

# Zeitschrift für Führung und Personalmanagement in der Gesundheitswirtschaft

Journal of Leadership and Human Resource Management in Healthcare

## PERSONALENTWICKLUNG



# 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. Axel Focke (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. 2, Nr. 1, 2016, S. 1-56. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.02.01.2016-01

**Erscheinungsort**  
Neu-Ulm, 03/ 2016

**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 IV



### **Titel**

Absolute Chefsache: Personalentwicklung auf der Leitungsebene im Krankenhaus

### **Autor**

Prof. Dr. Volker Stein

### Die Leitungsebene im Krankenhaus und ihr strategisches Zielsystem

Das Leiten eines Krankenhauses in der heutigen Zeit ist alles andere als trivial. Im gesamten Gesundheitsbereich gibt es derzeit viele Umbrüche, von denen auch die Krankenhäuser beeinflusst werden: gesellschaftlicher Wandel beispielsweise der Patientenrolle (Hoefert/ Klotter 2011), politische Gesundheitsreformen samt Neuorientierungen in der Leistungserbringung (DIE ZEIT 2014), arbeitsmarktliche Verschärfung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen (Burkhardt/Ostwald/Erhard 2012), technologische Digitalisierung und Automatisierung von Prozessen (Bornwasser 2013), organisatorische Verschlechterungen etwa der zeitlichen Arbeitsbedingungen (Bartholomeyczik et al. 2008).

Ein umfassendes Leitungsteam nimmt sich dieser Herausforderungen an – auf oberster Ebene besteht es aus der Krankenhausleitung vor allem für die wirtschaftlich-administrativen Sachverhalte, aus den Chefsärzten für die medizinischen Aufgaben sowie aus der Pflegedirektion mit ihren entsprechenden Bereichsleitungen für die betreuenden Tätigkeiten. Gemeinsam ist ihnen der generelle Kontext einer „dienenden“ Organi-

sation (Stein 2015): der Organisationszweck des Krankenhauses findet sich in einem dienenden Leitbild, das durch Menschen umgesetzt wird, die in dienenden Funktionsbereichen beschäftigt sind.

Gleichzeitig muss ein Krankenhaus in diesem Rahmen als ein Unternehmen geführt werden. Effizienzorientierung soll zur Profitabilität beitragen. Hierbei sind die Spielräume für Kosteneinsparungen mittlerweile stark begrenzt, weil Effizienzhebel wie Personalreduktion, Erhöhung des Patientendurchsatzes, qualitätsorientierte Prozessstandardisierung und Zertifizierung nicht zuletzt seit der Einführung pauschalierter Abrechnungsverfahren auf Basis diagnosebezogener Fallgruppen (DRG) sowie des Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen gemäß DIN EN 15224 bereits weitgehend ausgenutzt werden.

Das strategische Zielsystem einer Krankenhausleitung umfasst daher vornehmlich Zukunftsvorstellungen zu allen möglichen Gestaltungsfeldern, die zur Beantwortung der Leitfrage „Wo wollen wir in fünf Jahren mit unserem Krankenhaus stehen?“ beitragen. Hierzu zählen unter anderem das Produkt- und Dienstleistungsportfolio, die Positionierung im Wettbewerb, die Sicherung finanzieller und personeller Ressourcen, die Ziele für

quantitatives und qualitatives Wachstum, das angestrebte Ausmaß an Innovation sowie die organisatorische Transformation des Krankenhauses.

Um dieses Zielsystem umzusetzen, bedarf es des koordinierten und engagierten Einsatzes fachlicher und sozialer Kompetenzen. Als Oberbegriff wird häufig „unternehmerisches Denken“ gewählt, zudem sollen eine Führungskultur nach innen gelebt und ein positives Image nach außen erzeugt werden. Das Krankenhaus soll als hochqualitativer Gesundheitsdienstleister und attraktiver Arbeitgeber (nicht zuletzt für Spitzenpersonal) positioniert werden, das zudem erfolgreich Finanzmittel und Spenden einwirbt und in der politischen Basisarbeit in seiner Region Gewicht und Stimme hat.

Wie man unschwer erkennt, ist zur Erreichung dieser Ziele eine permanente Personalentwicklung im Krankenhaus notwendig. Diese betrifft – und so wird Personalentwicklung traditionell auch konzipiert – durchgehend alle Mitarbeitenden, nach dem Motto „die Krankenhausleitung sorgt dafür, dass niemand durch die Maschen des Personalentwicklungsnetzes fällt“. Was allerdings bislang in Krankenhäusern und auch in der personalwirtschaftlichen Beratung von Krankenhäusern zu kurz kommt, ist die Sorge für die Personalentwicklung auf der Leitungsebene selbst. Gerade die Leitungsebene ist auf die Komplexität der Krankenhausleitung und deren ständigen Änderungen hin weiterzubilden. Und in dem Maße, wie die Krankenhausleitung eine Gemeinschaftsaufgabe ist, wird es sinnvoll, diese Personalentwicklung ebenfalls als Gemeinschaftsaufgabe zu begreifen.

Ziel dieses Beitrags ist es daher, zu skizzieren, wie eine Personalentwicklung auf der sowie für die Leitungsebene im Krankenhaus konzipiert werden kann, welcher spezifische Fokus also für sie relevant ist und welche konkreten Möglichkeiten der Umsetzung bestehen.

## Personalentwicklungsfokus: Rollen der kollaborativen Führung

Dass die Mitglieder der Leitungsebene des Krankenhauses ihre Aufgaben des Managens des eigenen Bereichs – also Verwaltungshandeln, medizinisches Handeln beziehungsweise pflegerisches Handeln – individuell auf dem aktuellen Entwicklungsstand halten, wird vorausgesetzt. Damit richtet sich der Fokus einer Personalentwicklung auf der Leitungsebene auf die gemeinsam zu tragende Führungsrolle, die darin besteht, teamübergreifend sowie durch und in Teams die gemeinsamen Ziele des Krankenhauses zu erreichen.

In diesem Zusammenhang wird in der Führungsforschung von „kollaborativer Führung“ (Kramer/ Crespy 2011) gesprochen: Gemeint ist hier die Alternative zur vertikalen Führung „von oben nach unten“. Als geteilte (im Englischen: „shared“) Führung bindet sie die Führungskräfte in gemeinsame Führungs- und Kommunikationsprozesse ein (Pearce et al. 2010). Auf der Basis einer intensiven Zusammenarbeit zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels soll nicht nur eine fruchtbare Zusammenarbeit der Führungskräfte miteinander entstehen, sondern zudem eine Kultur der gemeinsamen Führung, die sich nachfolgend auch in die Strukturen der Organisation hinein fortsetzt. Ein wesentliches Charakteristikum kollaborativer Führung ist es, dass die einzelnen Führungskräfte untereinander wechselseitig Entscheidungskompetenzen dorthin verlagern, wo aus der Gesamtsicht der Organisation die Entscheidung jeweils am besten getroffen werden kann. Dies führt dazu, dass nicht mehr nur eine einzige Person an der Spitze der Organisation die Entscheidungen trifft und sie dann auch letztverantwortet, sondern dass eine Gruppe von Leitenden gemeinsam auf eine Erreichung übergreifender Ziele hinarbeitet.

Genau dies wird im modernen Krankenhaus benötigt und genau auf diese Führungskon-

zeption hin kann die Personalentwicklung auf der Leitungsebene ausgerichtet werden. Zum Inhalt der Personalentwicklung jeder einzelnen Führungsperson auf der Leitungsebene – und damit sowohl der Geschäftsführung als auch dem Chefarzt und der Pflegedienstleitung – wird damit, das „Mitunternehmertum“ (Wunderer 1995) zu stärken. Anstatt die eigene Abteilung zu Lasten der anderen Abteilungen zu optimieren, wird in der Personalentwicklung die Aufmerksamkeit auf die Interessen der Gesamtorganisation gelenkt. Den Führungskräften wird die Kompetenz vermittelt, ihren unmittelbaren wie auch mittelbaren Beitrag zur Erreichung der strategischen Ziele zu erkennen, ihre Entscheidungen in die Verfolgung der übergeordneten Ziele zu lenken und hierdurch Mehrwert für das Gesamtsystem zu erzielen.

Für ein Krankenhaus bedeutet dies konkret zum Beispiel, nicht auf die Zuteilung von Budgets für den eigenen Bereich zu bestehen, wenn diese an anderer Stelle mehr Vorteile für die Patienten erzielen könnten, oder zum Aufbau neuer Geschäftsfelder beizutragen, selbst wenn diese „neben der eigenen Disziplin groß zu werden drohen“ (wobei dies wie gesagt aus Sicht des Mitunternehmertums keine „Drohung“ ist, sondern Entwicklungsmöglichkeit des Krankenhauses insgesamt). Auch lassen sich Innovationsentscheidungen nicht aus engen fachlichen, sondern breiten strategischen Erwägungen heraus treffen.

Personalentwicklung kann zur Erreichung dieser Rollenwahrnehmung beitragen, indem sie die Fähigkeiten des Erkennens strategischer Zusammenhänge stärkt, das heißt strategische Kompetenz für Geschäftsführer, Chefarzte und Chefpfleger zur strategischen Mitwirkung vermittelt. Sie kann darüber hinaus die Kompetenz zur gemeinsamen Kommunikation und Abstimmung stärken.

Der zu vermittelnde Kern der kollaborativen Führungsrolle liegt allerdings darin, das Selbstverständnis der Führung grundlegend

zu verändern. In ihr werden die Möglichkeit des Erkennens und Wahrnehmens strategischer Chancen sowie die Freiheit des Entscheidens auf das gemeinsame Ziel hin zentral. Nicht nur die Geschäftsführung, sondern auch die Chefarzte und die Pflegedirektion müssen letztlich die Substanz gemeinschaftlicher unternehmerischer Führung in sich aufnehmen, nämlich sich wechselseitig Einblicke in ihre Entscheidungskontexte zu gewähren, ihre Problemstellungen wechselseitig transparent zu machen und wechselseitig ihre Sichtweisen einzunehmen – und dies, ohne das Gefühl zu bekommen, ihre Autonomie werde beschnitten. Im Gegenteil: In einer kollaborativen Führung wird akzeptiert, dass jeder Führende in seinem Gebiet Experte ist, dass man sich auf dieser Basis jedoch gleichberechtigt auch in Bezug auf weitere Talente, Ideen, Intuitionen und Erfahrungen abstimmt und nach optimalen Lösungen für das gesamte Krankenhaus sucht. Dies wird unterstützt durch die Auffassung, eine solche Führung sei ein organisationskultureller Wert, den es zu leben (und vorzuleben) lohnt.

Da der Ausgangspunkt einer solchen Entwicklung die traditionelle Führung ist, in der die Geschäftsführung die strategischen Entscheidungen alleine zu treffen pflegte, liegt eine besondere Personalentwicklungsaufgabe darin, auch der wirtschaftlich-administrativen Leitung zu vermitteln, dass es um eine partizipativere, demokratischere Führungskultur als früher geht. Gleichermaßen können sich auch die Chefarzte nicht länger darauf zurückziehen, dass sie ja „nur“ Experte ihrer eigenen ärztlichen Disziplin sind, mit dem übrigen Krankenhaus wenig zu tun haben und sich von den Pflegeleitungen nichts sagen zu lassen brauchen. Ganz im Gegenteil: Alle Leitenden gemeinsam geben mit ihren Entscheidungen die weitere Richtung der Entwicklung des Krankenhauses vor. Es entsteht ein sich selbst organisierendes Netzwerk der Führungsverantwortlichen, das zu ergebnisoffener Entscheidungsfindung fähig ist (Lotter 2015).

Hiervon leitet sich im Laufe der Zeit die Veränderung der Führungsprozesse auf nachgelagerten Ebenen des Krankenhauses ab. Die Führungsarbeit innerhalb einzelner Bereiche professionalisiert sich insofern, als die positiven Erfahrungen und Erkenntnisse des Mitunternehmertums sich im Krankenhaus verbreiten und es so zu einer Replikation kollaborativer Führungssysteme auf unterer Ebene kommt.

Als positiver Nebeneffekt für die Führungskräfte auf der Leitungsebene ergibt sich die Chance, individuelles Frustrationserleben abzubauen, das sich aus dem schleichen den Verlust ihres Selbstverständnisses ergeben hat (Jeschke 1993). So lange beispielsweise ärztliche und pflegerische Führungskräfte über das um sich greifende „Dokumentieren und Verwalten“ den eigentlichen Kern ihrer Berufung, nämlich „Heilen und Pflegen“, nicht mehr wahrnehmen, beschädigt dies Motivation und Bindung dieser Spitzenkräfte. In einem stark umkämpften Arbeitsmarkt für höchstqualifizierte Krankenhausführungskräfte wird Abwanderung schnell zu einer Bedrohung des Bestands und Erfolgs eines Krankenhauses. Kollaboratives Führen bringt hier die Möglichkeit mit sich, als Führungskraft das große Ganze des Krankenhaussystems ebenso mitzugestalten wie auch, sich mit dem Gesamtsystem zu identifizieren und hieraus Motivation, Commitment und Bindungsbereitschaft zu stärken.

### Umsetzungsimpulse

An dieser Stelle sollen einige Vorschläge für die Personalentwicklung auf der Leitungsebene kurz andiskutiert werden. Wie Studien zur allgemeinen Führungskräfteweiterbildung zeigen (z. B. Stein/Wiedemann 2014), besteht hier ein sehr umfassendes Handlungsfeld mit vielfältigen Gestaltungsoptionen für die Organisationen, aber auch mit konkreten Vorstellungen der weiterzuentwickelnden Führungskräfte.

Der passende *Zeitpunkt*, das Personalentwicklungssystem für die Leitungsebene im Krankenhaus zu überdenken, ist „jetzt“. Einige Krankenhäuser bearbeiten dieses Thema als Reaktion auf eine wirtschaftliche Krise, wobei sich ein antizipatives Vorgehen empfiehlt, weil es in einer weniger komplexen und weniger dringlichen Situation erfolgen kann. Krankenhäusern, die bereits ein System kollaborativer Führung etabliert haben, ist ein regelmäßiger Überprüfungssturnus zu empfehlen, der umso kürzer wird, je mehr externe wie auch interne Umfeldveränderungen eintreten.

Die *Inhalte* der Personalentwicklung können sich – neben der Substanz kollaborativer Führung sowie strategischen Managements von Organisationen an sich – auf die vorherrschenden Trends der strategischen Positionierung von Krankenhäusern beziehen. Beispiele sind die Digitalisierung mit ihrem Veränderungsdruck auf bestehende Prozesse, Entwicklungen der Arbeitswelt im Sinne von Generationendynamiken, partizipativer Hochleistungserzielung, Bindung und Motivation qualifizierter Mitarbeiter sowie spezielle Herausforderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, die sich auf alle Leitungsbereiche des Krankenhauses auswirken.

Zum *Vorgehen* ist anzumerken, dass ein Personalentwicklungsprozess der Leitungsebene angestoßen werden muss. Auch wenn der Impuls in der Regel von der Geschäftsführung ausgeht, handelt es sich ab dann um einen gemeinsamen Prozess im Sinne eines parallelisierten Sich-selbst-Entwickelns der Beteiligten. Diese können und sollen dann durchaus ihre persönlichen Entscheidungssituationen zur Diskussion stellen, was auf eine kollegiale Fallberatung im Bereich des strategischen Entscheidens hinausläuft. Wichtig ist zudem, dass es integraler Bestandteil der Personalentwicklung wird, dass sich die Beteiligten auf die Veränderung ihres Führens hin zum Mitunternehmertum verpflichten („committen“). Dies be-



deutet aber auch, einen graduellen Lernprozess zu erwarten und für diesen Geduld und die Bereitschaft zum Nachjustieren aufzubringen. Ansonsten ist das wichtig, was auch allgemein in der Weiterbildung von Top-Führungskräften gefordert wird: Anwendungsbezug und Praxisnähe der theoriebezogenen Inhalte, Interaktivität der Vermittlung, Sicherstellung der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Beteiligten, ein lernförderliches Ambiente sowie auf bestehende Arbeitssituationen Rücksicht nehmende Effizienz, Schnelligkeit und enge Taktung der Personalentwicklungsmaßnahmen.

Die *Trainer* der Personalentwicklung sind idealerweise Personen, die methodisch kompetent und inhaltlich an der Schnittstelle von allgemeiner Strategie und spezifischer Krankenhausleitung bewandert sind sowie den Gesundheitssektor kennen. Da die Gesamtleitung des jeweils eigenen Krankenhauses mit seinem spezifischen Kontext im thematischen Zentrum steht, wird es eine Personalentwicklung „von der Stange“ nicht geben. Es besteht daher auch nicht aus Versatzstücken, die an anderer Stelle in der Personalarbeit des Krankenhauses schon vorhanden sind. Hier ist die Geschäftsleitung gefordert, geeignete Moderatoren zu finden, die im Sinne einer externen Ressource vor dem Hintergrund ihres Abstandes das kritische Hinterfragen der Situation, aktuelles Expertenwissen und externe Innovativität mitbringen. Prädestiniert ist hier die von einigen Universitäten angebotene Führungskräfteweiterbildung: Zum einen wurden die leitenden Führungskräfte im Krankenhaus in Universitäten ausgebildet und haben daher kaum Akzeptanzbarrieren, zum anderen ist ein hochwertiges Angebot ein Signal der Wertschätzung, durch das die Führungskräfte die ihnen gleichzeitig gewährten Möglichkeiten ihrer weiteren Selbstentwicklung erkennen und zudem, was sie dem Krankenhaus bedeuten.

Eine *Erfolgsmessung* bezieht sich gleichermaßen auf Kriterien, die an der einzelnen Führungskraft ansetzen, so deren Zufriedenheit, individuelle Motiviertheit, Leistung und Bindungsbereitschaft, wie auch auf Kriterien, die den Erfolg der wirtschaftlich-strategischen Entwicklung des Krankenhauses erfassen, so dessen Profitabilität, Stärke der Arbeitgebermarke (Employer Brand), Innovativität und allgemeine Zukunftsfähigkeit.

## Fazit

Personalentwicklung auf der Leitungsebene im Krankenhaus anzustoßen und konzeptionell vorausdenken ist auf jeden Fall Chefsache und liegt damit in der Verantwortung der Geschäftsführung. Konzeptionell zu verorten ist sie aufgrund ihres strategischen und kollaborativen Charakters zwischen individueller Personalentwicklung und Organisationsentwicklung, inhaltlich zu verorten ist sie zwischen Strategiethematen und Kulturthemen.

Resultat ist im Erfolgsfall eine nachhaltig effektivere Führung des Krankenhauses, in der die durch kollaborative Führung erzielten Wissensvorsprünge als Wettbewerbsvorteile gegenüber Kunden wie auch für die Personalbindung genutzt werden. Denn mitentscheidende Führungskräfte werden auch zu Führungsbotschaftern ihrer Organisation. Sie „leben“ dann die Richtung, in der sich das Krankenhaus entwickeln will, und vermitteln sowohl nach innen als auch nach außen Signale, die von den Beobachtern als „Wohlfühlen“ gedeutet werden. Patienten fühlen sich dann gut aufgehoben, Mitarbeiter wertgeschätzt, Partner fair behandelt. Dies wirkt dann wieder zurück auf die Bindung der Führungskräfte.

## Literatur

Bartholomeyczik S., Donath E., Schmidt S., Rieger M. A., Berger E., Wittich A., Dieterle W. E. (2008) Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.

Bornewasser M. (2013) Prozessreorganisation im Krankenhaus: Lassen sich auch logistische Konzepte der Industrie im Krankenhaus umsetzen?. In: Bouncken R. B., Pfannstiel, M. A., Reuschl A. J. (Hrsg.) Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Prozesse, Produktivität und Diversität. Bd. 1. Springer Gabler. Wiesbaden. S. 71-93.

Burkhart M., Ostwald D. A., Erhard T. (2012) 112 – und niemand hilft. Herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR. PwC. Frankfurt am Main.

DIE ZEIT (Hrsg.) (2014) Gute Besserung?! Blicke hinter die Kulissen unseres Gesundheitssystems. epubli/Kindle Edition. Berlin.

Hoefert H.-W., Klotter C. (2011) Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Hogrefe. Göttingen.

Jeschke H. A. (Hrsg.) (1993) Krankenhausmanagement zwischen Frustration und Erfolg. Baumann. Kulmbach.

Kramer M. W., Crespy D. A. (2011) Communicating collaborative leadership. The Leadership Quarterly. Vol. 22. No. 5. pp. 1024-1037.

Lotter W. (2015) Die Chefsache. brand eins Jg. 17. Nr. 3. S. 39-45.

Pearce C. L., Hoch J. E., Jeppesen H. J., Wegge J. (2010) New forms of management

– shared and distributed leadership in organizations. Journal of Personnel Psychology. Vol. 9. No. 4. pp. 151-153.

Stein V. (2015) Personalarbeit in diakonischen Unternehmen: Wie diakonisch darf's denn sein? diakonie unternehmen. Jg. 12. Nr. 1. S. 5-7.

Stein V., Wiedemann A. (2014) Führungskräfteweiterbildung im Mittelstand in Südwestfalen. Arbeitspapier Nr. 005 – 2014 des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre. insb. Personalmanagement und Organisation. Universität Siegen. 27.03.2014, Online im Internet. URL: [http://www.wiwi.uni-siegen.de/pmg/veroeffentlichungen/dokumente/ap\\_005\\_fuehrungskraeftweiterbildung\\_im\\_mittelstand\\_in\\_suedwestfalen.pdf](http://www.wiwi.uni-siegen.de/pmg/veroeffentlichungen/dokumente/ap_005_fuehrungskraeftweiterbildung_im_mittelstand_in_suedwestfalen.pdf), Abrufdatum: 21.01.2016.

Wunderer R. (1995) Entwicklung von Arbeitnehmern zu Mitunternehmern. In: Elschen R. (Hrsg.) Unternehmenssicherung und Unternehmensentwicklung. Schäffer-Poeschel. Stuttgart. S. 32-52.

## Autorenbiografie

*Univ.-Prof. Dr. Volker Stein* ist Inhaber des Lehrstuhls für Betriebswirtschaftslehre, insb. Personalmanagement und Organisation an der Universität Siegen sowie Gründungsvorstand der Universität Siegen Business School zur Weiterbildung von Führungskräften.

## Autorenanschrift

Prof. Dr. Volker Stein  
Universität Siegen  
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insb. Personalmanagement und Organisation  
Campus Unteres Schloss  
57072 Siegen

E-Mail: [volker.stein@uni-siegen.de](mailto:volker.stein@uni-siegen.de)