

Personalwirtschaft

Magazin für *Human Resources*

extra
2013

Special Gesundheitsbranche

Round Table | Betriebliches Gesundheitsmanagement | Demografie | Recruiting

Mitarbeiterbindung im Krankenhaus

Auf Messers Schneide





StepStone: Ihr Weg zu neuen Mitarbeitern

Drei Gründe für StepStone

Know-how:

Setzen Sie für die effiziente Suche nach neuen Mitarbeitern auf 16 Jahre Know-how im Bereich Online-Rekrutierung.

Reichweite:

StepStone ist die meistbesuchte Online-Jobbörse in Deutschland (Quelle: IVW).

Zielgruppe:

Mehr als 130.000 Bewerber aus dem Gesundheitswesen nutzen www.stepstone.de regelmäßig für die Suche nach ihrem nächsten Job.

Mehr als 70 Prozent der Ärzte und Pflegekräfte suchen im Internet nach passenden Jobs – so das Ergebnis einer aktuellen Studie*. Nutzen auch Sie dieses Potenzial zur Ansprache medizinischer Fachkräfte und schalten Sie Ihre Stellenanzeigen jetzt auf www.stepstone.de!

* Online-Umfrage von StepStone und Thieme mit 2.343 Teilnehmern

Kontakt

StepStone Deutschland GmbH
Tel.: 0211 - 9 34 93 - 5802
E-Mail: service@stepstone.de

Keine Zeit zu verlieren



„Wir befinden uns in einer Situation, in der die entscheidende Frage nicht lautet, welches Haus hat die beste Personalführung, sondern welches geht als letztes pleite. Unter diesen Umständen ist es schwierig, ein gutes Personalmanagement zu betreiben“, so Dr. med. Andreas Tecklenburg, Vizepräsident der Medizinischen

Hochschule Hannover, auf dem 6. Personalkongress Kliniken in Hannover. Besserwisser könnten an dieser Stelle einwenden: Ein Haus mit guter Personalführung verschwindet nicht vom Markt. Doch ganz so einfach geht die Rechnung nicht auf, wie Klinik-Experten und auch Personalmanager bei der Round Table-Diskussion berichten. Es kündigt sich eine Überalterung der Belegschaft an, Kliniken werben sich gegenseitig gute Kräfte ab, der zusätzliche Arbeitsdruck der Mitarbeiter aufgrund von Personalmangel fordert seinen Tribut: Patient gesund, Mitarbeiter krank?

Vorstände und Personaler sind gefordert, sich noch mehr für die Mitarbeiterbindung einzusetzen, denn es bleibt schwierig, neue Fachkräfte zu finden. Die Zahlen sind mehr als alarmierend: Bis 2030 werden in Kliniken gut 165 000 Ärzte und fast 800 000 nicht-ärztliche Fachkräfte, wie Krankenschwestern, Pfleger und Pflegehelfer fehlen. Trotz aller Kürzungen, die den Kliniken auferlegt werden, gibt es Instrumente, die auch mit geringen Mitteln umsetzbar sind. Es bietet sich eine Kooperation mit anderen Kliniken an, wie es zum Beispiel im Zentrum für Gesundheitsmanagement der Fall ist. Dreißig Kliniken machen hier gemeinsame Sache und gewinnen Personal im Ausland. Zu lesen in unserem Special.

Um den demografischen Wandel in den Griff zu bekommen, sind altersgerechte Arbeitsplätze und attraktive Arbeitszeitmodelle zu schaffen. Ein strategisches Betriebliches Gesundheitsmanagement kann die im Gesundheitswesen hohen Krankenstände verringern. Nicht zuletzt hält ein durchdachtes Talent Management Nachwuchskräfte in einem Unternehmen, auf das sie durch ein authentisches Employer Branding aufmerksam geworden sind.

Professor Alfred Dänzer, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, macht im Interview mit der Personalwirtschaft deutlich, dass „der zunehmende Fachkräftemangel Krankenhäuser in ein professionelles Personalmanagement zwingt.“ Unser Special unterstützt Sie dabei, sich den Herausforderungen der nächsten Jahre zu stellen und Ihren Mitarbeitern – nicht zuletzt durch gelebte Wertschätzung – ein berufliches Umfeld zu bieten, in dem es Spaß macht zu arbeiten.



Elke Schwuchow

Die Mitarbeiterperspektive zählt.

Befragungen sind die Basis für messbare Qualität, Motivation und langfristige Zufriedenheit.



Die Picker-Mitarbeiterbefragung

- Einfache Durchführung und individuelle Betreuung
- Belastbare Ergebnisse
- Komprimierte und detaillierte Ergebnisberichte im Online-Tool
- Valide Grundlage für konkrete, zielführende Maßnahmen
- Umfangreiche Benchmarks

Besuchen Sie uns auf einer der kommenden Veranstaltungen:

- Personalkongress der Krankenhäuser, 30.09. in Leipzig
- KTQ-Forum, 18.10. in Berlin

Wir beraten Sie gerne. www.pickerinstitut.de
+49 (0)40 22 75 95 70

Personalwirtschaft Special Gesundheitsbranche

**8 Round Table****Politik der kleinen Schritte**

Sind die Kassen leer, werden notwendige Personalmanagement-Strategien und -Maßnahmen oft erst gar nicht aufgesetzt. Das rächt sich - insbesondere beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement und der altersngerechten Gestaltung der Arbeitsplätze. Beim Round Table zeigen Experten, auf welchen Wegen die Einführung erforderlicher Maßnahmen gelingen kann.

16 Interview**„Eine faire Finanzierung ist eine Frage der Wertschätzung“**

Alfred Dänzer, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, fordert im Interview unter anderem von der Politik Rahmenbedingungen, die es Kliniken überhaupt ermöglichen, attraktive Arbeitsplätze zu schaffen.



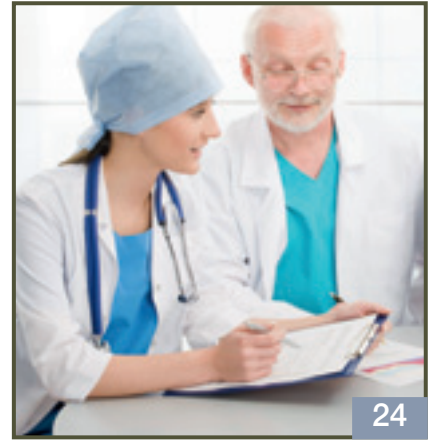
18

18 Betriebliches Gesundheitsmanagement**Patient gesund – Mitarbeiter krank**

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage von Mitarbeitern in Krankenhäusern liegen weit über denen in der freien Wirtschaft. Je nach Berufsgruppe und Dienstarten variieren sie stark, wie Professor Günter Neubauer erhoben hat. Gegenmaßnahmen sind zwingend erforderlich.

22 Betriebliches Gesundheitsmanagement**Alle mit ins Boot holen**

Wie es gelingen kann, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement systematisch einzuführen, zeigt das Beispiel des Städtischen Klinikums Solingen vom Pilotprojekt bis zum Praxistest.



24

24 Betriebliches Gesundheitsmanagement**Den Dialog suchen**

Die tatsächlichen Arbeitsbedingungen können nur erfasst werden, wenn die Mitarbeiter zu ihrer persönlichen Arbeitssituation befragt werden. Dieses Vorgehen scheuen manche Häuser. Doch ohne diese Erhebung ist ein BGM als Bestandteil einer neuen Personalpolitik nicht möglich.

26 Demografie**Generationenvielfalt im Krankenhaus managen**

Das Städtische Klinikum Karlsruhe erarbeitet lebensphasengerechte Arbeitsmodelle im Pflegedienst. Ein Augenmerk liegt auf der Teamzusammenstellung, die bewusst ältere Mitarbeiter einschließt.

Impressum

Herausgeber: Jürgen Scholl

Redaktion: Erwin Stickling, Chefredakteur;
Elke Schwuchow (es), Redakteurin

Projektleitung: Christiane Siemann, freie Journalistin

Redaktionsanschrift: Wolters Kluwer Deutschland GmbH,
Luxemburger Straße 449, 50939 Köln,
Telefon: 0221/94373-7653, Fax: 0221/94373-7757,
E-Mail: personalwirtschaft@wolterskluwer.de,
www.personalwirtschaft.de

Fachbeiträge aus bereits erschienenen Ausgaben sind
verfügbar unter: www.personalwirtschaft.de

Geschäftsführer: Dr. Ulrich Hermann (Vorsitz),
Michael Gloss, Christian Lindemann, Frank Schellmann

Anzeigen:
Karin Kamphausen (Verkaufsleitung),
Telefon: 0221/94373-7629,
E-Mail: kkamphausen@wolterskluwer.de

Nadine Heckinger (Anzeigenmarketing),
Telefon: 0221/94373-7729,
E-Mail: nheckinger@wolterskluwer.de

Jörg Walter (Anzeigenverkauf), wanema media,
Telefon: 0931/304699-66, E-Mail: pw@wanema.de

Karin Odening (Anzeigendisposition),
Telefon: 0221/94373-7427,
E-Mail: kodening@wolterskluwer.de

Herstellung: Frauke Helene Hille

Gestaltung: Art + Work, Köln, Lars Auhage, Martin Schwarz
ISSN 97803872

Bildnachweis: Thinkstock; Fotos Seiten 10-15: Hartmut Bühler;

Druckerei und Lieferanschrift für Beilagen:
Merkur Druck GmbH & Co. KG,
Am Gelskamp 20, D-32758 Detmold

Copyright: Luchterhand, eine Marke von
Wolters Kluwer Deutschland GmbH.
© 2012 Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Köln.



29

29 Recruiting

Wenn ich groß bin, werde ich Chirurg

In der Chirurgie fehlt es an Nachwuchs. Früh ansetzen, lautet die Devise der Klinik für Unfallchirurgie Sindelfingen-Böblingen. Kleinkinder, Kinder und Jugendliche sind deshalb häufig als Gäste in der Unfallambulanz anzutreffen. Der Zeitaufwand zahlt sich aus.

32 Recruiting

Zusammen sind wir stark

Dreißig Krankenhäuser und Reha-Kliniken rekrutieren gemeinsam im europäischen Ausland Mitarbeiter für ihre Häuser in Deutschland und organisieren das Anwachsen in der neuen Umgebung. Vernetzung statt Konkurrenz, das hat sich bewährt, wie das ZfG berichtet.

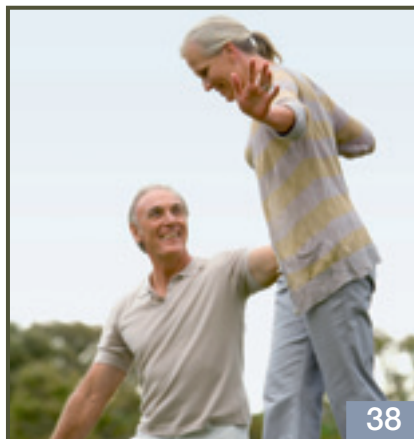
34 Recruiting

Ein herzliches Willkommen

Wie die Rekrutierung und die Integration ausländischer Mitarbeiter gelingt, zeigt die Schön Klinik. Damit die Neuen sprachlich und fachlich ihren Aufgaben gewachsen sind sowie im persönlichen Umfeld Fuß fassen, werden sie individuell betreut. Ein Aufwand, der sich lohnt.

Rubriken

- 3 Editorial
- 4 Impressum
- 6 News



38

37 Interview

„Die Feminisierung der Medizin erfordert eine neue Organisation“

In einer Studie hat Professor Wilfried von Eiff aufgezeigt, dass Krankenhäuser von erheblichen Kostensteigerungen durch die zunehmende Anzahl an Ärztinnen ausgehen. Dabei fällt vor allen Dingen die Gestaltung der Arbeitszeitmodelle ins Gewicht.

38 Betriebliche Altersversorgung

Gemeinsam mehr erreichen

Die Rentenhöhe nimmt ab, besonders bei weiblichen Teilzeitkräften, und im öffentlichen und kirchlichen Dienst ist außerdem die Zusatzversorgung gesunken. Die Eigenvorsorge über die Betriebsrente mit der Förderung der Entgeldumwandlung ist ein probates Mittel gegenzusteuern.

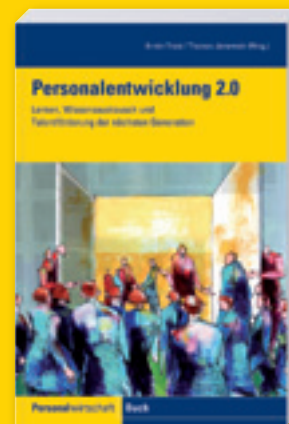
40 Talent Management

Gekommen, um zu bleiben

Anders als früher erfordern Leitungspositionen in Kliniken nicht mehr nur fachliche Nachweise. Wer seine Talente rechtzeitig binden will, sollte ihnen nicht nur Verantwortung übertragen, sondern sie auch rechtzeitig über ein systematisches Talent Management qualifizieren.



Mitarbeiter vernetzen, informieren und fördern!



Web 2.0 und Social Media revolutionieren die Personalentwicklung:

Wissensvermittlung ist interaktiv geworden und findet heute in Foren, Blogs oder Podcasts statt. Daraus ergeben sich neue Ansätze für gezielte Mitarbeiterentwicklung und Talentförderung. Eine Chance, die es zu nutzen gilt.

In diesem Buch finden Personalverantwortliche und Personalentwickler wichtige Orientierungshilfe und zahlreiche Praxisbeispiele zu den neuen Möglichkeiten des Web 2.0.

Prof. Dr. Armin Trost / Thomas Jenewein (Hrsg.)

Personalentwicklung 2.0

Lernen, Wissensaustausch und Talentförderung der nächsten Generation
2011, 328 Seiten, broschüriert
EUR 39,00, ISBN 978-3-472-07878-4

Ihre Bestellwege:

Tel.: 02631-801 22 11
Fax: 02631-801 22 23
E-Mail: info@personalwirtschaft.de

Kostenlose Leseprobe und Bestellung:
www.personal-buecher.de

Das führt zum Erfolg.

Personalwirtschaft Buch

Berufsbilder

Neue Qualifikationen in der Gesundheitsarbeit

Die Entwicklung neuer Berufsbilder im Gesundheitssektor erfolgt derzeit unkoordiniert und vermittelt den Eindruck eines „heiteren Berufebastelns“ mit ungeklärten Folgen. Zu diesem Ergebnis kommen Christoph Bräutigam und Michaela Evans vom Institut für Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule. Dabei reagieren Krankenhäuser durch die Entwicklung eigener betrieblicher Kompetenzprofile/Qualifizierungsangebote auf Herausforderungen, die derzeit durch das Bildungssystem und/oder im Gratifikationssystem nur unzureichend beantwortet werden. Trotz neuer Berufe, Kompetenzprofile und Aufgabenverteilungen werden zentrale Aspekte der Patientenorientierung in der Arbeitsgestaltung vielfach ausgeblendet und vernachlässigt. Die vollständige Ausgabe von IAT-Forschung Aktuell 06/2013 ist nachzulesen unter:



www.iat.eu/forschung-aktuell/2013/fa2013-06.pdf

Recruiting

Knappe Budgets, knappe Bewerber



Restrukturierung, demografische Entwicklung, ständiger Kostendruck – es gibt viele Gründe dafür, dass Krankenhäuser immer größere Schwierigkeiten haben, geeignetes Führungspersonal zu finden. Häufiger Grund für die schleppende Besetzung freier Stellen ist ein Mangel an geeigneten Bewerbern – aber auch knappe Budgets sorgen dafür, dass Positionen unbesetzt bleiben. Daneben bereitet die Fluktuation vielen Personalchefs Sorgen. So liegt die entsprechende Quote bei Ärzten im Schnitt bei 2,5 bis 5 Prozent, in der Pflege schwankt die Zahl zwischen 2,5 und 10 Prozent. Viele Krankenhäuser kämpfen mit unbesetzten Stellen gerade dort, wo qualifizierte Fachkräfte

besonders rar sind. Das zeigt die aktuelle Deloitte-Studie „Rollen von Fach- und Führungskräften im Krankenhaus der Zukunft – Herausforderungen für das Personalmanagement“. Deloitte hat in Zusammenarbeit mit dem Institut für Change Management und Innovation (CMI) sowie dem Institut für Marketing und Entrepreneurship (IME) der Hochschule Esslingen Personalleiter und Geschäftsführer deutscher Kliniken zu ihrer Einschätzung des Personalmarkts befragt.

Kann durch eine effizientere Planung der Überlastung der Mitarbeiter noch wirksam vorgebeugt werden, so bleiben eingeschränkte Vergütungsmöglichkeiten und hohe Anforderungen ein Problem bei der Gewinnung neuer Mitarbeiter, die für die Mehrheit der Befragten noch deutlich problematischer ist als die Bindung bestehender Fachkräfte. Die größte Hürde sehen die Verantwortlichen dabei in der Konkurrenzsituation, in der sich die Krankenhäuser untereinander befinden.

www.deloitte.com

Studie

Generation Pippi Langstrumpf – auch im OP?

So betitelte der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) die Ergebnisse seiner aktuellen Studie zu drei Chirurgen-Generationen. Sie wollen keinen Dienstwagen, sondern lieber einen Betriebskindergarten. Sie wollen Karriere machen, aber nicht für mehr Geld. Sie wollen die beste Weiterbildung – zum Wohle des Patienten. Sie wollen flexible Arbeitszeiten – damit sie sich selbst um ihre Kinder kümmern können. Die größte deutsche Studie über drei Chirurgen-Generationen brachte Neues und Erstaunliches ans Licht. Eine attraktive Arbeitsaufgabe ist den jüngsten Chirurgen wichtiger als die Bezahlung. Zeit ist wieder mehr wert als Geld. Die Familienfreundlichkeit und flexible Arbeitszeitmodelle der Kliniken und Praxen werden immer wichtiger. Der Chef ist wieder Vorbild, wird gefragt, hat Respekt. Kurz: Die Generation Y unter den Chirurgen will das ganze Leben. Sie wollen heilen und trotzdem eine eigene Familie. Sie wollen viel arbeiten und trotzdem gesund bleiben. Sie wollen Zeit für ihre Patienten, ihre Kinder und sich selbst. Sie wollen: eine ausgeglichene Work-Life-Balance. Viel Leistung, wenig Stress bei langer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Auftraggeber der Studie war der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), der nun Empfehlungen für Kliniken und Praxen erarbeitet. Durchgeführt wurde die Studie von Professor Margit Geiger, die den Lehrstuhl für Human Resource Management an der Hochschule Bochum führt.

www.bdc.de

Ihr Spezialist für Ärzte

(S)TEGDOC ist der Spezialist für Fachärztinnen und Fachärzte der 7(S)-Gruppe, einem international agierenden Unternehmensverbund im Bereich Personal mit mehr als 30 Jahren Erfahrung.

Mit unserem eigenen Ärztepool aus Festangestellten und Freiberuflern aller großen Fachrichtungen bieten wir Kliniken die zur Patientensicherheit, Wirtschaftlichkeit und Arbeitgeberattraktivität erforderliche personelle Einsatzreserve, die sie selbst wirtschaftlich nicht vorhalten können.

Was für (S)TEGDOC spricht:

■ Qualität & Kompetenz

- 7-stufiger Rekrutierungsprozess
- 360° Feedback unserer Ärzte
- Vier Ärzte in den internen Teams und zwei Krankenhausmanager als Geschäftsleitung

■ Sicherheit

- Marktführer in der Arbeitnehmer-Überlassung von Ärzten

Rechtssicherste Variante für Ärzte auf Zeit!

- (Subsidiäre) Haftpflicht-/Unfall-Absicherung der Ärzte
- Unterstützung durch Ärztekammern

■ Nähe & Service

- Elf Standorte
- Persönliche Vorstellung / Einsatzbegleitung (Klinik)

Wir kennen jeden Arzt persönlich!

- Musterverträge & Rechtsberatung
- Personalvermittlung
- Outplacement

Sie wollen mehr über uns erfahren?
Sicher sind wir auch in Ihrer Nähe.
Wir freuen uns auf Sie!

Ärzte auf Zeit & mehr



(S)TEGDOC bundesweit:

- berlin@stegdoc.de 030/8 09 22 72 40
- bonn@stegdoc.de 0228/85 03 12 60
- bremen@stegdoc.de 0421/537 1478
- dresden@stegdoc.de 0351/25 09 63 70
- duesseldorf@stegdoc.de 0211/54 41 66 50
- frankfurt@stegdoc.de 069/4 60 95 40 40
- hamburg@stegdoc.de 040/61 13 58 70
- hannover@stegdoc.de 0511/65 51 36 70
- kiel@stegdoc.de 0431/20 08 68 27
- regensburg@stegdoc.de 0941/6 40 95 18
- stuttgart@stegdoc.de 0711/32 09 36 70

(S)TEGDOC

Ein Unternehmen der 7(S)-Gruppe

www.stegdoc.de

Umfrage

Marketing und Vertrieb sind Fremdwörter

Nicht einmal die Hälfte der Klinikchefs in Deutschland legt besonderen Wert darauf, das eigene Haus gut zu vermarkten. Nur 48 Prozent stufen Marketing und Vertrieb für ihre Heilstätte als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ ein. Krankenhäuser öffentlicher und freigemeinnütziger Träger hinken in dieser Hinsicht den Privatkliniken deutlich hinterher. Dies zeigt die Studie „Klinikmanagement“, für die Rochus Mummert 100 Geschäftsführer, Verwaltungsleiter und Direktoren deutscher Kliniken befragt hat. In den meisten Chefetagen privater Krankenhäuser habe man dies bereits verstanden. 71 Prozent der Verantwortlichen dort finden die Themen Marketing und Vertrieb „wichtig“ oder „sehr wichtig“. Ganz anders die Situation in Kliniken öffentlicher oder freigemeinnütziger Träger: Dort sind nur 34 Prozent beziehungsweise 38 Prozent dieser Meinung. Große

Abweichungen gibt es auch in Abhängigkeit von der Klinikgröße. „Diese Zahlen sollten wachrütteln“, sagt Peter Windeck, Krankenhausexperte und Leiter des Bereichs Healthcare Consulting bei Rochus Mummert. „Ein positives Image aufzubauen oder sich besser zu vernetzen, dauert Monate und Jahre, insbesondere auch im heute so wichtigen Personalmarketing. Wer jetzt noch nicht damit begonnen hat, der hat zu viel Zeit verloren.“ Der Wettbewerb zwingt die Verantwortlichen nicht nur, die Profile der Kliniken zu schärfen, sondern diese auch bekannt zu machen. „Zielgruppen sind die Patienten, die gleichzeitig Kunden sind, die niedergelassenen Ärzte, die die Klinikwahl beeinflussen, aber auch zukünftige Mitarbeiter, um deren Gunst Krankenhäuser werben müssen“, so Peter Windeck.

www.rochusmummert.de



Urteil des Bundessozialgerichts Freistellungsbescheid für jeden neuen Arzt

Ärzte müssen künftig für jede neue Beschäftigung einen tätigkeitsbezogenen Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung stellen. Das ist das Ergebnis des Urteils des Bundessozialgerichts vom 31. Oktober 2012. Die Gründe des Urteils liegen noch nicht vor. Der Terminbericht signalisiert aber bereits weitreichende Folgen für die Praxis der Personalabteilungen. Der kommunale Arbeitgeberverband Baden-Württemberg (KAV) nimmt das Urteil zum Anlass, seinen Mitgliedern schon jetzt zu empfehlen, möglichst umgehend zu prüfen, ob sich die Befreiungsbescheide der Ärzte konkret auf die Tätigkeit in dem jeweiligen Haus beziehen. Sofern dies nicht der Fall ist, sollten die Mitgliedskrankenhäuser ihren Ärzten raten, sofort eine aktuelle Befreiung zu beantragen. Doch die möglichen Folgen des Urteils gehen noch weiter: Wenn ein Freistellungsbescheid für jeden angestellten Arzt erforderlich ist, dann könnte dies auch für potenziell scheinselfbstständige Honorarärzte gelten. Muss sich nun jedes Krankenhaus vor jedem Honorararzteinsatz einen Freistellungsbescheid vorlegen lassen und sei es auch nur für die Übernahme eines einzelnen Dienstes? Mehr Infos unter:

www.stegdoc.de.

Nachwuchs

Schüler machen Urlaub und Praktikum im Altenheim

Städtereisen und Schnupperpraktikum im Altenheim: Mit einem ungewöhnlichen Praktikumsangebot wollen die bundesweit mit 50 Einrichtungen vertretenen Alloheim Senioren-Residenzen junge Menschen für den Pflegeberuf gewinnen. „Die Idee von Erlebnispraktika soll neue Horizonte erschließen und bei der Berufswahl helfen“, so Geschäftsführer Thomas Kupczik. Das Praktikumskonzept bietet für Schüler attraktive Vorteile: Interessenten können in einer Einrichtung ihrer Wahl ein einwöchiges Praktikum machen, wobei Kost und Logis vollständig übernommen werden, und gleichzeitig können sie dabei neue Städte kennenlernen. Nach einem Innovationswettbewerb, den die bundesweit tätigen Alloheim Senioren-Residenzen ins Leben gerufen hatten,

wurde das Erlebnispraktikum als einer der ersten Vorschläge umgesetzt. Gleich mehrfach zeichnete sich bei den rund 6000 eingereichten Ideen der Wunsch junger Menschen ab, mehr über die Abläufe in einem Altenheim zu erfahren – dies besonders vor dem Hintergrund der späteren Berufswahl. Thomas Kupczik: „Besonders zukünftige Schulabgänger gaben an, dass sie im Grunde keinerlei Ahnung über die konkreten Abläufe, das Management und die unterschiedlichen Berufsbilder in einem Alten- oder Pflegeheim haben. Wegen ihrer Unkenntnis scheuen viele davor, diesen Bereich in ihre engere Berufswahl mit einzubeziehen. Uns ist klar geworden, dass wir diese Lücke schließen müssen.“

www.alloheim.de



Experimente können zielführend sein, Experten sind es.

Machen Sie keine Experimente, wenn es um die Rechtssicherheit Ihrer Innovationen geht. Reden Sie mit Experten, die Ihre Branche verstehen, Ihre Sprache sprechen und wissen, worum es wirklich geht. Phasengerechte, effiziente Beratung und eine maßgeschneiderte, praxismgerechte Lösung verstehen sich von selbst. Profitieren Sie dabei von der Kraft unserer Ideen: „**Imaginative Thinking**“ ist ein Versprechen an Mandanten, das den entscheidenden Unterschied macht – die Auszeichnung „JUVE-Kanzlei des Jahres für Medien und IT“ kommt nicht von ungefähr.

Mehr über uns, unsere Kompetenz und Branchenkenntnis erfahren Sie im Netz



auf osborneclarke.de oder persönlich von den Partnern Anke Freckmann oder Tim Reinhard. Finden Sie heraus, was für Sie

„**Imaginative Thinking**“ bedeuten kann – ohne unnötige Experimente.



Dr. Anke Freckmann
Partnerin, Rechtsanwältin

T +49 (0) 221 5108 4042

E specialists@osborneclarke.de

Dr. Tim Reinhard
Partner, Rechtsanwalt

T +49 (0) 89 5434 8034

Politik der kleinen Schritte

Schlauer Expertenrat führt bei Klinikpersonalern häufig nur zu Stirnrunzeln. Die Erwartungen: Sie sollen Betriebliches Gesundheitsmanagement, Employer Branding, Talent Management und so weiter aufsetzen. Doch permanent verschärft sich ihr Sparzwang. Wie also agieren? Professor Mühlbauer diskutierte beim diesjährigen Round Table mit Beratern und dem Vorstand einer Klinik über Auswege.



Am Grunddilemma hat sich kaum etwas geändert: Statt Personalwachstum wird der Mitarbeiterstamm reduziert; Fusionsprozesse führen zu Entlassungen, obwohl gleichzeitig aufgrund fehlender Ärzte und Pflegekräfte Abteilungen schließen müssen. Darüber hinaus stolpern die Häuser direkt auf die Folgen des demografischen Wandels zu. Eine schwierige Gemengelage! In dieser Situation empfehlen Berater „agiert strategisch“, anstatt situativ auf Fachkräftemangel oder hohe Krankenstände zu reagieren. Doch in der Realität werden Personalmanager in Kliniken „für das Umsetzen und nicht für langfristige Strategien bezahlt“, berichtet Dr. Nicolai Kranz, ehemaliger Personalchef der Uniklinik Köln und heute Geschäftsführer von Stegdoc. Die Crux: Dieses Vorgehen vergrößert die Personalprobleme. Ein Beispiel: Das Gesundheitswesen ist ein hochkrankes System mit einem überdurchschnittlich hohen Krankenstand. Das ändert sich auch nicht, wenn ad hoc Rückenschulen oder Raucherentwöhnungskurse angeboten werden – also Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) nur punktuell betrieben wird. Solange BGM nicht als Managementansatz verstanden und strategisch umgesetzt wird, so Birgit Klusmeier vom Kompetenzzentrum Medizintechnik & Gesundheitswesen der

TÜV Süd Akademie, fallen Einzelmaßnahmen bei Sparbedarf schnell wieder dem Rotstift zum Opfer, und es fehlt die Nachhaltigkeit. Gesundheitsfördernde Unternehmensstrukturen entstehen nicht, „wenn unkoordiniert Beratungsleistungen eingekauft und BGM-Beauftragte einfach nur benannt werden, ohne sie mit Wissen und Kompetenzen auszustatten“, so Klusmeier. Mit anderen Worten: Auf diesem Weg lassen sich zum Beispiel die Probleme, die mit einer älter werdenden Belegschaft verbunden sind, oder hohe Fehlzeiten nicht lösen.

Flexible Arbeitsmodelle

So müssen sich Krankenhäuser frühzeitig auf den steigenden Bedarf an alternsgerechten Arbeitsplätzen einstellen und sich sukzessive daran anpassen, um nicht später von der demografischen Welle überrollt zu werden und gewaltige Investitionen stemmen zu müssen. Dazu gehört, altersgerechte Konzepte zu entwickeln, die auf die Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter zugeschnitten sind, wünscht sich Birgit Klusmeier und nennt als Beispiele Mentoren-Modelle, Arbeitszeitreduzierung,

mehr Flexibilität oder auch ganz neue Arbeitsprozesse. Doch schaut man sich in Kliniken nach Arbeitsmodellen für ältere Mitarbeiter um, findet man kaum positive Vorbilder. Anders als in skandinavischen Ländern, in denen ältere Mitarbeiter bereits zwischen mehreren Varianten von Arbeitsmodellen wählen können, wie Aufgabenfelder, die körperlich weniger anspruchsvoll sind oder der Befreiung von Nachschichten. „Wichtig ist es, ältere Mitarbeiter nicht nur als Belastung verbunden mit steigenden Ausfallzeiten und sinkender Flexibilität zu sehen. Vielmehr sollten Erfahrung und Loyalität dieser Mitarbeitergruppe geschätzt und effektiv genutzt werden“, erklärt Dr. Anke Freckmann. Die Fachanwältin für Arbeitsrecht bei Osborne Clarke schlägt vor, im ersten Schritt die Personalstruktur zu analysieren und insbesondere auch die „stillen



Prof. Bernd H. Mühlbauer, der an der Westfälischen Hochschule Management im Gesundheitswesen lehrt und Mitglied in Aufsichts- und Verwaltungsräten konfessioneller Krankenhäuser sowie wissenschaftlicher Gutachter ist, moderierte die Expertenrunde.

Reserven“. Sodann genau zu prüfen, welche Personalanforderungen und welcher Personalbedarf tatsächlich vorhanden sind. Dann sollten im zweiten Schritt die vorhandenen Gestaltungsspielräume ausgeschöpft und Arbeitszeitmodelle bewusst gestaltet werden. Natürlich setze das Arbeitszeitgesetz enge Vorgaben mit Blick auf Länge und Lage (Schichtarbeit) der täglichen Arbeitszeit und Pausengestaltung. „Doch durch Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen gibt es die Möglichkeit, längere Zeiträume für Freizeitausgleich anzubieten“, so Freckmann. Der 24/7-Dauerbetrieb einer Klinik und die persönlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter beispielsweise aufgrund der Pflege von Angehörigen, der Betreuung kleiner Kinder oder einfach der Work-Life-Balance stehen zwar auf den ersten Blick „im Spannungsfeld und sind eine Herausforderung für jeden Personaler“. Doch sie ließen sich in Einklang bringen und Kliniken könnten zugleich Mitarbeiterreserven erschließen, wenn neben der herkömmlichen Teilzeit auch alternative Modelle wie gleitende Arbeitszeit, Arbeitsplatzteilung oder das Ansammeln von Arbeitszeit auf einem Zeitwertkonto genutzt werden. „Alle Mitarbeiter, insbesondere aber die älteren, könnten von dem Mehr an Zeit für die Regeneration profitieren und andere individuelle Bedürfnisse wie Sabbaticals und längere Fortbildungen umsetzen.“

Unflexibel: Mitarbeiter und Verwaltungen

Doch es sind nicht immer nur die Verwaltungen, die neue Arbeitszeitmodelle blockieren, weil sie den größeren Planungsaufwand scheuen. Auch Mitarbeitern fehle oft das Verständnis und die Flexibilität für neue Modelle, berichtet der Vorstand der Sportklinik Hellersen, Michael Koke, und nennt ein Beispiel. So falle es Ärzten schwer, sich darauf einzustellen, auch nachmittags zu operieren. Dabei müsse es möglich sein, OP-Säle flexibel auszulasten, und nicht genutzte OP-Slots sollten zum Abbau von Wartelisten genutzt werden. Unter diesen Bedingun-



„Wenn die Ziele nur ‚schneller, höher, weiter‘ lauten, bleibt die bessere Bewältigung der Aufgaben des Personalmanagements oft aus.“

Dr. Christiane Dithmar, Partner, Management Partner GmbH



„Modelle wie Teil- und Gleitzeit, Arbeitsplatzteilung und ein Zeitwertkonto können Mitarbeitern mehr Möglichkeiten für die Regeneration geben.“

Dr. Anke Freckmann, Partner und Rechtsanwältin für Arbeitsrecht, Osborne Clarke

gen „können wir den Mitarbeitern auch ein Arbeitszeitmodell anbieten, in dem Stunden aufgebaut werden, die dann in Zeiten mit weniger Patienten in Freizeit ausgeglichen werden können“. Koke wünscht sich, dass Arbeitszeiten an den Bedarf angepasst werden und Mitarbeiter eingefahrene Strukturen überdenken. Wichtig sei es, bei der Planung „die Mitarbeiter mit an den Tisch zu holen, dies führt zu einer höheren Akzeptanz.“

Wie starr aber ebenso Verwaltungen beim Thema Arbeitszeit agieren, belegt ein anderes Beispiel. Rund 1200 Ärzte bewerben sich jährlich bei der Ärztevermittlung Stegdoc, weil viele ihren Wunsch nach Teilzeit oder Arbeit im Blockmodell bei ihrem früheren Arbeitgeber nicht verwirklichen konnten. Lieber wäre Geschäftsleiter Kranz „die Erkenntnis von Krankenhäusern, dass es für Kliniken betriebswirtschaftlich sinnvoll ist, einen bestimmten Anteil auch ihres ärztlichen Personals flexibel vorzuhalten und dies als Erfolgsmerkmal zu nutzen“, wie dies

in anderen Branchen üblich ist. Aktuell profitiert sein Unternehmen von der fehlenden Flexibilität der Krankenhäuser.

Gesunde Organisation und Mitarbeiter

Gerade in den größeren Kliniken sei Betriebliches Gesundheitsmanagement als wichtiges Thema erkannt worden, berichtet Dr. Karl Liese, Co-Leiter des McKinsey Hospital Instituts.

Allerdings sei eine strategische Herangehensweise an das Thema, also eine feste Verankerung im Leitbild des Unternehmens, auch in diesen größeren Kliniken selten erkennbar. Dabei kann BGM Fehlzeiten und Personalfuktuation reduzieren und den Motivationsverlust ganzer Abteilungen verhindern. „Eine gesundheitsfördernde Unternehmensorganisation bedarf eines Kulturwandels“, mahnt Birgit Klusmeier von der TÜV Süd Akademie. Betriebliches Gesundheitsmanagement müsse als ganzheitliches Managementsystem verstanden werden, das



„Die wichtigste Aufgabe des Personalmanagements ist es, das vorhandene Personal zu binden.“

Christian Hagedorn, Inhaber/Geschäftsführer, Westpress Werbeagentur GmbH



„Investitionen in Employer Branding zahlen sich langfristig aus, weil Fachkräfte gebunden und neue Mitarbeiter leichter gewonnen werden.“

Thomas Hense, verantwortlich für den Bereich Health Care, StepStone Deutschland GmbH

langfristig etabliert wird, aber kurzfristig schon Wirkung zeigen muss. Innovationsorientierte Häuser hätten längst einen umfassenderen Handlungsbedarf erkannt und ließen Mitarbeiter zu BGM- und Präventionsmanagern ausbilden, um das neue Wissen im eigenen Unternehmen anzuwenden. Sie betont aber auch, dass BGM nicht ohne zusätzliche Ressourcen, ob finanzieller oder personeller Art, funktionieren kann. „Stress können wir nicht über Gesetze regulieren und psychosoziale Gesundheit lässt sich nicht verordnen.“

Doch die Realität in der Klinik – begrenzte budgetäre Mittel und begrenzte personelle Ressourcen – führt oft dazu, dass die Strategie zu kurz kommt. „Die Häuser müssen schauen, wo aktuell der größte Handlungsbedarf besteht und dort ansetzen, beispielsweise beim betrieblichen Eingliederungsmanagement“, setzt Nicolai Kranz dagegen. So habe die Universitätsklinik Köln das Eingliederungsmanagement als personell singulär besetzte Maßnahme betrieben und hervorragenden

de Erfolge erzielt. Die Zahl der Langzeiterkrankten konnte auf diese Weise um mehr als die Hälfte reduziert werden. „Auch wenn für dieses Vorgehen keine BGM-Strategie aufgesetzt wurde, so hilft es doch dem einzelnen Haus sehr.“ Idealerweise sollte seiner Meinung nach ein Betriebliches Gesundheitsmanagement durch eine Person besetzt werden, die sich primär oder ausschließlich hierum kümmert, und in Nähe der Geschäftsführung platziert sein, damit BGM als Chef-sache wirklich durchsetzbar ist.

Arbeitsrechtsexpertin Anke Freckmann, Osborne Clarke, verweist aber aus Erfahrung in Kliniken auf einen hinderlichen Umstand. „Was nützt ein strategisches BGM oder ein betriebliches Eingliederungsmanagement, wenn der Mitarbeiter auf der anderen Seite unter einer so starken Arbeitsverdichtung leidet, dass er immer wieder krank wird?“ Die Praxis zeige, dass die besonders einsatzbereiten, erfahrenen und qualifizierten Mitarbeiter erster Ansprechpartner für

zusätzliche Schichten, Vertretung kranker Kollegen et cetera sind. Dies führe nicht nur zu Frustration dieser Leistungsträger, die zu Recht das Gefühl haben, für andere mitzuarbeiten, sondern könne sie auch krank machen. Hier sei die Klinik gefragt, für eine gerechte Verteilung der Belastungen zu sorgen, beispielsweise über flexiblen Personaleinsatz.

Arbeitsverdichtung entzerren

Unter der immensen Arbeitsverdichtung leidet nicht nur das ärztliche und pflegerische Personal, sondern auch die Personalabteilung. Ob BGM, Employer Branding oder Personalentwicklung – um Strategien auf- und umzusetzen, fehlen dort Personal und Zeit. Dabei ließen sich diese Ressourcen optimieren, denn 60 bis 70 Prozent der Arbeit der Personalabteilung besteht aus verwaltenden Tätigkeiten. So bleibe für operative und strategische Personalarbeit kaum Raum, meint Stefan Kozole, TDS HR Services & Solutions. Gleichzeitig erlebe er seit Jahren, dass „die Häuser auf jeden Trend aufspringen, wie zum Beispiel BGM und Employer Branding, diese aber nicht konsequent umsetzen können, weil ihnen die Ressourcen fehlen.“ Nach seiner Ansicht müsse die oberste Priorität des HR Managements lauten: „Prozesse aufzustellen, die langfristig HR-Ressourcen freisetzen.“ Mit Prozessoptimierungen in Bereichen wie Payroll, Reisekosten und Personalakten könnte die Quote administrativer Tätigkeiten auf 40 Prozent gesenkt werden, womit sich der Spielraum für wertschöpfende Personalarbeit erheblich vergrößern ließe.

Der Arbeitsverdichtung fallen auch Maßnahmen der Personalentwicklung zum Opfer. Wurden vor wenigen Jahren für Führungskräfte-seminare rund 40 Stunden angesetzt, liegt jetzt die Erwartung der Auftraggeber darin, die Inhalte mal eben in 1,5 Tagen an die Mitarbeiter zu vermitteln, berichtet Dr. Christiane Dithmar, Management Partner. Doch die Kürzung von unterstützenden Maßnahmen des Managements steht im direkten



„**Betriebliches Gesundheitsmanagement muss als ganzheitliches Managementsystem verstanden und langfristig etabliert werden.**

Birgit Klusmeier, Leiterin Kompetenzzentrum Medizintechnik & Gesundheitswesen, TÜV Süd Akademie GmbH



„**Das Personalmanagement im Krankenhaus muss sich als Dienstleister für die Mitarbeiter verstehen.**

Michael Koke, Vorstand, Sportklinik Hellersen, Lüdenscheid

Widerspruch zu den Herausforderungen, die das Management bewältigen muss. „Wenn die vorgegebenen Ziele an Berater und Mitarbeiter nur lauten, ‚schneller, höher, weiter‘, bleiben die Effekte, nämlich die bessere Bewältigung der Aufgaben des Personalmanagements, oft aus.“

Attraktiver Arbeitgeber sein

Ein Blick auf den Arbeitsmarkt zeigt: Derzeit beliebtestes Recruiting-Instrument ist die Abwerbung qualifizierter Mitarbeiter aus anderen Häusern. Deshalb lautet die wichtigste Aufgabe des Personalmanagements, das vorhandene Personal zu binden, meint Christian Hagedorn, Inhaber der Agentur Westpress. Kliniken, die im Gesundheitswesen bestehen wollten, kämen nicht daran vorbei, eine neue Führungskultur und Werte zu etablieren, ihre Arbeitgebermarke auszubauen und strategisch zu begleiten, also ein Employer Branding zu leben.

Fakt ist, dass Employer Branding in den Kliniken zwar einen zunehmend wichti-

geren Stellenwert einnimmt, aber allzu oft nur als Kooperation mit der PR-/Presseabteilung verstanden wird. Das berichtet Dr. Karl Liese, Co-Leiter McKinsey Hospital Institut und wünscht sich stattdessen, dass konkrete, mehr an den Mitarbeitern orientierte Maßnahmen des Personalmanagements, wie beispielsweise familienfreundliche Arbeitszeiten, Personalentwicklung, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und vieles mehr, aufgesetzt werden. Liese: „Wie man auf diesem Wege tatsächlich neue Arbeitnehmer an sich zieht und die Arbeitskultur verbessert, ist für die meisten Kliniken noch Neuland.“

Viele gehen davon aus, dass „die Arbeitgebermarke, also die Employer Brand, ein Produkt ist, das man kaufen kann“, so Thomas Hense, bei der Jobbörse StepStone verantwortlich für den Bereich Health Care. Dabei vergessen sie den Weg, der zu einer Arbeitgebermarke führt. Erst wenn sie intern als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen werden, kann das

Personalmarketing dies im Rahmen einer Employer-Branding-Kommunikation authentisch und überzeugend nach außen tragen, um potenzielle Bewerber anzusprechen. Natürlich erforderten einzelne Maßnahmen auch Investitionen, „aber diese zahlen sich langfristig aus, weil Fachkräfte gebunden und leichter neue gewonnen werden“, so Hense.

Dass zuerst intern die Arbeitgebermarke entwickelt werden muss und erst im nächsten Schritt extern kommuniziert werden kann, bestätigt auch Westpress-Chef Hagedorn. Dabei erkennt er aber an, dass Krankenhäuser ohne Zweifel eine schwierige Position auf dem Markt haben und in den letzten Jahren viel bewegen mussten. Deshalb verstehe er, dass sich bei einigen „erst einmal die Stirn in Falten legt, wenn man mit Employer Branding um die Ecke kommt.“ Doch um neue Mitarbeiter zu gewinnen, seien die Mitarbeiterbindung und eine Unternehmenskultur, in der sich das Personal wohl fühle, ein Schlüsselkriterium auf dem Weg zu einem attraktiven Arbeitgeber.

Doch kann einem Haus im Alleingang das Aufsetzen aller Maßnahmen gelingen, die es zu einem attraktiven Arbeitgeber machen? Häufig nicht, denn der Arbeitsalltag von Personalchefs ist dadurch gekennzeichnet, dass er von Projekt zu Projekt getrieben wird, und irgendwas immer auf der Strecke bleibt. Doch es gibt einen Ausweg, sagt Nicolai Kranz von Stegdoc: Ob BGM, Employer Branding oder Recruiting, „Krankenhäuser müssen in Verbünden arbeiten und ihre Ressourcen zusammenschließen; so können sie diese HR-Themen strategisch angehen, sich gegenseitig unterstützen und darüber hinaus eine Markenbildung im Verbund betreiben.“

Führungskultur (kostenfrei) ändern

„Eine gute Unternehmenskultur und gelungene Mitarbeiterbindung lässt sich auch leben, ohne dass BGM, Talent Management oder Employer Branding implementiert werden müssen“, wendet Michael Koke, Vorstand der Sportklinik

Hellersen, als Mann aus der Praxis ein. „Nah am Mitarbeiter dran sein, ihn kennen und sich kümmern“, sind für den Manager, der selber regelmäßig im Haus „unterwegs“ ist, zentrale Maßnahmen. „Management by going around“ nannte sich vor etlichen Jahren dieses Instrument der Unternehmensführung, das aus der Mode gekommen ist. Zu Unrecht, findet Koke, der persönliche Kontakt müsse selbstverständlich sein. „Wir alle müssen uns um unsere Mitarbeiter anders kümmern und Führungsverhalten so gestalten, dass sie gerne bei uns arbeiten, das ist unsere Hausaufgabe.“ Alle weiteren Elemente müssten diese Kultur ergänzen. Da die Finanzierung, von denen Maßnahmen der Personalentwicklung, des Recruiting und des Personalmarketing abhängen, absehbar nicht besser würde, „kann ich Strategien austüfteln, so viel ich will, habe aber kaum Chancen, diese durchzusetzen.“

Aber reicht eine wertschätzende Unternehmenskultur, um die Probleme des Personalmanagements zu lösen? Nein, meint Karl Liese von McKinsey. Die wertschätzende Unternehmenskultur sei nur ein wichtiger Schritt, müsse aber durch verschiedene Maßnahmen unterstützt werden. „Am Ende ist die Unternehmenskultur – sei sie wertschätzend, kooperativ, motivierend oder innovationsfördernd – immer eine Kombination aus Personalmaßnahmen und Führungsstil.“

Für eine wertschätzende Führung plädiert auch Birgit Klusmeier von der TÜV Süd Akademie, aber sie alleine oder eine gute Arbeitgebermarke führen nicht zu einem gesunden Unternehmen, lösen noch nicht die Probleme des demografischen Wandels, den Krankheitsstand oder die hohe Fluktuation. „BGM ist kein Zufall, sondern eine Kultur, die gemanagt werden muss.“ Hier mangle es teils an der Wahrnehmung und teils an der strukturierten Vorgehensweise. Die Unternehmen müssten das nötige Wissen im eigenen Haus aufbauen, ihre Prozesse auf die betriebliche Gesundheit ausrichten und bei Bedarf externe Spezialisten oder



Personalabteilungen könnten Ressourcen gewinnen, wenn sie den Anteil der verwaltenden Tätigkeiten durch Outsourcing vermindern.

Stefan Kozole, Leiter Business Unit Personal, TDS HR Services & Solutions/Aurelis

(Das Unternehmen wird umbenannt, zum Reaktionsschluss war der neue Name noch nicht bekannt.)



Krankenhäuser sollten in Verbünden arbeiten. So können sie HR-Themen strategisch angehen und sich gegenseitig unterstützen.

Dr. Nicolai Kranz, Geschäftsleiter, STEGDOC GmbH

Berater mit ins eigene System einbinden. Ein zentrales Hindernis bei der Bewältigung anstehender Aufgaben liege auch in der Mentalität der Klinik-Beschäftigten, schildert Dr. Christiane Dithmar, Management Partner: „Mitarbeitende in Kliniken denken oft versorgungsorientiert. Gerade deshalb muss in Krankenhäusern systematisch an einer dynamischen und vor allem lösungsorientierten Kultur gearbeitet werden.“ Dies könne zum Beispiel dadurch eingeleitet werden, dass Führungskräfte lernen, wie man – statt der üblichen Problemdiskussionen – eine Haltung der Lösungsorientierung im Alltag aufbaut. Notwendig sei in vielen Kliniken auch ein neues Führungsverständnis, das Führung nicht mehr vertikal, also von oben nach unten ausübe, so Christiane Dithmar. Dies werde sich ändern müssen. „Führung wird immer mehr zum Qualitätsmerkmal von Systemen und nicht mehr von einzelnen Personen. In Zukunft brauchen Organisationen vor allem funktionsfähige Führungsteams.“ Deshalb

arbeiten erfolgreiche Krankenhäuser daran, dass ihre Leitungspersonen – auch bereichsübergreifend – als Führungsteams miteinander reden und handeln können.

„Bewirb Dich“

Nachholbedarf haben die Arbeitgeber im Gesundheitswesen auch bei ihren Recruiting-Methoden. Noch immer agieren viele Häuser in Stellenanzeigen nach dem herkömmlichen Schema: „Hier ist die Jobbeschreibung, nun bewirb Dich.“ Zwar ist allen bekannt, dass die Jobdescription nur noch selten zum Erfolg führt. Doch auch wenn HR Management oder Personalmarketing kreativere Gestaltungsformen bevorzugen und kommunizieren wollen, was der Arbeitgeber bietet, wird am Ende des Tages von den Entscheidern oft auf Herkömmliches zurückgegriffen, weiß Thomas Hense von StepStone aus Erfahrung zu berichten. Die Nutzung von Social Media-Kanälen oder die Kommunikation der Arbeitgebermarke gehöre noch



„Unternehmenskultur ist immer eine Kombination aus Führungsstil und Personalmanagementmaßnahmen.

Dr. Karl Liese, Co-Leiter und Partner,
McKinsey Hospital Institut

lange nicht zum Standardrepertoire. Zwar sei Social Media letztlich kein Heilsbringer, sondern nur ein ergänzendes Mittel, dafür gewinnen jedoch Stellenanzeigen im Internet immer mehr an Bedeutung. Wichtig sind den potenziellen Kandidaten die jederzeitige Verfügbarkeit eines Jobangebots, die Möglichkeit, schnell in Kontakt zu treten, und ausreichend Informationen über das Haus zu erhalten. StepStone, das die Stellenanzeigen für den Health Care-Sektor auch über eine App für Medizin-Jobs zugänglich macht, hat herausgefunden, dass bereits 17 Prozent der Ärzte und 11 Prozent der Pflegekräfte auf ihrem Smartphone nach Stellenanzeigen suchen – Tendenz steigend. Arbeitgeber sollten ihre Stellen- und Unternehmensinformationen daher auch mobil verfügbar machen.

Keine Effekte durch HR Outsourcing?

Es gibt zwei zentrale Gründe, warum Krankenhäuser die Auslagerung der administrativen Anteile der Personalarbeit scheuen. Historisch sind die Personalabteilungen von Krankenhäusern eher administrativ angelegt. Die Übernahme von strategischen Aufgaben werde zwar häufig gewünscht, jedoch nur selten durchgeführt, sagt McKinsey-Berater Karl Liese. „Die Abteilungsmitarbeiter fühlen sich häufig in den bekannten, administrativen Aufgaben sehr wohl. Diese Haltung zu verändern ist herausfordernd, aber auch notwendig, um die HR-Ressourcen auf nachhaltige, strategische Bereiche zu fokussieren.“

Zum anderen stehe einem Haus durch Outsourcing nicht mehr Geld zur Verfügung, so Sportklinik Hellersen-Vorstand Michael Koke. „Strategisch ist es absolut sinnvoll, aber die Einsparungen durch Outsourcing werden häufig zum Personalabbau und der tatsächlichen Einsparung von Kosten genutzt und nicht, um die Personalabteilung für das strategische Management, den Aufbau von Betrieblichem Gesundheitsmanagement oder ähnlichem zu stärken.“

Diese Realität ist frustrierend, und die Krankenhaus-Träger müssen weiter denken. So kann durchaus ein Personalreferent, der bisher die Payroll betreut, sich beispielsweise in Recruiting-Prozesse oder Employer Branding einarbeiten. Stefan Kozole, TDS HR Service & Solution, wünscht sich, dass die Krankenhäuser den geschaffenen Freiraum, der durch die Auslagerung administrativer Aufgaben entstehe, für weiterreichende operative Personalarbeit nutzen. „Dies hat letztlich eine positive Auswirkung auf die Attraktivität des Hauses.“ Die Kosten für fluktuationsbedingte Nachbesetzungen oder sogar Fehlbesetzungen durch mangelnde operative Personalbetreuung seien um ein Vielfaches höher.

An den Rahmenbedingungen orientiert

Eine Unternehmenskultur ändert sich nicht von heute auf morgen. Jedoch erfordern Employer Branding und ein Betriebliches Gesundheitsmanagement eine neue Unternehmenskultur. Die Schlüsselfrage

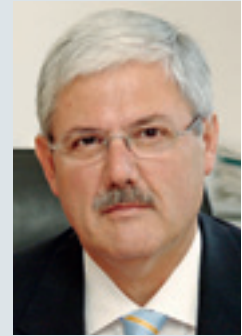
lautet: Haben die Arbeitgeber im Gesundheitswesen die Zeit, Leitbilder zu entwickeln und die Führungskultur neu aufzusetzen? Müssen sie sich nicht ausschließlich auf betriebswirtschaftlich definierte Ziele konzentrieren? Das eine gehe nicht ohne das andere, verlange aber nicht zwingend einen strategischen Überbau, meint Michael Koke von der Sportklinik Hellersen und rät beispielweise zu folgendem Weg in der Praxis: „Eine Teilhabe der Mitarbeiter, die über Unternehmensziele und die Gründe für Veränderungen informiert werden wollen, ist keine Frage der Zeit, sondern der Kommunikation.“ Betriebsversammlungen, Chefarzt-runden, Stationsleitungssitzungen und anderes könnten von der Geschäftsführung und den Personalchefs genutzt werden, um die Beschäftigten mit auf den Weg zu nehmen und ihre Identifikation mit dem Haus zu stärken.

Strategie ja oder nein? In der Realität zeigt sich, dass die Forderungen der Berater nach mehr Strategie zwar ihre Berechtigung haben, sich aber nicht immer an den schwierigen Rahmenbedingungen der Kliniken orientieren. Viele Klinikpersonaler gehen deshalb den Weg der kleinen Schritte, beispielsweise mit Betrieblichem Eingliederungsmanagement oder einer wertschätzenden Führungskultur durch persönliches Vorleben. Sie wissen, dass sie ein professionelles Personalmanagement betreiben und attraktive Arbeitsplätze bieten müssen, um qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen, die letztlich die Qualität der Versorgung und damit das Überleben des Hauses sichern. Wenn sie an langfristigen Strategien gehindert werden, so ist für ihre Häuser die Politik der kleinen Schritte – also punktuelle Maßnahmen des Personalmanagements – dennoch sehr effektiv. Solange sie das Ziel einer längerfristig angelegten HR-Strategie nicht aus den Augen verlieren.

Christiane Siemann, freie Journalistin, Bad Tölz

„Eine faire Finanzierung ist auch eine Frage der Wertschätzung“

Mit der 2013 angelaufenen Kampagne „Wir alle sind das Krankenhaus“ macht die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf einen Notstand aufmerksam: Rund 60 Prozent der Kosten im Krankenhaus sind Personalkosten. Sie stiegen von 2006 bis 2012 um knapp 16 Prozent. Dieser tarifbedingte Anstieg liegt höher als der gesetzlich festgelegte Preiszuwachs von 8,7 Prozent. Jedes dritte Krankenhaus schreibt bereits rote Zahlen. Der Grund: die unzureichenden Vergütungsregelungen und die gesetzlich verfügten Kürzungen. Hinzu kommen die den Kliniken bereits abverlangten Kürzungen in Höhe von einer Milliarde Euro sowie bis Ende nächsten Jahres noch zusätzlich Kürzungen von 750 Millionen Euro. Wie kann unter diesen Bedingungen ein modernes Personalmanagement für 1,1 Millionen Mitarbeiter und rund 96 000 Auszubildende, davon 77 000 in der Gesundheits- und Krankenpflege, aufgebaut und gelebt werden? Die Personalwirtschaft befragte hierzu den Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft Alfred Dänzer.



Alfred Dänzer, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Personalwirtschaft: Der Kostendruck der Krankenhäuser steigt permanent. Gleichzeitig sollen sie sich zu attraktiven Arbeitgebern entwickeln, in familienfreundliche Arbeitszeitmodelle investieren, ihr Personal entwickeln, die Entlohnung und Arbeitsbedingungen so gestalten, dass sie beim Wettbewerb um Fach- und Führungskräfte mithalten können und vieles mehr. Macht Sie das manchmal ärgerlich?

Alfred Dänzer: Ja, sehr. Die Situation der Krankenhäuser ist schwierig. Auf der einen Seite sind sie einem enormen Wirtschaftlichkeitsdruck ausgesetzt und erhalten keine Refinanzierung für Kostensteigerungen beispielsweise für höhere Löhne und Gehälter. Auf der anderen Seite gibt es den Anspruch und die Notwendigkeit, attraktive Arbeitsplätze zu bieten. Es ist ein bis heute nicht aufgelöster Widerspruch. Die politisch Verantwortlichen müssen sich entscheiden. Beides geht nicht!

Ich kann nicht attraktive und familienfreundliche Arbeitsplätze für Ärzte und Pflegekräfte einfordern, gleichzeitig aber durch Kürzungen und eine unzureichende Finanzierung von Kostensteigerungen eine Rationalisierungswelle durch die Kranken-

häuser schicken. Das Finanzierungssystem zwingt Kliniken durch Kürzungen und Preisbegrenzungen bei steigenden Kosten in einen harten Wettbewerb. Arbeitnehmer in Krankenhäusern haben dies durch zunehmende Arbeitsverdichtung zu spüren bekommen. Dieser Effekt – das muss man ganz klar sagen – war politisch gewollt. Das deutsche Krankenhaussystem sollte wirtschaftlicher arbeiten und sogenannte Effizienzreserven heben. Aus Sicht der deutschen Krankenhäuser ist dieser Prozess abgeschlossen. Wir fordern eine faire Finanzierung von Kostensteigerungen. Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus müssen an der allgemeinen Lohnentwicklung teilhaben können. Hier geht es auch um Anerkennung und Wertschätzung! Gleichzeitig ist es eine Grundvoraussetzung, um junge Menschen für diese Berufe zu begeistern.

Doch aktuell spitzt sich die Situation auf die Frage zu, welches Haus als letztes pleite geht. Und nicht darauf, wer die beste Führungskultur oder das beste Personalmanagement hat. Wie kann unter diesen Umständen die Einführung eines modernen Personalmanagements gelingen?

So darf die Frage gar nicht erst gestellt werden. Alle Krankenhäuser haben sich gestreckt und sehr bemüht, ein modernes Personalmanagement insbesondere auch im Bereich Nachwuchskräfte aufzubauen. Was sich in den letzten Jahren gerade für junge Familien getan hat, zeigt unter anderem die Broschüre „Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus“, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf ihrer Website zum Download anbietet. Aber klar ist doch, dass ein weiterer Entwicklungsschub nur erfolgen kann, wenn die Kliniken von erdrückenden Lasten befreit werden.

Andererseits gibt es auch Häuser, die lieber bei der reinen Verwaltung des Personals stehen bleiben. Sie scheuen Veränderungen, die ein professionelles Personalmanagement nach sich ziehen. Ist das auch Ihre Erfahrung?

Krankenhäuser stoßen durch die gegebenen Rahmenbedingungen einer unzureichenden Finanzierung schnell an ihre Grenzen. Gleichzeitig ist jedes Krankenhaus motiviert, im Rahmen der Möglichkeiten ein professionelles Personalmanagement zu betreiben. Im Krankenhaus ist der Begriff Fachkräftemangel sehr real. Ein Beispiel:

Das Infektionsschutzgesetz gibt den Krankenhäusern vor, wie viele hauptamtliche Krankenhaushygieniker mit spezieller Ausbildung, wie viele hygienebeauftragte Ärzte und Hygienefachkräfte jeweils in einem Krankenhaus angestellt sein müssen. Bei über 2000 Krankenhäusern in Deutschland ist klar, welche Nachfrage besteht. Das Problem ist, dass dieses Personal auf dem Arbeitsmarkt in ausreichender Zahl überhaupt nicht zu bekommen ist. Der Bedarf an speziell ausgebildeten Ärzten und Fachkräften kann selbst bei einer sofortigen Ausweitung der Studienkapazitäten und der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten allenfalls langfristig gedeckt werden. Um die wenigen verfügbaren Fachleute herrscht ein harter Wettbewerb. Insgesamt muss man anerkennen, dass der zunehmende Fachkräftemangel Krankenhäuser – ob sie wollen oder nicht – in ein professionelles Personalmanagement zwingt.

„Ich kann nicht attraktive und familienfreundliche Arbeitsplätze für Ärzte und Pflegekräfte einfordern, gleichzeitig aber durch Kürzungen und eine unzureichende Finanzierung von Kostensteigerungen eine Rationalisierungswelle durch die Krankenhäuser schicken.“

Was kann die Politik tun, damit die Priorität „Personal“ im Krankenhaus umgesetzt werden kann?

Wir fordern den Gesetzgeber auf, eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser sicherzustellen. Zunächst sind die von der Koalition angekündigten finanziellen Entlastungen der Kliniken, die abgezogenes Geld wieder zurückfließen lassen, mehr als notwendig. Aber wir müssen darüber hinaus fordern, dass ein für die medizinische Versorgung der Bevölkerung bedarfsnotwendiges Krankenhaus eine auskömmliche Finanzierung von not-

wendigen Kostensteigerungen erhält. Notwendige Kostensteigerungen sind zum Beispiel Tariflohnsteigerungen aber auch Erhöhungen von Strompreisen oder Haftpflichtversicherungen. Die Finanzierung der Krankenhäuser muss sich zukünftig an den tatsächlichen Kosten orientieren und Kostensteigerungen berücksichtigen. Zusätzlich müssen unsachgemäße Effekte in der Finanzierung wie die doppelte Degression, das heißt die doppelte Vergütungskürzung abgeschafft werden.

Das Interview führte Christiane Siemann.

DIE BESTEN MITARBEITER SIND DIE, DIE SIE SCHON HABEN VORAUSGESETZT, VERBORGENES KOMMT ZUM VORSCHIEIN.



Motivierte Mitarbeiter.
Kompetente Führung.
Attraktive Arbeitsplätze.

Es gibt jede Menge verborgener Qualitäten, Potenziale und Energien. Wir helfen Ihnen, diese zu entdecken und freizusetzen!



Patient gesund – Mitarbeiter krank

Im Dezember des Jahres 2012 rief eine Meldung des Statistischen Bundesamtes über die krankheitsbedingten Fehltage in Deutschland Verwunderung hervor. Es wurden dort Zahlen bekannt gegeben, die belegen, dass Beschäftigte in den öffentlichen Verwaltungen mehr als doppelt so oft krank sind wie Mitarbeiter in der privaten Wirtschaft. Dies betrifft auch die Krankenhäuser. Eine Herausforderung für das Personalmanagement.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes für die öffentlich Beschäftigten lauten: Ein Arbeitnehmer fehlt im Durchschnitt 19,3 Tage krankheitsbedingt am Arbeitsplatz. In der privaten Wirtschaft schwanken die Zahlen zwar erheblich, doch liegen sie im Mittel nur bei sieben bis acht Tagen. In den Krankenhäusern beträgt die Arbeitsunfähigkeit ebenfalls etwa 16 Tage je Mitarbeiter. Setzt man diese Arbeitsunfähigkeitstage ins Verhältnis zu den Aufenthaltstagen der Patienten, so ergeben sich für 100 Patiententage zwölf Arbeitsunfähigkeitstage von Mitarbeitern. Werden in deutschen Krankenhäusern die Patienten gesund, während die Mitarbeiter krank werden? Nun könnte man die Krankenstände – und das wird auch häufig getan – achselzuckend hinnehmen. Schließlich sind Krankenstände nicht vermeidbar, sodass

man als Unternehmen schon dann zufrieden sein könnte, wenn die eigenen Werte im Durchschnitt der vergleichbaren Betriebe liegen. Diese Haltung ist auch in vielen Krankenhäusern anzutreffen, in denen erstaunliche Schwankungen bei den krankheitsbedingten Fehltagen feststellbar sind. Hier zeigt sich das Potenzial, Krankenstände positiv beeinflussen zu können.

Erklärend ist vorab darauf hinzuweisen, dass sich die Statistiken über die Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Krankheitsstage methodisch oft unterscheiden. So werden häufig von den Krankenkassen die Krankenstände auf die Kalendertage bezogen. Dies ergibt naturgemäß niedrigere Werte, als wenn man aus der Sicht eines Arbeitgebers die Krankheitstage mit Lohnfortzahlung auf die Arbeitstage bezieht. Wir verwenden den letzteren Ansatz,

indem wir aus der Sicht eines Krankenhauses beziehungsweise Arbeitgebers die Arbeitsunfähigkeitstage mit Lohnfortzahlung auf die tariflichen Arbeitstage beziehen. Die Tendenz in den Aussagen ist selbstverständlich in allen Statistiken recht ähnlich, lediglich das Niveau unterscheidet sich aus den vorgenannten Gründen.

Empirischer Befund: Wer ist wie lange arbeitsunfähig?

Wenn man die Krankheitsstatistiken von Krankenhäusern näher betrachtet, so stellt man eine erstaunliche Übereinstimmung bei bestimmten Erkrankungsmustern fest. So ist die Gruppe der Ärzte mit Abstand am wenigsten krank. Auf der anderen Seite ist regelmäßig der höchste Krankenstand bei den Wirtschafts- und Versorgungsdiensten festzustellen. Immer-

hin macht das in konkreten Zahlen einen Unterschied von rund 18 Arbeitstagen pro Jahr aus: Während Ärzte rund 6,5 Tage im Jahr krankheitsbedingt fehlen, liegt diese Zahl für die Wirtschafts- und Versorgungsdienste bei 24 Tagen (siehe Abbildung 1).

Unterschiede nach Dienstarten

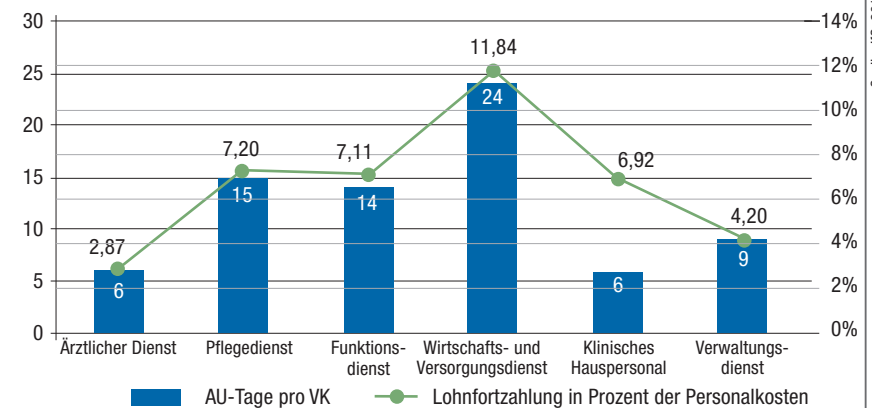
Betrachten wir die Zahlen der Abbildung 1 näher, so wird deutlich, dass die Arbeitsunfähigkeitstage pro Vollkraft zwischen den Dienstarten stark variieren. Bei den klinischen Diensten, das sind Küche, Reinigungsdienste und ähnliche Dienste, unterscheiden sich die Werte wiederum insofern erheblich, als bei Kliniken, die diese Dienste an externe Dienstleister abgegeben haben, die Arbeitsunfähigkeit deutlich niedriger liegt als bei Häusern, die die klinischen Dienste in Eigenregie durchführen. Man kann hierin auch eine Ursache für das verstärkte Outsourcen der klinischen Dienste sehen. Schließlich geht damit das Arbeitsunfähigkeitsrisiko an die externen Dienstleister über, die offensichtlich mit diesem Problem besser umzugehen wissen.

Unterschiede zwischen Krankenhäusern

Die Krankheitsstände unterscheiden sich nicht nur zwischen den Dienstarten eines Hauses, sondern auch zwischen den Krankenhäusern selbst nicht unerheblich. Wir haben dazu in der Abbildung 2 vier vergleichbare Krankenhäuser mit einem ähnlichen Umfeld nebeneinander gestellt und können ablesen, dass sich dort merkliche Unterschiede im Durchschnitt der Fehlzeiten aller Beschäftigten ergeben, jedoch die Differenzen in den wichtigen Dienstarten deutlich größer sind. Ein sich erstaunlich regelmäßig wiederholendes Muster ist auch, dass die Pflegedienste etwa doppelt so viele Krankheitstage pro Vollkraft aufweisen als Ärzte. In der Abbildung 2 wird dies überzeichnet, da die Hilfskräfte die Werte des Pflegedienstes zusätzlich nach oben drücken. Hohe Krankenstände und beträchtliche

Arbeitsunfähigkeit nach Dienstarten und damit verbundene Personalkosten eines Beispiel-Krankenhauses

Abbildung 1



Während Ärzte rund 6,5 Tage im Jahr krankheitsbedingt fehlen, liegt diese Zahl für die Wirtschafts- und Versorgungsdienste bei 24 Tagen im Jahr. Auch der Pflegedienst ist mit 15 Tagen mehr als doppelt so oft krank wie die Ärzte.

Differenzen zwischen den Häusern weisen die Funktionsdienste auf.

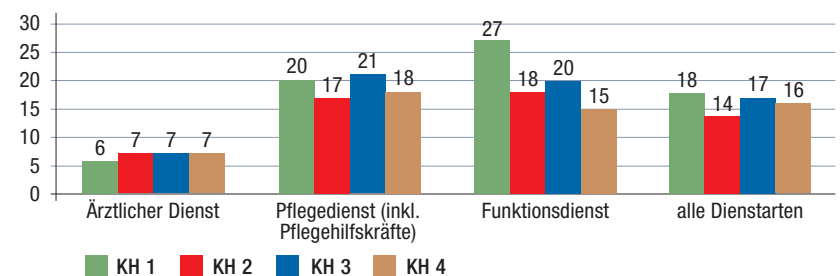
Unterschiede nach Abteilungen

Die größten Unterschiede ergeben sich, wenn man innerhalb eines Krankenhauses selbst die einzelnen Abteilungen beziehungsweise Kliniken nach ihren Arbeitsunfähigkeitszahlen vergleicht. Hier ergeben sich erstaunliche Differenzen. Zumindest an dieser Stelle muss die Verantwortlichkeit den einzelnen Führungsgremien zugeordnet werden. In der Abbildung 3

auf Seite 20 haben wir die Abteilungen mit den unteren, den mittleren und den oberen Werten der Krankheitstage nebeneinander gestellt. Die Schwankungsbreite der Krankheitstage beträgt 24 Arbeitstage, das sind nahezu fünf Arbeitswochen. Neben fachspezifischen Ursachen – so liegen chirurgische Fächer am untersten Ende – sind hier immer auch lokale, abteilungsspezifische Besonderheiten im Spiel. Das Erkennen und Beseitigen dieser spezifischen Gründe überfordert in der Regel die Abteilungsleitung und verlangt Unter-

Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit zwischen vier Beispiel-Krankenhäusern

Abbildung 2



Wenn man vier vergleichbare Krankenhäuser mit einem ähnlichen Umfeld nebeneinander stellt, so kann man ablesen, dass sich dort merkliche Unterschiede im Durchschnitt der Fehlzeiten aller Beschäftigten ergeben, jedoch die Differenzen in den wichtigen Dienstarten deutlich größer sind.

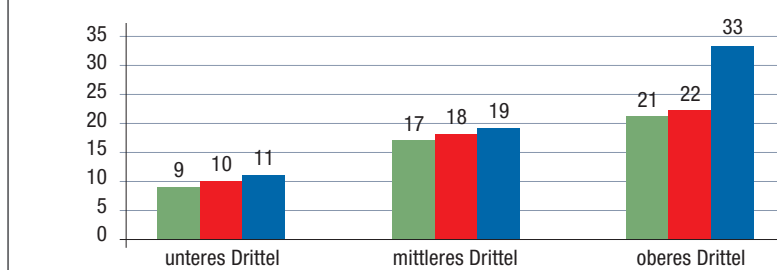
stützung durch ein übergeordnetes Personalmanagement.

Optimierungspotenzial von 4,5 Milliarden Euro

Um das Optimierungspotenzial für einzelne Krankenhäuser zu identifizieren, sind mehrere Ansätze erforderlich. Zunächst muss jedes Krankenhaus die Unterschiedlichkeiten im eigenen Haus, insbesondere zwischen vergleichbaren Einrichtungen wie etwa den klinischen Abteilungen oder auch den zentralen Leistungsstellen, statistisch auswerten und durch Benchmarking auf Optimierungspotenzial hin überprüfen. Dieses interne Benchmarking ist durch ein externes Benchmarking zu ergänzen, das die Krankenstände in den eigenen Einrichtungen beziehungsweise Kostenstellen mit anderen Krankenhäusern vergleicht. Dabei ist differenziert vorzugehen. Wie wir in den Abbildungen 1 und 3 belegen, sind die Differenzen zwischen den Dienstarten und Abteilungen erheblich, aber auch betriebsübergreifend lässt sich Optimierungspotenzial identifizieren, was die Abbildung 2 erkennen lässt. Dieses Optimierungspotenzial zeigt sich in den Personalkosten. Schließlich haben wir in Abbildung 1 gezeigt, dass bei einzelnen Kostenstellen und Dienstarten bis zu 12 Prozent der Arbeitskosten durch Arbeitsunfähigkeit anfallen. Doch selbst wenn man den Durchschnitt von sieben Prozent zugrunde legt, so ist dies eine erhebliche Kostenlast, die gerade in schwierigen Finanzierungszeiten nicht einfach als gegeben akzeptiert werden kann. Insgesamt schätzen wir, dass sieben Prozent direkte Arbeitskosten durch Lohnfortzahlung und weitere drei Prozent indirekte Arbeitskosten, zusammen also zehn Prozent oder circa 5,5 Milliarden Euro der gesamten Arbeitskosten der Krankenhäuser durch Krankheit verursacht werden. Die indirekten Kosten setzen sich aus Kurzerkrankungen bis zu drei Tage, die von der Statistik nicht erfasst werden, und Überstundenentlohnung sowie dem mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Organisationsaufwand zusammen.

Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit nach Abteilungen/Kliniken in Tagen

Abbildung 3



Hier werden die Abteilungen mit den unteren, den mittleren und den oberen Werten der Krankheitstage nebeneinander gestellt. Die Schwankungsbreite der Krankheitstage beträgt 24 Arbeitstage, das sind nahezu fünf Arbeitswochen.

Quelle: IfG, 2013

men. Schließlich muss noch von einem Demotivationsfaktor ausgegangen werden, der auf gesunde Mitarbeiter einwirkt.

Mobilisierung des Optimierungspotenzials

Nach der Identifikation des Optimierungspotenzials muss aber auch die Mobilisierung dieses Potenzials angegangen werden. Dazu steht eine Reihe von Ansätzen zur Verfügung, die wir nur kurz skizzieren können.

Die Mobilisierung des Optimierungspotenzials sollte sich zunächst auf die Bereiche konzentrieren, die besonders auffallend von den internen und externen Benchmarks abweichen. Dies hilft, gezielte Ansätze zu definieren, die nicht von dem gesamten Problem überdeckt werden und schnell zur Passivität verleiten. Generell sind erhöhte Krankenstände auch als Zeichen nachlassender Motivation der Mitarbeiter zu werten. Eine hohe berufliche Zufriedenheit der Mitarbeiter dagegen überträgt sich direkt auf die Patientenzufriedenheit. Beide zusammen sind für den wirtschaftlichen und medizinisch-pflegerischen Erfolg eines Krankenhauses von höchster Bedeutung.

Präventives Gesundheitsmanagement

Ein umfassender Ansatz ist das in vielen Krankenhäusern mittlerweile etablierte betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). Zentrale Aufgabe muss dabei die

Entwicklung einer präventiven Konzeption sein, insbesondere im Bezug auf die identifizierten Verbesserungspotenziale innerhalb eines Krankenhauses. Tatsächlich aber beschränkt sich das BGM oft auf freiwillige Angebote von entsprechenden Gesundheitsvorsorgeprogrammen an die Mitarbeiter. Von daher ist eine grundlegende Neuorientierung des BMG zu fordern. Es muss darum gehen, dass das betriebliche Gesundheitsmanagement sich gezielt auf die Vermeidung und Reduzierung von Erkrankungen der Mitarbeiter konzentriert und dort mit konkreten Maßnahmen ansetzt.

Die absehbare demografische Entwicklung lässt Patienten wie Mitarbeiter jährlich im Durchschnitt älter werden. Ältere Patienten bedeuten vor allem für die Pflege eine höhere Arbeitslast. Ältere Mitarbeiter lassen die Arbeitskosten aufgrund der Tarifgestaltung nach oben klettern. Hier sind die Krankenhäuser als Arbeitgeber gefordert, Gegenmaßnahmen zu ergreifen.



Autor
Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer, Direktor des IfG Institut für Gesundheitsökonomik; emeritierter Professor der Universität der Bundeswehr München, Schwerpunkt: Gesundheitsökonomik, guenter.neubauer@ifg-muenchen.com



WESTPRESS

agentur für personalmarketing

Mit uns finden Sie Mediziner.



Als Deutschlands größte Agentur für Personalmarketing im Gesundheitswesen unterstützen wir Sie tatkräftig bei Ihrer Suche nach medizinischem Personal.

Wenden Sie sich an WESTPRESS. Damit Sie nicht im Trüben fischen.

WESTPRESS · Kreativ-Allee · 59069 Hamm
Fon 02385 930-400 · gesundheit@westpress.de



www.westpress.de/showroom
www.facebook.com/westpress

Ideen seit 1953.



Quelle: Städt. Klinikum Solingen

Alle mit ins Boot holen

Fachkräftemangel, Burn-out, demografischer Wandel, Arbeitsverdichtung – allgegenwärtige Begriffe, hinter denen sich Herausforderungen besonders für die Unternehmen im Gesundheitswesen verbergen. Wie die systematische Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) gelingen kann, zeigt das Städtische Klinikum Solingen.

Bereits 1992 nahm das Städtische Klinikum Solingen an einem Projekt zur „Gesundheitsförderung im Krankenhaus (GiK)“ teil. Nach Abschluss der Projektphase wurden die initiierten Gesundheitszirkel noch rund zwei Jahre fortgeführt, die entstandene „Arbeitsgruppe GiK“ arbeitete bis 2008. Die Gruppe GiK behandelte erfolgreich diverse Themen rund um die Gesundheit, was dazu führte, dass in dieser Zeit durch BGM gute Erfolge erzielt worden sind. Das Ausscheiden von Personal, insbesondere einzelner sehr engagierter Mitarbeiter, führte schließlich 2008 zur Auflösung der Gruppe GiK. Es begann eine Phase, in der das Klinikum Gesundheitsangebote ohne systematische Bedarfsanalyse anbot. Die Mitarbeiterbeteiligung war nur noch gering.

Der Vergleich mit den Erfahrungen der Vergangenheit – mit den systematisch angesetzten Maßnahmen – führte dann in kurzer Zeit zu der Erkenntnis, dass die

Effektivität des BGM vorher deutlich höher war.

Der Neueinstieg mit Höhen und Tiefen

2010 wurde die (Wieder-)Einführung eines klinikweiten BGM in einem Pilotbereich begonnen. Das Projekt lief ein Jahr und wurde durch zwei externe Projektpartner unterstützt, nämlich die Unfallkasse NRW und ein Fachinstitut einer großen Krankenkasse. Vertreter der externen Projektpartner, die Projektleiter, Mitarbeiter aus den Berufsgruppen des Pilotbereichs als eigentliche Experten, der Betriebsrat, die Betriebsärztin, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie Vertreter weiterer Bereiche bildeten eine Projektgruppe, in der Analysedaten bewertet und die weitere Vorgehensweise festgelegt wurde.

Die Datenerhebung als Grundlage der Arbeit erfolgte mit drei Instrumenten:

- einem Fragebogen zur Ermittlung der Arbeitssituation aus subjektiver Sicht der

Beschäftigten des chirurgischen Zentrums,

- Begehungen des Pilotbereichs durch die Unfallkasse NRW für die Bewertung der Arbeitsumstände aus Expertensicht und
- über eine Arbeitsunfähigkeits-Datenerhebung.

Die Ergebnisse der drei Datenquellen wurden kombiniert und ausgewertet. Themenfelder, bei denen eine erhöhte Problemhäufigkeit angezeigt wurde, wie beispielsweise fehlende Erholungsmöglichkeiten nach belastenden Situationen oder überwiegend negative Rückmeldungen zur Arbeit durch das Beschwerdemanagement wurden aufgearbeitet und für die Weiterbearbeitung in die Gesundheitszirkel (Pflegedienst) delegiert, beziehungsweise für die Einzelinterviews mit externen Interviewpartnern (ärztlicher Dienst) weitergeleitet.

Die erarbeiteten Maßnahmen zeichneten sich aus durch realistische und häufig kostenneutrale Möglichkeiten der Umsetzung,

wie beispielsweise die Veränderung der Abläufe bei der Patientenbefragung (Feedbackbögen), um auch positive Rückmeldungen weitergeben zu können, oder die verbindliche Abstimmung von Visitenzeiten. Sie wurden zusammengefasst und im Auftrag der Gesundheitszirkel über die Projektgruppe an die jeweiligen angesprochenen Akteure und die Geschäftsführung weitergeleitet. Zum Teil flossen die Maßnahmenvorschläge direkt in laufende Projekte ein.

Stolpersteine bei der Kommunikation

Im Projekt wurden Maßnahmenvorschläge verhaltens- und verhältnispräventiver Art entwickelt und erfolgreich umgesetzt. Beispielsweise wurden vermehrt Seminare für die Verbesserung der Gesprächs- und Konfliktkultur angeboten, sowie die Informationsweiterleitung über das häufigere Erscheinen der Mitarbeiterzeitungen und Kurzinformationen zu aktuellen Themen verbessert. Im Projektverlauf zeigten sich jedoch auch einige Schwächen unserer Vorgehensweise. So war zum Beispiel die ursprünglich angedachte interdisziplinäre Besetzung der Gesundheitszirkel in der Praxis nicht umsetzbar. Da es sich bei dem ausgewählten Pilotbereich um ein Zentrum mit operativen Fächern handelte, wurden die Terminsetzung und Durchführung der alternativ zum Gesundheitszirkel angesetzten Einzelinterviews mit freiwilligen Interviewpartnern des ärztlichen Dienstes zu einer Herausforderung. In den Gesundheitszirkeln mit den Vertretern des Pflegedienstes fehlte es zum Teil an Kontinuität, weil Mitglieder der Zirkel nicht regelmäßig an den Sitzungen teilnehmen konnten.

Als größte Schwierigkeit stellte sich aber die Information der nicht direkt in den Prozess eingebundenen Mitarbeiter dar, vor allem außerhalb des Pilotbereichs. Trotz der Informationsweitergabe über die im Unternehmen üblichen Wege wie offene Briefe, per E-Mail oder mittels Mitarbeiterzeitung, war und ist eine wirksame Kommunikation der Aktivitäten des betrieblichen Gesundheitsmanagements besonders in den nicht direkt beteiligten Bereichen ein schwieriges Unterfangen.

Wie erhöht man die Akzeptanz von BGM, wenn es darum geht, Arbeitsumstände und Arbeitsplätze gesundheitsgerecht auszurichten? Wir haben gelernt, dass es wichtig ist, die Unterschiede zwischen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Verhaltensprävention) und den zielgerichteten Angeboten und Maßnahmen zur Prävention aufzuzeigen.

Weiterentwicklung und aktueller Stand

Als Konsequenz aus den Erkenntnissen des Pilotprojekts wurde eine eigene BGM-Steuerungsgruppe gebildet, deren Mitglieder unter anderem aus Unternehmensleitung und Betriebsrat kommen. Diese Gruppe bereitet Projekte strategisch für die Entscheidung bei der Unternehmensleitung vor, gibt diese in Auftrag und begleitet sie während ihrer Laufzeit. Aktuell sind mehrere Projekte von der Steuerungsgruppe BGM beauftragt. Langfristig angelegt sind das Projekt „Demografischer Wandel“ und „Psychische (Fehl-)belastungen“. Im letztgenannten Projekt sollen Erkenntnisse aus Befragungen und anderen Projekten, die auf eine psychische Überlastung von Mitarbeitern schließen lassen, systematisch aufgearbeitet werden. Ein kleineres Projekt war zum Beispiel die Errichtung eines Fitnessraums mit dem Schwerpunkt Rückengesundheit für Mitarbeiter. Hier wurde ein Vorschlag aus dem Pilotprojekt aufgegriffen und ein häufiges Gesundheitsproblem, dass die Mitarbeiter im Pflegedienst haben, in Angriff genommen. Nach Abschluss einer Erprobungsphase wird der Fitnessraum auch für weitere Trainingswillige zugänglich sein. Die Rückmeldung der Pioniere ist durchweg positiv.

Ohne Mitarbeiterbeteiligung geht nichts

Die Mitarbeiterbeteiligung und die Information der Belegschaft über Aktivitäten des BGM sind wesentliche Erfolgsfaktoren. Häufig ist dafür die persönliche Ansprache nötig. Der Arbeitsalltag mit den hohen Anforderungen lässt gelesene oder gehörte Informationen schnell in Vergessenheit geraten oder

Städtisches Klinikum Solingen gGmbH

Info

Die Städtisches Klinikum Solingen gGmbH ist ein Haus der Maximalversorgung in öffentlicher Trägerschaft mit 15 Kliniken und Instituten und 716 Betten. Die rund 1700 Mitarbeiter versorgen stationär und ambulant circa 57 000 Patienten jährlich. Die Klinik verfügt über eigene Servicebetriebe, in denen Küche, Wäscherei sowie Reinigungs- und Transportdienst zusammengefasst sind. 2007 wurde der ehemalige Eigenbetrieb der Stadt Solingen in die Organisationsform der gemeinnützigen GmbH überführt. 2013 feiert das akademische Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln sein 150-jähriges Bestehen.

überlagert sie mit aktuell wichtigeren Tages-themen.

Der Wille zur Mitarbeit ist nach unserer Erfahrung eng mit der Erfahrung verbunden, dass sich auch das Unternehmen an die sich ändernden Bedürfnisse seiner Beschäftigten anpassen muss. Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit dem erhobenen Zeigefinger sind deshalb ebenso zum Scheitern verurteilt wie Maßnahmen, die am grünen Tisch erarbeitet worden sind.

Projekte des BGM können nur bei intensiver Einbindung der Belegschaft Erfolg haben. In jedes Projekt muss das Personal der betroffenen Bereiche von Anfang an eingebunden werden, mindestens durch die Teilnahme von Vertretern in der Projektgruppe. Der Projektfortschritt muss in den Personalbereichen zur Bewertung vorgestellt und sollte einem Praxistest, zum Beispiel in Modell- beziehungsweise Pilotbereichen unterzogen werden.

Trotzdem wollen wir noch mehr daran arbeiten, dass das BGM im Tagesgespräch seinen Platz findet. Möglicherweise werden wir Gesundheitslotsen einsetzen, die ähnlich wie Sicherheitsbeauftragte als Experten aus den eigenen Reihen das Thema im Gespräch halten. Einen Versuch ist es sicher wert.



Autorin
Gabriella Da Boit, Sicherheitsingenieurin, Konzernservicedienst Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit, Städtisches Klinikum Solingen gGmbH, daboit@klinikumsolingen.de



Den Dialog suchen

Um erfolgreich ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, ist es unerlässlich, die Mitarbeiter zu befragen, wo der Schuh drückt. Sich diesem Feedback dann auch zu stellen, ist die Herausforderung für Personalabteilung und Führungskräfte.

Vom Leitbild vieler Arbeitgeber, das lautet „Der Mensch im Mittelpunkt“, profitieren viele Mitarbeiter nicht. Die alltägliche und empirisch belegte Praxis zeigt eher: Das Personal klagt über einen schlechten Führungsstil, über eine mangelnde Einbindung in Entscheidungsprozesse oder die Streichung von Sozialleistungen zur Abwendung von Finanzierungsengpässen. So sollten aus Gründen der Offenheit und Transparenz Führungskräfte einen Dialog mit ihren Mitarbeitern über die Zukunftssicherung ihrer Krankenhäuser suchen. So sind konfessionelle Krankenhäuser beispielsweise aufgrund der Mitarbeitervertretungsordnung dazu verpflichtet, diesen Dialog vorausschauend für die zukünftige Entwicklung zu suchen. Dieses Vorgehen kann allen Kliniken empfohlen werden, die eine nachhaltige Verbesserung der Kultur ihres Hauses anstreben. Dies geht oft nur gemeinsam mit den Vertretern der Mitarbeiter, die sich im Übrigen nicht gegen eine mitarbeiterorientierte Ausrichtung der Personalpolitik sträuben, wenn sie ernst gemeint ist.

Auf dieser Basis kann das Krankenhausmanagement eine neue Personalpolitik aufbauen, auch weil es in vielen Fällen bei der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) auf eine andere als der bisherigen Politik aufsetzen muss.

Das BGM ist nur ein Bestandteil – wenn auch ein wesentlicher – einer neuen Personalpolitik, die neben beispielsweise gesundheitsfördernden Einzelmaßnahmen oder der Einrichtung von Sportgruppen und Ernährungskursen wesentlich mehr beinhalten muss. Es ist notwendig, die verschiedenen betrieblichen Sachverhalte, Gründe und Einflussfaktoren zu analysieren, die Krankheiten der Mitarbeiter auslösen, ihre Stabilität beeinflussen oder auch ein frühzeitiges Ausscheiden befördern.

Stolpersteine bei der Datengewinnung

Als Basis eines strukturierten Betrieblichen Gesundheitsmanagements gilt die Befragung der Mitarbeiter über ihre persönliche Arbeitssituation. Hierzu bieten

Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften kostengünstig Erhebung an. Wie weit reichen aber die Informationen, die über solche Befragungen gewonnen werden? Ein Beispiel aus der Praxis zeigt auf, wo die Grenzen solcher Befragungen liegen: In einem standardisierten Fragebogen können die Teilnehmer weder ihre eigene Berufsgruppe noch das Krankenhaus oder den Bereich, in dem sie arbeiten, angeben. Ferner sollen – mit Hinweis auf den Schutz der Mitarbeiter vor einer möglichen, aber nicht gewünschten persönlichen Identifikation des Befragten – nur dann Auswertungen aus den Abteilungen vorgenommen werden, wenn mehr als 15 Befragte antworten. Dadurch aber würde die Möglichkeit entfallen, konkrete Zustandsbeschreibungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge für die entsprechende Berufsgruppe oder den Arbeitsbereich der Mitarbeiter zu bekommen, da die Fragebögen nicht bereichs- oder sogar einrichtungsspezifisch ausgewertet werden sollen. Das Design des Fragebogens bildet auch keine Ursache-

Wirkungs-Zusammenhänge ab. Ist der persönliche Umgang mit Gesundheitsrisiken ein Resultat der Quantität oder Qualität des vorhandenen Personals, was durch das Management zu verantworten wäre? Oder führt der persönliche Umgang der Mitarbeiter untereinander zum Personalmangel sowie zu einer geringen Bleibebereitschaft und einem mangelnden Commitment der Mitarbeiter?

Fakt ist: In die Fragen gehen immer schon Konstruktionen über die betriebliche Wirklichkeit ein. Wenn die Vorstellung jedoch ist, dass reine Häufigkeitsverteilungen ausreichen, um Problemfelder hinreichend genau zu identifizieren, dann geht es nur um eine Deklaration eines Gesundheitsmanagements. Aus den Ergebnissen können nämlich kaum begründete Maßnahmen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement entwickelt werden. Am Ende imitiert das Krankenhaus nur wieder die Maßnahmen, die an anderen Krankenhäusern vermeintlich erfolgreich eingeführt wurden.

Externe Unterstützung zulassen

Für die Durchführung einer wirklich intensiv nachfragenden und die Arbeitsbedingungen sowie die Kultur eines Krankenhauses erhellende Erfassung der Ausgangssituation braucht es ein anderes Fragebogendesign. Vor allem sind evaluierte Fragen notwendig, aus deren Ergebnissen verlässlich bestimmte Wirkungen prognostiziert werden können. Eine solche Konzeption gehört in die Hände von Wissenschaftlern, mit denen Krankenhäuser bei empirischen Untersuchungen besser zusammenarbeiten sollten, da sie häufig viel mehr von Methoden und der Ergebnissicherung von empirischen Untersuchungen in Organisationen verstehen und seltener Eigeninteressen bei der Ergebnisverwertung verfolgen.

Wichtig ist es auch, das gesamte Design der Befragung, die Informationspolitik während der Durchführung und die Verbreitung von Ergebnissen sowie die anschließende Maßnahmenentwicklung transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

„ Bei einer Mitarbeiterbefragung entstehen immer wieder Versuche, unliebsame Ergebnisse a priori durch eine bestimmte Fragestellung oder durch das Weglassen von Fragen gar nicht erst entstehen zu lassen.

ten. Auch an diesem Punkt entstehen immer wieder Versuche, unliebsame Ergebnisse a priori durch eine bestimmte Fragestellung oder durch das Weglassen von Fragen gar nicht erst entstehen zu lassen.

Die nachfolgende Liste mit Fragestellungen könnte ein Teil einer Checkliste darstellen, die in jedem Fall zu Beginn eines Projektes zu diskutieren ist:

- Was sind die Ziele des gesamten Projektes „Betriebliches Gesundheitsmanagement“?
- Welche Ursachen- und Wirkungsbereiche werden durch den Fragebogen abgebildet und sind später auch interpretierbar?
- Bildet der Fragebogen nur ausgesuchte und erwünschte Wirkungen derzeitiger Arbeits- und Führungsstrukturen ab? Oder zeigt er auch mögliche Gründe für diese Wirkungen auf?
- Sind Fragestellungen zu den Arbeitsbedingungen enthalten, der persönlichen Situation der Mitarbeiter, dem eigenen Gesundheitszustand, den möglichen persönlichen Einflussbereichen, um die Gesundheit zu verbessern? Und werden Aussagen zur Arbeitsteilung, Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung, zur persönlichen körperlichen und persönlichen Belastungssituation sowie zu anderen wichtigen Handlungsbereichen erfasst?
- Sind die Führungskräfte selbst darauf vorbereitet, sich ungünstigen Ergebnissen und der Diskussion ungünstiger Ursachenzuschreibungen zum Beispiel im Bereich des eigenen Führungsverhaltens zu stellen?
- Für welche Mitarbeiter-, Berufsgruppen oder Arbeitsbereiche lassen sich spezielle Situationsbeschreibungen aus den

Ergebnissen ableiten und für die eigene Maßnahmengenerierung gewinnen?

- Gibt es eine Typologie von Mitarbeitern oder Berufsgruppen, für die bestimmte Merkmale zutreffen, die besondere Maßnahmen erfordern? Beispielsweise für junge Pflegekräfte als Wiedereinsteiger in den Beruf im Alter bis 30 Jahre, verheiratet und mit hohem Belastungsindex, oder für ältere Mitarbeiter mit berufsbedingten oder chronischen Erkrankungen, Übergewicht und Bewegungsarmut?
- Wie werden die Maßnahmen entwickelt, mit denen Belastungssituationen bei Mitarbeitern abgebaut und notwendige Personalentwicklungsmaßnahmen trotz hoher Arbeitsintensität umgesetzt werden können?

The same procedure as every project?

Es entsteht der Eindruck, dass viele Krankenhäuser in der Diskussion dieser Fragen noch ganz am Anfang stehen oder diesen Fragen bewusst ausweichen. Manche Antworten würden die bisherige Personalpolitik infrage stellen und umfangreiche Reorganisationsmaßnahmen erforderlich machen. Vielleicht liegt hier der Grund, warum viele Krankenhäuser eher kleine, punktuelle Projekte zur Gesundheitsförderung anstoßen – um etwas gemacht zu haben, nicht aber, um nachhaltig und umfassend etwas zu verändern.



Autor
Prof. Bernd H. Mühlbauer,
Westfälische Hochschule
Gelsenkirchen, b.muehlbauer@bhm-beratung.de



Generationenvielfalt im Krankenhaus managen

Das Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH ist eines der Häuser, die wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege konzipieren. Es hat sich zum Ziel gesetzt, den je nach Lebensphase unterschiedlichen Ansprüchen der Mitarbeiter an den Beruf gerecht zu werden.

Nicht nur Patienten werden älter, auch Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte altern. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für das Arbeiten im Krankenhaus, welche für die Personalentwicklung? Das Management einer älter werdenden Belegschaft zählt mittlerweile zu den fünf zentralen Personalthemen in Deutschland, so das Ergebnis einer Studie der Boston Consulting Group.

Das Städtische Klinikum Karlsruhe, ein Haus mit 4300 Beschäftigten, darunter knapp 600 Ärzte und 2000 Pflegekräfte, stellt sich dieser Herausforderung. Es hat in Kooperation mit der Fachhochschule

Esslingen und der Unfallkasse Baden-Württemberg das bislang bundesweit einmalige Projekt „Lebensphasengerechtes Arbeiten im Pflegedienst – LAP“ aufgebaut. Seit 2011 findet sich das Klinikum als Best Practice-Vorbild auf der Internetplattform www.pflege-krankenhaus.de. Diese ist mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit entstanden, um wegweisende Modelle in der Pflege bekannt zu machen. Sie wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft betreut. Der Beirat bewertete positiv, dass das Klinikum Karlsruhe sowohl spezifische Probleme für jede Altersgruppe herausgearbeitet

habe als auch altersübergreifende Belastungen kenntlich mache.

Die fünf Phasen des Berufslebens

Das Modell des lebensphasengerechten Arbeitens im Städtischen Krankenhaus Karlsruhe basiert auf der Annahme, dass die Beschäftigten etwa alle zehn Jahre ihr Leben neu akzentuieren. Im Alter von 17 bis 27 Jahren findet die Aus- und Weiterbildung statt, bis 37 Jahre die Karriere- und Familienphase, dann die Konsolidierungs- und Neuorientierungsphase. Die Erfahrungsphase beginnt mit 47 Jahren, ab 57 folgt die Zielerreichungsphase mit

Überleitung in den Ruhestand. Das Pflegepersonal auf den Stationen und in den Funktionsbereichen verteilt sich auf diese fünf Altersgruppen: Knapp 40 Prozent sind älter als 47 Jahre, ein Viertel des Personals findet sich in der Altersgruppe von 37 bis 47; jeder fünfte ist in der Gruppe 27 plus, und nur jede siebte Pflegekraft ist jünger als 27 Jahre. Der Altersdurchschnitt liegt gegenwärtig bei 42 Jahren, in zehn Jahren – so zeigen interne Berechnungen – wird er auf 47 Jahre steigen. Der Anteil an Nachwuchskräften ist schon aus demografischen Gründen rückläufig. Andererseits erwartet das Klinikum aufgrund der steigenden Lebenserwartungen und des medizinischen Fortschritts einen steigenden Bedarf im medizinisch-pflegerischen Bereich. Es gilt daher die Angestellten und insbesondere die Mitarbeiter der größten Altersgruppe 47 plus langfristig im Berufsleben zu halten, deren Arbeitsfähigkeit zu sichern und ein konstruktives Miteinander der Generationen zu ermöglichen. Dies erfordert, sowohl organisatorische Abläufe als auch bestehende Personalkonzepte zu hinterfragen und zukunftsfähig zu gestalten. In Karlsruhe steht hierfür das Denkmodell „Haus der Arbeitsfähigkeit“ des finnischen Professors Juhani Ilmarinen Pate.

Erarbeiten von Lösungen im Team

Das Projekt startete 2010 mit einer zentralen Informationsveranstaltung, um die Ziele im Krankenhaus und bei externen Kooperationspartnern wie Berufsgenossenschaften und Krankenkassen bekannt zu machen. 350 Pflegekräfte nahmen teil. In fünf altershomogenen Workshops diskutierten jeweils zehn Pflegekräfte mit dem Pflegedirektor und Prokuristen Josef Hug die psychischen und physischen Belastungen in der Pflege, Möglichkeiten der Arbeitsplatzgestaltung, Aufgaben und Fürsorgepflichten des Klinikums als Arbeitgeber und die Eigeninitiative der Mitarbeiter. Die spezifischen Problembereiche jeder Lebensdekade wurden auf diese Weise kenntlich. Dieser Status quo-Analyse schloss sich ein Screening über psychische Belastun-

„ Der Wunsch nach Arbeit in Teilzeit beginnt in der Altersgruppe 27 plus und setzt sich in unterschiedlicher Intensität bis in das höhere Lebensalter fort.

gen und Beanspruchungen in der Pflege an. Gut die Hälfte der Pflegekräfte beantwortete hierzu einen anonymisierten Online-Fragebogen auf Basis des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), den ein externes Institut auswertete. Die Ergebnisse zeigten Handlungsschwerpunkte auf, die sich den vier Etagen des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ zuordnen lassen:

1. individuelle Gesundheit und Leistungsfähigkeit,
2. Kompetenzen,
3. Werte, Einstellungen und Motivation,
4. Arbeit mit Arbeitsorganisation, -umgebung, -bedingungen und Führung.

In insgesamt acht Arbeitsgruppen werden die relevanten Themen von Arbeitszeitregelungen über Statistiken und Literaturrecherche bis zur beruflichen Biografie seither bearbeitet. Die Gruppen treffen sich vorwiegend nach ihrem eigenen Arbeitsrhythmus. Regelmäßige Gespräche mit der Pflegedirektion finden statt. In jeder Gruppe sind die Mitarbeiter der Pflegedienstleitung und rund zehn Stationsleitungen aller Altersgruppen vertreten, denn altersgemischte Teams sind in der Klinik üblich. Pflegedienstleiter Tobias Herrbrich: „Es reicht aber nicht, dass nur die Altersstruktur ausgewogen ist, auch der Anteil von Teilzeitkräften muss bedacht sein, denn deren Belastungswahrnehmung unterscheidet sich häufig von denen der Vollkräfte. Teilzeitkräfte haben manchmal mehr Abstand und sind oft sehr flexibel, wenn akuter Bedarf besteht.“

Die individuelle Lebenssituation entscheidet

Der Wunsch nach Arbeit in Teilzeit beginnt in der Altersgruppe 27 plus und setzt sich in unterschiedlicher Intensität

bis in das höhere Lebensalter fort. Die Beweggründe sind oft, aber nicht ausschließlich, familiär bedingt. Auch das Ausmaß an Belastungen, persönliche Lebensumstände und Interessen sind relevant. Ausgeprägt in allen Altersgruppen ist der Wunsch nach festen Kernarbeitszeiten. Die Status quo-Analyse hat gezeigt, dass Nacht- und Schichtarbeit bereits in jüngeren Jahren häufig als belastend empfunden wird. Die Möglichkeiten, in Bereichen mit festen Kernarbeitszeiten zu arbeiten, zum Beispiel in der Ambulanz, sind jedoch begrenzt. Das Klinikum beachtet bei Versetzungswünschen die individuelle Lebenssituation. Darüber hinaus prüft die Arbeitsgruppe „Arbeitszeitregelungen“, ob beispielsweise die zehnstündige Nachtschicht verkürzt werden kann, ob, wo und wie Kerndienstleistungsplätze ausgebaut werden können und wie sich temporäre Führungsmodelle realisieren lassen. Speziell für ältere Mitarbeiter zeigt die Gruppe bekannte Altersteilzeitmöglichkeiten auf und beschäftigt sich mit zukünftigen Ausstiegs- und Übergangsmodellen. Dies zieht die Frage nach sich, inwieweit das Krankenhaus biologische Gründe wie das Alter in tarifvertraglichen Regelungen berücksichtigen kann.

Rotationsmodelle

Eine andere Arbeitsgruppe thematisiert Partner- und Partnerschaften zwischen den Stationen. Ziel ist es, Stationen mit gegensätzlichen Belastungsniveaus strukturell zu koppeln, sodass die Beschäftigten zeitweise auf einer anderen Station arbeiten können, die ihrem aktuellen Beanspruchungspotenzial stärker gerecht wird. Für den Wechsel ist nicht allein das Alter maßgeblich, entscheidend ist die individuelle Lebenssituation. Mittelfristig soll ein Rotationsmodell entwickelt werden, wel-

ches grundsätzlich allen Beschäftigten einen Anspruch auf Wechsel mit tarifkonformer Bewertung gewährt.

Derzeit erarbeitet die Arbeitsgruppe Kriterien, die dazu dienen, die 104 Organisationseinheiten des Klinikums in Belastungskategorien einzustufen. Altersgemischte Teams werden weiterhin vorherrschen. Dass Mitarbeiter lieber mit Gleichaltrigen arbeiten würden, kann Herrbrich, der als Pflegedienstleiter in der Pflegedirektion tätig ist und einige Stationen direkt betreut, nicht bestätigen: „Unsere Erfahrungen zeigen, dass Jüngere von Älteren lernen und umgekehrt. Jüngere profitieren in fachlicher Hinsicht und vor allem im Umgang mit dem Leid der Patienten, Krankheit und Tod. Ältere lernen von den Jüngeren neue Handlungsansätze und Pflegetechniken kennen. Wenn es um die Einführung neuer Prozesse geht, wie den Wandel von der Funktions- zur Bereichspflege, zeigt sich mal die eine, mal die andere Gruppe aufgeschlossener und versucht die anderen mitzunehmen.“

Ältere Mitarbeiter gezielt einbinden

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit altersgemischter Teams ist nicht selbstverständlich, so Dr. Florian Kunze, Assistenzprofessor an der Universität St. Gallen. Entscheidend sei, dass die Generationenvielfalt gemanagt werde. Die Karlsruher Arbeitsgruppe „Teamentwicklung und Arbeitsklima“ entwickelt Regeln für die Zusammenarbeit in altersgemischten Teams. Transparente Verfahren, die sowohl das Qualifikationsprofil als auch die Erfahrungen berücksichtigen, sind relevant, wenn neue Funktionen in Projekten und durch Restrukturierungen zu

besetzen sind. Langfristig soll eine lebensphasengerechte Teamentwicklung den intergenerativen Wissenstransfer fördern, sodass das Erfahrungswissen dem Krankenhaus erhalten bleibt, wenn Mitarbeiter aus Altersgründen ausscheiden. Separat befasst sich eine Arbeitsgruppe mit Qualifikationsmaßnahmen, die notwendig sind, um das fachliche Niveau des Klinikums konstant hoch zu halten, und den individuellen Karriereplänen der Pflegekräfte je Lebensdekade entgegenkommen.

Eine weitere Gruppe arbeitet zu beruflichen Biografien in der Pflege. Sie unterstützt die persönliche Wertschätzung der Lebensleistung, indem ältere Pflegekräfte ermuntert werden, ihre Erfahrungen bei der Berufsausübung und hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und persönlichen Interessen niederschreiben. Zum einen fördern die Erinnerungen das Verständnis für die aktuelle Lebenssituation der jüngeren Kollegen, zum anderen erfahren Jüngere, wie ihre Kollegen vor zwanzig Jahren ähnliche Situationen gemeistert haben.

Die Gesundheit, das höchste Gut

Die Arbeitsgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ organisiert in Kooperation mit den Krankenkassen Präventionsangebote für die Beschäftigten. Die Angebote richten sich an alle Altersgruppen. Ein Schwerpunkt ist die Prävention von Rückenbeschwerden. Mit Unterstützung der Unfallkasse Baden-Württemberg führt das Klinikum eine Arbeitsplatzanalyse „Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege“ durch. Des Weiteren gibt es das Angebot, dass Physiotherapeuten die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit vor Ort

hinsichtlich des „Ergonomischen Patientenhandlings“ und der eigenen Bewegungskompetenz begleiten und beraten. Die Arbeitsgruppe „Individualberatung“ richtet sich ausschließlich an ältere Pflegekräfte. Alle Pflegekräfte erhalten zu ihrem 47. und 57. Geburtstag eine Einladung zu einem persönlichen Gespräch mit der Pflegedienstleitung jenseits der Arbeitsroutine. Inzwischen hat die Pflegedirektion 23 Briefe versandt. Neun Pflegekräfte äußerten keinen Gesprächsbedarf, elf nahmen das Angebot an. Jedes Gespräch habe sich gelohnt, sagt Herrbrich. Manchmal sei es der Wunsch zu sprechen und sich die eigene Lebenssituation zu vergegenwärtigen, manchmal seien Veränderungen der Arbeitszeiten angebracht, ein Besuch beim Betriebsarzt oder weitere beratende Anlaufstellen zu vermitteln.

Ausländische Vorbilder

Dass es möglich ist, ältere Mitarbeiter in der Pflege weiter zu beschäftigen und damit dem Fachkräftemangel zu begegnen, bestätigen Erfahrungen aus dem Ausland. Professor Dr. Frank Weidner, Leiter des Kölner Instituts für angewandte Pflegeforschung, verweist auf erfolgreiche Strategien in skandinavischen Ländern. Dort sei es üblich, dass ältere Pflegekräfte kaum noch in Nachtschichten eingesetzt werden. Auf der anderen Seite werden ihre Erfahrungen verstärkt in die Beratung von Patienten und Angehörigen eingebunden und in der Arbeit mit Demenzkranken genutzt. Des Weiteren sei es notwendig, die Arbeitsplätze so belastungsarm zu gestalten, dass ältere Mitarbeiter in die Lage versetzt werden, erheblich länger auch in Vollzeit arbeiten zu können. Pflegedienstleiter Herrbrich resümiert: „Die Führungsebene muss sich der Dringlichkeit dieses Themas bewusst werden. Den Königsweg gibt es jedoch nicht. Wir brauchen ein Bündel an Maßnahmen, das mit kleinen Schritten startet und dann ineinandergreift.“

Dr. Adelheid Weßling, freie Journalistin, Düsseldorf

„Die Führungsebene muss sich der Dringlichkeit der altersgerechten Arbeitsplatzgestaltung bewusst werden. Wir brauchen ein Bündel an Maßnahmen, das mit kleinen Schritten startet und dann ineinandergreift.“

Tobias Herrbrich, Pflegedienstleiter, Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

Wenn ich groß bin, werde ich Chirurg

Die Klinik für Unfallchirurgie Sindelfingen-Böblingen geht ungewöhnliche Wege, um den ärztlichen Nachwuchs früh zu begeistern. Schon die Kindergartenkinder schauen hinter die OP-Tür. Ihre Recruiting-Strategie stellt die Klinik für Unfallchirurgie in diesem Beitrag vor.



Deutschland leidet unter einem Nachwuchsmangel in der Medizin. In einigen ostdeutschen Landstrichen werden Krankenhäuser schließen müssen, nicht weil keine Patienten, sondern weil kein Personal mehr zur Verfügung steht. Auch in Baden-Württemberg stehen im Moment Häuser vor der Schließung, weil ein 24-Stunden-Dienst nicht mehr durchgängig zu gewährleisten ist. Die politische Diskussion über den Erhalt einer flächendeckenden wohnortnahen Krankenhausversorgung wird sich in den nächsten Jahren nicht durch das Erreichen schwarzer oder roter Zahlen, sondern durch das Vorhandensein von Pflegekräften und Ärzten regeln. Zwar beginnt sich die Situation der Ärzte langsam zu verbessern, und 36-Stunden-Dienste zu einem AIP-Gehalt zählen glücklicherweise längst zur Vergangenheit, aber abgeschreckt von immer noch schlechten Arbeitsbedingungen beginnen nur 30 bis 40 Prozent der Studienabgänger für Medizin eine Ausbildung in einem Krankenhaus in Deutschland.

Von 1000 Chirurgen in Deutschland, die derzeit altersbedingt in den Ruhestand gehen, werden nur 400 Stellen wieder

besetzt. Das bedeutet 600 nicht besetzte Stellen pro Jahr. Somit wird klar: Deutschland hat im nächsten Jahrzehnt ein Nachwuchsproblem in der Medizin und besonders betroffen davon sind die chirurgischen Fächer.

Situation in der Unfallchirurgie

Die Unfallchirurgie mit ihrem kaum planbaren Programm und somit einer 24-stündigen Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr stellt hohe Anforderungen an die Ärzte, die sich für diesen Bereich entscheiden. Aktuell interessieren sich allerdings nur fünf Prozent der Studenten im PJ für dieses spezielle Gebiet der Chirurgie.

Der Bundesverband der deutschen Chirurgen e.V. hat in einer Umfrage unter chirurgischen Assistenzärzten im Jahr 2008 herausgefunden, dass etwa 18 Prozent der Ärzte die Entscheidung, Chirurg zu werden, bereits in der Schule getroffen haben, 50 Prozent während des Studiums und 32 Prozent nach dem Studium. Da bei einem Viertel die Entscheidung durch Vorbildwirkung beeinflusst wird, erscheint die Möglichkeit der Einflussnahme auf die Entscheidung durch einerseits Ordinarien, Chef- und Oberärzte und anderer-

seits durch Krankenhausträger groß.

Was können wir im akademischen Lehrkrankenhaus in einer Abteilung mittlerer Größe in Sindelfingen tun, um auch in Zukunft genügend Unfallchirurgen und Orthopäden ausbilden zu können und den steigenden Versorgungsbedarf abzudecken? Erfahrene Unfallchirurgen und Orthopäden haben die Initiative ergriffen, um für den Beruf zu werben. Wir haben in den letzten Jahren versucht, Konzepte zu entwickeln und zu leben, die den Nachwuchs und die Aus- und Weiterbildung fördern.

Die Kleinen begeistern

Die Kinder von heute sind die Mitarbeiter von morgen. Daher setzen die ersten Aktivitäten bereits hier an. In unserer Ambulanz werden regelmäßig Führungen mit allen Kindergartenkindern des Umkreises durchgeführt. Eine Ambulanzärztin, die Mutter von zwei Kindern ist und halbtags arbeitet, zeigt den „Jungärzten“ die Ambulanz inklusive des Notarztwagens (mit und ohne Blaulicht), die Behandlungsräume und das Wartezimmer, welches mit einem Tischkicker und einem Kinderspielcomputer ausgestattet ist, und legt zum Abschluss den Kindern noch kleine Gipsverbände an Fingern und Händen an.

Das Interesse ist groß, und die Kinder verlieren gleichzeitig die Angst vor dem

„Die Kinder von heute sind die Mitarbeiter von morgen. Daher setzen die ersten Aktivitäten bereits hier an.“

Krankenhaus. Der Positiv-Faktor und Werbeeinfluss für das Krankenhaus durch das Weitererzählen in der Familie ist enorm groß. Die acht- bis zwölfjährigen Kinder sprechen wir in den Sommerferien mit den von der VHS ausgerichteten Kinderuniversitäten an. In kindgerecht servierten „Portionen“ werden verschiedene Fachgebiete vorgestellt. Abends können die Kinder Gelerntes im Internet anhand eines Fragebogens überprüfen und erhalten am Ende ein Zertifikat. Hier lassen sich die Kinder für den späteren Beruf begeistern.

Auf Schüler zugehen

Eine Umfrage zum Thema Berufswahl „Unfallchirurg und Orthopäde“ an zwei Berliner Schulen unter 140 befragten Oberstufenschülern, hat ergeben, dass sich 19 Schüler eindeutig für das Fach Medizin entschieden hatten. Eine Herausforderung ist aber, dass – obwohl dem Berufsbild viele positive Eigenschaften zugeordnet werden –, der überwiegende Teil der Befragten sich eher nicht vorstellen kann, in der Orthopädie und Unfallchirurgie zu arbeiten. Die Diskrepanz, einerseits mehr über den Beruf wissen zu wollen, sich aber gleichzeitig nicht vorstellen zu können, Unfallchirurg und Orthopäde zu sein, sollte von uns genutzt werden.

Hier bieten sich Kooperationen mit Schulen (zum Beispiel im Biounterricht oder im Kunstunterricht) an. Wie sehen Unterstufenschüler das Krankenhaus? Zur Beantwortung dieser Frage haben wir in unserer Klinik mit einer Kunstlehrerin ein Projekt gestartet. Alle Schüler malten Bilder zum Thema. Wir haben sie in der Ambulanz aufgehängt und bei Saft und Brezeln zu einer offiziellen Ausstellungseröffnung und Vernissage eingeladen. Der Besucherzustrom war groß, und die Bilder zieren nicht nur die kahlen Ambulanzwände sondern wurden auch ins Internet eingestellt.

Ein anderes Beispiel: In der Oberstufe werden in den jährlichen Berufsorientierungsseminaren verschiedene Berufsbil-

„ Häufig gestellte Fragen, ob und wie man auch ohne ein Abitur von 1,0 Medizin studieren kann oder wie sich Familie und Beruf unter einen Hut bringen lassen, können wir beantworten.

der vorgestellt. Sehr gefragt sind die Veranstaltungen der Ärzte („Chirurg – aber ich kann doch kein Blut sehen?“). Alle den Beruf betreffenden Fragen werden diskutiert. Häufig gestellte Fragen, ob und wie man auch ohne ein Abitur von 1,0 Medizin studieren kann oder ob und wie sich Familie und Beruf unter einen Hut bringen lassen, können wir beantworten. Die Klinik bietet den Schülern, die ihre Eindrücke vertiefen wollen, regelmäßig Plätze zum berufsorientierenden Praktikum für Gymnasien an. Die Schüler begleiten einen Kollegen über eine Woche und werden neben dem Ambulanz- und Stationsbetrieb auch mit in den OP genommen. Die ersten Erfahrungsberichte der Schüler sind im Internet eingestellt (<http://www.klinikverbund-suedwest.de/sindelfingen-uchir-weiterbildung.0.html>).

Optimierte Weiterbildung

Auch die Krankenhausträger haben die Notwendigkeit der Bindung guten Personals mittlerweile erkannt. Inzwischen werden Kinderbetreuungen entsprechend der Arbeitszeiten der ärztlichen Mitarbeiter eingerichtet und flexible und Dauerarbeitsverträge angeboten. In Anbetracht der Frauenquote in der Nachwuchsmedizin sicher ein längst überfälliger Schritt. Ärzte, die nach Erreichen des Rentenalters noch arbeiten wollen, werden reintegriert und können ihren großen Erfahrungsschatz einbringen. In unserer Ambulanz konnten wir so einen hervorragenden Mitarbeiter einsetzen.

Feste und verlässliche Ausbildungspläne ergänzen die Attraktivität am Arbeitsplatz. Arbeitszeitgesetze müssen eingehalten und Freizeit- sowie Überstundenausgleich gewährt werden. Durch eine TÜV DIN ISO 9000 Zertifizierung haben wir 2010 in unserem Krankenhaus die Aus- und Weiterbildungen und die Einhal-

tung gesetzlicher Vorgaben neu strukturiert. Neben einem Gerätepass für alle Ärzte sowie Fortbildungen zu Hygiene, Brandschutz, Arbeitssicherheit, Transfusion et cetera haben wir einen verbindlichen Ausbildungsplan zum Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie neu strukturiert und schriftlich fixiert. Neben einem Ablaufplan – von den ersten Einarbeitungstagen bis zum 72. Monat – wurden Halb-Jahrespläne konzipiert, die neben den Ausbildungsinhalten auch die Operationen, empfohlene Kurse sowie Weiterbildungen und Mitarbeitergespräche vorsehen. Sonografie-Kurse, Strahlenschutz und ein ATLS-Kurs sind Pflicht. Weitere Kurse wie Hand-Arthroskopie-, Notarzt- oder Kyphoplastiekurs sind fakultativ ergänzbar. Ein Rhetorikkurs für Ärzte, der Klinikintern im Fortbildungsprogramm oder durch die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft „Medien“ für jedermann angeboten wird, hilft in Patienten-, Mitarbeiter- und Bewerbungsgesprächen und trainiert eine gute Vortragstechnik.

Im Mitarbeitergespräch Talente entdecken

Eine Befragung der Mitarbeiter durch die Ärztekammer ergab in unserer Klinik Defizite bei verschiedenen Themen wie zum Beispiel Sterbebegleitung und Untersuchungstechniken. Wir haben diese Themen in unsere wöchentliche Mittwochsfortbildung aufgenommen. Hier werden in einer von der Ärztekammer zertifizierten Weiterbildung Themenfelder abgearbeitet. In diesem Jahr beschäftigen wir uns mit den Randgebieten Altersmedizin, Bevölkerungsentwicklung sowie sozialpolitischen Themen, Gesundheitsmanagement und medizinische Verwaltung. Zusätzlich haben wir einmal pro Monat eine Fehler- und Letalitätskonfe-

Klinik für Unfallchirurgie Sindelfingen-Böblingen



Unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Axel Prokop steht in der Unfallchirurgie an den Kliniken Sindelfingen ein Team mit fünf Oberärzten und neun Assistenzärzten rund um die Uhr bereit, um Verletzungen und Frakturen mit modernsten Implantaten gemäß den aktuellsten Therapierichtlinien zu versorgen. Die Klinik ist unter anderem als regionales Traumazentrum sowie als Zentrum für Alterstraumatologie zertifiziert und behandelt jährlich rund 18 000 Patienten ambulant sowie an die 2100 Patienten stationär.

renz eingeführt. In diesen „Frühstückskonferenzen“ bei Kaffee und Brezeln entstand ein internes Forum mit hohem Diskussionsbedarf und großem Lernwert. In den ein- bis zweimal pro Jahr stattfindenden Mitarbeitergesprächen werden die bisher erreichten und zukünftigen Weiterbildungsziele besprochen. Talente der Mitarbeiter sollen frühzeitig erkannt und gefördert werden sowie eine aktive Patientenakquise ermöglichen.

In den Gesprächen wird darauf geachtet, dass die Mitarbeiter Schwerpunkte belegen, die sie selber in Rücksprache mit dem Chefarzt weiterentwickeln und ausbauen wollen und somit auch Neuerungen einbringen. Die durchgeführten und für den Facharzt notwendigen Operationen können regelmäßig im OP-Dokumentationssystem ORBIS abgefragt und fehlende Eingriffe geplant werden. Die Inhalte des Gesprächs werden dokumentiert, den

Mitarbeitern ausgehändigt und bei der nächsten Besprechung überprüft. Die große Skepsis gegenüber diesem Vier-Augen-Gespräch mit dem Chef ist mittlerweile von den Mitarbeitern abgelegt worden.

Gespür für Work-Life-Balance

Wir haben dabei auch gelernt, dass sich nicht jeder Mitarbeiter im Sinne einer hierarchischen Karriere weiterentwickeln will. Immer „schneller, weiter und mehr“ lautet nicht immer das vorrangige Ziel. Ein junger Mitarbeiter mit Herzinfarkt und ein junger Oberarzt mit einem plötzlich entdeckten, fortgeschrittenen Krebsleiden im unmittelbaren Umfeld gaben uns den Anlass darüber nachzudenken, wie bei aller Belastung, genügend Raum und Zeit für Erholung und Familie erhalten bleibt. Wir wollen eine Work-Life-Balance zwischen Beruf, Freizeit und Familie erreichen. Von jüngeren Mitarbeitern wird sie heute vorausgesetzt, die älteren Kollegen müssen sich oftmals selber daran erinnern.

Jede Aktivität bedeutet zusätzliches zeitliches Engagement, welches sich jedoch kurz-, mittel- und auch langfristig bezahlt macht, denn die Kinder sind nicht nur die Kollegen von übermorgen, sondern auch die Kunden von morgen. Unsere Aktivitäten haben sich inzwischen herumgesprochen, sodass wir entgegen dem Trend eine große Zahl an Initiativbewerbungen verzeichnen, obwohl alle Stellen besetzt sind.



Autor
Prof. Dr. med. Axel Prokop,
Chefarzt der Klinik für
Unfallchirurgie Sindelfingen-
Böblingen, a.prokop@
klinikverbund-suedwest.de



Autor
Dr. med. Marc Chmielnicki,
Oberarzt an der Klinik für
Unfallchirurgie Sindelfingen-
Böblingen, m.chmielnicki@
klinikverbund-suedwest.de

Das Warten hat sich gelohnt!



Mit noch mehr Extras für die Recruiting-Praxis.

Jochen Gabrisch

■ Die Besten entdecken

Jetzt in der 4. Auflage!

Über 800 Fragen für erfolgreiche Auswahlgespräche mit Fach- und Führungskräften inklusive CD-ROM zur Erstellung individueller Gesprächsvorlagen
280 Seiten, broschiert
EUR 39,00, ISBN 978-3-472-08058-9

www.personalwirtschaft.de/die-besten-entdecken

Ihre Bestellwege:

Tel.: 02631-801 22 11

Fax: 02631-801 22 23

E-Mail: info@personalwirtschaft.de





Zusammen sind wir stark

Im Zentrum für Gesundheitsmanagement (ZfG) haben sich über dreißig Krankenhäuser und Reha-Kliniken zusammengeschlossen, um gemeinsam im Netzwerk Personal im Ausland zu gewinnen und die Integration in den Kliniken zu fördern. Ein innovativer Ansatz.

Bereits 2020 werden annähernd 56 000 Ärzte und gut 140 000 nicht-ärztliche Fachkräfte fehlen. Bis 2030 wird sich die Personallücke auf fast eine Million Personen, gut 165 000 Ärzte sowie fast 800 000 nicht-ärztliche Fachkräfte, vergrößern. Sowohl stationäre Einrichtungen als auch ambulante Dienste steuern auf einen gravierenden Pflegenotstand zu. Im Jahre 2030 werden in Kliniken über 400 000 Krankenschwestern, -pfleger und Pflegehelfer, im ambulanten Dienst weitere 66 000 fehlen. Dabei ist der Personalbedarf von Altenpflegeeinrichtungen noch nicht berücksichtigt. Der dramatische Personalmangel wird nicht nur eine wesentlich schlechtere Gesundheitsversorgung und eine extreme Belastung des verbliebenen Personals mit sich bringen, sondern auch erhebliche gesamtwirtschaftliche Einbußen erzeugen. Bis 2030 geht der deutschen Volkswirtschaft aufgrund nicht besetz-

ter Stellen eine Wertschöpfung von 35 Milliarden Euro verloren. Wenn Politik, Wirtschaft und andere Arbeitsmarktakteure in der Gesundheitswirtschaft nicht heute Gegenmaßnahmen ergreifen, werden im Jahr 2030 fast eine Million Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung fehlen. Diese Zahl entspricht in etwa der aller Beschäftigten in der deutschen Automobilindustrie. Diese Lücke lässt sich nur durch das Drehen an vielen Stellschrauben schließen, beispielsweise die Vergrößerung des Fachkräfteangebots, die Hebung von Effizienzreserven, innovative Arbeitszeitmodelle, die Reformierung der Ausbildung und die Gewährleistung der Arbeitsfähigkeit bis zum Rentenalter.

Vernetzung statt Konkurrenz

Eine der zentralen Herausforderungen der Zukunft liegt in der Zuwanderung von ärztlichem und nicht-ärztlichem Per-

sonal aus dem Ausland, denn ohne dieses ist die heutige Qualität in der Gesundheitsversorgung nicht aufrechtzuerhalten. Dabei darf sich die Politik auf der einen Seite nicht darauf beschränken, die Zuwanderung zu ermöglichen, sondern sie muss diese auch gezielt fördern. Auf der anderen Seite sind aber auch die Träger der Gesundheitsversorgung, sprich Krankenhäuser und Ärztekammern, in der Verantwortung, durch gezielte Akquise im Ausland die Versorgungslücke zu schließen.

Eine aus dieser Erkenntnis geborene Institution ist das „Zentrum für Gesundheitsmanagement“ (ZfG), in der sich über dreißig Krankenhäuser und Reha-Kliniken überwiegend aus Nordrhein-Westfalen, dem Saarland und Berlin zusammengeschlossen haben. Sie führen beispielsweise gemeinsame Informationsveranstaltungen über die Berufsbilder und Arbeitsmöglichkeiten in ihren Häusern im

Ausland durch. Dahinter steht die Einsicht, dass der Fachkräftemangel kaum zu lösen ist, wenn sich die Krankenhäuser gegenseitig Konkurrenz machen.

Wichtig ist es vielmehr, durch die Vernetzung von Aktivitäten Angebotsstrukturen zu entwickeln, die über normale Rekrutierungstätigkeiten hinausgehen.

Zuwanderung ermöglichen

So führt das ZfG Informationsveranstaltungen im Ausland durch und informiert die Interessenten über die Arbeitsbedingungen in Deutschland. Zudem stellen aus dem Ausland kommende Ärzte, die inzwischen an einem der Mitgliedshäuser des ZfG beschäftigt sind, ihre positiven Eindrücke aber auch Schwierigkeiten dar, die mit der Arbeitsaufnahme in Deutschland verbunden sind.

Diejenigen, die sich für eine Beschäftigung in Deutschland entscheiden, werden bei schon vorhandenen guten Deutschkenntnissen auf B2-Niveau zu einer kostenlosen Hospitation eingeladen, um sich vor Ort ein Bild zu machen, aber auch um den Chefärzten oder anderen Verantwortlichen die Möglichkeit zu geben, den Bewerber kennenzulernen. Nach einer solchen im Regelfall einwöchigen Hospitation steht die Entscheidung an, ob eine Beschäftigung von beiden Seiten gewollt ist. Ist dies der Fall, wird ein Arbeitsvertrag als Assistenzarzt in der Weiterbildung abgeschlossen und ein Approbationsverfahren eingeleitet.

Im zweiten Schritt bietet das ZfG Sprachkurse für ärztliches und nicht-ärztliches Personal in Kooperation mit dem Goethe Institut zum Beispiel in Thessaloniki an. Bewerber werden in diesen Kursen nicht nur in der deutschen Sprache unterrichtet, sondern auch mit der medizinischen Fachsprache vertraut gemacht. Zudem werden weitere verpflichtende Sprachkurse in den Mitgliedskrankenhäusern durchgeführt. Denn die Beherrschung der deutschen Sprache ist zwingende Voraussetzung für eine erfolgreiche Tätigkeit in den Mitgliedskrankenhäusern. Diese zahlen einen jährlichen Beitrag und haben

„ Wenn Politik, Wirtschaft und andere Arbeitsmarktakteure in der Gesundheitswirtschaft nicht heute Gegenmaßnahmen ergreifen, werden im Jahr 2030 fast eine Million Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung fehlen.

damit die Möglichkeit, sich über das Jobportal der ZfG für ihre Häuser geeignete Kandidaten zu einer Hospitation oder einem Vorstellungsgespräch einzuladen oder eigene Akquisitionswünsche an die ZfG für die gezielte Anwerbung im Ausland weiterzugeben.

Die 2012 gegründete ZfG ist bisher in Polen, Griechenland und Spanien mit Informationsveranstaltungen, Jobmessen und Symposien unterwegs und wird diese Aktivitäten aufgrund des hohen Bedarfs auch noch auf weitere EU-Staaten ausweiten.

Bisher konnten allein für ein Mitglieds- haus 22 Ärzte in den Fachrichtungen Anästhesie, Innere Medizin, Neurologie und Chirurgie gewonnen werden, die zum Teil schon seit einem Jahr ihrer Beschäftigung nachgehen. Zudem sind, auf Grundlage der Akquisitionstätigkeiten, 14 Krankenschwestern und -pfleger an diesem Haus tätig. Erfolge, die sich aus der Sicht aller Beteiligten sehen lassen.

Gewinn für alle Seiten

Moralische Bedenken sehen die Netzwerkpartner des ZfG in der Anstellung von Ärzten und Pflegekräften aus dem süd- oder osteuropäischen Raum nicht. Denn die Europäische Union ist keine Einbahnstraße, auf der Hilfen nur in eine Richtung fließen dürfen. Die Patientenversorgung in Deutschland kann nur davon profitieren, wenn die Ärzte und Pflegekräfte aus Süd- und Osteuropa dabei helfen, den Ärzte- und Pflegemangel in Deutschland zu lindern. Hier findet ärztliches und nicht-ärztliches Personal aus dem Ausland eine berufliche Perspektive. Es geht um eine schnelle, kurzfristige und unbürokratische Strukturhilfe für beide Seiten. Angesichts von Arbeitslosenquo-

ten, die in Spanien, Griechenland oder Portugal teilweise dreimal so hoch sind wie in Deutschland, ist es nachvollziehbar, dass sich Ärzte und Pflegekräfte nach Arbeitsalternativen umsehen. Griechenland hat beispielsweise mit 5,4 Ärzten auf 1000 Einwohner die höchste Arztdichte in Europa. Bereits jetzt suchen deshalb viele eine Anstellung im Ausland.

Die angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten, sowohl im ärztlichen wie auch pflegerischen Bereich, machen den Bildungsstandort Deutschland für viele ausländische Arbeitssuchende im Gesundheitswesen attraktiv. Mit diesen Stärken will das ZfG bei seinen Auslandsaktivitäten punkten, denn es geht um eine Gewinnsituation für alle Beteiligten. Aufgrund der dargestellten dramatischen Entwicklung im Gesundheitswesen ist der beschriebene Ansatz ein positives Signal in die richtige Richtung, hilft er doch auch, die häufig nicht beachteten positiven Aspekte eines gesamteuropäischen Marktes deutlich zu machen. Leider gibt es im Gesundheitswesen viele Baustellen, die es ebenfalls Wert wären, angegangen zu werden. Der Erhalt einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Gesundheitswesen sollte daher für alle Akteure bindende Verpflichtung sein.



Autor
Andreas Schlüter, Geschäftsführer, ZfG -Zentrum für Gesundheitswirtschaft, Geschäftsführer der Klinikum Westfalen GmbH und Geschäftsführer der Klinikum Vest GmbH, info@zfg24.de

Ein herzliches Willkommen

Um Pflegepersonal aus dem Ausland erfolgreich zu rekrutieren und integrieren, hat das Personalmanagement der Schön Klinik eigens eine Stelle mit einer Fachkraft eingerichtet. Von der Wohnungssuche bis zur Anerkennung des Berufsabschlusses unterstützt sie die ausländischen Mitarbeiter.



Quelle: Schön Klinik

Das Foto zeigt die Schön Klinik Bad Aibling, eines der größten neurologischen Rehabilitationszentren in Europa für Patienten mit schwersten Schädel-Hirn-Erkrankungen.

Monica B. ist Pflegekraft. In Rumänien findet sie trotz eines guten Exams und langjähriger Berufserfahrung keine Arbeit. Sie hat gehört, dass in Deutschland Pflegekräfte gesucht werden, und weil sie Deutsch spricht, möchte sie den Schritt wagen und sich eine Existenz in Deutschland aufbauen. Ihre Mutter wird sie begleiten – nicht zuletzt, damit jemand da ist, der sich um ihre Tochter kümmert, wenn sie arbeiten geht. Aber bis Monica B. in Deutschland starten kann, müssen noch viele Fragen geklärt werden: Wird ihr Pflegeexamen in Deutschland anerkannt? Wer ist für eine Anerkennung zuständig? Muss sie eine Sprachprüfung ablegen? Braucht sie eine Arbeitsgenehmigung? Und wie soll sie eine Wohnung für drei Personen finden, wo doch ihre finanziellen Reserven durch die lange Arbeitslosigkeit fast erschöpft sind?

Dies ist nur eine kleine Auswahl der Probleme, vor denen migrationswillige Pflegekräfte aus dem Ausland stehen können, wenn sie eine berufliche Zukunft in Deutschland anstreben. Auf der anderen Seite steht ein Gesundheitssystem, in dem schon jetzt an allen Ecken und Enden qualifiziertes Personal fehlt. Derzeit gibt es in Deutschland Kliniken, die einzelne

OP-Säle und ganze Stationen schließen müssen, weil ihnen die nötigen Mitarbeiter zum Betrieb fehlen. Und selbst da, wo solche extremen Auswirkungen nicht zu beobachten sind, führen unbesetzte Stellen zu einer vermehrten Arbeitsbelastung der reduzierten Belegschaft und bedrohen damit die Versorgungsqualität der Patienten genauso wie die Zufriedenheit und Gesundheit der Mitarbeiter. Ein Ende dieser Entwicklung scheint nicht in Sicht: Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass im Jahr 2025 rund 152 000 Beschäftigte in der gesamten Pflegebranche fehlen werden.

Hoher Bedarf an Pflegekräften

Es liegt auf der Hand, dass eine Lösung dieser Probleme in der gezielten Rekrutierung qualifizierter Fachkräfte aus dem Ausland bestehen kann, und nicht wenige Krankenhäuser und Betreuungseinrichtungen gehen inzwischen diesen Weg. Auch die Schön Klinik – mit 16 Standorten und rund 8500 Mitarbeitern eine der großen Klinikgruppen in privater Trägerschaft – betreibt seit 2010 ein systematisches Auslandsrecruiting. Die Klinikgruppe ist auf die Behandlungsfelder Psychosomatik, Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Innere Medizin spezialisiert

und bietet ihre Leistungen sowohl gesetzlich wie auch privat versicherten Patienten an. Durch die Spezialisierung auf sehr betreuungsintensive Bereiche – wie der Behandlung schwerer neurologischer Krankheitsbilder mit völliger oder weitgehender Immobilität der Patienten – haben wir einen hohen Bedarf an Pflegekräften, während gleichzeitig gerade diese Tätigkeitsbereiche durch die höhere körperliche und seelische Belastung der Pflegekräfte häufig weniger attraktiv erscheinen.

Die Aktivitäten, die wir in unserer Gruppe unter der Überschrift „Auslandsrecruiting“ zusammenfassen, gehen über die Schritte eines klassischen Recruiting-Prozesses hinaus. Eine zentrale Aufgabe jenseits der aktiven Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland stellt die umfassende Unterstützung der neuen Mitarbeiter beim Start in Deutschland und in unserem Unternehmen dar. Damit sollen die eingangs aufgezeigten Schwierigkeiten möglichst schnell überwunden werden, die einem beruflichen Wechsel nach Deutschland im Wege stehen können. Mit der strukturierten Gestaltung unseres Auslandsrecruiting verfolgen wir ferner das Ziel, die hohen Qualitätsstandards hinsichtlich der Sprach-, Fach- und

Sozialkompetenzen der Bewerber zu sichern. Weil diese Aufgaben viel Detailwissen voraussetzen (z.B. über die Gleichwertigkeit von Berufsabschlüssen aus verschiedenen Ländern, aktuelle Förderprogramme der EU usw.), hat die Schön Klinik im Personalmanagement der Unternehmenszentrale eine eigene Stelle geschaffen, die sich dem Auslandsrecruiting widmet.

Ausländisches Personal gezielt suchen

Die zentrale Ansprechpartnerin steuert zunächst den ganzen Auswahlprozess von der Sichtung der eingegangenen Bewerbungen bis zur Einstellung. Dadurch, dass Interessenten auf unserer Karrierewebsite spezielle Informationen zum beruflichen Einstieg mit ausländischem Berufsabschluss und direkte Kontaktmöglichkeiten finden, erreichen uns meistens Initiativbewerbungen in ausreichender Zahl und guter Qualität. Gute Erfahrungen haben wir 2011 aber auch mit der Schaltung von Stellenanzeigen auf Jobportalen anderer Länder gemacht. Hierzu hatten wir grundsätzlich nur Länder ausgewählt, deren Pflegeausbildung mit der Ausbildung in Deutschland vergleichbar ist, damit einer deutschen Anerkennung des Berufsabschlusses später keine fachlichen Hindernisse entgegenstehen.

Außerdem waren die wirtschaftliche Krisensituation und insbesondere eine höhere Arbeitslosenquote ausschlaggebend für den Erfolg, weil diese Faktoren natürlich auf einen höheren Anteil migrationswilliger Fachkräfte schließen lassen. Als wir 2011 die ersten Anzeigenkampagnen starteten, lag der Fokus der Rekrutierung auf Litauen, Lettland, Ungarn, Polen, Tschechien und der Slowakei. Durch die Folgen der Eurokrise hat sich inzwischen der Kreis um Länder wie Spanien, Portugal und Griechenland erweitert.

Wir erwarten von den Bewerbern neben einer hohen pflegerischen Kompetenz immer auch gute Deutschkenntnisse auf dem Level B1 des gemeinsamen europäischen Referenzrahmens oder nur knapp darunter. Ohne gute Sprachkenntnisse können sie den Pflegealltag nicht zur Zufriedenheit unserer Patienten, aber auch nicht zur eigenen oder der ihrer Kollegen bewältigen. Außerdem fordern die Landesbehörden später bei der Anerkennung des Berufsabschlusses den Nachweis über Sprachkenntnisse auf dem B2-Level. Dies gilt für Bayern, wo die Schön Klinik die Mehrzahl ihrer Standorte hat. Die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse ist in Deutschland Ländersache, daher gelten in anderen Bundesländern andere Voraussetzungen.

Der Auswahlprozess

Im weiteren Recruiting-Prozess greifen wir auf klassische Instrumente zurück. Bei Bewerbern mit weniger guten Deutschkenntnissen haben sich eigene Assessment Center (AC) bewährt, um fachliche und soziale Kompetenzen sowie die vermutliche Integrationsfähigkeit abschätzen zu können. Die ACs bestehen unter anderem aus simulierten Situationen aus dem Pflegealltag sowie

Ihre Perspektive für die Pflege



Viele Faktoren machen es für Arbeitgeber schwer, Bewerber in Pflegeberufen zu finden. Mit der Initiative „Perspektive Pflege“ erhalten Sie Zugang zu einem großen Pool an Pflegefachkräften.

Ihre Vorteile:

- ➔ Finden Sie Pflegefachkräfte in Ihrer Region
- ➔ Erhalten Sie besonders attraktive Konditionen
- ➔ Nutzen Sie die Reichweite von zwei renommierten Plattformen

meinestadt.de/perspektive-pflege oder 02241 | 9253 940

**Zukunft
Personal**



Besuchen Sie meinestadt.de
auf der „Zukunft Personal“
Halle 2.1, Stand I.07

schriftlichen Wissenstests in der Muttersprache der Bewerber. Verfügen Bewerber hingegen bereits über sehr gute Deutschkenntnisse, verzichten wir in der Regel auf ACs. Stattdessen führen wir Interviews via Telefon oder Skype durch und laden aussichtsreiche Kandidaten anschließend zur Hospitation in eine unserer Kliniken ein.

Ausgewählte Bewerber werden zunächst als Krankenpflegehelfer angestellt, weil eine Beschäftigung als Gesundheits- und Krankenpfleger natürlich erst nach der deutschen Anerkennung des Berufsabschlusses möglich ist. Damit der Weg zu diesem Ziel zügig beschritten werden kann, unterstützen wir die neuen Mitarbeiter nach der Einstellung je nach persönlicher und familiärer Situation auf vielfältige Weise.

Die Integration fördern

Für Monica B. und ihre Familie haben wir eine Wohnung gesucht und die Mietkaution ausgelegt. Wir haben ihr beim Beantragen der Arbeitsgenehmigung geholfen, die Rumänen in Deutschland noch bis 2014 brauchen. Nach ihrem Umzug hat sie die Ansprechpartnerin aus dem Personalmanagement zum Melde- und Finanzamt begleitet und ihr beim Eröffnen eines Kontos und dem Abschluss einer Krankenversicherung geholfen. Im Vorfeld haben wir schon einen Kontakt zu einem nahe gelegenen Kindergarten hergestellt und ihr weitere nützliche Ansprechpartner und Adressen genannt. Weil ihre Deutschkenntnisse erst auf B1-Level sind, wird ihr die Schön Klinik außerdem einen berufsbegleitenden Deutschkurs bezahlen.

Bei neuen Mitarbeitern, die größere sprachliche Defizite ausgleichen müssen, haben sich in der Vergangenheit eigene Vorbereitungskurse bewährt. In der Regel fassen wir etwa zehn neue Mitarbeiter zu einem solchen „Start-up-Camp“ zusammen. Es erstreckt sich über einen Zeitraum von mehreren Wochen und umfasst Deutschunterricht, aber auch fachliche Schulungen und Fortbildungen, die bei

„**Das Recruiting ausländischer Fachkräfte ist zwar keine Wunderpille, die am Fachkräftemangel leidende Krankenhäuser über Nacht genesen lässt, aber ein wichtiger Baustein zur nachhaltigen Gewinnung hochqualifizierter Mitarbeiter.**“

anderen Mitarbeitern in die Einarbeitung während der ersten Arbeitswochen integriert sind. Das Start-up-Camp gibt den neuen Beschäftigten Sicherheit beim Start im Stationsalltag, und auch die Teamkollegen wissen es zu schätzen, dass sie durch die gute Vorbereitung bald selbstständig arbeiten.

Bei ausländischen Mitarbeitern, die über sehr gute B1- oder bereits B2-Kenntnisse verfügen, verzichten wir auf die Teilnahme an einem Start-up-Camp. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese ohne Probleme direkt auf ihrer Stelle starten können. Sie erhalten dann in den ersten Arbeitswochen die gleiche strukturierte Einarbeitung wie neue Kollegen mit deutschem Berufsabschluss. Sobald schließlich das B2-Zertifikat vorliegt, stellen die Mitarbeiter mit Unterstützung des Personalmanagements bei der zuständigen Landesbehörde – in Bayern ist dies die Bezirksregierung – den Antrag auf Anerkennung ihres Berufsabschlusses. Durch die intensive Betreuung haben bisher knapp 95 Prozent der eingestellten ausländischen Mitarbeiter eine Anerkennung erreichen können, hinzu kommen noch weitere, die schon als Pflegehelfer im Unternehmen beschäftigt waren und jetzt dank Unterstützung auch die Anerkennung erlangt haben.

Der Lohn der individuellen Betreuung

Sowohl die strenge Bewerberauswahl als auch die individuelle Betreuung der neuen Mitarbeiter zahlen sich aus. Sie sind in sprachlicher und fachlicher Hinsicht ihren Aufgaben gewachsen und erleben sich von Anfang an wertgeschätzt und nie als „Pflegekräfte zweiter Klasse“. Das wirkt sich in einer hohen Loyalität gegenüber

der Schön Klinik aus und bindet diese Gruppe nachhaltig ans Unternehmen. Rund 87 Prozent der ausländischen Mitarbeiter, die wir seit 2010 im Rahmen des Auslandsrecruiting eingestellt haben, sind heute noch bei uns beschäftigt. Gleichzeitig schätzen die übrigen Pflegekollegen und das ärztliche und therapeutische Personal die guten Sprach- und Fachkenntnisse der ausländischen Kollegen. Diese guten Erfahrungen tragen zum Abbau von möglichen Vorurteilen und der Schaffung einer Willkommenskultur bei.

Freilich sollte die Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte nicht als Schnellschuss betrieben werden. Nur ein längerfristiges Commitment auf diese Form des Recruiting und die Schaffung klarer Zuständigkeiten in der Organisation ermöglichen es, die hierfür nötige Erfahrung zu sammeln und gezielt Wissen und Kompetenzen in diesem Bereich aufzubauen. Dann ist das Recruiting ausländischer Fachkräfte zwar keine Wunderpille, die am Fachkräftemangel leidende Krankenhäuser über Nacht genesen lässt, aber ein wichtiger Baustein zur nachhaltigen Gewinnung hochqualifizierter Mitarbeiter.



Autorin
Elisabeth Veit,
Personalmanagement,
Schön Klinik Verwaltung,
Prien am Chiemsee,
eveit@schoen-kliniken.de



Autor
Marius Kneip,
Personalmanagement,
Schön Klinik Verwaltung,
Prien am Chiemsee,
mkneip@schoen-kliniken.de



Prof. Dr. rer. pol. Dr. biol. hom.
Wilfried von Eiff

„Die Feminisierung der Medizin erfordert eine neue Arbeitsorganisation“

Wilfried von Eiff, Professor für Krankenhausmanagement an der Universität Münster und Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management (CKM), kommt in einer aktuellen CKM-Studie zu dem Ergebnis, dass die Feminisierung der Medizin für die Kliniken teuer wird. Veränderte Arbeitsstrukturen, so der Experte für Gesundheitsökonomie, führen zu hohen Folgekosten, deren Deckung noch offen ist.

Personalwirtschaft: Familienfreundlichkeit, geregelte Arbeitszeiten et cetera sind Faktoren, auf die auch das männliche Personal zunehmend Wert legt. Führt nicht die junge Generation von Ärzten insgesamt zu einer Kostensteigerung in Kliniken und nicht nur die Feminisierung?

Prof. Wilfried von Eiff: Feminisierung und Generation Y sind zwei Aspekte, die getrennt diskutiert werden müssen. Die Generation Y stellt andere Anforderungen an das „Klinikleben“ als beispielsweise die Ärzte-Generation der Babyboomer. Insbesondere in Bezug auf die persönliche Autonomie, also die Gestaltung der Arbeitszeit. Außerdem streben sie nicht per se eine Karriere in der hierarchischen Laufbahn an, sondern suchen eine Arbeit, die sie persönlich interessiert und sinnhaft ist. Wo es um die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes geht, sind zwar Investitionen von Häusern notwendig, damit genügend personelle Kapazitäten vorhanden sind. Doch in erster Linie erfordert die Generation Y eine veränderte Führungskultur. Die Feminisierung bezeichnet eine andere Dimension der Veränderung, da Bedingungen infrastruktureller Art geschaffen werden müssen, die es ermöglichen, dass Ärztinnen die Kombination von Beruf und Privatleben in familiengemäßer Form leben können.

Was heißt das für den Arbeitgeber Krankenhaus?

Laut Aussage der Krankenhäuser in unserer Erhebung bedeutet ein familienfreundlicher Arbeitsplatz ausreichende Kita-Plätze, geregelte Arbeitszeiten und die Begrenzung von Diensten. Dies bedeutet in der Folge, dass sie

einerseits in Kita-Plätze investieren müssen. Zum anderen braucht es aber neue Arbeitszeitmodelle, damit die geregelte Arbeitszeit erfüllt werden kann. Allein dafür werden zusätzliche Personalkapazitäten benötigt. Und um den 24/7-Dienst aufrechtzuerhalten, wenn beispielsweise Frauen weniger oder keine Dienste in der Nacht oder an Sonn- und Feiertagen leisten, benötigen die Kliniken weitere Kapazitäten. Diese sind derzeit in den meisten Häusern aber aus Kostengründen nicht vorhanden. Auch die Delegation von ärztlichen Arbeiten an die Pflege kann das Ressourcenproblem nachhaltig nicht lösen.

Wie können die Mehrkosten der Feminisierung gegenfinanziert werden?

Fast 80 Prozent der Befragten sind sich sicher, dass die Feminisierung zu „Folgekosten mit hohen finanziellen Belastungen“ führen wird. Doch wo das Geld herkommt, weiß keiner. Es sind dabei weniger die Kita-Plätze, die ins Gewicht fallen. Doch wenn die gesetzliche Regelung der Wochenarbeitszeit von 40 Stunden in der Praxis wirklich umgesetzt wird und Dienste kompensiert werden müssen, dann kommen pro Stelle zwischen 12 und 25 Prozent Kostensteigerung auf die Häuser zu – wenn sie den Frauen einen attraktiven Arbeitsplatz bieten wollen und sie an das Haus binden möchten. Die Masse der Häuser wird diese Investitionen nicht stemmen können, zumal ein geschätztes Drittel der Krankenhäuser rote Zahlen schreibt. Diejenigen Kliniken, die in der Lage sind, Finanzmittel zu mobilisieren, können sich an dieser Stelle einen Wettbewerbsvorteil verschaf-

fen. Doch neben der Kostenfrage ist auch das Personalmanagement gefragt. Es müssen neue Arbeitszeitmodelle aufgesetzt, organisiert und gesteuert werden. Dies ist ein erheblicher Managementaufwand, der bisher weitgehend ignoriert wird. Benötigt werden Best Practices bezogen auf Arbeitszeitmodelle, Laufbahnsysteme, Entgeltformen und Weiterbildungsorganisation.

Inzwischen sind rund zwei Drittel der Studienanfänger in der Medizin Frauen. Wie lässt sich das ändern?

Indem das Zulassungsverfahren geändert wird. Frauen zwischen 16 und 20 Jahren haben eine höhere Lernmotivation als Männer der gleichen Altersgruppe und erreichen dadurch eine bessere Abitur-Note, die heute über die Zulassung zum Medizinstudium entscheidet. Sie sind ihren männlichen Altersgenossen in ihrer Entwicklung voraus, verhalten sich erwachsener, angepasster an die Erfordernisse des Schulbetriebs. Ein weiterer Trend: Ob Mann oder Frau, wer die Durchschnittsnote 1 hat, studiert Medizin, oft unabhängig von Eignung und Interesse. Zudem erleben wir heute die fragwürdige Entwicklung, dass sagenhafte Abiturnoten zwischen 0,7 und 1,3 wahrlich inflationieren. Unabhängig von dem Phänomen der Feminisierung in NC-Fächern müssen Zulassungsverfahren ausschließlich auf Basis der Abiturnote abgelöst werden durch Auswahlprozesse, wie sie beispielsweise bei der Lufthansa für Piloten üblich sind. Das Problem ist erkannt, Lösungsmöglichkeiten gibt es, es fehlen allein Initiative und politischer Mut.

Das Interview führte Christiane Siemann.

Gemeinsam mehr erreichen

In erfolgreichen Unternehmen ziehen Arbeitgeber und Arbeitnehmer an einem Strang. Doch häufig bieten Interessensgegensätze nur begrenzten Raum für echte Win-win-Situationen. Anders in der betrieblichen Altersversorgung: Immer mehr erfolgreiche Unternehmen der Gesundheitswirtschaft nutzen die Möglichkeiten der bAV.



In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber in der Altersversorgung einen Paradigmenwechsel eingeleitet. Neben der sogenannten „Riester-Treppe“ sorgen vor allem der neu eingeführte Nachhaltigkeitsfaktor und die Rente mit 67 für fundamentale Veränderungen in der Altersversorgung. Dies gilt auch für die Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in kirchlicher und öffentlicher Trägerschaft. Hier galt bis 2002 noch eine beamtenähnliche Vollversorgung. Jetzt gilt ein Punktesystem. In einem Sonderheft der „Stiftung Warentest“ wird dazu der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft kommunale und kirchliche Altersversorgung (AKA) München zitiert: „Im öffentlichen und kirchlichen Dienst gibt es eine doppelte Notwendigkeit zur Vorsorge, denn die gesetzliche Rente und die Zusatzversorgung sinken beide.“

Besonders betroffen von den Absenkungen der Renten sind weibliche Teilzeitbeschäftigte. Unterbrochene Einzahlungszeiten in die gesetzliche Rentenversicherung, oft noch in Verbindung mit Teilzeittätigkeit, wirken sich dramatisch auf die Renten-

höhe aus. Ein aktives Gegensteuern wird immer dringlicher. Vielen Betroffenen ist aber der Ernst der Lage noch nicht klar.

Die Auswirkungen auf die Unternehmen

Die konsequente Absenkung der Leistungen in allen Systemen der Altersversorgung trifft sowohl die Arbeitnehmer als auch die Arbeitgeber. Ein flexibler und an die persönliche Leistungsfähigkeit angepasster Übergang in den Ruhestand wird immer schwieriger. Das hat folgende Gründe:

- Staatlich subventionierte Vorruhestandsinstrumente stehen künftig nicht mehr zur Verfügung.
- Tarifliche Regelungen zur Altersteilzeit wurden eingestellt beziehungsweise nicht mehr verlängert.
- Die zunehmende Besteuerung der Rente senkt die Nettorenten weiter ab.
- Die Rente mit 67 Jahren führt bei vielen Beschäftigten zu deutlichen Rentenabschlägen.
- Steigende Eigenbeteiligungen an Medizin- und Pflegedienstleistungen tragen

zusätzlich dazu bei, dass der Wunsch nach einem vorzeitigen Renteneintritt und die Chance zur Realisierung immer weiter auseinander fallen.

Schon jetzt nehmen im Alter die Krankheitstage zu. Ältere Beschäftigte sind dabei nicht öfter, dafür aber deutlich länger krank. Unternehmen und Beschäftigte stehen vor der Frage: Wie soll der vorzeitige Renteneintritt finanziert werden? Durch das spätere Renteneintrittsalter steigen die Lohnkosten je Produktivstunde – bedingt durch zunehmende Krankheitstage – signifikant an. Mitarbeiter, die sich den vorzeitigen Ausstieg nicht leisten können, lassen die Ausfallzeiten bei den rentennahen Jahrgängen weiter steigen. Aus diesem Grunde beginnen immer mehr Unternehmen diesen Entwicklungen aktiv entgegenzuwirken.

Staatliche Förderung nutzen

Die Rentenreform 2002 hat nicht nur zu deutlichen Renteneinschnitten geführt, sondern auch die staatliche Förderung der Eigenvorsorge auf den Weg gebracht.

Zum einen über die Riester-Rente und zum anderen über die Förderung der Entgeltumwandlung, also über die Betriebsrente. Diese Vorsorge über den Betrieb gilt dabei aus folgenden Gründen als besonders wirkungsvoll:

- Bei der Entgeltumwandlung fließt der Bruttolohn in die Vorsorge ein. Lohnsteuer sowie Kranken- und Pflegeversicherung fallen erst im Ruhestand an. Der Steuersatz ist dann in der Regel deutlich niedriger.
- Die eingesparten Steuern und Sozialabgaben erwirtschaften bis zur Rente Zins- und Zinseszins.
- Die Vertragskosten sind deutlich geringer als bei einer privaten Vorsorge.
- Viele Unternehmen fördern die Entgeltumwandlung mit Arbeitgeberzuschüssen.
- Für die Unternehmen entstehen in der Regel keine zusätzlichen Kosten.

Immer mehr Unternehmen nutzen daher die Vorteile – auch weil dadurch in der Regel statt Kosten Erträge entstehen – und verbessern damit die Vorsorgesituation der Belegschaft deutlich. Mit innovativen betrieblichen Vorsorgemodellen bieten sie den Beschäftigten zusätzliche Möglichkeiten und erhöhen so die Attraktivität der Arbeitsplätze und die Bindung der Arbeitnehmer an das Unternehmen.

Angebote gut – Wirkung überschaubar

Viele Unternehmen bieten den Beschäftigten inzwischen die Möglichkeit der Entgeltumwandlung an. Einige zahlen auch einen Arbeitgeberzuschuss und bieten an, die vermögenswirksamen Leistungen in die Betriebsrente einzubringen. Auch die Zusatzversorgungskassen, über die auch die Pflichtversicherung erfolgt, offerieren diesen Weg. Ohne Zweifel gute Angebote. Dennoch ist die Resonanz sehr überschaubar. Und es heißt ganz schnell: „Unsere Mitarbeiter interessiert das nicht.“ Stellt sich die Frage: Ist das wirklich so? Vielleicht müsste es eher heißen: „Unsere Mitarbeiter sind nicht ausreichend informiert.“

Denn Fakt ist: Von denjenigen Beschäftigten, die anhand der eigenen Lohnabrechnung individuell über die Möglichkeiten und Wirkungen der Entgeltumwandlung aufgeklärt werden, nutzt mehr als jeder zweite dieses Angebot.

Kommunikation macht den Unterschied

Der entscheidende Unterschied zwischen dem „Mehr- oder Mindererfolg“ solcher Arbeitgeberangebote liegt in der Art und Weise der Kommunikation. Hier hat sich die Situation seit der Einführung der staatlichen Förderung der Altersversorgung deutlich verändert. Die üblichen Formen der mündlichen und schriftlichen Information wie zum Beispiel Vorträge oder Gehaltsbeileger funktionieren nur noch bedingt. Diese Formen der Kommunikation erreichen die Köpfe nicht mehr. Deshalb haben die großen Branchenversorgungswerke schon vor längerer Zeit begonnen, die Kommunikationskonzepte weiterzuentwickeln und den veränderten Bedingungen anzupassen. Was kann dadurch erreicht werden? Hier ein Beispiel aus der Praxis: Ein Krankenhaus mit 815 Beschäftigten erreicht im ersten Jahr schon eine Beteiligung von 268 Mitarbeitern. Diese bauen im Durchschnitt rund 40 000 Euro zusätzliches Vorsorgevermögen auf. Auf das Krankenhaus gerechnet sind das insgesamt circa elf Millionen Euro, die den Beschäftigten künftig für einen vorzeitigen Ruhestand beziehungsweise zusätzliche Altersversorgung zur Verfügung stehen.

Zusammen agieren

Nur in enger Zusammenarbeit zwischen dem Personalmanagement und dem Anbieter können solche Angebote des Unternehmens erfolgreich kommuniziert und administriert werden. Und nur dann entsteht auch der angestrebte Benefit für Beschäftigte und Unternehmen. Dabei ist es wichtig, die Kommunikation auszubauen und die Administration ständig weiter zu optimieren. Beispielsweise mit

- unternehmensindividuellen Broschüren zur Erstinformation,
- Kurzinformationen für neue Mitarbeiter,
- einer Informationsplattform auf dem firmeneigenen Intranet,
- Fortbildungsseminaren für die Personalabteilungen,
- Workshops für Personalabteilungen,
- Organisation der Portabilität,
- Firmen-Online-Services zur Reduktion des Verwaltungsaufwandes und
- eine einfache Organisation der Meldestatbestände.

Erfolgsnotwendig ist ein umfassender und vor allem kontinuierlicher Informationsprozess. Damit kann sichergestellt werden, dass alle Beschäftigten über die Entwicklungen in der gesetzlichen Rente und die Möglichkeiten der Betriebsrente angemessen informiert sind. In der Begleitung des Prozesses zu einer Win-win-Situation können idealerweise Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretungen an einem Strang ziehen.

Denn schlussendlich sind alle von den Auswirkungen sinkender Renten und steigender Lebensarbeitszeit betroffen. Deshalb führt die aktive Nutzung einer solchen Situation auch zum Erfolg aller. An einem Strang ziehen bedeutet: Kein Geld wird verschenkt, sondern die umfangreiche staatliche Förderung wird zielgerichtet für eine höhere oder eine frühere Rente als mit dem 67. Lebensjahr genutzt.



Autor
Friedhelm Gieseler,
Geschäftsführer,
Versorgungswerk KlinikRente,
Köln, friedhelm.gieseler@klinikrente.de



Autor
Hubertus Mund,
Geschäftsführer,
Versorgungswerk KlinikRente,
Köln, hubertus.mund@klinikrente.de



Gekommen, um zu bleiben

In deutschen Kliniken sind derzeit mehrere Tausend Stellen im ärztlichen Dienst unbesetzt. Doch nicht nur die Rekrutierung ist ein Problem, auch die Bindung von Ärzten. Deren Weiterentwicklung zur Führungskraft können Kliniken mit Talent Management gezielt fördern. Dies wäre ein Anreiz zu bleiben.

Die Besetzung von Leitungspositionen stellt für zahlreiche Krankenhäuser mittlerweile eine große Herausforderung dar. Da leitende Ärzte einen maßgeblichen Beitrag zum Klinikerfolg leisten, beginnt das Talent Management bei der Besetzung dieser Positionen mit geeigneten Kandidaten. Denn die Rolle der Abteilungs-, Ober- und Chefarzte hat sich in den letzten Jahren stark verändert, die Anforderungen an die Kompetenzen sind deutlich gestiegen.

In Abhängigkeit von der Struktur des Krankenhauses reichte es in der Vergangenheit, die medizinischen Qualifikationen wie Facharztausbildungen, Schwerpunktbezeichnungen oder OP-Katalog vorzuweisen. Hinzu kamen – insbesondere bei Universitätskliniken – der Nachweis von Forschungsaktivitäten wie beispiels-

weise Publikationen, eingeworbene Drittmittel oder durchgeführte Studien.

Das heute geforderte Kompetenzprofil ist deutlich breiter. Strategische Kompetenzen, wie das Management des medizinischen Portfolios, sowie betriebswirtschaftliche Kenntnisse beispielsweise im Bereich DRG-Kalkulation oder Führungskompetenzen sind ergänzend hinzugekommen. Als eine Konsequenz hat das Interesse zahlreicher Ärzte an Fort- und Weiterbildungen mit den beschriebenen Inhalten in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im Rahmen der Berufung leitender Ärzte müssen Personalentscheider die Ausprägung dieser Kompetenzen prüfen. Dies kann in einem ersten Schritt auf Basis der Bewerbungsunterlagen erfolgen, beinhaltet jedoch üblicherweise auch umfangreiche Interviews oder Assess-

ment Center. In diese Prozesse eingebunden sind meist Geschäftsführung, Personalabteilung und ärztliche Führung. Einzelne Träger wenden sich an Personalberater, die ein systematisches Screening von potenziellen Chefarzten durchführen. Gleichwohl finden sich derart ganzheitlich ausgerichtete Ansätze bislang noch nicht flächendeckend.

Verkrustete Strukturen auflösen

Personalentwicklungsmaßnahmen spielen bei der Talentförderung und -bindung eine zentrale Rolle. Diese Maßnahmen müssen sowohl die Ziele des Unternehmens als auch die des jeweiligen Talents berücksichtigen. Talente sollten idealerweise Stellen besetzen, die ihren Begabungen entsprechen und gleichzeitig eine Herausforderung darstellen.

„ Für eine faire Talentförderung muss die tradierte Führungsorganisation in der klinischen Abteilung, welche den Chefarzt als einzigen Entscheider mit umfassender Aufgaben- und Entscheidungsverantwortung fixiert, verändert werden.

Was heißt das für ärztliche Talente in Kliniken? Die Identifikation von ärztlichen Talenten sollte nicht ausschließlich von der häufig einseitig medizinisch-fachlich dominierten und zum Teil von der subjektiven (willkürlichen) Einschätzung und Bewertung des vorgesetzten Chefarztes abhängen, sondern durch unabhängige, zeitlich gestufte weitere Bewertungen ergänzt werden. Hierzu sind regelmäßig Leistungs- und Potenzialbeurteilungen oder 360-Grad-Feedbacks von verschiedenen Vorgesetzten oder Beteiligten (andere Chefarzte, pflegerische Stationsleitungen) durchzuführen.

Darüber hinaus sind neben den medizinischen Fortbildungen auch systematisch Fortbildungen zum Erwerb der betriebswirtschaftlichen, Planungs- und Führungskompetenzen durchzuführen. Der Transfer des erworbenen Wissens in tatsächliche Kompetenzen ist über unternehmensseitig definierte Kompetenzbausteine zu leisten. Hilfreich sind hier verschiedene klinikübergreifende Unternehmensprojekte, in denen das Talent seine Fähigkeiten unter Beweis stellen und seine Kompetenzen über den fachlichen Bereich hinaus weiterentwickeln kann. Beispiele sind klinikübergreifende Projekte aus dem Bereich Qualitätsmanagement, klinische Reorganisationen und Schnittstellenmanagement, neue Arbeitszeitmodelle oder die Kalkulation neuer medizinischer Leistungen. Die Bewertungen durch andere Vorgesetzte ergänzen die Talentidentifikation. Das Personalmanagement unterstützt diese klinikübergreifenden Support-Leistungen der Talentförderung.

Eine Talentbindung wird jedoch trotz aller Förderung und Investition in Personalentwicklungsmaßnahmen erst dann stattfinden, wenn der klassische Karriereweg

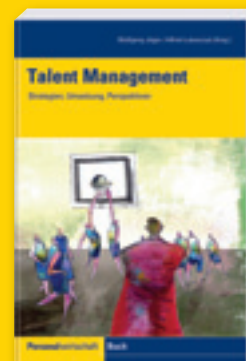
in der Klinik über die Positionen Facharzt, Oberarzt, Chefarzt einer wirklichen Talentförderung entspricht. Hierzu muss die tradierte Führungsorganisation in der klinischen Abteilung, welche den Chefarzt als einzigen Entscheider mit umfassender Aufgaben- und Entscheidungsverantwortung fixiert, grundsätzlich hinterfragt und verändert werden. Vor dem Hintergrund des langjährigen Studiums und der ärztlichen Weiterbildung in der Klinik bis zum Abschluss der Facharztqualifikation (zehn bis zwölf Jahre) sind derartig antiquierte Führungsstrukturen, welche den Facharzt zum Erfüllungshelfen des Chefarztes degradieren, nicht talentfördernd, sondern frustrierend.

Verantwortung schafft Identifikation

Die Attraktivität des klinischen Arbeitsplatzes gegenüber alternativen Arbeitsplätzen in der ambulanten Versorgung, bei Krankenkassen und der Pharmaindustrie kann für ärztliche Talente nur dauerhaft erhalten werden, wenn sich grundlegende Veränderungen in der ärztlichen Führungsorganisation durchsetzen. Hierzu sind Aufgabeninhalte der Stellenprofile Facharzt sowie Oberarzt in der Klinik neu zu gestalten und den Stelleninhabern deutlich mehr Entscheidungskompetenz und Verantwortung zu übertragen. Beispiele sind medizinische Leiter von interdisziplinären Einrichtungen wie onkologische Zentren, Verantwortung für das Medizincontrolling der Abteilung, Mentoring der ärztlichen Weiterbildung, Leitung der klinischen Studien et cetera. Die Übertragung von mehr Verantwortung schafft Identifikation mit dem Arbeitsplatz, hohe Eigenmotivation und die Weiterentwicklung von Kompetenzen, die im Rahmen der internen Talentförde-



Talente finden, fördern und halten



Talent Management steht für die sinnvolle und effiziente Verknüpfung von externer Mitarbeitersuche, Personalentwicklung und Mitarbeiterbindung. Ziel ist es, fähige Mitarbeiter zu gewinnen und wertvolles Wissen im Unternehmen zu halten. Dies ist eine komplexe nachhaltige Aufgabe, die ein neues Denken und Profil im HR-Management erfordert.

In diesem Herausgeberband kommen renommierte Experten und HR-Profis zu Wort: In 20 Beiträgen stellen sie Studienergebnisse zum Talent Management vor, diskutieren Grundlagen und Herausforderungen, berichten über ihre Erfahrungen mit Planungs- und Steuerungswerkzeugen und präsentieren Strategien und Lösungen aus der Unternehmenspraxis.

Das Buch richtet sich an alle, die modernes Talent Management verantworten, beraten, umsetzen und/oder lehren und sich über den aktuellen Stand informieren wollen.

Prof. Dr. Wolfgang Jäger / Alfred Lukascyk (Hrsg.)
Talent Management
 Strategien, Umsetzung, Perspektiven
 2009, 252 Seiten, broschiert
EUR 39,00, ISBN 978-3-472-07198-3

Ihre Bestellwege:
 Tel.: 02631-801 22 11
 Fax: 02631-801 22 23
 E-Mail: info@wolterskluwer.de

Kostenlose Leseprobe und Bestellung:
www.personal-buecher.de

Das führt zum Erfolg.

Personalwirtschaft Buch

rung strategisch von hoher Relevanz sind. Da sich zukünftig das Ärztepotenzial überwiegend aus Ärztinnen rekrutieren wird, erhöht sich die Bedeutung von qualifizierten, verantwortungsvollen Tätigkeitsbereichen, die in flexiblen Arbeitszeitmodellen umgesetzt werden können (siehe auch Seite 37). Gleichwohl findet sich ein derart ganzheitlich ausgerichteter Ansatz bislang nicht flächendeckend und auch nur ansatzweise in wenigen großen Kliniken. Hierfür ist es zwingend erforderlich, die Personalabteilung von ihrem überwiegend administrativen Charakter zu befreien und ihr die zentralen Felder des Talent Managements klinikübergreifend zu übertragen.

Ältere Mitarbeiter adäquat fördern

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird das Durchschnittsalter der Belegschaften in den Unternehmen der Gesundheitswirtschaft deutlich zunehmen. Bereits heute liegt das Durchschnittsalter niedergelassener Ärzte bei über 50 Jahren; im Krankenhaus ist es zwar geringer, aber die Entwicklung zu einem erhöhten Durchschnittsalter ist hier vorgezeichnet. Für das Klinikmanagement stellt sich damit die Herausforderung, eine ältere Belegschaft motiviert und produktiv auch jenseits des 60. Lebensjahres zu beschäftigen. Angesichts der körperlichen und mentalen Belastungen, die mit ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten verbunden sind, ist diese Herausforderung nicht zu unterschätzen.

Die Gesundheitswirtschaft kann hier auf zahlreiche erprobte Ansätze aus anderen Branchen zurückgreifen, die es an die jeweilige Situation anzupassen gilt. Exemplarisch seien hier spezielle Maßnahmen der Weiter- und Fortbildung für ältere

Mitarbeiter, die Entwicklung alternativer Berufsfelder, neue Arbeitszeitmodelle, die den geänderten Präferenzen älterer Mitarbeiter Rechnung tragen, oder Anpassungen bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes genannt. Gerade bei körperlich belastenden Tätigkeiten am Patienten bedarf es weiterer Maßnahmen, zum Beispiel im Hinblick auf unterstützende Geräte wie Hebehilfen. Gelingt es, die aufgeführten Maßnahmen und andere umzusetzen, dann können auch ältere Mitarbeiter ihrer Tätigkeit bis zur Pensionierung wertschöpfend, motiviert und engagiert nachgehen.

Qualifizierung bindet Mitarbeiter

Kliniken und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens werden sich in Zukunft frühzeitiger um potenzielle Talente kümmern müssen. Es verwundert daher nicht, dass sie immer häufiger den Kontakt mit Schulen oder Hochschulen suchen, um sich bereits hier als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren. Je früher es gelingt, junge Menschen für bestimmte Berufe beziehungsweise die eigene Organisation zu begeistern, desto einfacher wird später die Rekrutierung. Kooperationen mit Hochschulen kommen unter anderem ins Spiel, wenn es um duale Studiengänge oder Inhouse-Programme für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft geht.

An der Hochschule Neu-Ulm (HNU) gibt es beispielsweise ein maßgeschneidertes Inhouse-Führungskräfteentwicklungsprogramm für Ärzte, dessen Inhalte sich auf ein MBA-Studium anrechnen lassen. Gerade Klinikverbünde orientieren sich daher bei ihren Maßnahmen der Personalentwicklung immer stärker hin zu „Corporate Universities“, das heißt professionellen Anbietern von Wissensdienst-

leistungen, welche in Kooperation mit Hochschulen unternehmensbezogen maßgeschneiderte Trainings- und Lernprogramme liefern. Diese münden in ein Zertifikat oder einen staatlich anerkannten Studienabschluss wie beispielsweise den „Master of Business Administration“ (MBA) oder „Bachelor“.

Derartige Zertifikate oder staatlich anerkannte Abschlüsse sind für den Klinikmitarbeiter natürlich besonders attraktiv und bieten eine solide Basis für die berufliche Weiterentwicklung. Da es sich hier üblicherweise um längerfristige Programme handelt und der Arbeitgeber Teile der Kosten übernimmt, lassen sich die Teilnehmer oftmals über mehrere Jahre hinweg an die Klinik binden. Die Basis bildet meist eine Krankenpflegeschule, die konsequent in Richtung Gesundheitsakademie weiterentwickelt wird und Angebote in den Bereichen Aus-, Weiter- und Fortbildung für sämtliche Berufsgruppen – auch Ärzte – unterbreitet. Derartige Strukturen eröffnen dann auch die Möglichkeit, Personalentwicklung und Talent Management zu verbinden.

„ Je früher es gelingt, junge Menschen für bestimmte Berufe beziehungsweise die eigene Organisation zu begeistern, desto einfacher wird später die Rekrutierung.“

Mehr zum Thema

Runde, Alfons / Da Cruz, Patrick / Schwegel, Philipp : Talentmanagement: Innovative Strategien für das Personalmanagement von Gesundheitseinrichtungen, Heidelberg 2012.



Autor
Prof. Dr. Patrick Da-Cruz,
Hochschule Neu-Ulm,
Fakultät Gesundheitsmanagement,
patrick.da-cruz@hs-neu-ulm.de



Autorin
Prof. Dr. Sylvia Schafmeister,
Hochschule Neu-Ulm,
Fakultät Gesundheitsmanagement,
sylvia.schafmeister@hs-neu-ulm.de



CORPORATE HEALTH

18. September 2013 | koelnmesse



**Themenreihe und Sonderbereich Corporate Health
und betriebliches Gesundheitsmanagement**

www.zukunft-personal.de/Themenreihen

Ein Trendthema der Personalarbeit ist aktuell das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Da psychisch bedingte Erkrankungen zunehmen, gewinnt die Förderung der Mitarbeitergesundheit strategisch an Bedeutung für Unternehmen und Organisationen. Vor diesem Hintergrund erweitert die Zukunft Personal ihr Programm am zweiten Messtag um die Themenreihe „Corporate Health“ mit Vorträgen aus Theorie und Praxis.

Erstmals in 4 Hallen!

Mit mehr als:

16.000 Fachbesuchern
650 Ausstellern
220 Vorträgen & Diskussionen
3 Themenreihen + 2 Sonderflächen

Im Rahmen der

**Zukunft
Personal**

Partner

EuPD Research

I Sustainable Management



Hauptmedienpartner

ifaktor arbeitsschutz

health@work

Mensch & Büro

Foto: André



Stefanie André
BAHN-BKK, Referat Netzwerk Gesundheit

Foto: Hoppe



Michael Hoppe
Fraport AG

Foto: Klietz



Uta Klietz
Hanse Merkur Versicherungsgruppe

Foto: Kromm



Dr. med. Walter Kromm
Master of Public Health

Foto: Lange



Lars Lange
HanseMerkur Versicherungsgruppe

Foto: Uhlmann



Marc Uhlmann
Fraport AG



Akademie

**Mehr Sicherheit.
Mehr Wert.**

Behalten Sie jederzeit den Durchblick

Fachwissen für das
Gesundheitswesen



Patientenrechtegesetz oder DIN EN 15224 – damit solche Neuerungen die Qualität der Versorgung erhöhen und nicht nur den Verwaltungsaufwand, sind sie mit viel Sachverstand und Augenmaß umzusetzen. Wenn es um komplexe Herausforderungen wie die Implementierung eines neuen Qualitätsstandards geht, um präventives Risikomanagement oder um die Anforderungen an Hygiene, Datenschutz oder betriebliche Gesundheit, ist aktuelles Expertenwissen gefragt.

In den spezialisierten Ausbildungen und Seminaren der TÜV SÜD Akademie erwerben Sie exakt die Kenntnisse, die Sie in Ihrer Berufspraxis brauchen.

Interessiert? Wir beraten Sie gerne!

Ihr Partner für Aus- und Weiterbildung

- Mehr als 500 Seminare jährlich in Medizintechnik und Gesundheitswesen
- Anerkannte Zertifikate
- Bundesweite Standorte
- Regionale Ansprechpartner
- Individuelle Inhouse-Schulungen



Alle Informationen auf einen Blick –

mit Ihrem Smartphone
oder online unter

www.tuev-sued.de/akademie/pw