

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

# TALENTMANAGEMENT

**Chancen**

Wissen

Methodenkompetenz

**Mitarbeitergespräche**

**Qualifizierung**

Spezialisierung

**Erfolg**

Talentplanung

**Wettbewerb**

Motivation

Potential

**Ziel**

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

---

## IMPRESSUM

### Herausgeber

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

### Mitherausgeber/ Redaktion

Mario A. Pfannstiel (federführend), Prof. Dr. Patrick Da-Cruz (verantwortlich), V. i. S. d. P.

### Layout & Grafik

Simone Raymund, Theresa Osterholzer (Marketing und Presse)

### Redaktionsanschrift

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

Telefon: 0731 9762-1621

E-Mail: [zfpg@hs-neu-ulm.de](mailto:zfpg@hs-neu-ulm.de)

### Abonnement

Möchten Sie sich mit einem eigenen Beitrag in die Zeitschrift einbringen oder die Zeitschrift kostenlos per E-Mail erhalten, dann schreiben Sie uns bitte eine Anfrage.

### Rechtliche Hinweise

Die Zeitschrift einschließlich aller in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der Redaktion unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Nachdruck, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder.

### Zitierweise

Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft, Hochschule Neu-Ulm, Jg. 1, Nr. 1, 2015, S. 1-46. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.01.01.2015-01

### Erscheinungsort

Neu-Ulm, 03/ 2015

### ISSN Online

2363-9342

### ISSN Print

2364-2556

### QR-Code



### Webseiten

Zeitschrift  
[www.hs-neu-ulm.de/ZFPG](http://www.hs-neu-ulm.de/ZFPG)

Hochschule  
[www.hs-neu-ulm.de](http://www.hs-neu-ulm.de)

## Beitrag aus der Wissenschaft II



### **Titel**

Talentmanagement in der Pflege

### **Autor**

Mario A. Pfannstiel

## Zusammenfassung

Krankenhauseinrichtungen suchen Talente, um kritische Schlüsselpositionen mit den richtigen Mitarbeitern zu besetzen; Ziel ist dabei die Sicherstellung des Geschäftserfolgs. Im Krankenhaus bestehen verschiedene Talentkonstellationen, die sich gegenseitig beeinflussen. Jede Berufsgruppe ist durch eine Leistungshierarchie gekennzeichnet. Dieser Beitrag geht auf das Talentmanagement im Pflegebereich ein, da besonders in der Pflege ein großer Bedarf an Fach- und Führungskräften besteht. Verbindungen zu anderen Berufsgruppen im Krankenhaus werden hergestellt, um das Handlungsfeld ganzheitlich darzustellen. Pflegekräfte sind zu qualifizieren, um Kosten und Zeiten zu minimieren und um die Qualität im Krankenhaus zu steigern.

## Schlüsselwörter

Talentmanagement, Talententwicklung, Talentplanung, Pflegekräfte, Krankenhaus

## Inhalt

- 1 Einleitung
- 2 Talentkonstellationen im Krankenhaus
- 3 Triatische Talentverteilung der Leistungserbringer
- 4 Talentverteilung in der Leistungshierarchie
- 5 Erfolgreiche Talentplanung in der Pflege
- 6 Talententwicklung von Pflegekräften im Kontext des demografischen Wandels
- 7 Fazit

## Einleitung

Talentmanagement in der Pflege beschäftigt sich mit der Identifizierung von Pflegekräften, die eine hohe Leistung, mit den richtigen Werten und dem richtigem Verhalten erbringen. Notwendig ist die Anwerbung und Einberufung von Pflegekräften, da die Zahl chronisch und multimorbid erkrankter Personen wächst. Mit der steigenden Anzahl von zu pflegenden Personen wachsen auch die damit einhergehenden Herausforderungen und Anforderungen. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind bisher oft gekennzeichnet durch hohe körperliche und psychische Belastungen, unflexible Arbeitszeiten und Zeitdruck, der zu hohen Krankenständen, zum Ausscheiden aus dem Beruf und zur Personalfluktuation beiträgt. Künftig sind neben übergreifenden Lösungsansätzen auch individuell auf eine Person oder Gruppe abgestimmte Lösungsansätze notwendig. Talentmanagement bedeutet auch, dass Pflegekräfte dahingehend entwickelt werden müssen, dass Gestaltungsräume geschaffen, erkannt und genutzt werden können, um die heutigen und zukünftigen Herausforderungen zu bewältigen. Dabei ist es wichtig, dass Pflegekräfte für ihren Arbeitseinsatz angemessen gewürdigt und bezahlt werden (Inqa 2008, S. 3).

## Talentkonstellationen im Krankenhaus

Ärztenschaft, Pflegekräfte und Mitarbeiter der Verwaltung bilden im Krankenhaus eine Talentkonstellation, die als „triatische Talentverteilung“ der Leistungserbringer beschrieben werden kann (die Funktionsbereiche Medizin, Pflege und Verwaltung bilden die klassischen hierarchischen Säulen im Krankenhaus, Trill 2000, S. 12 ff. und Westermann-Binneweis 2003, S. 65 ff.). Der Handlungsrahmen der Berufsgruppen ist gekennzeichnet durch die Erbringung von ärztlichen, pflegerischen und administrativen Leistungen für den Patienten. Durch die asymmetrische Aufgabenverteilung, soziale Distanz und unterschiedliche Zielsetzungen

der Berufsgruppen entstehen Anforderungen, die nur dadurch bewältigt werden können, wenn das Personalmanagement für den richtigen Talent-Mix und die Weiterentwicklung des Personals im Krankenhaus sorgt. Diesen Zusammenhang erklären Wilker/ Bischoff/ Novak wie folgt: Die Berufsgruppen im Krankenhaus sind zwar voneinander abhängig, setzen aber unterschiedliche Prioritäten und beteiligen sich an der Patientenversorgung nicht mit gleicher Macht, gleichem Auftrag und gleicher institutioneller Unterstützung, woraus unterschiedliche Berufsideologien resultieren (Wilker/ Bischoff/ Novak 1994, S. 257). In den nachfolgenden Abschnitten werden Talentkonstellationen zwischen den Berufsgruppen und Talentkonstellationen zwischen Leistungserbringern in der Leitungshierarchie aufgezeigt.

## Triatische Talentverteilung der Leistungserbringer

Ärzte sind die Leistungs- und Imagerträger des Krankenhauses (Schäfer/ Jacobs 2004, S. 30) und nehmen eine gewisse Macht- und Talentposition ein, da sie als Experten über das benötigte medizinische Fach- und Spezialwissen verfügen, um Patienten zu behandeln und zu heilen. Ihre Position wird zusätzlich dadurch gefestigt, da sie u. a. über die Aufnahme von Patienten, den Ort der Behandlung, den Behandlungsablauf, die Länge des Krankenhausaufenthaltes und die Weiterbehandlung der Patienten, entscheiden (Mühlbauer 2004, S. 36). Damit ein Arzt diese Arbeit verrichten kann, benötigt er eine theoretisch fundierte akademische Spezialausbildung mit festen Zugangsregeln. Bereits während der Sozialisation zum Arzt (Schäfer/ Jacobs 2004, S. 30 f.) erlernen sie berufsspezifische Haltungen, Einstellungen und Handlungskompetenzen. Mit dem in der Gesellschaft verbundenen Einfluss besitzen Ärzte mehr Ansehen, Macht, Privilegien und Talent als z. B. Pflegekräfte. Das autonome Handeln von Ärzten besitzt einen klar umrissenen Geltungsbereich, wel-

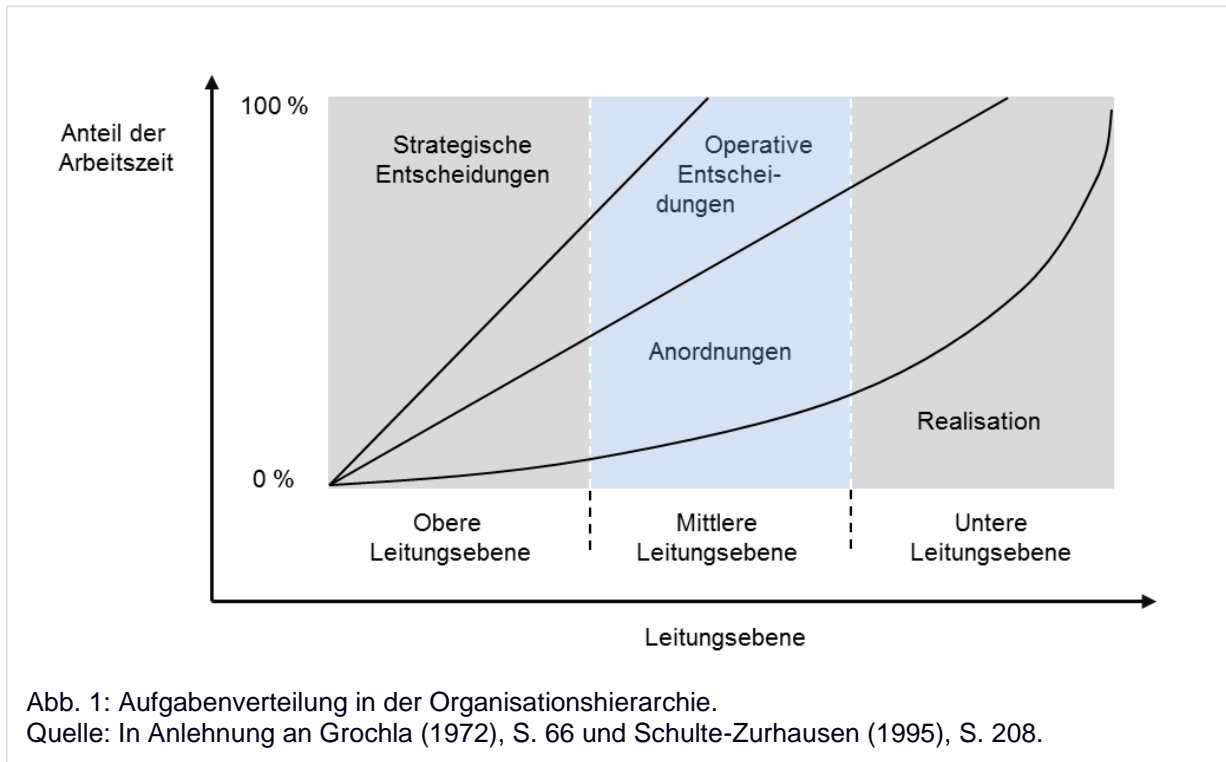
cher durch Gesetze, Regeln und Verordnungen festgelegt ist. Der einmal erworbene Status und die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen sind meist dauerhaft. Im Interesse der Professionalisierung (ausführlich zur Professionalisierung von Ärzten, Buser/Schneller/ Wildgrube 2003, S. 246 f.) wird die Berufshierarchie gefestigt, die Aus- und Weiterbildung kontrolliert und die Berufsethik hervorgehoben, um das Macht- und Talentgefälle zu den anderen Berufsgruppen und innerhalb einer Berufsgruppe auszubauen.

Pflegekräfte haben im Gegensatz zu Ärzten eine größere Nähe zu Patienten, da sie mit dem Leiden direkt konfrontiert sind. Ihr Handeln ist auf die Gestaltung der Beziehung zum Patienten und das individuelle Fallverständnis ausgerichtet, zudem ist ihr Handeln durch Anteilnahme, Fürsorge und Verständnis geprägt. Hurlebaus (2004, S. 221 und Schäfer/ Jacobs 2004, S. 31) verweist darauf, dass die Grundpflege der Patienten vorwiegend von den Pflegekräften übernommen wird, während die Behandlungspflege überwiegend vom behandelnden Arzt angeordnet wird. Den Ärzten sind Pflegekräfte als Ausführungs- und Erfüllungsgehilfen untergeordnet, jedoch sind beide Berufsgruppen stark aufeinander angewiesen und die Folgebereitschaft ist nicht automatisch durch das Prestige der Ärzte gegeben. Das Machtgefälle zwischen Pflegekräften und Ärzten ist gekennzeichnet durch die Entscheidungsbefugnisse und die Definitionsmacht der Ärzte (Pillen 1997, S. 113), welche von den Pflegekräften in der Regel anerkannt werden. Machtspiele entstehen durch Ignoranz und Arroganz und Versuche von Arbeitsüberwälzung (Deppe/ Friedrich/ Müller 1989, S. 178 f.) von den Ärzten auf die Pflegekräfte.

Die Mitarbeiter der Verwaltung verfügen über betriebswirtschaftliche und rechtliche Kenntnisse und sind somit wichtige Ansprechpartner für Ärzte und Pflegekräfte. Die Macht- und Talentposition von Mitarbeitern

der Verwaltung wird durch unterstützende Leistungen für die Patienten im Behandlungsprozess, wie z. B. Transport, Beschaffung, Reinigung, Küche, Wäscherei und Entsorgung, gestärkt (Hurlebaus 2004, S. 221 f.). Zu den weiteren Zuständigkeitsbereichen der Verwaltung gehören z. B. das Personalwesen, die Patientenverwaltung, die Informatik und das Controlling. Die Verwaltung verfügt über formelle Macht- und Talentressourcen; eine Ungleichverteilung kann zur Ausweitung von Machtspielen zwischen den Berufsgruppen führen. Talentressourcen begründen sich dadurch, dass die Verwaltung z. B. schneller über Wissen zu finanziellen Angelegenheiten oder Methoden zur Einschätzung von bestimmten unternehmerischen Aktivitäten verfügt als andere Berufsgruppen.

Es kann festgehalten werden, dass der Arztberuf professionelle Autonomie und Dominanz vereint und sich in der Machtbeziehung durch Status-, Privilegien- und Sprachunterschiede und in der Talentbeziehung durch unterschiedliche Denk- und Therapieziele vom Pflege- und Verwaltungsberuf abgrenzt. Die Ärzteschaft ist in medizinischen Belangen gegenüber den Pflegekräften weisungsbefugt, jedoch werden lt. Schäfer/ Jacobs (2004, S. 31 f. und Pillen 1997, S. 113) die Organisations- und Führungseigenschaften der Ärzteschaft von den Pflegekräften als unzureichend angesehen. Durch Professionalisierung dringen die Pflegekräfte verstärkt in das Macht- und Handlungsterritorium der Ärzteschaft ein, wobei Macht- und Talentkämpfe um unterschiedliche Denk- und Therapieziele ausgetragen werden. Die Mitarbeiter der Verwaltung befinden sich teilweise in Machtauseinandersetzungen mit der Ärzteschaft, da diese den verwaltungs- und medizintechnischen Leistungsbedarf anders einschätzen. Konflikte mit den Pflegekräften ergeben sich aus dem unzureichend geregelten Vorgesetztenverhältnis mit der Ärzteschaft.



### Talentverteilung in der Leitungshierarchie

Die Krankenhausorganisation beinhaltet eine geordnete Hierarchie (Rathje 2003, S. 41) von Ärzten, Pflegekräften und Mitarbeitern der Verwaltung. In der Literatur (Trill 2000, S. 12 ff. und Grochla 1972, S. 65) wird in der Regel zwischen den Hierarchiestufen Top-, Middle- und Lower-Management unterschieden. Es ist zu berücksichtigen, dass in der Praxis, in großen Krankenhausorganisationen, mehr hierarchische Leitungsebenen bestehen können. Die verschiedenen Führungsebenen lassen sich u. a. nach der Zuordnung von Leistungskräften, nach den Aufgabenbereichen und nach der Reichweite von Entscheidungen, aufgliedern (Grochla 1972, S. 65 ff.).

Nachfolgend wird sich auf die Ausführungen von Trill (2000, S. 122 und Westermann-Binneweis 2003, S. 68) gestützt, der die Hierarchiestufen von der oberen zur unteren Leitungsebene mit Macht- und Talentpositionen beispielhaft verbindet. Im ärztlichen Bereich wird zwischen Ärztlichem Direktor, Chefarzt, Oberarzt, Stationsarzt, Assistenz-

arzt und Arzt im Praktikum unterschieden. Der Pflegebereich wird von ihm aufgegliedert in: Krankenpflegedirektor, Abteilungsschwester, Stationsschwester, Krankenpflegekraft, angelerntes Personal und Zivildienstleistende (zu den Leitungsaufgaben von Ärzten, Mühlbauer 2004, S. 41 ff. und zu den Leitungsaufgaben der Stationsleitung, Schäfer/ Jacobs 2004, S. 187). Das Hierarchiegefüge im Verwaltungsbereich ist untergliedert in: Kaufmännischer Leiter, Abteilungsleiter, Sachgebietsleiter, Sachbearbeiter und Hilfskraft.

Die Aufgabenverteilung zwischen den Leitungsebenen im Krankenhaus wird zusammenfassend in Abbildung 1 verdeutlicht. Es ist zu sehen, dass in der oberen Leitungsebene vorwiegend strategische Entscheidungen gefällt werden und die Krankenhausorganisation nach außen repräsentiert wird (Schulte-Zurhausen 1995, S. 207 f.). Ausführungsaufgaben werden von den Akteuren dieser Managementebene nur wahrgenommen, wenn sie nicht delegiert werden können. In der mittleren Leitungsebene werden operative Entscheidungen vorgenommen und Anordnungen getroffen - Ausführungs-

aufgaben nehmen zu. Die Leistungskräfte der mittleren Führungsebene sind dem Top-Management unterstellt und gegenüber dem Lower-Management weisungsbefugt. In der unteren Leitungsebene werden überwiegend Anordnungen ausgeführt - Ausführungsaufgaben nehmen weiter zu, strategische Entscheidungen entfallen in der Regel. Die Realisationsstellen im Krankenhaus sind durch reine Ausführungsaufgaben gekennzeichnet und dem Lower-Management zugeordnet. Kritisch an der Abbildung zu bemerken ist, dass sie nur generalisierte Angaben, aufgrund der eingeschränkten Anzahl von Kriterien, wiedergibt.

Innerhalb der Hierarchie besteht ein Über- und Untergeordnetesverhältnis, welches durch Machtungleichheit und Talentstufen zwischen den Akteuren gekennzeichnet ist. Es dominiert das ärztliche Hierarchiegefüge durch abgestufte Ränge von Status, Autonomie und Befugnis. Die Machtasymmetrie zeigt sich darin, dass Leistungskräfte der oberen Leitungsebene versuchen, negative Machteinflüsse durch Machteingriffe von Akteuren der unteren Führungsebene, zu vermeiden, um ihren Macht- und Handlungsraum nicht zu gefährden. Die Talentasymmetrie zeigt sich durch die Vielfalt von international involvierten Fach- und Führungskräften innerhalb der Belegschaft bei einigen Krankenhäusern. Zu den Nachteilen einer hohen Anzahl von Hierarchiestufen und damit verbundenen Talentstufen gehören lange Entscheidungs- und Informationswege (Trill 2000, S. 121). Durch entsprechende Delegation, z. B. von der oberen zur unteren Leitungsebene, kann der Entscheidungsweg verkürzt werden. Der Informationsfluss lässt sich durch eine kleine Anzahl von Hierarchiestufen beschleunigen. Der Vorteil einer geordneten Hierarchie besteht im klaren Über- und Untergeordnetesverhältnis und dem Anreiz, in der Hierarchie mit der eigenen Karriere voranzukommen, aufzusteigen und mit interessanteren Aufgaben bedacht zu werden, um Ansehen, Macht, Einfluss und Talent zu steigern (Heisig/ Lit-

tek 1995, S. 288 f.). Bei geringer Anzahl an Hierarchieebenen nehmen laut Heisig/ Littek (1995, S. 296) die Karriereaussichten der Leistungskräfte ab, als Folge dessen sind sie bestrebt, schnell Karriere zu machen und tragen somit zur Zielerreichung und Leistungserbringung eines Krankenhauses im Wettbewerb bei. Der Nachteil einer hierarchischen Koordination im Krankenhaus liegt in der zwangsläufigen Überlastung des Top-Managements durch eine größere Anzahl von zu treffenden Entscheidungen und der Menge an zu verarbeitenden Informationen. Dezentralisierte und multidirektional ausgerichtete Mitarbeiterteams können eine Entlastung der hierarchischen Koordination bringen, da sie abteilungsübergreifend durch die Übertragung von Macht und Verantwortung, Aufgaben erledigen.

### Erfolgreiche Talentplanung in der Pflege

In allen Hierarchieebenen müssen talentierte Pflegekräfte gezielt eingearbeitet werden, um in potenziellen und zukünftigen Arbeitsfeldern erfolgreich arbeiten zu können. Durch Mitarbeitergespräche und Talent-Programme kann eine systematische Planung im Krankenhaus erfolgen. Die Einarbeitungsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass neue Pflegekräfte aufgenommen, eingearbeitet und auf eine Tätigkeit vorbereitet werden. Einsatzbetreuer müssen planvoll und überlegt handeln, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Zu den Zielen gehören z. B. Fachkräftesicherung, die Qualifizierung auf die krankenhausspezifischen Anforderungen, die Verbesserung des Images des Krankenhauses, die Mitarbeiterbindung, die Verringerung der Fehlbesetzungsquote im Unternehmen und die Schaffung einer Identifikation mit der bestehenden Unternehmenskultur. Damit die definierten Ziele erreicht werden, ist eine Ausrichtung an den lokalen Gegebenheiten, Präferenzen, Restriktionen, Anforderungen und Bedürfnissen erforderlich. Ein Hauptziel bei der Entwicklung und Planung von Talenten ist es, zu versuchen, einen Talentpool von Fach- und

Führungskräften mit hoher Spezialisierungs- und Verwendungsbreite zu schaffen. Je nach Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungsstand übernehmen Pflegekräfte Aufgabenverantwortung auf einer Station oder in einem Stationsbereich. Am Arbeitsplatz lernen, sie Arbeitsaufgaben selbstständig zu lösen. Außerhalb ihres Arbeitsplatzes erhalten Pflegekräfte eine berufsbegleitende Aus-, Fort- und Weiterbildung (Talent-Programme) in Form von Seminaren, Workshops und E-Learning-Angeboten, wodurch die berufliche Handlungskompetenz erweitert werden soll. Die Reflexion der beruflichen Haltung soll dazu beitragen, dass starre Sichtweisen und Überzeugungen aufgelöst werden und neue Ideen eingebracht werden. Mit Talent-Programmen kann die Karriere neuer Pflegekräfte innerhalb betrieblicher Strukturen und Prozesse geplant und organisiert werden. Talent-Programme stellen eine Möglichkeit dar, um qualifizierte Nachwuchskräfte zu finden, zu binden und weiterzuentwickeln. Dabei stehen vorrangig drei Karrieremodelle (Friedli 2008, S. 247 ff.) zur Verfügung. Einerseits können Pflegekräfte eine Führungskarriere (z. B. Stationsleitung, Abteilungsleitung, Pflegedienstleitung, Pflegedirektorin) mit einem hohen Anteil an Aufgaben in der Personalführung und den damit zusammenhängenden Verwaltungsaufgaben anstreben. Andererseits können sie sich aber auch für einen hohen Anteil an fachlichen Aufgaben und somit zur Spezialisierung in einem Fachgebiet entscheiden (Fachkarriere, z. B. klinische Pflegeexpertin, Pflegepädagogik, Care und Case Management). Neben diesen beiden Karrieremodellen bildet die Projektkarriere eine dritte Säule. Bei der Projektkarriere (QM-Beauftragte, Projektmanagement-Beauftragter) bearbeiten Pflegekräfte Projekte auf in einer Abteilung oder in einem Abteilungsbereich. Der Differenzierungsgrad verdeutlicht, dass im Krankenhaus ein großes Angebot zur Entwicklung und Planung von Pflegekräften besteht.

## Talententwicklung von Pflegekräften im Kontext des demografischen Wandels

Krankenhäuser müssen auf die immer älter werdende Belegschaft und die Verringerung des Pflegepersonals reagieren.

### *Was genau ist im Pflegebereich zu tun?*

Bevor Maßnahmen festgelegt werden können, ist eine Altersstrukturanalyse durchzuführen. Der individuelle Handlungsbedarf kann so für verschiedene Altersgruppen ermittelt werden. Nur so können auf eine Altersgruppe, bezogene altersgerechte Arbeiten mit berücksichtigt werden. Durch individuell abgestimmte Fördermaßnahmen kann den Veränderungen in der Altersstruktur begegnet werden. Förderung bedeutet hier, dass bei älteren Pflegekräften die erworbenen Fähigkeiten und Erfahrungen bei der Maßnahmenplanung stärker mit zu beachten sind. Ältere Pflegekräfte können bestimmte Pflegesituationen realistischer einschätzen. Auch auf komplexe Arbeitsaufgaben reagieren sie teilweise gezielter und sicherer als jüngere Pflegekräfte. Zudem werden sie von Patienten aufgrund ihrer Erfahrungen häufig schneller akzeptiert. Von Bedeutung ist auch, dass Pflegekräfte, die schon lange im Beruf arbeiten sich mit dem Beruf stark identifizieren und diesen als Teil ihres Lebens ansehen.

### *Wann genau geht eine Pflegekraft in ein Förderprogramm?*

Pflegekräfte, die aufgeschlossen sind gegenüber Neuerungen und Verantwortung übernehmen möchten, können zügig in ein Förderprogramm aufgenommen werden. Entscheidend ist auch, wie konstruktiv sie sich in die verschiedenen Entscheidungsprozesse auf den Stationen und Abteilungen einbringen möchten. Einerseits können Pflegekräfte selbst in ein Förderprogramm gehen, z. B. wenn sie sich für einen bestimmten Bereich weiterqualifizieren möchten. Andererseits kann ein Krankenhaus gezielt



ein Förderkonzept für erfahrene Pflegekräfte z. B. zum Thema „Patientensicherheit“ aufbauen. Bei älteren im Ausland rekrutierten Pflegekräften spielen häufig Sprach- und Integrationskurse eine wichtige Rolle. Durch die Teilnahme an derartigen Kursen können fehlende sprachliche Kompetenzen aufgebaut werden. Missverständnissen und Fehlern kann so im Arbeitsablauf entgegen gewirkt werden.

#### *Wie werden Pflegekräfte konkret gefördert?*

Die Entwicklung von Pflegekräften dient der Bewältigung gegenwärtiger und zukünftiger Herausforderungen im Krankenhaus. Zu den Maßnahmen der Personalplanung gehören bspw. gezielte Stellenausschreibungen für ältere Fachkräfte, eine ausgewogene Altersmischung bei Neueinstellungen, Gespräche mit älteren Mitarbeitern zur Gestaltung des Ruhestands und die Förderung von Arbeitsbereichen mit unterschiedlichem Belastungsgrad (Löffert/ Golisch 2013). Zur Personalqualifizierung und -entwicklung stehen vielfältige weitere Maßnahmen und Instrumente zur Verfügung, die helfen sollen, Pflegekräfte potenzialorientiert zu fördern und einen eignungsgerechten Einsatz zu ermöglichen (Müller-Vorbrüggen 2010, S. 763, Pfannstiel 2014, S. 392 ff., Holtbrügge 2010, S. 95 ff.). Maßnahmen und Instrumente sind gezielt zu bestimmten Zeitpunkten einzusetzen, wobei die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche mit zu berücksichtigen sind. Die Förderung von älteren Mitarbeitern kann bspw. durch Mentoring und Coaching erfolgen, wobei verschiedene Mitarbeiterkompetenzen aufgebaut werden können. Mitarbeitergespräche können helfen, um Potenziale, Fortschritte und Qualifizierungen in regelmäßigen Abständen zu besprechen.

#### *Worauf sollten Personalverantwortliche bei Fördermaßnahmen achten?*

Die Durchführung von Maßnahmen und der Einsatz von Instrumenten sollte immer zielorientiert, strukturiert, systematisch, themen-

zentriert, überlegt und entschlossen erfolgen, damit gesetzte Ziele erreicht werden (Pfannstiel 2014, S. 392).

#### *Wann empfiehlt sich eine Pflegekraft für die obere Leitungsebene?*

Mitarbeiter die strategische und zukunftsweisende Funktionen erfüllen, eignen sich im besonderen Maße für die obere Leitungsebene in der Pflege. Zu den Funktionen, die von Personen ausgeführt werden, zählen z. B. Ethik-Koordinator, Demenz-Koordinator, Palliativ-Care-Koordinator und Ehrenamtkoordinator (Caritas 2013, S. 10). Ältere Mitarbeiter können z. B. sehr gut eingesetzt werden als Praxisanleiter für Pflegeschüler oder als Mentor für jüngere Mitarbeiter (Löffert/ Golisch 2013).

#### *Wie sollte die Evaluation von Pflegekräften erfolgen?*

Regelmäßige Evaluationen und sorgfältig vorbereitete Feedbackgespräche unterstützen kontinuierlich den Karriereweg von Pflegekräften bis hin zur Fach- und Führungskraft. Mit strukturierten Gesprächen können Leistungserwartungen für die Zukunft thematisiert werden und Entwicklungsmöglichkeiten und Maßnahmen zum Erreichen gesetzter Ziele aufgezeigt werden. Es können Fach-, Methoden-, Persönlichkeits- und Sozialkompetenzen vermittelt werden (Inqa 2008, S. 7 f.). Fachkompetenzen kennzeichnen dabei die ständige Lernbereitschaft, sich Breiten- und Tiefenwissen anzueignen, aus Erfahrungen zu lernen und verschiedene Werkzeuge zur Zielerreichung einzusetzen. Um Arbeitsschritte zielgerichtet durchzuführen ist Methodenwissen erforderlich. Arbeitsschritte müssen geplant, analysiert und ausgewertet werden, damit die richtigen Entscheidungen getroffen werden können. Persönlichkeitskompetenz zielt auf das verantwortungsbewusste, selbstständige und zuverlässige Handeln im Umgang mit einer Person ab. Sozialkompetenz ist wichtig, um Konflikte zu vermeiden, Teams zusammen

zu führen und förderliche Kooperationen und Netzwerke aufzubauen. Umsichtiges und vorurteilsfreies Handeln ist notwendig, um das Wesentliche zu erfassen und in den Mittelpunkt zu stellen.

## Fazit

Es wird deutlich, dass ein Macht- und Talentgefälle zu anderen Berufsgruppen und innerhalb von Berufsgruppen besteht. Festzuhalten bleibt, dass qualifizierte Ärzte, Pflegekräfte und Mitarbeiter der Verwaltung für Krankenhauseinrichtungen praxisbezogen ausgebildet werden müssen, um später Fach- und Führungsaufgaben wahrzunehmen und um das Leistungsverständnis sowie die Unternehmenskultur weiter zu tragen. Durch eine intensive Karrierebegleitung kann eine schnelle Einarbeitung, Einbindung und Weiterentwicklung von Fach- und Führungskräften vorgenommen werden. Konzeptionelle Aufgaben können so von pflegerischen Fach- und Führungskräften schnell und ergebnisorientiert umgesetzt werden. Damit pflegerische Fach- und Führungskräfte in einem Krankenhaus verbleiben, müssen frühzeitig nach Abschluss von Ausbildungen Karrieremöglichkeiten aufgezeigt werden. Das Qualifizierungspotenzial, mit dem künftige Führungs- und Fachkräfte entwickelt werden, ist in komplexen Weiterbildungsprogrammen vereint. Individuell können Karrierepfade in der Pflege festgelegt und gefördert werden. Kritisch zu bemerken ist, dass der Einstieg von Fach- und Führungskräften in Weiterbildungsprogramme nicht automatisch den Karriereerfolg garantiert. Die Konkurrenz zwischen pflegerischen Fach- und Führungskräften ist groß, nur die Fach- und Führungskräfte, die Einsatz und Lernbereitschaft zeigen, werden Erfolg haben. Zur Sicherung der Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit suchen sich Krankenhäuser schon frühzeitig geeignete Fach- und Führungskräfte aus, von denen sie sich ganzheitliches Verstehen und abteilungs- und fachübergreifendes Handeln versprechen.

## Literatur

Buser K., Schneller T., Wildgrube K. (2003) Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie. 5., überarb. Aufl., München.

Caritas (2013) Talentmanagement, Strategien und Konzepte in der Caritas, Personalmarketing, Ausgabe 1, Deutscher Caritasverband e.V., Freiburg.

Deppe H.-U., Friedrich H., Müller R. (1989) Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt.

Friedli V. (2008) Betriebliche Karriereplanung. In: Thom N., Zaugg R. J. (Hrsg.), Moderne Personalentwicklung, Mitarbeiterpotenziale erkennen, entwickeln und fördern. 3., aktualisierte Aufl., Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 247-263.

Grochla E. (1972) Unternehmensorganisation. Neue Ansätze und Konzeptionen. Reinbek bei Hamburg.

Heisig U., Littek W. (1995) Wandel von Vertrauensbeziehungen im Arbeitsprozess. In: Soziale Welt. Heft 3. Baden-Baden. S. 282-304.

Holtbrügge D. (2010) Personalmanagement. 4., überarbeitete und erweiterte Aufl., Springer Verlag. Heidelberg.

Hurlebaus T. (2004) Strategiekonforme Organisationsgestaltung von Krankenhäusern. Eine theoretische und empirische Analyse. 1. Aufl., Wiesbaden.

Inqa (2008) Gute Führung in der Pflege, 1. Aufl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Dortmund (Hrsg.), Dresden.

Löffert S., Golisch A. (2013) Alter(n)s-gerechtes Arbeiten im Krankenhaus, Stand

und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften, Eine Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf.

Mühlbauer B. H. (2004) Prozessorganisation im DRG-geführten Krankenhaus. 1. Aufl., Weinheim.

Müller-Vorbrüggen M. (2010) Management der Personalentwicklung. In: Bröckermann R., Müller-Vorbrüggen M. (Hrsg.), Handbuch Personalentwicklung. Die Praxis der Personalbindung, Personalförderung und Arbeitsstrukturierung, 3. überarbeitete und erweiterte Aufl., Schäffer Poeschel Verlag. Stuttgart.

Pillen A. (1997) Macht im Krankenhaus. Reflexionen zu einem strukturellen Problem. In: Pflege. Heft 2. Bern. S. 113-117.

Pfannstiel M. A. (2014) State of the Art von Maßnahmen und Instrumenten zum Management der Patienten- und Mitarbeiterdiversität im Krankenhaus. In: Bouncken R. B., Pfannstiel M. A., Reuschl A. J. (Hrsg.), Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus II. Prozesse, Produktivität und Diversität, Springer Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 381-427.

Rathje E. (2003) Personalführung im Krankenhaus. 1. Aufl., Stuttgart.

Schäfer W., Jacobs, P. (2004) Praxisleitfaden Stationsleitung. Handbuch für die stationäre und ambulante Pflege. 2., aktualisierte und erw. Aufl., Stuttgart.

Schulte-Zurhausen M. (1995) Organisation. München.

Trill R. (2000) Krankenhaus-Management. Aktionsfelder und Erfolgspotentiale. 2., erw. und überarb. Aufl., Neuwied.

Westermann-Binneweis A. (2003) Zeit und Macht im Krankenhaus: Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basis- und Regelversorgung, Berlin.

Wilker F.-W., Bischoff C., Novak P. (1994) Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. 2. Aufl., München.

### Autorenbiografie

*Mario A. Pfannstiel, M.Sc., M.A.*, ist Fakultätsreferent und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Neu-Ulm und Doktorand an der Universität Potsdam. Er besitzt ein Diplom der Fachhochschule Nordhausen im Bereich „Sozialmanagement“ mit dem Vertiefungsfach „Finanzmanagement“, einen M.Sc.-Abschluss der Dresden International University in Patientenmanagement und einen M.A.-Abschluss der Technischen Universität Kaiserslautern und der Universität Witten/ Herdecke im Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Im Herzzentrum Leipzig arbeitete er als Referent des Ärztlichen Direktors. An der Universität Bayreuth war er beschäftigt als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Strategisches Management und Organisation im Drittmittelprojekt „Service4Health“. Seine Forschungsarbeit umfasst Beiträge zum Management in der Gesundheitswirtschaft.

### Autorenanschrift

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

E-Mail: [mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de](mailto:mario.pfannstiel@hs-neu-ulm.de)