

*Band
15*

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Führungsaspekte in Universitätskliniken
mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter
unterschiedlicher Generationen*

~
Andrea Lakasz

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Andrea Lakasz

*Führungsaspekte in Universitätskliniken
mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen*

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 15

Essen 2019

ISSN (Print) 2367-3176 ISSN (eBook) 2569-5274

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

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

© 2019 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergesetzes
ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung 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
dürfen. Oft handelt es sich um
gesetzlich geschützte eingetragene
Warenzeichen, auch wenn sie nicht
als solche gekennzeichnet sind.

***Führungsaspekte in Universitätskliniken
mit besonderem Fokus auf
ärztliche Mitarbeiter
unterschiedlicher Generationen***

Andrea Lakasz

Andrea Lakasz, B.A.
Klinikum der Universität München
E-Mail: andrea.lakasz@gmail.com
Bachelor-Thesis an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management,
eingereicht im April 2017

Vorwort

Eine akademische Reflexion des Führungsbegriffs gehört zum Kern der Managementwissenschaften. Vor dem Hintergrund des zentraleuropäischen Problems „demografischer Wandel“ ist gerade das akutklinische Setting, das in der Qualifizierungsarbeit von Frau Lakasz elaboriert wird, betroffen. Es sind nicht nur die ungünstigen Rahmenbedingungen wie psychische Belastungsspitzen, Schichtbetrieb und tradiert hierarchische Führungsstrukturen, die eine langfristige berufliche Verortung im Setting für Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums weitgehend unattraktiv erscheinen lassen. Mehr und mehr geraten soziologisch relevante Aspekte in den Fokus der Diskussion, die unter dem Terminus „Partizipation“ zusammengefasst werden können.

Vor dem Hintergrund einer fragwürdigen, dennoch etablierten Klassifikation in die Kategorien „Generation Baby Boom“, „Generation X“ und „Generation Y“ entwickelt die vorgelegte Arbeit Lösungen hinsichtlich von „Führungsaspekten in Universitätskliniken mit besonderem Fokus auf ärztliche Mitarbeiter unterschiedlicher Generationen“. Die insgesamt sehr breit recherchierte und erfolgreich in die Arbeit integrierte Literaturrecherche bietet einen sehr guten einführenden Einblick in die Gesamtproblematik, die den engen Rahmen einer Universitätsklinik gelungen durchbricht. Denn zu viele erfolgreiche Absolventinnen und Absolventen eines Medizinstudienjahrgangs verbleiben nicht in genuinen Berufsalternativen, sondern migrieren in andere, aus individueller Sicht lukrativere berufliche Tätigkeitsfelder. Es ist daher an der Zeit, Beiträge zu sammeln, die aus der Managementperspektive heraus den Führungsbegriff im klinischen Praxisfeld kritisch unter die Lupe nehmen. Dies erfolgt in dem vorliegenden Beitrag der ifgs-Schriftenreihe in Orientierung am Modell der transformationalen Führung unter Nutzung eines Mixed Methods-Ansatzes. Bemerkenswert und herauszustreichen ist an dieser Arbeit die gelungene Anwendung weitgehend autodidaktisch erlernter und angewandter sozialwissenschaftlich-empirischer, qualitativ-inhaltsanalytischer und deskriptiv-statistischer Methoden bei einer vergleichsweise großen Probandengruppe.

München im Juli 2018

Prof. Dr. habil. Manfred Cassens

Wissenschaftlicher Direktor des ifgs Institut für Gesundheit & Soziales

Inhalt

Vorwort.....	III
Inhalt	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangssituation	1
1.1.1 Hintergründe.....	2
1.1.2 Beschreibung der aktuellen Situation.....	2
1.1.3 Stand der Literatur mit Fokus auf das Gesundheitswesen.....	5
1.2 Zielsetzung	7
1.2.1 Identifizierte Problemstellung.....	7
1.2.2. Fragestellungen.....	8
1.3 Aufbau der Arbeit	9
2 Theoretische Grundlagen	10
2.1 Definitionen	10
2.1.1 Baby Boomer - Generation X - Generation Y	10
2.1.2 Diversity Management und Coaching	12
2.1.3 Leadership und Transformationale Führung.....	14
2.2 Wissenschaftstheoretische Einbettung mit Begründung.....	17
3 Methoden.....	19
3.1 Detailbeschreibung des Forschungsgegenstandes	19
3.1.1 Vorstellung des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München.....	19
3.1.2 Tätigkeitsfelder der Abteilung Personalangelegenheiten	20
3.1.3 Führungskapazitäten von Klinikdirektoren und leitenden Ärzten bzw. Oberärzten	20
3.2 Beschreibung des Forschungsdesigns	22

3.3	Darstellung der Forschungs- und Untersuchungsplanung	24
3.3.1	Projektphasen, teilstandardisierter Fragebogen, Erhebungs- ablauf.....	24
3.3.2	Analyseverfahren	27
3.3.3	Gewährleistung der Gütekriterien	27
4	Ergebnisse.....	29
4.1	Erhebungsergebnisse	29
4.1.1	Aufbereitung der Daten	29
4.1.2	Deskriptive Auswertung.....	29
4.1.3	Analyse, Interpretation und Reflexion ausgewählter Ergeb- nisse	43
4.2	Charakteristische Merkmale junger Ärzte – Gegenüberstellung in Hinsicht auf ältere Generationen	47
4.2.1	Arbeitsbezogene Werte	47
4.2.2	Erwartungen bzw. Ansprüche an den Arbeitgeber.....	48
4.2.3	Führungs- und Leistungsverständnis, Wahrnehmung und Kommunikation	49
4.3	Implikationen für den Arbeitgeber – identifizierte Problempunkte	51
4.3.1	Anforderungen an Führungskräfte bzw. an die Unter- nehmenskultur	51
4.3.2	Umgang mit der Generationendiversität	53
4.3.3	Konsequenzen in Hinsicht auf Führungsmöglichkeiten	54
5	Diskussion	55
5.1	Handlungsempfehlungen aufgrund vorliegender Ergebnisse.....	55
5.1.1	Vermittlung von Grundkenntnissen	55
5.1.2	Lebensphasenorientierte Führung und Coaching	56
5.1.3	Transformationale Führung im klinischen Setting	57
5.2	Weitere Anschlussmöglichkeiten im größeren Kontext	58
5.3	Kritische Betrachtung	60

6 Zusammenfassung	62
6.1 Fazit.....	62
6.2 Ausblick	63
Literaturverzeichnis.....	66
Internetquellen	72

Abkürzungsverzeichnis

KUM	Klinikum der Universität München
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
LMU KUM	Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
PEKUM	Personalentwicklung am Klinikum der Universität München

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hierarchische Führungsstruktur in der Klinik für Strahlentherapie.	4
Abbildung 2: Charakteristische Elemente des Diversity Managements.....	13
Abbildung 3: Relevante Funktionen und Effekte der Transformationalen Führung.....	16
Abbildung 4: Wesentliche Handlungsfelder im Personalmanagement	21
Abbildung 5: Schematische Darstellung der Mixed Methods.....	23
Abbildung 6: Aufteilung der Befragten nach Geschlecht (n = 70)	30
Abbildung 7: Altersstruktur der Umfrageteilnehmer (n = 69).....	30
Abbildung 8: Zufriedenheit mit den erhaltenen Antworten (n = 57).....	32
Abbildung 9: Signifikanz der Transparenz im beruflichen Alltag (n = 57)	33
Abbildung 10: Werteangaben nach Altersgruppen (n = 56).....	35
Abbildung 11: Was sollen die Befragten in der Arbeit hauptsächlich leisten? (n = 55).....	37
Abbildung 12: Bedeutung der Selbstreflexion (n = 55)	38
Abbildung 13: Zielvorstellungen der Befragten (n = 52).....	40
Abbildung 14: Inwiefern ist die Transformationale Führung bekannt? (n = 55)	42
Abbildung 15: Erwartungen im Arbeitsalltag (n = 56).....	46
Abbildung 16: Erwartungen an den Vorgesetzten (n = 55)	48
Abbildung 17: Kommunikationsmöglichkeiten mit dem Klinikdirektor (n = 58)	50
Abbildung 18: Störfaktoren in Universitätskliniken (n = 46)	51
Abbildung 19: Wesentliche Elemente der Führung.....	52
Abbildung 20: Was ist für die Befragten bzgl. Führung in Kliniken wichtig? (n = 54).....	56

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Die Zeit Online berichtete 2015 über einen Medizinstudenten, der mitten in einer laufenden Operation den OP-Saal verlassen hatte, weil seine Arbeitszeit um ein paar Minuten überzogen war (vgl. Heinrich 2015). Anlässlich dieses Vorfalles flammte die in der Soziologie bereits seit Jahren geführte Diskussion über den Umgang mit und die Führung der jüngeren sog. Generation Y auch im Gesundheitswesen auf und führte zu ethischen und organisatorischen Fragestellungen hinsichtlich der Patientenversorgung (vgl. Groos 2016, S. 62). Das Aufeinanderprallen der Arbeits- und Lebensvorstellungen von Ärzten unterschiedlicher Generationen und die damit einhergehende Führungsproblematik rückten somit in den Vordergrund des gesellschaftlichen Meinungs austausches (vgl. Heinrich 2015).

2015 arbeiteten in Deutschland 371.302 Ärzte, davon 189.622 im stationären bzw. klinischen Bereich (vgl. Bundesärztekammer 2015). Bzgl. der Altersstruktur der Ärzte in der stationären Versorgung wurde angegeben, dass die Anzahl der Ärzte unter 35 Jahre auf 63.248 (33,4 Prozent) anstieg (vgl. ebd.). Die jungen Ärzte bis 35 Jahren gehören zu der Altersgruppe, die im Allgemeinen als Generation Y apostrophiert wird (vgl. Reif 2015).

Die Einstellung, die Ansprüche sowie die Erwartungen der Generation Y in Bezug auf Arbeit und Führung werden in der Literatur umfangreich und kontrovers diskutiert (vgl. Biemann / Weckmüller 2013; Dobos, 2012; Heinrich 2015; nab 2016). Mittlerweile wurden zu diesem Thema zahlreiche Studien durchgeführt (vgl. Deloitte 2015; Huber / Rauch 2013; Kienbaum Institut 2015), darunter auch mehrere im Bereich der Medizin (vgl. Bruchhäuser et al. 2016; Buxel 2009, 2013; Hartmannbund 2012; Kasch et al. 2015; Schmidt / Moller et al. 2011).

Zusammengefasst weisen die im medizinischen Bereich durchgeführten Studien auf, dass die Erwartungen junger Ärzte an den Arbeitgeber mit der Veränderung der bisherigen Führungsmodalitäten bzw. Arbeitsbedingungen im klinischen Bereich einhergehen. Durch die Modifizierungen ergeben sich neue Formen bzw. Strukturen in Hinsicht auf Führung und Arbeit in Kliniken und Krankenhäusern (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 517 ff.), die im Wesentlichen durch die aktuelle gesellschaftliche Diskussion bzw. Entwicklungen forciert werden.

1.1.1 Hintergründe

Die technologischen Fortschritte, die durch die Globalisierung ausgelösten wirtschaftlichen Entwicklungen sowie der demographische Wandel haben bereits zu grundlegenden Veränderungen in der Arbeitswelt im Gesundheitswesen geführt (vgl. Toth / Bitsch 2014a, S. 1033 f.). Durch die Technik erfolgte eine globale Vernetzung, die Affinität zur Bedienung und Nutzung smarter Computer-Geräte ist im klinischen Arbeitsalltag nicht mehr wegzudenken (vgl. Bundesärztekammer 2015). Die Digitalisierung erobert die Krankenversorgung zunehmend: digitale Patientenakten bzw. -dokumentation sowie telemedizinische Lösungen werden eingeführt (vgl. ebd.; Wunsch 2016, S. 1013).

Im Hinblick auf die Globalisierung sowie die Mobilität und Flexibilität in Zusammenhang mit der Arbeit ist hervorzuheben, dass sie eine fast unbegrenzte Arbeitskräftewanderung ermöglicht (vgl. Rüter de Escobar 2015, S. 862).

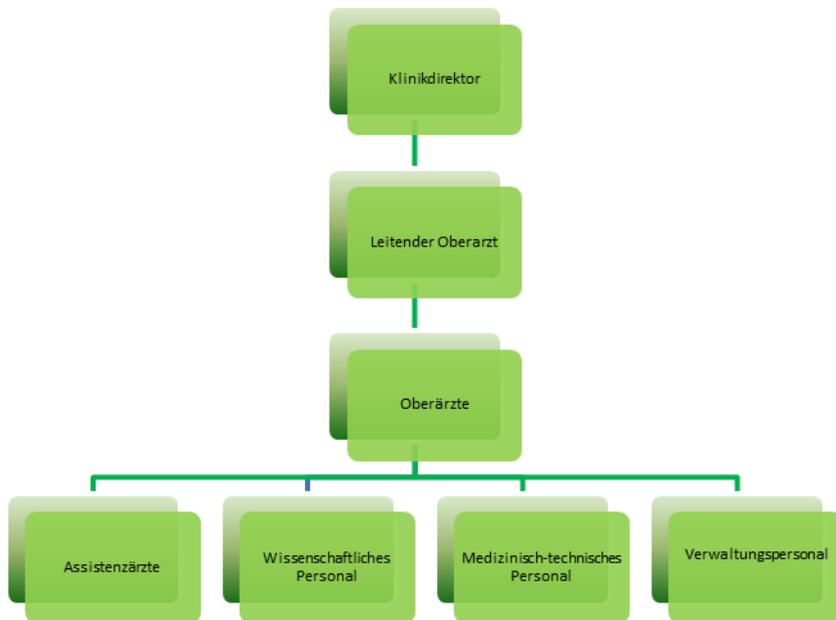
Aus der Perspektive der Demographie gilt, dass die Gesellschaft kontinuierlich altert und die Geburtenrate sinkt (vgl. Toth / Bitsch 2014b, S. 1189), was dazu führt, dass die Anzahl der Erwerbstätigen zurückgeht (vgl. Statistisches Bundesamt 2015), darunter auch die der Ärzte (vgl. Buerkle 2011, S. 505 f.). Darüber hinaus tragen die Abwanderung bzw. der spätere Berufseinstieg junger Ärzte (vgl. Ide 2015) zum Fachkräftemangel in der Medizin bei (vgl. Schmidt / Gerschlag et al. 2011, S. 510; Wilhelm / Reinbold 2014). Der Ärztemangel bzw. das Nachrücken von jungen Ärzten führt somit auf der klinischen Ebene zu Problemen in Zusammenhang mit der Führung von unterschiedlichen Generationen (vgl. Schmidt 2012, S. 2 f.)

1.1.2 Beschreibung der aktuellen Situation

Angesichts des demographischen Wandels benötigt die älter werdende Bevölkerung mehr ärztliche Versorgung. Die Lebenserwartung erhöht sich, es ist vermehrt mit Erkrankungsrisiken, Multimorbidität sowie Chronifizierung zu rechnen (vgl. Toth / Bitsch 2014a, S. 1042). Dies hat zur Folge, dass trotz schrumpfender Bevölkerung die Anzahl der Patienten, d. h. der Versorgungsbedarf steigt (vgl. Toth / Bitsch 2014b, S. 1196). Darüber hinaus führt die Alterung der Gesellschaft auch zur Verringerung der Anzahl von Ärzten (vgl. Rickert 2014, S. 24 f.). Zwar ist in den letzten Jahren eine Steigerung der Zahl der Medizinstudiumabsolventen zu verzeichnen – 2015 haben 89.998 Studierende im Fach Humanmedizin studiert (vgl. Statista GmbH 2017), was ein Anstieg um 11,8 Prozent seit 2006 / 2007 bedeutet (vgl. ebd.) –, dennoch fehlen Ärzte mittlerweile außer in ländlichen

Regionen auch im klinischen Bereich (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 517). Die Verteilungsproblematik im Hinblick auf vakante Arztstellen in ländlichen Gebieten und die Überversorgung in Ballungsräumen kann jedoch weder durch die steigende Zahl der Medizinstudenten (vgl. Gibis et al. 2012, S. 327 ff.), noch durch die eventuelle Steigerung der Anzahl von Ärzten (z. B. durch Einwanderung) gelöst werden (vgl. Schneider 2010, S. 114 ff.). Der Ärztemangel in den Kliniken ist neben dem Abwerben durch die Nachbarländer (vgl. Buerkle 2011, S. 505; Schneider 2010, S. 115) darauf zurückzuführen, dass 25 Prozent der Absolventen einen Beruf mit medizinischem Hintergrund, z. B. in der Verwaltung oder in der Pharmaindustrie, anstreben wollen (vgl. Düllings 2014, S. 24 f.; Piro 2016, S. 27). Aus diesen Gründen geraten angehende Ärzte im sog. War for Talents in eine Situation, in der sie aus mehreren Stellen wählen können (vgl. Harderlein 2015; Schmidt et al. 2012, S. 993).

Krankenhäuser und Kliniken sind historisch hierarchisch gewachsene Institutionen, in denen feste Strukturen die Verantwortungsebenen, Zuständigkeiten sowie Arbeitsabläufe definieren. Ein Beispiel für den hierarchischen Aufbau im klinischen Bereich wird in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Hierarchische Führungsstruktur in der Klinik für Strahlentherapie

Quelle: Eigene Darstellung

In Universitätskliniken werden die Assistenzärzte zuerst in die Patientenversorgung eingeführt. Nach der mehrmonatigen Einarbeitung erfolgt die Einbindung in die im Hintergrund laufenden Forschungs- und Lehrtätigkeiten, die vorrangig von Chefärzten und Oberärzten, d. h. Führungskräften vorangetrieben werden (vgl. Littmann 2017). Insbesondere Forschung stellt die Ärzteschaft vor Herausforderungen, weil sie überwiegend außerhalb der Regelarbeitszeit gemacht wird. Dies führt zur Verkürzung der abendlichen Freizeit bzw. zur Arbeit am Wochenende (vgl. Dorenkamp / Süß 2016, S. 712). Aus diesem Grund müssen Mitarbeiter besonders zur Forschung motiviert werden (vgl. Dorner 2014, S. 70 f.; Korzilius 2013, S. 422).

Neben der Motivation von Assistenzärzten kümmern sich Führungskräfte in erster Linie um die Dienstorganisation sowie die Weiterbildungs- und Karriereplanung einzelner Mitarbeiter. Diese Tätigkeiten erfordern Führungskompetenzen. Hierbei sind et al. die Kommunikationsfähigkeit, der Führungsstil, die Fach- und sozialen Kompetenzen und die Gestaltung der Unternehmenskultur hervorzuheben (vgl. Schmidt / Möller / Windeck 2013, S. 928 ff.).

In der Vergangenheit führten Chefarzte bzw. Oberärzte i. d. R. autoritär. Sie setzten auf die Delegation und Kontrolle der Aufgaben und ihre Aussagen sowie Entscheidungen durften nicht diskutiert werden (vgl. Gysin 2016, S. 70 ff.; Heinrich 2015). Mit den aktuellen, aus den Forderungen junger Ärzte resultierenden Veränderungen am Arbeitsplatz geht jedoch eine Veränderung der bisherigen autoritären Führung in Kliniken einher (vgl. Buerkle 2011, S. 506; Hucklenbroich 2012).

1.1.3 Stand der Literatur mit Fokus auf das Gesundheitswesen

Die Ergebnisse der Studien im medizinischen Bereich zeigen auf, dass Ärzte der jüngeren Generation Hierarchien ablehnen, besonders viel Wert auf Work-Life-Balance legen und selbstbewusst auftreten (vgl. Bruchhäuser et al. 2016, S. 83 ff.). Außerdem sind für sie Fort- und Weiterbildungen sowie das Betriebsklima von besonderer Bedeutung (vgl. Buxel 2013, S. 494 ff.). Nach der Facharztprüfung streben 46 Prozent der Assistenzärzte eine Anstellung in einer Klinik an (vgl. Hartmannbund 2012, S. 39). Die Ergebnisse der durch den Hartmannbund durchgeführten Studie dokumentieren ferner, dass junge Ärzte im Fall von Familiengründung eine Teilzeiteinstellung favorisieren (vgl. Maibach-Nagel 2017, S. 39). Kasch et al. stellen in ihren Untersuchungen darüber hinaus fest, dass die Generation junger Ärzte leistungsbereit ist und die Priorität auf den inhaltlichen Aspekt bzw. den Sinn der täglichen Arbeit setzt. Sie wollen strukturierte, abwechslungsreiche und anspruchsvolle Tätigkeiten ausüben. Des Weiteren formulieren sie als Erwartung an die Führungskräfte, dass ihre geleistete Arbeit wertgeschätzt wird, sie regelmäßig gelobt und anerkannt werden sowie mit ihnen kollegial zusammengearbeitet wird. Bzgl. Führung favorisieren sie den partizipativen Führungsstil und die Kompetenzen der Führungskraft in der Teamführung (vgl. Kasch et al. 2015, S. 1876 ff.).

Schmidt et al. konstatieren in ihrer Studie, dass mit den gesellschaftlichen Entwicklungen ein Wertewandel einhergeht (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 517). In dieser Hinsicht fordern junge Ärzte geregelte Arbeitszeiten und eine kontinuierliche Begleitung. Diese sollte ihrer Vorstellung nach mit einer als Coach agierenden Führungskraft, d. h. einem erfahrenen Arzt, der ihnen regelmäßig Feedback gibt, stattfinden. Sie wollen mit ihren Vorgesetzten auf Augenhöhe kommunizieren und in Entscheidungsprozesse einbezogen werden, jedoch zeigen sie sich zögerlich, wenn es um die Übernahme von Verantwortung geht (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 520; Hucklenbroich 2012).

Darüber hinaus stellen Schmidt et al. in ihren Untersuchungen dar, dass sich die Zahl der unbesetzten Arztstellen in Krankenhäusern zwischen 2007 und 2009 verdreifacht hat (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 517). Der Wettbewerb unter Kliniken sowie zwischen Kliniken und Praxen verschärft sich in letzter Zeit zunehmend. Fachkräfte sind begehrt und aus diesem Grund können sie aus mehreren Angeboten wählen und ihren Arbeitsplatz nach eigener persönlicher Prioritätensetzung bzw. nach Präferenzen auswählen (vgl. ebd. S. 520). Schmidt et al. weisen des Weiteren darauf hin, dass junge Ärzte zwar intensiv elektronische Medien nutzen, dennoch weisen sie Defizite in der Kommunikation mit Menschen auf (vgl. Schmidt 2013, S. 48 ff.) und dadurch ihr Umgang mit Kollegen und Patienten beeinträchtigt wird (vgl. Bendix 2015). Diese führen wiederum zu Problemen in ihrem Arbeitsverhalten, weil sie in der Teamarbeit überfordert sind bzw. ihre Handlungsfähigkeit in Krisensituationen mit Patienten eingeschränkt wird (vgl. Sutcliffe et al. 2004, S. 186).

Ihre Forderungen stoßen dennoch des Öfteren mit den Erwartungen ihrer älteren Kollegen und Vorgesetzten zusammen, wodurch ein Konflikt entsteht, der das Betriebsklima negativ beeinflusst (vgl. Groos 2016, S. 62). Des Weiteren wird diskutiert, dass junge Ärzte keine Autorität akzeptieren (vgl. Hucklenbroich 2012). Dem Aspekt der Feminisierung des ärztlichen Berufs wird ebenfalls eine besondere Signifikanz zugeordnet (vgl. Hibbeler / Korzilius 2008, S. 610; hil / aertzblatt.de 2014), da 2015 60 Prozent der Ärzte weiblich waren (n = 54.638) (vgl. Destatis 2016). In diesem Zusammenhang ist zu vermerken, dass die Karriereplanung bzw. der berufliche und private Lebensweg einer Frau wegen der Geburt von Kindern anders als der eines Mannes abläuft (vgl. Hibbeler / Korzilius 2008, S. 609 ff.). Dies führt auf der einen Seite zu erhöhten Kosten für den Arbeitgeber und erfordert auf der anderen Seite neue Strukturen bzgl. der Arbeitszeitgestaltung auch in Kliniken (vgl. Toth / Bitsch 2014b, S. 1196).

In der Gesamtbetrachtung stellen die Ansprüche junger Ärzte, die mit den im klinischen Bereich etablierten hierarchischen Führungs- sowie Arbeitsstrukturen kollidieren, und der damit einhergehende Generationenkonflikt das Gesundheitswesen vor neue Herausforderungen (vgl. Schmidt 2012, S. 2). Dennoch sind Kliniken auf die Forderungen und Wünsche der jungen Ärztegeneration aufgrund der Besonderheit der 24-Stunden-Patientenversorgung und der daraus resultierenden Arbeitsorganisation in der Form der Dienstplanung kaum vorbereitet (vgl. Ankowitsch, 2014, S. 488). Angesichts der Forderungen junger Ärzte stellt Schmidt darüber hinaus fest, dass in der hierarchischen Klinik- und Krankenhauslandschaft in Deutschland ein Paradigmenwechsel stattfinden sollte, um auf

diese Forderungen Lösungen für die Zukunft erarbeiten zu können (vgl. Schmidt / Moller et al., 2011, S. 523). Die sich ergebenden Schwierigkeiten, auch auf der Führungsebene, sollen demzufolge systematisch angegangen werden, damit eine funktionierende Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann (vgl. ebd.).

1.2 Zielsetzung

1.2.1 Identifizierte Problemstellung

Die Versorgung von Patienten auf einer Station muss rund um die Uhr gewährleistet sein. In der Diensteinteilung junger Assistenzärzte in den ambulanten sowie stationären Bereichen in Kliniken kann es dennoch nicht garantiert werden, dass die Arbeitszeit pünktlich um 17 Uhr bzw. 9 Uhr morgens (nach dem Nachdienst), endet (vgl. Buxel 2009, S. 1799; Schürmann 2014, S. 3 f.). Zudem fordert die jüngere Generation familienfreundliche Arbeitszeiten (vgl. Hucklenbroich 2013). In diesem Zusammenhang ging im stationären Sektor die Zahl der geleisteten Wochenstunden bis 2013 bereits auf 29,8 zurück (vgl. Bundesärztekammer 2015). Die Forderungen bzgl. der Arbeitszeitgestaltung haben zur Folge, dass während der Elternzeit oder der Arbeitszeitreduzierung andere Kollegen die Aufgaben übernehmen müssen. Eine befristete Einstellung von einem weiteren Assistenzarzt für diese Zeiträume ist jedoch einerseits wegen des vorhandenen Kennzahlensystems, andererseits des in der Facharztweiterbildung zu absolvierenden Curriculums unrealistisch, weil die dafür benötigte organisatorische Flexibilität fehlt (vgl. Buxel 2009, S. 1793). Des Weiteren führt eine eventuelle Teilzeitbeschäftigung zur Verlängerung der Ausbildungszeit zum Facharzt (vgl. Halbe 2016, S. 289 ff.). Hinzu kommt, dass die Übernahme von Wochenenddiensten durch junge Ärzte ohne Kinder ebenfalls zu Konflikten führen kann, weil sie auch viel Wert auf Freizeit legen und eine Work-Life-Balance bzw. die Vereinbarkeit vom Privatleben und Beruf bevorzugen (vgl. Schmidt / Möller / Windeck 2013, S. 930). Wegen der Dienstplanorganisation entstehende Konfliktsituationen gehören somit mittlerweile zum Alltag in Kliniken und wirken sich negativ auf das Arbeitsklima aus (vgl. ebd. S. 933).

Junge Ärzte formulieren ihre Wünsche bzw. Forderungen, was die eigene Fort- und Weiterbildung angeht, ebenfalls direkt und selbstbewusst (vgl. Korzilius 2013, S. 421). Das kann zu weiteren Konflikten und Kommunikationsprobleme untereinander und mit den direkten Führungskräften führen (vgl. Schmidt / Möller / Windeck 2013, S. 932).

Ihre Forderung nach regelmäßigem Feedback und stetiger Begleitung durch den Vorgesetzten gilt jedoch als unreal, da Führungskräfte wegen der Teilnahme an Tumorboards, Qualitätszirkelsitzungen, Besprechungen oder Lehrtätigkeiten überlastet sind (vgl. Schaller / Baller 2015, S. 31 f.). Demzufolge steigt die Unzufriedenheit junger Ärzte, die psychische Belastungen auslösen und evtl. zur Erkrankung führen kann (vgl. ER / aerzteblatt.de 2016; Römer 2014).

Die Diskrepanz zwischen den Erwartungen junger Ärzte an den Arbeitgeber und den Handlungsmöglichkeiten der direkten Führungskräfte sowie die daraus resultierenden Konflikte mit älteren Ärzten sind somit im Klinikalltag weitgehend präsent (vgl. Schmidt / Möller / Windeck 2013, S. 928).

1.2.2. Fragestellungen

Die erhobenen Daten aus der Literatur legen den Schluss nahe, dass die Veränderung der etablierten Führungsstrukturen in Kliniken infolge der Anforderungen junger Ärzte vorgenommen werden sollte, um genügend ärztliches Personal für die Patientenversorgung sichern zu können. Außerdem wird durch die mediale Diskussion angedeutet, dass die existierenden organisatorischen Strukturen in Kliniken an die Ansprüche der jüngeren Generation der Ärzte angepasst werden sollten, um jungen Ärzten einen attraktiven Arbeitsplatz bieten und sie langfristig an den Arbeitgeber binden sowie behalten zu können.

Vor diesem Hintergrund besteht das Ziel dieser Arbeit zum einen darin, die Einstellung, die Wahrnehmung sowie die Vorstellungen von Ärzten unterschiedlicher Generationen angesichts der Führung und der Arbeit im klinischen Setting zu untersuchen und in dieser Hinsicht Problempunkte zu identifizieren sowie die Resultate anschließend mit denen in der Literatur zu vergleichen. Zum anderen sollen die Fragen beantwortet werden, wie die entdeckten Probleme gelöst bzw. wie die Führung unter den bestehenden Gegebenheiten zukunftsorientiert verbessert werden könnten.

1.3 Aufbau der Arbeit

In der Einleitung werden zum einen die Ausgangssituation, die Hintergründe und die aktuelle Situation erläutert. Zum zweiten werden der Stand der Literatur, die Zielsetzung sowie die Fragestellungen aufgezeigt. Darauf folgen im Theorieteil die Erklärung der Definitionen und die wissenschaftstheoretische Einbettung mit Begründung. Der Methodenteil umfasst die Schilderung des Forschungsgegenstandes und des Forschungsdesigns sowie die Darstellung der Forschungs- und Untersuchungsplanung. Nachfolgend werden neben den Ergebnissen der Untersuchung die Abbildung der charakteristischen Merkmale junger Ärzte sowie die Gegenüberstellung in Hinsicht auf die älteren Generationen beschrieben. Die Erörterung der Implikationen für den Arbeitgeber schließt die Ergebnisse ab. In der Diskussion werden erstens Handlungsoptionen, zweitens weitere Anschlussmöglichkeiten im Kontext des Umgangs mit der Generationendiversität und drittens die kritische Betrachtung thematisiert. Im Schlussteil der Arbeit wird neben einem Fazit für die Praxis ein Ausblick aufgezeigt.

2 Theoretische Grundlagen

Auf Grund der in der Literatur diskutierten Erkenntnisse und Daten wird im Kontext der Führungsaspekte erstens die Kategorie der betroffenen Generationen näher betrachtet. Zweitens werden im Hinblick auf den identifizierten Generationenkonflikt die Kategorien des Diversity Managements und des Coachings thematisiert. Drittens wird die Problematik aus dem Blickwinkel des Leadership-Ansatzes und der Transformationalen Führung beleuchtet, die als potenzielle Lösungsansätze im Klinikalltag herangezogen werden könnten. Unter Zuhilfenahme dieser Kodierungen wird das Thema der Führung mit Fokussierung auf die Fragestellungen untersucht.

2.1 Definitionen

2.1.1 Baby Boomer - Generation X - Generation Y

Generationen lassen sich voneinander nicht streng nach Jahreszahlen abgrenzen, d. h. innerhalb einer Generation kann es zur Integrationsvarianz kommen (vgl. Haderlein 2015). Für alle Generationen gilt im Allgemeinen, dass Kindheits-erlebnisse die Sozialisation bzw. die Weltanschauung beeinflussen (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang tragen die durch die Persönlichkeitsentwicklung entstehenden Menschenbilder dazu bei, das menschliche Verhalten und Handeln sowie die Interaktionen zwischen Individuen besser zu verstehen und zu systematisieren.

Baby Boomer

Zu der Generation der Baby Boomer gehören diejenigen Gesellschaftsmitglieder, die nach dem Zweiten Weltkrieg geboren sind. Diese Phase zwischen ca. 1946 - 1964 (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 518) ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass viele Kinder auf die Welt kamen (vgl. Hurrelmann / Albrecht 2014, S. 21). Die Mitglieder dieser Generation wuchsen in stabilen familiären Verhältnissen auf und in dieser Zeit wurden für sie Kindergärten, Spielplätze und Horte geschaffen. Sie profitierten außerdem vom Ausbau des Bildungssystems, infolge dessen konnten sie selbstbewusst ins Berufsleben starten (vgl. Oertel 2014, S. 31 ff.). Die Sozialisation dieser Generation erfolgte in den 1970er-Jahren, die et al. durch die Internationalisierung, die Entstehung des Ostblocks sowie den Kalten Krieg geprägt wurden. Hervorzuheben ist, dass die mit der Ölkrise einhergehenden ökonomischen Konsequenzen und das ins Stottern geratene Wirt-

schaftswunder einerseits eine beginnende Arbeitslosigkeit auslösten, andererseits ermöglichte der wachsende Wohlstand den Aufbau des Sozialstaates (vgl. ebd.).

Im Hinblick auf das Führungsverständnis gilt für die Baby Boomer ein kooperativer Führungsstil, im Rahmen dessen Mitarbeiter durch Zielvereinbarungsgespräche und Entwicklungsmöglichkeiten motiviert werden können (vgl. Wohlrab 2014).

Generation X

Die Mitglieder der Generation X wurden zwischen 1965 und 1980 geboren (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 518). Sie wuchsen überwiegend im Wohlstand auf und konnten aus umfangreichen Ausbildungsmöglichkeiten wählen. Dennoch wurden sie teilweise mit wachsender Arbeitslosigkeit konfrontiert. Ihr Leben und Weltverständnis wurden durch den Fall der Berliner Mauer sowie das Ende des Kalten Krieges geprägt. Sie stiegen Mitte der 1980er-, Anfang der 1990er-Jahre ins Berufsleben ein (vgl. Klaffke 2014, S. 12). Die Mitglieder der Generation X werden in der Literatur dadurch charakterisiert, dass sie die Arbeit als zentralen Lebensinhalt ansehen, dennoch achten sie auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Berufs- und Privatleben (vgl. Reif 2015). Des Weiteren betrachtet die Generation X die Arbeit als Mittel zum Zweck, um ein finanziell gesichertes Leben führen zu können (vgl. Haderlein 2015). Sie arbeiten selbstständig, sind kompetent und zuverlässig. Ferner definieren sie die Selbstentfaltung als Priorität (vgl. Oertel 2014, S. 37). Bzgl. Führung setzen sie auf Lebensanreize, Entwicklungsmöglichkeiten und Karriereperspektiven (vgl. Wohlrab 2014).

Generation Y

Zur Generation Y gehören diejenigen, die in der Zeit von 1981 bis ca. 1999 geboren wurden (vgl. Reif 2015). Sie sind Wunschkinder und wurden zum Teil von sog. Helikopter-Eltern erzogen. Das bedeutet, dass sie behütet, unter Kontrolle sowie kontinuierlicher Förderung und Lob durch ihre Eltern aufwuchsen (vgl. Orlandi 2016). Sie sind in der Regel ausgesprochen gut ausgebildet und haben teilweise internationale Erfahrung. Ihre Sozialisation wurde überwiegend durch den Terroranschlag am 11. September 2001 und den darauf folgenden Krieg im Nahen Osten, die Finanzkrise 2007/2008 und die Digitalisierung geprägt. Hinzu kamen umweltpolitische Aspekte der Erderwärmung und der Abschaffung der Atomkraft (vgl. Hurrelmann / Albrecht 2014, S. 25). Es wird des Weiteren beschrieben, dass ihr Leben durch eine Art Angst vor dem Ungewissen geprägt wird (vgl. Stokes 2010). Darüber hinaus fürchten sie den sozialen Abstieg, wenn

ihre Leistungen nicht ausreichend sind und sie keinen Job haben (vgl. Hurrelmann / Albrecht 2014, S. 24). Ihre Einstellung zur Arbeit wird durch das Motto „Work smart not hard“ geprägt (Dietz o. J.). Ferner ist anzumerken, dass sie aufgrund ihrer größtenteils digital geführten Kommunikation Probleme im Umgang mit Menschen haben (vgl. Schmidt / Möller / Windeck 2013, S. 932). Bzgl. ihres Führungsverständnisses gilt, dass sie selbstbewusst und dynamisch beim Berufseinstieg agieren und klare Forderungen an die Arbeitgeber stellen (vgl. Wohlrab 2014).

Inwiefern die Einstellung von Mitarbeitern unterschiedlicher Generationen im Klinikalltag gelenkt werden kann, hängt davon ab, ob Führungskräfte konsequent handeln bzw. welche Führungsmodelle bzw. -konzepte sie anwenden. In Anbetracht der Tatsache, dass die Generationendiversität im klinischen Setting einen differenzierten Umgang mit den Mitarbeitern erfordert, bietet sich die Anwendung von Führungsmaßnahmen an, die einerseits die Altersheterogenität und andererseits eine individuelle Herangehensweise im Fokus haben.

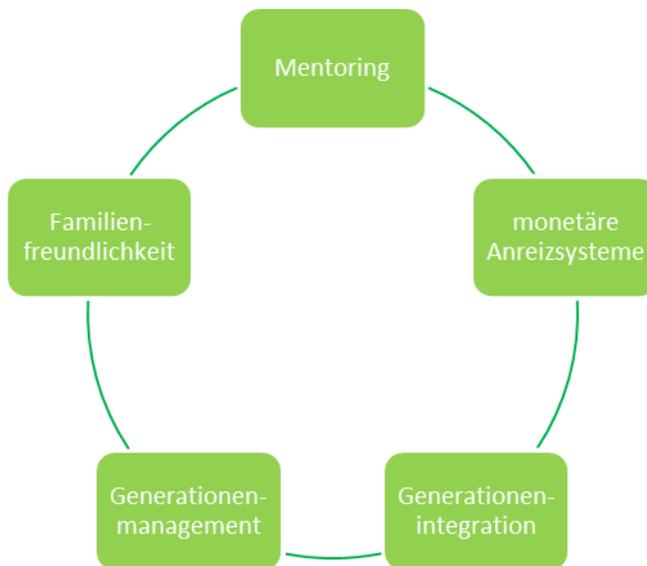
2.1.2 Diversity Management und Coaching

Diversity Management

Im Rahmen des Diversity Managements werden im Kern Maßnahmen ergriffen, um die Vielfalt der Arbeitnehmer in eine Gleichstellung zu bringen (vgl. Rump / Zapp 2016, S. 156). Die Vielfalt in einer Organisation bzw. Klinik ergibt sich et al. durch unterschiedliche Altersgruppen, Geschlechter, Nationalitäten, Kulturen und die daraus resultierenden Lebenssituationen (vgl. ebd., S. 157). Diversity Management bildet somit einen notwendigen Teil der Unternehmenskultur (vgl. Simon 2006, S. 250). Hierbei erfordert die Vielfalt ein Umdenken, indem der Fokus vom Ich auf das Wir gesetzt wird (vgl. ebd., S. 251). Als Resultat reduziert sich die Komplexität bzw. die Toleranz wird erhöht. In diesem Zusammenhang lassen sich Diversität und Komplexität nicht voneinander trennen, weil mit der Steigerung der Diversität die Komplexität mitwächst. Hierbei ist Diversity Management jedoch das Mittel zur Komplexitätsbewältigung (vgl. Kinne 2016, S. 3). Generell ist bemerkenswert, dass durch Diversity Management bessere Chancen für die Organisation im Wettbewerb entstehen (vgl. Simon 2006, S. 249).

Die am klinischen Arbeitsplatz zum Alltag gewordene Heterogenität erfordert einen differenzierten Umgang mit dem Personal. Diversity Management setzt an diesem Punkt an und zielt darauf ab, die Ängste und die Unsicherheit im Fall von Andersartigkeit zu beseitigen (vgl. Kinne 2016, S. 1). Überdies verstecken sich in der Vielfalt immaterielle Ressourcen wie z. B. Wissen, die ebenfalls als Chance benutzt werden können. Die Erzeugung von Synergieeffekten führt hierbei zu kreativen Problemlösungen (vgl. Rump / Zapp 2016, S. 157). Des Weiteren wird die Innovation als Stärke von sog. diversen Teams betrachtet (vgl. ebd.). Relevante Handlungsfelder im Diversity Management werden in Abbildung 2 aufgezeigt.

Abbildung 2: Charakteristische Elemente des Diversity Managements



Quelle: In Anlehnung an Rothe, 2015, S. 71

Um Fortschritte erzielen zu können, werden im Rahmen des Diversity Managements die Kompetenzen der Führungskraft durch die Integration von Steuerungs-, Kooperations-, Lern- und Führungsprozessen ergänzt (vgl. Kinne 2016, S. 3).

Coaching

Für die individuelle Begleitung und Förderung wird von der jüngeren Generation der Ärzte das Coaching gefordert (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 520). Witt-Bartsch definiert Coaching als eine Methode, mit der Mitarbeiter am individuellsten und nachhaltigsten geführt und weiterentwickelt werden können (vgl. Witt-Bartsch / Becker 2010, S. 11). Im Allgemeinen bedeutet Coaching einen Beratungsprozess, im Rahmen dessen eine Beratung durch den Coach für eine andere Person, den Coachee, stattfindet (vgl. Blicke 2011, S. 291). Coaching wird prozess- bzw. personenorientiert durchgeführt. Der Erfolg der in Sitzungen stattfindenden Beratung hängt davon ab, ob der Coachee, d. h. der Leistungsempfänger im Prozess, mitwirkt oder nicht. Im Prozess wird der Coachee dahingehend unterstützt, dass er seine Selbstmanagementfähigkeiten entfalten, seine sozialen Kompetenzen verbessern, neue Umgangsformen mit Rollenanforderungen erlernen sowie sich auf neue Aufgaben vorbereiten kann (vgl. ebd., S. 292). Im Coaching wird die Erreichung langfristiger Ziele angesteuert. Hierbei kommt der Selbstreflexion bzw. Selbsterkenntnis und der Selbstwahrnehmung eine erhebliche Rolle zu (vgl. ebd.). Coaching als Personalentwicklungsmaßnahme findet i. d. R. parallel mit dem Arbeiten statt (vgl. Berthel / Becker 2013, S. 499) und zielt ab auf die Entwicklung der langfristigen Anpassungsfähigkeit bzw. das Optimieren des Selbstbildes (vgl. ebd., S. 498).

2.1.3 Leadership und Transformationale Führung

Leadership

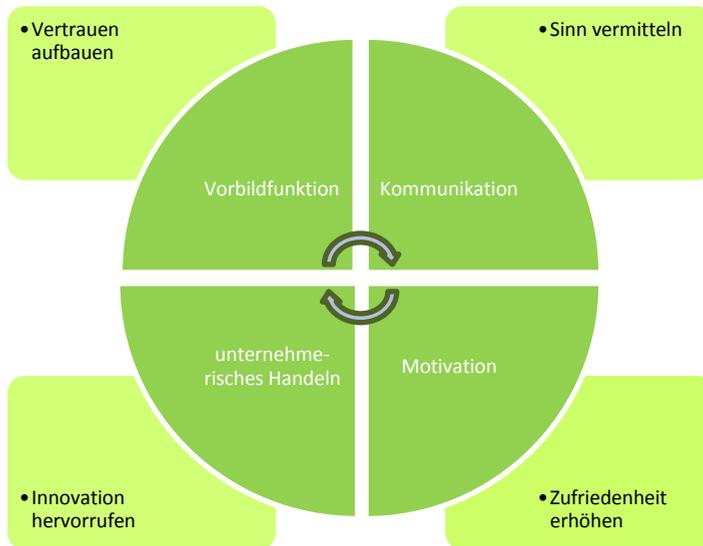
Nach Kotter bedeutet Leadership die Fähigkeit einer Führungskraft bzw. eines Leaders, seine Geführten durch Visionen zu motivieren und dadurch Kreativität, Sinn und Wandel in der Organisation zu schaffen (vgl. Hegele-Raih 2004). Der Begriff wird i. d. R. vom Management dadurch abgegrenzt, dass Management für die Organisation, Planung und Kontrolle von Abläufen steht (vgl. Hinterhuber / Krauthammer 2005, S. 15 ff.). Dementsprechend liegt Management im Gegensatz zu Leadership eher der Verwaltung nahe. Im Leadership dagegen bilden Visionen und die Vorbildfunktion des Vorgesetzten den zentralen Bestandteil. Hierbei geht es um neue Möglichkeiten, das Arbeiten am System, die Förderung von Mitarbeitern und die Einstellung des Dienens (vgl. ebd.). Ein Leader bereitet das Kommende vor und führt Veränderungen durch Wünsche langfristig herbei, daher wird Leadership ein revolutionärer Charakter beigemessen (vgl. ebd.,

S. 21). Hierzu werden seitens des Leaders et al. strategisches Denken, Talentmanagement und eine Fokussierung an Menschen, Inspiration, die Akzeptanz von Fehlern sowie Selbstreflexion vorausgesetzt (vgl. Lücker 2015).

Transformationale Führung

Im Rahmen des von Bass weiterentwickelten Ansatzes der Transformationalen Führung wird das Verhalten verändert (vgl. Bass 1990, S. 19 ff.; Pelz 2016, S. 94). Hierbei steht die Vorbildfunktion einer Führungskraft im Vordergrund. Im Führungsprozess baut die Führungskraft Vertrauen auf, fordert die Angestellten heraus und übermittelt Sinn. Sie setzt auf die Förderung der Kreativität der Mitarbeiter sowie des Teamgeistes. Das Agieren der Führungskraft bewirkt bei den Nachgesetzten persönliches Wachstum, mehr Leistung, Kreativität, intrinsische Motivation und größere Arbeitszufriedenheit (vgl. Braun et al. 2013, S. 278; Pelz 2016, S. 96). Die Vorbildfunktion wird mit der Stimulation und der Herausforderung der Mitarbeiter, einer fairen Kommunikation, Kompetenzentwicklung und unternehmerischem Handeln ergänzt. Des Weiteren erzeugt die Führungskraft Loyalität, Lernbereitschaft, Teamgeist, Selbstdisziplin und Verantwortung bei den Mitarbeitern (vgl. Pelz 2016, S. 97). Um diese Effekte erreichen zu können, braucht die Führungskraft unterschiedliche Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Förderung, Unterstützung und Coaching, Zielsetzung, Innovation und Umsetzungsstärke (vgl. ebd., S. 99). Durch Transformationale Führung kann die Führungskraft erreichen, dass die Mitarbeiter sich höhere Ziele setzen und bei ihrem Handeln das Interesse der Organisation in den Mittelpunkt rückt (vgl. Lehmann-Willenbrock et al. 2015, S. 1018). Wesentliche Funktionen und Effekte der Transformationalen Führung zeigt Abbildung 3 auf.

Abbildung 3: Relevante Funktionen und Effekte der Transformationalen Führung



Quelle: In Anlehnung an Pelz, W., Transformationale Führung, 2016, S. 94 ff.

Das Vertrauen und die Teameffektivität erhöhen sich ebenfalls durch Transformationale Führung (vgl. Mossop 2013, S. 17). Es ist darüber hinaus auf die Fähigkeit der Führungskraft zurückzuführen, wenn sie die Besonderheiten ihrer Mitarbeiter berücksichtigt und sie individuell fördert. Hierbei sollte sie jedoch demokratisch bzw. gerecht handeln (vgl. Armutat et al. 2016, S. 45). Für die Führungskraft selbst ist es unerlässlich, dass sie die Werte der Organisation vorlebt. Außerdem sollte sie bereit sein, ihr eigenes Handeln zu analysieren, zu hinterfragen und dadurch eventuelle Zielkonflikte oder die eigenen Fehler zu thematisieren (vgl. ebd., S. 46). Im Führungsprozess werden die Elemente des eigenen Charismas, die Inspiration und die intellektuelle Stimulierung der Mitarbeiter sowie die sog. individualisierte Fürsorge hervorgehoben (vgl. ebd., S. 45). Transformational agierende Führungskräfte zeichnen sich ferner durch ihr konsequentes Handeln und Benehmen aus (vgl. Mossop 2013, S. 19). Generell wird außerdem beschrieben, dass die Transformationale Führung zum Verstehen sowohl der individuellen als auch der organisationalen Effektivität beiträgt (vgl. Tse / Chiu 2014, S. 2827).

2.2 Wissenschaftstheoretische Einbettung mit Begründung

Im Rahmen der Führungstheorieforschung konnte bisher keine allgemeingültige Führungstheorie entwickelt werden (vgl. Berthel / Becker 2013, S. 185). Darüber hinaus existiert in der Literatur keine einheitliche Definition von Führung.

Im Allgemeinen setzt sich der Führungsprozess aus mehreren Faktoren zusammen wie z. B. die Strukturen, das Verhalten von Führungskräften und Nachgeordneten sowie die Konsequenzen der Führung (vgl. ebd.). Die Vielfalt dieser Variablen erhöht die Komplexität des Führungsgeschehens und somit stellt Führung einen komplexen sozialen Prozess dar. In dieser Hinsicht ergibt sich die Gemeinsamkeit der Theorien dahingehend, dass Führung mit der Einflussnahme auf andere Individuen verbunden ist (vgl. Werther 2014, S. 5). Führungstheorien sowie die Führungsforschung können aus diesen Gründen lediglich Empfehlungen bzgl. der Führungsprozesse vorlegen (vgl. Berthel / Becker 2013, S. 185).

In der Führungsforschung wird in letzter Zeit der Fokus der Untersuchungen auf die persönlichen Merkmale, die Prozesse und / oder die Situation gesetzt (vgl. Werther 2014, S. 7). In der Entwicklung der Theorien wird aufgezeigt, dass Führung auf Interaktion basiert, die eine Wechselwirkung zwischen der Führungskraft und dem Geführten voraussetzt (vgl. ebd., S. 8). In dieser Hinsicht wird die Forschung zunehmend auf die Untersuchung der Einbeziehung von Mitarbeitern, des Führungskontextes und der unternehmerischen Rahmenbedingungen ausgerichtet (vgl. ebd.).

Aufgrund der Komplexität von Führungsprozessen werden in der Führungstheorieforschung oft Modelle bzw. Konzepte herangezogen (vgl. Berthel / Becker 2013, S. 185). Hierzu können auch der Leadership-Ansatz und die Transformationale Führung zugeordnet werden. Beide Ansätze inkludieren die Determinanten der Führungstheorien wie die persönlichen Merkmale der Teilnehmer im Führungsprozess, das Verhalten der Beteiligten, die situativen Faktoren, die institutionellen Rahmenbedingungen sowie die Ziele und / oder die Auswirkungen der Führung (vgl. Hinterhuber / Krauthammer 2005, S. 20 ff.). Sowohl der Leadership-Ansatz als auch die Transformationale Führung betrachten das Führungsgeschehen ganzheitlich und geben Orientierung. Interaktion sowie Kommunikation bilden hierbei zentrale Bestandteile, um Mitarbeiter effizient und effektiv in Richtung Zielerreichung bewegen zu können. Sie haben zum Ziel, die Komplexität des Führungsprozesses durch Handlungsempfehlungen zu reduzieren, damit die gesetzten Ziele erfolgreich erreicht werden können (vgl. Berthel / Becker 2013, S. 218).

In den letzten Jahren werden neuere Konzepte der Führung et al. im Rahmen der New-Work-Bewegung (vgl. Hackl et al. 2016, S. 19 ff.) und des Agilen Human Resources Managements diskutiert (vgl. Armutat et al. 2016, S. 44 ff.). In beiden Konzepten wird das Neudenken der Führungs-, Arbeits- und Organisationsstrukturen angeregt sowie Problempunkte und Handlungsoptionen mit Einbeziehung der Elemente der Transformationalen Führung aufgezeigt (vgl. ebd.).

In Bezug auf den hierarchischen Aufbau von Kliniken und die hohe Diversität von Generationen, Nationalitäten und Berufsgruppen in der Medizin kann bei der theoretischen Betrachtung jedoch festgestellt werden, dass im Gesundheitswesen auf Grund der Hierarchie eine differenzierte Auseinandersetzung hinsichtlich der Verwendung von Führungsmodellen bzw. Führungsansätzen erforderlich ist.

3 Methoden

3.1 Detailbeschreibung des Forschungsgegenstandes

3.1.1 Vorstellung des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München

Das Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (= LMU KUM) ist der zweitgrößte Klinikumskomplex in Deutschland (vgl. Assistenzarzt 2016). Es ist von einem historisch gewachsenen hierarchischen Aufbau geprägt, in dem die der Ärztlichen Direktion zugeordneten medizinischen Einrichtungen durch die Pflege- sowie Kaufmännische Direktion komplettiert werden. Der gesellschaftliche Auftrag des Universitätsklinikums umfasst die Tätigkeiten in Forschung, Lehre und Krankenversorgung (vgl. BayUniKlinG 2006). 2015 beschäftigte das Klinikum insgesamt 9.729 Menschen, davon 1586 Ärzte, und somit gilt es als einer der größten Arbeitgeber im Ballungsgebiet München (vgl. Medizinische Fakultät der LMU München 2016, S. 96).

Das Leitbild des Klinikums richtet sich nach dem Motto „Wir machen Medizin“ und definiert ein verantwortungsbewusstes und zielorientiertes Vorgehen in Forschung, Lehre und Patientenversorgung. Der Schwerpunkt Mitarbeiter rundet das Leitbild ab. Das Klinikum will hierbei mit allen seinen Mitarbeitern respektvoll umgehen, auf Transparenz und Kommunikation im täglichen Miteinander setzen und einen besonderen Schwerpunkt auf die fachliche Expertise und die individuelle Entwicklung einzelner Mitarbeiter legen. Hierbei wird das eigenverantwortliche Handeln des Individuums erwartet und in den Vordergrund gesetzt (vgl. Klinikum der Universität München, Leitbild).

Für die unmittelbare Führung der Mitarbeiter in den einzelnen organisatorischen Einheiten sind die jeweiligen Klinikdirektoren sowie die Leiter der Institute und interdisziplinären Zentren zuständig. Jedoch werden die Beschäftigten des Klinikums zentral durch die der Kaufmännischen Direktion zugeordnete Abteilung Personalangelegenheiten verwaltet bzw. betreut. Durch diese Dualität ergeben sich im Alltag jedoch Diskrepanzen hinsichtlich des Personalmanagements.

3.1.2 Tätigkeitsfelder der Abteilung Personalangelegenheiten

An die Abteilung Personalangelegenheiten angegliedert stehen für die Beschäftigten des Klinikums die Schwerbehindertenvertretung, die Betriebliche Sozialberatung und das Konfliktmanagement, das Betriebliche Gesundheits- und Sozialmanagement sowie die Gleichstellungsbeauftragten zur Verfügung (vgl. ebd.). Für die Fort- und Weiterbildung ist die organisatorische Einheit Personalentwicklung am KUM (= PEKUM) zuständig (vgl. ebd.).

Um mit den arbeitsmarktrelevanten gesellschaftlichen Entwicklungen Schritt halten zu können, wurden in den letzten Jahren zentrale Maßnahmen initiiert. Mit diesen Maßnahmen werden Elemente des Employer Brandings aufgegriffen, um die Arbeitgeberattraktivität und -freundlichkeit in den Vordergrund zu stellen. Zu diesen Maßnahmen gehören neben dem seit Jahrzehnten laufenden Personalverkauf in der Apotheke die Etablierung einer Plattform für den Mitarbeiter als Patient, eines Businesslunches, eines jährlich stattfindenden Kindermitbringtages sowie der Abschluss von Kooperationsverträgen mit externen Kinderbetreuungseinrichtungen.

Die Abteilung Personalangelegenheiten steht für die Personalleiter, d. h. die Klinikdirektoren, insbesondere im Fall von allgemeinen Fragestellungen bzgl. Personalverwaltung zur Verfügung.

3.1.3 Führungskapazitäten von Klinikdirektoren und leitenden Ärzten bzw. Oberärzten

Klinikdirektoren

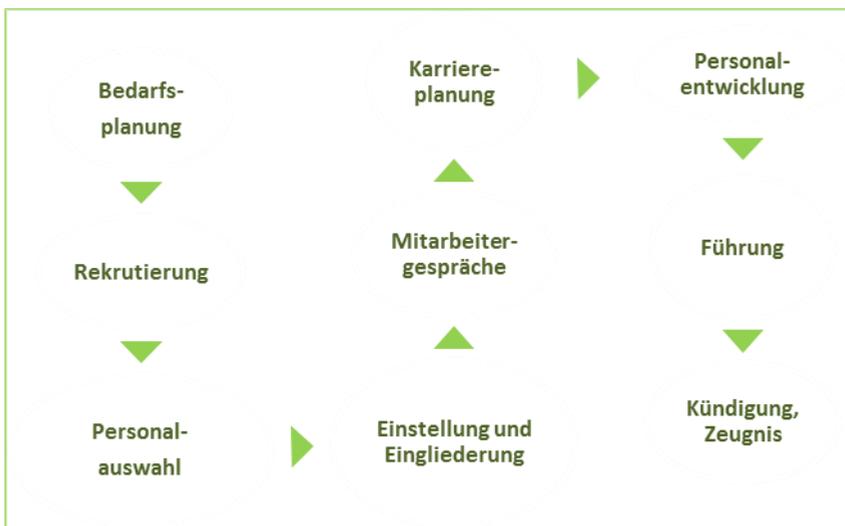
Der Klinikdirektor agiert als oberste Führungskraft einer klinischen Einheit. Er soll hierbei den klinischen Ablauf, das Vorantreiben der Forschungstätigkeiten sowie die Erfüllung der Lehraufgaben sichern (vgl. Weßling 2014, S. 500). Neben seinen Tätigkeiten als Ordinarius der Medizinischen Fakultät (vgl. LMU 2016) arbeitet der Klinikdirektor unmittelbar mit dem Vorstand des Klinikums zusammen. Als Experte seines Faches ist er des Weiteren Mitglied verschiedener bundesweiten Gremien, in denen über Behandlungskonzepte und / oder Forschungsförderungen sowie gesundheitspolitische Fragestellungen entschieden wird. Ein Klinikdirektor hat darüber hinaus eigene Patientensprechstunden und nimmt somit an der Patientenversorgung teil (vgl. Komorowski 2016, S. 61).

Im Hinblick auf das Personal sollen Klinikdirektoren mit begrenzten Personalressourcen extern vorgegebene betriebswirtschaftliche Ziele erreichen. Des Weiteren trägt der Klinikdirektor die Verantwortung für das gesamte Personalmanagement (vgl. Stargardt / Tiemann 2013, S. 336 f.). Diese Tätigkeiten erfordern die Aneignung von Managementkompetenzen (vgl. Schindler 2014, S. 14 f.).

Im Umgang mit den Angestellten wird den Führungs- und Kommunikationskompetenzen des Klinikdirektors eine große Bedeutung beigemessen (vgl. Mayerhofer / Janas 2014, S. 32 ff.), da diese Faktoren das Betriebsklima beeinflussen und sich ebenfalls auf die Unternehmenskultur auswirken (vgl. ebd.).

Sämtliche Aufgabenbereiche im Personalmanagement werden in Abbildung 4 skizziert.

Abbildung 4: Wesentliche Handlungsfelder im Personalmanagement



Quelle: In Anlehnung an Stargardt und Tiemann, Personalmanagement im Gesundheitswesen 2013, S. 336 ff.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Führungskapazitäten eines Klinikdirektors zeitlich begrenzt sind. Aufgrund dieser begrenzten zeitlichen Ressourcen ist er auf die Unterstützung von leitenden Ärzten bzw. Oberärzten angewiesen, die als direkte Führungskräfte für die Assistenzärzte und das restliche Klinikpersonal agieren (vgl. Schaller / Baller 2015, S. 31 ff.).

Leitende Ärzte bzw. Oberärzte

Leitende Ärzte bzw. Oberärzte einer Klinik sind in enger Absprache mit dem jeweiligen Klinikdirektor für die Planung der operativen und normativen Klinikabläufe zuständig. Aufgrund ihrer fachlichen Kompetenzen sind sie ferner einerseits für die Ausbildung angehender Ärzte, andererseits für die Entscheidungen in der Patientenversorgung verantwortlich (vgl. Littmann 2017). Als direkte Führungskräfte sind sie des Weiteren Ansprechpartner fürs Personal in fachlichen und persönlichen Anliegen (vgl. Schubert 2016, S. 60). Sie beschäftigen sich darüber hinaus mit der Koordination und Durchführung von wissenschaftlichen und klinischen Forschungsprojekten und Studien. Des Weiteren sind sie teilweise für die Vertretung des jeweiligen Klinikdirektors befugt (vgl. Schaller / Baller 2015, S. 31). Ihren Kommunikationskompetenzen kommt ebenfalls eine besondere Bedeutung zu, wenn es um die Motivation der Mitarbeiter oder die Beseitigung eines Konflikts im Team oder zwischen Berufsgruppen geht (vgl. Mayerhofer / Janas 2014, S. 33).

3.2 Beschreibung des Forschungsdesigns

Die vorliegende empirische Arbeit wurde nach den Maßstäben der Kombination des qualitativen und quantitativen Forschungsdesigns verfasst. Die Datenerhebung erfolgte einerseits mittels eines teilstandardisierten Fragebogens, andererseits durch Literaturrecherche (vgl. Mayring 2015, S. 10). Die Ergebnisse wurden mit Informationen aus der Literatur trianguliert. Die Veranschaulichung der Haltung bzw. Gesinnung bzgl. Führung und Arbeit in Kliniken erfolgte im betrieblichen Setting.

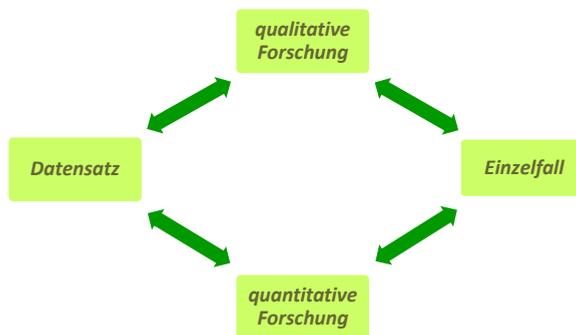
Die Kombination des qualitativen und quantitativen Forschungsdesigns, die sog. Mixed Methods (vgl. Flick 2011, S. 76), wurde aus dem Grund gewählt, weil auf der einen Seite der qualitative Ansatz der Aufdeckung der relevanten Einzelfaktoren und der Zusammenhänge zwischen diesen Faktoren dient (vgl. Mayring 2015, S. 21). Auf der anderen Seite wird im Rahmen des quantitativen Ansatzes die Zuhilfenahme der Stichprobenbefragung ermöglicht.

Des Weiteren sollen im Forschungsprozess die quantitativ erhobenen Daten an den Forschungsgegenstand zurückgeführt und interpretiert werden, was wiederum einen qualitativen explorativen Schritt darstellt (vgl. ebd., S. 22). In dieser Hinsicht plädieren Li und Earnest ebenfalls für die Notwendigkeit der Kombination der qualitativen und quantitativen Methoden, weil die Integration der beiden Methoden detailliertere Ergebnisse und neuere Erkenntnisse hervorbringen kann

(vgl. Li / Earnest 2015, S. 30 ff.). Flick betont darüber hinaus, dass die Stärken beider Methoden insbesondere durch den Ansatz der Triangulation hervorzuheben sind, wobei die Triangulation „...als ein Weg zu umfassenderen Erkenntnissen verstanden werden“ soll (Flick 2005, S. 95).

Abbildung 5 stellt die Kombination der qualitativen und quantitativen Methode schematisch dar.

Abbildung 5: Schematische Darstellung der Mixed Methods



Quelle: In Anlehnung an Flick, Triangulation [...], 2005, S. 95

Ferner stellt Mayring in seinem kombinierten Ablaufmodell dar, dass die beiden Ansätze voneinander nicht klar zu trennen sind und durch ihre Kombination sowohl in Hinsicht auf Transparenz und methodische Stringenz als auch die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse Gewinne erzielt werden können (vgl. Mayring 2001).

Von den in der Literatur bzw. am Vorverständnis basierenden Besonderheiten ausgehend, wurde in der Arbeit induktiv vorgegangen. Die Einzelfallstudie bzw. die Stichprobenerhebung umfasste die Befragung der ärztlichen Mitarbeiter von insgesamt drei Kliniken im Klinikum der Universität München.

3.3 Darstellung der Forschungs- und Untersuchungsplanung

3.3.1 Projektphasen, teilstandardisierter Fragebogen, Erhebungsablauf

Phasen des empirischen Projekts

Die Gliederung des Projekts erfolgte in eine Vorbereitungsphase, in der die Literaturrecherche, die Entwicklung des teilstandardisierten Fragebogens und der Pretest stattfanden. Darauf folgte die Durchführungsphase, in der die Online-Umfrage geschaltet und aktiv war. Abgeschlossen wurde das Projekt mit der Nachbearbeitungsphase, in der die Befragung kodiert sowie ausgewertet wurde.

Vorbereitungsphase

Die Literaturbeschaffung bzw. -recherche wurde zuerst mittels Internet durchgeführt. Die Internetrecherche erfolgte im OPAC und der elektronischen Zeitschriftendatenbank der Universitätsbibliothek der LMU nach den Stichworten Generation Y, Generationenkonflikt, Medizin, Klinik und Führung. Im nächsten Schritt wurde mit der Suchmaschine Google recherchiert. Abschließend wurde nach denselben Suchworten auf Englisch eine Recherche im PubMed durchgeführt. Im nächsten Schritt wurden die Internetquellen mit dem Erwerb und Ausleihen von Büchern ergänzt. Die Entwicklung des Fragebogens wurde an die in der Literatur gefundenen einschlägigen Hinweise bzgl. Formalitäten orientiert (vgl. Ebster / Stalzer 2013, S. 192 ff.). Hierbei wurde besonders darauf geachtet, dass die Fragen konkret beantwortet werden können und ebenfalls Möglichkeiten für eigene Vorschläge gelassen werden. Bei der inhaltlichen Gestaltung wurde der Fokus auf die Fragestellungen gesetzt. Nach Fertigstellung des Fragebogens erfolgte die Durchführung eines Pretests mit einem 30-jährigen Privatdozenten, der die Umfrage im Hinblick auf die Gewährleistung der Anonymität und die Fragebogen-Dramaturgie sowie die Fragen hinsichtlich der Verständlichkeit kontrollierte (vgl. ebd., S. 196).

Durchführungsphase

Die Durchführung einer Online-Umfrage mithilfe eines Online-Anbieters wurde aus dem Grund gewählt, weil dadurch Kosten und Zeit erspart werden konnten. Der volle Zugang zum Online-Anbieter ergab sich durch eine im Rahmen des Beschäftigungsverhältnisses kostenlos erworbene Lizenz. Die Zeitersparnis durch die Online-Befragung lag darin, dass keine persönliche Befragung erforderlich war. Hinzu kam, dass die schnelle Beantwortung der Fragen durch diese Datenerhebungsmethode ebenfalls möglich wurde. Neben der formalen Gestal-

tung des Fragebogens wurden die erhobenen Daten durch den Anbieter automatisiert zusammengefasst und für die Auswertung vorbereitet. Übertragungsfehler konnten somit ausgeschlossen werden. Die Verwendung des Online-Fragebogens schloss bei der Beantwortung der Fragen ebenfalls eine evtl. Beeinflussung durch Andere aus.

Nachbearbeitungsphase

In der Nachbearbeitungsphase wurden die Ergebnisse der Online-Umfrage für die Auswertung elektronisch gespeichert. Somit lagen die Daten in elektronischer Form vor, daher war eine Transkription nicht erforderlich. Die Aufbereitung der Daten wurde auf die Kodierung fokussiert und erfolgte deskriptiv. Die Auswertung der Antworten basierte auf Kodierungen und erfolgte mit den Techniken der zusammenfassenden sowie quantitativen Inhaltsanalyse. Relevante Aspekte des Forschungsthemas konnten mit den durch die Online-Befragung angebotenen Möglichkeiten beleuchtet bzw. Schlussfolgerungen in Bezug auf die Fragestellungen erzielt werden. Vergleiche bzgl. der Ergebnisse wurden ebenfalls ermöglicht.

Beschreibung des teilstandardisierten Fragebogens

Zur Durchführung der einmaligen Erhebung wurde ein anonymisierter teilstandardisierter Fragebogen mit 55 Seiten erarbeitet. Davon enthielten drei Seiten persönliche Ansprachen an die Probanden. Auf Seite 1 wurden die Probanden begrüßt und um ihre Teilnahme gebeten. An dieser Stelle wurde des Weiteren auf die Anonymität der Umfrage hingewiesen. Auf Seite 28 wurde die Erreichung der Hälfte der Umfrage signalisiert und abschließend auf Seite 55 erfolgte eine Danksagung. Somit wurden im Rahmen der Befragung insgesamt 52 einfache differenzierte Fragen gestellt.

Nach der Erhebung demographischer Daten folgten Fragen bzgl. des Verhältnisses zum direkten Vorgesetzten. Darauf folgend wurde auf die Themen eigene Erwartungen bzw. Ansprüche sowie Wahrnehmung und Kommunikation mit der direkten Führungskraft eingegangen. Als Nächstes wurden Fragen bzgl. Arbeitspensum und Privatleben gestellt. Die Umfrage wurde mit Fragen über die eigene Führungsverantwortung sowie Vorschläge für Veränderungen in Universitätskliniken fortgeführt. Abschließend wurde auf das Thema der idealen Führungskraft eingegangen. Einzelne Fragen zur Motivation, Transparenz, Ziele der eigenen Klinik, Werte, Selbstreflexion und Transformationalen Führung gestalteten die Reihenfolge zwangsloser. Bzgl. der Reihenfolge der Fragen wurde mit Absicht auf eine strenge Sortierung nach Themen verzichtet. Dies erfolgte aus dem

Grund, weil der Proband im durchgeführten Pretest darauf hinwies, dass die jüngere Generation eine länger andauernde Thematisierung eines Themas eher ablehnen würde. Er machte ferner darauf aufmerksam, dass die Verwendung des Begriffs Generation Y im Fragebogen als sensibel empfunden werden könnte. Demzufolge wurde in der Umfrage auf die Benennung bzw. Benutzung dieses Begriffs verzichtet.

Die Fragen schlossen sowohl offene als auch geschlossene Fragen ein. Die offenen Fragen zielten auf die Exploration eigener Meinungen und Vorschläge ab. Die geschlossenen Fragen bezogen sich zuerst auf demographische Daten. Bei weiteren geschlossenen Fragen wurden Antwortmöglichkeiten mit Mehrfachauswahl vorgegeben, um dadurch die Streuung der Antworten limitieren zu können. Nichtsdestotrotz wurde bei diesen Hybridfragen Raum für individuelle Antworten gelassen. Des Weiteren wurden dichotome Fragen zu den Themen Kontakt und Verhältnis zum direkten Vorgesetzten, Kommunikation und Transformationale Führung gestellt. Die Frage zur eigenen Führungsverantwortung wurde als Filterfrage gestaltet, um dadurch die Antworten der Probanden ohne bzw. mit Führungsverantwortung selektieren und die Einstellung der Probanden detaillierter abbilden zu können.

Erhebungsablauf

Nach der Erarbeitung des teilstandardisierten Fragebogens wurde Rücksprache mit den jeweiligen Klinikdirektoren gehalten. Dieser Schritt erfolgte in kurzen Telefonaten bzw. persönlichen Besprechungen. Zunächst wurde der Fragebogen an die Klinikdirektoren mit der Bitte um Überprüfung bzw. Genehmigung per E-Mail geschickt. Nach Durchsicht des Fragebogens sicherten alle drei Klinikdirektoren ihre Unterstützung zu. Zum Teilnehmerkreis gehörten die ärztlichen Mitarbeiter folgender Kliniken: Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, Klinik für Nuklearmedizin und Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie der LMU. Die Kliniken wurden als potenzielle Teilnehmer der Umfrage aus dem Grund gewählt, weil sie in der täglichen Patientenversorgung mit der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie eng zusammenarbeiten. Darauf folgend wurde die Online-Befragung aktiviert. Der Link zur Umfrage wurde im nächsten Schritt per E-Mail an die Klinikdirektoren geschickt. Die Weiterleitung der E-Mail mit dem Link an den identifizierten Teilnehmerkreis erfolgte durch den jeweiligen Klinikdirektor, um dadurch eine höhere Teilnehmerquote erzielen zu können. Der Fragebogen wurde insgesamt an 122 Probanden zugeschickt. Im Laufe des Befragungszeitraumes, der insgesamt 40 Tage betrug, erfolgten in einem Abstand von jeweils 15 Tagen zwei elektronische Erinnerungen an die Probanden.

3.3.2 Analyseverfahren

Die qualitative Analyse der Ergebnisse wurde mithilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse durchgeführt. In diesem Rahmen erfolgten zuerst die Festlegung des Forschungsgegenstandes sowie die Formulierung der Forschungsfragen. Im nächsten Schritt wurde das Material selektiert und Kodierungen wurden festgelegt. Nach Durchsicht des Materials wurden die Kodierungen subsumiert bzw. revidiert und / oder neu definiert. Mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse konnte abschließend der Inhalt des ermittelten Datenmaterials neu analysiert und im Kontext interpretiert bzw. ausgewertet werden (vgl. Reinmann 2017a).

Im Rahmen der quantitativen Analyse wurde die Zuordnung der erhobenen Daten zu den Kodierungen durchgeführt. Die einzelnen Kategorien wurden gezählt und nach den Vorgaben der quantitativen Inhaltsanalyse deskriptiv ausgewertet (vgl. Ebster / Stalzer 2013, S. 205 ff.).

Durch die Kombination beider Analyseverfahren wurde eine Zusammenfassung bzw. Explikation des Forschungsthemas auf empirischer Basis ermöglicht.

3.3.3 Gewährleistung der Gütekriterien

Gütekriterien für die qualitative Analyse der Arbeit

Durch die Dokumentation der verwendeten Methoden, des Analyseinstrumentariums sowie der Ergebnisse wurde das Kriterium der Verfahrensdokumentation erfüllt. In Hinsicht auf die Geltungsbegründung wurde die Interpretation der Ergebnisse argumentativ abgesichert. Die festgelegten einzelnen Analyseschritte wurden systematisch und stufenweise bearbeitet, somit wurde die Regelgeleitetheit eingehalten. Das Forschungsthema setzte im beruflichen Alltag an, demzufolge war die Nähe zum Forschungsgegenstand gegeben. Durch die Widerspiegelung der Ergebnisse an die Probanden wurde die kommunikative Validierung sichergestellt. Der Vergleich verschiedener Datenquellen – primäre Datenerhebung, Stand der Literatur und Vorverständnis – kombinierte die Analyseschritte, wodurch das Kriterium der Triangulation erfüllt wurde (vgl. Ebster / Stalzer 2013, S. 162 f.; Reinmann 2017b).

Gütekriterien für die quantitative Analyse der Arbeit

Im Hinblick auf die Objektivität der Umfrage gilt, dass die Verwendung der Online-Befragung die Beeinflussung der Probanden bei der Beantwortung der Fragen ausschloss, daher konnte eine Falsifizierung vermieden werden. Die Reliabilität der Messung wurde durch den Pretest geprüft. Bzgl. der Validität wurde untersucht, ob die gestellten Fragen beantwortet wurden sowie die Ergebnisse sich auf den Problembereich bezogen (vgl. Ebermann 2010; Ebster / Stalzer 2013, S. 157 ff.).

4 Ergebnisse

4.1 Erhebungsergebnisse

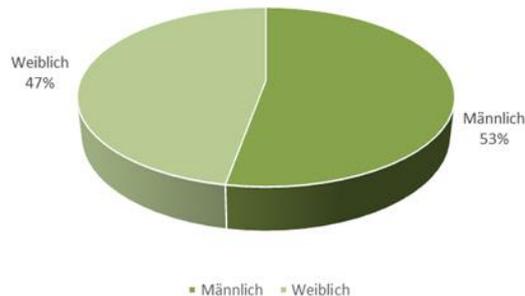
4.1.1 Aufbereitung der Daten

Die elektronisch erhobenen Daten wurden von dem Online-Anbieter in der Form einer Microsoft Excel-Datei zur Verfügung gestellt. Hierzu wurden ebenfalls graphische Darstellungen bereitgestellt. Dennoch wurde bei erster Durchsicht der mitgelieferten Ergebnisse festgestellt, dass die Auswertung bzw. die Diagramme für die Beantwortung der Forschungsfragen lediglich teilweise geeignet waren, da die Daten nicht nach Altersgruppen sortiert wurden. Demzufolge sollten sie neu sortiert bzw. gefiltert werden, um die geplante Analyse vollständig durchführen bzw. das Ziel der Arbeit erreichen zu können. Aus diesem Grund wurden die Daten im Programm Microsoft Excel erneut sortiert und aufbereitet. Nach der Filterung nach Altersgruppen konnten sie in den weiteren Analyseschritten quantitativ ausgewertet werden, d. h. Häufigkeits- und Valenzanalysen wurden durchgeführt. Die Durchführung weiterer Analysen wie z. B. eine Intensitäts- oder Korrelationsanalyse war aufgrund der kleinen Datenmenge nicht möglich ($n = 70$). Nach den quantitativen Analyseschritten wurden die Ergebnisse in ihrem Kontext im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse interpretiert bzw. trianguliert.

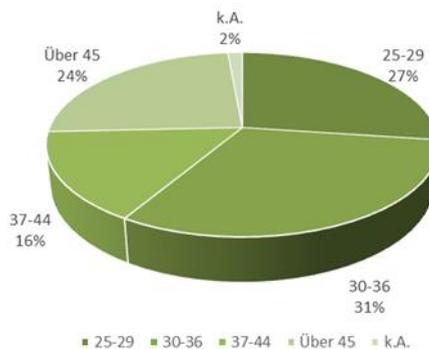
4.1.2 Deskriptive Auswertung

Von den adressierten 122 Personen nahmen an der Online-Befragung insgesamt 70 Probanden teil. Dies entspricht einer Teilnehmerquote von 57,4 Prozent. Es wurden alle Fragebögen ausgewertet, unabhängig davon, ob ihn der Proband bis zu Ende ausgefüllt, Fragen evtl. unbeantwortet gelassen oder die Umfrage abgebrochen hat ($n = 16$).

Abbildung 6 zeigt die Zusammensetzung der Teilnehmer nach Geschlecht auf und Abbildung 7 stellt die Altersstruktur der Befragten dar.

Abbildung 6: Aufteilung der Befragten nach Geschlecht (n = 70)

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 7: Altersstruktur der Umfrageteilnehmer (n = 69)

Quelle: Eigene Darstellung

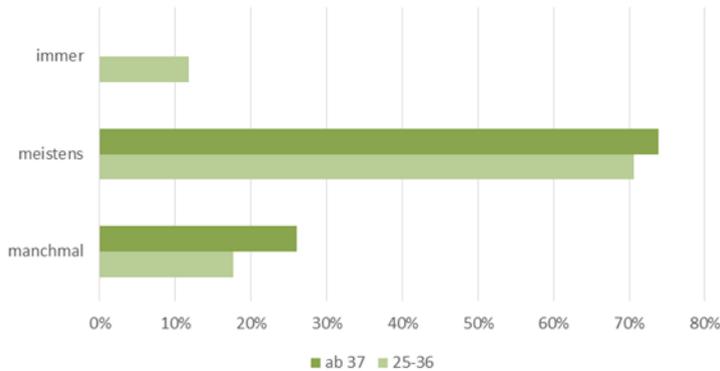
Alle Befragten geben an, dass sie ihren direkten Vorgesetzten kennen (n = 69). 84 Prozent der Probanden zwischen 25 und 36 Jahren und 68 Prozent der über 37-Jährigen kennen diejenigen Führungskräfte in ihren Kliniken, die für die medizinischen Entscheidungen verantwortlich sind (n = 57). Die Führungskräfte, die für die Personalorganisation, Einstellungen und Personalplanung verantwortlich sind, kennen ebenfalls 81 Prozent der jüngeren und 62 Prozent der älteren Umfrageteilnehmer (n = 53). Die Führungskräfte, die sich um Strukturentwicklung und Planung sowie Strategie kümmern, sind 57 Prozent bzw. 49 Prozent der Teilnehmer (n = 65) bekannt. Drei Personen geben an, keine der zuständigen Führungskräfte zu kennen (4,6 Prozent).

Bzgl. der Ziele der eigenen Klinik sind die strategischen Ziele im wissenschaftlichen Bereich am meisten bekannt, nämlich für 24 jüngere bzw. 29 ältere Probanden ($n = 53$); darauf folgen die strategischen Ziele bzgl. der klinischen Ausrichtung, die jeweils 22 jüngeren bzw. 14 älteren Personen bekannt sind ($n = 36$). Im Vergleich dazu sind die betriebswirtschaftlichen Zahlenwerte 14 jüngeren bzw. 9 älteren Probanden und die Medizinstrategie 10 jüngeren bzw. 4 älteren Teilnehmern bekannt. 9 Probanden geben an (14,5 Prozent), dass sie die benannten Ziele nicht kennen würden.

Die Probanden der Altersgruppe über 37 Jahren können sich mit ihrem direkten Vorgesetzten über die klinische Arbeit wöchentlich oder täglich austauschen (je 42 Prozent). 38 Prozent der Teilnehmer der jüngeren Generation der Ärzte geben an, dass sie sich mehrmals täglich und 32 Prozent von ihnen täglich mit dem direkten Vorgesetzten austauschen können. 63 Prozent der jüngeren ($n = 35$) und 73 Prozent der älteren Probanden ($n = 26$) können sich direkt an den Klinikdirektor wenden, wenn sie mit den klinischen Aufgaben Probleme haben. 46 Prozent der Befragten über 37 Jahren und 31 Prozent zwischen 25 und 36 Jahren haben eine wöchentliche Möglichkeit mit dem Klinikdirektor über klinische Fragestellungen zu sprechen. 31 Prozent der jüngeren Teilnehmer geben diesbezüglich an, dass sie gar keine Möglichkeit haben, mit dem Klinikdirektor zu reden bzw. 16 Prozent von ihnen kann im Rahmen des jährlichen Mitarbeitergesprächs mit ihm sprechen.

Auf die Frage, ob sie sich gut geführt fühlen, antworteten 63 Prozent der jüngeren und 48 Prozent der älteren Befragten mit Ja. 37 Prozent der jüngeren und 52 Prozent der älteren Generation antworteten auf diese Frage mit Nein. 39 Prozent der Teilnehmer über 37 Jahren und 30 Prozent der zwischen 25- und 36-Jährigen erhalten wöchentlich Feedback vom direkten Vorgesetzten. 3 Prozent der jüngeren Teilnehmer gibt an, dass sie mehrmals täglich Feedback erhalten. 17 Prozent der jüngeren bzw. 26 Prozent der älteren Befragten geben an, dass sie gar kein Feedback bekommen. Bzgl. der klinischen Tätigkeit können 85 Prozent der jüngeren und 62 Prozent der älteren Befragten zwischendurch ihren direkten Vorgesetzten Fragen stellen. 45 Prozent der jüngeren bzw. 19 Prozent der Probanden über 37 Jahren haben dazu Gelegenheit in den Mittags- bzw. Frühbesprechungen. 24 Prozent der älteren Befragten geben diesbezüglich an, dass sie sich in anderer Form mit ihrem direkten Vorgesetzten austauschen können. Ob die Befragten mit den Antworten ihrer Vorgesetzten zufrieden sind, stellt Abbildung 8 dar.

Abbildung 8: Zufriedenheit mit den erhaltenen Antworten (n = 57)



Quelle: Eigene Darstellung

Auf die Frage, ob der direkte Vorgesetzte ein offenes Ohr hätte, antworteten 88 Prozent der jüngeren und 83 Prozent der älteren Befragten mit Ja. 12 Prozent der Teilnehmer zwischen 25 und 36 Jahren und 17 Prozent der über 37-Jährigen antworten diesbezüglich mit Nein. Wegen persönlicher Anliegen können jederzeit 71 Prozent der jüngeren und 57 Prozent der älteren Befragten mit ihren direkten Vorgesetzten sprechen. Nach Terminvereinbarung ist es für 39 Prozent der Teilnehmer über 37 Jahren und für 21 Prozent der zwischen 25- und 36-Jährigen möglich.

Über Arbeits- und organisatorische Inhalte werden 53 Prozent der Teilnehmer zwischen 25 und 36 Jahren und 52 Prozent der über 37-Jährigen meistens ausreichend aufgeklärt. 18 Prozent der jüngeren und 39 Prozent der älteren Befragten meinen, dass sie manchmal ausreichend aufgeklärt werden. 24 Prozent der Probanden zwischen 25 und 36 Jahren und 9 Prozent der über 37-Jährigen geben an, immer ausreichend aufgeklärt worden zu sein und 6 Prozent der jüngeren Generation sind der Meinung, dass sie nie ausreichend aufgeklärt werden. Ob die Teilnehmer sich zu arbeitsrelevanten Entscheidungen äußern können, haben 47 Prozent der Befragten zwischen 25 und 36 Jahren und 48 Prozent der Älteren mit meistens beantwortet. 30 Prozent der Befragten über 37 Jahren und 9 Prozent der zwischen 25 und 36 Jahren können sich diesbezüglich manchmal äußern sowie 38 Prozent der Probanden zwischen 25 und 36 Jahren bzw. 22 Prozent der über 37-Jährigen geben an, in dieser Hinsicht immer eine Möglichkeit zu haben.

Wie die Wichtigkeit der Transparenz einzelner Aspekte von den Probanden gesehen wird, ist Abbildung 9 zu entnehmen.

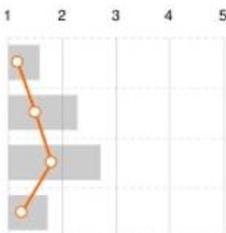
Abbildung 9: Signifikanz der Transparenz im beruflichen Alltag (n = 57)

Anzahl Teilnehmer: 57

	Sehr wichtig (1)		Wichtig (2)		Neutral (3)		Weniger wichtig (4)		Nicht wichtig (5)		Ø	±
	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Arbeitsabläufe	46x	82,14	10x	17,86	-	-	-	-	-	-	1,18	0,39
Organisatorisches, z.B. R.	35x	62,50	16x	28,57	4x	7,14	-	-	1x	1,79	1,50	0,79
Personalpolitisches, z.B....	25x	44,64	20x	35,71	9x	16,07	1x	1,79	1x	1,79	1,80	0,90
Kollegiales Umfeld	44x	77,19	12x	21,05	1x	1,75	-	-	-	-	1,25	0,47

Arithmetisches Mittel (Ø)

Standardabweichung (±)



Quelle: Eigene Darstellung

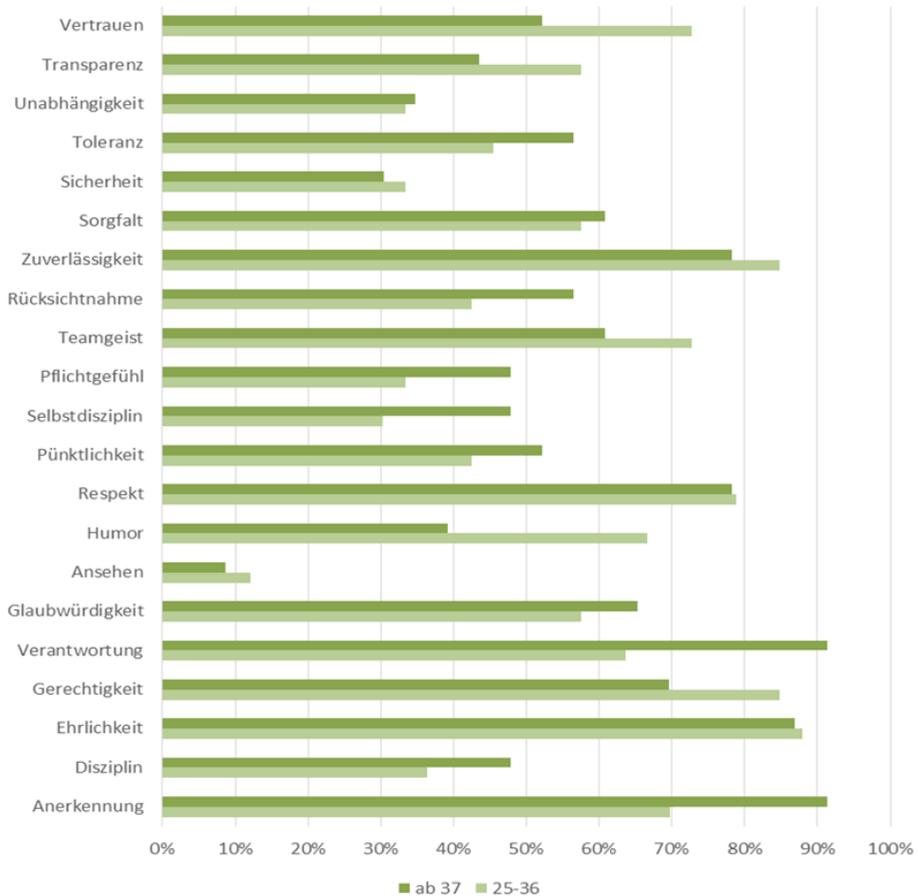
74 Prozent der Probanden zwischen 25 und 36 Jahren (n = 25) und 41 Prozent der über 37-Jährigen (n = 9) fühlen sich von ihren direkten Vorgesetzten motiviert. 9 Personen zwischen 25 und 36 Jahren (26 Prozent) und 13 Personen über 37 Jahren (59 Prozent) antworteten auf diese Frage mit Nein. Bzgl. des eigenen Motivationsgrundes geben 65 Prozent der Teilnehmer zwischen 25 und 36 Jahren und 47 Prozent der über 37-Jährigen an, dass sie intrinsisch motiviert sind; 3 Prozent der Teilnehmer zwischen 25 und 36 Jahren sagen, dass sie extrinsisch motiviert werden. 50 Prozent der jüngeren und 35 Prozent der älteren Befragten geben an, dass für sie die intrinsische und die extrinsische Motivation etwa gleich wichtig sind.

Bzgl. des Arbeitsalltags zeigen die Ergebnisse auf, dass gutes Arbeitsklima der wichtigste Faktor für beide Altersgruppen ist (86 Prozent). Die ältere Generation räumt den transparenten Arbeitsabläufen die gleiche Wichtigkeit ein. Transparente Abläufe sind für 63 Prozent der jüngeren Ärzte wichtig. Für 66 Prozent der Befragten zwischen 25 und 36 Jahren ist die Mitsprache bei Entscheidungen ein weiterer wichtiger Faktor.

Die wissenschaftliche Entwicklung (63 Prozent) und die regelmäßige Fort- und Weiterbildung (60 Prozent) werden von den Jüngeren ebenfalls für wichtig gehalten. Die Teilnahme an Kongressen oder Konferenzen während der Regelarbeitszeit ist für 57 Prozent der Jüngeren wichtig. Regelmäßiges Feedback wird von 54 Prozent der Altersgruppe zwischen 25 und 36 Jahre für wichtig gehalten. Die Ausbildung im Alltag wird von 54 Prozent und die Aufstiegsmöglichkeiten werden von 51 Prozent der jüngeren Generation als wichtig betrachtet.

Die Arbeitsplatzgestaltung spielt für 46 Prozent der Jüngeren eine Rolle und die Leistungsgerechtigkeit wird von 43 Prozent von ihnen für wichtig gehalten. 43 Prozent der jungen Befragten betrachtet die leistungsgerechte Entlohnung als wichtig. Geregelte Arbeitszeiten (34 Prozent) sowie die Wichtigkeit des Faktors über alles informiert zu sein (31 Prozent) schließen die Reihenfolge der Wertangaben.

Die Einstellung der Befragten hinsichtlich Werte wird in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 10: Werteangaben nach Altersgruppen (n = 56)

Quelle: Eigene Darstellung

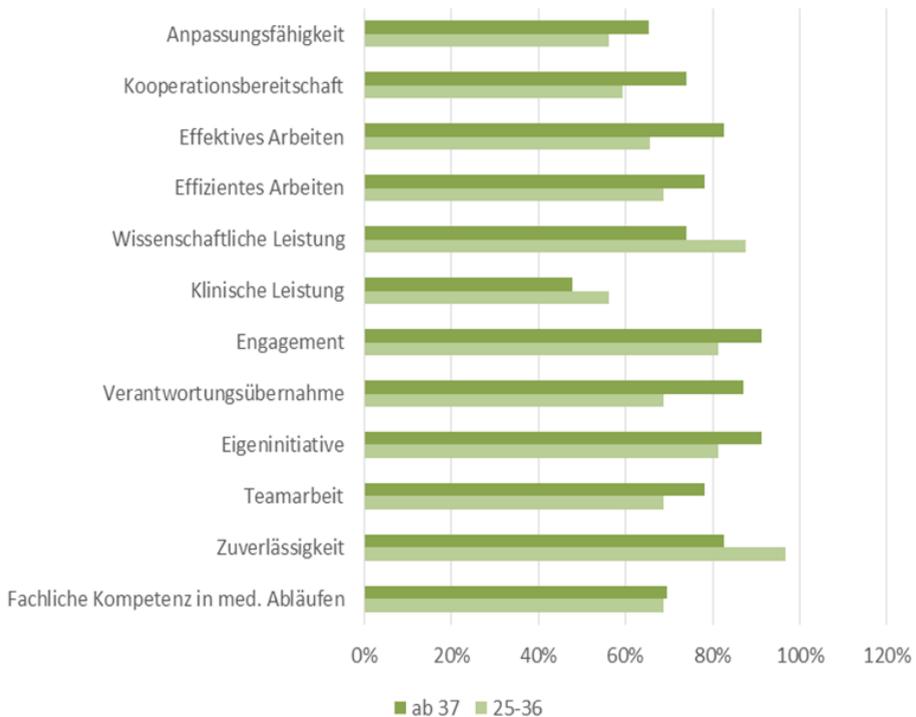
Die ältere Generation sieht die Mitsprache bei Entscheidungen als zweitwichtigsten Faktor im Arbeitsalltag an. Regelmäßiges Feedback ist für 64 Prozent und eine leistungsgerechte Entlohnung für 55 Prozent von ihnen wichtig. Regelmäßige Fort- und Weiterbildung, die Teilnahme an Kongressen oder Konferenzen in der Regalarbeitszeit und die wissenschaftliche Entwicklung sind für 50 Prozent der befragten älteren Ärzte wichtig. Aufstiegsmöglichkeiten sind für 41 Prozent und die Arbeitsplatzgestaltung sowie der Faktor über alles informiert zu sein für 36 Prozent der älteren Altersgruppe wichtig. Geregeltete Arbeitszeiten und Ausbildung sind für 18 Prozent für die Befragten über 37 Jahren wichtig.

Bzgl. der Wahrnehmung durch den direkten Vorgesetzten geben 88 Prozent der jüngeren Teilnehmer an, dass sie als offen, lernbereit (75 Prozent), ausgeglichen (69 Prozent) und kompetent (63 Prozent) wahrgenommen werden. Im Vergleich dazu glauben 78 Prozent der älteren Befragten, dass sie durch ihren Vorgesetzten als kompetent, offen und lernbereit (70 Prozent) sowie als ausgeglichen (43 Prozent) wahrgenommen werden. Hinsichtlich der Wahrnehmung durch Kollegen geben 96 Prozent der älteren und 84 Prozent der jüngeren Altersgruppe an, dass sie als hilfsbereit wahrgenommen werden. 69 Prozent der Befragten zwischen 25 und 36 und 61 Prozent der über 37-Jährigen denken, dass sie als gut gelaunt von ihren Kollegen eingeschätzt werden. Als kommunikativ schätzen sich 69 Prozent der jüngeren und 52 Prozent der älteren Generation in der Wahrnehmung durch Kollegen ein.

77 Prozent der Befragten zwischen 25 und 36 Jahren und 78 Prozent der Befragten über 37 Jahren glauben, dass sie den Erwartungen ihres Vorgesetzten meistens gerecht werden. 17 Prozent der Älteren und 8 Prozent der Jüngeren sind der Meinung, dass sie manchmal den Erwartungen gerecht werden. 15 Prozent der Teilnehmer zwischen 25 und 36 Jahren und 4 Prozent der Teilnehmer über 37 Jahren geben an, dass sie den Erwartungen ihrer Vorgesetzten immer gerecht werden.

Die Angaben der Probanden bzgl. der an sie gestellten Erwartungen in der Arbeit zeigt Abbildung 11.

Abbildung 11: Was sollen die Befragten in der Arbeit hauptsächlich leisten? (n = 55)

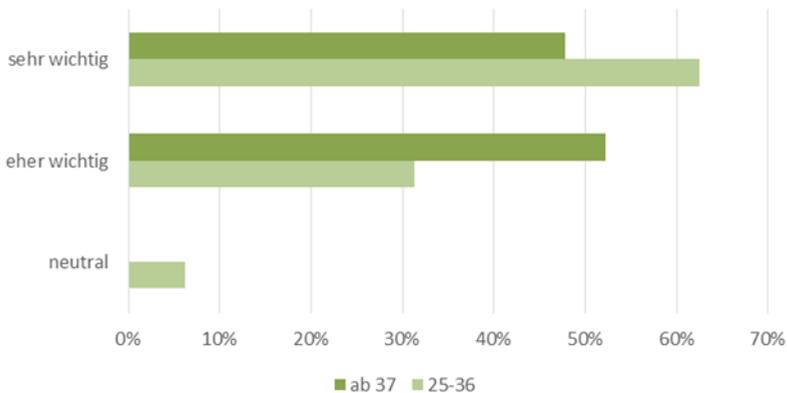


Quelle: Eigene Darstellung

Auf die Frage, was die Befragten von ihrem direkten Vorgesetzten erwarten, antworteten 81 Prozent der Jüngeren, dass sie regelmäßiges Feedback erwarten. Im Vergleich dazu erwarten 70 Prozent der über 37-Jährigen ebenfalls regelmäßiges Feedback von ihrem direkten Vorgesetzten. 85 Prozent der Älteren und 72 Prozent der Jüngeren formulieren die Erwartung, dass sie durch ihren direkten Vorgesetzten gefördert werden wollen. Etwa im gleichen Ausmaß, d. h. 45 Prozent der älteren und 44 Prozent der jüngeren Teilnehmer erwarten, dass der direkte Vorgesetzte als Mentor ständig zur Verfügung stehen sollte.

Ein hoher Anteil der Befragten sieht die Selbstreflexion als sehr wichtig an, wie es in Abbildung 12 aufgezeigt wird.

Abbildung 12: Bedeutung der Selbstreflexion (n = 55)



Quelle: Eigene Darstellung

52 Prozent der Altersgruppe zwischen 25 und 36 Jahren und 75 Prozent der Befragten über 37 Jahren gibt an, mit der Kommunikation mit den Kollegen zufrieden zu sein. Sehr zufrieden sind in dieser Hinsicht 26 Prozent der Jüngeren und 5 Prozent der Älteren. Mit der Kommunikation mit dem direkten Vorgesetzten sind 45 Prozent der jüngeren und 40 Prozent der älteren Befragten eher zufrieden. 35 Prozent der Teilnehmer zwischen 25 und 36 Jahren und 25 Prozent der über 37-Jährigen geben an, dass sie im Hinblick auf die Kommunikation mit dem Vorgesetzten sehr zufrieden sind. Im Rahmen des Studiums haben 68 Prozent der jüngeren und 80 Prozent der älteren Probanden keine Seminare zum Thema Kommunikation besucht. 32 Prozent der Altersgruppe zwischen 25 und 36 Jahren und 20 Prozent der über 37-Jährigen geben an, dass sie Seminare zur Kommunikation während des Studiums besucht haben. In Bezug auf anderweitige Weiterbildung im Bereich Kommunikation antworten 32 Prozent der jüngeren und 60 Prozent der älteren Generation mit ja. Des Weiteren geben 68 Prozent der jüngeren und 40 Prozent der älteren Ärzte an, dass sie sich anderweitig zum Thema Kommunikation nicht weitergebildet haben. Für 45 Prozent der Jüngeren und 60 Prozent der Älteren hat Kommunikation einen eher hohen Stellenwert im Berufsalltag. Jedoch geben 52 Prozent der jüngeren und 35 Prozent der älteren Teilnehmer an, dass für sie Kommunikation im Berufsalltag eher einen niedrigen Stellenwert hat.

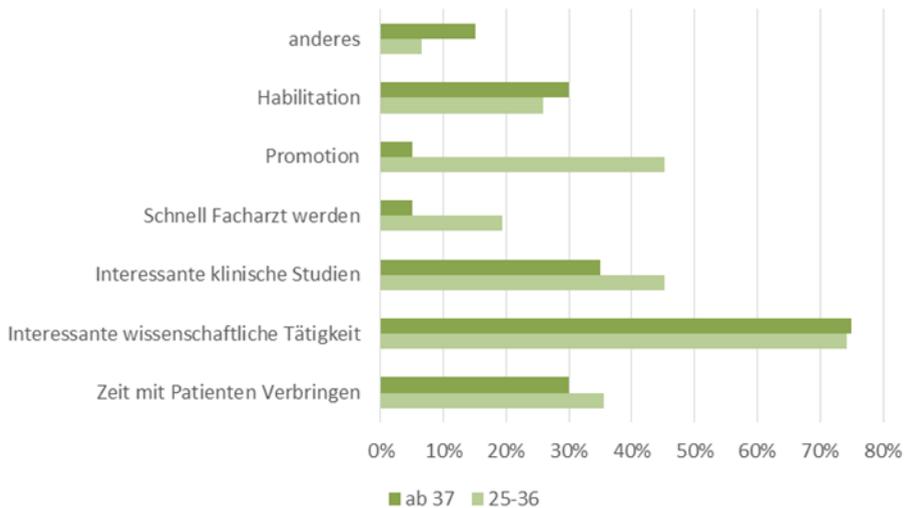
Auf die Frage, ob genug Zeit für das Privatleben neben dem Arbeitspensum vorhanden ist, antworteten 55 Prozent der Befragten zwischen 25 und 36 Jahren und 40 Prozent der über 37-Jährigen mit Ja. Im Vergleich dazu geben 60 Prozent der älteren und 45 Prozent der jüngeren Ärzte an, dass sie nicht genug Zeit für das Privatleben haben. Bzgl. Privatleben geben 95 Prozent der Älteren und 84 Prozent der Jüngeren an, dass für sie die Vereinbarkeit von Freizeit und Privatleben wichtig ist. Flexible Arbeitszeiten sind für 68 Prozent der jüngeren und 60 Prozent der älteren Befragten wichtig. Kindertagesstätten, Kindergärten sowie Kinderbetreuung und Sport- bzw. Fitnessangebote am Arbeitsplatz sind für 32 Prozent bzw. 29 Prozent der jungen Ärzte und jeweils 10 Prozent der älteren Ärzte wichtig.

Von den Befragten geben 5 jüngere und 8 ältere Ärzte an, dass sie Führungsverantwortung haben. 26 junge und 7 ältere Ärzte haben diese Frage verneint. 25 Prozent der jüngeren und 57 Prozent der älteren Teilnehmer geben an, dass sie keine Führungsposition anstreben. Als Projektleiter streben 33 Prozent der jüngeren und 29 Prozent der älteren Umfrageteilnehmer eine Führungsposition an. Eine oberärztliche Tätigkeit möchten 25 Prozent der jüngeren und 14 Prozent der älteren Befragten anstreben. Eine Chefarztposition fassen sich 4 Prozent der jüngeren Ärzte ins Auge.

Als Hauptstörfaktor in der Arbeit definieren 47 Prozent der jüngeren und 61 Prozent der älteren Ärzte die fehlende Leistungsanerkennung. Als weiterer Störfaktor wird von 40 Prozent der jüngeren und 50 Prozent der älteren Generation der Stress im Klinikbetrieb definiert. Die unangemessene Vergütung stört 23 Prozent der Jüngeren und 39 Prozent der Älteren. Unzureichende Führung als Störfaktor benennen 30 Prozent der jüngeren und 28 Prozent der älteren Befragten. Die unzureichende Zeit für Aus- und Weiterbildung stört 37 Prozent der jüngeren und 28 Prozent der älteren Altersgruppe. Das fehlende Feedback wird von 33 Prozent der jüngeren und 28 Prozent der älteren Ärzte als Störung angegeben. Überstunden stören 23 Prozent der jüngeren und 17 Prozent der älteren Teilnehmer. 28 Prozent der älteren Probanden fühlen sich durch begrenzte IT-Lösungen und den Dokumentationsaufwand gestört. In dieser Hinsicht fühlen sich 33 Prozent der jüngeren Generation durch den Dokumentationsaufwand und 23 Prozent durch fehlende IT-Lösungen gestört. Das schlechte Arbeitsklima wird von 20 Prozent der jüngeren und 11 Prozent der älteren Teilnehmer als Störfaktor aufgeführt.

Die definierten Ziele der Befragten werden in Abbildung 13 aufgezeigt.

Abbildung 13: Zielvorstellungen der Befragten (n = 52)



Quelle. Eigene Darstellung

Auf die offene Frage, was der Befragte anders machen würde als sein direkter Vorgesetzter, werden Vorschläge in Hinsicht auf die bessere Organisation, die Strukturierung des Teams und der Aufgabenverteilung, die Konfliktlösung, die Anerkennung und Förderung von Mitarbeitern, das Feedback, die Delegation und die realistischere Zeitplanung formuliert. Drei der Befragten geben an, mit der Führung ihres Vorgesetzten zufrieden zu sein und vier Personen würden nichts anders machen als ihre derzeitige direkte Führungskraft.

67 Prozent der jüngeren und 78 Prozent der älteren Probanden geben an, dass ihnen ihre bestehende Führungsverantwortung gegenüber Patienten, Pflege- und Assistenzpersonal bewusst ist. 33 Prozent der jüngeren und 22 Prozent der älteren Ärzte haben diese Frage verneint. Bzgl. eigener Führungsbereitschaft geben 63 Prozent der jüngeren und 55 Prozent der älteren Altersgruppe an, dass sie eher hoch ist. Eine sehr hohe Führungsbereitschaft geben 17 Prozent der jüngeren und 10 Prozent der älteren Befragten an. 7 Prozent der Altersgruppe zwischen 25 und 36 Jahren gibt an, dass ihre Führungsbereitschaft eher gering ausfällt.

Als Führungskraft würden die Teilnehmer (n = 18) auf folgende Aspekte besonders achten: Gerechtigkeit (n = 4), Kommunikation (n = 5), Strukturen (n = 3), Verantwortungsbewusstsein (n = 2) und Team bzw. Zusammenarbeit (n = 3). Des Weiteren werden die Aspekte Vorbildfunktion, Ehrlichkeit, Offenheit, Fordern und Fördern sowie Fairness und Motivation aufgelistet.

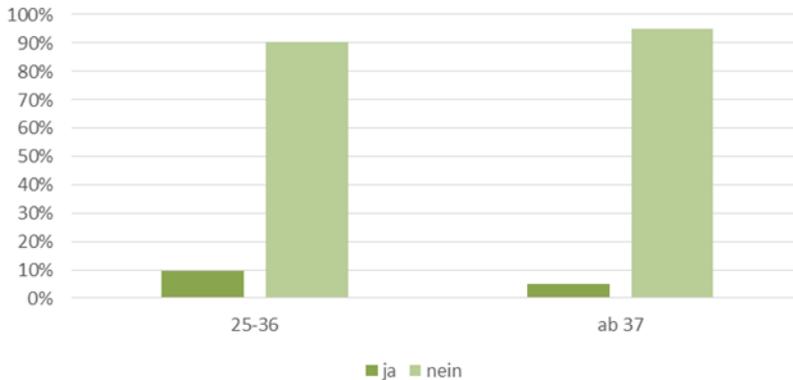
Bzgl. der Erwartungen an die Nachgesetzten führen die Führungskräfte unter den Befragten (n = 18) et al. Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Eigenverantwortung, Zuverlässigkeit, Eigeninitiative, Selbstorganisation, Selbstreflexion, Pünktlichkeit, Ordnung, Disziplin, Verantwortungsübernahme, Kommunikation, Respekt, Engagement, Pflichtbewusstsein und Kritikfähigkeit auf.

Auf die Frage, was Befragte, die bereits eine Führungsposition haben, erwarten, definieren 15,4 Prozent der Teilnehmer (n = 2) jeweils die klinische und wissenschaftliche Leistungsbereitschaft. Weitere zwei Personen (15,4 Prozent) geben an, dass sie Respekt von ihren Nachgeordneten erwarten und 53,8 Prozent der Teilnehmer (n = 7) erwarten Lernbereitschaft von ihren Nachgesetzten. Um eine gute Führungskraft zu sein, übernehmen 50 Prozent (n = 6) der Probanden in Führungsposition Verantwortung und 41,7 Prozent (n = 5) kommunizieren regelmäßig. 10 Personen (83,3 Prozent) mit Führungsverantwortung geben an, dass sie den Zeitaufwand für Termine, die mit der täglichen Arbeit nichts zu tun haben, als Belastung empfinden. Je ein Teilnehmer (8,3 Prozent) gibt außerdem die Organisation der klinischen Arbeit sowie die mangelnde Kommunikation mit der Führungsebene als Belastung an.

100 Prozent der jüngeren und 83 Prozent der älteren Befragten würden verantwortungsbewusst agieren, um eine gute Führungskraft zu sein. 40 Prozent der jüngeren und 83 Prozent der älteren Probanden würden intensiv forschen und 48 Prozent der jüngeren bzw. 50 Prozent der älteren Teilnehmer würden dafür längere Arbeitszeiten in Kauf nehmen. 4 Prozent der jüngeren und 17 Prozent der älteren Generation würde auf Familienleben bzw. Freizeit verzichten, um mehr Leistung als gute Führungskraft zu erbringen.

Ob die Umfrageteilnehmer die Transformationale Führung kennen, stellt Abbildung 14 dar.

Abbildung 14: Inwiefern ist die Transformationale Führung bekannt? (n = 55)



Quelle: Eigene Darstellung

Zum Thema „Führung in einer Universitätsklinik“ ist für 87 Prozent der jüngeren und 65 Prozent der älteren Generation die Führungskraft als Vorbild am wichtigsten. Dagegen ist für 83 Prozent der jüngeren und 75 Prozent der älteren Ärzte die gerechte Behandlung am wichtigsten. Breite Kompetenz der Führungskraft ist für 73 Prozent der jüngeren und 60 Prozent der älteren Probanden am wichtigsten. Den Abbau der hierarchischen Führungsstrukturen betrachten 30 Prozent der jüngeren und 40 Prozent der älteren Befragten als am wichtigsten. Die ständige Erreichbarkeit der Führungskraft ist für 10 Prozent der jüngeren und 5 Prozent der älteren Probanden am wichtigsten.

Bzgl. Führung im universitären Umfeld sollte nach Angaben von 58 Prozent der jüngeren und 50 Prozent der älteren Generation der hierarchische Aufbau geändert werden. Außerdem sollten Maßnahmen für die Änderung des autoritären Führungsstils ergriffen werden (50 - 50 Prozent). An der Erreichbarkeit der Führungskräfte sollte nach der Meinung von 29 Prozent der jüngeren und 22 Prozent der älteren Befragten eine Änderung vorgenommen werden.

Auf die abschließende offene Frage bzgl. der idealen Führungskraft ergibt sich eine Variation an Vorschlägen und Vorstellungen. Die Probanden in der Altersgruppe zwischen 25 und 36 Jahren geben u. a. an, dass sie sich die ideale Führungskraft als eine Person vorstellen, die fachlich kompetent und kommunikativ ist, die die Aufgaben und Verantwortlichkeiten optimal delegiert und auf vertikale

und horizontale Transparenz setzt. Die ideale Führungskraft sollte des Weiteren menschlich, freundlich, empathisch, erreichbar und hilfsbereit sein und eine Nähe zu den Mitarbeitern zeigen. Außerdem sollte sie ihre Mitarbeiter zur Selbstständigkeit fördern ohne sie zu überfordern. Ferner sollte sie gerecht handeln, die Mitarbeiter in Entscheidungen einbinden, sie loben und ihnen Handlungsfreiräume geben. Sie sollte darüber hinaus entscheidungsfähig, zuverlässig, strukturiert, erfahren und fair sein. Gutes Coaching bzw. Mentoring und die Ausbildung der Mitarbeiter sollten für sie Priorität haben und sie sollte als Vorbild für die Mitarbeiter stehen. Im Vergleich dazu wurden die Aspekte der Kommunikation, der fachlichen Kompetenz, der Vorbildfunktion, der Strukturiertheit, der Entscheidungsfähigkeit sowie der Zuverlässigkeit der idealen Führungskraft von den älteren Probanden aufgeführt. Diese wurden ferner mit der Motivation der Mitarbeiter, der eigenen Kritikfähigkeit und der klaren Zielvorgabe ergänzt.

4.1.3 Analyse, Interpretation und Reflexion ausgewählter Ergebnisse

Die Ergebnisse der eigenen Stichprobenerhebung wurden im nächsten Schritt mit den im medizinischen Bereich durchgeführten Studien beschriebenen Daten verglichen bzw. in Zusammenhang gesetzt. Hierbei ergab sich bzgl. der Altersstruktur der Befragten ein Verhältnis von 41 jüngeren zu 28 älteren Ärzten. Somit ist festzustellen, dass an der Befragung überwiegend Ärzte der jüngeren Generation teilnahmen. Der in der Literatur diskutierte Aspekt der Feminisierung trifft im Fall der eigenen Erhebung limitiert zu, da die Teilnehmer überwiegend männlich waren (53 Prozent). Dennoch ist der Anteil weiblicher Probanden als relativ hoch anzusehen (47,1 Prozent) (vgl. Hibbeler / Korzilius 2008, S. 609 ff.)

Jeder Befragte kennt seinen direkten Vorgesetzten, was die Vermutung zulässt, dass die Mitarbeiter über die Zuständigkeiten in der eigenen Klinik informiert sind und einen festen Ansprechpartner haben. Im Hinblick auf ihre klinischen Aufgaben haben die meisten Befragten täglich oder mindestens einmal die Woche die Möglichkeit, mit ihren direkten Vorgesetzten zu sprechen. Dies erfolgt vor allem zwischendurch. Außerdem zeigen die Ergebnisse auf, dass die direkten Vorgesetzten offen sind und wegen persönlicher Anliegen angesprochen werden können. Die Ergebnisse sprechen ferner dafür, dass die Mitsprache bei arbeitsrelevanten Entscheidungen in den teilnehmenden Kliniken meistens gegeben ist. Bzgl. des Feedbacks durch Vorgesetzte kann festgestellt werden, dass die meisten Probanden wöchentlich eine Rückmeldung in Zusammenhang mit der Erledigung ihrer Arbeit erhalten.

Diese Resultate lassen somit die Induktion zu, dass in den untersuchten Kliniken zum einen ausreichend Kommunikationsmöglichkeiten vorhanden sind, zum zweiten, dass in der Kommunikation keine strengen hierarchischen Vorgaben existieren und zum dritten, dass das Verhältnis der Mitarbeiter zum Vorgesetzten auf einer soliden Grundlage basiert, die die unmittelbare Kommunikation zwischen Nachgesetzten und Führungskräften ermöglicht. Trotz der Relevanz der Kommunikation im Berufsalltag ist es jedoch bemerkenswert, dass die meisten Teilnehmer in dieser Hinsicht keine Aus-/ Weiter- oder Fortbildung absolviert hatten. Das lässt die in der Literatur diskutierte Hypothese bestätigen, dass in der Kommunikation bzw. im Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen oder Patienten evtl. Probleme entstehen können (vgl. Schmidt 2013, S. 488 ff.; Bendix 2015). Hinzu kommt, dass die meisten Probanden als relevanter Störfaktor die fehlende Leistungsanerkennung identifizieren, was ebenfalls auf eventuelle Kommunikationsprobleme hindeuten kann, wenn das im Sinne von Feedback bzw. Lob verstanden wird (vgl. Kasch et al. 2015, S. 1876 ff.).

In Bezug auf die Ziele der eigenen Klinik kennen sich die Befragten am besten im klinischen sowie im wissenschaftlichen Bereich aus, dennoch haben sie begrenzte Informationen bzgl. der betriebswirtschaftlichen Ziele. Das könnte darauf zurückgeführt werden, dass betriebswirtschaftliche Vorgaben im Arbeitsalltag eher nicht thematisiert werden bzw. wenn doch, dann nur in einem bestimmten Teilnehmerkreis von Ärzten mit Führungsverantwortung.

Bzgl. der eigenen Ziele lässt sich anmerken, dass die meisten jungen Befragten interessante wissenschaftliche Tätigkeiten ausüben wollen, was evtl. auf eine Diskrepanz in Hinsicht auf die Pflicht zur Ausübung klinischer Tätigkeiten bzw. den zeitlichen Aufwand von wissenschaftlichen bzw. Forschungsaufgaben hindeuten könnte (vgl. Dorner 2014, S. 70 f.).

Im Hinblick auf geführt und motiviert zu werden zeigt die eigene Erhebung auf, dass die Probanden positiv eingestimmt sind und überwiegend Spaß an ihrer Arbeit haben. Dennoch zeigt sich auch, dass der extrinsische Faktor ebenfalls präsent ist, was darauf hindeuten kann, dass die Entlohnung der Arbeit als bedeutend betrachtet wird. In diesem Zusammenhang kann daher für sinnvoll erscheinen, explizite Untersuchungen durchzuführen, um herauszufinden, ob die Wertschätzung und das Gefühl der Zugehörigkeit evtl. intensiver und nachhaltiger motivieren könnten (vgl. Kasch et al. 2015, S. 1876 ff.).

In Hinsicht auf Werte lässt sich einerseits zusammenfassen, dass Ehrlichkeit, Respekt, Glaubwürdigkeit, Sorgfalt, Sicherheit, Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit für beide Altersgruppen etwa die gleiche Wichtigkeit haben. Des Weiteren legen sowohl junge als auch ältere Ärzte einen besonderen Wert auf das gute Arbeitsklima. Andererseits ist hervorzuheben, dass sich die jüngere Generation unter den Befragten bzgl. Werte, die mit Disziplin und Pflicht zusammenhängen, eher als zurückhaltend verhält, was evtl. auf den Wertewandel in Richtung Selbstbestimmung hindeuten könnte (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 517 f.).

In Bezug auf Arbeitspensum und Privatleben zeigen die erhobenen Daten im Vergleich zu der Literatur eine Ambivalenz auf, weil etwa zwei Drittel der Befragten der älteren Generation ihre Arbeitsbelastung höher als die jüngere Generation sie angibt, einschätzt. Dies könnte signalisieren, dass neben jüngeren Ärzten auch ältere Ärzte eine Balance zwischen Arbeit und Privatleben anstreben. Das spricht dafür, dass die Erwartung von Work-Life-Balance im Kreis der älteren Generation auch präsent ist bzw. formuliert wird (vgl. Schmidt / Möller / Windach 2013, S. 930).

Die Angaben der jüngeren Probanden in Zusammenhang mit den Erwartungen bzw. Ansprüchen an den direkten Vorgesetzten bestätigen die Angaben in der Literatur, nämlich, dass für sie ein gutes Arbeitsklima, Transparenz, Mitsprache, regelmäßiges Feedback und Weiterbildungen wichtig sind (vgl. Korzilius 2013, S. 421).

Abbildung 15 gibt einen Überblick über die Ansprüche der Befragten.

Abbildung 15: Erwartungen im Arbeitsalltag (n = 56)



Quelle: Eigene Darstellung

In Bezug auf Veränderungen im universitären Setting lässt sich zusammenfassen, dass sich die Probanden in beiden Altersgruppen Änderungen erstens bzgl. des hierarchischen Aufbaus und zweitens des autoritären Führungsstils wünschen. Diese Komponenten werden in der Literatur ebenfalls als Störfaktoren bezeichnet bzw. diskutiert sowie als Hauptaktionsfelder für die Gestaltung des Gesundheitswesens der Zukunft identifiziert (vgl. Buerkle 2011, S. 506).

4.2 Charakteristische Merkmale junger Ärzte – Gegenüberstellung in Hinsicht auf ältere Generationen

4.2.1 Arbeitsbezogene Werte

Die Ergebnisse der eigenen Erhebung bestätigen, dass junge Ärzte einen besonderen Wert auf gerechte Behandlung legen. Im Vergleich dazu ist Gerechtigkeit weniger wichtig für ältere Ärzte. Ähnlich bilden sich die Angaben der jüngeren Probanden hinsichtlich des Vertrauens ab, da dieser Faktor für sie deutlich mehr bedeutet als für die älteren Ärzte. Genauso verhält es sich bzgl. Teamgeist, Humor und Transparenz. Das kann darauf hindeuten, dass jüngere Ärzte im Vergleich zu älteren Ärzten eher im Team und im lockeren Austausch mit anderen Kollegen arbeiten und dabei übersichtliche Strukturen und Abläufe favorisieren.

In Gegenüberstellung zu jüngeren Kollegen stellen ältere Ärzte das Pflichtgefühl, die Selbstdisziplin bzw. die Disziplin, die Pünktlichkeit, die Rücksichtnahme und die Toleranz in den Vordergrund. Diese Priorisierung weist evtl. darauf hin, dass ältere Ärzte sich besser organisieren, die Zusammenhänge am Arbeitsplatz besser erkennen und intensiver auf ihre Kollegen bzw. die Umgebung achten. Das lässt des Weiteren die Annahme zu, dass ihre sozialen Kompetenzen fortgeschrittener sind als die von jungen Ärzten.

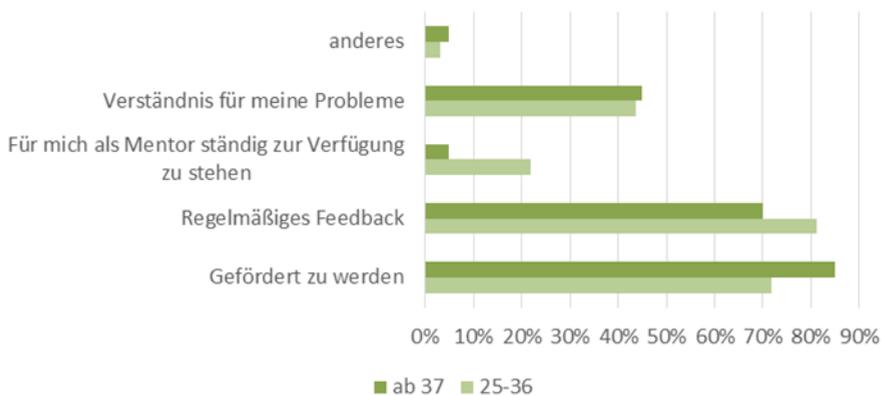
Ein deutlicher Unterschied zeigt sich bzgl. der Werte Verantwortung und Anerkennung im weiteren Vergleich, da diese für ältere Ärzte von besonderer Relevanz sind. Somit lässt die eigene Erhebung vermuten, dass Verantwortung für die jüngere Generation einen niedrigeren Stellenwert hat, was gleichzeitig auf eine limitierte Verantwortungsübernahme hindeuten kann.

4.2.2 Erwartungen bzw. Ansprüche an den Arbeitgeber

Die gewonnenen Ergebnisse bestätigen, dass jüngere Ärzte besonders in Entscheidungen einbezogen werden und sich wissenschaftlich entwickeln wollen. Diese Ansprüche bilden sich dennoch gleichermaßen in der älteren Generation ab. Junge Ärzte präferieren außerdem regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und wollen an Kongressen teilnehmen, genauso wie ihre älteren Kollegen. Ferner stehen für sie das regelmäßige Feedback und die Förderung durch den Vorgesetzten bzw. die Aufstiegsmöglichkeiten im Vordergrund. Gleichzeitig erwarten sie, dass Vorgesetzte für ihre Probleme Verständnis haben. Des Weiteren plädieren sie für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie flexible Arbeitszeiten. Die an den Vorgesetzten gestellten Forderungen werden in Abbildung 16 dargestellt.

Es lässt sich ferner vermerken, dass für jüngere Ärzte die Kinderbetreuung und die Möglichkeit am Arbeitsplatz Sport treiben können von Relevanz sind. Darüber hinaus möchten sowohl die jungen als auch die älteren Probanden in der eigenen Kohorte, dass ihre Leistung anerkannt wird und der Stress in der Arbeit bzw. der Dokumentationsaufwand reduziert werden.

Abbildung 16: Erwartungen an den Vorgesetzten (n = 55)



Quelle: Eigene Darstellung

Aus den gewonnenen Ergebnissen lässt sich somit in Bezug auf die Erwartungen an den Arbeitgeber bzw. Führungskräfte ableiten, dass die in der Literatur diskutierten Erwartungen von jungen Ärzten in der eigenen Kohorte auch von der älteren Generation gestellt bzw. geteilt werden. Das spricht dafür, dass die von der jungen Generation angesprochenen und gewünschten Änderungen auf Verständnis und Unterstützung der älteren Generation treffen.

4.2.3 Führungs- und Leistungsverständnis, Wahrnehmung und Kommunikation

Führungs- und Leistungsverständnis

In Hinsicht auf die eigene Führungsverantwortung kann anhand der gewonnenen Daten festgestellt werden, dass die jüngeren Probanden durchaus bereit sind, Führung zu übernehmen und dabei verantwortungsvoll zu handeln. Genauso führungsbereit erklären sich die älteren Probanden. Beiden Generationen ist bewusst, dass sie gegenüber ärztlichen und pflegerischen Kollegen bzw. den Patienten Verantwortung tragen. Des Weiteren definiert sich die junge Generation als verantwortungsbewusst, wenn sie als Führungskraft handeln würde. Sollten die jungen Ärzte eine Führungsposition bekommen, würden sie u. a. Respekt, Zuverlässigkeit, Disziplin, Offenheit, Kommunikation und Lernbereitschaft von ihren Nachgeordneten erwarten. Selbst würden sie mit ihren Nachgesetzten gerecht und ehrlich umgehen sowie auf Kommunikation setzen. Demgegenüber erwarten die meisten älteren Führungskräfte unter den Probanden Lernbereitschaft von ihren Nachgeordneten und setzen auf Verantwortungsübernahme und Kommunikation in Bezug auf Führung.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Haltung bzw. Einstellung der Probanden hinsichtlich Führung und Leistung die in der Literatur beschriebenen Erkenntnisse widerspiegelt (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 520 ff.)

Wahrnehmung

Die Eigenwahrnehmung der Umfrageteilnehmer zeigt ein positives Bild im Hinblick auf das Verhältnis zum direkten Vorgesetzten und zu den Kollegen auf, was evtl. damit zusammenhängt, dass der Selbstreflexion in beiden Altersgruppen ein hoher Stellenwert eingeräumt wird. Bzgl. der Fremdwahrnehmung lässt sich festhalten, dass die junge Generation der Meinung ist, dass sie als offen, ausgeglichene und lernbereit durch ihren Vorgesetzten wahrgenommen wird. Demgegenüber fühlen sich ältere Ärzte vor allem als kompetent wahrgenommen zu sein.

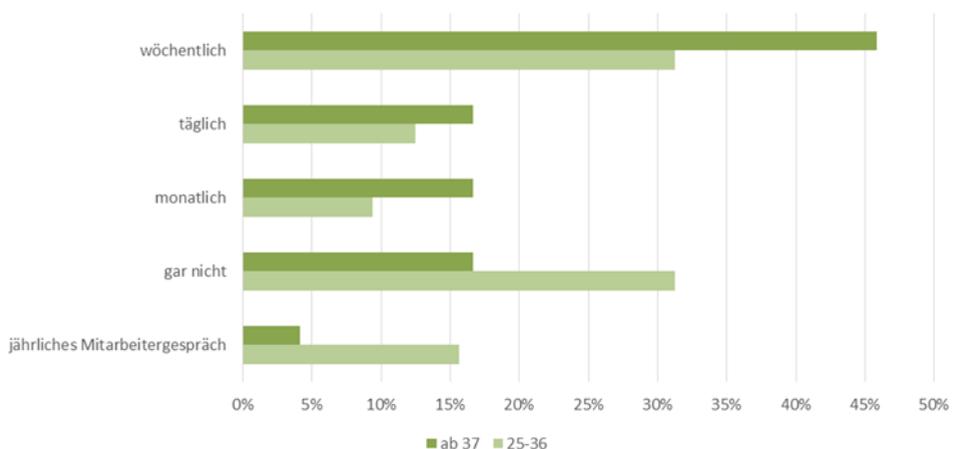
Dieser Unterschied zwischen den Generationen könnte evtl. auf alters- ggf. erfahrungsbedingte Gründe zurückgeführt werden.

Des Weiteren werden junge Ärzte von ihren Kollegen als hilfsbereit, gut gelaunt und kommunikativ eingeschätzt. Ähnlich werden ältere Ärzte von ihren Kollegen an erster Stelle als hilfsbereit, jedoch weniger gut gelaunt und kommunikativ eingeschätzt. Dies könnte evtl. auf die höhere Verantwortung von älteren Ärzten hindeuten.

Kommunikation

Hinsichtlich der Kommunikation mit Führungskräften lässt sich in der eigenen Erhebung im Fall der jüngeren Generation feststellen, dass sie weniger Möglichkeiten als die älteren Ärzte haben, sich direkt an den Klinikdirektor zu wenden. Das könnte mit der vorherrschenden Hierarchie in Kliniken erklärt werden. Bzgl. der Kommunikation mit dem direkten Vorgesetzten ist jedoch festzuhalten, dass ein regelmäßiger und zufriedenstellender Austausch stattfindet und die junge Generation überwiegend Zugang zu ihrem Vorgesetzten hat bzw. Vorgesetzte offen für jegliche Anliegen junger Ärzte sind. Somit werden in der eigenen Erhebung die in der Literatur diskutierten Aspekte der Kommunikationsprobleme mit Führungskräften nicht bestätigt (vgl. Schmidt / Moller et al. 2011, S. 522 f.). Die Ergebnisse der eigenen Erhebung bzgl. der Kommunikation mit der obersten Führungskraft werden in Abbildung 17 dargestellt.

Abbildung 17: Kommunikationsmöglichkeiten mit dem Klinikdirektor (n = 58)



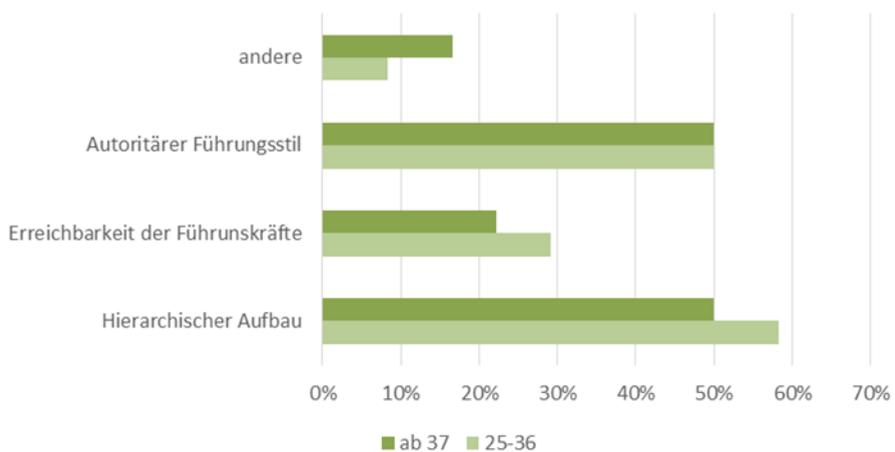
Quelle: Eigene Darstellung

4.3 Implikationen für den Arbeitgeber – identifizierte Problempunkte

4.3.1 Anforderungen an Führungskräfte bzw. an die Unternehmenskultur

Ähnlich wie in der Literatur beschrieben, wurden in der eigenen Erhebung die Erwartungen von Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie flexiblen Arbeitszeiten bestätigt. Ebenfalls wurde der Wunsch nach der Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen bekräftigt. Gleichermäßen wurden in der eigenen Befragung die Forderung nach regelmäßigem Feedback und die fehlende Leistungsanerkennung durch den Vorgesetzten als Problempunkte identifiziert. Die Erwartungen hinsichtlich der Veränderung der hierarchischen Strukturen und des autoritären Führungsstils wurden ebenfalls bestätigt (Abbildung 18).

Abbildung 18: Störfaktoren in Universitätskliniken (n = 46)



Quelle. Eigene Darstellung

Im Hinblick auf Abweichungen von der Literatur stellte sich heraus, dass die befragten Generationen i. d. R. weder die Überstunden noch die Nachtschicht als Störung empfinden. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass der Stress im Klinikbetrieb eher die älteren als die jüngeren Ärzte stört. Genauso verhält es sich bzgl. der Vergütung, bei der sich die ältere Generation benachteiligt fühlt. Des Weiteren konnten in Bezug auf Kommunikation keine wesentlichen Probleme im täglichen Austausch bzgl. arbeitsrelevanter Fragestellungen identifiziert werden.

Zusammenfassend ergibt sich anhand der aufgezeigten Problemfelder, dass in den teilnehmenden Kliniken erstens Maßnahmen zur Flexibilisierung der Arbeitszeiten ergriffen werden sollten, um eine Balance zwischen Berufs- und Privatleben zu ermöglichen. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen könnte zweitens durch weitere organisatorische Schritte ermöglicht werden. Bei der Planung dieser sollte dennoch die Sicherung der reibungslosen Patientenversorgung im Mittelpunkt stehen. Die Forderungen nach Feedback und Leistungsanerkennung lassen vermuten, dass in den Kliniken Handlungsbedarf in Bezug auf bessere Kommunikation, Wertschätzung bzw. Fehlerkultur besteht.

Der Abbau der hierarchischen Strukturen sowie die Veränderung des autoritären Führungsstils würden sich sowohl auf das Arbeitsklima und die Motivation einzelner Mitarbeiter als auch auf die der Unternehmenskultur positiv auswirken. Abbildung 19 zeigt relevante Elemente auf, die sich auf die Unternehmenskultur auswirken können.

Abbildung 19: Wesentliche Elemente der Führung



Quelle: Eigene Darstellung

Obwohl die Resultate der Erhebung dafür sprechen, dass die Mehr- bzw. Schichtarbeit von beiden befragten Generationen akzeptiert wird, deuten die seitens der älteren Generation angegebenen Störfaktoren, nämlich der tägliche Stress und die unangemessene Vergütung darauf hin, dass in dieser Hinsicht Maßnahmen ergriffen werden sollten, um die Ursachen herauszufinden und im Arbeitsalltag Gerechtigkeit herbeiführen zu können.

4.3.2 Umgang mit der Generationendiversität

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Teilnehmer der Umfrage im Fragebogen in vier Altersgruppen und danach in der eigenen Auswertung in zwei Generationen eingeteilt wurden. Der jüngeren Generation, die der Generation Y in der Literatur entspricht, wurden die Altersgruppen von 25 bis 29 Jahren ($n = 19$) und von 30 bis 36 Jahren ($n = 22$) zugeordnet. In die ältere Generation, die in der Literatur als Baby Boomer und Generation X definiert wird, wurden in der eigenen Erhebung die Altersgruppen von 37 bis 44 Jahren ($n = 11$) und über 45 Jahren ($n = 17$) eingeteilt. Die in die Befragung involvierten zwei Generationen gehörten dementsprechend erstens in die jüngere Altersgruppe der 25- bis 36-Jährigen und zweitens in die ältere Altersgruppe der über 37-Jährigen. Die ursprüngliche Differenzierung in vier Altersgruppen erfolgte aus dem Grund, damit sich die Teilnehmer durch die Aktualität des Themas Generation Y nicht beeinträchtigt bzw. eingeengt fühlen.

Die Ergebnisse der eigenen Erhebung zeigen bzgl. der Altersdiversität auf, dass trotz Gemeinsamkeiten bzgl. Forderungen und Störungen im Arbeitsalltag selektive Maßnahmen erforderlich sind, um tragbare Lösungen für die identifizierten Probleme finden zu können. Hierzu gehören zum einen im Hinblick auf den Stress im Klinikalltag für die ältere Generation die gerechte Verteilung der Verantwortung bzw. die Entlastung und zum zweiten die angemessene Vergütung je nach Verantwortungsübernahme. Zum dritten könnte durch eine bessere und gerechte Organisation der Dienstpläne die Vereinbarkeit vom Privatleben und Beruf für alle Generationen zufriedenstellend gestaltet werden.

4.3.3 Konsequenzen in Hinsicht auf Führungsmöglichkeiten

Im Führungsprozess und anlässlich geplanter Änderungsmaßnahmen sollten Vorgesetzte erstens auf den Informationsfluss achten. Zu diesem gehören neben den regelmäßigen arbeitsrelevanten Austauschmöglichkeiten auch Feedback-Gespräche bzgl. der erbrachten Leistung. Zweitens sollten Führungskräfte die individuellen Merkmale der einzelnen Mitarbeiter berücksichtigen und drittens ermitteln wie ihre Mitarbeiter motiviert werden können. Somit wäre dem differenzierten Umgang mit Nachgesetzten eine besondere Bedeutung beigemessen. Daraus resultiert, dass Führungskräfte ihren Mitarbeitern erstens zuhören und zweitens mit ihnen sowohl im Alltag als auch bei bevorstehenden größeren Änderungen kommunizieren sollen. Hierbei ist ferner essentiell, dass Führungskräfte ehrlich und gerecht mit ihren Nachgesetzten umgehen, damit eventuelle Fehlinterpretationen oder Missverständnisse vermieden werden können.

Bei der Gestaltung von Maßnahmen hat die Führungskraft die Möglichkeit, die Mitarbeiter in die geplanten Änderungen einzubeziehen. Durch die Partizipation der Mitarbeiter erhöht sich nämlich die Chance, dass die Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden, da sich alle Mitarbeiter angesprochen und verantwortlich fühlen. Dennoch besteht gleichzeitig die Gefahr, dass die Wünsche einzelner Mitarbeiter nicht umgesetzt werden können, wodurch diese unzufrieden werden und den Prozess beeinträchtigen können.

Die im Rahmen der eigenen Untersuchung erkannten Probleme in Bezug auf die Generationen haben zur Folge, dass Führungskräfte hinsichtlich der bestehenden Führungsstrukturen bzw. des Umgangs mit dem Personal neue Konzepte erarbeiten sollen. Die Änderung des autoritären Führungsstils bzw. die damit einhergehende Selbstreflexion seitens der Führungskraft werden die Nähe zu den einzelnen Beschäftigten zur Folge haben. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass eine familienfreundliche Dienstplanung die Zufriedenheit der Mitarbeiter erhöht, die im Weiteren ein besseres Arbeitsklima, niedrigeres Konfliktpotenzial sowie Stressabbau ermöglicht. Ähnlich verhält es sich mit der Einführung von differenzierten Anreizsystemen.

5 Diskussion

5.1 Handlungsempfehlungen aufgrund vorliegender Ergebnisse

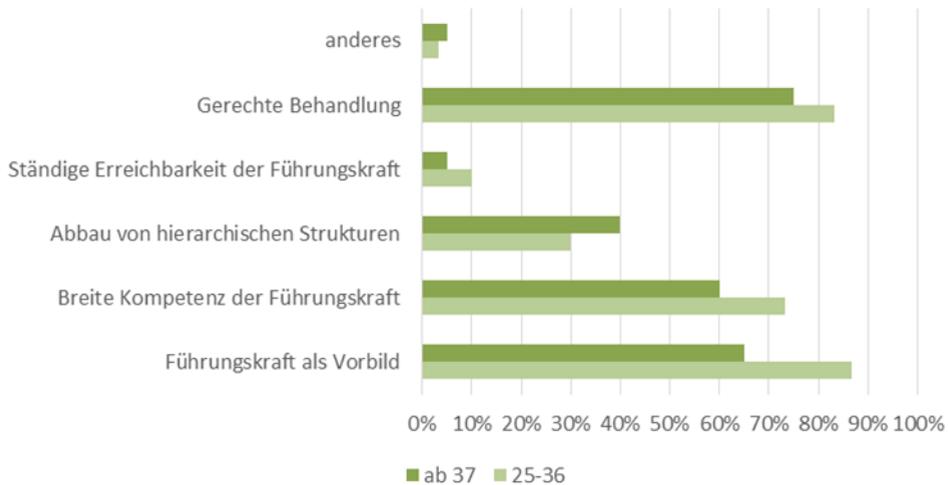
5.1.1 Vermittlung von Grundkenntnissen

Im Hinblick auf die Ergebnisse der eigenen Erhebung bzgl. der Kommunikation mit Kollegen ist bemerkenswert, dass ein großer Anteil junger Ärzte weder im Rahmen des Studiums noch anderweitig Seminare oder Kurse zur Kommunikation besucht hat. Dies kann teilweise der Tatsache geschuldet sein, dass im Rahmen des Medizinstudiums erst in den letzten Jahren Empfehlungen zur Ergänzung des Curriculums mit dem Thema Kommunikation im beruflichen Umfeld erarbeitet werden. Mittels des neulich eingeführten Kommunikationskurses im Curriculum wird demzufolge angestrebt, dass die ärztliche Handlungskompetenz mit dem Bereich Sozial- und Selbstkompetenz ergänzt wird, um angehende Ärzte auf die beruflichen Herausforderungen vorzubereiten (vgl. Henningsen 2009 - 2015). Hierbei sollen die Kommunikations- und Teamfähigkeit, das Selbstmanagement sowie die Rolle des Arztes als Kommunikator trainiert bzw. gestärkt werden (vgl. ebd.; MFT 2015, S. 14).

Die gewonnenen Ergebnisse sprechen des Weiteren dafür, dass Teamgeist einen hohen Stellenwert für die jungen Befragten hat. Dies korrespondiert mit der Angabe, dass 69 Prozent von ihnen die Teamarbeit als in der Arbeit gestellte Erwartung auflisten. Daraus lässt sich im Umkehrschluss die Bedeutung der Teamarbeit ableiten, auf die Medizinstudenten in der Zukunft im Rahmen des Studiums ebenfalls vorbereitet werden (vgl. MFT 2015, S. 14). Hierbei ist zu vermerken, dass Teamarbeit generell als Erfolgsfaktor für Krankenhäuser und Kliniken angesehen wird, weil durch intensive und gut funktionierende Teams, Teamarbeit bzw. Multidisziplinarität Kosten erspart und die Qualität der Patientenversorgung sowie die des Arbeitsklimas erhöht werden können (vgl. White 2014).

Bzgl. der Kommunikation am Arbeitsplatz wird des Weiteren der Vorbildfunktion der Führungskraft eine besondere Bedeutung beigemessen, die ebenfalls im Rahmen der eigenen Erhebung bestätigt wurde (Abbildung 20).

Abbildung 20: Was ist für die Befragten bzgl. Führung in Kliniken wichtig? (n = 54)



Quelle: Eigene Darstellung

Führungskräfte sollen darüber hinaus authentisch mit ihren Mitarbeitern kommunizieren und sich neben dem differenzierten Umgang mit Individuen auch um die Anliegen unterschiedlicher Berufsgruppen bzw. Teams kümmern. Führungskräfte sollten hierbei als eine Art Bindeglied funktionieren, um Synergieeffekte herbeiführen zu können. In dieser Hinsicht ist außerdem besonders wichtig, dass Führungskräfte ihrer Verantwortung gegenüber Mitarbeitern stets bewusst sind.

5.1.2. Lebensphasenorientierte Führung und Coaching

In Bezug auf die Arbeitsabläufe lässt sich z. B. ein Vorgang abbilden, nach dem Führungskräfte einem jüngeren Mitarbeiter öfters und intensiver erklären müssen wie die einzelnen Aufgaben erledigt werden sollen als einem älteren erfahrenen Mitarbeiter. Ähnlich stellt sich das Vorgehen bei evtl. privaten Anliegen dar, da sich hierbei die Probleme i. d. R. lebensphasenabhängig ergeben. Demzufolge ist es erforderlich, dass Führungskräfte die individuellen Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter kennen und je nach Alter der Mitarbeiter, d. h. differenziert kommunizieren bzw. die Arbeitsabläufe organisieren. Hierbei sollen Führungskräfte jedoch aus der altersbedingten Vielfalt ausgehend den Fokus auf die Gesamtheit der Klinik bzw. Organisation setzen, damit die diversen beruflichen und privaten Anliegen

der Mitarbeiter, die im weiteren Sinne eine Komplexität hervorrufen, individuell, dennoch im Interesse der Klinik angegangen bzw. erfüllt werden können.

Die Ergebnisse der eigenen Erhebung zeigen auf, dass die jüngeren Befragten viel Wert auf ihre Ausbildung bzw. wissenschaftliche Entwicklung sowie die Förderung durch den Vorgesetzten legen. Diese Erwartungen hängen unmittelbar mit der Führung durch den Vorgesetzten zusammen, da Führungskräfte in der Verantwortung stehen, ihre Nachgesetzten im Beruf weiterzuentwickeln. Im Arbeitsalltag stehen sie demzufolge als Mentoren und Wegbegleiter zur Verfügung. In dieser Funktion geben sie Orientierung, weisen auf Fehler hin, zeigen Lösungswege auf und unterstützen ihre Nachgesetzten. Dennoch sollen in diesem Prozess auch die Nachgesetzten eine aktive Rolle haben, indem sie die gewonnenen Erkenntnisse in ihr eigenes Handeln mitaufnehmen und dadurch ihre eigene Persönlichkeit feilen und sich weiterentwickeln.

Jedoch soll festgehalten werden, dass im klinischen Alltag weder die zeitlichen noch die personellen Ressourcen für die individuelle Führung oder eine systematisch durchgeführte Unterstützung im Rahmen eines Coachings gegeben sind, obwohl besonders durch diese Ansätze eine langfristige Entwicklung hinsichtlich des Selbst- bzw. Rollenmanagements der einzelnen Mitarbeiter erzielt werden könnte. Dennoch kann die Etablierung von Mentoring-Programmen ein erster Schritt bzw. eine Alternative in Richtung individuelle Betreuung am klinischen Arbeitsplatz bieten.

5.1.3 Transformationale Führung im klinischen Setting

Sowohl die jüngere als auch die ältere Generation der Befragten äußerte den Wunsch nach der Änderung des autoritären Führungsstils. Auf Grundlage der strengen Hierarchie in Kliniken sollte demzufolge durchdacht werden, wie die starren Umgangsformen in Richtung demokratisches Miteinander bewegt werden können. Demokratie geht mit Gerechtigkeit einher, die als eine wichtige Forderung von den befragten Generationen formuliert wurde. Dieser Anspruch könnte im ersten Schritt durch eine Art stetige Kooperation zwischen Führungskräften und Nachgesetzten angegangen werden, damit eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen Vorgesetzten, Mitarbeitern und Berufsgruppen gestaltet werden kann. Um grundlegende Veränderungen bzgl. des Führungsstils herbeizuführen, wird neben der Kommunikation eine Vision benötigt, die die Klinik der Zukunft ohne autoritäre Führung aufzeigt. Hierzu sollen ferner ebenfalls die zu erreichenden Ziele definiert werden.

Im Veränderungsprozess haben die Führungskräfte eine Vorreiterrolle inne, indem sie die Veränderung selbst initiieren, als Vorbild dienen, den Mitarbeitern neue Möglichkeiten aufzeigen und sie gleichzeitig fördern. Diese Kernelemente des Leadership-Ansatzes tragen im Rahmen der Transformationalen Führung dazu bei, dass der Mensch bzw. die Mitarbeiter in den Mittelpunkt der Prozesse gesetzt werden. Hierbei stellen sich Führungskräfte sowohl auf die Komplexität des Systems als auch die Individualität einzelner Mitarbeiter ein. In einem weiteren Schritt werden die Führungskräfte ihre Mitarbeiter in den Veränderungsprozess aktiv einbeziehen und den Sinn der Veränderung vermitteln sowie die Potenziale für die Mitarbeiter selbst aufzeigen. Die einzelne Führungskraft soll hierzu ihre eigene Vorgehensweise analysieren und die eventuellen eigenen Fehler thematisieren, damit der Prozess angepasst werden kann. Im Veränderungsprozess kommt es jedoch auf die Führungskraft bzw. ihre Kompetenzen an, ob und wie die Mitarbeiter auf dem Weg der Umgestaltung mitgenommen bzw. entwickelt werden können. Durch den Aufbau von Vertrauen und die Erhöhung der Zufriedenheit kann die Führungskraft jedoch ihre Mitarbeiter individuell fördern und bei ihnen mehr Leistung hervorbringen.

Daher kann Transformationale Führung im klinischen Setting eine Alternative zum autoritären Führungsstil darstellen, vorausgesetzt, dass ärztlichen Führungskräften in Kliniken ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sollen ärztliche Führungskräfte an Weiterbildungen teilnehmen, um Managementfähigkeiten zu erwerben bzw. eventuelle Vorkenntnisse zu erweitern. Die Aneignung weiterer Kompetenzen in Kommunikation und Coaching werden des Weiteren dazu beitragen, Konfliktsituationen zu lösen oder zu vermeiden und mit den Mitarbeitern besser umgehen zu können.

5.2 Weitere Anschlussmöglichkeiten im größeren Kontext

Der demographische Wandel führt zunehmend dazu, dass die Ärzte einerseits weniger und älter werden, andererseits eine jüngere Generation von Ärzten ins Berufsleben startet. Die eigene Stichprobenerhebung zeigte ebenfalls auf, dass die jüngere Generation der Befragten den größeren Anteil hatte (59,4 Prozent bzw. $n = 41$). Dieser Aspekt deutet darauf hin, dass im klinischen Alltag eine altersbedingte Diversität des Personals präsent ist, die Führungskräfte vor Herausforderungen stellt. Dennoch würde hierbei die ausschließliche Ausrichtung der Führungsmaßnahmen an die jüngere Generation zu kurz greifen, da die Potenziale, das Wissen, die Erfahrung sowie die Werte der älteren Generation verloren

gehen würden. Aus diesem Grund sollen Führungskräfte mit ihren Nachgesetzten individuell je nach Lebensphase umgehen und die Potenziale aller Altersgruppen nutzbar machen. Es gilt, dass die Erfahrung und das Wissen älterer Mitarbeiter einen Vorteil einerseits für die jüngeren Beschäftigten und andererseits für die Kliniken als Organisationen bedeuten kann. Somit entsteht eine Win-Win-Situation sowohl für das Individuum als auch für die Klinik.

Die Aufgabe der Führungskraft besteht im Allgemeinen darin, dass sie die Einstellung, die Motivationsgründe und die Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiter richtig einschätzt und darauf aufbauend altersgemischte Teams aufstellt, um das höchste Resultat im Wissenstransfer und Effektivität herbeizuführen. In diesem Prozess steht das Verhältnis der Führungskraft zu den Mitarbeitern im Mittelpunkt. Im Austausch zwischen Führungskraft und Mitarbeiter werden die Stärken und Schwächen sowie die Fähigkeiten und die Leistungen erkannt und definiert, die wiederum bei der Zusammenstellung der Teams berücksichtigt werden sollen. In diesem Zusammenhang ist außerdem das Führungsverhalten der Führungskraft hervorzuheben, das mit den Erwartungen der Mitarbeiter übereinstimmen sollte. Diese Veränderungen auf der Mikroebene haben dann zur Folge, dass in der Unternehmenskultur ebenfalls nachhaltige Änderungen angestoßen werden, z. B. hinsichtlich der Toleranz oder gerechter Behandlung.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass in Kliniken die Führungskräfte an Weiterbildungen teilnehmen sollen sowie die strukturellen Rahmenbedingungen umgestaltet werden sollen, um die Maßnahmen der Transformationalen Führung und des Diversity Managements im klinischen Alltag implementieren zu können. Die zentrale Abteilung Personalangelegenheiten soll hierzu ein zentrales Konzept erarbeiten, das ins Leitbild des Unternehmens Klinikum mitaufgenommen werden soll, um dadurch auf die Potenziale aller Beschäftigten hinzuweisen und die Bedeutung der Vielfalt in den Vordergrund zu stellen.

5.3 Kritische Betrachtung

Datenerhebung

Der für die Datenerhebung erstellte Fragebogen wurde an den Teilnehmerkreis der drei untersuchten Kliniken mit dem Ziel zugeschickt, dass er vollständig ausgefüllt wird. Unterschiedliche Gründe können dazu geführt haben, dass bei einer Rücklaufquote von 57,4 Prozent 16 Probanden die Umfrage abgebrochen haben. Die relevanten Themenbereiche aus der Perspektive der Führungsaspekte wurden zwar eingegrenzt, dennoch war der Fragebogen sehr umfangreich. Daher stellte die Beantwortung der Fragebogen teilweise einen erheblichen zeitlichen Aufwand dar. Zum Umfang des Fragebogens kommt hinzu, dass die Fragen einerseits zum Teil sehr ausführlich zu beantworten waren, andererseits konnte durch die vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten bzw. Mehrfachbenennungen die Einstellung bzw. die Meinung der Probanden lediglich mit Limitationen gemessen werden.

Ein weiteres Problem war, dass die Themenbereiche dem Rat der Testperson folgend aufgeteilt wurden und dadurch die Antworten auf die Fragen, die zum gleichen Themenbereich gehörten, vereinzelt bzw. auseinanderstehend aufzufinden waren. Dies führte zum Mehraufwand bei der Datenauswertung.

In weiterführenden Erhebungen sollte daher darauf geachtet werden, dass der Umfang des Fragebogens verringert wird, die Fragen kompakt je nach Themenbereich sortiert werden sowie bevorzugt Fragen formuliert werden, die ohne großen Zeitaufwand beantwortet werden können. Die Teilnahmebereitschaft und die Motivation der Befragten bzw. die Ausdauer bei der Ausfüllung des Fragebogens könnte auf diese Weise erhöht werden.

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Ergebnisse zeigte sich zum Teil ein Unterschied im Vergleich zu den in der Literatur diskutierten Aspekten bzgl. der Erwartungen der jüngeren Teilnehmer und der Führung in Kliniken. Bemerkenswert war hierbei, dass in der eigenen Stichprobenerhebung die Erwartungen der jüngeren und älteren Ärzte an den Arbeitgeber kaum divergierten. Außerdem konnten in der eigenen Erhebung keine wesentlichen Kommunikationsprobleme, sondern nur Hinweise auf evtl. lauerrnde Konfliktpotenziale identifiziert werden. Dies kann mehrere Gründe haben, die in weiterführenden Studien untersucht werden sollten.

Des Weiteren konnte keine Studie bzw. Literatur gefunden werden, die über konkrete Erfahrungen bzgl. der praktischen Umsetzung von neueren Führungsmethoden oder -konzepte, die auf Grundlage der Forderungen junger Ärzte in Kliniken eingeführt wurden, berichten. Daher bedarf es weiterer Untersuchungen bzw. eventueller Pilotstudien, um zu untersuchen, ob und wie die theoretischen Überlegungen in die Praxis übertragen und erfolgreich umgesetzt werden können.

6 Zusammenfassung

6.1 Fazit

Das Ziel dieser Arbeit war, Führungsaspekte in Universitätskliniken in Hinsicht auf unterschiedliche Generationen zu untersuchen. Hierbei wurden die Themen Einstellung, Kommunikation, Verhältnis zum Vorgesetzten, Erwartungen, Vorstellungen und Führungsverantwortung in den Mittelpunkt gesetzt. Die durch den teilstandardisierten Fragebogen gewonnenen Ergebnisse zeigen auf, dass die zwei Generationen in der eigenen Kohorte ähnliche Erwartungen an den Arbeitgeber stellen, mit der Kommunikation mit ihren Vorgesetzten und Kollegen überwiegend zufrieden sind, regelmäßigen Zugang zum bzw. Austausch mit ihren Vorgesetzten haben, sich für führungsbereit erklären und ihre Werteangaben im disziplinarischen Bereich divergieren.

Dahingegen deuten die Ergebnisse ebenfalls darauf hin, dass die mediale Diskussion, die die Problematik bzw. den Aufruhr hinsichtlich der Generation Y verschärft, in der eigenen Erhebung nicht bestätigt werden konnte. In der eigenen Studie konnten zwar Reibungspunkte festgestellt werden, die aber durch konsequente Führung sowie organisatorischen Maßnahmen geklärt bzw. gelöst werden können. Außerdem deuten die eigenen Resultate auf keine besonderen Abweichungen im Vergleich zum Vorverständnis bzw. zu früheren Zeiten hin, in denen sich motivierte Berufsanfänger am Arbeitsplatz beweisen wollten. Als Konsequenz soll daher die mediale Diskussion relativiert, verfolgt und interpretiert werden.

Die Ergebnisse sprechen des Weiteren dafür, dass die befragten jungen Ärzte zwar durchaus selbstbewusst auftreten, aber sie sind bei der Arbeitsplatzwahl über die Gegebenheiten in einer Klinik informiert und passen sich den vorgefundenen Strukturen an.

Es wurden Lösungsalternativen in der Form des Diversity Managements, des Coachings sowie des Leadership-Ansatzes und der Transformationalen Führung aufgezeigt, im Rahmen deren der Umgang mit Individuen und der Generationen-diversität am Arbeitsplatz sowie die Unternehmenskultur zukunftsorientiert gestaltet werden könnten.

Die aufgezeigte Übereinstimmung der Forderungen beider Generationen legen den Schluss nahe, dass das System an sich veraltet ist und nicht mehr die Erwartungen der aktuellen Zeiten erfüllt. Das sollte die jeweiligen Leitungsgremien in den Kliniken dazu veranlassen, Maßnahmen zu ergreifen, damit die Patientenversorgung, die Lehre und die Forschung in Kliniken sinnvoll, machbar und von allen Beteiligten tragbar gestaltet werden kann.

6.2 Ausblick

Der demographische Wandel macht sich ebenfalls im klinischen Setting bemerkbar, vor allem durch den großen Anteil angehender junger Ärzte. Sozialisationsbedingt bringt die jüngere Generation neue Impulse in die von Hierarchie geprägte Klinik- und Krankenhauslandschaft ein, die die vorherrschenden starren Strukturen und Führungsmodalitäten vor Herausforderungen stellen. Aus diesem Grund sollte detailliert untersucht werden, ob die Autorität der Führungskräfte im klinischen Bereich unter den geänderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen weiterhin zielführend und sinnvoll ist. In dieser Hinsicht ist es daher unabdingbar, dass in Kliniken neue Führungskonzepte ausgearbeitet werden und über das Praktizieren neuer Führungsmethoden nachgedacht wird. Hierzu sollten sowohl die Erkenntnisse aktueller Bewegungen wie die New-Work-Bewegung und des Agilen Human Resources Managements, in denen die schnelle Anpassung der Organisation an die Markt- und Umweltbedingungen als lebensnotwendig betrachtet wird als auch die damit zusammenhängende Führungspraxis geprüft werden. Letztere bedeutet, dass im Führungsprozess der Mensch in den Mittelpunkt gerückt werden sollte, um höhere Ziele auf der Unternehmens- bzw. Klinikebene erreichen zu können. Dafür kann der Ansatz der Transformationalen Führung auch in Kliniken geeignet sein, weil hierbei sowohl auf das Individuum als auch auf das -Wir- ein Fokus gesetzt wird. Wenn von allen getragen, werden die Implementation der Maßnahmen sowie die Zielerreichung realistischer. Mithilfe der Transformationalen Führung kann die Vision, die für das Unternehmen einen besonderen Stellenwert hat, im Führungsprozess in Strategien und Taten umgesetzt werden. Durch Transformationale Führung kann demzufolge vermieden werden, dass Veränderungen auf Kosten der einen oder der anderen Generation initiiert bzw. durchgeführt werden. Während des Prozesses ändern sich die Einstellung und das Engagement aller Beteiligten, die sich im Zeitablauf positiv auf die Unternehmenskultur auswirken sowie die Anpassung an die Rahmenbedingungen ermöglichen. Führungskräfte können die dazu benötigten Methoden und Techniken im Rahmen von klinikinternen Fortbildungen

bzw. Workshops erwerben. Um diesen Stand zu erreichen, bedarf es erstens der Unterstützung und zweitens des Umdenkens der bestehenden Gegebenheiten von Seiten der jeweiligen Klinikleitung.

Der nachhaltige Umgang mit der aus dem demographischen Wandel resultierenden Generationendiversität birgt sowohl Chancen als auch Herausforderungen für Kliniken. Die Chancen werden hierbei Wettbewerbsvorteile für Kliniken mit sich ziehen, z. B. bei der Personalrekrutierung und im Wissensmanagement oder bzgl. Effektivität, Effizienz und Innovationen. Im Gegensatz dazu sollen hinsichtlich der Herausforderungen die strukturellen und organisatorischen Schwierigkeiten erstens systematisch analysiert und zweitens flexibel und zukunftsorientiert bewältigt werden. Das Diversity Management und die Unterstützung von Führungskräften bedürfen hierbei der Thematisierung in der Abteilung Personalangelegenheiten. Darauf folgend könnte den Kliniken genügend Freiraum und Ressourcen für die Etablierung von neuen Maßnahmen gelassen und ausreichend Personal zur Verfügung gestellt werden. Im Hinblick darauf ist es deshalb unerlässlich, dass die Abteilung Personalangelegenheiten in eine flexible und transparente Einheit umorganisiert wird, in der anstelle der bisherigen Personalverwaltung die Grundsätze des Human Resources Managements gelten.

Um am Personalmarkt wettbewerbsfähig agieren, d. h. ausreichend motiviertes und qualifiziertes Personal für die Patientenversorgung bereitstellen und binden zu können, sind eine Neuorientierung der Führungskräfte in Kliniken sowie die Etablierung einer neuen Kultur der Führung im Sinne von Dialog und Partizipation erforderlich. Dies führt langfristig dazu, dass die Potenziale aller Beschäftigten im Interesse der Klinik eingesetzt und voll ausgeschöpft werden können. Die Veränderung der hierarchischen Strukturen in Netzwerken sowie die Intensivierung der Kooperation zwischen Führungskräften, Nachgesetzten bzw. Teams kann lediglich dann erreicht werden, wenn jüngere und ältere Beschäftigte in Kliniken miteinander respektvoll umgehen, aufeinander Rücksicht nehmen und für das eigene Handeln die Verantwortung übernehmen. Diese Faktoren haben zur Folge, dass die Wertschätzung erhöht wird, die wiederum die Arbeitgeberattraktivität steigert und somit einen Wettbewerbsvorteil für die Klinik bietet.

Dennoch wird sich der ersehnte Veränderungsprozess auf der Führungs- sowie organisatorischen Ebene in der stark reglementierten Krankenhaus- und Kliniklandschaft wahrscheinlich langsam vollziehen, da die Entscheidungsprozesse weiterhin überwiegend hierarchisch aufgestellt sind. Die hierarchische Struktur limitiert die Handlungsmöglichkeiten der Führungskräfte und der Beschäftigten

bzw. verhindert die reibungslose Kommunikation auf persönlicher Ebene. Nichtsdestotrotz wird gute Führung zunehmend wichtiger, um die durch die Erwartungen junger und älterer Beschäftigten ausgelöste Komplexität am Arbeitsplatz reduzieren und zum Vorteil aller einsetzen zu können. Demzufolge geraten die Führungskräfte in den einzelnen Kliniken weiterhin unter Druck, weil sie neben ihren vielfältigen Aufgaben in Forschung, Lehre und klinischer Versorgung kaum Kapazitäten haben, sich mit der Neuausrichtung der Führungsprozesse und der organisatorischen Umgestaltung zu beschäftigen. Gekoppelt mit der fehlenden organisatorischen Flexibilität bzw. begrenzten finanziellen Ressourcen führt dies dazu, dass Universitätskliniken als Maximalversorger von Patienten in ihren Bemühungen der schnellen Anpassung an die gesellschaftlichen Veränderungen und Rahmenbedingungen sowie der zukunftsorientierten Gestaltung der Personalarbeit, der Führung und der Strukturen weiterhin beeinträchtigt werden.

Literaturverzeichnis

- Allmendinger, J. (2015): Über Grenzen Disziplinen und Methoden in der WZB-Forschung. WZB-Mitteilungen, Heft 150, Paderborn: Bonifatius GmbH.
- Ankowitsch, E. (2014): Krankenstand: Der Wohnort macht den Unterschied. In: Dtsch Arztebl 111 (2014), S. 51-52.
- Armutat, S. / Dorny, H.-J. / Ehmann, H.-M. / Eisele, D. / Frick, G. / Grunwald, C. / Heßling, K.-H. / Hillebrand, H. / Skottki, B. (2016): Agile Unternehmen - Agiles Personalmanagement. Publikationsreihe DGFP-PraxisPapiere 01 / 2016, Neuss: Power Printing.
- Au, C. v. (Hrsg.) (2016): Wirksame und nachhaltige Führungsansätze: System, Beziehung, Haltung und Individualität (Leadership und Angewandte Psychologie). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bass, B. M. (1990): From Transactional to Transformational Leadership: Learning to Share the Vision. In: Organizational Dynamics 18, 3 (Winter 1990), S. 19-31.
- Berthel, J. / Becker, F.G. (2013): Personal-Management: Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit. 10. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Biemann, T. / Weckmüller, H. (2013): Generation Y: Viel Lärm um fast nichts. In: PERSONALquarterly 65 (2013), S. 46–60.
- Blickle, G. (2011): Personalentwicklung: Coaching. In: Nerdinger, F.W. / Blickle, G. / Schaper, N. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 291–293.
- Braun, S. / Peus, C. / Weisweiler, S. / Frey, D. (2013): Transformational leadership, job satisfaction, and team performance: A multilevel mediation model of trust. In: The Leadership Quarterly 24 (2013), S. 270–283.
- Bruchhäuser, I. / Grikscheit, M. / Nahlinger, S. / Walter, N. (2016): Ärztlicher Nachwuchs blickt auf die eigene Generation: Eine qualitative Studie der Landesärztekammer Hessen. In: Hessisches Ärzteblatt (2016), S. 83-87.
- Buerkle, H. (2011): X, Y, ... Personalmangel? In: Der Anaesthetist 60 (2011), S. 505–506.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2016): *Wie wir arbeiten (wollen). Arbeiten 4.0 Werkheft 02*. Paderborn: Bonifatius GmbH.
- Busse, R. / Schreyögg, J. (Hrsg.) (2013): *Management im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2013.
- Buxel, H. (2009): *Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden: Eine groß angelegte Umfrage unter Assistenzärzten und Medizinstudierenden zeigt auf, mit welchen Maßnahmen sich Krankenhäuser als attraktive Arbeitgeber für Ärzte profilieren können*. In: *Dtsch Arztebl* 106, Heft 37 (2009), A 1790-3.
- Buxel, H. (2013): *Was Ärzte zufriedener macht*. In: *Dtsch Arztebl* 110, Heft 11 (2013), A 494-8.
- Dorenkamp, I. / Süß, S. (2016): *Zwischen den Stühlen? Work-Life-Konflikt in der Wissenschaft*. In: *Forschung & Lehre* 23 (2016), S. 712–713.
- Dorner, C. (2014): *Nadia Harbeck: Senologin mit Starpotenzial*. In: *kma* 19 (2014), S. 68–71.
- Düllings, J. (2014): *Double Bind des Gesetzgebers. Wie Krankenhäuser krank werden - Teil 2*. In: *KU Gesundheitsmanagement* 83 (2014), S. 24-28.
- Ebster, C. / Stalzer, L. (2013): *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*. 4. Aufl., Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG UTB.
- Flick, U. (2011): *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gibis, B. / Heinz, A. / Jacob, R. / Müller, C.-H. (2012): *Berufserwartungen von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. In: *Dtsch Arztebl Int* 109 (2012), S. 327–332.
- Groos, K. (2016): *Herausforderung Generation Y: Wie Kliniken Assistenzärzte heute für sich gewinnen - und auch langfristig überzeugen*. In: *KU Gesundheitsmanagement* 85 (2016), S. 62–64.
- Gysin, R. (2016): *Machtorientierte Führung hat ausgedient: Zukunftsfähiges Klinikmanagement lässt Mitarbeiter mitgestalten*. In: *KU Gesundheitsmanagement* 85 (2016), S. 70–72.
- Halbe, B. (2016): *Generation Y und Arbeitszeitmodelle*. In: *Forum* 31 (2016), S. 289–291.

- Hibbeler, B. / Korzilius, H. (2008): Die Medizin wird weiblich. In: Dtsch Arztebl 105 (2008), A 609-612.s
- Hinterhuber, H. H. / Krauthammer, E. (2005): Leadership - mehr als Management: Was Führungskräfte nicht delegieren dürfen. 4. Aufl., Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler.
- Hurrelmann, K. / Albrecht, E. (2014): Die heimlichen Revolutionäre: Wie die Generation Y unsere Welt verändert. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Kasch, R. / Engelhardt, M. / Förch, M. / Merk, H. / Walcher, F. / Fröhlich, S. (2015): Generation Y: Leistungsbereit bei geregelter Arbeitszeit (Physician Shortage: How to Prevent Generation Y From Staying Away - Results of a Nationwide Survey, ger), in: Dtsch Arztebl 112 (2015), A 1876-1878.
- Kinne, P. (2016): Diversity 4.0: Zukunftsfähig durch intelligent genutzte Vielfalt, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Klaffke, M. (Hrsg.) (2014): Generationen-Management: Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Komorowski, J. F. (2016): Spitzenkräfte für Kliniken nur auf Rezept: Personalberatung im Spannungsfeld der Erwartungen von Mandanten und Kandidaten. In: KU Gesundheitsmanagement 85 (2016), S. 61–63.
- Korzilius, H. (2013): Sie fordern, was alle immer wollten: Weiterbildung für die Generation Y. In: Dtsch Arztebl 110 (2013), A 421-422.
- Lehmann-Willenbrock, N. / Meinecke, A. L. / Rowold, J. / Kauffeld, Simone (2015): How transformational leadership works during team interactions: A behavioral process analysis, in: The Leadership Quarterly 26 (2015), S. 1017–1033.
- Li, J. / Earnest, J. (2015): Das Beste aus zwei Welten - Vorteile einer Kombination von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden (keine Datumsangabe). In: Jutta Allmendinger (Hrsg.), WZB Mitteilungen, S. 30–33.
- Maibach-Nagel, E. (2017): Flexible, individualisierte Angebote: Familienfreundliche Arbeitsplätze, in: Dtsch Arztebl 114 (2017), A 38-39.
- Mayerhofer, B. / Janas, D. (2014): Führungsprobleme im weißen Bereich: Herausforderungen für leitende Ärzte, in: KU Gesundheitsmanagement 83 (2014), S. 32–34.

- Mayring, P. (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl., Weinheim / Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* 2 (1), Art. 6.
- Mossop, S. (2013): *Achieving transformational change in academic libraries*. Oxford: Chandos Publishing.
- Nerdinger, F. W. / Blickle, G. / Schaper, N. (Hrsg.) (2011): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. 2. Aufl., Berlin / Heidelberg: SpringerMedizin.
- Oertel, J. (2014): Baby Boomer und Generation X – Charakteristika der etablierten Arbeitnehmer-Generationen. In: Klaffke, M. (Hrsg.): *Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 27–56.
- Pelz, W. (2016): Transformationale Führung – Forschungsstand und Umsetzung in der Praxis. In: Au, C. v. (Hrsg.): *Wirksame und nachhaltige Führungsansätze. System, Beziehung, Haltung und Individualität*. Wiesbaden: Springer, S. 93–112.
- Piro, A. (2016): Wünsche und Perspektiven junger Mediziner: Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. In: *Arzt & Karriere* (2016), S. 26–27.
- Rickert, D. (2014): Von Solidarfonds bis zu Lebensarbeitszeitkonten: Strategische Personalentwicklung im Krankenhaus. In: *KU Gesundheitsmanagement* 83 (2014), S. 24–26.
- Rothe, A. (2015): Krankenhaus goes Vielfalt: Aus Unterschieden Vorteile ziehen. In: *KU Gesundheitsmanagement* 84 (2015), S. 70–73.
- Rump, J. / Zapp, D. (2016): Was kann Diversity Management leisten? In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2016): *Wie wir arbeiten (wollen). Arbeiten 4.0 Werkheft 02*. Paderborn: Bonifatius GmbH. S. 156–161.
- Rüter de Escobar, K. (2015): Integration: „Deutsch for Docs“: Kommunikation und Integration. In: *das Krankenhaus* 107 (2015), S. 861–862.
- Schaller, B. / Baller, G. (2015): Frühjahrsmüdigkeit oder Demotivation?: Ursachen und Lösungsmöglichkeiten für das (Oberärzte)-Team. In: *KU Gesundheitsmanagement* 84 (2015), S. 31–34.

- Schindler, S. (2014): Effiziente Führung ist erlernbar: Interview mit Dr. Robert Schäfer und Vera Lux. In: KU Gesundheitsmanagement 83 (2014), S. 14–16.
- Schmidt, C. E. / Gerbershagen, M. U. / Salehin, J. / Weiß, M. / Schmidt, K. / Wolff, F. / Wappler, F. (2011): Von der Personalverwaltung zur Personalentwicklung: „Demographic risk management“ in Krankenhäusern. In: Der Anaesthesist (2011), S. 507–516.
- Schmidt, C. E. / Moller, J. / Schmidt, K. / Gerbershagen, M. U. / Wappler, F. / Limmroth, V. / Padosch, S. A. / Bauer, M. (2011): Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung (Generation Y: recruitment, retention and development). In: Der Anaesthesist 60 (2011), S. 517–524.
- Schmidt, C. (2013): Generation Y: Porträt einer neuen Mitarbeitergeneration. In: Die politische Meinung 58 (2013), S. 48–53.
- Schmidt, C. / Möller, J. / Windeck, P. (2013): Vier Generationen unter einem Dach. In: Dtsch Arztebl 110 (2013), A 928–933.
- Schmidt, K. / Meyer, J. / Liebeneiner, J. / Schmidt, C. E. / Hüttenbrink, K. B. (2012): Generation Y in der HNO: Führung einer neuen Generation von Ärzten. In: HNO (2012), S. 993–1000.
- Schneider, F. (2010): Ärztemangel in Deutschland - ist der Arztberuf als solcher noch attraktiv? In: Der Nervenarzt (2010), S. 114–116.
- Schubert, P. (2016): Arbeitgeberattraktivität deutscher Krankenhäuser: Die Geschäftsführung weiß, was die Jungen wollen. In: KU Gesundheitsmanagement 85 (2016), S. 59–61.
- Schürmann, B. (2014): Die Generation Y: Mitarbeiterführung. In: Dtsch Arztebl 111 (2014), S. 3–4.
- Simon, W. (2006): GABALs großer Methodenkoffer. Führung und Zusammenarbeit. Offenbach: GABAL Verlag GmbH.
- Stargardt, T. / Tiemann, O. (2013): Personalmanagement im Gesundheitswesen - Einführung und methodische Grundlagen. In: Busse, R. / Schreyögg, J. / Stargardt, T. (Hrsg.) (2013): Management im Gesundheitswesen. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 336–339.

- Sutcliffe, K. M. / Lewton, E. / Rosenthal, M. M. (2004): Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. In: *Journal of the Association of American Medical Colleges* 79 (2004), S. 186–194.
- Toth, A. / Bitsch, A. (2014a): Double-Aging und Babyboomer - Welche Wege gehen Krankenhäuser in den nächsten Jahren? Teil 1 - Lebenserwartung, Fallzahlen und Erkrankungsrisiken. In: *das Krankenhaus* 106 (2014), S. 1032–1043.
- Toth, A. / Bitsch, A. (2014b): Double-Aging und Babyboomer - Welche Wege gehen Krankenhäuser in den nächsten zehn Jahren? Teil 2 - Kosten, Verweildauer und benötigte Ressourcen. In: *das Krankenhaus* 106 (2014), S. 1189–1198.
- Tse, H. H. M. / Chiu, W. C. K. (2014): Transformational leadership and job performance: A social identity perspective. In: *Journal of Business Research* 67 (2014), S. 2827–2835.
- Werther, S. (2014): *Geteilte Führung: Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Weßling, A. (2014): Klinische Forschung braucht Struktur: Eine verlässliche Basis schaffen. In: *klinikarzt* 43 (2014), S. 500.
- Wilhelm, K. / Reinbold, J. (2014): Gesundheit braucht Pflege: Mitarbeiteraquis unter erschwerten Bedingungen. In: *KU Gesundheitsmanagement* 83 (2014), S. 54–56.
- Witt-Bartsch, A. / Becker, T. (2010): *Coaching im Unternehmen*. Freiburg, München: Haufe-Lexware.
- Wunsch, A. (2016): „Telemedizin ist ärztliche Gestaltungsaufgabe“: eHealth-Kongress 2016. In: *das Krankenhaus* 108 (2016), S. 1012–1013.

Internetquellen

Assistenzarzt (2016): Die 10 größten Unikliniken Deutschlands: Platz 2: Klinikum der Universität München (KUM), unter:
<http://www.operation-karriere.de/karriereweg/assistentarzt/die-10-groessten-unikliniken-deutschlands/seite/9.html> (Zugriff 2017-02-06)

BayUniKlinG (2006): Gesetz über die Universitätsklinika des Freistaates Bayern (Bayerisches Universitätsklinikagesetz), unter:
<http://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayUniKlinG>true?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (Zugriff 2017-02-07)

Bendix, J. (2015): Millennials in medicine: How today´s youngest physicians are shaping tomorrow´s practices, unter:
<http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/millennials-medicine> (Zugriff 2017-02-06)

Bundesärztekammer (2015): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2015, unter:
<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/> (Zugriff 2017-02-06)

Deloitte (2015): Deloitte Millennial Survey 2015: Liegt es am Selbstvertrauen? Unter:
<https://www2.deloitte.com/de/de/pages/innovation/contents/millennial-survey-2015.html> (Zugriff 2017-02-07)

Destatis (2016): Studierende Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin), unter:
https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html?cms_gtp=152382_listProzent253D1&https=1 (Zugriff 2017-02-06)

Dietz, S. (o. J.): Generation Y: Die neue Arbeitnehmergeneration, unter:
<http://arbeitgeber.monster.de/hr/personal-tipps/rekrutierung-verguetung/rekrutierung/generation-y-die-neue-arbeitnehmergeneration-106929.aspx> (Zugriff 2017-02-07)

Dobos, G. J. (2012): Generation Y: Der Aufstand der jungen Ärzte, unter:
<http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/forschung-und-lehre/generation-y-der-aufstand-der-jungen-aerzte-11783044.html> (Zugriff 2017-02-06)

- Ebermann, E. (2010): Gütekriterien quantitativer Untersuchungen (2010-06-18), unter:
<https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-34.html>
(Zugriff 2017-02-02)
- ER/aerzteblatt.de (2016): Bündnis Junger Ärzte fordert bessere Berufsbedingungen (2016-05-24), unter:
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67812/Buendnis-Juenger-Aerzte-fordert-bessere-Berufsbedingungen> (Zugriff 2017-02-07)
- Flick, U. (2005): Triangulation als Rahmen für die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Forschung: Berliner Methodentreffen, unter:
<http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/angebot/sym/2005.html> (Zugriff 2017-02-06)
- Hackl, B. / Wagner, M. / Attmer, L. (2016): Ich war noch niemals in New Work: Studie zur Zukunft der Arbeitswelt, unter:
https://www.detecon.com/sites/default/files/hr-impulsgeber_-_detecon_-_newworkstudie_-_ergebnisse.pdf (Zugriff 2017-02-02)
- Haderlein, N. (2015): XYZ – Generationen auf dem Arbeitsmarkt: Ein Überblick, unter:
<https://www.absolventa.de/karriereguide/tipps/xyz-generationen-arbeitsmarkt-ueberblick> (Zugriff 2017-02-07)
- Hartmannbund (2012): Assistenzarzt (m/w) 2012: Die HB-Umfrage, unter:
http://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/2012_Umfrage-ASSI2012.pdf (Zugriff 2017-02-04)
- Hegele-Raih, C. (2004): Was ist ...: Leadership? Unter:
<http://www.harvardbusinessmanager.de/heft/artikel/a-620896.html> (Zugriff 2017-02-04)
- Heinrich, C. (2015): Mediziner: Ich operier' dann morgen weiter: Die Nachwuchsmediziner der Generation Y haben andere Vorstellungen vom Leben und Arbeiten als ihre Chefs. Kann das gut gehen? Unter:
<http://www.zeit.de/2015/47/mediziner-nachwuchs-generation-y-arbeit-leben>
(Zugriff 2017-02-06)
- Henningsen, P. (2009): Curriculum und Lehrmethoden | TUM Fakultät für Medizin, unter:
<https://www.med.tum.de/de/curriculum-und-methode> (Zugriff 2017-03-02)

hil/aerzteblatt.de (2014): Feminisierung der Medizin: Kliniken befürchten Kostenschub, unter:

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57365/Feminisierung-der-Medizin-Kliniken-befuerchten-Kostenschub> (Zugriff 2017-02-13)

Huber, T. / Rauch, C. (2013): Generation Y: Das Selbstverständnis der Manager von morgen, unter:

https://www.zukunftsinstitut.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Auftragsstudien/studie_generation_y_signium.pdf (Zugriff 2017-02-10)

Hucklenbroich, C. (2012): Generation Y: Der alte Arzt hat ausgedient, unter:

<http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/generation-y-der-alte-arzt-hat-ausgedient-11729029.html> (Zugriff 2017-02-10)

Hucklenbroich, C. (2013): Ärzte der Generation Y: Selbstbewusst, gut bezahlt und gern in Teilzeit, unter:

<http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/aerzte-und-kliniken/aerzte-der-generation-y-selbstbewusst-gut-bezahlt-und-gern-in-teilzeit-12622408.html> (Zugriff 2017-02-10)

Ide, Y. (2015): Generation Y: Hoffungslose Optimisten, unter:

<http://www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2014-12/generation-y-arbeitswelt-glueck-angst-traumtaenzer> (Zugriff 2017-02-10)

Kienbaum Institut (2015): Absolventen 2015 unter die Lupe genommen: Ziele, Wertvorstellungen und Karriereorientierung der Generation Y, unter:

http://www.kienbauminstitut-ism.de/fileadmin/user_data/veroeffentlichungen/kienbaum_institut_ism_stu_die_absolventen_08_2015.pdf (Zugriff 2017-02-08)

Klinikum der Universität München (o. J.): Organigramm der Ärztlichen Direktion des Klinikums, unter:

http://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/Das_Klinikum/Organigramm_AED.pdf (Zugriff 2017-03-24)

Klinikum der Universität München (o. J.): Organigramm des Klinikums, unter:

http://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/Das_Klinikum/Organigramm_KUM.pdf (Zugriff 2017-03-24)

Klinikum der Universität München (o. J.): Unser Leitbild, unter:

<http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/ohne-menue/leitbild> (Zugriff 2017-03-25)

- Littmann & Co. Ärztekantor GmbH (2017): Stellenangebot Leitender Oberarzt, unter:
<http://www.medi-jobs.de/2290/67/> (Zugriff 2017-02-05)
- LMU (2016): Fakultätsrat der Medizinischen Fakultät der LMU München, unter:
<http://www.med.uni-muenchen.de/einrichtungen/fakultaetsrat/index.html>
(Zugriff 2017-02-06)
- Lücker, M. (2015): Digitale Transformation: Führungskräfte brauchen Change- und Kommunikationskompetenz: Digital Leadership: Kienbaum-Studie zeigt, was Führungskräfte können müssen. Unter:
<https://www.kienbaum.com/de/news/digital-leadership-kienbaum-studie-zeigt-was-fuehrungskraefte-koennen-muessen> (Zugriff 2017-02-02)
- Medizinische Fakultät der LMU München (2016): Wir machen Medizin: Jahresbericht 2015, unter:
http://www.klinikum.uni-muenchen.de/download/de/pressestelle/publikationen/Jahresbericht_2015.pdf (Zugriff 2017-02-06)
- MFT (2015): Nationaler Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM): Kompetenzen, Rollen und Lernziele, unter:
<http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht> (Zugriff 2017-01-25)
- nab (2016): Anforderungen an Arbeitswelt: Generation Y - ach Quatsch! Unter:
<http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/anforderungen-an-arbeitswelt-generation-y-ach-quatsch-14446176.html> (Zugriff 2017-02-06)
- Orlandi, S. (2016): Wie Helikopter-Eltern ihre Kinder zu Weicheiern machen, unter:
http://www.focus.de/familie/helikopter-eltern-zwanghaft-perfekte-erziehung-macht-kinder-zu-weicheiern_id_4875543.html (Zugriff 2017-02-06)
- Reif, M. K. (2015): Generationen: Veteranen, Baby-Boomer, X, Y, Z und bald Alpha, unter:
<http://www.reif.org/blog/generationen-veteranen-baby-boomer-x-y-z-und-bald-alpha/> (Zugriff 2017-02-07)
- Reinmann, G. (2017a): Ablaufmodell nach Mayring, unter:
<http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/764> (Zugriff 2017-02-06)

- Reinmann, G. (2017b): Gütekriterien der qualitativen Forschung. Keine Datumsangabe, unter:
<http://qsf.e-learning.imb-uni-augsburg.de/node/520> (Zugriff 2017-02-06)
- Römer, J. (2014): Arbeitszeiten in Kliniken: „Überdenken Sie Ihren Stundenzettel noch mal“, unter:
<http://www.spiegel.de/karriere/assistenzaerzte-leiden-unter-arbeitsbedingungen-in-kliniken-a-955563.html> (Zugriff 2017-02-07)
- Schmidt, C. (2012): Was braucht die junge Generation?: „Baby-Boomer vs. Generation Y Gemeinsam Veränderungen meistern“, unter:
http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Konferenzen/17.Konferenz_2012/Proceedings/Plenum3_Schmidt.pdf (Zugriff 2017-02-06)
- Statista GmbH (2017): Studierende im Fach Humanmedizin in Deutschland bis 2015/2016: Anzahl der Studierenden im Fach Humanmedizin in Deutschland vom Wintersemester 1998/1999 bis 2015/2016, unter:
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/153531/umfrage/studierende-der-allgemein-medizin-in-deutschland-seit-ws-1998-99/> (Zugriff 2017-02-06)
- Statistisches Bundesamt (2015): 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland, unter:
<https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> (Zugriff 2017-02-06)
- Stokes, B. (2010): Millennials: Confident. Connected. Open to Change, unter:
<http://www.pewsocialtrends.org/2010/02/24/millennials-confident-connected-open-to-change/> (Zugriff 2017-02-07)
- White, J. (2014): Teamwork counts for successful hospitals, unter:
<http://www.healthcarebusinesstech.com/teamwork-hospitals/>
(Zugriff 2017-03-02)
- Wohlrab, S. (2014): Baby-Boomer trifft auf Generation Y – Sicher führen im Generationen-Mix, unter:
https://www.haufe-akademie.de/downloadserver/FB/Sicher_fuehren_im_Generationen-Mix.pdf (Zugriff 2017-02-06)

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria

Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga

Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von Suchtprävention am Arbeitsplatz

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd

Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement und Wirtschaftlichkeit

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie

Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Krankenhäuser in Deutschland

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 5 (2016)

Lapczynna, Carmen / Siodlaczek, Claudia

Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirtschaftliche Faktoren

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger

Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David

Verbesserung der Therapietreue in Apotheken

Eine verhaltensökonomische Studie

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 10 (2018)

Mehmet Ali, Takis

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen.

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 11 (2018)

Boroch, Wilfried

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik.

Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 12 (2018)

Furtmayr, Angelika

Die Entwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule seit Einführung des Präventionsgesetzes

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 13 (2018)

Dännhardt, Andy

Kohärenzgefühl berufsbegleitend Studierender am Einzelfallbeispiel
des FOM Hochschulzentrums München

ISSN 2367-3176 (Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

Band 14 (2018)

Kösters, Ines

Arteria Danubia - Gesundheitsregionen im Donauraum

ISSN 2367-3176(Print) – ISSN 2569-5274 (eBook)

ISSN (Print) 2367-3176

ISSN (eBook) 2569-5274



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

ifgs

FOM. Die Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 50.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de