



PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ

# **MASTERTHESIS**

**zur Erlangung des akademischen Grades**

**„Master of Arts“, MA**

Hochschullehrgang mit Masterabschluss

**„Supervision und Coaching in Organisationen“**

**WIRKUNGEN UND ERFOLGSFAKTOREN  
VON FÜHRUNGSKRÄFTE-COACHING –  
FALLSTUDIE IM KRANKENHAUS**

vorgelegt von

**Mag. Peter Derntl**

Betreuung

Mag. Dr. Fritz Weilharter

Prof. Dr. Ursula Swoboda

Matrikelnummer

7755081

Wortanzahl

24.553

Linz, im Oktober 2013

## **Mohammed und sein Nachbar**

*Eines Tages fragte einer seiner Begleiter Mohammed:*

*„Ehrwürdiger, so viele Menschen kommen zu dir und werden durch deine Worte und Segnungen beglückt und beginnen ihr Leben zu ändern. Dein Nachbar jedoch wohnt schon so viele Jahre ganz in deiner Nähe, doch er ist noch genauso verbohrt wie zuvor. Wie ist das möglich?“*

*Mohammed antwortete: „Es stimmt, was du sagst. Denn einer mag so nah wohnen, wie er will, es hilft doch nichts, solange er nichts annimmt.“*

*Sufismus*

*(Reinhold Dietrich, 2002, S. 8)*

*„Wie schaffen es Menschen – und analog Organisationen, Lernen zu vermeiden? Nicht das Lernen ist das Rätsel, sondern das Nichtlernen: die erfolgreiche Aufrechterhaltung von Ignoranz.“*

*(F.B. Simon, 2010, S. 145)*

## Zusammenfassung

Die Masterthesis evaluiert mithilfe aktueller, theoretischer Erkenntnisse und der Daten aus der Fallstudie das Einzelcoaching für Führungskräfte im Krankenhaus. Nach der Präzisierung des Coaching-Begriffes und der Vorgehensweisen beim ergebnisorientierten Coaching werden die Ansätze zur Evaluation von Einzelcoaching und die Besonderheiten der Führung in der Organisation Krankenhaus sowie deren Konsequenzen für das Coaching dargestellt.

Im empirischen Teil wird die Qualität der Coachings anhand der Ergebnisse der Fragebögen von 161 Coachees (gecoachten Personen) mit dem Fragebogen „Check-the-Coach“ von Bachmann/Jansen/Mäthner ausgewertet und mit einer Normstichprobe verglichen. Der in der Theorie unterstellte positive Zusammenhang zwischen einzelnen Voraussetzungen, Erfolgsfaktoren und positiven Coaching-Ergebnissen wird mit den Daten der Fallstudie überprüft. Zum besseren Verständnis der Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren in der Fallstudie wurden qualitative Interviews mit einzelnen Coaches und dem internen Beratungszentrum geführt und ausgewertet.

Die Fragebogenauswertungen bestätigen die hohe Qualität der Coachings sowie die Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen des Konzeptes. Es konnte bestätigt werden, dass zwischen den folgenden Faktoren und dem Erfolg im Coaching ein positiver Zusammenhang besteht: Kompetenz der Coaches, Zielklarheit, Auftragsklärung, Transparenz und Partizipation im Prozess, Wertschätzung bzw. Vertrauen in der Beratungsbeziehung. Für den Erfolg von Coaching im Krankenhaus sind besonders zu beachten: die Einbeziehung der Vorgesetzten in der Auftragsklärung und Auswertung, eine strikte Zielorientierung, die permanente Berücksichtigung der wechselseitigen Abhängigkeiten mit dem Umfeld, ein klarer, institutioneller Rahmen, eine bewusste Auswahl der Coaches und die positive Unterstützung der Unternehmensleitung für diese Personalentwicklungsmaßnahme.

## **Abstract**

The master thesis evaluates coaching for executive staff in a hospital group with the aid of actual theory and the survey data of the case study. After specifying coaching and the goal-oriented approach of coaching the master thesis describes the status of evaluation of coaching and the characteristics of leadership in the hospital organization and the implications for coaching.

The quality of coaching will be evaluated in the empirical part on the basis of surveys from 161 coachees (survey “check the coach” from Bachmann/Jansen/Mäthner) and compared with a normal sample. The assumed academic correlation between pre-condition, factor of success and the positive results of coaching will be verified with the data of the case study. Interviews with several coaches and the advisory centre enable more details about the proceedings and the factors of success in the case study.

The analysis of the questionnaires confirm the high quality of the coaching, as well as the proceedings and the general conditions of coaching. The positive correlation between coach capacity, precise goals, well-defined task, transparency and participation in the process, appreciation and confidence in the relationship between coachee and coach and the positive results of the coaching could be verified. Successful coaching in a hospital depends on: to include the supervisor in defining the tasks and evaluating the coaching, a strict orientation on the defined goals, to consider the interactive dependency with the environment at any time, precise conditions and structures for coaching, a conscious selection of the coaches and a strong support of the top management for coaching as a human resources development tool.

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei allen bedanken, die mich mit ihren Anregungen und Rückmeldungen bei der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Bedanken möchte ich mich bei den Coaches für die Interviews, ihre Offenheit und die Chance, die Arbeitsweise von erfahrenen Coaches kennenzulernen.

Bedanken möchte ich mich bei der Krankenhausgruppe, im Besonderen dem Team des Beratungszentrums, das es mir ermöglicht hat, die Daten aus den Coachingprozessen der vergangenen Jahre auszuwerten und Einblick in die Vorgehensweisen und Rahmenbedingungen dieses höchst erfolgreichen Coaching-Projektes zu erhalten.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinem Betreuer Mag. Dr. Fritz Weilharter für seine fachkundigen Anregungen, die wertvollen Hinweise, die zur Verfügung gestellte Zeit und die angenehme, wohlwollende Atmosphäre bei der Begleitung meiner Masterarbeit.

Ein ganz spezielles Dankeschön gilt meiner Frau Renate, die mir den nötigen Freiraum für die Erstellung der Masterarbeit gegeben und mich immer unterstützt hat.

# Inhaltsverzeichnis

---

Zusammenfassung

Abstract

Danksagung

1	Problemstellung und Begründung der Themenwahl .....	1
1.1	Persönlicher Zugang .....	2
1.2	Überblick über die Forschungslage.....	4
1.3	Diskursrelevanz.....	4
2	Coaching – vom Containerbegriff zu Definition und Abgrenzung.....	6
2.1	Wissenschaftliche Definitionen von Coaching.....	7
2.2	Charakteristika von Coachingprozessen.....	9
2.3	Verbandsdefinitionen von Coaching.....	10
2.4	Abgrenzung zu Psychotherapie, Training, Supervision, Mentoring, Beratung .....	11
2.5	Haltungen im Coaching .....	18
2.6	Einzelcoaching durch einen externen Coach .....	21
2.6.1	Anlässe für das Einzelcoaching von Führungskräften .....	22
2.6.2	Grenzen im Einzelcoaching .....	24
3	Ergebnisorientiertes Einzelcoaching .....	27
3.1	Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflexion .....	27
3.2	Der Umgang mit stark negativen/positiven Affekten.....	30
3.3	Methoden des ergebnisorientierten Coachings.....	32
3.3.1	Förderung der Reflexion und Ressourcenaktivierung.....	32
3.3.2	Ziele klären, Problemlösungen entwickeln und umsetzen .....	33
3.4	Voraussetzungen beim Klienten/bei der Klientin .....	34

4	Wirkfaktoren und Erfolgskriterien im Coaching .....	36
5	Führung in der Organisation Krankenhaus .....	41
5.1	Spezifika der Organisation Krankenhaus .....	41
5.2	Grundwidersprüche im Krankenhaus .....	44
5.3	Die vier Welten im Krankenhaus .....	45
5.4	Führung im Krankenhaus.....	49
5.4.1	Triviales – nicht-triviales Steuerungsmodell.....	50
5.4.2	Fit-Modell der Führung (Huf 2004, S. 22 ff) .....	55
5.4.3	Managementmodell von Henry Mintzberg .....	57
5.4.4	Mechanismen der Koordination und Steuerung.....	63
5.5	Schlussfolgerungen für Supervision und Coaching im Krankenhaus ..	65
6	Coachingkonzept in der Fallstudie .....	68
7	Untersuchungsmethoden und Hypothesen.....	74
7.1	Fragebogen.....	74
7.2	Halbstrukturierte Interviews.....	75
7.3	Datenerhebung: Interviews und Vorgehen bei der Auswertung .....	76
7.4	Hypothesen.....	78
8	Untersuchungsergebnisse .....	79
8.1	Auswertung der Fragebögen „Check-the-Coach“ .....	79
8.1.1	Reliabilität des Fragebogens von Bachmann/Jansen/Mäthner .....	79
8.1.2	Themen im Coaching.....	80
8.1.3	Ergebnisse zur Strukturqualität.....	82
8.1.4	Ergebnisse zur Prozessqualität .....	84

8.1.5	Ergebnisse zur Ergebnisqualität .....	87
8.1.6	Bewertung des Coachings und Note .....	89
8.2	Erfolg im Coaching.....	92
8.3	Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren im Coaching .....	94
8.4	Erfolgsfaktoren aus Sicht des ZEB.....	98
8.5	Erfolgsfaktoren aus Sicht der Coaches .....	100
9	Zusammenfassung .....	105
10	Literaturverzeichnis.....	108
11	Abbildungsverzeichnis .....	112
12	Anhänge .....	113

# 1 Problemstellung und Begründung der Themenwahl

---

Beratung ist auf der gesellschaftlichen Ebene im Vormarsch. Die Gründe liegen in der zunehmenden Unsicherheit, dem Wegfall von sinnstiftenden Orientierungen, Traditionen, der Individualisierung, der gestiegenen Komplexität und der geforderten, hohen, situationsspezifischen Flexibilität. Die Beratung bietet hier Unterstützung bei der Analyse, stellt Expertise zur Verfügung und hilft bei der Orientierung und Sinnproduktion (Bergknapp 2009, S. 20). Auch im wirtschaftlichen Kontext sind der Beratungsbedarf und die vielfältigen Beratungsangebote auf der Organisationsebene, der Teamebene und der Individualebene sprunghaft angestiegen. Eine Vielzahl von Schulen und Wissenschaftsdisziplinen beschäftigen sich damit, verschiedenste Methoden und Ausbildungen werden angeboten, aber die theoretische Fundierung hinkt dem nach. Diese Entwicklung betrifft auch das Themenfeld Einzelcoaching, mit dem ich mich in meiner Arbeit beschäftigen werde. Coaching ist zu einem populären „Containerbegriff“, der für alles und jedes verwendet wird (Böning & Fritschle 2005, S. 30), geworden. Ich möchte daher die Diskussion zu einer Konkretisierung des Begriffs, zu den Qualitätsmerkmalen und zur Abgrenzung von anderen Formen der Beratung wiedergeben und mich näher mit den Erfolgs-Voraussetzungen aufseiten der Coaches, der Coachees, der Auftraggeber sowie den Ergebnissen und den Wirkfaktoren von Coaching beschäftigen.

Ich habe die einmalige Gelegenheit erhalten – für die ich mich sehr herzlich beim Krankenhausträger bedanken möchte –, die Befragungsergebnisse (Fragebogen von Bachmann/Jansen/Mäthner) von konkreten Coachingprozessen mit Führungskräften in einer Krankenhausgruppe auszuwerten. Ich werde die Konzepte, die Maßnahmen der letzten Jahre, die Erfahrungen, die Ergebnisse, die Voraussetzungen und Wirkfaktoren im Führungskräfte-Coaching im Krankenhaus in dieser Fallstudie evaluieren, indem ich die Ergebnisse mit den Ergebnissen der Normstichprobe vergleiche. Im Fragebogen von Bachmann/Jansen/Mäthner

„Check-the-Coach“ werden Faktoren zur Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und zur Bewertung des Coachings aus Sicht der Coachees erhoben.

Weiters habe ich einige Coaches zu ihrem Coachingkonzept, zu ihren Interventionen, zu den förderlichen und hinderlichen Faktoren, zu Voraussetzungen im Coaching aus ihrer Sicht und zu ihrem Führungsverständnis qualitativ befragt. Ich werde die Aussagen der Coaches mit den Ergebnissen aus der Auswertung der Fragebögen vergleichen und werde versuchen, einen Zusammenhang mit dem Wirkmodell von Greif (Greif 2008, Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion), der die verschiedenen bisherigen Evaluierungsansätze zum Coaching in einem integrativen Wirkmodell zusammenfasst, herzustellen.

Mit dieser Evaluierung möchte ich dazu beitragen, dass das Instrument Coaching, seine Ergebnisse, Wirkungen und die förderlichen und hinderlichen Erfolgsfaktoren transparenter und mit empirischen Daten unterlegt werden. Für die Zukunft können daraus Ansatzpunkte für die Gestaltung von Coaching-Prozessen abgeleitet werden.

Um Coaching im Krankenhaus zu verstehen, ist es erforderlich, die spezifischen Bedingungen der Arbeit im Krankenhaus, die Widersprüche, die Organisationsdynamik und die aktuellen Veränderungsnotwendigkeiten zu berücksichtigen. Die Führung, das Führungssystem und die darin handelnden Führungskräfte sind in diesem Kontext in besonderer Weise gefordert. Führung im Krankenhaus ist jedoch nicht vergleichbar mit der Führung eines Wirtschaftsunternehmens. Führung im Krankenhaus als einer professionellen Organisation erfordert unterschiedliche Schwerpunkte, Bedingungen und Formen der Führung (Gloubermann & Mintzberg, 2001).

## **1.1 Persönlicher Zugang**

---

Ich bin seit vielen Jahren als Personalentwickler und Personalleiter in Krankenhäusern tätig. In den Gesprächen mit den Führungskräften und Mitarbeitenden waren die steigenden Anforderungen an die Führungskräfte und

Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, verursacht durch zunehmend knappere Ressourcen, hohe Qualitätsansprüche von Patienten/Patientinnen und Angehörigen, steigende ökonomische Zwänge, den rasanten, medizinischen Fortschritt und die Alterung der Bevölkerung, immer wieder ein Thema. Aufgrund der Multiplikatorenwirkung von Führungskräften kommt dem Coaching von Führungskräften zur Bewältigung der notwendigen Veränderungen im Rahmen der Personal- und Organisationsentwicklung eine wichtige Rolle zu.

Oft habe ich aber viele Vorbehalte gegenüber Coaching bis hin zu dessen Ablehnung wahrgenommen. Als Gründe wurden genannt: „Wer Schwächen hat, nimmt Coaching in Anspruch“ oder „Wie kann ein Außenstehender/Nichtkundiger uns bei unseren komplexen Problemen helfen!“ oder „Die Vertraulichkeit ist intern nicht gewährleistet!“

Ich kenne nur wenige Krankenhausträger, die in systematischer, organisierter Form den Führungskräften ein Führungskoaching anbieten, eine begleitende Befragung dazu installiert haben und an der Verknüpfung von individuellem und organisationalem Lernen arbeiten. Welchen Stellenwert Coaching hat, hat natürlich auch mit der Verankerung des Themas Coaching in der Organisation zu tun und mit den handelnden Personen bzw. dem Vertrauen, welches diesen entgegengebracht wird. Eine große Krankenhausgruppe in Oberösterreich hat hier eine Coaching-Kultur entwickelt, die neben einer Salzburger Krankenhausgruppe zu den Vorreitern in Österreich zählen. Dies hat mein Interesse geweckt.

Auf der Unternehmensseite ist oft die Frage, was bringt die Investition, wie muss diese gestaltet werden, damit die Erfolgswahrscheinlichkeit möglichst hoch ist. Dazu braucht es gesicherte Daten aus der Evaluation und eine vertiefte Analyse des Konzeptes Coaching für Führungskräfte im Krankenhaus. Dazu möchte ich mit meiner Arbeit beitragen. Daneben beschäftige ich mich in meiner Ausbildung und als Selbständiger mit diesem Thema und freue mich auf die Gespräche, Auswertungen und die dadurch gewonnenen Erkenntnisse.

## **1.2 Überblick über die Forschungslage**

---

Coaching hat sich als Instrument in der Personalentwicklung und als persönliche Unterstützung bei der Bewältigung verschiedenster Veränderungen, Problemstellungen und Zukunftsfragen immer mehr verbreitet. Aufgrund der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen, Ausbildungseinrichtungen und Anwendungsfelder entstand ein heute kaum mehr überblickbarer Coaching-Markt. Coaching ist kein geschützter Begriff, jeder kann das, was er tut, als Coaching bezeichnen. Daher gibt es das Bemühen von Verbänden und Wissenschaft um eine exakte wissenschaftliche Definition, um die Formulierung von Qualitätskriterien und um die Evaluation von Coachingprozessen. In der Evaluation gibt es bisher verschiedene partiale Ansätze, die von Greif (Greif 2008, Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion) miteinander verglichen und in seinem Wirkmodell integrativ zusammengefasst werden. Ich werde in dieser Arbeit die aktuellen verschiedenen Definitionen von Coaching darstellen, in einer Fallstudie das Führungskräfte-Coaching einer Krankenhausgruppe evaluieren und versuchen, einen Teil der Wirkfaktoren von Greif für erfolgreiches Coaching zu verifizieren bzw. zu falsifizieren.

## **1.3 Diskursrelevanz**

---

Anhand der Analyse der Fragebögen der Coachees, der Befragung der Coaches und des Teams des Beratungszentrums möchte ich Folgendes untersuchen:

- Wie sehen die Rückmeldungen zur Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der bisherigen Führungskräfte-Coachings aus? Wie sieht der Vergleich mit der Normstichprobe des Fragebogens aus? Wurden die Ziele, die sich die Organisation vom Coaching erwartet, erreicht?
- Wo liegen die Erfolgs-/Misserfolgskriterien für Coaching? Welche Voraussetzungen braucht es fürs Gelingen? Können einige Wirkfaktoren aus dem Wirkmodell von Greif mit den Ergebnissen der Fragebögen und der Interviews bestätigt werden? Welche Schlussfolgerungen können daraus für Coaching-Prozesse im Krankenhaus gezogen werden?

- Inwieweit sind Führungsverständnis, -modelle, -instrumente ein Thema im Coaching? Welches Führungsverständnis und welche Führungsmodelle sind im Krankenhaus passend und anschlussfähig?

Mit meiner Arbeit möchte ich dazu beitragen, dass der Begriff des Führungskräfte-Coachings im Krankenhaus, die Ergebnisse, der Nutzen, die Erfolgs- und Misserfolgskfaktoren besser eingeschätzt werden können, und dies mit den Daten aus der Fallstudie und den Erkenntnissen aus der Literatur belegen.

## **2 Coaching – vom Containerbegriff zu Definition und Abgrenzung**

---

Coaching ist zu einem sehr verbreiteten und für viele verschiedene Anwendungen und Bedeutungen verwendeten Begriff geworden. Gründe dafür sind:

- der Begriff ist nicht geschützt, jeder kann ihn für seine Zwecke verwenden;
- die Anwendungsfelder sind sehr vielfältig und verschieden – Sport-Coaching, Erziehung, Lebensberatung, Business-Coaching, Life-Coaching, persönliches Coaching etc.
- Coaching ist eine Methode und bedient sich in ihren Interventionen verschiedenster Wissenschaftsdisziplinen (Sozialwissenschaften, Psychologie, Betriebswirtschaftslehre, Philosophie ...) und Schulen: systemische Therapien und Beratungsformen, Gestalttherapie, Klientenzentrierte Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gruppendynamik, NLP, Psychodrama, Existenzanalyse, Kurzzeittherapie, Individualpsychologie etc.
- Coaching ist ein Marketingbegriff, der in vielen Bereichen anschlussfähiger ist als etwa Supervision und der sich gut verkaufen lässt. Keine Unternehmensberatung, die nicht auch Coaching im Programm hat.

Der Begriff Coach geht auf die ungarische Stadt Koks, die für ihre Pferdeutschen-Produktion bekannt war, zurück. Das englische Wort Coach bezeichnete die Kutsche und später dann auch den Kutscher/die Kutscherin. Das Wort wurde im englischsprachigen Raum für den Trainer/die Trainerin im Sport übertragen. Die Art und Weise des Sport-Coachings hat sich im Laufe der Zeit vom ehemaligen „Drillfeldweibel“ zum/zur psychologisch geschulten Spezialisten/Spezialistin, der/die mit einer Vielzahl von individuellen Interventionsmöglichkeiten die Sportler und Sportlerinnen zu Höchstleistungen bringt, gewandelt. Dieses Bild vom erfolgreichen Training von Spitzensportlern/-sportlerinnen wurde in den USA in der Begleitung von Top-Führungskräften auf die Wirtschaft übertragen (Dahinden et al. 2009, S. 24 f). Wobei der Vergleich

Sport-Coaching und Management-Coaching etwas hinkt, wie Radatz ausführte: Im Management erfolgt die Beratung „meist nicht während der Tätigkeit des Managers (Ausnahme Schattenberatung), die Handlungen sind niemals in derselben Art und Weise wiederholbar und im Management geht es nicht so sehr um schneller, höher, weiter, sondern zunehmend um ein in der Situation jeweils passenderes, anderes Vorgehen.“ (Radatz 2003, S. 82 f)

Im Bereich des Managements (Rauen 2005, S. 29 ff) hat der Begriff Coaching in Amerika seine Wurzeln in einer spezifischen Art des entwicklungsorientierten Führens (im Gegensatz zu rein fachlicher Führung) und in der karrierebezogenen Betreuung von Nachwuchs-Führungskräften in der Art des Mentorings. In Deutschland begann Coaching im Wirtschaftsbereich als Beratung von Top-Führungskräften durch externe Coaches. Mit dem Beginn der systematischen Personalentwicklung und insbesondere der Führungskräfteentwicklung etablierte sich Coaching durch interne und externe Coaches als wichtiges Instrument zur Entwicklung, zum Lernen und zur Unterstützung von Führungskräften sowie als spezifische Führungsaufgabe und Führungsphilosophie (Die Führungskraft als „Coach seiner/ihrer Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen“). In der Folge wurde Coaching in sehr verschiedenen Settings eingesetzt – Gruppencoaching, Teamcoaching, Konfliktcoaching, Projektcoaching, Selbstcoaching etc. – und hat sich auch in der Gesellschaft weiter ausdifferenziert. Damit verbunden waren eine Inflation und Verwässerung des Begriffes und das Bemühen um Qualitätsstandards, Evaluation und Professionalisierung des Coachings sowie Abgrenzung zu anderen Formaten.

## **2.1 Wissenschaftliche Definitionen von Coaching**

Die Definitionen, die ich gefunden habe, ähneln einander sehr. Unterschiede liegen darin, ob berufliche und private Ziele Thema im Coaching sind, ob es nur um Problembewältigung oder auch um Entwicklung und Ressourcenorientierung geht, ob Coaching nur auf Einzelpersonen gerichtet ist oder auch Gruppen umfasst und ob Coaching nur auf Führungskräfte und Experten/Expertinnen

beschränkt ist oder sich als „Life-Coaching“ auch an Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen richtet.

Rauen (Rauen 2001, S. 64) definiert „Coaching als interaktiven, personenzentrierten Beratungs- und Betreuungsprozess, der berufliche und private Inhalte umfassen kann und zeitlich begrenzt ist. Ziel ist die Wiederherstellung und/oder Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeiten des Klienten als Hilfe zur Selbsthilfe“.

Grant beschreibt dies sehr ähnlich: „Coaching is a goal-oriented, solution-focused process in which the coach works with the coachee to help identify and construct possible solutions, delineate a range of goals and options, and then facilitate the development and enactment of action plans to achieve those goals.“ (Grant 2006, S. 156)

Offermanns betont die Methodengeleitetheit und die Abgrenzung zur Psychotherapie, die ich im Folgenden noch näher beschreiben werde, und schlägt folgende Definition vor: „Coaching ist eine freiwillige, zeitlich begrenzte, methodengeleitete individuelle Beratung, die den oder die Beratenden darin unterstützt, berufliche Ziele zu erreichen. Ausgenommen ist die Behandlung psychischer Störungen.“ (Offermanns 2004, S. 65)

Radatz erweitert das Feld in Richtung Privatleben und sieht Coaching als „maßgeschneiderte Problemlösung im Spannungsdreieck von Beruf, Organisation und Privatleben oder in einem dieser drei Bereiche“. (Radatz 2003, S. 85)

Greif schärft den Begriff weiter und grenzt ihn vom allgemeinen persönlichen Beratungsbegriff ab, indem er als spezifisches Merkmal für Coaching die Förderung der ergebnisorientierten Problem- und Selbstreflexion in den Mittelpunkt stellt: „Coaching ist eine intensive und systematische Förderung ergebnisorientierter Problem- und Selbstreflexionen sowie Beratung von Personen oder Gruppen zur Verbesserung der Erreichung selbstkongruenter Ziele oder zur bewussten Selbstveränderung und Selbstentwicklung.

Ausgenommen ist die Beratung und Psychotherapie psychischer Störungen.“  
(Greif 2008, S. 59)

Aber nicht nur Greif, sondern auch andere Autoren, wie Böning & Fritschle (2005), Rauen (www.coaching-report.de, 31.5.2013), Stober & Grant (2006, S. 162 ff) nennen die Förderung der bewussten Selbstveränderung oder Selbstentwicklung, die Selbstreflexion, das Ausrichten der Problemlösung auf das Selbstkonzept des Klienten/der Klientin und seine/ihre selbstkongruenten Ziele als wichtige Elemente von Coaching – wobei nicht jedes Problem, welches im Coaching bearbeitet wird, eng mit dem Selbstkonzept verbunden ist (Beispiel Zeitdruck, Probleme im Umfeld, bei den Ressourcen etc.) und auch nicht in jeder Coaching-Sitzung das Selbstkonzept reflektiert wird. Aber professionelle Coaches sollen sich dadurch auszeichnen, dass sie derartige Selbstreflexionsprozesse und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstkonzept anregen und begleiten können. Greif bezeichnet dies als die „hohe Schule beim Coaching“. (Greif 2009, S. 58)

## **2.2 Charakteristika von Coachingprozessen**

Ein qualitätsvoller Coaching-Prozess weist folgende Charakteristika auf (Rauen 2005, S. 113 und www.coaching-report.de, 31.5.2013):

- Interaktiver, personenzentrierter Beratungs- und Begleitungsprozess auf gleicher Augenhöhe im Schnittpunkt von Beruf, Rolle, Organisation und Person – beruflich, aber auch privat.
- Der Coach agiert primär als Prozessberater/-beraterin, regt an, wie der Klient/die Klientin Lösungen entwickeln kann, und die Verantwortung für die Lösung bleibt beim Klienten/bei der Klientin.
- Freiwillige Beratungsbeziehung, die durch gegenseitiges Vertrauen, Wertschätzung und Diskretion gekennzeichnet ist.
- Ziel ist immer auch die Förderung von Selbstreflexion und -wahrnehmung, Bewusstsein und Verantwortung.

- Transparenz in den Interventionen und im Coachingkonzept, keine manipulativen Techniken.
- Zeitlich befristet und ausgerichtet an vereinbarten Zielen; oft entstehen weitere Ziele im Prozess, nicht alles ist vorgedacht.
- Die Coaches verfügen über psychosoziale, betriebswirtschaftliche Kompetenzen, persönliche Kompetenzen, methodische Kompetenzen und praktische Erfahrungen bzgl. der Anliegen der Klientinnen und Klienten.
- Voraussetzung aufseiten der Beratenen ist ein Anliegen, welches im Coaching bearbeitbar ist, und ein gewisses Maß an Selbstmanagement und persönlicher Veränderungsbereitschaft. (Rauen 2005, S. 294 ff)
- Die Wirksamkeit des Coaches hängt von seiner/ihrer Neutralität dem Klienten/der Klientin und dessen/deren Konstruktionen gegenüber ab und von seiner/ihrer Fähigkeit, die professionelle Distanz zu wahren.

### **2.3 Verbandsdefinitionen von Coaching**

---

Am umfassendsten ist die Definition des Austrian Coaching Council. Die Österreichische Vereinigung für Supervision sieht Coaching als eine Spezialform der Supervision.

**Coaching-Definition des Austrian Coaching Council (AAC):** „Coaching ist ein interaktiver personenzentrierter Beratungs- und Begleitungsprozess im beruflichen Kontext, der zeitlich begrenzt und thematisch (zielorientiert) definiert ist. Die individuelle Beratung von einzelnen Personen, Gruppen oder Teams richtet sich auf fachlich-sachliche und/oder psychologisch-soziodynamische Fragen bzw. Problemstellungen, die sich auf die Arbeitswelt beziehen. Coaching findet auf einer tragfähigen Beziehungsbasis statt, die durch Freiwilligkeit, gegenseitiges Respektieren und Vertrauen begründet ist und eine gleichwertige Ebene des Kooperierens bedingt.

Das Gespräch zielt immer auf eine Förderung von Selbstreflexion und -wahrnehmung, von Bewusstsein und Verantwortung und von Selbstmanagement ab.

Coaching arbeitet mit transparenten Interventionen nach dem Prinzip des Öffentlichmachens und des impliziten Vermeidens manipulativer Techniken, die der Entwicklung der Eigenkompetenz und Selbstreflexion entgegenwirken würden. Der Prozess baut auf die ressourcen- und lösungsorientierten Kompetenzen der Kunden und Kundinnen, die gefördert und aktiviert werden können. Coachs entwickeln gemeinsam mit den und nicht für die Kunden und Kundinnen individuell angemessene Lösungen in Passung an das System.

Coaching ist ergebnis- und lösungsorientiert und braucht daher evaluierbare Kriterien für das Erreichen konkreter Ziele und explizit formulierte operable Aufträge für Inhalte, Rahmen und Interventionen.“ ([http://www.coachingdachverband.at/index\\_html?sc=285962687](http://www.coachingdachverband.at/index_html?sc=285962687))

**Coaching-Definition der Österreichischen Vereinigung für Supervision (ÖVS):** „Coaching ist eine spezielle Form von Supervision, die sich primär an Einzelpersonen mit Führungsaufgaben wendet. Die Kompetenz des Coaches basiert auf einer umfassenden und anerkannten ÖVS-Supervisionsausbildung. Coaching arbeitet mit spezifischer Zielformulierung, Methodik und Vorgangsweise. Charakteristisch ist dabei die themenspezifische Unterstützung durch eine begrenzte Anzahl von Beratungen sowie die Vermittlung von Fähigkeiten in kurzen Trainingssequenzen.“ (<http://www.oevs.or.at/beratungsformate/coaching/>)

## **2.4 Abgrenzung zu Psychotherapie, Training, Supervision, Mentoring, Beratung**

---

Die Übersicht von Tomaschek auf der Homepage des Österreichischen AAC ([http://www.coachingdachverband.at/index\\_html?sc=285980015](http://www.coachingdachverband.at/index_html?sc=285980015) am 3.6.2013) mit der Einordnung der verschiedenen Beratungsformate in die Koordinaten Person – Organisation und personenzentriert – fachorientiert finde ich sehr treffend (Abb. 1). Ich möchte auf einzelne wesentliche Punkte in der Abgrenzung eingehen, ohne alle Felder im Detail zu beschreiben. Die horizontale Achse in der Darstellung beschreibt das Kontinuum von personenorientiert – d.h. die

Person mit ihrer Persönlichkeit, ihrer Geschichte, ihrer Verfasstheit steht im Mittelpunkt der Beratung – bis zu organisationsorientiert, d.h. die Organisation, der Zweck, die Strukturen, die Prozesse, der Kontext, das Umfeld der Organisation stehen im Zentrum der Beratung.

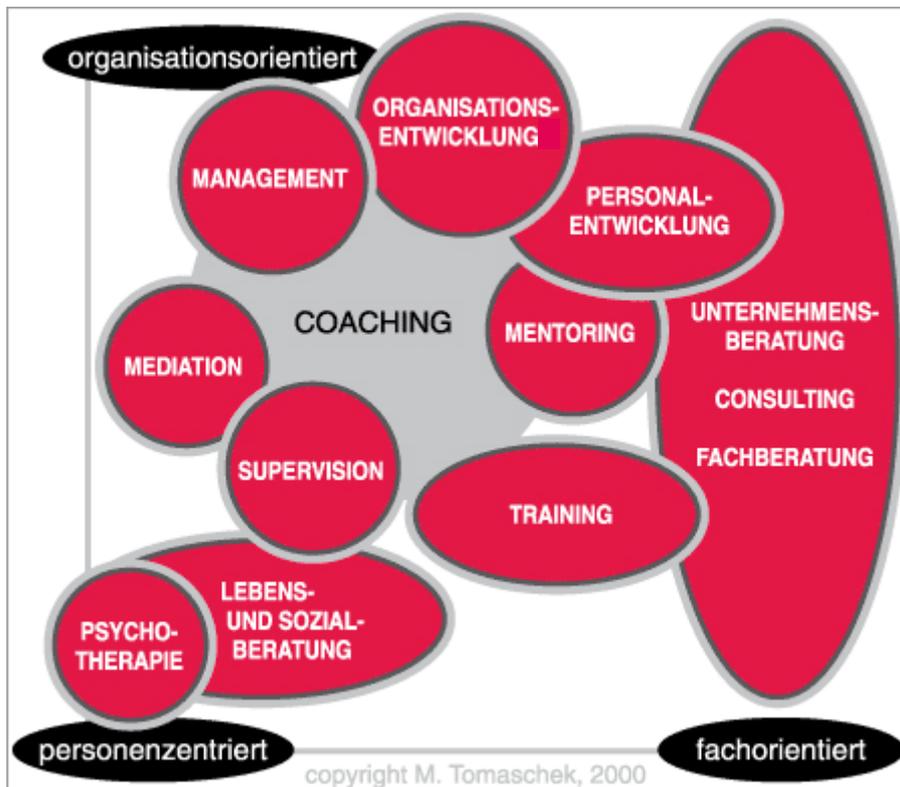


ABBILDUNG 1: ABGRENZUNG COACHING (TOMASCHEK M., HOMEPAGE DES AAC COACHINGVERBANDES)

- **Abgrenzung zur Unternehmensberatung, Fachberatung:**

In der Unternehmensberatung oder Fachberatung geht es darum, eine Expertise zur Verfügung zu stellen, die beim Klienten/bei der Klientin nicht vorhanden ist oder dieser/diese nicht entwickeln will. Die Expertise kann in einem Spezialwissen zu einem Thema, einer Vorgehensweise, einem Vergleich mit anderen Firmen (Benchmarking), einer Erhebung, etc. liegen. Der Experte/Die Expertin erhebt das Problem und schlägt aufgrund seiner/ihrer Expertise eine Lösung vor. Die Haltung entspricht dem von Schein beschriebenen Expertenmodell – Telling and Selling (Schein 2010, S. 25 ff) mit all seinen

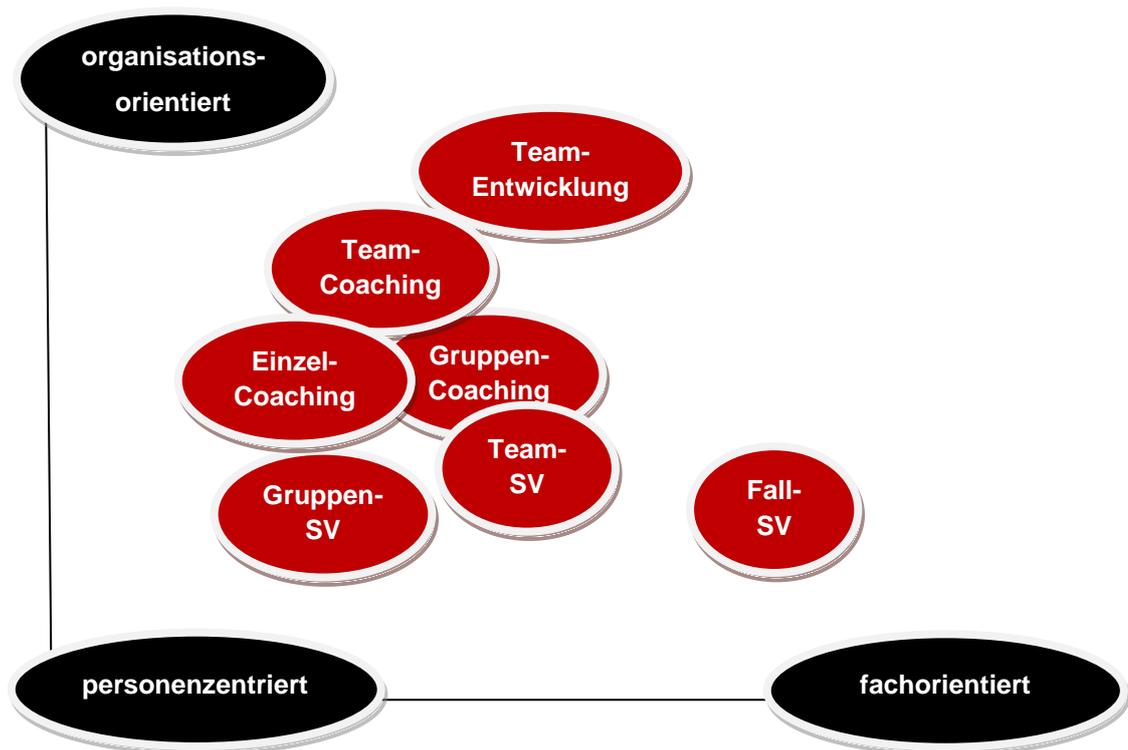
Konsequenzen und Voraussetzungen. Es gibt eine klare Rollenverteilung „Klient = Ratsuchender“ und „Berater = Experte“.

Auf der Ebene des Klienten/der Klientin wird Macht an den Berater/die Beraterin abgegeben, der/die wichtige Informationen zur Verfügung stellt. Gleichzeitig kommen oft der Kontext, die Situation und die Veränderungsmöglichkeiten des Klienten/der Klientin zu kurz. Dies führt oft zu einem Unbehagen und anschließenden Widerständen bei der Umsetzung von Expertisen. Im Coaching wird in der Haltung des Prozessberaters/der Prozessberaterin (Näheres dazu im folgenden Abschnitt „Haltung als Coach“) auf gleicher Augenhöhe gemeinsam mit dem Kunden/der Kundin dessen/deren eigene individuell passende Lösung entwickelt, der Coach liefert keine fertigen Expertenratschläge oder gar die Lösung!

- **Abgrenzung zur Supervision:**

Die Abgrenzung fällt hier nicht ganz leicht, da es sehr viele Gemeinsamkeiten im Vorgehen, in der Haltung und in den Interventionen gibt. Die Wurzeln sind unterschiedlich: Die Supervision kommt aus den helfenden, mit Menschen arbeitenden Berufen im Sozial- und Gesundheitsbereich, die zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Qualität der Dienstleistung systematisch das berufliche Handeln und die Zusammenarbeit im Team reflektieren. In weiterer Folge haben sich daraus verschiedene Formen der Supervision ausdifferenziert, wie z.B. Fallsupervision, Teamsupervision, Gruppensupervision, die ich im Kapitel über Supervision und Coaching im Krankenhaus kurz beschreiben werde. In der überblicksartigen Darstellung von Tomaschek (Abbildung 1) wird diese Differenzierung der Supervisionsformen, ebenso wie beim Begriff Coaching (Differenzierung in Einzelcoaching, Teamcoaching, Gruppencoaching), noch nicht vorgenommen. Daher habe ich in Weiterführung dieser Darstellung die verschiedenen Supervisions- und Coachingformen in der folgenden Abbildung 2 dargestellt.

Coaching kommt aus dem Sportbereich, wurde auf das Management im Profit-Bereich übertragen, und dient der Unterstützung bei der Problembewältigung und Zukunftsausrichtung. Coaching ist zeitlich begrenzt, dauert kürzer und ist stärker handlungs- und lösungsorientiert. Coaching richtet sich tendenziell vor allem an Führungskräfte und Experten/Expertinnen, Supervision richtet sich an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ein Unterschied liegt auch in den unterschiedlichen Anlässen und Themenschwerpunkten: Im Coaching liegt der Fokus auf der jeweiligen Person, die mit gegebenen Stärken/Schwächen/blindem Fleck/Selbstkonzept und privatem Umfeld ihre Führungsrolle in einer Organisation, in einer spezifischen Situation zur Erreichung spezifischer Ziele wahrnimmt und reflektiert.



**ABBILDUNG 2: SUPERVISIONS- UND COACHINGFORMEN (EIGENE DARSTELLUNG), SV = SUPERVISION**

In der **Fallsupervision** werden im Krankenhaus herausfordernde Situationen mit Patientinnen und Patienten oder Angehörigen vor dem Hintergrund der unterschiedlichen professionellen Berufsrollen in der Gruppe oder im Team besprochen. Ziel ist die Entlastung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die Weiterbildung der Mitarbeitenden und die Weiterentwicklung der fachlichen Standards.

Die **Gruppensupervision** ist ein Angebot an Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen unterschiedlicher Abteilungen, die dieselbe oder eine ähnliche Funktion ausüben, nicht direkt miteinander kooperieren und in der Gruppe gemeinsam ihre berufliche Praxis reflektieren.

An der **Teamsupervision** nehmen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleicher oder unterschiedlicher Berufsgruppen teil, die alle im selben Team arbeiten. In der Teamsupervision werden Fragen der Zusammenarbeit, der Kommunikation untereinander und der Aufbau- und Ablauforganisation reflektiert.

Das **Einzelcoaching** hat als Adressat die einzelne Führungskraft. Das **Gruppencoaching** richtet sich an Führungskräfte aus verschiedenen Bereichen mit gleicher Funktion. Das **Teamcoaching** ist ein Angebot für die Führungskräfte unterschiedlicher Berufsgruppen, die direkt miteinander im Team kooperieren.

Die **Teamentwicklung** ist eine mehrstufige Personalentwicklungsmaßnahme zur Entwicklung eines bestehenden oder eines neuen Teams, welches an einer gemeinsamen Aufgabe oder einem gemeinsamen Ziel arbeitet.

- **Abgrenzung zur Psychotherapie:**

Die Psychotherapie beschäftigt sich mit der Bearbeitung von Persönlichkeitsstörungen, Krisen, Ängsten und unterstützt Klienten/Klientinnen bei der Persönlichkeitsentwicklung und Heilung. Sie arbeitet mit deutenden und aufdeckenden Verfahren und ist mehr auf individuelles Verhalten und Erleben fokussiert. Sie versucht tieferliegende Zusammenhänge, Dispositionen in der Persönlichkeit bearbeitbar zu machen. Sie ist in der Regel in der akuten Situation

zeitlich dichter und inhaltlich intensiver als die Beratung. Sie gibt meist einen fixen zeitlichen Rhythmus mit einer hohen Verpflichtung zur Einhaltung derselben vor, geht mehr in die Vergangenheit und beinhaltet die Reflexion von privaten Beziehungen aus der Herkunftsfamilie. (Loos 2006, S. 114)

Coaching richtet sich an „gesunde Menschen“ mit intakten Selbstregulationsmechanismen, die ihre beruflichen Situationen selbstreflektiert und eigenmächtig meistern können. Die berufliche Rolle und die damit in Verbindung stehenden inneren und äußeren Einflüsse sind der Kern des Coachings.

- **Abgrenzung zum Training:**

Training dient dem Aufbau bestimmter Verhaltensweisen und Fertigkeiten, d.h. es steht meist das Erlernen eines „idealen“ Ablaufmusters im Vordergrund. Darüber hinaus gehende individuelle Bedürfnisse des Klienten/der Klientin, Fragen zu seiner/ihrer Rolle, Widersprüche in der Organisation etc. treten gegenüber den Trainingsinhalten in den Hintergrund. Training kann als Teilmaßnahme im Coaching eingesetzt werden, z.B. um Verhaltensdefizite zu korrigieren. Das Coaching bietet dann den Anlass und den Rahmen, spezielle Fertigkeiten aufzubauen bzw. zu verbessern.

- **Abgrenzung zum Mentoring:**

Mentoring ist eine Methode der individuellen Personalentwicklung und meint in der Regel die „Patenschaft“ zwischen einem/einer jungen bzw. neu zu einer Organisation hinzugekommenen Mitarbeitenden und einer erfahrenen Führungskraft. Aufgabe des Mentors/der Mentorin ist die Vermittlung organisationsspezifischen, informellen Wissens, der „Erfahrung“ des Mentors/der Mentorin, die Unterstützung bei der Einarbeitung, die Einführung in Netzwerke und teilweise auch eine karrierebezogene Beratung. Je nach Ausbildungsstand der Mentoren/Mentorinnen werden Coaching-ähnliche Methoden eingesetzt. Oft

sind Mentor/Mentorin und Mentee aus dem gleichen Unternehmen. Mentoring ist damit eine Teilmenge von Coaching mit eingeschränktem Umfang.

- **Abgrenzung zur Personal- und Organisationsentwicklung:**

Coaching ist eine Methode bzw. Maßnahme (unter vielen anderen) in der Personal- und Organisationsentwicklung. Sie wird in der Integration neuer Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen und Führungskräfte, in der Entwicklung von bestehenden Führungskräften und Nachwuchs-Führungskräften, zur Bearbeitung von Themen, die sich aus der Schnittstelle Person, Rolle und Organisation ergeben, zur Potenzialentwicklung und zur Begleitung von Schlüsselpersonen oder Teams in Veränderungsprozessen eingesetzt. Coaching als Unterstützung von Führungspersonen, Veränderungsmanagern/-managerinnen und Leitungsteams ist zu einem wichtigen Baustein im Rahmen von Organisationsentwicklungsprojekten geworden. Teamentwicklung legt in einem mehrstufigen Prozess den Fokus auf die Entwicklung eines Teams, welches an einem gemeinsamen Ziel arbeitet oder arbeiten wird. Ziele sind die Steigerung der Teamleistung und der Arbeitszufriedenheit der Gruppenmitglieder.

- **Abgrenzung zur Mediation:**

Mediation ist ein mehrstufiges, strukturiertes Konfliktregelungsverfahren, wo zwei oder mehrere Personen für ihre Konflikte eine eigenständig getroffene, für alle Beteiligten tragbare Lösung mit Hilfe eines Mediators/einer Mediatorin entwickeln wollen.

Coaching wird demgegenüber in der Prävention, im frühzeitigen Erkennen von Konfliktpotenzialen und im Konfliktcoaching bis zu einer mittleren Eskalationsstufe von Konflikten (z.B. Stufe 5 nach Glasl) eingesetzt.

- **Abgrenzung zur Lebens- und Sozialberatung:**

Der Fokus in der Lebens- und Sozialberatung liegt auf den gesamten Feldern sozialen Handelns sowohl im Beruf als auch im Privatleben. Neben der Persönlichkeitsberatung wird stärker pädagogisch interveniert und werden Hilfen und Informationen zur Verfügung gestellt. Im Coaching liegt der Fokus schwerpunktmäßig auf dem Berufs- und Rollenfeld und das Vorgehen orientiert sich am Modus der Prozessberatung.

## **2.5 Haltungen im Coaching**

Die Haltung des Coaches im Coaching entspricht der eines Prozessberaters/einer Prozessberaterin, wie sie Ed. Schein definiert hat. „Prozessberatung ist der Aufbau einer Beziehung mit dem Klienten/der Klientin, die es diesem/dieser erlaubt, die in seinem/ihrem internen und externen Umfeld auftretenden Prozessereignisse wahrzunehmen, zu verstehen und darauf zu reagieren, um die Situation, so wie er/sie sie definiert, zu verbessern.“ (Schein 2010, S. 39). Letztendlich geht es darum, Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Prozessberatung ist vor allem eine Haltung, eine Philosophie über den Prozess des Helfens. Die Einsicht, dass es weder meine Aufgabe ist, mir die Probleme des Klienten/der Klientin selbst aufzuladen, noch, rasch Rat und Lösungen für Probleme anzubieten, die ich nicht selbst durchlebe, ist für mich, der ich viele Jahre in Expertenorganisationen gearbeitet habe, sehr wichtig geworden. Nur der Klient/die Klientin muss mit den Folgen des Problems und der Lösung leben, nicht der Coach. Und nur er/sie kann abschätzen, wie komplex die Situation wirklich ist und welche Maßnahmen in der jeweiligen Kultur anschlussfähig sind. Daher wird jeder Schritt mit den Klientinnen und Klienten abgesprochen, um so für sie eine maximale Einsicht in die sie beeinflussenden Prozesse und Beziehungen zu gewährleisten, sodass dadurch die Initiative immer bei den Beratenen bleibt und gestärkt wird. Als Coach beobachte ich die Aufgaben, die Beziehungen, die Arbeitsabläufe, formelle und informelle Meetings meiner Klientinnen/Klienten, die formalen Strukturen, die Beziehungen untereinander

und zu mir sowie die Gefühle, die die Beziehung zum Klienten/zur Klientin bei mir auslöst. Dahinter steht die Annahme, dass „alle Organisationsprobleme im Grunde von zwischenmenschlichen Problemen geprägt sind.“ (Schein 2010, S. 40). Unabhängig von den technischen, finanziellen und politischen Rahmenbedingungen sind es Menschen, die die Organisationen entwickeln, die Veränderungen trotz Widerständen umsetzen, die von diesen Gegebenheiten beeinflusst werden und darauf reagieren. Die Prozessberatung ist kein Dogma, sondern ist ein Bündel von Verhaltensweisen und Vorgehensweisen, bei dem ich in jeder Phase des Coaching-Prozesses gemeinsam mit den Beratenen prüfe, was für diese hilfreich ist. In einem sollte der Prozessberater/die Prozessberaterin Experte bzw. Expertin sein: Er/Sie sollte wissen, was in der Beratungsbeziehung vor sich geht, welcher Modus für die aktuelle Situation passend ist und dazu beiträgt, dass die helfende Beziehung weiter aufgebaut wird.

Wenn die Klientin/der Klient nur einen Rat, eine Information will und ich ihr/ihm diese Information gebe (= in die Expertenrolle schlüpfe), ist dies in Ordnung. Ich muss mir nur über die Konsequenzen für die Beratungsbeziehung und die Eigenverantwortung des Beratenen bewusst sein. Die Haltung als Expertenberater bzw. -beraterin oder noch verstärkt das Arzt-Patienten-Modell (Radatz 2003, S. 90 ff) führen zu einer asymmetrischen Beziehung zwischen Beratenem/Beratener und Coach, die die Verantwortungsübernahme durch die Klientinnen und Klienten behindert und den Druck für den Berater/die Beraterin, die „richtigen, passenden“ Lösungsvorschläge zu finden, erhöht. Eine gründliche Situationsanalyse unter Einbeziehung des Beratenen wird verhindert und es benötigt viele Voraussetzungen, damit überhaupt eine passende inhaltliche Lösung gefunden wird. Aber diese Haltung verschafft der Beraterin/dem Berater Macht und Autorität. Ein qualitatives Coaching, welches zur Selbstreflexion, Selbstentwicklung, zu Bewusstsein und Verantwortungsübernahme befähigen soll, ist ohne die Haltung als Prozessberaterin oder Prozessberater nicht denkbar.

Im Krankenhaus als Expertenorganisation und als Organisation zur Behandlung und Heilung von kranken, hilfsbedürftigen Menschen – wie im Kapitel 6.1 Spezifika der Organisation Krankenhaus noch näher ausgeführt wird – wird meiner Beobachtung nach mit Beratung vor allem die Expertenberatung und das Arzt-Patienten-Modell verbunden. Insbesondere im ärztlichen Bereich ist diese Sicht von Beratung sehr verbreitet, da sie mit der eigenen Berufslogik übereinstimmt. Es gibt weitere Einsatzfelder, etwa in der Krisenintervention oder bei der Behandlung von psychischen Störungen, wo diese Beratungsform sinnvoll ist. Im Krankenhaus gibt es einerseits eine große Vorsicht vor externen Beratenden – was können die externen (vielleicht sogar branchenfremden) Berater/Beraterinnen uns schon über unser komplexes System „Neues“ erzählen? – und andererseits die Einstellung: Wenn Beratung, dann nur durch ausgewiesene Experten/Expertinnen auf hohem, möglichst internationalem, akademischen Niveau im Modus der Expertenberatung. Die reine Prozessberatung ist eher fremd und wird nicht als Expertise gesehen. Wenn in Krankenhäusern in den letzten Jahren Beratung von Externen in Anspruch genommen wurde, so waren es aus meiner Sicht vor allem inhaltliche Themen nahe am Kerngeschäft, wie etwa die Einführung eines neuen Qualitätsmanagementsystems, die Überprüfung des Risikomanagements in Hochrisiko-Abteilungen, die Zertifizierung der Qualitätssysteme, die strategische Neupositionierung von Abteilungen bei stark veränderten Umweltbedingungen, die Neuorganisation des OP-Managements, die Einführung einer neuen Betriebsorganisation im Zuge von Krankenhaus-Neubauten, die technische Automatisierung von Supportprozessen, die Einführung neuer wirtschaftlicher Steuerungsmittel, die EDV-Unterstützung (medizinischer Arbeitsplatz) und die Öffentlichkeitsarbeit. Aber auch bei Themen wie beispielsweise der Fortbildung der Führungskräfte habe ich erlebt, wie Anbieter mit stark prozessorientierten Designs nicht zum Zug kamen, sondern Anbieter, die im Expertenmodus suggerierten, wie gute Führung aussieht. Gleichzeitig hat sich in den letzten Jahren immer mehr die Erkenntnis durchgesetzt (auch aufgrund gescheiterter Projekte), dass ohne die intensive Einbeziehung der Experten vor Ort keine

optimalen und tragfähigen Lösungen gefunden werden. Diese stehen aber oft nur für sehr kurze Zeit zur Verfügung. Es braucht daher speziell im Krankenhaus eine hohe Expertise und Feldkompetenz, eine gründliche Analyse und Zielklärung, eine straffe Projektsteuerung und eine intelligente und ressourcenschonende Einbeziehung der Experten vor Ort, die durch die Hierarchie unterstützt und eingefordert wird. Ausgehend von den anfänglichen Erwartungen im Sinne der Expertenberatung gilt es im Zuge des Projektes der Begleitung, zunehmend auf die Vorgehensweisen der Prozessberatung umzuschwenken und die Experten/Expertinnen vor Ort in ihrer Selbststeuerung zu unterstützen, das Problem beim Kunden/bei der Kundin zu belassen, sich nicht als „Experte/Expertin“ verführen zu lassen, im Fragemodus zu bleiben und in allen Projektschritten die Chancen für den Umstieg in den Prozessberatungs-Modus zu nützen.

## **2.6 Einzelcoaching durch einen externen Coach**

In der Regel wird unter Coaching das Einzelcoaching, also die personenzentrierte Beratung eines Coachee durch einen externen Coach, verstanden. Der Fokus liegt darauf, wie die Managerrolle von der Person bewältigt wird. Insbesondere Looss bezeichnet diese Form als das eigentliche Coaching. (Looss 2006, S. 16) Das Coaching kann vom Klienten/von der Klientin privat organisiert oder als Maßnahme der Personalentwicklung vom Unternehmen zur Verfügung gestellt werden. In diesem Fall sind Auftraggeber, externer Coach, Coachee, direkte/direkter Vorgesetzte/Vorgesetzter oder Stabstelle Coaching bzw. Personalentwicklung in der Auftragsklärung entsprechend zu berücksichtigen.

Die Vorteile eines externen Coaches im Vergleich zum internen Coach liegen in folgenden Bereichen: (Rauen 2005, S. 118)

- Der externe Coach ist nicht durch eine Rolle in der Organisation „vorbelastet“, er/sie ist unabhängiger, kann freier agieren und

insbesondere zu oberen Führungskräften eine intensive Beratungsbeziehung aufbauen.

- Der externe Coach bringt Sichtweisen aus anderen Firmen, Beratungsprozessen ein und hat seine/ihre organisationsbezogenen „blinden Flecken“ nicht an den gleichen Stellen wie der Klient/die Klientin.
- Es gelingt ihr/ihm besser neutral zu bleiben, da sie/er vor allem der Klientin/dem Klienten verpflichtet ist. Dies führt zu einem größeren Vertrauen und einer größeren Offenheit.
- Die Diskretion ist besser bei externen Coaches gewahrt.

Überall dort, wo es auf Diskretion, geschützte Atmosphäre und innovative Impulse ankommt, sind externe Coaches zu favorisieren.

Aber auch interne Coaches haben ihre spezifischen Stärken, da sie besser über das Umfeld, die Grenzen und Spielräume und die bisherigen Lösungsversuche in der Organisation Bescheid wissen. Ich möchte jedoch die spezielle Dynamik von internen Coaches hier nicht näher erörtern, da im untersuchten Projekt ausschließlich externe Coaches im Einsatz waren und diese Thematik den Rahmen der Masterarbeit sprengen würde.

Die exklusive Beratungsbeziehung mit einem externen Coach ermöglicht ein sehr individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse und die Situation der Klientin/des Klienten sowie einen großen Freiraum für die Interventionen der Beraterin/des Beraters. Es braucht jedoch eine gleichwertige Position zwischen Coach und Coachee. Mit einem Beziehungsgefälle vom Coachee zum Coach ist insbesondere im oberen Management eine wirksame Coachingarbeit nicht möglich (Looss 2006).

---

### **2.6.1 Anlässe für das Einzelcoaching von Führungskräften**

---

Diese liegen a) in den generellen spezifischen Herausforderungen des Managerberufes (Looss spricht z.B. von einer „berufsspezifischen Deformierung“) und in der Art und Weise, wie die Person mit der Rolle umgeht,

- b) in persönlichen Lebensentscheidungen und persönlichen Lernprozessen und
- c) in organisations-bezogenen Auslösern für Einzelcoaching.

**a) Spezifische Herausforderungen des Managerberufes** (Looss 2006, S. 39 ff): In der Managerrolle gilt es verstärkt, schlecht definierte Probleme mit anderen Menschen gemeinsam zu lösen. Die Manager sind sehr sichtbar in ihrem Handeln, sie werden am Ergebnis, nicht an der Anstrengung gemessen, wobei die Messkriterien oft wechseln. Die Managerrolle ist von vielen Widersprüchen, bei denen es kein Entweder-Oder gibt, sogenannten Dilemmata der Führung, gekennzeichnet, wie sie von Neuberger (1985, S. 53 ff) oder Mintzberg (2011, S. 205 ff) beschrieben werden. Um diese permanenten Widersprüche auszuhalten, braucht es die Fähigkeit, sich zu distanzieren, Ich-Stärke, viel Energie, Motivation, Konflikttoleranz, eigene Werte und Austausch- bzw. Reflexionsmöglichkeiten. Demgegenüber steht die Einsamkeit an der Spitze, der Widerspruch zwischen Sicherheit geben und Richtung vorgeben, das „Alleskönner-Sein“ und notwendiges „Unsicher-Sein“. Die steigenden Turbulenzen von außen, vom Gesundheitssystem, von den Geldgebern, vom Markt her führen intern zu immer schnelleren und weitreichenderen Veränderungsdynamiken, die auch bei Führungskräften Ängste auslösen. Der Umgang mit diesen Ängsten wird nicht gelernt, sie werden oft überspielt oder verdrängt. Da wenig Achtsamkeit oder Prävention im Management gegeben ist, wird versucht, dies alles individuell durch persönlichen Einsatz und durch persönliche Strategien zu bewältigen. Dies kann zu hohem Stress, zu Überforderung, Burn-out und in weiterer Folge zu körperlichen, psychosomatischen und psychischen Krisen führen.

**b) Persönliche Lebensentscheidungen und Lernprozesse** (Looss 2006, S. 51 ff): Hier geht es z.B. um die Gestaltung der beruflichen Zukunft, einen Wechsel des Berufes/der Tätigkeit, den Schritt in die Selbständigkeit, die

Auseinandersetzung mit Werten oder Sinnfragen oder lebensphasenbezogenen Fragen, dem Loslassen und Übergeben im Zuge der Unternehmensnachfolge.

**c) Organisationsbezogene Auslöser** (Looss 2006, S. 48 ff): Wesentliche Veränderungen der Berufsrolle infolge von Umorganisationen, die z.B. die Aufgaben, die Kompetenzen, Einflussmöglichkeiten, die Zusammenarbeitspartner, den geografischen Ort, die Arbeitsziele, die Anforderungen, Wissen, Werte, Normen verändern, erfordern eine Veränderung der beruflichen Identität. Derartige Veränderungen brauchen ihre Zeit und hinterlassen am Anfang immer ein „Identitätsloch“. Berufliche Identität bedeutet Sicherheit, institutionelle Zugehörigkeit, die gilt es wieder zu erarbeiten. Insbesondere durch die letzte Spitalsreform in Oberösterreich sind Führungskräfte in Krankenhäusern mit großen Veränderungsaufträgen und hohen Erwartungen konfrontiert.

Weiters sind die in den Organisationen und in der Hierarchie eingebauten Widersprüche – insbesondere die Widersprüche in der Organisation Krankenhaus und die stark horizontal und vertikal segmentierte Organisation mit den drei Säulen Medizin – Pflege – Verwaltung (ich komme darauf noch später zu sprechen) Anlass und Thema im Coaching von Leitungspersonen oder Leitungsteams.

---

### **2.6.2 Grenzen im Einzelcoaching**

---

Wie jedes Setting hat das Einzelcoaching auch Grenzen, die im Verlauf eines Coaching-Prozesses sorgfältig beachtet werden sollten. Daher gilt es den Coaching-Prozess kritisch zu hinterfragen: Können die Coachingziele in diesem Setting erreicht werden? Welche Auswirkungen hat das Coaching auf das private und berufliche Umfeld? Sind die Haltung und die Interventionen des Coaches passend? Sind die Voraussetzungen aufseiten des Coachees für ein erfolgreiches Coaching gegeben (ausreichender Veränderungswille und Veränderungsfähigkeit, Selbstwahrnehmung)?

### **Im Kontext Krankenhaus gilt es folgende Grenzen (Gefahren) zu beachten:**

- Das Coaching fokussiert zu stark auf die Ziele des Coachees und vernachlässigt die Auswirkungen auf das Umfeld. Es besteht die Gefahr, dass es „zu einer elitären Förderung der hierarchischen Durchsetzungsmacht einzelner Führungskräfte verkommt.“ (Rauen 2005, S. 127) Insbesondere im Krankenhaus mit seiner stark arbeitsteiligen und eng verzahnten Aufbau- und Ablauforganisation ist die Berücksichtigung der Auswirkungen auf die anderen Berufsgruppen von der Auftragsklärung bis zum Abschluss sehr wichtig, damit es im Coaching-Prozess nicht zu Irritationen und Konflikten kommt.
- Die Neutralität zur Situation, zur Person, zur Organisation ist nicht mehr gegeben. Die „Allparteilichkeit“ allen betroffenen Berufsgruppen gegenüber aufrechtzuerhalten ist im Krankenhaus sehr herausfordernd, wie es ein Coach im Krankenhaus geschildert hat. Immer müssen auch die Positionen von nicht Anwesenden, jedoch Betroffenen mitberücksichtigt werden.
- Wenn die Themen im Coaching ihre Wurzeln in schlecht definierten Organisationsfragen oder in einer speziellen Teamproblematik haben, so sind andere Beratungsformen (z.B. Teamentwicklung, Team-, Projekt-Coaching) erfolgversprechender.
- Ich muss mir bewusst sein, dass ich immer mit den subjektiven Wahrnehmungen des Coachees arbeite.
- Das Feedback des Klienten/der Klientin, ihre/seine Selbstreflexion, ihre/seine Selbstverantwortung, ihre/seine Selbstregulation verkümmern.
- Im Laufe des Prozesses kommt es zu persönlichen Verstrickungen des Coaches. Oder: Der Coach verliert seine/ihre eigene innere Sicherheit und fühlt sich überfordert.
- Die Eskalationsstufen eines Konfliktes gehen über ein mittleres Maß hinaus und erfordern eine Mediation.

- Die Grenzen zur Psychotherapie, zu psychischen Störungen werden überschritten (Looss 2006, S. 113) oder akut auftretende psychosomatische oder psychische Erkrankungen erfordern eine Krisenintervention oder eine Heilbehandlung.
- Die ethischen Grundsätze des Coaches oder des Berufsstandes werden im Coaching verletzt.

### **3 Ergebnisorientiertes Einzelcoaching**

---

In diesem Kapitel möchte ich die spezifischen Qualitäten des ergebnisorientierten Einzelcoachings, welches zur Stärkung der Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflexion beiträgt, darstellen: Wie entsteht Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflexion? Wie und mit welchen Methoden können diese im Coaching aktiviert und gefördert werden? Welche Voraussetzungen braucht es beim Coachee?

#### **3.1 Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflexion**

---

Wenn Selbstreflexion ein wesentliches Qualitätsmerkmal von Coaching ist, stellt sich die Frage: Wie kommt es zur Selbstreflexion? Dazu sollen vorerst einige Begriffe erläutert werden:

Unter **Selbstaufmerksamkeit** versteht Greif „eine besondere Form der Aufmerksamkeit einer Person, bei der durch äußere oder innere Auslöser beiläufig implizite oder explizite Normen oder Vorstellungen aus dem Selbstkonzept des Individuums oder der Gruppe aktiviert werden“. (Greif 2008, S. 35)

Das **individuelle Selbstkonzept** einer Person umfasst nach Greif (2008, S. 24) „die Gesamtheit aller bewussten, subjektiv wichtigen Vorstellungen, die eine Person von sich als reale oder ideale Person hat, einschließlich aller charakteristischen und subjektiv als wichtig eingeschätzten Ziele, Bedürfnisse, Merkmale und Entwicklungspotenziale sowie Normen und Regeln, an denen sie sich orientiert oder anstrebt zu orientieren“. Dieses individuelle Selbstkonzept entwickelt sich durch „bewusstes Verarbeiten intuitiver und gefühlsmäßiger Erfahrungen und bewusste Selbstbewertung im gesamten Lebenslauf“. (Greif 2008, S. 48) Dabei verarbeitet die Person die eigenen Erfahrungen, aber auch die Impulse von Schlüsselpersonen und Bezugsgruppen. Ob sie sich dabei eher an ihren individuellen Werten, den Gruppenwerten oder den Kulturwerten orientiert, ist je nach Persönlichkeit (interdependent oder independent) und nach Kulturkreis (individualistisch oder konfuzianisch) oder Schicht (im Zentrum der

Gesellschaft oder am Rand), der sie angehört, verschieden. Wenn reales und ideales Selbstkonzept miteinander verglichen werden, so spricht man von Selbstreflexion.

**Individuelle ergebnisorientierte Selbstreflexion** bedeutet – in Abgrenzung zum „ziellos kreisenden Grübeln“ –, dass aus der Reflexion „Folgerungen für künftige Handlungen oder Selbstreflexionen entwickelt“ werden. (Greif 2008, S. 40) Im Coaching werden Situationen, Verhaltensweisen, Erlebnisse analysiert mit dem Ziel, Klarheit über die Ziele zu erhalten oder Probleme zu lösen und über sich und seine Handlungen mit Bezug zum realen und idealen Selbstkonzept zu reflektieren.

Neben dem individuellen Selbstkonzept gibt es analog auch ein gemeinsames Selbstkonzept einer Gruppe, und wenn darüber untereinander verbal oder nonverbal kommuniziert wird, auch eine **ergebnisorientierte Gruppenselbstreflexion** (Greif 2008, S. 42). Voraussetzung dafür sind die individuelle Selbstreflexion der Gruppenmitglieder sowie die Kommunikation über die Handlungen und den Bezug zum realen und idealen **Gruppenselbstkonzept**. Ergebnisorientiert bedeutet in Analogie, dass daraus Konsequenzen für künftige Handlungen oder Gruppenselbstreflexionen abgeleitet werden.

Je nachdem, was Gegenstand der Reflexion ist, können nach Argyris & Schön (1978) drei Ebenen des Lernens unterschieden werden:

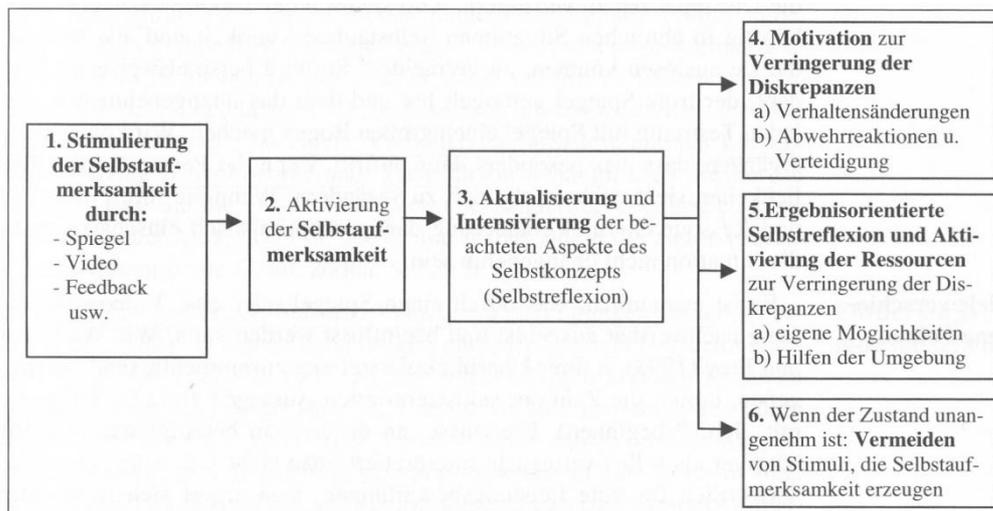
**A) Single-Loop-Lernen:** Ich löse ein Problem und vergleiche die Lösung mit dem Ziel. Wenn ich das Ziel nicht erreiche, verändere ich einzelne Faktoren oder Verhaltensweisen, bis ich das gewünschte Ergebnis erhalte.

**B) Double-Loop-Lernen:** Hier denke ich über das Ziel, die Wirkzusammenhänge, die dahinter liegenden Annahmen und Voraussetzungen sowie die Ergebnisse nach.

**C) Deutero-Lernen:** Hier werden sowohl Single- als auch Double-Loop-Lernprozesse analysiert und verbessert. Ich betrachte das Lernen, das Umfeld, die Annahmen, die Prozesse, das dahinterliegende System etc.

## Nun zum Modell von Greif zur Selbstreflexion:

Greif hat eine von Duval und Wicklund entwickelte Theorie über die Wirkungen der Aktivierung der Selbstaufmerksamkeit aufgegriffen und erweitert – siehe Abbildung 3.



**ABBILDUNG 3: THEORIE DER SELBSTAUFMERKSAMKEIT UND SELBSTREFLEXION (GREIF 2008, S. 77)**

Durch einen entsprechenden Stimulus, etwa einen Spiegel, ein Video, ein Feedback, ein Gefühl, eine Körperempfindung, Prüfungen, neue Aufgaben, Fragebögen, ein Feedbackgespräch über Stärken/Schwächen, Assessmentcenter, Konflikte, Misserfolge etc. wird die Selbstaufmerksamkeit ausgelöst. Dies führt dazu, dass ich über mein Handeln in Bezug auf mein reales und ideales Selbstkonzept nachdenke. Wenn dies nicht nur ein kurzes Aufblinken bleibt, sondern ein bewusstes Nachdenken bedeutet, so liegt Selbstreflexion vor. Durch die Selbstreflexion steigt die Motivation, die Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbstkonzept durch Verhaltensänderung oder durch Abwehrreaktionen und Verteidigung zu verkleinern. Wenn ich eine Veränderung will, werde ich meine eigenen inneren Ressourcen aktivieren oder Ressourcen aus dem Umfeld zu Hilfe nehmen. Wenn ich keine Chance auf Änderung sehe, werde ich die Selbstreflexion und deren Auslöser künftig vermeiden.

Ob ich mich mehr oder weniger anstrenge, eine Veränderung herbeizuführen, hängt auch von der **Selbstwirksamkeitserwartung** nach Bandura (in Greif 2008, S. 79) ab. Bei hoher Selbstwirksamkeitserwartung und Glauben an die eigenen Fähigkeiten erhöhen Personen ihre Anstrengungen und setzen sich ehrgeizige Ziele.

Die **Selbstwirksamkeitsüberzeugung** kann durch **vier Prozesse gefördert** werden: Eigene Erfolgserlebnisse, Stärken – „Ich kann das!“, Vergleiche mit wichtigen Personen – „Was der kann, kann ich auch!“, Ermutigung von anderen – „Du kannst das!“ und durch positive Körperempfindungen beim Handeln selbst – „Mir ging es gut, so etwas liegt mir!“ Die systemischen Fragen machen sich diese Zusammenhänge zunutze und können helfen, im Coaching die Selbstwirksamkeitsüberzeugung beim Coachee zu steigern.

Die Selbstreflexion wird jedoch nicht in allen Fällen auf Zustimmung stoßen. Handlungsorientierte Manager versuchen schnell praktische Lösungen zu erzielen und vermeiden längere Selbstreflexion. Im Coaching ist ein Feedback zu ihnen als Person aus einer ungewohnten Perspektive oft eine Möglichkeit, Selbstreflexion in Gang zu setzen. Wenn handlungsorientierte Personen dann aufgrund ihrer Ressourcen Erfolge in der Selbständerung sehen, werden sie für Selbstreflexionen offener.

Unangenehme Reflexionen (große Diskrepanz zwischen idealem und realem Selbstkonzept) zu vermeiden und die Handlungen aufzuschieben ist eine weit verbreitete Störung in der Selbstregulation. Auch Personen mit hohen persönlichen Zielen, die sehr motiviert in ihrer Arbeit sind, schieben die Realisierung eigener Ziele auf, bis sie Zeit haben, und werden dadurch langfristig sehr unzufrieden. Hier empfiehlt es sich im Coaching auf kleine, realistische, schnell erreichbare Zwischenziele hinzuarbeiten.

### **3.2 Der Umgang mit stark negativen/positiven Affekten**

Stark negative Affekte (Stress, Verunsicherung, Konflikte, Kritik, Ärger, Misserfolg) verengen den Selbstzugang und die Möglichkeit zu reflektieren. Aber

auch stark positive Affekte (großes Erfolgserlebnis, Verliebtsein) sind nicht günstig für Selbstreflexionen. Kuhl hat dies in seiner Theorie von den „Persönlichkeits-System-Interaktionen“ näher untersucht und empirisch untermauert (Kuhl 2001, S. 255 f). Für eine umfassende Selbstreflexion braucht es ein mittleres Niveau, sowohl bei den negativen als auch bei den positiven Affekten. Greif hat daher in seinem Wirkmodell (siehe Abbildung 5) die Reflexion und Kalibrierung der Affekte als Erfolgsfaktor angeführt.

**Was kann im Coaching dazu beigetragen werden?** (Greif 2008, S. 93)

**Reduktion negativer Affekte:** Die affektauslösende Situation, die Gefühle und Empfindungen schildern lassen, Verständnis zeigen, aber sich nicht von den Gefühlen mitreißen lassen. Bei sehr starken Affekten zur Selbstberuhigung durch Entspannungsübungen und Selbstinstruktionen beitragen. Mit direkten und zirkulären Fragen die Reflexion der Situation fördern und eine vorläufige Affektbewältigungsmöglichkeit erarbeiten. Den Blick auf die Ressourcen und positive Erfahrungen lenken.

**Reduktion starker positiver Affekte:** Mit Fragen zur Beschreibung und Reflexion der Gefühle und der auslösenden Situation beitragen. Den Blick in die Zukunft zu konkreten Folgerungen und Plänen richten.

**Förderung gemäßigt positiver Affekte:** Glaubwürdige Wertschätzung und Empathie als Coach gegenüber dem Klienten/der Klientin zeigen. Glaubwürdige Anerkennung der Stärken, Fähigkeiten oder bereits erzielter Veränderungen des Coachee aussprechen. Humor und gemeinsames Schmunzeln helfen ebenso.

**Ordnung und Verbalisierung der Gedanken und Gefühle:** Die Selbstreflexion ist oft sehr flüchtig. Durch aufmerksames Zuhören, Nachfragen, Doppeln, Spiegeln, Zusammenfassungen, Metaphern oder Bilder hilft der Coach dem Klienten/der Klientin beim Ordnen und Verbalisieren der Erfahrungen und Gefühle.

### **3.3 Methoden des ergebnisorientierten Coachings**

---

Der Coachingprozess ist ein Wechselspiel von Problemklärungen, -lösungen und Selbstreflexionsprozessen. Die hier exemplarisch vorgestellten Methoden können daher den zwei Methodengruppen zugeordnet werden.

---

#### **3.3.1 Förderung der Reflexion und Ressourcenaktivierung**

---

- Alle W-Fragen: Was? Wo? Wie? Wozu? Wann? Wie oft? ...
- Zirkuläres Fragen fördert den Perspektivenwechsel und fragt nach wie der Fallbringende die Situation erlebt hat, was er/sie denkt, was das für das Gegenüber bedeutet und was es für weitere Teilnehmende im System bedeuten kann. Damit entsteht neue Information im System. (Schlippe & Schweitzer 2007, S. 138 ff)
- Aber auch alle weiteren systemischen Fragetechniken zur Unterschiedsbildung, zu Wirklichkeitskonstruktionen und zu Möglichkeitskonstruktionen (Schlippe & Schweitzer 2007, S. 143 ff) sind dafür geeignet.
- Mit der Erarbeitung von Leitsätzen zur Selbstanleitung in herausfordernden Situationen oder konkreten Handlungsstrategien können die Verhaltensweisen in diesen Situationen gestoppt, verändert oder besser reflektiert werden.
- Förderliches, angemessenes positives oder negatives Feedback.
- Feedforward (Goldsmith Marshall) meint die gedankliche Vorwegnahme künftiger positiver Gefühle beim späteren Erreichen von Zielen.
- Problem-Struktur-Interview (Offermanns 2004) zur Problemreflexion: Der Klient/Die Klientin schildert das Problem, der Coach fragt nach den Ursachen, den bisherigen Handlungsstrategien/Lösungsversuchen und den daraus folgenden Konsequenzen. Die Beiträge werden auf Karten notiert und von den Klienten/Klientinnen zueinander in eine Beziehung gebracht.

- Selbstbild malen (Greif 2008, S. 109) in Form einer symbolischen Skizze als Realbild und als Wunschbild oder andere Methoden wie Coaching-Landkarten, Lebensrad, Stabile Zonen, Energiekuchen, Fünf Säulen, Work-Life-Balance, Gesundheitsbild von Harry Merl, zur Reflexion der individuellen Lebensbereiche (Rauen 2008, Schmidt 1995).
- Organisationsbezogene Situationsanalysen wie Systemisches Porträt (Königswieser), Pro-Aktive-Rollenanalyse (Rauen 2008), Darstellung des eigenen Teams als Garten oder als Schauspiel, Systembrett, Figuren/Materialien zur Darstellung von Systemen etc.

---

### **3.3.2 Ziele klären, Problemlösungen entwickeln und umsetzen**

---

- Das Erstgespräch ist eine wichtige Grundlage für den Beziehungsaufbau und die Problembearbeitung.
- Zielarbeit – Präzisierung des Zieles, des Nutzens für mich, für andere, Ressourcen bei mir, bei anderen, erste Schritte, mit welchen Rückschlägen muss ich rechnen?
- Lösungsorientierte Kurzzeit-Beratung nach Steve de Shazer und Insoo Kim Berg (2010) (vgl. auch Radatz 2003, S. 262 ff) bzw. Reteaming für den Teamentwicklungsbereich (Geisbauer 2004, S. 22 ff): Reteaming ist ein lösungsorientiertes Programm zum Teamaufbau, zur Teamentwicklung, zur Verbesserung der Arbeitsplatzatmosphäre und zur Gestaltung von Veränderungsprozessen, das vom Institut für Kurzzeittherapie in Helsinki (Ben Furman, Tapani Ahola) entwickelt wurde.
- Der Problemlösekreis stellt den Ablauf beim Problemlösen idealtypisch dar: Analyse – Zieldefinition, kreative Ideen – Bewertung und Entscheidung – Planung der Durchführung – Lösung und Plan präsentieren – Umsetzung – Evaluation. In der Praxis führen oft spätere Schritte zu einer Neubewertung der vorherigen Schritte, sodass neue Analysen bereits vorheriger Schritte erforderlich sind.
- Simulation, Rollenspiel, Handlungsalternativen entwickeln, Probehandeln.

### **3.4 Voraussetzungen beim Klienten/bei der Klientin**

---

**Motivation zum Coaching:** Voraussetzung für gelingende Selbstreflexion ist eine gewisse subjektive Freiwilligkeit, am Coaching teilzunehmen. In Organisationen spielt es eine Rolle, wie das Coaching bekanntgemacht wird und was mit ihm verbunden wird: Dient es der Förderung der Potenziale und der Leistungsstärken oder wird es bei Problemen oder gar als letzte Chance vor der Kündigung eingesetzt? Es gibt aber auch andere Widerstände, die in der Führungsrolle und im Selbstbild der Führungskraft liegen. Coaching ist nach wie vor nicht selbstverständlich. Es hängt daher auch von der individuellen Einschätzung ab, ob die Bedürfnisse nach Sicherheit, sozialer Anerkennung bzw. Aufrechterhaltung und Stärkung des Selbstwertgefühles sowie danach, fair und gerecht behandelt zu werden, besser mit oder ohne Coaching erfüllt werden können und wie das Coaching-Angebot mit den Erwartungen übereinstimmt.

**Vom Ziel zur Handlung und zur Umsetzung:** Dazu braucht es eine realistische Situationsklärung (emotional und sachlich) sowie Zielbestimmung, konkrete Handlungspläne und -absichten, die Verankerung im Absichtsgedächtnis und das Ausführen der Handlung (Greif 2008, S. 190 f).

Dass es im Alltag oft schwer ist, seine Handlungsabsichten in die Tat umzusetzen, diese Erfahrung haben schon viele gemacht. Folgende „Tricks“ helfen bei der Überlistung dieser Transferhindernisse: eigene Erinnerungshilfen, Vereinbarungen mit sich selbst, Austausch in Lernpartnerschaften, Öffentlichmachen der Ziele, Freunde/Freundinnen, Vorgesetzte, Coach als Beobachter/Beobachterin in die Umsetzung mitnehmen, Belohnungen bei Zielerreichung vorab vereinbaren etc. In Organisationen sind die Möglichkeit zur praktischen Umsetzung, die Vereinbarung von Zielen für die Veränderungen unter Einbeziehung des/der Vorgesetzten oder betroffener Partner/Partnerinnen, entsprechende Transfergespräche und die Unterstützung vonseiten der Vorgesetzten wichtig.

**Günstige Eigenschaften und Fähigkeiten der Klienten/Klientinnen:** Es sind dies die „Fähigkeit zur ergebnisorientierten Problem- und Selbstreflexivität,

emotionale Klarheit, Selbstberuhigung der Affekte, geringe Beschönigung, Beharrlichkeit und Selbststeuerung“ (Greif 2008, S. 210).

## **4 Wirkfaktoren und Erfolgskriterien im Coaching**

Zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Intervention können zwei Aspekte unterschieden werden (Mäthner et al., in: Rauen 2005, S. 55): a) Was nützt die Intervention? Was war intendiert und welche Wirkungen, Ergebnisse gibt es? Und: b) Welches Wirkmodell liegt zugrunde? Warum sind diese Wirkungen eingetreten?

Die Evaluationsforschung im Coaching hat sich dabei an den Erkenntnissen der Therapieforschung orientiert. Heß und Roth (2001) haben zur Beschreibung der Qualität von Einzelcoaching eine umfassende Aspektenliste zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeitet (siehe Abbildung 4). Zur Erfassung der Ergebnisse von Coaching schlagen sie die Berücksichtigung der „emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen sowie der interpersonellen Ebene“ (Mäthner et al., in: Rauen 2005, S. 56 ff) vor.

Weitere wichtige Merkmale der Ergebnisqualität (Heß & Roth 2001, S. 141 ff, sowie von anderen Autoren/Autorinnen) sind der Grad der Zielerreichung, dem eine bedeutende Rolle zugemessen wird, die subjektive Zufriedenheit des Klienten/der Klientin, die emotionale Entlastung, die Erweiterung und Flexibilisierung des Handlungsrepertoires, die Zunahme an Bewusstheit sowie Verantwortung, Einstellungsveränderungen, die ethische Angemessenheit (Freiwilligkeit, Verschwiegenheit, Transparenz im Vorgehen), die Dauerhaftigkeit der Veränderung und die Effizienz, also der Aufwand (auch die Beanspruchung des Klienten/der Klientin), mit dem das Ziel erreicht wird.

Strukturqualität	Prozessqualität
<p><b>Personelle Strukturqualität (Coach)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachliche Qualifikation <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wirtschaftliches/psychologisches Wissen</li> <li>- Coaching-Erfahrung/Spezialisierung (Arbeitsschwerpunkte)</li> <li>- Betriebs-, Führungserfahrung</li> <li>- Feldkompetenzen</li> <li>- Philosophische Kenntnisse</li> </ul> </li> <li>• Methodenkompetenz <ul style="list-style-type: none"> <li>- Methodenvielfalt</li> <li>- Transparenz und Erklärbarkeit der Methoden</li> <li>- Handlungskonzept</li> <li>- Diagnostische Kompetenz (Symptomkenntnisse aus dem klinisch-psychologischen Bereich)</li> <li>- Fähigkeit, Organisationsmuster zu erkennen</li> <li>- Kommunikationsfähigkeiten</li> <li>- Selbstreflexion</li> <li>- Kognitive Fähigkeiten (analytisches u. vernetztes Denken)</li> </ul> </li> <li>• Beziehungsgestaltungskompetenzen</li> <li>• Persönliche Qualifikationen</li> <li>• Supervision, Intervention</li> <li>• Fortbildung</li> <li>• Ausbildungsweg (Studium – psychotherap. Zusatzausbildung/Beraterausbildung – Feldkompetenzen)</li> <li>• Professionsgemeinschaft/Kooperation (Netzwerk, Verband etc.)</li> <li>• Referenzen</li> <li>• Praxis</li> </ul> <p><b>Klient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwilligkeit</li> <li>• Veränderungsbereitschaft</li> <li>• Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit u. zeitl. Aufwand</li> <li>• Selbstregulationsfähigkeit/Wohlbefinden</li> <li>• Problembewusstsein</li> <li>• Bereitschaft, Emotionen zuzulassen</li> <li>• Verantwortungsübernahme</li> </ul> <p><b>Beziehung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passung (persönliche, berufliche)</li> <li>• Vertrauen</li> <li>• Akzeptanz</li> <li>• Sympathie</li> <li>• Solitär-Beziehung</li> <li>• Offenheit</li> <li>• Gleichwertigkeit</li> <li>• Ehrlichkeit</li> </ul> <p><b>Unternehmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfermöglichkeiten</li> <li>• Bereitschaft zur Auseinandersetzung (keine Funktionalisierung)</li> <li>• Ziel verhandeln (keine Zielvorgaben)</li> <li>• Passung zwischen Coach und Unternehmen (keine Diskrepanz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhalte des Erstgesprächs: Klärung des Anliegens/Problems, Situationsschilderung, Zielformulierung, Zielkonkretisierung, Erwartungsklä- rung, Tabuzonen</li> <li>• Problempräzision (keine vorschne- llen Lösun- gen)</li> <li>• Coach sollte klären, ob Coaching die geeignete Maßnahme ist und er der geeignete Coach (Beachtung von Art des Anliegens, Klientenvor- aussetzungen, eigene Kompetenzen, mögliche Beziehungsetablierung, Unternehmensbedin- gungen)</li> <li>• Transparenz bzgl. professioneller Orientierung (Menschenbild, theoretische Basis, Werte, Coaching-Definition)</li> <li>• Transparenz der Vorgehensweise (Information über Arbeitsintensität, Anforderungen an den Klienten durch z.B. Falldarstellung)</li> <li>• Formaler und psychologischer Vertrag (Spielregeln der Zusammenarbeit, Schweigepflicht, Honorar)</li> <li>• Regelungen bei Absage, Abbruch</li> <li>• Klärung von Interessenvertre- tung/Berichterstattung</li> <li>• Information/Verhandlung über Dauer des Prozes- ses, Anzahl, Häufigkeit, Dauer der Sitzungen</li> <li>• Festlegung eines Zeitrahmens</li> <li>• Begleitung an den Arbeitsplatz</li> <li>• Aufzeigen der Grenzen von Coaching</li> <li>• Dauer von Coaching, 2–6 Sitzungen, Zeit zum Transfer zwischen den Sitzungen</li> <li>• Mitbestimmung des Klienten</li> <li>• Methoden transparent machen und erklären</li> <li>• Interventionen wählen, die zur Erlebenswelt der Zielgruppe passen</li> <li>• Flexibilität der Vorgehensweise</li> <li>• Methoden klienten- (Persönlichkeit, Abneigun- gen, Bevorzugungen bestimmter Methoden), si- tuations-, zeit-, problem-, ziel-, wirkungsbezo- gen einsetzen</li> <li>• Zwischenresümee (prozessbegleitende Evalu- ation)</li> <li>• Abschlussresümee (summative Evaluation)</li> </ul> <p><b>Ergebnisqualität</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielerreichung</li> <li>• Zufriedenheit</li> <li>• Emotionale Entlastung</li> <li>• Erweiterung und Flexibilisierung des Hand- lingsrepertoires (erhöhte Problembewälti- gungskompetenz)</li> <li>• Zunahme an Bewusstheit/Verantwortung</li> <li>• Einstellungsveränderung (z.B. kognitive Um- strukturierung, wenn Probleme über Hand- lungsebene nicht lösbar)</li> </ul>

**ABBILDUNG 4: STRUKTUR-, PROZESS-, ERGEBNISQUALITÄT IM COACHING (HESS & ROTH 2001, S. 141–143)**

Es gibt bisher im Coaching – auch aufgrund der vielfältigen Formen und Einsatzgebiete – jedoch nur sehr vereinzelte und partielle Evaluationen mit teilweise sehr kleinen Stichproben. **Greif** hat die wichtigsten partiellen Ansätze in

einem **Strukturmodell der Wirkungen** zusammengefasst (siehe Abb. 5) (Greif 2008, S. 277). Dieses Modell stellt einen Orientierungsrahmen dar und ist in seiner Gesamtheit noch nicht empirisch abgesichert; nur bei einzelnen Aspekten ist die Absicherung durch die Empirie gegeben. Die von mir ausgewertete Befragung der Coachees in der Fallstudie kann hier zu einzelnen Teilaspekten einen weiteren Beitrag leisten.

Mehrfach bestätigte Wirkfaktoren werden in der Darstellung **dick umrandet**. Faktoren und Zusammenhänge, die nur von einzelnen Untersuchungen abgesichert sind, werden **einfach umrandet**. Die **mit unterbrochener Linie umrandeten** Faktoren sind noch hypothetisch und stützen sich auf erste qualitative Befragungen.

Voraussetzungen des Coachs	Erfolgsfaktoren	Spezifische Ergebnisse/Kriterien	Allgemein anwendbare Ergebnisse/Kriterien
(1) Fachl. Glaubwürdigkeit des Coachs	(1) Wertschätzung u. Unterstützung	(1) Zunahme spezifischer ergebnisorientierter Problem- oder Selbstreflexionen	(1) Zielerreichungsgrad
(2) Klärung der Ziele u. Erwartungen	(2) Affektreflexion u. -kalibrierung	(2) Problemklarheit u. Zielkonkretisierung	(2) Zufriedenheit des Klienten
<b>Voraussetzungen des Klienten</b>	(3)/(4) Förderung der ergebnisorientierten Problem- u. Selbstreflexion	(3) Rating sozialer Kompetenzen, Offenheit für neue Erfahrungen, Teamverhalten	(3) Verbesserung des Affekts
(1) Veränderungsmotivation	(5) Zielklärung	(4) Leistungsverbesserungen	(4) Allgemeines Wohlbefinden
(2) Reflexivität	(6) Ressourcenaktualisierung u. Unterstützungsunterstützung	(5) Selbststeuerung: Bewältigung von Problemen, Beharrlichkeit, spez. Selbstwirksamkeit	(5) Potenzialentwicklung/Selbstentwicklung
(3) Beharrlichkeit	(7) Evaluation im Verlauf		
	(8) Individuelle Analyse u. Anpassung		

**ABBILDUNG 5: STRUKTURMODELL DER WIRKUNGEN BEIM EINZELCOACHING (GREIF 2008, S. 277)**

**Voraussetzungen** sind Merkmale, die den Coachingerfolg fördern und von Coach und Coachee in das Coaching mitgebracht werden. Als Voraussetzungen

aufseiten des Coaches wurde aus den vielfältigen Anforderungen an einen erfolgreichen Coach (Fachwissen über Coaching, Organisation, persönliche Fähigkeiten und Eigenschaften, soziale und interkulturelle Kompetenzen, Methodenkompetenzen, Erfahrungswissen und Lernbereitschaft, Anerkennung als fachliche Autorität und Vertrauen) die bereits von Sue-Chan & Latham erforschte fachliche Glaubwürdigkeit des Coaches ausgewählt. Von mehreren Autoren bereits bestätigt wurde die positive Wirkung für den Coachingerfolg, der durch die Klärung der Ziele und Erwartungen am Anfang des Coachings, entsteht.

Aufseiten der Klientin/des Klienten wird als Voraussetzung die Veränderungsmotivation genannt. Bei der Frage nach Misserfolgen im Coaching wird oft die fehlende Reflexivität aufseiten der Klienten/Klientinnen genannt. Empirisch ist der Zusammenhang bei beiden noch nicht erforscht. Dass die Beharrlichkeit des Klienten/der Klientin mit dem Zielerreichungsgrad hoch korreliert, hat Willms (2004) erforscht.

**Erfolgsfaktoren** sind Merkmale, die im Zusammenwirken von Coach, Coachee und Umgebung im Coaching-Prozess realisiert werden müssen, damit das Coaching erfolgreich ist.

Das Kriterium Wertschätzung und emotionale Unterstützung des Klienten/der Klientin wurde in mehreren Untersuchungen als Erfolgsfaktor gefunden (dick umrahmt). Bei der Affektreflexion und -kalibrierung gibt es noch keine empirischen Befunde der theoretisch erwartbaren Auswirkungen auf Selbstberuhigung und Wohlbefinden des Klienten/der Klientin. Die Förderung der ergebnisorientierten Problem- und Selbstreflexion ist ein aktuelles Qualitätsmerkmal von Coaching und Kern des neuen Coaching-Begriffes, wurde aber noch nicht empirisch überprüft. Die Konkretisierung oder Klärung der Ziele im Laufe des Coachings ist ein durch mehrere Untersuchungen erforschtes Kriterium. Die Ressourcen, die ein Klient/eine Klientin für die Umsetzung der Ziele und Problemlösungen aktivieren kann, wirken sich positiv auf den Erfolg aus. Die laufende Evaluation der Coachingsitzungen (manche Coaches tun dies

nach jeder Sitzung) mit den Klienten/Klientinnen und deren Wirkung für Erfolg ist noch nicht erforscht – daher durchbrochene Linie. Zu erwarten wäre, dass eine laufende Evaluation der Fortschritte die Erfolgchancen im Coaching verbessert. Dass das Vorgehen im Coaching (sowohl Analyse als auch Intervention) an die Persönlichkeit und die Situation des Klienten/der Klientin in seinem/ihrem Umfeld angepasst werden muss, liegt auf der Hand ist aber nur in Ansätzen empirisch erforscht.

**Spezifische Kriterien für die Ergebnisse im Coaching** fassen die sehr verschiedenen einzelnen untersuchten Wirkungen von Coachingprozessen in fünf Themen zusammen. Zu den fünf Themen gibt es jeweils erste Befunde, jedoch ist es schwierig, die Ergebnisse nur dem Coaching isoliert zuzuschreiben. Coaching führt zu einer Zunahme von ergebnisorientierter Problem- und Selbstreflexion. Nach Einzelcoachings besteht eine größere Problemklarheit und die Ziele wurden konkretisiert. Die Verbesserung in den Interaktionen mit anderen Personen und im Teamverhalten nach Coaching ist erwartbar und es gibt dafür erste Belege. Das Coaching führt zu einer Verbesserung der Leistungen. Coaching bewirkt eine bessere Selbststeuerung, ein besseres Selbstmanagement und erhöht die Selbstwirksamkeit.

**Allgemein anwendbare Kriterien für die Ergebnisse im Coaching** beschreiben die durch mehrere Untersuchungen bestätigten allgemeinen Wirkungen von Coachingprozessen. Diese Kriterien sind leichter zu erheben und sind mehrfach untersucht. Fett umrahmt sind daher die Kriterien Zielerreichungsgrad, Zufriedenheit des Klienten/der Klientin und Verbesserung des psychischen Befindens. Interessant wäre es, für die Zukunft auch zu untersuchen, inwieweit Coaching zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens oder zur Potenzial- und Selbstentwicklung beiträgt.

Aufgrund der mit dem Fragebogen von Bachmann/Jansen/Mäthner „Check-the-Coach“ erhobenen Rückmeldungen der Coachees zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zur Bewertung ihrer Einzelcoachings möchte ich einzelne Kriterien und Zusammenhänge in diesem Strukturmodell untersuchen.

## **5 Führung in der Organisation Krankenhaus**

Krankenhäuser sind sehr spezifische Organisationen, was ihren Zweck, ihre Strukturen, ihre Kultur, ihr Umfeld anbelangt. Führung als ein Element der Steuerung von Organisationen findet dementsprechend auch andere Rahmenbedingungen vor als etwa in Wirtschaftsunternehmen. Ich werde zuerst auf die Besonderheiten der Organisation und dann auf das Thema Führung eingehen.

### **5.1 Spezifika der Organisation Krankenhaus**

Krankenhäuser haben einen anderen Existenzgrund als Wirtschaftsunternehmen, in denen die Maximierung der Rendite im Vordergrund steht. Krankenhäuser dienen der Behandlung und Heilung von kranken Menschen – es geht um die Differenz gesund – krank sowie Leben und Tod. Dies hat Auswirkungen auf den Unternehmens-Sinn, die Werte und Motivlagen der Beschäftigten. Krankenhäuser sind hochkomplexe, stark arbeitsteilig strukturierte Organisationen (Scala & Grossmann 2002, S. 159 ff). Sie erfüllen mehrere gesellschaftliche Aufgaben: Behandlung der Patienten/Patientinnen, Ausbildung von ärztlichem und pflegerischem sowie medizinisch-technischem Personal und medizinische Forschung. Der Arbeitsprozess ist einerseits sehr von Technik geprägt und erfordert andererseits sehr viel Kommunikation und Interaktion („High Tech und High Touch“). Er ist hochspezialisiert und erfordert eine sehr gute Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, medizinisch-technischem Personal, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, aber auch mit anderen Leistungserbringern wie Küche, Reinigung, Röntgen, Labor etc.

Die Kommunikation erfordert aufgrund der unterschiedlichen Professionslogiken, Fachsprachen und unterschiedlichen Settings (Aufklärung eines Patienten/einer Patientin, Fachdiskussion zwischen Experten/Expertinnen, Verhandlung um Geld, Ausbildungsgespräch, etc.) den situationsspezifischen Einsatz von sehr unterschiedlichen Kommunikationsstilen. Der Patient/Die Patientin ist einerseits

in der High-Tech-Medizin ein „Werkstück“, als Co-Therapeut/-Therapeutin bei Diagnose und Therapie ein „Subjekt“ und „Gast und Kunde/Kundin“ der Gesundheitseinrichtung. Die Arbeit/Heilbehandlung wird geprägt durch Unsicherheiten, Ängste, Umgang mit Leiden und Tod sowie existenziellen Folgen der Behandlung.

Die Leistungserbringung geschieht durch persönliches, individuelles Handeln und ist damit fehleranfällig. Im Gegensatz zu Produzierenden oder anderen Dienstleistungs-Unternehmen können Fehler zu strafrechtlichen Konsequenzen führen. Dies führt zu Tabus und hohen emotionalen Anforderungen, die bewältigt werden müssen. Die erforderliche enge Verzahnung der unterschiedlichen Fachbereiche, die Unwägbarkeiten in der Behandlung selbst und der hohe Zeitdruck erfordern eine hohe persönliche Flexibilität und Improvisation, da die Organisation nicht am Kernprozess (der interdisziplinären Krankenbehandlung) orientiert ist, sondern nach Berufsstand und Fachlogik ausgerichtet ist. Dies muss von allen Beteiligten immer wieder kompensiert werden.

Krankenhäuser sind Expertenorganisationen, in denen die Standards der Fachprofessionen gegenüber den Unternehmenszielen im Vordergrund stehen. Es braucht auch kaum eine eigenständige Führungsfunktion, weil die Standards und Regeln der Fachprofession regeln, was zu tun ist. Dies führt dazu, dass Führung nicht sehr ausdifferenziert ist. Erst in letzter Zeit werden Führungsleitbilder erarbeitet, kommuniziert, gibt es Führungsinstrumente, eine systematische Führungskräfteaus- und -weiterbildung sowie Nachwuchsentwicklung. Damit verbunden ist auch, dass Führung speziell im ärztlichen Bereich den Charakter einer „zusätzlichen Nebentätigkeit“ hat. Die Karriere läuft über das Fachwissen und die Fachabteilung. Ein Ausstieg aus der Fachkarriere, um sich nur dem Führungsjob zu widmen, ist eher die Ausnahme. Nicht wenige ärztliche Direktoren und Direktorinnen behalten neben ihrer Funktion ihr Primariat.

## **Was sind die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen?**

Der medizinische Fortschritt führt zu immer neuen Heilbehandlungen, die demografische Entwicklung bedingt einen steigenden Bedarf und erhöhte Komplexität bei den Erkrankungen, die Ansprüche von Patienten/Patientinnen und Angehörigen in der Qualität der Behandlung steigen, die finanziellen Ressourcen sind zunehmend begrenzt, der Kostendruck steigt, allorts werden „Kostendämpfungsprogramme“ gestartet.

Damit steigen die Anforderungen an Steuerung und Führung insbesondere von Krankenhäusern, da dort die meisten Mittel gebunden sind. Die traditionelle Steuerung in diesem Sektor war geprägt von staatlichen Vorgaben, Kontrollen, von der Landespolitik der Berufsgruppen und einem gewissen Freiraum für Chefarzte und Spitalsmanager, „ihre Klinik zu entwickeln“. Die Steuerungslogik hat sich massiv gewandelt: von der ursprünglich hierarchisch-bürokratischen Lenkung dieser Expertenorganisationen, die zu einer gewissen organisatorischen Verantwortungslosigkeit und Mittelverschwendung geführt hat, hin zu einer immer stärkeren betriebswirtschaftlichen und marktorientierten Steuerung. Aber auch die Marktlogik hat ihre Schwächen – zu nennen sind hier: Risiko von Versorgungslücken, Maximieren der eigenen Leistungspunkte auf Kosten des Gesamtsystems, Profitstreben einzelner Akteure, Kostensteigerungen, „Rosinenstrategien“ von privaten Krankenträgern etc. Es braucht daher eine neue Steuerungslogik, die sich am Kernprozess orientiert, die die Betroffenen involviert, die Selbstverantwortung und eine ganzheitliche Sicht im Gesundheitswesen fördert, die das bewusste Gestalten der Organisation (Prozesse, Strukturen, Kultur) zur wichtigen Führungsaufgabe macht und die die Sensibilität den Umwelten gegenüber erhöht (Grossmann & Scala 2002, S. 179 ff). Eine Vielzahl von Projekten zu Prozessmanagement, Qualitätsmanagement, Zertifizierung, zur Outcome-Messung, zum Risikomanagement, zum New Public Management, zu neuen Führungs- und Organisationsformen sowie zu interdisziplinären Strukturen etc. wurde in den letzten Jahren in den Krankenhäusern gestartet.

## **5.2 Grundwidersprüche im Krankenhaus**

---

Im Krankenhaus gibt es in der Organisation eingebaute Grundwidersprüche, die bewältigt werden müssen (Grossmann & Scala 2002, S. 25 ff und Scala & Grossmann 2002, S. 165 ff):

- Der Widerspruch zwischen dem Fach-/Professionssystem und der Organisation, wie er charakteristisch für Expertenorganisationen ist. Die Experten/Expertinnen sind ihrer Logik, der Verfolgung ihrer fachlichen Ziele verbunden; sie kontrollieren sich selbst und haben dadurch eine große Autonomie, die „oft als feindlich erlebte“ Organisation (weil Begrenzungen erfahren werden) ist dazu da, um die Ressourcen für die Umsetzung ihrer Expertenziele bereitzustellen, Führung tritt in Expertenorganisationen in den Hintergrund. Die Befassung mit der Organisation ist eine wenig geschätzte „Zusatzarbeit“. Organisation ist etwas, das die eigene Autonomie (und die Mittel) beschränkt. Die Anforderungen der Organisation treten gegenüber den Expertenzielen in den Hintergrund. Dies ist auch der Grund für die geringe Umweltsensibilität der Experten/Expertinnen. Es braucht aber aufgrund der wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen Organisation und Experten/Expertinnen die Integration von Expertenlogik und Organisationslogik. Dabei helfen eine ganzheitliche Steuerung, neue Führungsstrukturen, Dialog und Einbeziehung der Betroffenen und die Einbeziehung der Perspektiven der Patientinnen und Patienten (Grossmann & Scala 2002, S. 179 ff).
- Der Widerspruch zwischen der fortschreitenden Spezialisierung und der steigenden Notwendigkeit zur interdisziplinären Kooperation in den Leistungsprozessen: weg von der ständisch-hierarchischen Organisation nach Berufsgruppen hin zur interprofessionellen Teamarbeit in den Leistungsprozessen. Hier sind viele Barrieren, Abwertungen, Schuldzuweisungen, Kommunikationsmuster, gegenseitige Abhängigkeiten zu beachten und zu überwinden. Mit Blick auf die Leistungs-

prozesse an den Patienten/Patientinnen gelingt dies am besten. Der gemeinsame Blick auf den Patienten/die Patientin fördert die Zusammenarbeit.

- Der Widerspruch zwischen der ausgeprägt hierarchischen Kultur und dem Angewiesensein auf sehr selbständige und eigenverantwortliche Arbeit durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Die Leistungsfähigkeit einer medizinischen Abteilung hängt wesentlich von der selbständigen Handlungsfähigkeit und der fachlichen und persönlichen Kompetenz der Mitarbeitenden ab. Gleichzeitig gilt es eine Fülle von Vorschriften, Regeln und Hierarchien sowie Zuständigkeiten zu beachten. Dies erfordert ein hohes Ausmaß an Information, Auseinandersetzung und Selbstbindung, die nur durch Einbeziehung erreicht werden kann.
- Das Krankenhaus ist horizontal und vertikal segmentiert. Es besteht aus sehr autonom agierenden Fachabteilungen und einer institutionell eher schwachen Zentralgewalt. Es braucht für die Zukunft beides: Starke dezentrale Einheiten und eine sehr präsente Gesamtorganisation sowie entsprechende Steuerungsstrukturen, die beides miteinander in Verhandlungen und Abstimmungen verknüpfen.

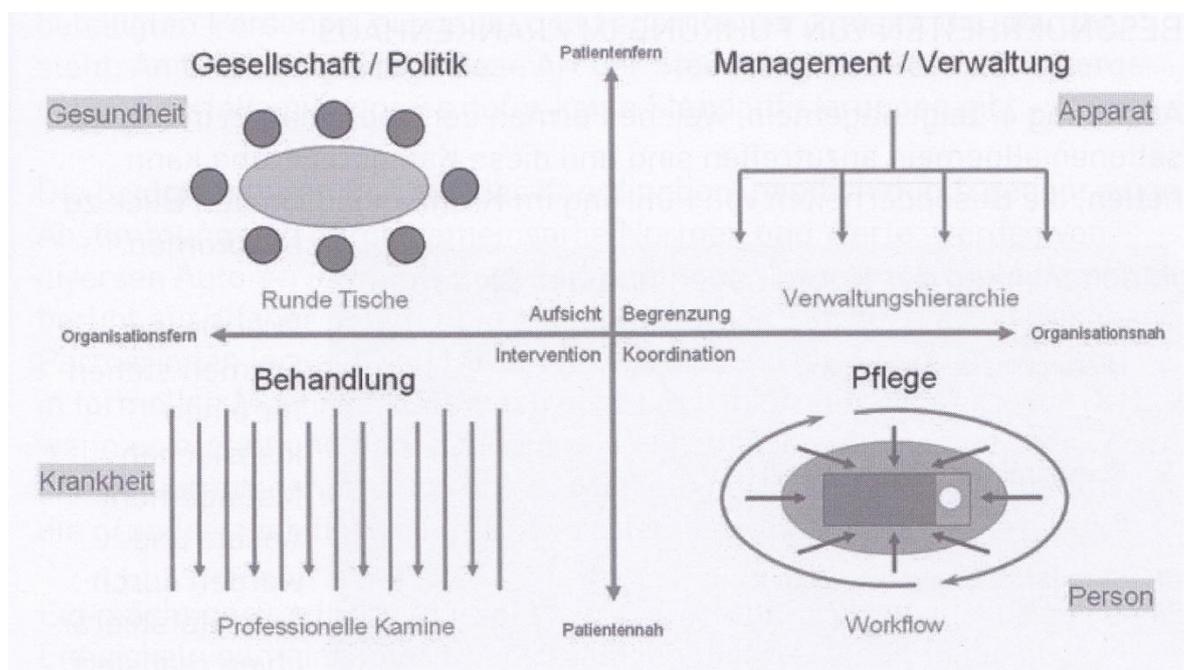
### **5.3 Die vier Welten im Krankenhaus**

---

Die vorher beschriebenen Spezifika und Grundwidersprüche in der Organisation Krankenhaus haben in Verbindung mit den unterschiedlichen Ausbildungs- und Berufslogiken zu vier verschiedenen Welten (siehe Abb. 6) im Krankenhaus geführt. Folgende Welten können unterschieden werden: Cure, Care, Control und Community (Gloubermann & Mintzberg 2001, S. 70–84; Domayer 2011, S. 21 und Schmitz & Berchthold 2008, S. 170). Die vier Welten sind durch einen vertikalen und einen horizontalen Graben getrennt und verfolgen unterschiedliche Ziele, haben unterschiedliche Arbeitslogiken, Berufsregeln, Glaubenssätze, Mindsets, Verhaltensweisen und Kommunikationsstrukturen. Der vertikale Graben trennt die Bereiche, die eng mit der Organisation verbunden sind, von

jenen Bereichen, die loser mit der Organisation gekoppelt sind. Der horizontale Graben trennt die Bereiche, die direkt in die Patientenbehandlung involviert sind, von jenen, die patientenferner arbeiten. Diese vier Welten und die damit verbundenen Unterschiede im Denken, Fühlen und Handeln sind für viele Missverständnisse und Auseinandersetzungen im Krankenhaus verantwortlich. Die Verständigung zwischen diesen vier Welten oder die kreative Nutzung dieser ist eine wesentliche Aufgabe der Führung im Krankenhaus.

**Cure/Behandlung/Ärzte und Ärztinnen:** Die Behandlung der Krankheiten erfolgt in den unterschiedlichen hochspezialisierten Fachbereichen, die autonom für sich agieren. Auf die Einhaltung dieser Grenzen wird geachtet. Die individuelle Verantwortung ist wichtig. Es geht um Patienten/Patientinnen, um Diagnose und Interventionen, die zu einem gewünschten Ergebnis führen sollen. Mediziner/Medizinerinnen orientieren sich eher außerhalb des Krankenhauses an den Fachgesellschaften. Im Zentrum stehen die Krankheit und deren Behandlung.



**ABBILDUNG 6: DIE VIER WELTEN IM KRANKENHAUS (DOMAYER 2011, S. 21)**

**Care/Pflege/Pflegepersonal:** Die Pflege arbeitet ebenfalls im Kerngeschäft der Behandlung und Betreuung der Patienten. Sie kümmert sich aber viel mehr um die Betreuungsprozesse und um die Koordination rund um den Patienten. Sie orientiert sich innerhalb der Organisation und trägt die Organisation bzw. kompensiert rund um die Uhr auch viele Mängel der Krankenhausorganisation. Pflegerinnen und Pfleger verstehen sich als Teil eines Teams. Die Person des Patienten/der Patientin steht im Vordergrund.

**Controlling/Management/Krankenhausleitung:** Das Krankenhaus-Management ist zuständig für die Gesamtsteuerung und kontrolliert/steuert die Ressourcen wie Budget, Betten, Stellen. Es gestaltet die Organisation, die Verwaltungshierarchie, den ganzen Apparat der Einrichtung. Es denkt in Über- und Unterordnungen, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Budgetzahlen. Die Begrenzung der Wünsche der autonomen Teilbereiche ist aufgrund der begrenzten Mittel eine Funktion des Managements.

**Community/Krankenhaus-Aufsicht/Träger:** Die Krankenhaus-Aufsicht sorgt für die Verbindung zur Öffentlichkeit, die Einhaltung der Standards, die Einrichtungsübergreifende Vernetzung und Steuerung. Sie agiert patientenfern und organisationsfern. Im Vordergrund stehen die Gesundheit und die Rolle, die die Einrichtung in der Gesundheitsversorgung in der Region einnimmt. Die Abstimmungen mit Politik, Trägern, Sozialversicherungen oder Kammern erfolgen oft an runden Tischen und in großen Verhandlungsrunden.

**Koalitionen:** Die unterschiedlichen Selbstverständnisse sind jedoch nicht statisch, sondern werden für gewisse Koalitionen zur Erreichung von Zielen durchbrochen (Schmitz & Berchthold 2008, S. 170 f):

- Klinische Koalition zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflege zur Durchsetzung von klinischen Anliegen
- Status-Koalition zwischen Ärzten/Ärztinnen und der Aufsicht/der Politik zur Durchsetzung von ärztlichen Anliegen

- Rahmen-Koalition zwischen Spitalsmanager/-managerin und Aufsicht/Politik zur Umsetzung von Budgetvorgaben oder Rahmenbedingungen
- Insider-Koalition zwischen Spitalsmanagern/-managerinnen und Pflege, oft gegen die Ärzte/Ärztinnen, um Organisationsanliegen umzusetzen.

**Beispiel: Unterschiede im Führungsverständnis zwischen Verwaltung und Ärztinnen und Ärzten:** Dass die vier Welten zu Unterschieden im Denken, Fühlen und Handeln führen, wurde nun zum Thema Führung nachgewiesen. In einem Pilotprojekt in der Schweiz (Schmitz & Berchtold 2008, S. 172 ff) wurde in einer qualitativen Erhebung (narrative Interviews) untersucht, wie die Unterschiede bei Führungsverständnis, Führungsaufgaben, Führungserfolg, Legitimation der Führung, Hauptanliegen in der Führung zwischen Krankenhausmanager/-managerin und Chefärzten/Chefärztinnen aussehen. Die Ergebnisse bestätigen die im Modell von Glouberman & Mintzberg dargestellten unterschiedlichen Welten.

**Die Spitalsmanager/-managerinnen** sehen sich zuständig für das Gesamtsystem und seine Positionierung in der Zukunft vor allem aus einer finanziellen und strategischen Perspektive. Führung bedeutet für sie Beziehungsgestaltung a) zur Durchsetzung der Ziele, b) zur Beteiligung anderer Führungskräfte bei gemeinsamen Vorhaben und c) zur Integration der zersplitterten, komplexen Organisation. Sie versuchen durch eine klare Linie, durch verbindliches Handeln das Vertrauen und den Respekt der Mitarbeiter zu gewinnen. Sie trachten danach, durch Beteiligung und partnerschaftliches Vorgehen die Integration und zukünftige Ausrichtung zu erreichen. (Schmitz & Berchthold 2008, S. 173 f)

**Die Chefärzte/Chefärztinnen** sehen sich aus einer fallbezogenen und disziplinären Perspektive für die qualifizierte Patientenbehandlung verantwortlich. Führung bedeutet, den Einsatz und die Weiterentwicklung weiterer professioneller Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen zu steuern. Sie führen als Personen, als Vorbilder (nicht mit Instrumenten) und durch ihre langjährige Erfahrung. Sie

beanspruchen ihre „professionelle Selbständigkeit im überregulierten System“, wollen dies auch kämpferisch durchsetzen, wollen ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Entwicklungsräume ermöglichen und die Weitergabe und Entwicklung von Wissen betreiben. (Schmitz & Berchthold 2008, S. 174 f)

**Unterschiede:** Die Ärzte/Ärztinnen sind an professioneller Eigenständigkeit interessiert und billigen sich selbst mehr Ecken und Kanten zu. Sie kämpfen für ihre Sache und setzen ihre Person dazu ein. Die Spitalsmanager/-managerinnen sind an Beziehungsgestaltung und Integration verschiedener Sichtweisen und Subsysteme interessiert und verhalten sich weit diplomatischer und kontrollierter.

Aus diesen Unterschieden können Missverständnisse entstehen. Das Wissen um die Unterschiede kann helfen, diese zu überwinden, und zu einem verständnisvollen gemeinsamen Vorgehen beitragen. Die Überwindung dieser Gräben stellt eine der zentralen Herausforderungen der Führung im Krankenhaus dar.

## **5.4 Führung im Krankenhaus**

---

Kern des Coachings ist die Führungskraft in ihrer Rolle, mit ihren (Führungs-) Aufgaben, ihrer persönlichen Disposition in ihrem aktuellen Umfeld(system). Damit stellt sich die Frage, welches Verständnis von Führung ist für Krankenhäuser passend? Welches Führungsverständnis leitet die Coaches in ihrer Arbeit? Ist das Thema Führungsverständnis, Führungsaufgaben überhaupt ein Thema im Coaching und wenn ja, welche Fragen beschäftigen die Führungskräfte? Welche Modelle, Theorien sind dabei hilfreich für die Führungspraxis? Aus der Vielzahl von Führungstheorien und -modellen habe ich exemplarisch einige Ansätze dargestellt, die aus meiner Sicht für die Führungsarbeit im Krankenhaus (als einer Expertenorganisation) hilfreich sind.

An den Beginn der Ausführungen möchte ich folgenden Leitspruch von Winston Churchill stellen: „Leadership is the ability to enable others to be successful!“ Die klassische Führungsdefinition von Prof. R. Wunderer (2001) passt gut dazu:

„Mitarbeiterführung ist der Versuch einer zielorientierten, sozialen Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben, in und mit einer strukturierten Arbeitssituation.“ Ähnlich beschreibt es Wimmer (Wimmer et al. 2009, S. 28): „Management ist eine Funktion, die darauf konzentriert ist, geeignete Bedingungen zu schaffen, damit die Leute ihre Arbeit erfolgreich erledigen können, also in der Lage sind, sich selbst zu führen.“

Damit wird deutlich, was Manager/Managerinnen in einer Organisation tun: Sie blicken auf die relevanten Umwelten und machen daraus Unterschiede, die für das Handeln und Entscheiden relevant sind. Mit diesen Unterschieden lenken sie die Aufmerksamkeit der Organisation auf gewisse Aspekte, die für die Entwicklung der Organisation wesentlich sind. Sie leisten die horizontale und vertikale Verknüpfung von Systembestandteilen, indem sie die Selbstbindung der beteiligten Subsysteme koordinieren. Sie sorgen für Erklärungen, Legitimationen und den organisationalen Sinn und geben den Organisationsmitgliedern Orientierung (Wimmer et al. 2009, S. 29).

---

#### **5.4.1 Triviales – nicht-triviales Steuerungsmodell**

---

Um das Modell triviale – nicht-triviale Steuerung zu verstehen, seien einige Vorbemerkungen zum systemischen Management vorangestellt.

Die Mitglieder der Organisation sind Umwelten und bestehen aus einem Körper, einer Psyche und einem sozialen Kommunikationssystem und unterscheiden sich von den Nichtmitgliedern. Psyche und Körper sind Voraussetzungen für die Kommunikation, aber nicht Teil der Kommunikation, und ebenso ist die Person nicht Teil der Organisation (ebenso wenig wie Maschinen, Gebäude, Mittel), sondern Teil von Umwelten. Diese sind strukturell miteinander gekoppelt (Simon 2009, S. 35 ff). Kern der Organisation sind Kommunikationen, die auf Kommunikationen folgen. Unter der „Einheit der Kommunikation versteht Luhmann die Koppelung von Information, Mitteilung und Verstehen“ (Simon 2009, S. 20). Die Dauerhaftigkeit des sozialen Systems Organisation wird durch einen speziellen Typus von Prozessen bewirkt, den Humberto Maturana 1978 als

„autopoietisch“ bezeichnet hat und der das definierende Merkmal lebender Systeme ist. „Autopoietische Systeme sind definiert als selbstbezüglich operierende Systeme, die sich aufgrund des Netzwerkes ihrer internen Prozesse als zusammengesetzte Einheiten konstituieren und gegen ihre Umwelten abgrenzen“ (Simon 2009, S. 24).

Zwei Gesetzmäßigkeiten sind damit verbunden:

**a) Struktur determiniertheit:** Das Verhalten solcher Systeme wird immer von ihren eigenen internen Strukturen kausal bestimmt (und nicht von außen). Es gibt zwischen den Ereignissen in der Umwelt und dem Verhalten der Systeme keine geradlinig deterministische Ursache-Wirkungs-Beziehung. Auf die Wiederholung eines Reizes (Beispiel: ein Mensch erhält einen Stoß) kann – wenn das System lernt – eine andere neue Reaktion folgen. Die Reaktion ist nicht unmittelbar beobachtbar und nicht vorhersehbar; nicht einmal von dem, der gestupst wird. Diese Art des Wirksamwerdens, ohne dass die Wirkung vorhersehbar ist, wird als Perturbation oder Irritation bezeichnet (Störung oder Anregung) (Simon 2009, S. 26).

**b) operationale Schließung:** In ihren eigenen, internen Operationen reagieren Systeme immer nur auf ihre eigenen, internen Operationen oder Zustandsänderungen und nicht auf äußere Ereignisse (Beispiel: Schlag aufs Auge – Mensch sieht Sterne, weil das Auge nur Licht verarbeiten kann). Es gibt nur zwei Arten von Reaktionen: Fortsetzung des Lebens oder Nicht-Fortsetzung des Lebens. Wenn man Organisationen als autopoietische Systeme betrachtet, so hat dies Konsequenzen, die im Widerspruch zu weit verbreiteten Denkgewohnheiten stehen: Organisationen haben oder brauchen keinen Sinn an sich.

Die „Person“ in einer Organisation ist eine fiktive Einheit, die in der Kommunikation konstruiert wird. Am Beispiel des Schauspiels kann dies

verdeutlicht werden: Der Schauspieler/Die Schauspielerin (als körperliches und psychisches System, als ganzer Mensch) trägt in einem Stück eine Maske, stellt also einen Charakter dar und spielt eine Rolle, die eine bestimmte Funktion im Stück, in der Handlung hat (Simon 2009, S. 41). Sowohl das Individuum als auch die Organisation entscheiden bewusst über die Koppelung von Person – Rolle und Organisation.

In einer Organisation werden die gegenseitigen Erwartungen kommuniziert, was die Wahrscheinlichkeit, dass diese erfüllt werden, steigert. Erwartungen erleichtern die Koordination, weil nicht mehr alles erwartet werden kann (Komplexitätsreduktion). Wer den Erwartungen entspricht, braucht dies nicht zu rechtfertigen, sein/ihr Handeln erscheint sinnvoll und ist anschlussfähig. Aus den Erwartungen, die über die Zeit tradiert und verändert werden, entstehen die Strukturen. Strukturen beschreiben die Relationen/Erwartungen zwischen Rollen oder Stellen oder Organisationseinheiten. Sie sind aber immer wieder Resultat neu realisierter Kommunikationsprozesse.

Ziel und Erfolgskriterium von Organisationen ist es, dass die Organisation überlebt. Die innerbetrieblichen Abläufe, das Auftreten auf dem Markt, der Umgang mit den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen (um nur einige Umwelten zu nennen) sollen also passend sein, um als Organisation zu überleben (Simon 2010, S. 124).

Was bedeutet dies nun für die Steuerung von Organisationen, oder müsste man nicht besser sagen: für die „Organisation der Selbstorganisation“?

Die Führungskraft ist Teil des Systems und wird von ihren Umwelten (Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, Vorgesetzte, Partner/Partnerinnen, interne und externe Kunden, Öffentlichkeit etc.) beeinflusst und beeinflusst diese ebenfalls. In der Art dieser Beeinflussung hat Heinz von Foerster zwei verschiedene Steuerungsmodelle, die für die Arbeit der Führungskräfte relevant sind, unterschieden:

### **Modell der trivialen Maschine:** (Vortragsunterlage Geisbauer 2008)

In diesem Steuerungsmodell führt ein Input in einem zu steuernden System zu einem vorhersagbaren Output.  $Y = f(x)$ . Beispiel: Ich betätige das Gaspedal, löse die Kupplung und das Auto setzt sich in Bewegung. Das System ist vollständig analysierbar, der Ablauf ist beliebig wiederholbar und führt zu gleichen Ergebnissen, auch in der Zukunft. Die Komplexität ist eher gering bzw. gibt es dafür eine Expertenlösung/technische Lösung. Damit ist es möglich, bei entsprechender Analyse durch eine Intervention ein erwartbares Ergebnis zu erzielen („Traum“ der Führung). Wenn nicht das gewünschte Resultat herauskommt, liegt eine „Störung“ vor. In diesen Fällen kann der Input wiederholt, verstärkt und das System repariert oder ausgetauscht werden. Die Vorteile des Modells liegen: in der Schnelligkeit, Planbarkeit, Vorhersehbarkeit, in der Sicherheit für die Geführten, in der Geordnetheit, in der Reduktion der Komplexität, in der Möglichkeit, von der Person abzusehen (Diese ist austauschbar.), in der Tatsache, dass ich als Führungskraft nie selbst das Thema bin und in der Übereinstimmung dieses Modelles mit dem Bauprinzip der Hierarchie. Die Risiken dieses Modells liegen in der Nichtbeachtung von Eigenzuständen im System, diese werden verdrängt und brodeln im Untergrund. Ich muss mehr Kontrolle aufwenden, um zu verhindern, dass Individualität oder ungeplante Entwicklungen das Ergebnis verändern. Es gibt kaum ein Dazulernen. Mögliche weitere Ressourcen im System werden nicht aktiviert. Was der/die Steuernde nicht sieht, fließt nicht in die Lösung ein. Das Modell der trivialen Maschine hat seinen Platz bei stabilen Umwelten und bei einfach strukturierten Aufgaben mit bewährten Lösungen ohne besonderes Akzeptanzerfordernis durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Es gibt eine ganze Reihe von Trivial-Modellen im Berufsleben. Alle Bemühungen um Standardisierung bzw. Vereinheitlichung entstammen dem Modell der trivialen Steuerung und dienen der Reduktion der Komplexität. Sie haben ihren Zweck. Gleichzeitig soll man sich der Grenzen im Einzelfall und der Konsequenzen bewusst sein.

### **Modell der nicht-trivialen Maschine:** (Vortragsunterlage Geisbauer 2008)

In diesem Steuerungsmodell verändert sich das System laufend mit jedem Steuerungsdurchgang.  $Y = f(x.z)$   $Y' = f(x.z')$  Die Mitarbeiterin/Der Mitarbeiter verhält sich, nachdem sie/er die Erfahrung mit der Führungskraft gemacht hat, anders. Die Führungskraft wird ihr Verhalten entsprechend der erwarteten Reaktion ausrichten. Die Vorgänge laufen in einer Black Box ab und sind von außen nicht direkt beeinflussbar. Das Ergebnis ist nicht vorhersehbar, es liegt in der Entscheidung des Systems. Es liegt ein lebendes, operational geschlossenes, selbststeuerndes System vor. Teams, Abteilungen als soziale Systeme sind operativ geschlossen, sie bilanzieren autonom zwischen „Aufwänden“ und „Erträgen“ in meist unveröffentlichten „Währungen“ immer mit Gewinn für die eigene Position. Beziehungen werden von der Bilanz zwischen „Geben“ und „Nehmen“ gesteuert.

Die Vorteile dieses Steuerungsmodelles liegen in der Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstorganisation, zum Selbstlernen, in der Bewältigung einer höheren Komplexität und besseren Nutzung der Ressourcen des Systems, in der Vielfalt, Dynamik und größeren Innovation. Die Nachteile liegen beim erhöhten Zeitaufwand, beim Aufwand der erforderlichen Abstimmungsprozesse, bei der Abhängigkeit von der Geschichte und der Unvorhersehbarkeit des Ergebnisses. Als Führungskraft bin ich von den Geführten abhängig und umgekehrt.

Steuerung besteht nun in der Lenkung der Aufmerksamkeit und der Beeinflussung der Kommunikation (Kommunikationsmuster und -formen) sowie der Beziehungsgestaltung. Als Führungskraft Sorge ich für Ziele, sowohl harte als auch weiche Ziele, und gebe Feedback. Ich beobachte, mache Unterschiede, bilde Hypothesen, plane und setze Interventionen und beobachte die Reaktionen im Sinne der systemischen Schleife. Ich treffe operative und strategische Entscheidungen über Personen, Programme, Strukturen und den Kontext. Ich führe mich selbst und reflektiere mein Führungshandeln.

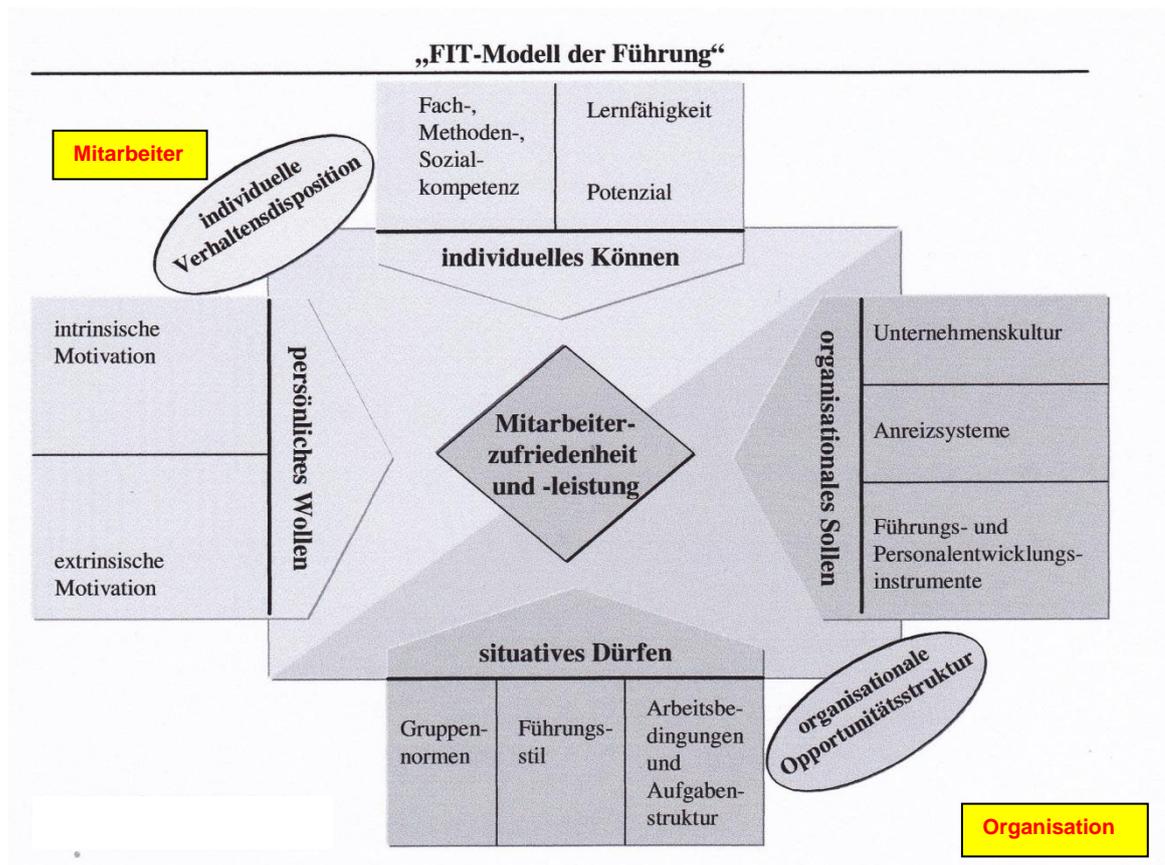
---

#### **5.4.2 Fit-Modell der Führung (Huf 2004, S. 22 ff)**

---

Im Kern geht es um ein Schlüssel-Schloss-Modell (siehe Abb. 7) mit folgender Annahme: Die Zufriedenheit und Leistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dann am höchsten, wenn die Verhaltensdisposition des/der Mitarbeitenden – sein/ihr Wollen und Können – mit der organisationalen Opportunitätsstruktur – dem Sollen und Dürfen – zusammenpasst. Wenn der „Fit“, also die Passung, gegeben ist, hat Führung die Aufgabe, die Situation der Übereinstimmung zu diagnostizieren und zu einer Verbesserung der Übereinstimmung Person und Organisation durch Führungshandeln beizutragen.

Nun zu den einzelnen Variablen des Modells, die einander in sehr vielfältigen Wechselwirkungen gegenseitig beeinflussen: Das persönliche Wollen besteht aus der intrinsischen Motivation – eigene innere Antriebe, Motive, Stärken, Vorlieben, Prägungen, die mit der Arbeit an sich verbunden sind – und der extrinsischen Motivation, den Anreizen aus dem Arbeitsumfeld. Im individuellen Können sind die Fach-, Methoden-, Sozialkompetenz, aber auch das Ausmaß der Lernfähigkeit und des Potenzials für künftige neue Aufgaben enthalten. Damit das Können und das Wollen auch wirklich zur Entfaltung und zur Leistung führen, braucht es entsprechende organisationale Rahmenbedingungen. Diese bestehen im organisationalen Sollen aus den Erwartungen an Leistung und Verhalten der Mitarbeitenden, aus den Werten der Unternehmenskultur, den Anreizsystemen, den Führungs- und Personalentwicklungssystemen und -instrumenten (Stellenbeschreibungen, Führungsleitlinien, Beurteilungskriterien, Förderung, Karriere, Balance Scorecard etc.). Welche konkreten Verhaltensnormierungen in der alltäglichen Arbeitssituation zum Tragen kommen, hängt vom situativen Dürfen ab. Dieses wird beeinflusst durch den Führungsstil des/der direkten Vorgesetzten, durch die Gruppennormen und die Arbeitsbedingungen sowie die Aufgabenstruktur.



**ABBILDUNG 7: FIT-MODELL DER FÜHRUNG, HUF 2004, S. 24**

Auf welche „Stellschrauben“ hat nun die Führungskraft den meisten Einfluss?

Es ist dies das situative Dürfen und in Ansätzen – bei entsprechend hoher hierarchischer Positionierung – die Mitwirkung am organisationalen Sollen. Auf das individuelle Können habe ich als Führungskraft nur bedingt Einfluss, ich kann Schulungen anbieten, kann den Mitarbeiter/die Mitarbeiterin fördern, versuchen, ihn/sie zu verpflichten. Was der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin daraus macht, bleibt allein ihm/ihr überlassen. Jeder, der einmal jemanden zu einer Schulung verpflichtet hat, kennt das Ergebnis. Am wenigsten direkten Zugriff habe ich auf das persönliche Wollen.

Damit sind meine wesentlichen Hebel in der Führungsarbeit: die Gestaltung meiner Führungsarbeit, meines Führungsstils, meiner Führungsbeziehungen, die

Gestaltung der Aufgabenstrukturen (enge – weite Verantwortung, Mehrfachqualifizierung, Delegation, herausfordernde Anforderungsprofile, gute Passung zu den Fähigkeiten und Potenzialen der Mitarbeitenden), attraktive Arbeitsbedingungen (modernes Umfeld, Infrastruktur, Arbeitszeit, Lernen etc.) und förderliche Gruppennormen sowie die Pflege des Teams.

---

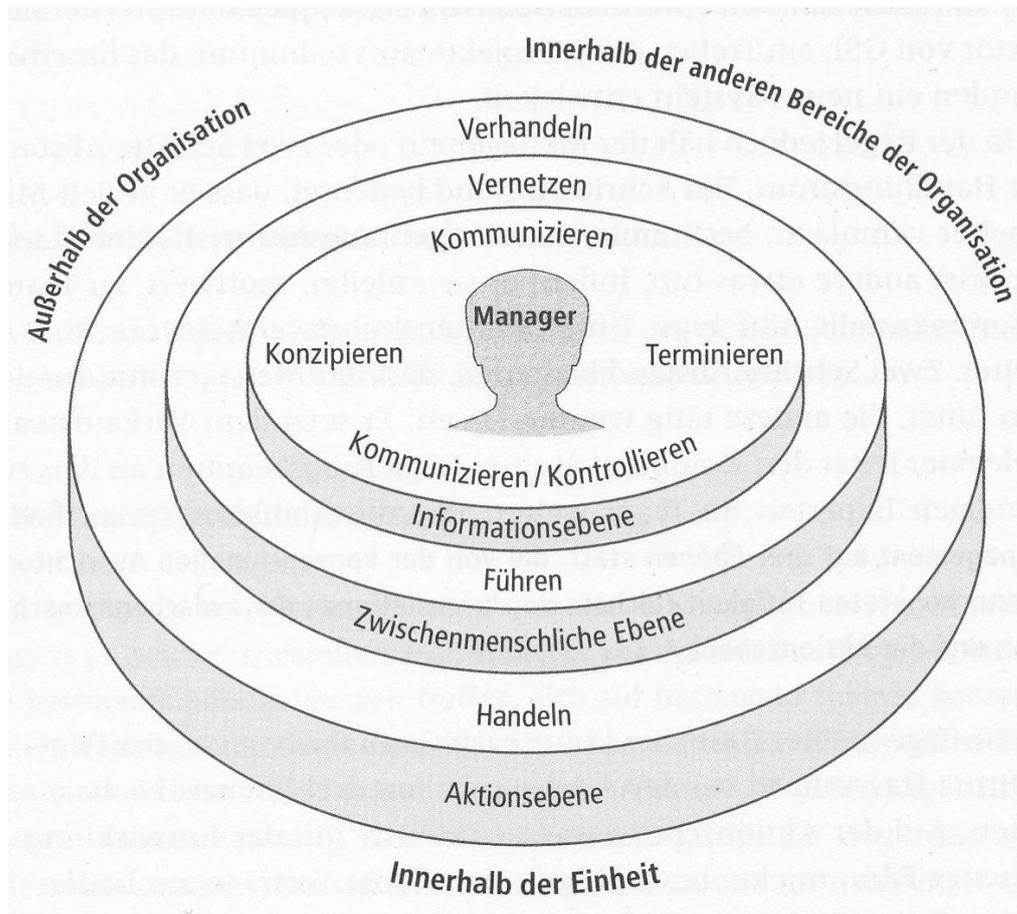
### **5.4.3 Managementmodell von Henry Mintzberg**

---

Mintzberg hat sich dem Thema Management von der Seite des praktischen Tuns her genähert. Er hat verschiedenste Manager/Managerinnen unterschiedlicher Branchen, Unternehmenstypen und Hierarchiestufen an ihrem Arbeitsplatz besucht, die Beobachtungen analysiert und daraus sein Managementmodell entwickelt. Mintzberg hat seine Studien bereits in den 80er Jahren begonnen und nun aktualisiert und zu einem Modell verdichtet (siehe Abb. 8) (Mintzberg 2011, S. 71). Der Manager/Die Managerin ist in seinem Sinn „jemand, der anderen hilft, das Beste aus sich herauszuholen, damit sie ihr Wissen mehren, bessere Entscheidungen treffen und effektiver handeln“ (Mintzberg 2011, S. 27). Er sieht Management als eine Kombination von Wissenschaft (Analyse, systematisches Vorgehen) – Handwerk (Erfahrung, praktisches Vorgehen, *learning by doing*) – und Kunst (Visionen, kreative Ideen, Gestalten-Wollen, Inspiration).

Der Manager/Die Managerin steht im Zentrum der ihn/sie umgebenden drei Umwelten: Außerhalb der Organisation, innerhalb der Organisation mit den anderen Bereichen und innerhalb seiner/ihrer eigenen Einheit. Oberstes Ziel ist es, die Erfüllung des Zweckes der Organisation zu gewährleisten. Dazu arbeitet der Manager/die Managerin nicht so sehr direkt an den einzelnen Tätigkeiten, sondern bedient sich der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Seine/Ihre Tätigkeiten reichen von der konzeptionellen Ausrichtung bis zu konkreten Tätigkeiten. Management findet auf folgenden drei Ebenen statt: Informationsebene – zwischenmenschliche Ebene – Aktionsebene. Im Zentrum steht der Manager/die Managerin mit den zwei Rollen Konzipieren und Terminieren. Er/Sie gibt damit den Kontext der Einheit vor.



**ABBILDUNG 8: MANAGEMENTMODELL VON HENRY MINTZBERG (MINTZBERG 2011, S. 71)**

Auf der **Informationsebene** gilt es nach außen und innerhalb der Organisation zu kommunizieren, Informationen zu sammeln und an die relevanten Personen weiterzuleiten, es gilt gewisse Themen oder Trends zu beobachten, zu verfolgen, als Sprecher/Sprecherin der Organisation nach außen zur Öffentlichkeit, zu den Stakeholdern zu agieren und bei verschiedensten Gelegenheiten zuzuhören, hinzusehen und vieles auch instinktiv wahrzunehmen.

Innerhalb der Einheit gilt es Strategien (Ziele), Strukturen (Zuständigkeiten), Systeme (Lenkungs- und Kontrollsysteme) zu entwerfen, sich für eine Vorgangsweise zu entscheiden, Aufgaben und Verantwortung an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu delegieren, Mitarbeitende auszuwählen, zu entwickeln,

die Ressourcen zu verteilen und Leistung zu fordern, aber in Kombination mit der Förderung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Auf der **zwischenmenschlichen Ebene** gilt es die Mitarbeitenden innerhalb der Einheit zu führen, zu unterstützen und ihnen Orientierung zu geben. Dazu gehören die Förderung der Motivation, die Entwicklung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die Entwicklung und Pflege der Teams und die Bewusstmachung und Stärkung der Werte der Abteilungskultur.

In der Vernetzung nach außen pflegt der Manager/die Managerin Kontakte (Networking), repräsentiert das Unternehmen nach außen, leistet Vermittlungs- und Überzeugungsarbeit, gibt Informationen von außen nach innen weiter und hat eine wichtige Pufferfunktion bei der Weitergabe der Informationen zwischen den Umwelten und seiner/ihrer Einheit.

**Unmittelbar über die Tat managen:** Auf der Aktionsebene sorgt der Manager/die Managerin intern als „Macher/Macherin“ dafür, dass das Erforderliche geschieht. Er/Sie ist teilweise direkt in Schlüssel-Projekte involviert, etwa um zu lernen, Anregungen für neue Strategien zu erhalten, das Ergebnis in einem wichtigen Projekt sicherzustellen oder auch um etwas vorzuzeigen. Ansonsten liegen die Hauptaufgaben auf der internen Aktionsebene bei den Störungen, bei der Konzentration auf Dinge, die schief laufen.

Auf der Aktionsebene nach außen geht es um Verhandlungen mit internen und externen Partnern, um Akquisition, um das Schmieden von Koalitionen etc.

Die Rollen des Managers/der Managerin sind, wie dieses Modell zeigt, sehr vielseitig. Es darf keine Ebene zu Lasten einer anderen Ebene vernachlässigt werden. Erfolgreicher ist aber die Managerin/der Manager, deren/dessen natürlicher Stil zum Unternehmen und persönlichen Umfeld passt, als die/der, die/der sich anpasst. Natürlich hat jede und jeder seine Rollenpräferenzen, gibt es niemanden, der alles perfekt kann, und das ist auch gut so. Es gilt, sich ständig auf die wechselnden Anforderungen der Führungssituation einzustellen.

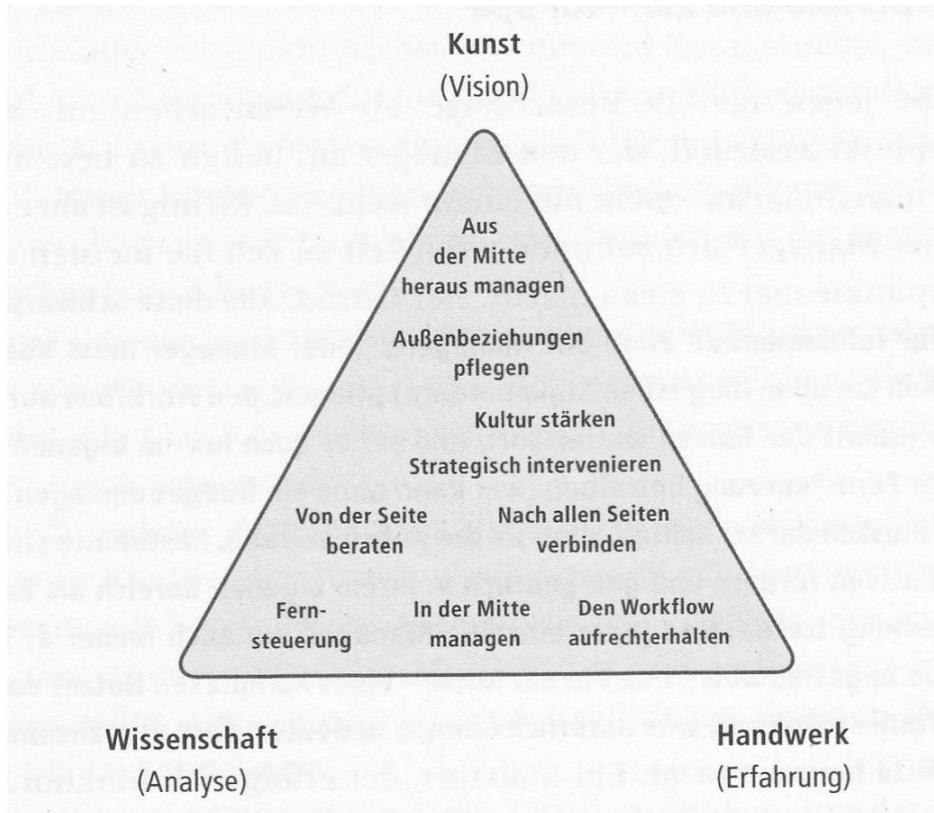
Daher ist es mittelfristig nötig, eine „dynamische Balance“ (Mintzberg 2011, S. 128) bezogen auf die Führungsfunktion und die Situation herzustellen.

Was in der spezifischen Situation in der Managementrolle gefordert wird, hängt von verschiedenen Einflussfaktoren aus dem äußeren Umfeld, dem strukturellen Umfeld, dem Arbeitsplatzumfeld, dem Situationsumfeld und dem persönlichen Umfeld ab. Aus der Fülle der verschiedenen Faktoren haben folgende Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Managementrolle (Reihung nach Mintzberg 2011, S. 132 ff): die Art der Organisation, die Branche, die Berufserfahrung im Job, in der Organisation und in der Branche, Alter/Stadium/Größe der Organisation, die Funktion in der Organisation, temporäre Zwänge im Situationsumfeld, die Hierarchieebene und die Vorerfahrungen als Führungskraft. Aufgrund dieser Einflussfaktoren gibt es andere Schwerpunkte im Management, die im Vordergrund stehen. Mintzberg hat aufgrund seiner Beobachtungen aus der Begleitung von Managerinnen und Managern gewisse Muster erkannt und unterscheidet **neun Schwerpunkte in der Managementrolle**, die in Abbildung 9 dargestellt sind (Mintzberg 2011, S. 194).

**Aufrechterhaltung des Workflows** (Mintzberg 2011, S. 177 f): Die Führungskräfte engagieren sich persönlich dafür, dass der Betrieb reibungslos läuft. Sie stehen oft im Zentrum des Geschehens, sammeln und verarbeiten viele Informationen. Es geht mehr um Feineinstellung als um grundlegende Neuerungen. Im Vordergrund steht das Handeln neben dem Führen bzw. Lenken und Kontrollieren und dem sehr wichtigen Kommunizieren. Dieses Muster ist auch in Expertenorganisationen wie z.B. Krankenhäusern anzutreffen.

**Außenbeziehungen pflegen:** In diesem Modell stehen die Pflege der Außenbeziehungen, das Vernetzen und die Verhandlungen um die Randbedingungen der Organisation im Vordergrund vor der internen Lenkung und Kontrolle. Je höher die Hierarchiestufe ist, umso wahrscheinlicher ist diese Schwerpunktsetzung anzutreffen. Die notwendige interne Lenkung erfolgt durch andere Manager/Managerinnen oder in Form der Selbststeuerung bei hoch

qualifizierten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in Expertenorganisationen (Mintzberg 2011, S. 179).



**ABBILDUNG 9: SCHWERPUNKTE IM MANAGEMENT (MINTZBERG 2011, S. 194)**

**Nach allen Seiten verbinden:** Dieses Muster ist sehr verbreitet im mittleren Management anzutreffen. Die Führungskraft ist nah am Prozess und an den Außenbeziehungen und führt die beiden Orientierungen zusammen. Die Schwerpunkte liegen im Verhandeln und Handeln sowie Kommunizieren. Die Führungskräfte haben sich ein „Netzwerk“ aufgebaut und sehen ihre Führungsrolle als Einflussnehmer und Unterstützer im Netzwerk.

**Fernsteuerung** (Mintzberg 2011, S. 182 f): Dieser im Top-Management anzutreffende Schwerpunkt betont die Informations- und Entscheidungsebene und agiert etwas abgehoben, distanziert und analytisch. Die Führungskräfte steuern

durch die Zuteilung von Ressourcen, durch das Einfordern von Leistung und dadurch, dass sie die Entscheidungen an sich ziehen.

**Die Kultur stärken** (Mintzberg 2011, S. 184 f): In dieser Schwerpunktsetzung im Top-Management nimmt die Führungskraft durch persönliches Engagement, Führung und Kommunikation Einfluss auf die Kultur, die Werte der Organisation und versucht den Gemeinschaftssinn zu stärken.

**Strategisch intervenieren** (Mintzberg 2011, S. 185): Die Führungskraft schaltet sich bei strategisch wichtigen Fragen ad hoc ein und interveniert, um konkrete Veränderungen voranzutreiben. Im Vordergrund steht das Tun und die Kommunikation sowie die Lenkung und Kontrolle.

**In der Mitte managen** (Mintzberg 2011, S. 185 f): In dieser Haltung im Mittelmanagement gibt es zwei Alternativen – mit dem Strom schwimmen oder sich gegen den Strom stellen (Aus der Mitte heraus managen.) Das Topmanagement formuliert die Strategie, das untere Management implementiert diese und das mittlere Management sichert durch Informationsflüsse, durch Kommunikation sowie Lenkung und Kontrolle die Verbindung zwischen Oben und Unten. Es trifft oft gar nicht so viele Entscheidung selbst, aber sorgt für die entsprechenden Entscheidungsprozesse.

**Aus der Mitte heraus managen** (Mintzberg 2011, S. 187 f): In der Führungsrolle stehen die äußeren Rollen im Vordergrund: Verhandeln und Vernetzen. Dem Verhandlungsgeschick kommt eine große Bedeutung zu.

**Von der Seite beraten** (Mintzberg 2011, S. 189 f): Dieser Managementtyp führt aufgrund seiner/ihrer Expertise, er/sie ist Ratgeber/Ratgeberin, steht eher am Rande und nimmt von dort Einfluss. Die Rollen des Vernetzens und Kommunizierens überwiegen, der persönliche Stil ist näher bei der Wissenschaft als beim Handeln angesiedelt und dieser Typus findet sich eher in großen, formalisierten Organisationen.

#### 5.4.4 Mechanismen der Koordination und Steuerung

Sieht man Führung nicht nur als hierarchische Führung, sondern als Mechanismen der Koordination und Steuerung in Unternehmen, so können sechs verschiedene Formen (Domayer 2011, S. 22) unterschieden werden (Abbildung 10).

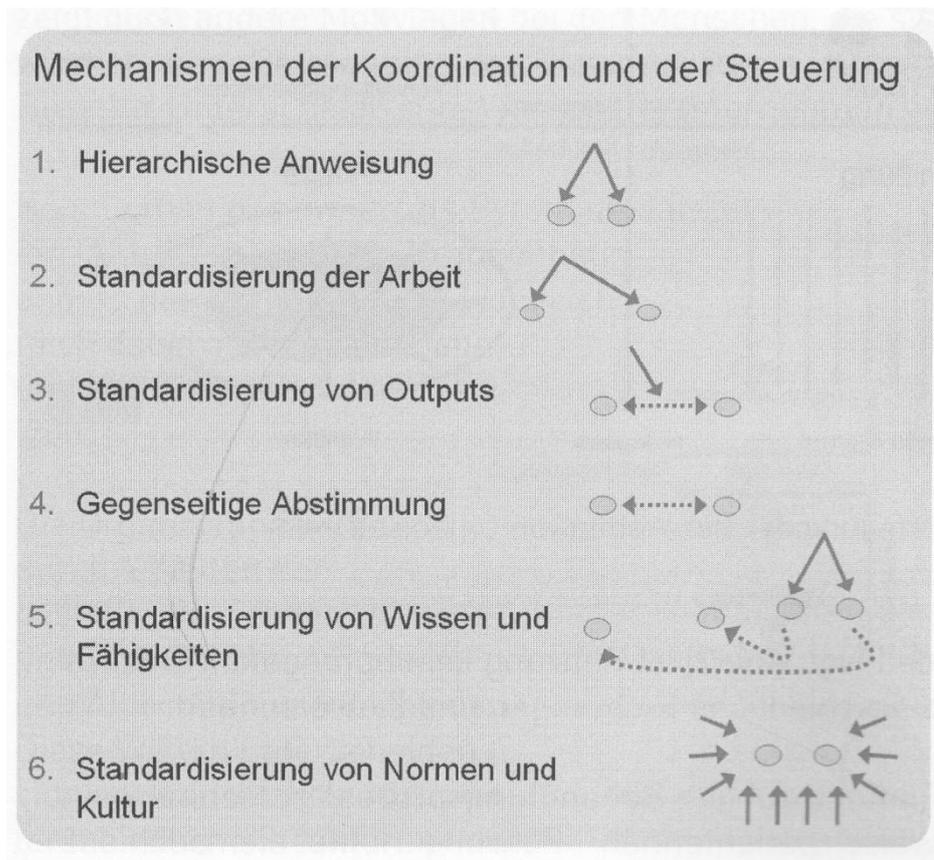


ABBILDUNG 10: MECHANISMEN DER KOORDINATION UND STEUERUNG (DOMAYER 2011, S. 22)

Die ersten drei Formen stammen aus der klassischen Hierarchie: Die direkte Anweisung durch die Führungskraft, was wann wie zu geschehen hat. Die Standardisierung der Arbeitsabläufe und des Outputs der Arbeit, oft unterstützt durch Technik, Maschinen, Automatisierung, ist vor allem aus der industriellen Produktion bekannt. Die Individualität jedes einzelnen Falles, die Schwierigkeit, die Zusammenhänge von Input und Output exakt vorherzusagen, das hohe

Ausmaß an persönlichen Anteilen in der Dienstleistung und der damit verbundenen hohen Selbstverpflichtung sowie die hohe Komplexität lassen diese direkten Steuerungsformen in Krankenhäusern nur in Ansätzen zu.

Im Krankenhaus erfolgversprechender sind da die anderen drei Steuerungsformen. Die Standardisierung von Wissen und Fähigkeiten ist eine der zentralen Steuerungsformen und der Leistung in Expertenorganisationen. Kompetente Personen wissen selbst, was in der jeweiligen Situation zu tun ist, und haben gemeinsam entwickelte Bilder von den Abläufen und Prozessen. An die Grenzen stößt diese Form, wenn es keine Standards gibt.

Weit verbreitet sind auch die gegenseitigen Abstimmungsprozesse zwischen gleichberechtigten Partnern in heiklen Fällen zur Festlegung der weiteren Vorgangsweise z.B. in einem interprofessionellen Team, wie es in der onkologischen oder palliativen Behandlung oder bei interdisziplinären Fallbesprechungen praktiziert wird.

Ein sehr wirkungsvolles Instrument der Führung ist das Entwickeln gemeinsamer Überzeugungen, Visionen, Leitbilder, Werthaltungen und Normen. Wo Kontrolle von außen nur schwer möglich ist und die Autonomie der Mitglieder der Organisation hoch ist, tritt an die Stelle von direkten Vorgaben die indirekte Steuerung über gemeinsam geteilte Werte, Leitbilder, Visionen, zu denen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst verpflichten. Es gibt den paradoxen Zusammenhang: Je komplexer eine Organisation und je höher die Autonomie der einzelnen Mitglieder ist, umso mehr ist die Steuerung über Visionen, Leitbilder und gemeinsame Werte und Normen wichtig, aber von der Übernahme dieser Werte in die Selbstverpflichtung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hoch abhängig (Schuhmacher 2006, S. 11). Aufgrund der Betonung der Berufsgruppen tritt die Organisation und eine übergreifende gemeinsame Kultur bzw. Vision, mit gemeinsam geteilten Werten in den Hintergrund. In Zukunft braucht es aber verstärkt eine gemeinsame Kultur und Vision, und dies belegt einmal mehr, wie wichtig es ist, die Verständigung zwischen den oben dargestellten vier Welten im Krankenhaus zu fördern.

## 5.5 Schlussfolgerungen für Supervision und Coaching im Krankenhaus

---

**Supervision für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen** ist in vielen Krankenhäusern gelebte Praxis, ist in allen Anstaltsordnungen in Österreich als verpflichtendes Element enthalten und in Teilbereichen sogar als Strukturqualitätskriterium (z.B. auf Palliativstationen) von der Gesundheitsaufsicht vorgeschrieben. Wichtige Einsatzbereiche sind (Scala & Grossmann 2002, S. 178 ff) die Unterstützung der Mitarbeiter bei der Verarbeitung als schwierig und als belastend erlebter Situationen, die Förderung der Teamentwicklung, die Arbeit an gemeinsamen Standards und Abläufen im Team, die Bearbeitung von Problemen im Team, die Klärung von Zuständigkeiten, Rollen, Zusammenarbeitsproblemen zwischen den Berufsgruppen, die Verbesserung der Besprechungsstrukturen, Fallsupervision, Krisenintervention. Teams haben eine wichtige Rolle bei der Leistungserbringung, bei der Beteiligung der Mitarbeiter und auch bei der Bewältigung von Belastungen und Anforderungen. In Veränderungsprojekten sind Schlüsselpersonen (z.B. Qualitätsmanager) oder Projektteams Adressaten der Supervision. Noch seltener anzutreffen – aber für die Zukunft immer wichtiger – sind interdisziplinäre Supervisionsteams oder Leitungsteams wie etwa die kollegiale Führung.

Damit Supervision im Krankenhaus gelingt (Scala & Grossmann 2002, S. 183 ff),

- braucht es neben dem Blick auf die Personen und deren Zusammenarbeitsproblemen oft die Einbeziehung und Entwicklung der zugrunde liegenden Strukturen der Organisation.
- gilt es die formelle Kommunikation zu stärken, denn vieles wird informell geregelt und ist dann nicht verbindlich.
- gilt es die Neutralität gegenüber allen Berufsgruppen und unterschiedlichen Sichtweisen im System zu wahren, insbesondere, da oft aufgrund der hohen Arbeitsteilung und Segmentierung Teile des Systems, die Thema sind, nicht in der Supervision anwesend sind.

- gilt es die Kommunikation gut zu strukturieren und die Offenheit für Gefühle, unterschiedliche Sichtweisen, Ängste, Unsicherheiten oder Erfolge zu fördern.
- gilt es mit Anerkennung und Wertschätzung der Leistungen und Beachtung der Belastungsgrenzen die Balance zwischen Bewahren und Verändern zu halten. Dabei heißt es insbesondere den Drang zu schnellen, kurzfristigen Lösungen ohne Reflexion der dahinter liegenden Ebenen zu bremsen.

**Coaching als Supervision für Führungskräfte** hilft den Führungskräften bei der Gestaltung ihrer Führungsrolle – die oft zusätzlich zu anderen fachlichen Rollen wahrgenommen wird –, fördert deren Entwicklung und erweitert die Handlungsmöglichkeiten der Führungskräfte. Die Führungsrollen sind aufgrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen (wie z.B. Delegation von Verantwortung an die Bereiche vor Ort, ökonomische Steuerung auf allen Ebenen, Ressourcenknappheit etc.) einem starken Wandel ausgesetzt. Der Leiter/Die Leiterin einer dezentralen Einheit muss sich heute mit weit mehr Managementthemen und -instrumenten beschäftigen, als dies in der Vergangenheit erforderlich war. Die Ausdifferenzierung dieser neuen Führungsrollen und -aufgaben ist im Bereich der Pflege schon weiter fortgeschritten, als dies im ärztlichen Bereich der Fall ist. Im Verwaltungsbereich gilt es die Veränderung von der zentralen Steuerung zur dezentralen Steuerung und zum Dienstleister bzw. Partner für die Führungskräfte zu bewältigen. Erschwerend führen die knappen Ressourcen und Kostendämpfungsprogramme, die ständig steigenden Erwartungen bei den Leistungskennzahlen, die steigenden Anforderungen vonseiten der Patientinnen und Patienten oder auch die Schwierigkeit, qualifiziertes Personal zu bekommen, zu vermehrten Zielkonflikten. Dies macht das Coaching für Führungskräfte oder für Führungsteams zu einer sehr wichtigen Investition in die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern.

Aber es gibt auch viele Vorbehalte speziell von Führungskräften gegenüber Coaching. In der Expertenorganisation muss die Führungskraft über einen Wissensvorsprung gegenüber allen anderen verfügen, sie muss wissen, „wo es lang geht“. Coaching wird als Eingestehen des Scheiterns gesehen. Speziell ärztliche Führungskräfte nehmen privat Coaching in Anspruch, aber nicht über die Organisation. In einer sehr handlungsorientierten Kultur wie einem Krankenhaus ist wenig Zeit und nur ein begrenztes Verständnis für Reflexion und Probehandeln vorhanden. Aber auch die Angebote vonseiten der Organisation sind sehr unterschiedlich. Die Ausdifferenzierung der Führung ist in einigen Krankenhäusern noch nicht weit fortgeschritten, es gibt kaum Führungsleitlinien, es gibt erst in letzter Zeit (oft punktuelle) Führungskräfte-Fortbildung und wenig gezielte, systematische Führungskräfteentwicklung. Die Steuerung der operativen Tätigkeiten im Behandlungsprozess steht im Vordergrund. In diesen Fällen ist es nicht verwunderlich, dass es kein Angebot der Organisation für Führungskräfte-Coaching gibt.

## **6 Coachingkonzept in der Fallstudie**

---

Mit 1. Mai 2000 wurde in der Krankenhausgruppe eine Koordinationsstelle für Supervision und Coaching eingerichtet und wurden Zug um Zug verschiedene Beratungsformate eingeführt bzw. angeboten. Das Einzelcoaching für Führungskräfte startete neben dem Teamcoaching, dem Gruppencoaching, der Teamsupervision, der Gruppensupervision und der Fallsupervision im Jahr 2000. Anlass für die Einrichtung der Koordinationsstelle waren einzelne Ereignisse, die den Zusammenhang von Führung und Zusammenarbeit mit der Leistungsfähigkeit der Organisation eindrücklich aufzeigten. Die in der Krankenanstaltenordnung vorgesehene Unterstützung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen bei der Bewältigung ihrer Aufgaben durch Supervision sollte verstärkt und institutionalisiert werden. Die Führungskräfte sollten in ihrer Rollenfindung unterstützt werden, sodass Managementaufgaben verstärkt oder besser wahrgenommen werden und Gestaltungsspielräume in der Führung genutzt werden, wie es die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Zentrums für Entwicklung und Beratung (ZEB) im Interview beschrieben. Durch die Möglichkeit, das tägliche Führungsverhalten zu reflektieren, sollte der „Einsamkeit“ der Führungskräfte entgegengewirkt werden. Auch der Prozess der weiteren Ausdifferenzierung der Führungsrollen sollte durch systematische Führungsausbildung und durch Coaching unterstützt werden. Dass die Konkretisierung von Führung Auswirkungen auf vorgesetzte Stellen, nachgeordnete Stellen und das Gesamtsystem hat, liegt auf der Hand.

Aufgrund der komplexen Organisation Krankenhaus (siehe oben) gibt es spezielle Anforderungen an die Führungskräfte im Krankenhaus (Weilharter 2002, S. 94 f): „Sie nehmen in der Regel mehrere Rollen wahr, haben sehr vielfältige in der Anstaltsordnung festgelegte Führungsaufgaben, die sie zum Teil alleine für ihren Bereich und zum Teil im Sinne der kollegialen Führung gemeinsam für alle Bereiche verantworten, sie führen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, leiten eine Fachabteilung, steuern eine Organisationseinheit und sind oft für die Ausbildung und Forschung verantwortlich.“ Führungskräfte im

Krankenhäuser befürworten tendenziell Supervision und Coaching für ihre Mitarbeitenden. Sie selbst sind bei Coaching für ihre Person zurückhaltender, im ärztlichen Bereich ist die Skepsis etwas höher. Dies mag daran liegen, dass das Expertendenken im ärztlichen Bereich sehr stark ausgeprägt ist und dass Führung gegenüber der Fachtätigkeit in den Hintergrund tritt. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Fachexpertise in der Behandlung der Patientinnen und Patienten. Das Helfen-Wollen, verantwortlich für andere zu sein, die gelernte Haltung in der Arzt-Patienten-Beziehung, die Problematik, dass viele Probleme nicht allein, sondern im Zusammenspiel mit anderen gelöst werden müssen, die Hierarchie und die Berufsstände führen oft zum „Durchhalten“, Verdrängen und machen es oft schwer, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dort, wo Supervision und Reflexion bereits in der Ausbildung oder im Berufsbild verankert sind, ist die Hemmschwelle, die es zu überwinden gilt, bedeutend kleiner. Die Situation ist neben den individuellen Unterschieden auch von Krankenhaus zu Krankenhaus und je nach Bereich sehr unterschiedlich und kann nicht verallgemeinert werden.

Mittlerweile gibt es Coaching für Führungskräfte in der Krankenhausgruppe seit 12 Jahren. In dieser Zeit hat sich dieses Instrument etabliert, gibt es in allen Bereichen auch konkrete Erfahrungen von Coachees und Auftraggebern und hat sich die Einstellung zum Coaching sehr positiv entwickelt. „Ich darf mir Unterstützung holen; ich muss das nicht in meiner Freizeit machen, sondern kann das in meiner Dienstzeit in Anspruch nehmen“, sind einzelne Aussagen dazu.

Die Zielsetzungen der Unternehmensleitung bei der Einführung dieser Beratungsformate waren, die Krankenhäuser als lernende Organisationen zu begreifen, ein koordiniertes Angebot zum gelebten Wissensmanagement zu geben, die Führungskräfte in ihren komplexen Aufgaben zu unterstützen und prophylaktisch den Symptomen und Auswirkungen der Überforderung zu begegnen (Weilharter 2012). Darüber hinaus ermöglicht das Coaching die Begleitung von zielgerichteten, individuellen Lern- und Personalentwicklungsprozessen mit einer hohen Transferwahrscheinlichkeit.

**Coaching** wird in der Krankenhausgruppe wie folgt beschrieben: „Mitarbeitende, die Leitungsaufgaben haben, sind immer wieder mit schwierigen Situationen und Entscheidungen konfrontiert, die für Teams oder Einzelpersonen von großer Tragweite sein können. In diesem Fall besteht die Möglichkeit eines Coachings, in dem etwa folgende Themen reflektiert werden: Arbeitsaufgaben, Funktion und Rolle, Beziehungen zur Arbeitsumwelt, Ansprüche, Werte, Führung von Mitarbeitenden. Coaching wird auch für Leitungsteams und Gruppen von Führungskräften angeboten.“ (Weilharter 2002 und 2012) Am Teamcoaching nehmen Führungskräfte unterschiedlicher Berufsgruppen teil, die miteinander direkt kooperieren, wie etwa eine kollegiale Führung oder eine interdisziplinäre Führung bestehend aus Oberarzt und Stationsleitung. Das Gruppencoaching richtet sich an Führungskräfte gleicher Funktion, die aus unterschiedlichen Bereichen kommen. In meiner Untersuchung habe ich mich ausschließlich auf das Einzelcoaching konzentriert.

Die Unternehmensleitung entschied sich bewusst für ein durch das Zentrum für Entwicklung und Beratung (ZEB) koordiniertes Angebot: Die Beratung vor Beginn des Coachings hilft das passende Angebot auszuwählen, ermöglicht den Führungskräften, externe Sichtweisen kennenzulernen, sorgt für Qualitätsstandards bei den Maßnahmen, Abläufen und in der Auswahl der Coaches, sie trägt zur Förderung der Akzeptanz von Supervision bei, fördert die Vernetzung zwischen den Coaches und mit den Auftraggebern und trägt damit zum organisationalen Lernen bei. Mit dieser Form ist auch die Verbindung zu den Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung besser möglich.

Im Gegensatz zur Handhabung von Supervision in der Vergangenheit – „Team sucht sich einen Supervisor, die Supervision findet statt, wird von der Organisation bezahlt, der/die Einzelne wird unterstützt und das war es“ – war es erklärtes Ziel des ZEB, dass die Beratung von außen „gut an die Organisation und die Organisationsziele angebunden sein muss“. Diese Entwicklung betraf nicht nur die Supervision im Krankenhaus, sondern die gesamte Supervisionslandschaft und wurde auch durch theoretische Arbeiten sowie durch

die Arbeit der ÖVS sehr unterstützt. Was bedeutet die Anbindung an die Organisation? „Coaching ist kein Selbstzweck, kein Irrläufer in der Organisation“, wie es das ZEB-Team ausdrückte, sondern muss verknüpft sein mit den Erwartungen des übergeordneten Vorgesetzten und der Organisation, und die Ergebnisse müssen mit dieser rückgekoppelt werden. Diese Form der Auftragsgestaltung bringt aus Sicht des ZEB-Teams noch weitere positive Effekte mit sich: Bei der Zielvereinbarung und im Abschlussgespräch werden „weiche Faktoren“, die schwer zu messen sind, besprechbar, einschätzbar gemacht. Damit erlangen diese Themen Aufmerksamkeit und werden zum Gegenstand des „Managens“. Durch die Zielvereinbarung und das Abschlussgespräch werden Feedback-Prozesse zwischen Vorgesetzten und Coachees mit Unterstützung des externen Beraters gefördert. Auch die Auftraggeber lernen dabei mit. Wie kann ich die nächste Ebene in ihrer Führungsarbeit fördern und unterstützen? Mit diesen Gesprächen wird auch der Aspekt der gemeinsamen Steuerung und der wechselseitigen Abhängigkeiten betont. Nicht nur der „einsame Blick“ auf die Steuerung, sondern der Blick auf die Überschneidungen wird gefördert. Und last but not least werden mit den Kontrakt- und Abschlussgesprächen die Ergebnisse, somit der Nutzen sichtbar und in der Organisation verbreitet (Marketing).

**Wesentliche Eckpfeiler des Coaching-Konzeptes sind:**

1. Klärung des Ansuchens zwischen Auftraggeber, Koordinator und Coachee: Die Ansuchen laufen über die jeweilige Direktion an das ZEB. Es besteht die Möglichkeit, ein Beratungsgespräch zur Auswahl des passenden Beratungsformates zu führen. Das ZEB kontaktiert den Coach und informiert die Führungskraft. Diese nimmt Kontakt mit dem Coach auf. Der Coach kontaktiert die zuständige Direktion. Diese Vorgespräche und auch das folgende Sonderungsgespräch dienen dazu, dass eine hohe Transparenz gewährleistet wird und mögliche Phantasien, was wer mit wem wozu bespricht, hintangehalten werden.

2. Es kommt zu einem Sondierungsgespräch zwischen Direktion, direktem Vorgesetzten, Coachee und Coach zur Auftragsklärung und Zielformulierung. Ein schriftlicher Kontrakt mit der Zielformulierung und allen Unterschriften wird erstellt. Hier wird auch der Grundstein für das Auswertungsgespräch am Ende des Coachings gelegt.
3. Coachingprozess zwischen Coach und Coachee. Ein Coachingprozess besteht in der Regel aus maximal 10 Sitzungen zu je 2 Einheiten. Es gibt auch die Möglichkeit zum Anschluss eines neuerlichen Coachingprozesses. Bei Bedarf können während des Prozesses Zwischen-sonderungen bei Veränderungen des Auftrages zwischen Auftraggeber, Coachee und Coach getätigt werden.
4. Auswertung durch den Coach mit dem Coachee in der letzten Sitzung. Auswertung mit der Direktion, mit direkten Vorgesetzten und dem Coachee in einem Abschlussgespräch. Schriftliche Abschlusszusammenfassung durch den Coach an das ZEB. Nach Abschluss des Coachings übermittelt das ZEB den Coachingfragebogen an den Coachee zur Evaluation des Prozesses.
5. Metareflexion wenn gewünscht zwischen Unternehmensleitung und ZEB-Leiter, zwischen Auftraggeber und ZEB-Leiter, und format- oder standortbezogene Intervisionsbesprechungen zwischen Leitung des ZEB und den Coaches. Das ZEB organisiert auch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch zwischen ZEB und Coaches, um Erfahrungen und Sichtweisen der Coaches und durch Einbeziehung von Vertretern der Unternehmensleitung Hintergrundinformationen zu Organisationskonzepten im Rahmen der Unternehmensentwicklung auszutauschen.

Wesentlicher Teil des Konzeptes ist die Verknüpfung der Beratungsformate mit den Projekten der Unternehmensentwicklung, die im Krankenhaus wesentlich mit dem Qualitätsmanagement verbunden sind. Mit 2011 wurde hier auch eine organisatorische Lösung mit der Genehmigung des Zentrums für Organisationsentwicklung (ZOE) geschaffen.

### **Wie viele Coachingprozesse haben stattgefunden?**

Der erste Einzelcoaching-Prozess hat im August 2000 gestartet. Seitdem haben 412 Einzelcoaching-Prozesse begonnen. 346 Prozesse (84 %) wurden bisher abgeschlossen, 49 Prozesse (12 %) laufen derzeit, 17 Prozesse (4 %) wurden abgebrochen. Die Gründe für die Abbrüche lagen in den wenigsten Fällen in der Coachingbeziehung oder beim Coach sondern bei den Veränderungen in der Organisation, im Umfeld, die die Grundlagen für den Coaching-Vertrag grundlegend veränderten oder die eine Fortsetzung in anderer Form (etwa in Form eines Organisationsberatungs-Prozesses) nach sich zogen. Von den 346 abgeschlossenen Prozessen gab es in einem Fall keinen Abschlussbericht. Von den verbleibenden 345 Prozessen gibt es zu 196 Prozessen einen Fragebogen, wobei in 35 Fällen es zwei aufeinander folgende Prozesse mit dem gleichen Coach gab, die nur mit einem Fragebogen evaluiert wurden. Die Rücklaufquote der Fragebögen beträgt daher 57 %.

Aus Sicht des Beratungszentrums (ZEB) hat sich das Coaching etabliert und ist die Stabilisierung in Bezug auf die Managementaufgaben aber auch auf der persönlichen, menschlichen Ebene der Coachees gelungen. Was dazu beigetragen hat, stelle ich im Kapitel 8.4. Erfolgsfaktoren aus Sicht des ZEB dar.

## 7 Untersuchungsmethoden und Hypothesen

Neben einer Fragebogenerhebung zu den Rückmeldungen der Coachees wurden ein qualitatives, halbstrukturiertes Interview mit dem Team des Beratungszentrums (ZEB) und halbstrukturierte Interviews mit einzelnen Coaches geführt.

### 7.1 Fragebogen

Als Fragebogen wurde der standardisierte Fragebogen von Bachmann/Jansen/Mäthner „Check-the-Coach“ aus dem Jahre 2004 verwendet (siehe Anhang Fragebogen und Erläuterungen). Dieser wurde nach Abschluss des Coachings an die Coachees gesandt und von diesen retrospektiv ausgefüllt und an das Beratungszentrum zurückgesandt. Check-the-Coach (Quelle: Internet [www.artop.de](http://www.artop.de), 13.6.2013) ist ein standardisierter Fragebogen zur Evaluation von Coachingprozessen. Die Struktur des Fragebogens und die Itemauswahl basieren auf „faktorenanalytisch gewonnenen Skalen mit hinreichender interner Konsistenz (Reliabilität nach Cronbach)“ (Erläuterungen zu Check-the-Coach, [www.artop.de](http://www.artop.de), 13.6.2013). Der Aufbau orientiert sich an den Überlegungen von Heß & Roth (siehe Abb. 4) zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Coachingprozessen. Durch die Bezugnahme auf eine Referenzstichprobe kann die Qualität der Coachingprozesse der Krankenhausgruppe im Vergleich eingeschätzt werden. Die Struktur des Befragungsinstrumentes sieht wie folgt aus: Auf einer fünfstufigen Skala (trifft gar nicht zu – trifft wenig zu – trifft mittelmäßig zu – trifft ziemlich zu – trifft sehr zu) werden die Einschätzungen zu Aussagen erhoben. Pro Kriterium gilt es in der Regel 3 Aussagen einzuschätzen.

Bei der **Strukturqualität** werden Antworten zu folgenden Kriterien erhoben:

- Rahmenbedingungen des Coachings,
- Kontrakt, Arbeitsgrundlage und Ziele,
- Konzept und Methoden vorstellen,
- Zielkriterien, Barrieren und Grenzen.

Bei der **Prozessqualität** werden Antworten zu folgenden Kriterien erhoben:

- Gleichberechtigung und Sympathie,
- Vertrauen, Wertschätzung und Offenheit,
- Prozesssicherheit des Coachs,
- Partizipation im Coachingprozess.

Bei der **Ergebnisqualität** werden Antworten zu folgenden Kriterien erhoben:

- Bewertung der Zielerreichung,
- Wirkung: Ressourcenaktivierung,
- Wirkung: Verhaltensoptimierung,
- Wirkung: Reflexion,
- emotionale Stabilisierung.

Bei der **Bewertung durch den Coachee** werden erhoben:

- Umfeldreaktionen durch das Coaching,
- Zufriedenheit und Weiterempfehlung,
- Verhältnis von Aufwand und Nutzen,
- Nachhaltigkeit des Coachings.

**Vergabe einer Note für die Gesamtbewertung des Coachings.**

## **7.2 Halbstrukturierte Interviews**

---

Zusätzlich wurden ein Experteninterview mit dem Team des Beratungszentrums und halbstrukturierte Interviews mit acht Coaches geführt.

**Interviewfragen Beratungszentrum:**

- Welche Zielsetzungen wurden mit der Einführung des Coachings verfolgt?
- Wie war die Einstellung der Führungskräfte zum Coaching-Angebot? Was wurde für eine „förderliche“ Stimmung in der Organisation getan?
- Was sind aus eurer Sicht die wesentlichen Ergebnisse, der Nutzen?
- Wenn ihr auf das Coaching-Konzept, die Prozesse, die Abläufe, die Anforderungen an Coachee, Coach, die Verankerung in der Organisation

blickt: Was hat aus eurer Sicht den Erfolg der Coachings gefördert? Was hat aus eurer Sicht den Erfolg der Coachings gehindert?

- Gab es Abbrüche, Widerstände, besondere Ereignisse? Welche Lessons Learned gibt es aus den bisherigen Coaching-Erfahrungen?

#### **Interviewfragen Coaches:**

- Was sind die Eckpunkte Ihres persönlichen Coaching-Konzeptes? Worauf kommt es Ihnen besonders an?
- Welche Qualifikationen, Kompetenzen, Erfahrungen (im Feld oder eigene Führungserfahrung) nutzen/leiten Sie in Ihrem Coaching?
- Welche Interventionen waren im Coachingprozess besonders hilfreich?
- Was hat aus Ihrer Sicht den Erfolg im Coaching gefördert, was hat ihn gehindert? (Konzept, Rahmenbedingungen, Abläufe, Prozess, Anforderungen an Coachee, Anforderungen an Coach, Verankerung bzw. Unterstützung in der Organisation)
- Gab es Abbrüche, Widerstände, besondere Ereignisse? Welche Lessons Learned gibt es aus den bisherigen Coaching-Erfahrungen?
- Welches Führungsverständnis/Führungsmodell leitet Sie im Coaching? Welche Führungsmodelle/-instrumente haben Sie eingesetzt und welche sind im Krankenhaus besonders anschlussfähig?

### **7.3 Datenerhebung: Interviews und Vorgehen bei der Auswertung**

---

Die Coaches wurden nach der Anzahl ihrer Coachings im Auswertungszeitraum gereiht und von mir telefonisch oder persönlich kontaktiert. Die obenstehenden Interviewfragen wurden vorab an die Interviewten per Mail versandt nachdem telefonisch das Einverständnis zu einem Interview gegeben und ein Termin vereinbart wurde. Ein geplantes Interview mit einem Coach kam aus Krankheitsgründen nicht zustande. Von den acht Interviews mit den Coaches fanden vier Interviews an einem neutralen Ort und vier in der Praxis der Coaches statt. Das Interview mit dem Beratungszentrum wurde auch vor Ort geführt. Vier

Coaches waren weiblich und vier Coaches männlich. Die Interviews dauerten zwischen 1 Stunde und 1 Stunde zwanzig Minuten und wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Transkriptionen können beim Autor eingesehen werden, sind aber aus Datenschutzgründen nicht der Masterarbeit beigelegt. In den Transkriptionen blieben die nonverbalen Äußerungen (Pausen, Lachen etc.) unberücksichtigt, mundartliche Äußerungen wurden in Hochdeutsch übersetzt, grammatikalisch nicht richtige Sätze in eine lesbare Form gebracht. Um die Anonymität zu gewährleisten, finden sich – falls eine persönliche Zuordnung wichtig ist – die Bezeichnungen C1 bis C8 für die befragten 8 Coaches. Ziel der Befragung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen des Beratungszentrums war es, deren Sicht als interne Verantwortliche für die Steuerung der Coaching-Angebote auf die förderlichen und hinderlichen Faktoren für den Coaching-Erfolg und auf die Lernerfahrungen zu erfassen. Durch die Auswertung der Aussagen der Coaches sollen deren Sichtweisen zu den von ihnen durchgeführten Coachings, ihren Vorgehensweisen, Interventionen, ihrem Führungsverständnis, den förderlichen und hinderlichen Faktoren für den Coachingerfolg und den Lessons Learned beschrieben, strukturiert und zusammengefasst werden. Aufgrund des Umfangs des Datenmaterials habe ich mich in dieser Masterarbeit bei der Auswertung der Aussagen der Coaches aber auf die förderlichen und hinderlichen Erfolgsfaktoren und die Lessons Learned beschränkt. Aus der Zusammenschau von Fragebogenergebnissen der Coachees, den Erkenntnissen aus der Literatur zu den Erfolgsfaktoren und aus den Interviewergebnissen des Beratungszentrums und der Coaches werde ich Schlussfolgerungen für das Führungskräfte-Coaching in Krankenhäusern ziehen. Die Auswertung orientiert sich an den Interpretationsregeln zur zusammenfassenden Inhaltsanalyse von Mayring (Mayring 2008, S. 75 f). In einem ersten Schritt wurden die Aussagen aus der Transkription der Interviews paraphrasiert: Alle nicht oder wenig inhaltstragenden Textteile, alle Wiederholungen oder Verdeutlichungen wurden gestrichen. Die inhaltstragenden Textbestandteile wurden auf eine grammatikalische Kurzform gebracht. In einem nächsten Schritt wurden die

Aussagen auf die wesentlichen gemeinsamen Aussagen reduziert, generalisiert und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen bzw. Querverweise angeführt. Dann folgte eine weitere Reduktion auf die zusammenfassenden Kernaussagen, die im Kapitel 8.5 dargestellt werden. Die schrittweise Auswertung zu den förderlichen und hinderlichen Faktoren für den Coaching-Erfolg und zu den Lessons Learned der Coaches findet sich im Anhang 2.

## **7.4 Hypothesen**

---

Bei der Untersuchung des Themas Einzelcoaching für Führungskräfte im Krankenhaus haben mich folgende Hypothesen geleitet:

- Wie ist die Qualität der Coachings im Fallbeispiel im Vergleich zur Normstichprobe? Spiegelt sich die positive Resonanz auch in den Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität?
- Die Erfolgsfaktoren und Voraussetzungen für erfolgreiches Coaching (Kompetenz der Coaches, Zielklarheit, Auftragsklärung, Transparenz und Partizipation im Prozess, Wertschätzung/Vertrauen in der Beratungsbeziehung) wirken sich positiv auf die Coaching-Ergebnisse aus und werden durch die Fragebogenauswertung bestätigt.
- Die Institutionalisierung von Coaching, die genaue Abgrenzung zu anderen Beratungsformaten und ein klarer Rahmen fördern die Qualität, die Verbreitung und die Anschlussfähigkeit von Coaching im Krankenhaus.
- Die Berücksichtigung der Organisation und der wechselseitigen Abhängigkeiten im Krankenhaus in allen Phasen des Coachingprozesses (Auftragsklärung, Prozess, Abschluss) sind für den Erfolg von Coaching im Krankenhaus besonders wichtig.

## **8 Untersuchungsergebnisse**

---

Ich habe die Untersuchungsergebnisse in folgender Form gegliedert: Im ersten Teil stelle ich die Ergebnisse der Fragebögen der Coachees zu den Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dar: Reliabilität des Fragebogens aus der Normstichprobe, Darstellung der Ergebnisse zu den einzelnen Items im Vergleich zur Normstichprobe als Qualitätsmaßstab für die durchgeführten Coachings, Zusammenfassung der Bewertung der Coachees zum Coaching. Zur Interpretation der Ergebnisse werde ich auf Teile der Befragung der Coaches und des Beratungszentrums zurückgreifen. Als zweiten Teil werde ich die Ergebnisse zu den Erfolgs- und Wirkfaktoren im Coaching darstellen: Wie sehen die Korrelationen zwischen Prozessvariablen und Ergebnisvariablen zu einigen ausgewählten Faktoren aus dem Wirkmodell von Greif aus? Was ergab die Befragung der Coaches zu den Erfolgs- und Misserfolgskriterien im Coaching und zu ihren Lessons Learned? Welche Schlussfolgerungen können daraus für das Führungskräfte-Coaching im Krankenhaus gezogen werden?

### **8.1 Auswertung der Fragebögen „Check-the-Coach“**

---

#### **8.1.1 Reliabilität des Fragebogens von Bachmann/Jansen/Mäthner**

---

„Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit und Beständigkeit einer Untersuchung. Reliabel ist ein Instrument dann, wenn es bei einem relativ gleich bleibenden Verhalten gleiche oder ähnliche Ergebnisse liefert“ (Hussy et al. 2010, S. 23). Die Reliabilität ist jener Teil der Varianz, der auf tatsächlichen Unterschieden und nicht auf Zufällen, Messfehlern oder der Veränderung der Merkmale, die gemessen werden, beruht.

Die Reliabilität umfasst drei Aspekte: (<http://de.wikipedia.org/wiki/Reliabilit%C3%A4t>, 24.6.2013): Stabilität = zu verschiedenen Messzeitpunkten zum gleichen oder ähnlichen Ergebnis kommen. Konsistenz = das Ausmaß, in dem die verschiedenen Items, die zu einem Merkmal zusammengefasst sind, alle dasselbe Merkmal messen. Äquivalenz = Gleichwertigkeit von Messungen. Die

Reliabilitätswerte für den Fragebogen „Check-the-Coach“ von Bachmann/Janzen/Mäthner (2004) aus der Referenzstichprobe sind in Abbildung 11 dargestellt.

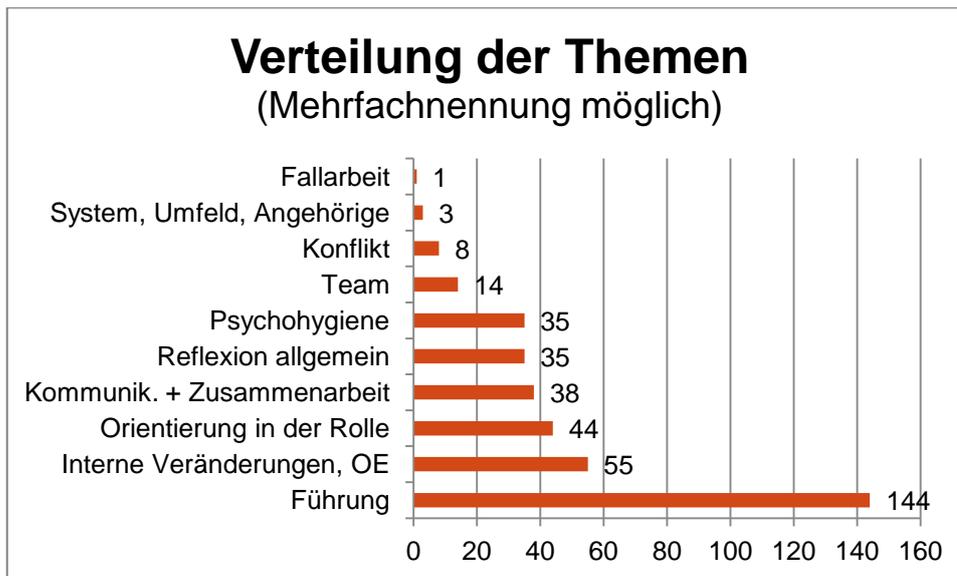
<b>Struktur des Fragebogens</b>		
<b>Bereich</b>	<b>Skala</b>	<b>Reliabilität</b>
<b>Struktur</b>	Rahmenbedingungen des Coachings *	-
	Kontrakt, Arbeitsgrundlage und Ziele	0,7
	Konzept und Methoden vorstellen	0,74
	Zielkriterien, Barrieren und Grenzen	0,69
<b>Prozess</b>	Gleichberechtigung und Sympathie	0,5
	Vertrauen, Wertschätzung und Offenheit	0,8
	Prozesssicherheit des Coaches *	-
	Partizipation im Coachingprozess *	-
<b>Ergebnis</b>	Bewertung der Zielerreichung	-
	Wirkung: Ressourcenaktivierung	0,67
	Wirkung: Verhaltensoptimierung	0,69
	Wirkung: Reflexion	0,58
	Emotionale Stabilisierung	0,7
<b>Bewertung</b>	Umfeldreaktion durch das Coaching	0,76
	Zufriedenheit und Weiterempfehlung	0,86
	Verhältnis von Aufwand und Nutzen	0,82
	Nachhaltigkeit des Coachings	0,82
<b>Note</b>	Gesamtbewertung des Coachings	-

\* neu aufgenommene Skalen (Kennwerte liegen noch nicht vor)

**ABBILDUNG 11: KENNWERTE DES FRAGEBOGENS CHECK-THE-COACH, QUELLE: [HTTP://WWW.ARTOP.DE/5000\\_ARCHIV/5000\\_PDF\\_UND\\_MATERIAL/CHECK\\_THE\\_COACH.PDF](http://www.artop.de/5000_ARCHIV/5000_PDF_UND_MATERIAL/CHECK_THE_COACH.PDF) (ERLÄUTERUNGEN CHECK-THE-COACH), 13.6.2013**

### 8.1.2 Themen im Coaching

Was waren die Themen im Coaching? Die Themen im Coaching sind natürlich sehr unterschiedlich, je nach Person und Situation, und sie unterliegen der Verschwiegenheit. Die Themen, die im Kontrakt zu Beginn schriftlich vereinbart wurden, wurden erfasst und zu Gruppen zusammengefasst. Dabei ergibt sich folgendes Bild (Abbildung 12):



**ABBILDUNG 12: THEMEN IM COACHING (EIGENE DARSTELLUNG)**

Die Auswertung bezieht sich auf jene 161 Fälle, in denen ein Fragebogen ausgefüllt wurde. 144-mal wurden Führungsthemen genannt, wie Entwicklung und Stärkung des persönlichen Führungsstils oder Führungskonzeptes, Unterstützung bei der Gestaltung einer neuen Führungsrolle, Reflexion des eigenen Führungsverhaltens, Mitarbeiterführung etc.

55-mal wurde das Thema der internen Veränderung und der Organisationsentwicklung genannt: Unterstützung bei der Strategieentwicklung, Positionierung der eigenen Abteilung und bei Organisationsveränderung (Strukturen, Abläufe), bei der Implementierung von neuen Strukturen, Ausrichtung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen auf die neuen Strukturen etc.

44-mal war die Orientierung in der Führungsrolle Thema: Klarheit in der Rolle, Rollenverständnis, Spielräume und Grenzen etc.

38-mal waren Kommunikation und Zusammenarbeit intern und extern Thema: Kommunikationsstile und -strukturen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Beziehungsbilanz reflektieren etc.

35-mal waren die allgemeine Reflexion der Rolle, der Person, von Alltagssituationen, die persönliche Standortbestimmung oder die Reflexion zu den Spannungsfeldern Thema.

Ebenso 35-mal war die Psychohygiene (Zeitmanagement, Stressmanagement, Grenzen, Umgang mit Belastungen, energiefördernde Arbeitsweise, Burnout-Prophylaxe) Thema.

14-mal wurde das Thema Teamentwicklung und Teambildung genannt. Andere Themen wie z.B. Konflikte waren nur in wenigen Coachings ein explizites Thema in der Kontraktgestaltung. Hier zeigt sich auch, dass nicht primär die Bearbeitung von Problemen und Konflikten im Vordergrund standen, sondern die Gestaltung der eigenen Führungsrolle, die Entwicklung der Führungskompetenzen (auch der Selbstkompetenzen) und des Führungsverhaltens sowie die Gestaltung der Veränderungen in der Organisation.

**Im Folgenden werden die Ergebnisse des Fragebogens dargestellt.**

---

### **8.1.3 Ergebnisse zur Strukturqualität**

---

Die Strukturqualität beinhaltet folgende Skalen:

- **Rahmenbedingungen des Coachings:** Hier wurden die angenehme Atmosphäre und die Angemessenheit der Häufigkeit und der Dauer der Sitzungen abgefragt.
- **Kontrakt, Arbeitsgrundlage und Ziele:** Dazu wurden die Konkretisierung der Ziele, die Einigung über die Vorgehensweise und die Klärung der Grundlagen der gemeinsamen Arbeitsbeziehung erhoben.
- **Konzept und Methoden vorstellen:** Mein Coach stellte mir sein Konzept vor, welche Methoden er verwendet und mit welcher Absicht er welche Tools einsetzen würde.
- **Zielkriterien, Barrieren und Grenzen:** Das gemeinsame Festlegen von Grenzen, Tabuzonen sowie Faktoren, die die Zielerreichung gefährden

könnten, und die Vereinbarung von objektiven Zielerreichungskriterien werden erhoben.

Der Vergleich der Mittelwerte (= Mean) der Referenzstichprobe und der Mittelwerte (= Mean) der Gesamtauswertung Krankenhaus ergibt bei den Kriterien der Strukturqualität folgendes Bild: 1 = trifft sehr zu (bester Wert) bis 5 = trifft gar nicht zu (schlechtester Wert).

### Strukturqualität: Vergleich der Mittelwerte Krankenhaus – Referenzwerte:

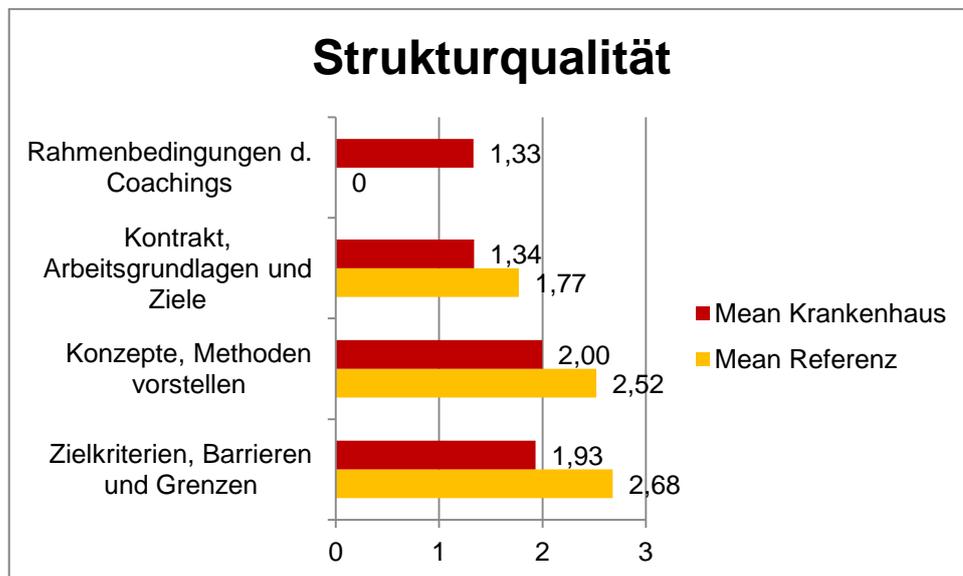


ABBILDUNG 13: STRUKTURQUALITÄT (EIGENE DARSTELLUNG)

Das Kriterium der Rahmenbedingungen ist eine neu aufgenommene Skala, zu der noch keine Kennwerte aus der Referenzstichprobe vorliegen, daher ist hier kein Vergleich möglich. Mit den Rahmenbedingungen wurden die Atmosphäre, die Häufigkeit der Sitzungen sowie die Dauer als sehr passend und angenehm eingeschätzt (Mittelwert 1,33, Standardabweichung 0,64). Der Durchschnittswert der Einheiten über alle Coachingprozesse mit Fragebogen liegt bei 14,44 Einheiten pro Coachingprozess. Die Dauer der Coachingprozesse war individuell sehr verschieden. Sie reichte von sehr kurzen Interventionen mit 3 bis 5 Einheiten bis zu längeren Prozessbegleitungen oder der Koppelung von zwei

aufeinanderfolgenden Coachingprozessen mit insgesamt 30 bis 38 Einheiten. Der Median der Einheiten, die von den einzelnen Coachees in Anspruch genommen wurden, liegt bei 16 Einheiten.

Die Rückmeldungen der Coachees zu den weiteren drei Skalen der Strukturqualität, die mit der Referenzstichprobe verglichen werden können, fallen in der Krankenhausgruppe (rot/dunkel) wesentlich besser als in der Referenzstichprobe (gelb/hell) aus. Auch die Werte der Standardabweichung sind geringer als in der Referenzstichprobe, was bedeutet, dass die Werte auch weniger gestreut sind: „Kontrakt, Arbeitsgrundlagen und Ziele“: Krankenhaus: 0,49; Referenz: 0,74; „Konzepte, Methoden vorstellen“ waren ident: Krankenhaus: 1,01; Referenz: 1,01; „Zielkriterien, Barrieren, Grenzen“: Krankenhaus: 0,98; Referenz: 1,11.

Insgesamt spiegelt dieser Punkt die hohe Aufmerksamkeit, die von der Organisation auf die Themen sauberer Kontrakt, Konkretisierung der Ziele, Transparenz im Vorgehen, in den Konzepten, in den verwendeten Tools, in der Herstellung einer guten Arbeitsgrundlage, sowie der Beachtung der Grenzen, Tabus und des Umfeldes wider. Der Punkt „Vorstellen der Konzepte und Methoden durch den Coach“ ist mit 2,0 von möglichen 1 bis 5 die relativ „schlechteste“ Skala bei der Strukturqualität.

Wenn man den Bogen zum Wirkmodell von Greif schlägt, ist die Klärung der Ziele und Erwartungen eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung für das Gelingen des Coachingprozesses vonseiten der Coaches, und dies ist in den rückgemeldeten Prozessen gut gelungen.

---

#### **8.1.4 Ergebnisse zur Prozessqualität**

---

Die Prozessqualität beinhaltet folgende Skalen:

- **Vertrauen, Wertschätzung und Offenheit:** In dieser Skala werden die Punkte „wir hatten ein vertrauensvolles Verhältnis zueinander“, „die

Beziehung war von gegenseitiger Wertschätzung geprägt“ und „unsere Beziehung zeichnete sich durch Offenheit aus“ eingeschätzt.

- **Gleichberechtigung und Sympathie** beinhaltet „wir waren einander sympathisch“ und „wir sind uns als gleichberechtigte Partner begegnet“.
- **Prozesssicherheit des Coaches:** Punkte dazu: „Mein Coach gestaltete den Prozess unserer Zusammenarbeit sicher und professionell.“ „Die von meinem Coach eingesetzten Methoden und Tools waren angemessen und passten zu meinem Thema.“ „Ich konnte während des gesamten Coachings aufeinander aufbauende Prozessschritte erkennen.“
- **Partizipation im Coachingprozess:** Hier wurden die gemeinsame Prozessgestaltung von Coach und Klient/Klientin eingeschätzt, das regelmäßige Einholen von Feedback vom Coach, das nach einzelnen Prozessschritten gemeinsame Resümee-Ziehen, das Besprechen des weiteren Vorgehens und ob bzw. wie der Coach den Klienten/die Klientin anregte, den Coachingprozess zu reflektieren und mitzugestalten.

Der Vergleich Referenzstichprobe und Gesamtauswertung Krankenhaus ergibt bei den Kriterien der Prozessqualität folgendes Bild: 1 = trifft sehr zu, 2 = trifft ziemlich zu, 3 = trifft mittelmäßig zu, 4 = trifft wenig zu, 5 = trifft gar nicht zu.

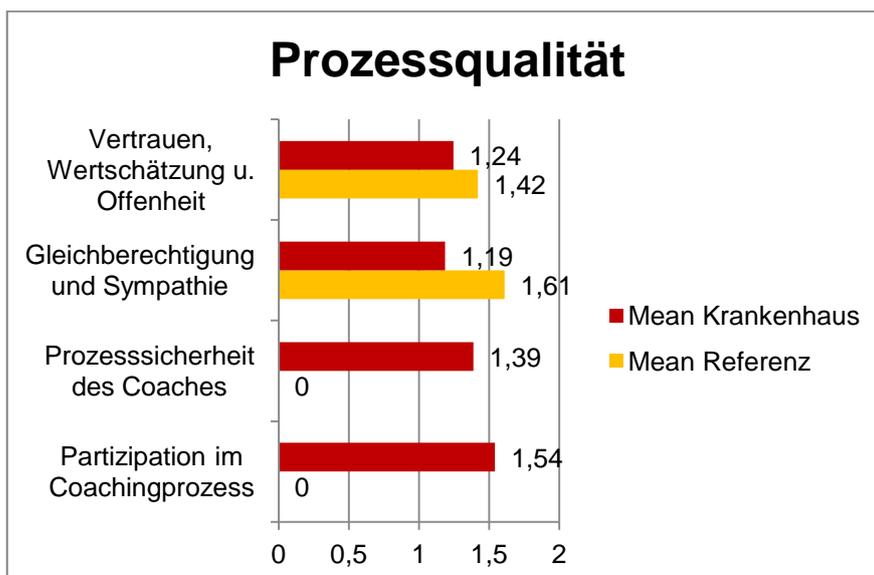


ABBILDUNG 14: PROZESSQUALITÄT (EIGENE DARSTELLUNG)

Zu den beiden Skalen „Prozesssicherheit des Coaches“ und „Partizipation im Coachingprozess“ (neu aufgenommene Skalen) gibt es keine Referenzwerte.

Die sehr guten Einschätzungen der Coachees zeigen, dass es gelungen ist, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung aufzubauen, die von Wertschätzung, Offenheit, Partizipation und Sympathie geprägt war. Die Werte sind mit 1,24 für Vertrauen, Offenheit und 1,19 für Gleichberechtigung im Vergleich zur Referenzstichprobe mit 1,42 und 1,61 als Mittelwerte signifikant besser. Auch die Standardabweichung liegt mit 0,47 und 0,44 für die beiden oben genannten Skalen im Krankenhaus besser als in der Referenzstichprobe mit 0,54 und 0,68.

Die exzellenten Werte sind auf die Beratung und sorgfältige Auswahl der Coaches durch das ZEB, die Möglichkeit, aus verschiedenen Coaches (Coachingpool) auszuwählen bzw. sich selbst den Coach auszusuchen, zurückzuführen. Da es bereits einige Jahre kontinuierliche Erfahrung mit Coaches, mit Auftragsklärung, mit Auswertung von Coaching-Prozessen gibt, steigt das Wissen und die Erfahrung, welcher Coach für welchen Coachee der passende ist.

Mit der Prozesssicherheit des Coaches wurde abgefragt, wie professionell, sicher, situationsadäquat und an einem roten Faden orientiert die Coaches den Prozess leiteten. Der Wert ist mit 1,39 als Mittelwert und einer Standardabweichung von 0,58 als sehr gut zu bezeichnen. Dieser Punkt wird auch im Wirkmodell von Greif als Voraussetzung vonseiten der Coaches für den Erfolg im Coaching besonders hervorgehoben.

Der Punkt „Partizipation im Coachingprozess“ hat in dieser Gruppe den etwas höheren Mittelwert von 1,54. In diesem Punkt liegt die Standardabweichung mit 1,26 höher als in den vorherigen Punkten, was auf größere Unterschiede, wie die Coachees die Coaches in punkto Partizipation erlebt haben, hindeutet.

---

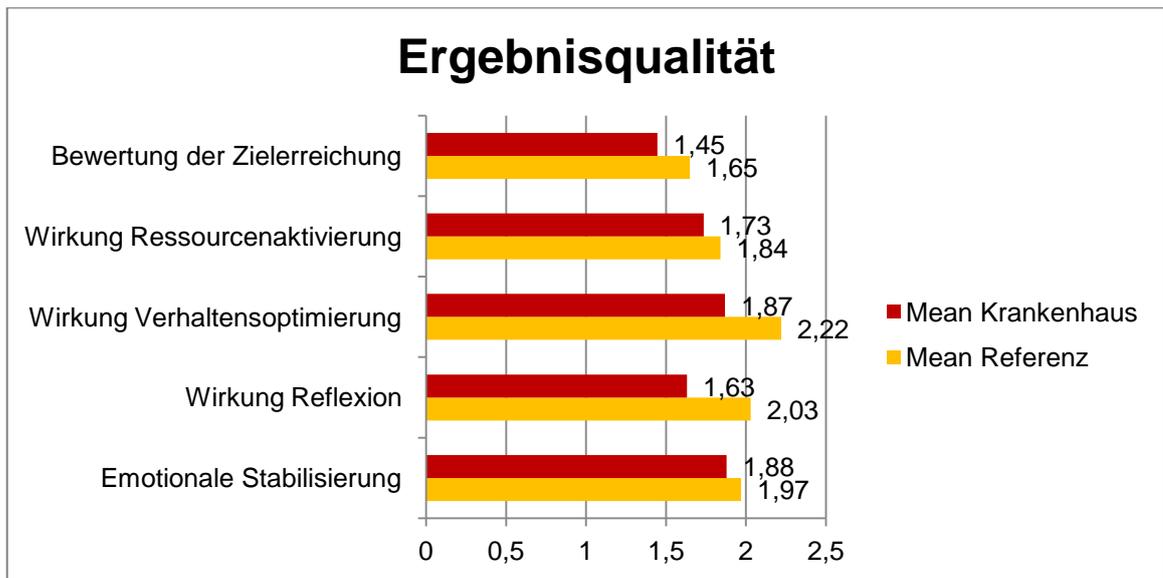
### 8.1.5 Ergebnisse zur Ergebnisqualität

---

Zu den Ergebnissen im Coaching wurden folgende Skalen abgefragt:

- **Bewertung der Zielerreichung:** Hier war es möglich, bis zu drei der wichtigsten Ziele entsprechend der Zielerreichung zu bewerten.
- **Wirkung Ressourcenaktivierung:** „Bin ich mir meiner Stärken und Schwächen deutlicher bewusst“, „Nutze ich meine Fähigkeiten und Fertigkeiten gezielter“, „Habe ich mein Selbstwertgefühl gesteigert“ waren Fragen zu dieser Skala.
- **Wirkung Verhaltensoptimierung:** Folgende Aussagen wurden abgefragt: „... habe ich neue Verhaltensweisen erlernt“, „... habe ich meine Einstellung zu bestimmten Themen verändert“, „...habe ich unerwünschte Verhaltensweisen abgebaut“.
- **Wirkung Reflexion:** Mehr Klarheit über die eigene Situation und besseres Verstehen anderer (Kolleginnen und Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter etc.) waren die Unterpunkte.
- **Emotionale Stabilisierung:** „Ich fühle mich emotional entlastet“ und „Ich bin zufriedener geworden“ waren die beiden Unterpunkte zu dieser Skala.

Der Vergleich Referenzstichprobe und Gesamtauswertung Krankenhaus ergibt bei den Kriterien der Ergebnisqualität folgendes Bild: Skalierung 1 = trifft sehr zu, 2 = trifft ziemlich zu, 3 = trifft mittelmäßig zu, 4 = trifft wenig zu, 5 = trifft gar nicht zu.



**ABBILDUNG 15: ERGEBNISQUALITÄT (EIGENE DARSTELLUNG)**

Die „Bewertung der Zielerreichung“ ist mit einem Mittelwert von 1,45 im Krankenhaus im Vergleich zur Referenzstichprobe mit 1,65 Mittelwert noch besser ausgefallen, was bedeutet, dass die Ziele in einem hohen Maß erreicht wurden. Dazu dürfte auch die bewusste, schriftliche, gemeinsame Kontraktgestaltung im Vorfeld unter Einbeziehung von Auftraggeber, Coachee und Coach sowie das Wissen um die Evaluation im Abschlussgespräch beigetragen haben.

Auch die „Ressourcenaktivierung“ ist mit einem Mittelwert von 1,73 besser als in der Referenzstichprobe mit einem Mittelwert von 1,84 ausgefallen. Der Mittelwert ist im Vergleich zur Zielerreichung „schlechter“, allerdings sind die Faktoren sehr stark mit der Persönlichkeit verbunden (in der Regel langfristige Prozesse der Veränderung) und schwerer einzuschätzen als schriftlich vereinbarte Ziele. Das Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen, das bessere Nutzen der eigenen Fähigkeiten und die Steigerung des Selbstbewusstseins sind ein zentraler Teil eines Coachingprozesses, und dieser ist gut gelungen.

Die „Optimierung von Verhaltensweisen“ sowie die Adaption von Einstellungen und Sichtweisen sind mit einem Mittelwert von 1,87 besser als in der Referenz-

stichprobe mit einem Mittelwert von 2,22 gelungen. Diese Skala ist innerhalb der Ergebnisqualität die „schlechteste“ Einstufung.

Die realistische Einschätzung der eigenen Situation und das bessere Verstehen des Umfeldes wurden im Punkt „Wirkung Reflexion“ mit einem Mittelwert von 1,63 deutlich besser als in der Referenzstichprobe mit einem Mittelwert von 2,03 eingeschätzt.

Die emotionale Entlastung und die Steigerung der Zufriedenheit sind mit einem Mittelwert von 1,83 im Vergleich zur Referenzstichprobe mit 1,97 eingeschätzt worden.

Insgesamt bedeuten die Rückmeldungen zu den Ergebnissen der Coaching-Prozesse, dass die Ziele und Intentionen, die mit dem Coaching verbunden waren, in hohem Maße erfüllt wurden. Bildet man einen Mittelwert über alle Teilskalen in diesem Punkt, so ergibt sich ein Mittelwert von 1,73 (auf einer Skala von 1 bis 5) mit einer Standardabweichung von 0,55.

---

### **8.1.6 Bewertung des Coachings und Note**

---

Zur Bewertung des Coachings dienten folgende Skalen:

- **Umfeldreaktionen durch das Coaching:** Hier wurde geteilt in Beruf und privat. „Inwieweit haben Kollegen/Kolleginnen bzw. Mitarbeitende eine Veränderung durch das Coaching gemerkt und mir rückgemeldet und inwieweit haben dies Freunde und/oder Familie bemerkt und mir rückgemeldet?“
- **Zufriedenheit und Weiterempfehlung:** „grundsätzlich noch einmal Coaching in Anspruch nehmen“, „würde Coaching weiterempfehlen“, „würde meinen Coach weiterempfehlen“, „bin mit dem Coaching-Prozess zufrieden“ waren Items zu diesem Punkt.
- **Verhältnis von Aufwand und Nutzen:** „Mit dem Ergebnis bin ich zufrieden“, „Aufwand und Nutzen standen im richtigen Verhältnis“, „den

zeitlichen Aufwand fand ich gerechtfertigt“ und „das Honorar war angemessen“ waren Punkte dazu.

- **Nachhaltigkeit des Coachings:** Items dazu waren: „Ich denke, dass mein Coaching von langfristigem Nutzen sein wird.“ „Das Coaching hat mir geholfen, meine Ziele zu erreichen.“ „Ich konnte die Erfahrungen aus meinem Coaching im Alltag umsetzen.“
- **Note – Gesamtbewertung:** „Mit welcher Note bewerten Sie Ihr Coaching insgesamt?“ Die Abstufungen waren: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = ungenügend.

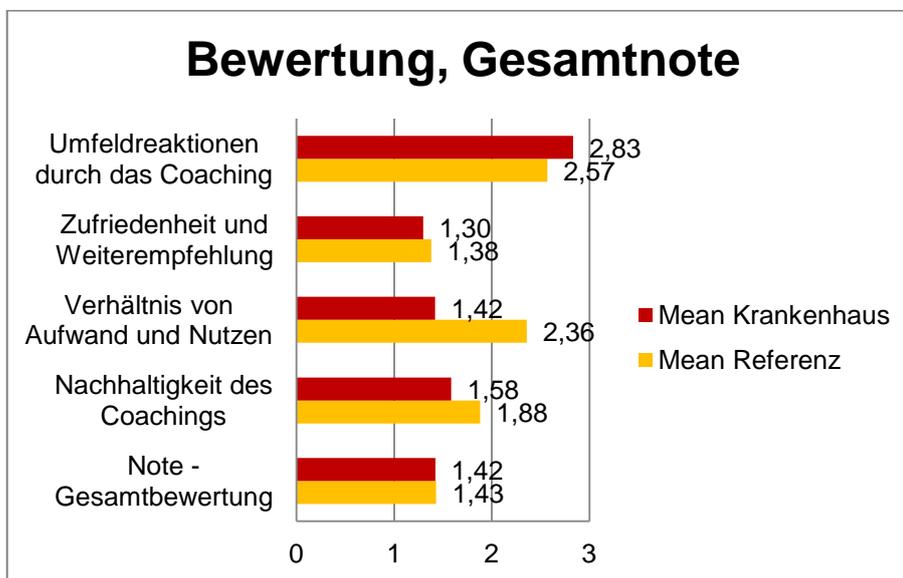


ABBILDUNG 16: BEWERTUNG UND GESAMTNOTE (EIGENE DARSTELLUNG)

Der Vergleich Referenzstichprobe und Gesamtauswertung Krankenhaus ergibt bei den Kriterien der Bewertung folgendes Bild: Skalierung 1 = trifft sehr zu, 2 = trifft ziemlich zu, 3 = trifft mittelmäßig zu, 4 = trifft wenig zu, 5 = trifft gar nicht zu.

Die Rückmeldungen zu den wahrgenommenen Veränderungen aus dem privaten und beruflichen Umfeld sind mit dem Mittelwert 2,83 etwas höher als der Mittelwert in der Referenzstichprobe.

Die „Zufriedenheit mit dem Coaching, die Weiterempfehlung“ von Coaching und dem eigenen Coach sind mit einem Mittelwert von 1,30 – drittbesten Wert über alle Skalen im Krankenhaus – im Vergleich zur Referenzstichprobe mit einem Mittelwert von 1,38 sehr gut bewertet worden.

Das „Verhältnis von Aufwand und Nutzen“ bezog sich auf das Ergebnis, das Verhältnis von Aufwand und Nutzen und die Angemessenheit des Honorars und ist mit einem Mittelwert von 1,42 im Vergleich zur Referenzstichprobe mit einem Mittelwert von 2,36 erheblich besser eingeschätzt worden. Es wurde offensichtlich sehr auf die individuelle Situation eingegangen und das Ausmaß, die Dauer, die Geschwindigkeit in den Coaching-Prozessen sehr passend gestaltet. Die Anzahl der Coaching-Sitzungen, die in Anspruch genommen wurden, bewegt sich pro Coaching-Prozess von 5 bis 6 Einheiten bis zu in Einzelfällen auch über 30 Einheiten hinaus. Im Durchschnitt wurden bei Bereinigung von Folgeprozessen (d.h. Folgeprozesse zählen als eigener Prozess) durchschnittlich 14,44 Einheiten in den einzelnen Coaching-Prozessen investiert.

In der Skala „Nachhaltigkeit des Coachings“ wurden in der Ex-Post-Betrachtung die Zielerreichung, die Einschätzung des langfristigen Nutzens und die Umsetzung im Alltag eingeschätzt. Der Mittelwert im Krankenhaus liegt mit 1,58 besser als der Mittelwert in der Referenzstichprobe mit 1,88.

Die Note in der Gesamtbewertung – hier wurden Schulnoten vergeben – liegt in der Stichprobe im Krankenhaus mit 1,42 ziemlich gleichauf mit der Referenzstichprobe mit 1,43. Daraus kann gefolgert werden, dass jene Personen, die ihr Feedback im Fragebogen ausgedrückt haben, ihrem Coaching eine sehr gute Note mit 1,43 auf einer Bandbreite von 1,0 bis 5,0 gegeben haben.

„Bei meiner Fragestellung wäre eine andere Maßnahme angemessener gewesen“: Der Mittelwert zu diesem Item beträgt 4,45, die Standardabweichung

beträgt 1,06. Die Verteilung der Werte ergibt folgendes untenstehende Bild: siehe Abbildung 17.

Hier zeigt sich, dass sich die Beratung im Vorfeld bewährt hat. Nimmt man die Werte „trifft gar nicht zu“ und „trifft wenig zu“ zusammen, so ergibt dies 86 % der Rückmeldungen der Coachees, die ihr Coaching als angemessene Maßnahme empfunden haben. 5 % haben keine Antwort auf dieses Frage gegeben. 1 % haben „trifft mittelmäßig zu“ rückgemeldet. 8 % fallen in die beiden Kategorien – „trifft ziemlich zu“ und „trifft sehr zu“ –, die eine andere Maßnahme für angemessener gehalten haben.

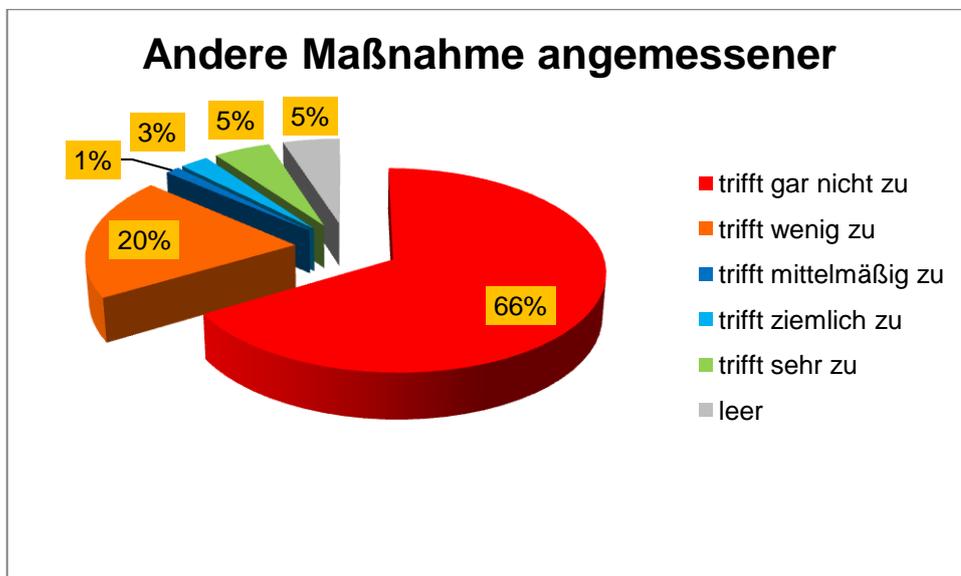


ABBILDUNG 17: ANDERE MASSNAHME ANGEMESSENER (EIGENE DARSTELLUNG)

## 8.2 Erfolg im Coaching

Die Frage, woran der Erfolg im Coaching gemessen wird, ist nicht einfach zu beantworten, und je nach Perspektive wird es eine unterschiedliche Antwort geben. Wenn wir die Zusammenfassung der bisherigen Evaluationsforschung dazu heranziehen und auf das Wirkmodell von Greif (siehe oben) zurückgreifen, so gibt es einige zentrale allgemeine Ergebnis-Kriterien von Coaching (Greif 2008, S. 277): Den Grad der Zielerreichung, die Zufriedenheit des Klienten/der

Klientin, die Verbesserung des Affektes und das allgemeine Wohlbefinden. Wie sehen die Ergebnisse der Fragebogenauswertung in der Fallstudie dazu aus?

- Grad der Zielerreichung: Der Mittelwert beträgt 1,45 von möglichen 1,0–5,0 Punkten. Die Standardabweichung beträgt 0,78.
- Zufriedenheit des Klienten/der Klientin: Hier möchte ich die Skala „Zufriedenheit und Weiterempfehlung“ mit dem Mittelwert 1,30 von möglichen 1,0–5,0 Punkten und einer Standardabweichung von 0,58 nennen. Auch die Gesamtnote drückt – so denke ich – die Zufriedenheit des Coachees aus: Mittelwert 1,42, Standardabweichung 0,86.
- Verbesserung des Affektes: Dazu können zwei Skalen aus der Befragung herangezogen werden: „Wirkung Ressourcenaktivierung“ – Mittelwert 1,73 von möglichen 1,0–5,0 Punkten, Standardabweichung 0,63 – und „Wirkung Verhaltensoptimierung“ – Mittelwert 1,87 von möglichen 1,0–5,0 Punkten, Standardabweichung 0,71.
- Allgemeines Wohlbefinden: Die Skala „emotionale Stabilisierung“ kann zu diesem Aspekt herangezogen werden: Mittelwert 1,88 von möglichen 1,0–5,0 Punkten, Standardabweichung 0,90.

Zu den spezifischen Ergebnis-Kriterien zur Messung des Erfolgs führt Greif (ebenda) an: Zunahme spezifischer ergebnisorientierter Problem- oder Selbstreflexionen, Problemklarheit und Zielkonkretisierung, Verbesserung der Interaktion mit anderen Personen, Leistungsverbesserungen und Selbststeuerung. Hier finden sich in den Fragebögen nur ansatzweise Skalen, die zu diesen Kriterien passen.

- Zunahme ergebnisorientierter Problem- und Selbstreflexion. Die Skala „Wirkung Reflexion“ mit einem Mittelwert von 1,63 von möglichen 1,0–5,0 Punkten und einer Standardabweichung von 0,61 passt zu diesem Punkt.
- Zur Verbesserung der Interaktionen mit anderen Personen passen die beiden bereits oben beschriebenen Skalen „Wirkung Ressourcenaktivierung“ und „Wirkung Verhaltensoptimierung“.

- Zur Selbststeuerung passt am ehesten die Skala „Nachhaltigkeit des Coachings“: Mittelwert 1,58 von möglichen 1,0–5,0 Punkten, Standardabweichung 0,70.

### **8.3 Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren im Coaching**

Ich werde nun zu einzelnen ausgewählten Faktoren aus dem Wirkmodell von Greif, zu denen mir Daten aus den Fragebögen vorliegen, versuchen, die Zusammenhänge (Korrelationen) zwischen Faktor und Ergebnis im Coaching darzustellen. Korrelationen erlauben „nur Zusammenhangsüberprüfungen und keine eindeutige Klärung der Wirkungsrichtung, insbesondere dann, wenn sowohl die Faktoren als auch Ergebnisse durch subjektive Befragungen erhoben werden“ (Greif 2008, S. 272). Trotzdem erscheint es mir sinnvoll – angesichts einer relativ großen Stichprobe –, diese Zusammenhangsüberprüfung zu den wichtigsten Kriterien vorzunehmen. Die Werte der Korrelationen können zwischen -1 und +1 liegen. Beginnen möchte ich mit den Korrelationen zwischen den Voraussetzungen und den Ergebniskriterien.

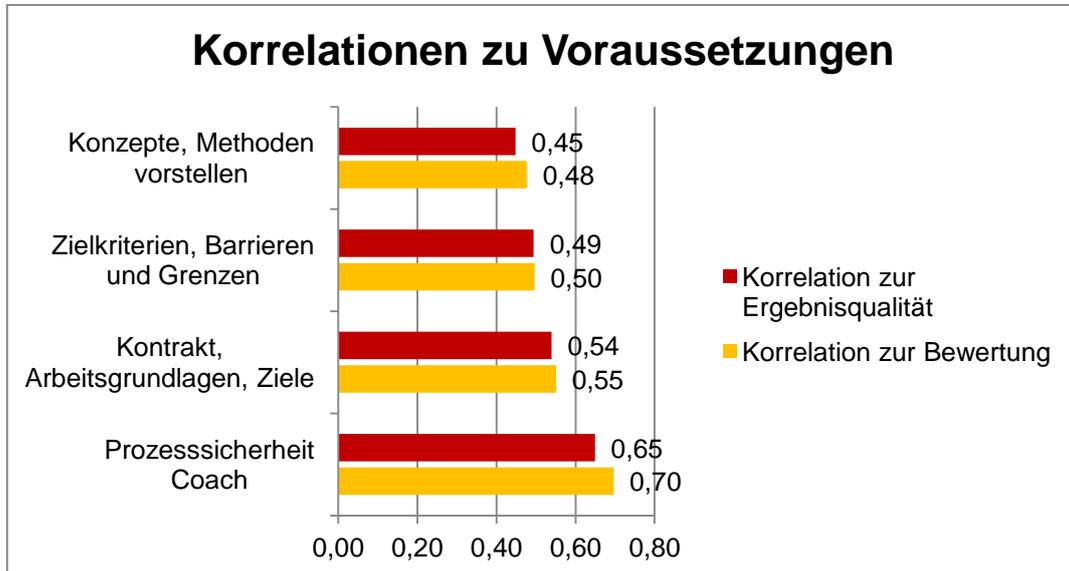
**Als Voraussetzung aufseiten der Coaches** wird als Erstes die

- **fachliche Glaubwürdigkeit** des Coaches genannt. Im Fragebogen findet sich in der Skala „**Prozesssicherheit des Coaches**“ dazu eine sehr positive Einschätzung durch die Coachees – Mittelwert 1,39 von möglichen 1,0–5,0 Punkten, Standardabweichung 0,58. Zwischen diesem Faktor und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,70. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,65.
- Als weitere Voraussetzung werden die **Klärung der Ziele und Erwartungen** am Beginn durch den Coach genannt. Hier können die Skalen aus der Strukturqualität herangezogen werden: „**Kontrakt, Arbeitsgrundlagen und Ziele**“: Mittelwert 1,34 von möglichen 1,0–5,0

Punkten, Standardabweichung 0,49. Zwischen diesem Faktor und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,55. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,54.

- **„Zielkriterien, Barrieren und Grenzen“:** Mittelwert 1,93, Standardabweichung 0,98. Zwischen diesem Faktor und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,50. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,49.
- **„Konzepte und Methoden vorstellen“:** Mittelwert 2,00, Standardabweichung 1,01. Zwischen diesem Faktor und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,48. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,45.

Zusammengefasst sind die Korrelationen in der Abbildung 18 dargestellt.



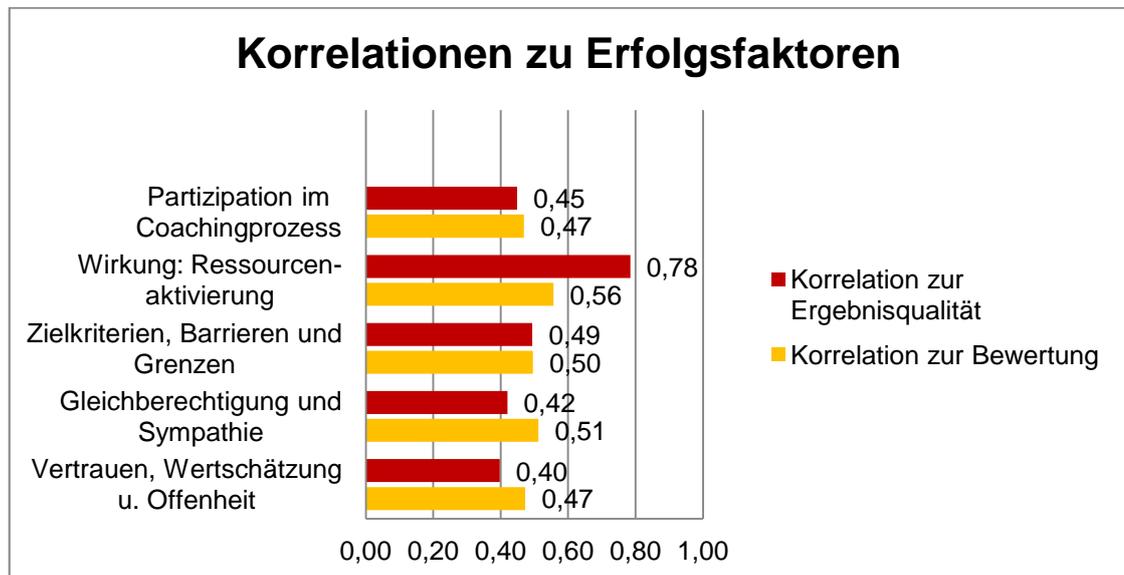
**ABBILDUNG 18: KORRELATIONEN VORAUSSETZUNGEN UND ERGEBNIS (EIGENE DARSTELLUNG)**

Zu den Voraussetzungen aufseiten der Coachees finden sich in den Fragebögen keine entsprechenden Skalen.

Als **Erfolgsfaktoren**, die im Zusammenspiel von Coachee, Coach und dessen Umgebung im Coachingprozess realisiert und aufrechterhalten (Greif 2008, S. 278) werden müssen, damit das Coaching erfolgreich ist, nennt Greif mehrere Faktoren, siehe Abbildung 5. Diese Erfolgsfaktoren sind teilweise bestätigt, teilweise sind es noch Annahmen. Ich werde überprüfen, inwieweit es positive Korrelationen zwischen den Erfolgsfaktoren und den Ergebniskriterien gibt. Zu folgenden wichtigen Erfolgsfaktoren gibt es passende Skalen aus den Fragebögen (zusammenfassende Darstellung in Abbildung 19):

- **Wertschätzung und Unterstützung**: Dazu passende Skalen aus den Fragebögen sind „**Vertrauen, Wertschätzung und Offenheit**“ – Mittelwert 1,24 von möglichen 1,0–5,0 Punkten, Standardabweichung 0,47. Zwischen dem Faktor „Vertrauen, Wertschätzung und Offenheit“ und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,47. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,40. Die Skala „**Gleichberechtigung und Sympathie**“ hat einen Mittelwert von 1,19 von möglichen 1,0–5,0 Punkten und eine Standardabweichung von 0,44. Zwischen dem Faktor „Gleichberechtigung und Sympathie“ und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,51. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,42.
- **Zielklärung**: Die entsprechende Skala im Fragebogen lautet „**Zielkriterien, Barrieren und Grenzen**“ – Mittelwert 1,93, Standardabweichung 0,98. Zwischen diesem Faktor und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,50. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,49.

- **Ressourcenaktivierung und Umsetzungsunterstützung**: Die teilweise dazu passende Skala im Fragebogen lautet „**Wirkung: Ressourcenaktivierung**“. Der Mittelwert beträgt 1,73, die Standardabweichung 0,63. Zwischen diesem Faktor und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,56. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,78.
- **Evaluation der Fortschritte im Verlauf**: Die dazu passende Skala im Fragebogen lautet „**Partizipation im Coachingprozess**“. Sie hat einen Mittelwert von 1,54 und eine Standardabweichung von 1,26. Zwischen diesem Faktor und dem Durchschnitt der Bewertungs-Kriterien gibt es eine positive Korrelation von +0,47. Wenn man denselben Faktor mit dem Durchschnitt der Ergebnisqualität vergleicht, ergibt sich eine positive Korrelation von +0,45.



**ABBILDUNG 19: KORRELATIONEN ERFOLGSFAKTOREN UND ERGEBNIS (EIGENE DARSTELLUNG)**

**Zusammenfassung:** Somit kann ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen den oben genannten Voraussetzungen, Faktoren und den

Ergebnissen bzw. der Bewertung im Coaching, wie er im Wirkmodell von Greif angenommen wird, für die in der Abbildung 18 und 19 enthaltenen Faktoren nachgewiesen werden. Daraus ergibt sich, dass auf diese Faktoren in besonderer Weise geachtet werden sollte, um günstige Voraussetzungen für ein erfolgreiches Coaching zu gewährleisten.

#### **8.4 Erfolgsfaktoren aus Sicht des ZEB**

---

Vom Zentrum für Entwicklung und Beratung wurden folgende Erfolgsfaktoren für das Gelingen des Führungskräfte-Coachings im Krankenhaus genannt:

- Die Unternehmensleitung und die kollegialen Führungen der einzelnen Krankenhäuser stehen hinter der Maßnahme. Sie haben Coaching als Führungsinstrument erkannt und vermitteln dies auch zunehmend den Führungskräften.
- Dazu beigetragen haben wesentlich die Auftragsklärungs- und Abschlussgespräche sowie die periodischen Berichte und Konsultationen vom ZEB mit der Unternehmensleitung und den Krankenhausleitungen.
- Die Abschlussgespräche stellen eine gute Feedback-Schleife für die Auftraggeber dar. Diese sehen selbst in der Praxis, was das Coaching an Ergebnissen bringt.
- Das Coaching ist gut in die Personalentwicklung eingebettet. Es gibt ein integriertes Coaching- und Mentoring-Konzept. Coaching ist in die Ausbildung der angehenden Führungskräfte (Führungswerkstatt) integriert. ZEB und Personalentwicklung agieren gemeinsam im Unternehmen.
- Aufgrund der gemachten Erfahrungen mit Coaching und der Anbindung an das jeweilige Umfeld ist Coaching für viele Führungskräfte klarer und transparenter geworden.
- Die sorgfältige Auswahl der Coaches in punkto Ausbildung und eigene Führungserfahrung und die gemeinsame Weiterentwicklung der

„Feldkompetenz“ durch Organisationsbesprechungen und durch Intervention.

- Die Etablierung einer Metareflexion und die bewusste Rückmeldung von strukturellen Erkenntnissen an die Organisation.
- Transparenz und extrem bewusster Umgang mit der Vertraulichkeit. Dies ist ein äußerst wichtiger Punkt und es gibt viele Gelegenheiten, diesen Grundsatz zu verletzen. Dass dies in der Krankenhausgruppe über so viele Jahre gelungen ist, ist aus meiner Erfahrung mit anderen Krankenhaussystemen sehr hoch einzuschätzen. Auch die Dienst- und Werkverträge im ZEB-Team sind unter diesem Gesichtspunkt speziell gestaltet.
- Die sauber aufgesetzten Auftrags- und Abschlussbesprechungen werden gut umgesetzt.
- Das ZEB sorgt für ein gutes, behutsames Matching zwischen Coach und Coachee. Mit Fortdauer des Coachings und dem Zuwachs an Erfahrung mit Coaching werden die Coaches zunehmend selbst von den Coachees ausgewählt. Die Veröffentlichung der Coaches im Intranet hat positiv dazu beigetragen.
- Das ZEB achtet darauf, dass der externe Blick der Coaches gewahrt bleibt: Ein Berater/Eine Beraterin soll nicht länger als 2–3 Jahre in einem Beratungssetting verbleiben und auch nicht zu viele Beratungen in einem Krankenhaus durchführen.
- Lessons Learned aus den bisherigen Erfahrungen: Nicht stur und steif an einer Sache festhalten, sondern Flexibilität im Vorgehen zeigen, ohne die Grundsätze zu verletzen. Wenn das ZEB-Team merkt, dass es eines anderen Settings bedarf, so wird rasch und schnell reagiert und trotzdem immer auf eine saubere Auftragsklärung geachtet.
- Mit der Spitalsreform ist der Druck auf die Führungskräfte, erfolgreich in Veränderungsprozessen zu agieren, gestiegen, und damit auch die Bereitschaft, sich mit Führung auseinanderzusetzen und Unterstützung in

Form von Coaching in Anspruch zu nehmen (Überblick gewinnen, das Wesentliche sehen, Außenperspektive nutzen).

- Die handelnden Personen im ZEB sind anerkannt und gut in das Unternehmen integriert.
- Coaching ist mit den aktuellen Entwicklungen (z.B. Spitalsreform) gut verbunden (Teil eines Organisationsentwicklungsprozesses).

Als **hinderlich** wird erlebt, wenn an die Coachees in kurzer Zeit zu viele Veränderungsanforderungen herangetragen werden, und wenn aufgrund der Geschwindigkeit der Veränderungen die Verunsicherung zu groß wird.

### **8.5 Erfolgsfaktoren aus Sicht der Coaches**

Ich habe die Antworten der Coaches zusammengefasst, aber auch danach getrachtet, nicht zu stark zu verallgemeinern (zu abstrahieren), sondern die unterschiedlichen Sichtweisen der Coaches abzubilden. Da die Fragen sehr offen waren, wurden von den Coaches in den Interviews unterschiedliche Aspekte beleuchtet. Daher macht die quantitative Auszählung einzelner Aussagen wenig Sinn. Dort, wo Aussagen sich in der großen Mehrheit der Befragten wiederfinden, habe ich das benannt. Folgende Aspekte wurden in den Antworten der Coaches zur Frage „**Was hat den Erfolg der Coachings gefördert?**“ genannt:

- Die Strukturen, die Rahmenbedingungen für die Einzelcoachings und die Sondierungsgespräche vorweg zur Auswahl des passenden Formates sind sehr förderlich. Dies wurde von allen Befragten angeführt. Der zur Verfügung gestellte Rahmen, 10 Sitzungen im Jahr und die Regelmäßigkeit in einem überschaubaren Zeitraum, sind hilfreich. Die individuelle Flexibilität, was die Anzahl der Sitzungen in einem Prozess anbelangt, sollte aber gegeben sein. Es gibt mittlerweile fast nur mehr Coachings aus eigenem Antrieb.
- Die gemeinsame Auftragsklärung und die Auswertungsgespräche mit dem/der Vorgesetzten und dem Coachee fördern das Vertrauen und die

Zusammenarbeit sowie die Unterstützung der Coachees durch die Vorgesetzten. Dadurch gelingt es auch den Coaches, einen guten „Draht“ zu den Vorgesetzten aufzubauen, was Missverständnissen und Befürchtungen vorbeugt. Auch dieser Punkt wurde von allen Coaches genannt.

- Ideal ist es, wenn die Auftraggeberin/der Auftraggeber Ziele hat, will, dass der Coachee etwas verändert, mit ihm/ihr über das Coaching kommuniziert und den/die Coachee unterstützt.
- „Das Beratungszentrum sorgt für eine gute Passung von Coachee und Coach“, wurde vom Großteil der Befragten genannt. Da die Schwerpunkte im Coaching und die Führungssituationen und -persönlichkeiten unterschiedlich sind, braucht es auch unterschiedliche Coaching-Profile bei den Coaches.
- Als Coach ist es sehr förderlich, sich Zeit zu nehmen für eine genaue Auftrags- und Situationsklärung, da es aufgrund der komplexen Strukturen oft versteckte Aufträge gibt. Hilfreich ist auch, die Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten des Coachees und dessen Grenzen am Anfang zu klären.
- Wichtig für den Erfolg ist, wenn es gelingt, eine vertrauensvolle Beziehung („miteinander können und wollen“) zwischen Coachee und Coach aufzubauen, in der sich der Coachee öffnen kann. Neben der persönlichen Chemie, der gemeinsamen Arbeit ist hier vor allem die hundertprozentige Verschwiegenheit des Coaches von Bedeutung.
- Vonseiten des Coachees braucht es Offenheit, Reflexionsfähigkeit, Veränderungsbereitschaft, Umsetzungskompetenz und die Bereitschaft, sich auf Führung einzulassen.
- Vonseiten des Coaches gilt es, die Spezifika im Krankenhaus, wie Organisations-Widersprüche, Zielkonflikte in der Zusammenarbeit, Berufsgruppenhierarchie, wechselseitige Abhängigkeiten zu berücksichtigen. Von Anfang an müssen angesichts der Strukturen die

Reaktionen im Umfeld mitgedacht und mit bearbeitet werden. Nur so kann der Coach angesichts der vernetzten Organisation neutral und allparteilich bleiben. Der Aufgaben- und Organisationsbezug im Coaching geht vor Personenbezug. Auch dieser Punkt wurde von der Mehrheit der Befragten angesprochen.

- Die Professionalität der Coaches (die Anforderungskriterien und die sorgfältige Auswahl) sowie die Weiterentwicklung durch die Arbeit des ZEB mit Interventionen und Organisations-Besprechungen helfen, dass den Besonderheiten der Krankenhaus-Organisation Rechnung getragen wird.
- Die Einstellung zum Coaching hat sich durch die Arbeit des ZEB, die Coachings und durch die Kommunikation mit den Führungskräften verändert; Coaching ist nicht mehr Zeichen von Schwäche, sondern ein Instrument, den Arbeitsalltag besser zu gestalten. Die Organisation bietet – vor allem bei neuen Führungskräften – frühzeitig Coaching an, nicht erst bei Konflikten. Immer mehr wird spürbar, dass die Organisation hinter dem Coaching steht.
- Ein externer Ort für das Coaching fördert die Distanz und schafft eine andere Arbeitsatmosphäre.
- Je kontinuierlicher und je länger Coaching gemacht wird, desto fruchtbarer wird es.
- Die systemisch-konstruktivistische Grundhaltung aller befragten Coaches erscheint angesichts der komplexen Strukturen sehr anschlussfähig. Aus meiner Beobachtung in den Interviews gibt es sowohl in der selbstbenannten Haltung der Coaches als auch in den geschilderten Coachingsituationen graduell unterschiedliche Ausprägungen auf dem Kontinuum von der reinen Prozessberatung hin zu Elementen aus der Expertenberatung.
- Die Gratwanderung – transparent im Prozess vorzugehen, ohne die Vertraulichkeit zu beschädigen – ist gelungen.

Ergänzend zu den förderlichen Faktoren wurden als **Lessons Learned** von den befragten Coaches bezeichnet:

- Dass der Coach immer auf alle Beteiligten schaut – systemisch denkt und handelt. Dieser Punkt zieht sich durch alle Interviews.
- Für mich als Coach immer wieder auf den Auftrag schauen, erneuern, präzisieren, in Teilen korrigieren und dass ich mich nicht scheue, den Auftrag zurückzulegen, wenn die nächste Ebene blockiert.
- Die Not der Menschen hat etwas Ansteckendes. Die Allparteilichkeit aufrechtzuerhalten ist teilweise sehr herausfordernd.
- Immer wieder selbst als Coach in Supervision gehen. Jeder hat bei allem einen persönlichen Anteil.
- Am Anfang klären, wer noch als Außenstehender Einfluss im System nimmt. Absprache zwischen Coaches und Beratungszentrum bei parallelen Prozessen.
- Gemeinsame Reflexion der Lernfortschritte und Erkenntnisse von Coachee und Coach sowie die Dokumentation des Prozesses durch den Coachee fördern die Intensität im Prozess.
- Dass ich früher die Person, die dann die wirkliche Entscheidungskompetenz hat, mit ins Boot hole.
- Bei Veränderungen im Krankenhaus braucht es Geduld und das Gehen in kleinsten Schritten.
- Zu fragen, „Was ist das Nützliche am Problem?“, habe ich in diesem Kontext gelernt.
- Wenn ein Coachee als Besucher kommt, fängt man am besten gar nicht an.
- Hin und wieder kommen Coachees als Klagende, da ist die Gefahr groß, dass man zum Mülleimer umfunktioniert wird und nichts zum Bearbeiten da ist.

### **Was hat den Erfolg im Coaching behindert oder gehindert?**

- Wenn mangelnde Wertschätzung zwischen Coachee und Auftraggeber oder gegenseitige Abwertungen vorhanden sind.
- Wenn es als Coach nicht gelingt, eine Beziehung mit dem Coachee aufzubauen.
- Wenn der Coachee Scheu hat, Probleme im Coaching offenzulegen, weil es die Angst gibt, dass die/der Vorgesetzte davon erfährt.
- Hin und wieder machen Vorgesetzte (Auftraggeberinnen und Auftraggeber) Druck oder versuchen sich einzumischen; das muss man als Coach abwehren.

Insgesamt ergibt sich eine große Übereinstimmung mit den Schlussfolgerungen und Erkenntnissen des Beratungszentrums und den Erfahrungen und Sichtweisen der Coaches.

## 9 Zusammenfassung

---

Die **Fragebogenauswertung** der Coachees zur Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und zur Bewertung der Coachings ergab **im Vergleich zur Normstichprobe** eine noch bessere Einschätzung der Coachings in der Krankenhausgruppe (**Hypothese 1**). Bis auf ein Kriterium waren alle Kriterien spürbar besser.

Bei der **Strukturqualität** sind es vor allem die Vorgehensweisen in der Sondierungsphase, bei der Auswahl des passenden Beratungsformates, bei der Kontraktgestaltung und in der Auftrags- und Zielklärung, die zu spürbar besseren Bewertungen geführt haben.

Bei der **Prozessqualität** zeigen die deutlich besseren Bewertungen, dass die Arbeitsatmosphäre zwischen Coach und Coachee sehr vertrauensvoll war und dass die Auswahl und Passung Coach und Coachee sehr gut gelungen ist. Auch der Qualität der Coaches wird in den Rückmeldungen der Coachees ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt. Die hohen Anforderungskriterien an die Coaches hinsichtlich Coachingerfahrung, eigenen Führungserfahrungen, Krankenhauserfahrung, Organisationserfahrung werden durch die eigenen Erfahrungen, die die Coaches in den Coaching-Prozessen gemacht haben, bestätigt.

Bei der **Ergebnisqualität** liegen die besseren Einschätzungen insbesondere in den Punkten bessere Reflexion, also Kenntnis der Situation und des Umfeldes, und in der Verhaltensoptimierung.

Auch die **Bewertung** des Coachings und die **Gesamtnote** zeigen ein besseres Ergebnis als in der Normstichprobe. Lediglich in der Einschätzung der Umfeldreaktionen gibt es eine vorsichtiger Einschätzung als in der Normstichprobe. Die positive Resonanz der Maßnahme Coaching wird durch den Vergleich der Qualitätskriterien bestätigt.

Die **zweite Hypothese** betraf den Zusammenhang zwischen Voraussetzungen, Erfolgsfaktoren und den Ergebnissen der Coachings. Die Faktoren Kompetenz

der Coaches, Zielklarheit, Auftragsklärung, Transparenz und Partizipation im Prozess sowie Wertschätzung/Vertrauen in der Beratungsbeziehung sind für den Erfolg im Coaching sehr bedeutsam und dies wird durch die mittleren positiven Korrelationen in den Fragebogenauswertungen auch bestätigt.

Die **dritte Hypothese**, dass die Institutionalisierung von Coaching, die genaue Abgrenzung zu anderen Beratungsformaten und ein klarer Rahmen die Qualität, die Verbreitung und die Anschlussfähigkeit von Coaching im Krankenhaus fördern, wurde durch die Aussagen der Coaches und des Beratungszentrums bestätigt. Soll Coaching nicht nur eine einzelne Maßnahme bei Problemen und Konflikten sein, sondern zur Entwicklung der Führungsfähigkeiten und der Führungsfunktionen dienen, so braucht es einen institutionellen, klaren Rahmen und eine interne Stelle, die auf die Strukturen achtet und die permanent für die Kommunikation und Bearbeitung der auftretenden Fragen, Probleme, Widersprüche und für die Information über die Ergebnisse der Coachings unter Wahrung der Vertraulichkeit sorgt. Die Art der Einbeziehung der direkten Vorgesetzten in der Auftragsgestaltung und in der Auswertung, die Berichte an die Krankenhausleitung sowie die Unternehmensleitung sorgen für ein steigendes Wissen auf allen Ebenen über den Nutzen, das Einsatzgebiet und die Grenzen von Coaching. In dem sehr hierarchischen Umfeld eines Krankenhauses braucht es auch ein klares Bekenntnis der Unternehmensleitung, dass Coaching ein anerkanntes Instrument der Personalentwicklung für die Führungskräfte und keine „Reparaturmaßnahme“ darstellt.

Die **vierte Hypothese**, dass in allen Phasen des Coachingprozesses die Spezifika der Organisation und die wechselseitigen Abhängigkeiten im Krankenhaus berücksichtigt werden müssen, wurde durch die Erfahrungen der Coaches bestätigt. In einer so verzahnten und von wechselseitigen Abhängigkeiten, Zielkonflikten und Widersprüchen geprägten Organisation wie einem Krankenhaus braucht es für das Einzelcoaching die Verknüpfung mit dem Umfeld, einen transparenten, aber auch geschützten Rahmen und viel Kommunikation. Es braucht das Mitdenken der betroffenen Nichtanwesenden im

Coaching und die Ermutigung zur Kommunikation mit den wesentlichen Zusammenarbeitspartnern im Feld. Als Coach ist die Aufrechterhaltung der Allparteilichkeit durch eine konsequente systemische Haltung und Sichtweise erforderlich.

Im hier untersuchten Fallbeispiel trägt die Maßnahme Coaching für Führungskräfte zur Unterstützung der Führungskräfte in ihren Führungsfähigkeiten und -fertigkeiten und zur stärkeren Wahrnehmung der Führungsaufgaben bei. Im Verbund mit den Maßnahmen der Führungskräfte-Weiterbildung, der Führungskräfte-Nachwuchsentwicklung, der Entwicklung und Verankerung eines Leitbildes für Führung und durch die aktive Mitwirkung der obersten Führungskräfte in diesen Prozessen wird das Thema Führung im Krankenhaus klarer, deutlicher gemacht und kann seinen Beitrag zur Unternehmensentwicklung entfalten. Führung ist für die Krankenhäuser und für die in ihnen tätigen Menschen heute und in Zukunft ein Erfolgsfaktor zur Bewältigung der zukünftigen Anforderungen.

## 10 Literaturverzeichnis

---

- Amelung, V.E., Sydow, J., Windeler, A. (Hrsg.) (2008), Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Argyris, Chr., Schön D. (1978), Organizational Learning – A theory of action perspective, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Baecker, D. (1994), Postheroisches Management, Merve Verlag, Berlin.
- Bergknapp, A. (2009), Supervision in Organisationen, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.
- Böning, U. & Fritschle, B. (2005), Coaching fürs Business, Manager Seminare, Bonn.
- Dahinden, L., Freitag, T., Schellenberg, F. (Hrsg.) (2009), Mythos Coaching, Orell Füssli Verlag, Zürich.
- Dietrich, R. (2002), Der Palast der Geschichten, Verlag Dietrich, Elixhausen.
- Domayer E. (2011), Führung ist nicht gleich Führung, in OSB-Reader 2011, OSB-Internation, Eigenverlag.
- Geisbauer, W. (2004), Reteaming, Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Geisbauer, W. (2008), Vortragsunterlage Führung und Reteaming.
- Grant, A.M., Stober, D.R. (2006), Evidence based coaching handbook, John Wiley & Sons, New York.
- Greif, S. (2008), Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Greif, S., Kurtz, H.-J. (Hrsg.) (1998), Handbuch Selbstorganisiertes Lernen, 2. Auflage, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen.
- Grossmann, R., Scala, K. (2002), Intelligentes Krankenhaus, Springer-Verlag, Wien.
- Heß, T., Roth, W.L. (2001), Professionelles Coaching, Eine Expertenbefragung zur Qualitätseinschätzung und -entwicklung, Verlag Asanger, Heidelberg.
- Hussy, W., Schreier, M., Echterhoff, G. (2010), Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

- Janes, A., Prammer, K., Schulte-Derne, M. (2001), Transformations-Management, Springer-Verlag, Wien.
- Kuhl, J. (2001), Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Looss, W. (2006), Unter vier Augen – Coaching für Manager, Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach.
- Mayring, P. (2008), Qualitative Inhaltsanalyse, 10. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Mintzberg, H. (2011), Managen, 2. Auflage, Gabal Verlag, Offenbach.
- Neuberger, O. (1985), Führung, 2. Auflage, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Offermanns, M. (2004), Braucht Coaching einen Coach? Eine evaluative Pilotstudie, ibidem, Stuttgart.
- Radatz, S. (2003), Beratung ohne Ratschlag, 3. Auflage, Verlag systemisches Management, Wien.
- Rauen, Ch. (2005), Handbuch Coaching, 3. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen
- Rauen, Ch. (2001), Coaching: Innovative Konzepte im Vergleich, 2. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Rauen, Ch. (Hrsg.) (2008), Coaching-Tools: Erfolgreiche Coaches präsentieren 60 Interventionstechniken aus ihrer Coaching-Praxis, 6. Auflage, Manager Seminare, Bonn.
- Reichel, R. (Hrsg.) (2005), Beratung, Psychotherapie, Supervision, Fakultas Verlag, Wien.
- Scala, K., Grossmann, R. (2002), Supervision in Organisationen, 2. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Schein, E. (2010), Prozessberatung für die Organisation der Zukunft, 3. Auflage, Verlag Andreas Kohlhage, Bergisch Gladbach.
- Schlippe, A., Schweitzer, J. (2007), Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 10. Auflage, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

- Schmidt, E.R., Berg, H.G. (1995), *Beraten mit Kontakt*, Burckhardthaus-Laetare Verlag, Offenbach.
- Schmitz, B., Berchtold, M. (2008), *Managing Professionals – Führung im Krankenhaus*, in: Amelung, V.E., Sydow, J., Windeler, A. (Hrsg.) (2008), *Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation*, Verlag Kohlhammer, Stuttgart.
- Schuhmacher, Th. (2006), *Personalpolitik und Unternehmenskultur im Wandel*, Schriftenreihe der SGVW, Universität St. Gallen.
- Shazer, S. (2010), *Der Dreh Überraschende Wendung und Lösungen in der Kurzzeittherapie*, 11. Auflage, Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Simon, F.B. (2010), *Die Kunst nicht zu lernen*, 5. Auflage, Carl-Auer-Verlag, Heidelberg.
- Simon, F.B. (2009), *Einführung in die systemische Organisationstheorie*, 2. Auflage, Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
- Weilharter, F. (2002), *Hofnarr oder Kutscher? Coaching im Krankenhaus*, in: Schriftenreihe Supervision der ÖVS, Band 4, Studienverlag, Innsbruck.
- Weilharter, F. (2012), *Informationsveranstaltung des Zentrums für Entwicklung und Beratung, Seminarunterlage Coachingausbildung*, Linz.
- Wimmer, R., Meissner, J.O., Wolf, P. (Hrsg.) (2009), *Praktische Organisationswissenschaft*, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg.
- Wunderer, R. (2001), *Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre*, 4. Auflage, Neuwied.

## **Zeitschriften**

- Gloubermann, S., Mintzberg, H. (2001), *Managing the Care of Health and the Cure of Disease*, in: *Health Care Management Review* 26, S. 70–84.
- Huf, S. (2004), *Führung im Spannungsfeld*, in: *Zeitschrift für Personalführung*, 11/2004, S. 22–29.
- Künzli H. (2009), *Wirksamkeitsforschung im Führungskräfte-Coaching*, in: *OSC Zeitschrift für Organisationsberatung Supervision Coaching* 2009 Nr. 16, S. 1–15.

Wimmer R., Führung und Organisation – zwei Seiten ein und derselben Medaille, in: Revue für postheroisches Management, Heft 4, 2009.

### **Internetrecherche**

Interprofessionelle und interdisziplinäre Führung im Krankenhaus mit „Verantwortungskreisen“:

[http://www.trigon.at/mediathek/pdf/downloads/08\\_abenteuer\\_entwicklung/Interprofessionelle\\_interdisziplinae\\_Fuehrung.pdf](http://www.trigon.at/mediathek/pdf/downloads/08_abenteuer_entwicklung/Interprofessionelle_interdisziplinae_Fuehrung.pdf) 22.5.2013

Managing Professionals in Vernetzung im Gesundheitswesen: [http://www.collegem.ch/fileadmin/user\\_upload/ManagingProfessionals\\_in\\_Vernetzung\\_im\\_Gesundheitswesen.pdf](http://www.collegem.ch/fileadmin/user_upload/ManagingProfessionals_in_Vernetzung_im_Gesundheitswesen.pdf) 22.5.2013

Definition Coaching, 29.5.2013:

[http://www.coachingdachverband.at/index\\_html?sc=285962687](http://www.coachingdachverband.at/index_html?sc=285962687)

<http://www.coaching-report.de/definition-coaching.html> 31.5.2013

[http://www.coachingdachverband.at/media/pdf\\_content\\_acc/11790\\_Trigon\\_Coaching\\_Befragung\\_2007.pdf](http://www.coachingdachverband.at/media/pdf_content_acc/11790_Trigon_Coaching_Befragung_2007.pdf) ; 3. 6. 2013

[http://www.artop.de/5000\\_Archiv/5000\\_PDF\\_und\\_Material/Check\\_the\\_Coach.pdf](http://www.artop.de/5000_Archiv/5000_PDF_und_Material/Check_the_Coach.pdf)  
(Fragebogen Check-the-Coach) 13.6.2013

<http://de.wikipedia.org/wiki/Reliabilit%C3%A4t>, 24.6.2013

## **11 Abbildungsverzeichnis**

---

Abbildung 1: Abgrenzung Coaching.....	12
Abbildung 2: Supervisions- und Coachingformen .....	14
Abbildung 3: Theorie der Selbstaufmerksamkeit und Selbstreflexion .....	29
Abbildung 4: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität im Coaching .....	37
Abbildung 5: Strukturmodell der Wirkungen beim Einzelcoaching .....	38
Abbildung 6: Die vier Welten im Krankenhaus .....	46
Abbildung 7: Fit-Modell der Führung.....	56
Abbildung 8: Managementmodell von Henry Mintzberg.....	58
Abbildung 9: Schwerpunkte im Management.....	61
Abbildung 10: Mechanismen der Koordination und Steuerung .....	63
Abbildung 11: Kennwerte des Fragebogens Check-the-Coach . .....	80
Abbildung 12: Themen im Coaching .....	81
Abbildung 13: Strukturqualität .....	83
Abbildung 14: Prozessqualität.....	85
Abbildung 15: Ergebnisqualität.....	88
Abbildung 16: Bewertung und Gesamtnote.....	90
Abbildung 17: Andere Maßnahme angemessener .....	92
Abbildung 18: Korrelationen Voraussetzungen und Ergebnis .....	95
Abbildung 19: Korrelationen Erfolgsfaktoren und Ergebnis .....	97

## **12 Anhänge**

---

**Anhang 1:** Fragebogen und Erläuterungen zu „Check-the-Coach“ von Bachmann/Jansen/Mäthner

**Anhang 2:** Auswertung der Interviews der Coaches zu den Erfolgsfaktoren und den Lessons Learned im Führungskräfte-Coaching

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Masterthesis selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich ein Belegexemplar verwahrt.

Linz, am 28. 10. 2013

.....

Unterschrift