungen auf Konfliktkosten und Patientensicherheit (► Kap. 15).

1.5 Vom Umgang mit der Macht

Wir sind weder schicksalsgesteuert noch abhängig von den Vorstellungen anderer Berufsgruppen, sondern vernunftbegabt und mit einem eigenen Willen ausgestattet. Und dieses Potenzial gilt es zu nutzen. Eine gute Grundlage bietet die Akzeptanz der eigenen Macht – statt ihrer Verleugnung. Leider wird der Machtbegriff oft stigmatisiert (Lotmar und Tondeur 2004). Auch im Gesundheitswesen ist ein positives Machtbewusstsein selten. Dabei ist das so wichtig für die eigene Kraft. Außerdem darf Macht Spaß machen!

Der Begriff der Macht hat viele Bedeutungen. In einer Analyse dieses Konzepts hat Hokanson Hawks (1991) zwei wesentliche Aspekte herausgearbeitet:

- Macht über jemanden oder etwas (»power over«) und
- Macht als Fähigkeit, im Sinne von Kraft und Stärke (»power to«).

Während der Aspekt von Kraft und Stärke positiv besetzt ist, gilt die Macht über jemanden im Sozial- und Gesundheitswesen als eher verwerflich. Deshalb wird auch nicht über Macht geredet, sondern von »besonderer Verantwortung«, »Mitgestaltung« oder »gewissen Durchsetzungsmöglichkeiten« (Lotmar und Tondeur 2004). Die Spannweite des Machtbegriffs reicht von Überwältigung im Sinne von Zwang bis hin zur Unterstützung und Förderung von Interessen (Cassier-Woidasky 2005). Doch Führungskräfte schließen die Augen, wenn

sie sich vormachen, ihre Macht lediglich im Sinne von Stärke einzusetzen.

- **Es gibt immer wieder Führungssituationen, in denen Vorgesetzte ihre Macht über jemanden ausüben müssen.**

Selbst bei einem demokratischen Führungsstil, bei dem die Mitarbeiter sehr wesentlich einbezogen werden, gibt es Momente, in denen die Leitung Entscheidungen über andere zu treffen hat. Wenn sie diese Macht leugnet, eröffnet sie ihrem Unbewussten die Möglichkeit, dass diese Macht sich andere Wege sucht. Wie beispielsweise bei einem Pflegedienstleiter einer 220-Betten-Klinik in Süddeutschland, der sich selbst lieber als »guter Kumpel« für die Mitarbeiter sehen wollte und sich unbewusst von denen distanzierte, die machtvoll durchgreifen von ihm erwarteten. Unliebsamen Entscheidungen ging er aus dem Weg, betrieb eine Politik des »Aussitzens« und strafte die Mitarbeiter, die anderes von ihm erwarteten, mit Nichtachtung oder lästerte gar über diese. Statt sich also direkt zu seiner Macht zu bekennen, leugnete er diese und übte stattdessen Macht auf einige Mitarbeiter aus, ohne das selbst zu bemerken, indem er sie ignorierte oder über sie lästerte.

Autorität bedeutet die rechtmäßige Macht, ein Amt, für welches jemand zuständig ist, auszuüben (Goulding und Hunt 1991). Elois Field (1980) unterscheidet drei Typen von Macht.

Drei Typen von Macht nach Field (1980)

- Positionale Macht (Amtsautorität)
- Personale Macht (Sachverstand, Charisma)
- Geliehene Macht (Delegierung)

Wenn bei Führungskräften zur Positionalen Macht eine große Portion personale Macht hinzukommt, fällt ihnen selbst die Führung leichter und sie werden von den Mitarbeitern auch eher akzeptiert. Die vielfältigen Aufgaben einer Führungskraft im Gesundheitswesen kann diese heute gar nicht mehr allein bewältigen. Das Delegieren von Verantwortlichkeiten ist deshalb von großer Bedeutung geworden. Dazu müssen Mitarbeiter unter

Umständen zunächst erst befähigt werden oder neudeutsch »empowert«. Wer seine Mitarbeiter empowern will, muss selbstverständlich zur eigenen Power (Macht) stehen.

1.5.1 Aktuelle Machtentwicklungen in Krankenhäusern

Lange Jahre wurde das Dreigestirn der Krankenhausleitung bestehend aus Verwaltungsdirektion, Ärztlicher Direktion und Pflegedirektion nicht in Frage gestellt. Doch in vielen Kliniken war diese Führungsspitze nur ein Label. In Wahrheit wurde die Pflegedirektion oft nicht ernst genommen, erhielt weniger Handlungsspielraum und zumeist auch eine geringere Bezahlung.

Mit dem Studium des Pflegemanagements erhält der Gesundheitsmarkt erstmals qualifizierte Leitungskräfte, die ebenso in Personalfragen wie auch in betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Belangen geschult sind. Eigentlich müssten Kliniken sich mit Kusshand auf diese fachkompetenten und führungsgeschulten Studienabsolventen stützen. Doch erstaunlicherweise entwickelt sich eine Art Gegentrend. Immer mehr Krankenhäuser verzichten ganz auf die Position der Pflegedirektion und behaupten, diese sei gar nicht erforderlich zur Leitung einer Klinik. »Der Verdacht drängt sich auf, dass diese Koinzidenz kein Zufall ist und die Reorganisationswelle nicht nur ökonomisch, sondern auch durch handfeste Machtinteressen motiviert ist.« (Cassier-Woidasky 2005). Eine schlüssige Begründung, auf die obere Leitungsebene des Pflegedienstes zu verzichten, gibt es nicht (Mühlbauer 2003). Damit kann eine solche Entscheidung der Sorge – insbesondere der ärztlichen Leitung – zugeschrieben werden, einen Machtverlust einzubüßen. Durch besser qualifizierte Führungskräfte in der Pflege müsste der Machtkuchen noch einmal neu aufgeteilt werden. Und das scheint bedrohlich. Gerade besonders gute Pflegedirektoren können in Deutschland die Erfahrung machen, rausgemobbt oder rausgelobt zu werden.

Auch die Pflege erweckt zuweilen den Eindruck, dass Macht etwas Unanständiges ist, weil damit »das erhebende Moment der Aufopferung verloren geht« (Steppe 1996; in Cassier-Woidasky

2005). So behauptete die Pflegedirektorin Richarda Klein beispielsweise, »dass es nicht um die Frage ginge, wie viel Macht der Pflege zugestanden wird, sondern welchen Anteil die Pflege an der Prozessgestaltung« habe (Klein 2004).

Mit der zunehmenden Führungskompetenz im Pflegemanagement wächst eine starke Generation nach, mit der die Aufgaben im Gesundheitswesen professionell gesteuert werden können. Diejenigen, welche diese Kompetenz nicht fürchten und Kooperation wagen, erleiden nur einen scheinbaren Machtverlust, da sie auf lange Sicht die Vorteile fachkompetenter Führung genießen können. Dieses ist vergleichbar mit der Implementierung von Primary Nursing als Pflegesystem. Zunächst fürchten die Mediziner häufig, dass ihnen Macht verloren geht, wenn Pflege die Verantwortung für ihre Arbeit klar zuspricht. Und in der Übergangszeit des ersten halben Jahres erhöhen sich oft die Spannungen zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Berufsgruppe. Doch sobald sich die Vorteile dieses Arbeitssystems bemerkbar machen, z. B. die Pflegenden fundiertere Auskünfte über ihre Patienten geben können, schätzen die Mediziner die Kooperation mit den fachkompetenten Pflegenden sehr.

Und nun möchte ich noch einmal auf die Frage zurückkommen: »Möchten Sie regieren oder dienen?« Das Zauberwort ist hier Respekt! Regieren bedeutet nicht automatisch ausbeuten oder den eigenen Vorteil suchen. Wahre Königinnen und Könige dienen ihrem Volk! Respekt- und würdevoll werden wichtige Entscheidungen getroffen, die dem Volk kurz- oder langfristig Vorteile verschaffen.

► Dienen sollte hier nicht als Unterwerfung verstanden werden, sondern im Sinne von Demut.

Bei allem Durchsetzen, Stellung beziehen, Position behaupten und alltägliche Kämpfe ausfechten ist es immer wieder wichtig, in eine Haltung von Demut zu finden, um die Mitarbeiter respekt- und würdevoll führen zu können. Oder um es mit Frank McNair (2002) zu sagen: »Die besten Führungskräfte sind Menschen, die auch dienen können.« Die Bereitschaft zum Dienen bezieht McNair sowohl auf die Haltung Mitarbeitern gegenüber als auch den höheren Zielen des Unternehmens gegenüber.

Diese spezielle Art des Führens wird auch Servant Leadership genannt (Greenleaf 2002).

Viele Führungskräfte im Gesundheitswesen betonen in Trainings immer wieder, dass sie andere nicht manipulieren wollen.

► **Bei einer Manipulation handelt es sich um eine bewusste und gezielte Einflussnahme auf Menschen ohne deren Wissen und oft gegen deren Willen.**

Die Kunst des Führens liegt also darin, die Mitarbeiter mit ihrem Einverständnis zu beeinflussen. Das ist ein hohes Ziel und gelingt nicht immer. Wir alle – und Führungskräfte ganz besonders – manipulieren andauernd. Die Untersuchungen des amerikanischen Wissenschaftlers John Bargh von der Eliteuniversität Yale zeigen, wie schon kleinste Hinweise das Handeln von Menschen beeinflussen können. So machte er Intelligenztests mit afroamerikanischen jungen Menschen. Die Hälfte der Tests begann mit einer Einstiegsfrage zur Herkunftsrasse, bei den anderen fehlte diese Frage. Die Tests mit der Erinnerung an ihre Herkunft fielen wesentlich schlechter aus als die anderen. Hier wirkte also das alte Vorurteil, Afroamerikaner seien weniger gebildet als die übrigen US-Amerikaner. Prof. Bargh machte weitere Studien, in denen er beweisen konnte, wie unwesentlich erscheinende Fragen das Denken, Fühlen und Handeln von Menschen beeinflussen. Deshalb ist es auch hier sinnvoll, aus der Nicht-Motivation herauszukommen (ich will andere nicht manipulieren) und sich bewusst zu fragen, wie man oder frau die Mitarbeiter beeinflussen möchte. Denn eine Hauptaufgabe des Führens besteht darin, Mitarbeiter positiv zu beeinflussen und zu steuern (Graf-Götz und Glatz 2003).

1.6 Gestalterrolle statt Opferrolle

Praxistipp

Es ist wichtig, aus der Opferrolle herauszukommen und seinen Handlungsspielraum selbst zu gestalten.

Ein typisches Opferverhalten ist beispielsweise das Jammern, statt selbst nach Alternativen oder Lösungen zu suchen oder anzuklagen, statt den eigenen Beitrag zu hinterfragen. Führungskräfte, die die Opferrolle wählen, geben anderen die Macht über sich und machen sich selbst kleiner als sie sind. Außerdem bremsen sie ihre eigene Aktivität aus, schieben die Schuld auf andere und haben die Tendenz, zu verallgemeinern, statt Ich-Botschaften zu senden. Führungskräfte, die dagegen die Gestalterrolle wählen, gehen in die Eigenverantwortung, ergreifen Initiative und überlegen zunächst, was sie beeinflussen können, statt zu grübeln, was sie nicht beeinflussen können. Damit hätten wir auch den Energiefresser Nr. 1, nämlich das Sich-Sorgen-machen.

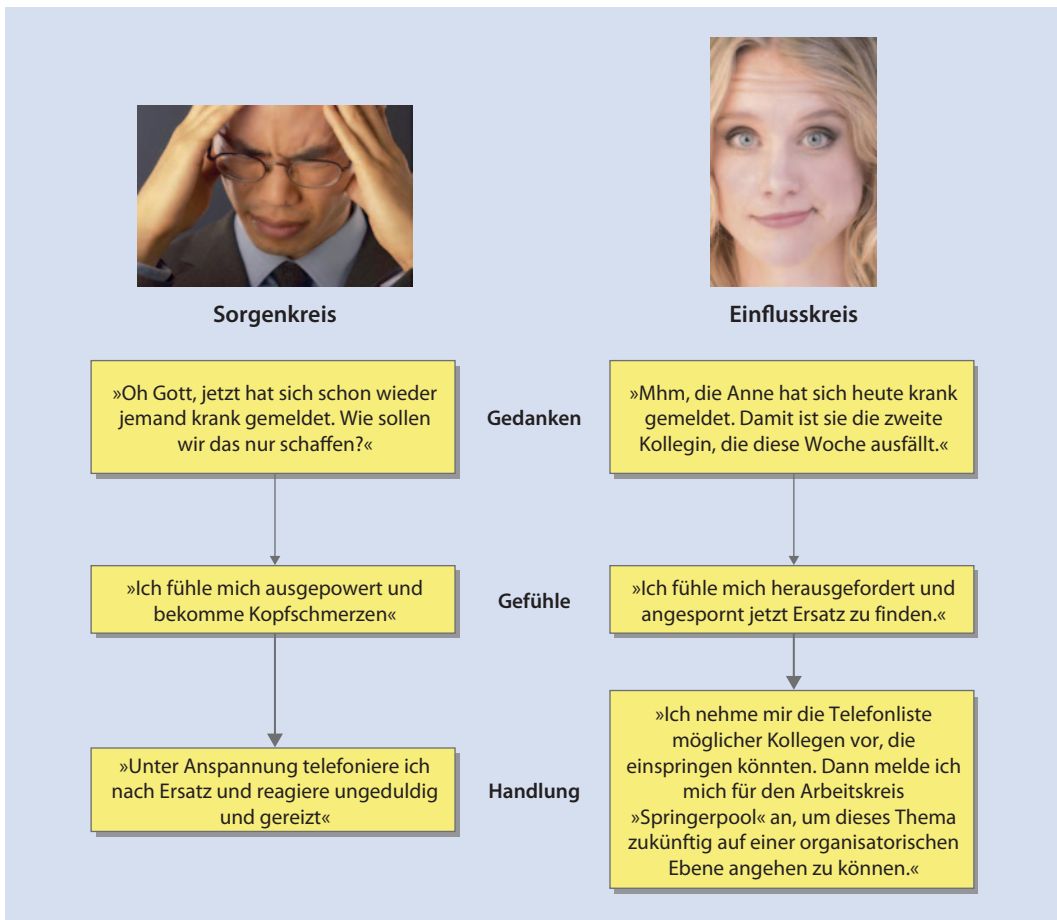
Hierzu eine kleine Indianergeschichte:

Beispiel aus der Praxis

Ein alter Indianer erzählt seinem Enkel, dass er zwei Vögel in seinem Herzen trage. Einen, der sich aggressiv gegen andere durchsetze, und einen, der sich liebevoll den Lebewesen dieser Welt zuwende. Da fragt der Enkel: »Und wer ist stärker?« Der alte Indianer antwortet: »Der, den ich füttere!«

Und damit kommen wir zu einer wesentlichen Erkenntnis, die im Management von Bedeutung ist: Es wächst immer das, wohin wir unsere Aufmerksamkeit richten. Konzentrieren wir uns also auf die Sorgen, dann nehmen die Sorgen zu. Und fokussieren wir das, was wir beeinflussen können, dann wird unsere Einflussnahme größer. Wie lässt sich das verstehen? Im Prinzip ist es ganz einfach, denn es leitet sich aus der Wahrnehmungspsychologie ab. Diese besagt, dass Gedanken unsere Gefühle beeinflussen und unsere Gefühle wiederum unser Handeln. Damit vergrößern sorgenvolle Gedanken unsere Sorgen und Gedanken von möglichen Aktivitäten unsere Einflussnahme (■ Abb. 1.1).

Sie haben also die Wahl, ob Sie Opfer oder Gestalter sein wollen. Natürlich gibt es darüber hinaus noch viele andere Führungsrollen, die Sie wählen können, wie z. B. die mythische Heldin, die aufopfernde Matriarchin, die am Eigennutz orientierte Aufsteigerin, die technokratische Macherin oder gar die einsame Kämpferin (in Anlehnung an Neuberger 2002).



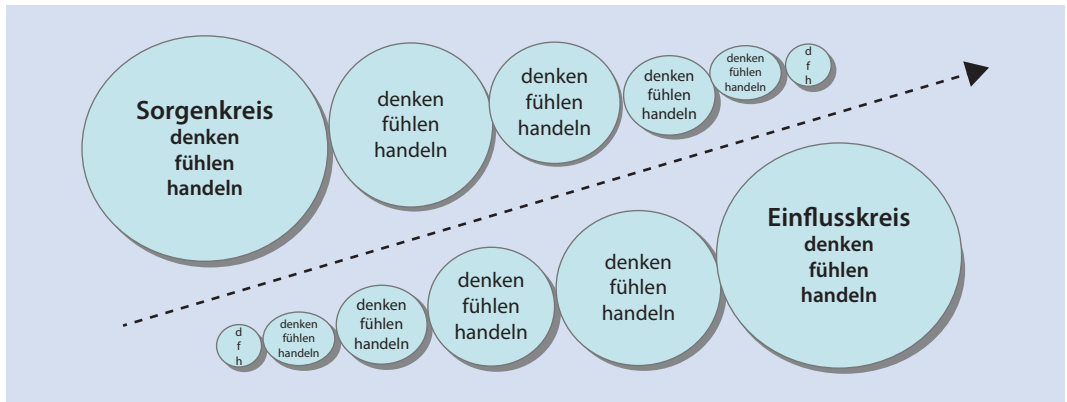
▣ Abb. 1.1 Sorgenkreis und Einflusskreis

1.7 Ich-Entwicklung von Führungskräften

Die Führungsarbeit bewirkt nicht nur einen Zuwachs an Methoden- und Managementkompetenz, sondern verändert auch die Persönlichkeit. Idealerweise findet ein Reifeprozess in der Ich-Entwicklung statt, welcher ein bewusstes Handeln fördert und die blinden Flecken reduziert.

Zu Beginn der Führungsarbeit überwiegen die Sorgen, ob das Wissen für eine solche Entscheidung ausreicht, ob man den richtigen Leuten vertraut, ob diese Strategie jetzt notwendig ist, ob man vielleicht sinnvolle Alternativen übersehen hat... Dabei überwiegt das sorgenvolle Denken, was die Gefühle und das Handeln entsprechend beein-

flusst. Mit zunehmender Erfahrung werden sich die Führungskräfte ihres Einflusses bewusst. Bei wenig Bewusstseinsreife wird dieser Einfluss einfach zum eigenen Vorteil ausgenutzt, um das eigene Ego zu füttern. Findet ein Reifeprozess des Bewusstseins statt, kann die negative Erwartungshaltung (Sorgen) reduziert werden und die positive Erwartungshaltung (gezielte Einflussnahme) zunehmen. Außenstehende bemerken diesen Entwicklungsprozess an der Grundhaltung des Vorgesetzten. Ist die Führungskraft primär problemorientiert ausgerichtet (im Sorgenkreis) oder lösungs- und einflussorientiert? Dient die Einflussnahme in erster Linie dem eigenen Vorteil oder werden die Mitarbeiter ebenfalls mit Einflussoptionen (Handlungsspielräumen) ausgestattet?



▣ **Abb. 1.2** Ich-Entwicklung von Führungskräften (adaptiert nach Binder 2014)

Im Schaubild (▣ Abb. 1.2) bedeutet dieser Reifeprozess ein Durchschreiten des Entwicklungspfeiles. Natürlich ist die Ich-Entwicklung kein linearer Prozess, sondern kann jederzeit wieder vor- oder zurückspringen. Entscheidend für die Reifeentwicklung ist, dass sich die Führungskraft häufiger und länger im Einflusskreis aufhält und sozusagen nur besuchsweise im Sorgenkreis landet.

Literatur

- Bargh, John (2006) Stimme aus dem Nichts – Die Macht der Intuition. *Spiegel* 15: 158–171
- Bäumer, Gertrud (1914) *Die Frau in Volkswirtschaft und Staat-leben der Gegenwart*, S.158. Stuttgart
- Binder, Thomas (2014) Das Ich und seine Facetten. *Change Professionals* unter einer Entwicklungsperspektive. In: *OrganisationsEntwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management*. 1/14: 9–15.
- Bischoff, Claudia (1992), S. 42, 84ff. *Frauen in der Kranken-pflege*. Frankfurt/Main: Campus
- Blegen, Mary A; Goode, Colleen; Johnson, Marions; Maas, Meridian, Chen, Lily, Moorhead, Sue (1993) Preferences in decision-making autonomy. In: *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*. 25/4: 339–344
- Boughn, Susan (1995) An instrument for measuring autonomy-related attitudes and behaviours in woman nursing students. In: *Journal of Nursing Education*. 34/3: 106–113
- Brainbridge L; Nasmith L, Orchard C, Wood V (2010) Competencies for interprofessional collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*. 24/1: 6–11.
- Cassier-Woidasky, Anne-Kathrin (2005) Macht – (k)ein Thema für die Pflege? Reflexionen zu Macht in der Professions-entwicklung der Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger*. 44/10: 798–802
- D'Amour D; Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care* 19/1: 116–131.
- Das neue deutsche Wörterbuch für Schule und Beruf (1996) München: Wilhelm Heyne
- Fehling H (1892) *Die Bestimmung der Frau – ihre Stellung zu Familie und Beruf*, S. 29. Stuttgart
- Field, Elois (1980) Authority: a select power. In: *Advances in Nursing Science*: 69–83
- Fliedner, Theodor (1837) *Hausordnung und Dienstanweisung der Diakonissen in Kaiserswerth*
- Flintrop, Jens (2008) Was ein guter Chefarzt mitbringen oder lernen sollte. *Dtsch. Ärztebl.* 105(10): A-513/B-462/C-450
- Goulding, Juli; Hunt, John (1991) Accountability and legal issues in primary nursing. In: Ersser S, Tuttion E (eds) *Primary nursing in perspective*. London: Scutari Press. 61–73
- Graf-Götz, Friedrich; Glatz, Hans (2003) *Organisation gestalten. Neue Wege für Organisationsentwicklung und Selbstmanagement*, S.115. Weinheim: Beltz
- Greenleaf, Robert (2002) *Servant Leadership. A journey into the nature of legitimate power and greatness*. Paulist Press International, U.S.
- Haubl, Rolf (2005) Risikofaktoren des Machtgebrauchs von Führungskräften. In: *Freie Assoziation*. 8/3: 7–24
- Hecker H (1912) *Die Überarbeitung der Kranken-Pflegerin*, S. 55f. Leipzig
- Hokanson HJ (1991) Power: a concept analysis. In: *Journal of Advanced Nursing*. 16: 754–762
- Klein, Ricarda (2004) Vorstand ohne Pflegedirektoren? *Pflege aktuell* 58/7:402–404
- Lotmar, Paula; Tondeur, Edmond (2004) *Führen in sozialen Organisationen. Ein Buch zum Nachdenken und Handeln*, S. 25. Bern: Haupt
- Linford, Jenny (2007) *Heilkräuter: erkennen und bestimmen*. Bath, UK: Parragon