

J. Prölß | M. van Loo (Hrsg.)

Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus

Employer Branding
Personalgewinnung
Mitarbeiterbindung



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Joachim Pröbß | Michael van Loo (Hrsg.)

Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Joachim Prölß | Michael van Loo (Hrsg.)

Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus

Employer Branding – Personalgewinnung – Mitarbeiterbindung

mit Beiträgen von

G. Andersen | H.-J. Bartz | G. Barzel | J. Blume | R. Böck | H.H. Buxel | J. Deerberg-Wittram
U. Düvelius | W. Eichhorst | T. Fandel-Meyer | J. Fockele | H. Frase | M. Frese | N. Galda
C. Gerloff | C. Hagedorn | M. Hannig | F. von der Heide | F. Hermeyer | J. Hilbert
M. Kaplan | S. Kesebom | C. Klinke | W.R. Kriegler | C. Linckh | S. Lungen | T. Marschall
E.M. Oppel | S. Oppermann | P. Osten | N. Pantelmann | S. Peine | P. Plester | S. Prange
J. Prölß | S. Renniecke | M. Rühl | K. Sauer | J. Schäfer | J. Schreyögg | F. Sieberns
H. Sottong | W. Teichmann | M. van Loo



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Der Herausgeber

Joachim Pröiß
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Vorstand Patienten- und Pflegemanagement
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Michael van Loo
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation
Martinistr. 52
20246 Hamburg

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstr. 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-333-0 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2017

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Pauline Braune, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH & Co. KG, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Geleitwort

Mehr Familie – wer wünscht sich das nicht? Aber geht das auch im Krankenhaus mit seinen besonderen Anforderungen an Flexibilität und Arbeit rund um die Uhr? Für Krankenhäuser ist es sicherlich eine besondere Herausforderung, den Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Angesichts des steigenden Fachkräftebedarfs im Gesundheitsbereich sind familienfreundliche Angebote andererseits eine Chance, die Arbeitgebermarke Krankenhaus zu stärken. Die Beschäftigten als Erfolgsfaktor – dies ist der Leitgedanke des Buches „Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus“. In einem umfassenden Überblick werden die rasanten Veränderungsprozesse dargestellt, denen der Arbeitsmarkt Krankenhaus ausgesetzt ist. Eine Unternehmenskultur, die nicht nur die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, sondern auch die der Beschäftigten in den Mittelpunkt stellt, gewinnt vor diesem Hintergrund hohe strategische Bedeutung. Wer in eine familienbewusste Personalpolitik investiert, gewinnt als attraktiver Arbeitgeber leichter die Besten für sich und profitiert von einer hohen Arbeitsmotivation. Familienfreundlichkeit lohnt sich.

Die Mehrheit der Paare mit kleinen Kindern wünscht sich heute eine partnerschaftliche Arbeitsteilung, in der beide Eltern die Chance haben, sowohl für die Familie da zu sein als auch im Beruf Entfaltungsmöglichkeiten zu haben. Moderne Arbeitgeber stellen sich auf die veränderten Wünsche ein und bieten ihren Beschäftigten Maßnahmen einer NEUEN Vereinbarkeit. Neu ist, dass nicht nur Mütter ihren Beruf mit der Betreuung eines Kindes unter einen Hut bringen wollen. Familienfreundlichkeit heute verlangt innovative Modelle für alle, die zur vielfältigen Lebensrealität von Familien gehören: Männer und Frauen als Eltern, Alleinerziehende, getrennt Lebende oder Pflegende.

Die Politik hat mit der Weiterentwicklung des Elterngeldes zum Elterngeld-Plus und dem kontinuierlichen Ausbau der Kinderbetreuung, auch in Randzeiten, in den letzten Jahren Meilensteine gesetzt. Ebenso gefordert ist die Wirtschaft: Wir brauchen eine Arbeitswelt, die Raum und Zeit für familiäre Verantwortung ermöglicht. In Zusammenarbeit mit Partnern aus Wirtschaft, Gewerkschaften und Verbänden geben wir im Rahmen des Unternehmensprogramms „Erfolgsfaktor Familie“ gezielte Hilfen, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im betrieblichen Alltag zu erleichtern. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beweist, dass es geht. Mit umfassenden Kinderbetreuungsangeboten, über 250 verschiedenen Arbeitszeitmodellen und Hilfe bei der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger begegnet das UKE den Herausforderungen von Schichtbetrieb und Rund-um-die-Uhr-Versorgung bei gleichzeitigem Fachkräftebedarf aktiv und lösungsorientiert. Dieses Engagement wurde im Unternehmenswettbewerb „Erfolgsfaktor Familie 2016“ mit

dem Hauptpreis in der Kategorie „Großunternehmen“ ausgezeichnet. Das UKE geht in Sachen familienfreundliche Unternehmenskultur mit gutem Beispiel voran. Nachmachen erwünscht!



Manuela Schwesig

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Vorwort

Der Arbeitsmarkt Krankenhaus ist in einem rasanten Veränderungsprozess und hat sich sehr zugunsten der Bewerber und Bewerberinnen bzw. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gewandelt. Krankenhäuser müssen sich sehr viel stärker an den Bedürfnissen der Beschäftigten ausrichten, um im Wettbewerb bestehen zu können. Aus unserer Sicht sind die Mitarbeiter, insbesondere die Mitarbeitergewinnung und -bindung zum Wettbewerbsfaktor Nr. 1 geworden. Allerdings stellen wir immer noch fest, dass sich viele Krankenhausmanager nicht im notwendigen Maße ihren Beschäftigten, ihrer Personalpolitik und damit auch ihrer Attraktivität als Arbeitgeber nachhaltig widmen. Häufig nimmt das Personalmanagement eine reagierende und nicht eine notwendig agierende Rolle ein. Auch haben wir festgestellt, dass sich viel zu wenig einschlägige Literatur findet, welche hinsichtlich der Ausrichtung des Personalmanagements und der Personalpolitik in Krankenhäusern einen ganzheitlichen strategischen Ansatz und Best-Practice-Beispiele verfolgen. Bestätigt wurden wir durch die Rückmeldung eines unserer Autoren, der sagte, auf dieses Buch habe die Szene gewartet. Erste Anfragen zum Buch unmittelbar nach seiner Vorankündigung stimmen uns ebenfalls zuversichtlich, ein passendes und hilfreiches Werk für alle interessierten Führungskräfte in Krankenhäusern gestaltet zu haben.

Zunächst geben wir den Lesern einen umfassenden Einblick und Überblick auf die gesamte Thematik Arbeitgeberattraktivität. Anschließend liefert der Werkzeugkoffer viele praktische und umsetzbare Tools, mit denen Manager ihr Krankenhaus fit für die Zukunft machen können. Aber Achtung: Wahre Schönheit kommt von innen!

Wir möchten unserem Verleger Dr. Thomas Hopfe und der Projektverantwortlichen Susann Weber besonders danken. Beide haben uns und die Autoren auf ihre geduldige, sympathische und kompetente Art und Weise während des Prozesses zwischen Idee und Realisierung beraten, motiviert und permanent unterstützt, sodass wir das Buch auch in der geplanten Zeit fertigstellen konnten. Auch danken wir natürlich sehr herzlich den Autorinnen und Autoren, die neben ihrer originären Arbeit zur Verfügung standen, um ihr Wissen und ihre Erfahrung komprimiert in dieses Buch einfließen zu lassen.

Widmen möchten wir dieses Buch Prof. Dr. Heribert Gärtner von der Katholischen Hochschule Köln. Heribert Gärtner, einer der Väter des Pflegemanagements in Deutschland, war als Autor für einen Beitrag zum Thema Ethik vorgesehen und verstarb während der Arbeit an diesem Buch überraschend und plötzlich im Januar 2017 im Alter von 61 Jahren.

Wir wünschen allen Leserinnen und Lesern viel Spaß beim Lesen und viel Erfolg bei der Umsetzung im eigenen Unternehmen.

Hamburg, Mai 2017

Joachim Prölß

Michael van Loo

Die Autoren

Dr. med. Gabriele Andersen
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Betriebsärztlicher Dienst
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. med. Hans-Jürgen Bartz, MBA
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Qualitätsmanagement und
klinisches Prozessmanagement
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. Georg Barzel
blv consult GbR
Voigtstr. 11
20257 Hamburg

Julia Blume
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. Ruth Böck
Unternehmensberatung für Personal- und
Organisationsmanagement
Eupener Str. 124
50933 Köln

Prof. Dr. rer. pol. Holger Henning Buxel
Fachhochschule Münster
Professur für Dienstleistungs- und Produktmarketing
Corrensstr. 25
48149 Münster

Dr. med. Jens Deerberg-Wittram
The Boston Consulting Group GmbH
Ludwigstr. 21
80539 München

Ute Düvelius
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Kordinatorin UKE INside
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. Werner Eichhorst
Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH (IZA)
Schaumburg-Lippe-Str. 5-9
53113 Bonn

Dr. Tanja Fandel-Meyer
UKE-Akademie für Bildung & Karriere
Kollastr. 67-69
22529 Hamburg

Jan Fockele
Laub & Partner GmbH
Kedenburgstr. 44
22041 Hamburg

Holger Frase, Dipl.-Oec.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Medizinische Fakultät, Dekanat
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Marc Frese, MBA, M.A.
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Qualitätsmanagement und
klinisches Prozessmanagement
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Nadine Galda
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation
Abteilung Personalgewinnung & -bindung (PGB)
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Christian Gerloff
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Christian Hagedorn
Westpress GmbH & Co. KG
Kreativ-Allee
59069 Hamm

Manfred Hannig
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Kaufmännische Dienstleistungen
UKE, KSE, KGE und KTE
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Frauke von der Heide
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Gleichstellungsbeauftragte nWP
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Frank Hermeyer

Universitätsklinikum Münster
Geschäftsbereich Personal
Personaladministration
Albert-Schweitzer-Campus 1
48149 Münster

Prof. Dr. Josef Hilbert

Institut Arbeit und Technik (IAT)
der Westfälischen Hochschule
Munscheidstr. 14
45886 Gelsenkirchen

Murat Kaplan

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Sabine Kesebom

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Psycho-soziale Beratung und Suchtprävention
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Carola Klinke, M.A.

UKE-Akademie für Bildung & Karriere
Kollaustr. 67–69
22529 Hamburg

Wolf Reiner Kriegler

Deutsche Employer Branding Akademie GmbH
Kurfürstendamm 194
10707 Berlin

Carolin Linckh

Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH (IZA)
Schaumburg-Lippe-Str. 5–9
53113 Bonn

Sven Längen, M.A., Dipl.-Betriebswirt, Dipl.-Sozialpädagoge

Malik Institut for Health Care Management (MIHM)
Malik Management Zentrum St. Gallen AG
Geltenwilenstr. 16
9001 St. Gallen
Schweiz

Tina Marschall

Gustav-Leo-Str. 16
20249 Hamburg

Dr. Eva Maria Oppel

Universität Hamburg
Hamburg Center for Health Economics (HCHE)
Esplanade 36
20354 Hamburg

Sven Oppermann, Dipl.-Kfm.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Philipp Osten

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Nicole Pantelmann

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation
Personalbetreuung
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. med. Sven Peine

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Zentrum für Diagnostik
Institut für Transfusionsmedizin
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Peter Plester

Universitätsklinikum Münster
Geschäftsbereich Personal
Albert-Schweitzer-Campus 1
48149 Münster

Sabine Prange

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Patienten- und Pflegemanagement
Sozialdienst
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Joachim Pröhl

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Vorstand Patienten- und Pflegemanagement
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. Stefan Rennicke

CSR j&c GmbH
Maria-Hilf-Str. 15-17
50677 Köln

Die Autoren

Monika Rühl
Deutsche Lufthansa AG
Social Responsibility
FRA PH
60546 Frankfurt

Kludia Sauer
Universitätsklinikum Münster
Geschäftsbereich Personal
Personalentwicklung
Albert-Schweitzer-Campus 1
48149 Münster

Dr. Julia Schäfer, M.A., Gesundheitsökonom (ebs)
Kienbaum Consultants International GmbH
Edmund-Rumpler-Str. 5
51149 Köln

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Universität Hamburg
Hamburg Center for Health Economics (HCHE)
Esplanade 36
20354 Hamburg

Frank Sieberns
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Dr. Hermann Sottong
SYSTEM + KOMMUNIKATION
Goldene-Bären-Str. 6
93047 Regensburg

Prof. Dr. Walter Teichmann
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
UKE-Akademie für Bildung & Karriere
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Michael van Loo
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Geschäftsbereich Personal, Recht & Organisation
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Inhalt

I	Rahmenbedingungen und Herausforderungen für den Arbeitgeber Krankenhaus	1
1	Krankenhausstandort Deutschland im Umbruch: Implikationen für das Personalmanagement	3
	<i>Eva Maria Oppel und Jonas Schreyögg</i>	
1.1	Veränderungen der wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen	3
1.2	Personalmanagement im Wettbewerb	7
1.3	Ausblick	12
2	Die Arbeitswelt im Wandel: Konsequenzen für das Gesundheitswesen	15
	<i>Werner Eichhorst und Carolin Linckh</i>	
2.1	Trends	15
2.2	Situation	17
2.3	Lösungen	22
2.4	Fazit	24
3	Arbeitsplatz Krankenhaus im Wandel am Beispiel von Baustellen und Perspektiven der Berufsgruppe Pflege	27
	<i>Josef Hilbert</i>	
3.1	Reform der Pflegeausbildung	28
3.2	Verbesserung bei der Personalausstattung	29
3.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement	30
3.4	Alter(n)sgerechtes Arbeiten	32
3.5	Arbeitsgestaltung	33
3.6	Digitalisierung/Krankenhaus 4.0	34
3.7	Schlussfolgerungen	35
4	Der Patient im Wandel	39
	<i>Jens Deerberg-Wittram</i>	
4.1	Die neue „Mündigkeit“ der Patienten	40
4.2	Was der „mündige“ Patient wünscht	40
4.3	Was ist „Patientennutzen“?	41
4.4	Regionale Unterschiede in der Krankenversorgung	42
4.5	Unterschiede und Defizite bei der Behandlungsqualität	43
4.6	Behandlungsqualität aus Sicht des Patienten	44
4.7	Messung der medizinischen Behandlungsqualität	44
4.8	Das wachsende Interesse an Qualitätstransparenz	47
4.9	Der informierte Patient	48

5	Nicht ob, sondern wie – CSR-Maßnahmen als Mittel der Rekrutierung und Bindung von Mitarbeitern	51
	<i>Stefan Rennicke</i>	
5.1	Corporate Social Responsibility – Dimensionen	51
5.2	Nutzen von CSR für das Personalmanagement	53
5.3	Die besondere Notwendigkeit für Krankenhäuser	54
5.4	Strategie zur Rekrutierung und Bindung von Mitarbeitern	55
5.5	Das Wissen um Bewerber und Mitarbeiter	55
5.6	Gesellschaftlichen Wandel erkennen	56
5.7	Aktuelle Zahlen zeigen kaum Veränderung	56
5.8	Fazit	57
6	Das ethische Dilemma. Über das Potenzial eines Unbehagens.	59
	<i>Philipp Osten</i>	
7	Krankenhaus 5.0	67
	<i>Christian Gerloff</i>	
7.1	Grad der Digitalisierung	68
7.2	Bedeutung für die Patientensicherheit	68
7.3	Bedeutung für die Forschung	69
7.4	Bedeutung für die Arbeit mit Patienten	70
7.5	Veränderung der Arbeitswelt	71
7.6	Weiterentwicklung	73
7.7	Fazit	74
II	Attraktiver Arbeitgeber sein	75
1	Arbeitsplatzattraktivität im Krankenhaus	77
	<i>Peter Plester, Frank Hermeyer und Klaudia Sauer</i>	
1.1	Definition	78
1.2	Attraktivitätsfördernde Faktoren	78
1.3	Attraktivitätshemmende Faktoren	83
1.4	Handlungsfelder	86
1.5	Maßnahmen und Best-Practice-Beispiele	90
2	Bedürfnisse der Beschäftigten in der Krankenversorgung: Einblicke in die Arbeitsplatzzufriedenheit und die wahrgenommene Arbeitsplatzattraktivität von Ärzt/-innen und Pfleger/-innen	97
	<i>Holger Henning Buxel</i>	
2.1	Berufsgruppe Ärzt/-innen	97
2.2	Berufsgruppe Pfleger/-innen	102
2.3	Fazit	103

3 Beschäftigtenorientierte Personalpolitik als das Mittel der Wahl _____	107
<i>Michael van Loo und Joachim Prölß</i>	
3.1 Personalpolitik ist Auslegungssache _____	107
3.2 Die beschäftigtenorientierte Personalpolitik _____	114
4 Führung und Unternehmenskultur: ein Schlüsselthema _____	121
<i>Sven Lungen</i>	
4.1 Die richtige Grundlage: Die Business Mission _____	121
4.2 Wirksame Führung _____	123
4.3 Kultur der Professionalität & Verantwortung _____	126
4.4 Zusammenfassung _____	128
III Methoden und Konzepte zur Findung und Umsetzung der „eigenen“ Personalpolitik _____	129
1 Handlungsfelder der Personalpolitik erkennen _____	131
<i>Tanja Fandel-Meyer</i>	
1.1 Ein strategisch orientierter Prozess der Bedarfsanalyse zur Entwicklung von Handlungsfeldern _____	132
1.2 Ein systematisches Trendmonitoring zur proaktiven Gestaltung von Handlungsfeldern _____	132
1.3 Instrumente & Verfahren _____	135
1.4 Wie bringt man alle Erkenntnisse und Beobachtungen zusammen und schafft ein Monitoring aktueller Themen & Maßnahmen? _____	136
1.5 Fazit _____	137
2 Die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung in drei Phasen _____	139
<i>Marc Frese</i>	
2.1 Planungsphase _____	140
2.2 Durchführungsphase _____	142
2.3 Umsetzungsphase _____	143
3 Audit, Gütesiegel, Zertifikat: Cui bono? – Über den Nutzen externer Zertifizierungen _____	145
<i>Georg Barzel</i>	
4 Unterstützende Personalkennzahlen _____	151
<i>Murat Kaplan und Sven Oppermann</i>	
4.1 Big Data ist am Kommen oder schon da? Wie weit geht Big Data? _____	152
4.2 Haben wir also Antworten zu den aufgeworfenen Fragen? Und, was ist das „richtige“ Personalcontrolling? _____	155

5	„Mitarbeiter-Geschichten“ – Storylytics als Ergänzung klassischer Befragungen	157
	<i>Hermann Sottong und Jan Fockele</i>	
5.1	Ratlosigkeit trotz Balkendiagrammen	157
5.2	Die Renaissance der Unternehmens-Kultur	158
5.3	Das Unternehmen im Kopf	159
5.4	Erkenntnisgewinn ohne Fragen	160
5.5	Erzählen als Konstruktion von Sinn	161
5.6	Hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern	162
6	Organisation und Umsetzung der Personalpolitik	165
	<i>Joachim Prölß und Michael van Loo</i>	
6.1	Operationalisierung der Personalpolitik	166
6.2	Wie werden aus Unternehmenszielen auch Mitarbeiterziele	171
6.3	Beschäftigtenorientierte Personalpolitik am Beispiel des UKE	173
IV	Employer Branding	177
1	Employer Branding: Die Arbeitgebermarke als Spiegel von Identität und Kultur	179
	<i>Wolf Reiner Kriegler</i>	
1.1	Was ist Employer Branding?	179
1.2	Der Weg zur Arbeitgebermarke	183
1.3	Die Entwicklung Ihrer Arbeitgeberpositionierung	188
1.4	Unternehmenskultur: Zentraler Erfolgsfaktor der Arbeitgebermarkenbildung	192
1.5	Bilanz und Ausblick	197
2	Personalmarketing: Vorhang auf für Ihre Arbeitgebermarke	201
	<i>Christian Hagedorn</i>	
2.1	Die Masse an Möglichkeiten	201
2.2	Ein Blick ins Detail: Online, Print oder doch Radio? Und wie geht man mit diesem Social Media um?	202
2.3	Klassische Kanäle: wohlbekannte Medien nutzen	204
2.4	E-Recruiting: im Web auf Bewerberfang	207
2.5	Fazit: kurz zusammengefasst	212
3	Mitarbeiter als Markenbotschafter am Beispiel der Lufthansa Group	215
	<i>Monika Rühl</i>	
3.1	Einstieg Lufthansa Group	215
3.2	Lufthansa-Strategien	215
3.3	Marken und Markenwerte	217
3.4	Rolle der Mitarbeiter für das externe Branding	218
3.5	Messbarkeit des Arbeitgeber-Images	220
3.6	Fazit	221

4	Personal gewinnen – mit Methode – und Persönlichkeiten fördern	223
	<i>Julia Schäfer</i>	
4.1	Organisationsformen des Personalmanagements	224
4.2	Arbeitgeber 4.0	226
4.3	Such- und Findungsstrategie	228
4.4	Persönlichkeitsprofile und Generationenmix	233
4.5	Auswahlverfahren als Projekt	234
4.6	Schlussbemerkungen	234
5	Mit Arbeitgebersiegeln die Arbeitgebermarke stärken	237
	<i>Ruth Böck</i>	
5.1	Formen und Verfahren von Arbeitgeberauszeichnungen	237
5.2	Potenzieller Nutzen von Arbeitgebersiegeln	240
5.3	Wirkungsgrad von Arbeitgebersiegeln	243
5.4	Problemzonen von Siegeln und Co.	244
5.5	Hinweise und Tipps für interessierte Arbeitgeber	245
V	Werkzeugkoffer mit erfolgreichen Tools	249
	<i>Ute Düvelius</i>	
1	Arbeitsplatz und Führung	251
1.1	Operationalisierung eines Führungsverständnisses	251
	<i>Sven Peine</i>	
1.2	Assessment und Potenzialanalyse	253
	<i>Walter Teichmann</i>	
1.3	Systematische Führungskräfteentwicklung gestalten	257
	<i>Tanja Fandel-Meyer</i>	
1.4	Qualifikation ärztlicher Nachwuchsführungskräfte	261
	<i>Walter Teichmann</i>	
1.5	Einarbeitungskonzept	264
	<i>Carola Klinke</i>	
1.6	Trennungsmanagement – Wertschätzendes Offboarding	269
	<i>Nadine Galda</i>	
1.7	Entwicklung und Implementierung eines Konfliktmanagementsystems	273
	<i>Tina Marschall</i>	

2 Arbeitsplatz und Gesundheit	279
2.1 Prävention	279
<i>Gabriele Andersen</i>	
2.2 Psychosoziale Mitarbeiterberatung	283
<i>Sabine Kesebom</i>	
2.3 Demografie-Check	286
<i>Gabriele Andersen</i>	
2.4 Poolbildung/Pflegepool (am Beispiel eines Intensivpflegepools)	291
<i>Frank Sieberns</i>	
3 Arbeitsplatz und Life Domains	295
3.1 Kinderbetreuungsangebote	295
<i>Holger Frase</i>	
3.2 Kontakthalteprogramm	299
<i>Frauke von der Heide</i>	
3.3 Flexibilisierung der Arbeitszeiten	303
<i>Nicole Pantelmann</i>	
3.4 Flexibilisierung des Arbeitsortes	308
<i>Nicole Pantelmann</i>	
3.5 Leistungen für Beschäftigte mit zu pflegenden Angehörigen	312
<i>Sabine Prange</i>	
3.6 Vergünstigungen	314
<i>Nicole Pantelmann</i>	
4 Arbeit und Team	321
4.1 Teamworkshops zur Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit	321
<i>Carola Klinke</i>	
4.2 Inklusion durch kreative Jobgestaltung	324
<i>Manfred Hannig</i>	
4.3 Teambildende Aktionen	328
<i>Julia Blume</i>	
4.4 Ideenmanagement	332
<i>Hans-Jürgen Bartz</i>	



Rahmenbedingungen und Herausforderungen für den Arbeitgeber Krankenhaus

1 Krankenhausstandort Deutschland im Umbruch: Implikationen für das Personalmanagement

Eva Maria Oppel und Jonas Schreyögg

1.1 Veränderungen der wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

1.1.1 Regulatorische Änderungen und Marktentwicklung

Die Patientenbehandlung im Krankenhaus zu organisieren und aufrechtzuerhalten war bis vor ca. 15 Jahren mehr eine Verwaltungstätigkeit als eine Managementaufgabe. Zielgröße war die Erfüllung des Versorgungsauftrags im Sinne der Landeskrankenhausplanung unter Berücksichtigung der verschiedenen rechtlichen Vorgaben zur Personalwirtschaft, Investitionsplanung und Krankenhausbuchführung. Vor allem die Vergütung war trotz der ersten Veränderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 noch stark durch das Kostenerstattungsprinzip und dessen Anreize geprägt (Tiemann et al. 2017). Mehrere Trends haben in den letzten Jahren eine radikale Veränderung im Krankenhausmarkt bewirkt. Es seien nur vier besonders entscheidende Trends unter diesen erwähnt.

- **Erstens** haben bereits die Ankündigung der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems und dann die Einführung des G-DRG Systems zu einer graduellen Effizienzsteigerung von Krankenhäusern geführt. Besonders wichtig ist dabei der in DRG-Systemen implementierte Gedanke des Yardstick-Wettbewerbs. Demnach werden Vergütungs-

preise auf Basis der Durchschnittskosten der Krankenhäuser berechnet werden, die in Deutschland jährlich neu kalkuliert werden. Damit wird ein expliziter Anreiz für Krankenhäuser induziert, sich jedes Jahr neu mit seinen Kosten an den durchschnittlichen Kosten aller Krankenhäuser zu orientieren. Die Einführung des G-DRG-Systems hat damit zu umfassenden Veränderungen für das Krankenhausmanagement geführt, dass sich nun analog zu anderen Branchen nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte ausrichten musste.

- **Zweitens** hat der Krankenhausmarkt in Deutschland eine Fusionswelle, wie kaum ein anderes Land erlebt. Diese hat bereits weit vor Einführung des DRG Systems in den 90er-Jahren eingesetzt. Insgesamt sind seit dem Jahre 2000 über 600 Krankenhäuser fusioniert, d.h. in einem Krankenhausverbund aufgegangen. Allein zwischen 2004 und 2008 fanden 325 Fusionen statt (Büchner et al. 2016). Ein Großteil der Fusionen ist auf eine Privatisierung von kommunalen Krankenhäusern durch private und freigemeinnützige Krankenhausgruppen zurückzuführen. Zwar finden immer noch Fusionen statt, die Verbundbildung unter den deutschen Krankenhäusern hat jedoch in den letzten Jahren deutlich abgeebbt. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass die meisten Krankenhäuser mittlerweile zu einem Verbund gehören, zum anderen sind kommunale Träger mittlerweile sehr zurückhaltend bei der Ausschreibung zur Privatisierung eines Krankenhauses. Insbesondere seit der Finanzkrise neigen kommunale Träger dazu, Krankenhäuser eher formal statt materiell zu privatisieren, d.h. es findet nur ein Rechtsformwechsel des Krankenhauses statt. Allein zwischen 2002 und 2010 wurde bei 121 kommunalen Krankenhäusern in Deutschland eine formale Privatisierung, d.h. ein Rechtsformwechsel vollzogen (Lindlbauer et al. 2016). Die zunehmende formale und materielle Privatisierung hat sich gegenseitig verstärkend mit der G-DRG Einführung die Wettbewerbsentwicklung verstärkt und den Druck zur betriebswirtschaftlichen Ausrichtung der Krankenhäuser erhöht.
- **Drittens** ist die Investitionsförderung seit 1991 stetig gesunken. Die reale Förderung belief sich im Jahr 2015 auf ca. 50% des Wertes aus dem Jahr 1991. Auch die nominale Fördersumme ist in diesem Zeitraum um ein knappes Viertel gesunken. Die Höhe der jährlichen Förderlücke sowie der daraus über die Zeit entstandene kumulierte Investitionsstau sind nicht eindeutig zu quantifizieren und werden in verschiedenen Studien in unterschiedlicher Höhe angegeben. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ermittelt einen Investitionsbedarf von 5,96 Mrd. € für das Jahr 2015. Abzüglich der tatsächlichen Investitionsfördersumme von 2,79 Mrd. € ergäbe sich demnach eine Förderlücke von 3,17 Mrd. € für das Jahr 2015 (DKG 2015). Diese Förderlücke erhöht den Druck auf die Krankenhäuser, die Investitionen aus Überschüssen, die vor allem über steigende Fallzahlen realisiert werden, zu generieren. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, der Schuldenbremse

und den steigenden Pensionslasten ist es eher unwahrscheinlich, dass sich in den nächsten Jahren in den Ländern finanzielle Spielräume zur Deckung dieser Förderlücke ergeben.

- **Viertens** erhöhen der fortschreitende medizinisch-technische Fortschritt sowie die demografische Entwicklung den Druck auf die Krankenhäuser. Im Rahmen des medizinisch-technischen Fortschritts ergab sich eine Vielzahl von neuen Verfahren in den letzten Jahren, die aufgrund des Verbotsvorbehaltes in den Krankenhäusern relativ schnell zum Einsatz kommen können. Auch wenn das DRG-System im Vergleich zu anderen Ländern als innovationsförderlich zu sehen ist, dauert es einige Jahre bis die Kosten eines neuen Verfahrens im DRG-System ihren Niederschlag finden. Gerade in der Anfangsphase einer Innovation tragen die Krankenhäuser einen erheblichen Teil selbst, da die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) eher eine unterordnete Rolle bei der Finanzierung spielen (Blum u. Offermanns 2009). Veränderungen in der demografischen Entwicklung spielen für die Krankenhäuser zunehmend bei den Krankenhausinternen Prozessen eine große Rolle. Der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die Fallzahlen und die Ausgaben ist bislang eher noch gering bis moderat (Schreyögg et al. 2014). Das wird sich jedoch voraussichtlich mit dem Eintritt der Baby-Boomer-Generation in das ruhestandsfähige Alter (ab 2025) deutlich ändern.

1.1.2 Wirkungen der Änderungen auf die Krankenhäuser

Die Wirkungen der Trends der letzten Jahre sind unübersehbar, wenn sie auch nicht monokausal auf einzelne Trends zurückzuführen sind. So existieren keine aussagekräftigen Untersuchungen, welchen Effekt die Einführung des G-DRG Systems auf die Effizienzsteigerung¹ der Krankenhäuser hatte. Dies hängt auch damit zusammen, dass die G-DRG Einführung alle akuten Krankenhäuser betraf und somit keine Kontrollgruppe ohne G-DRG Nutzung existierte. Die psychiatrischen Krankenhäuser eignen sich hierfür aufgrund des anderen Leistungsspektrums nicht. Auch zur Wirkung des Rückgangs der Investitionsförderung existieren keine aussagekräftigen Studien. Die schwierige Studienlage hängt insbesondere auch damit zusammen, dass der Datenzugang für wissenschaftliche Zwecke zu den § 21 KHEntgG und der Krankenhausstatistik, anders als in den meisten OECD-Ländern, nur sehr eingeschränkt vorhanden ist. Immerhin existieren Studien, die zeigen, dass die Fusionen die Effizienz von Krankenhäusern um 3,3% im vierten Jahr nach der Fusion im Vergleich zu nicht fusionierten Krankenhäusern erhöht haben (Büchner et al. 2016). Für privatisierte Krankenhäuser liegt dieser Wert sogar

1 Unter Effizienz (auch technischer Effizienz) wird allgemein das Verhältnis von Inputs (Personal in FTE; Sachkosten) zu Outputs (stationäre Fälle; ambulante Fälle, ggf. weitere z.B. Forschung) eines Krankenhauses verstanden.

über 5% (Tiemann u. Schreyögg 2012). Insgesamt hat die durchschnittliche Effizienz aller Krankenhäuser seit den 90er-Jahren deutlich zugenommen, aber fusionierte Krankenhäuser haben einen besonderen Effizienzschub erfahren. Gleichzeitig kann man aber auch feststellen, dass kommunale Krankenhäuser in privater Rechtsform und auch einige Universitätsklinika die betriebswirtschaftlichen Konzepte der privaten und freigemeinnützigen Träger übertragen haben und ebenfalls die Effizienz deutlich verbessert haben (Lindlbauer et al. 2016). Auch im internationalen Vergleich gehören deutsche Krankenhäuser mittlerweile zu den effizientesten Krankenhäusern in der OECD. Zwar zeigt sich, dass im innerdeutschen Vergleich große Unterschiede hinsichtlich der Effizienz bestehen, aber die durchschnittliche Effizienz ist vergleichsweise sehr hoch (Varabyova u. Schreyögg 2013).

Die Ursachen für die Effizienzsteigerung der deutschen Krankenhäuser in den letzten Jahren sind vielschichtig. Generell ist der Output der Krankenhäuser durch die deutlich gestiegenen Fallzahlen sehr stark gestiegen. Auch durch die vielerorts zusätzlichen ambulanten Fälle wurde der Output erhöht. Gleichzeitig ist der Input im Verhältnis zu den Fallzahlen nur wenig gestiegen.

Zum Beispiel ist die Zahl der Pflegekräfte nur leicht gestiegen. Auch die Sachkosten sind unter anderem durch Verbundbildungen nur mäßig gestiegen. Dies führt dazu, dass die Outputs stark gestiegen sind, während die Inputs nur leicht gestiegen sind.

Obwohl die in den letzten Jahren gestiegene Effizienz gerade aus gesellschaftlicher Sicht positiv zu bewerten ist, da die vorhandenen Ressourcen so effizienter eingesetzt werden, wurden in den letzten Jahren auch zunehmend einige Fehlentwicklungen der letzten Jahre deutlich. Eine Problematik ist die fortschreitende Mengenentwicklung der letzten Jahre (zuletzt Anstieg von 7% zwischen 2010–2015 pro Einwohner), die in Kontrast zu anderen OECD Ländern steht, in denen die Fallzahlen in den letzten Jahren konstant blieben oder sogar sinken. Sie sinken vor allem in Ländern, in denen die Ambulantisierung besonders gefördert wird und voranschreitet (z.B. Italien). In Deutschland hingegen ist die Ambulantisierung stationärer Leistungen in den letzten Jahren kaum vorangeschritten (Schreyögg 2017). Es konnte gezeigt werden, dass der Anstieg der Fallzahlen teilweise demografisch bedingt ist, aber auch durch Fehlanreize im DRG-System hervorgerufen wird (Schreyögg et al. 2014). Ein weiteres Problem des deutschen DRG-Systems ist die hohe Prozedurenlastigkeit, d.h. die Hälfte der DRGs wird durch eine oder mehrere therapeutische Prozeduren ausgelöst. Dies enthält den Anreiz, eher interventionell als konservativ zu behandeln. Es hat sich aber auch insgesamt eine Debatte über die Krankenhausfinanzierung entwickelt, die in Deutschland klar von der DRG-Vergütung dominiert wird. Der Anteil der DRGs an der gesamten Krankenhausvergütung beträgt ca. 80% während dieser in ande-

ren OECD Ländern teilweise deutlich geringer ist. Vorhaltekosten werden in Deutschland kaum vergütet und müssen über DRG refinanziert werden. Dies führt dazu, dass Versorgungsstrukturen mit hohen Vorhaltekosten, insbesondere ländliche Krankenhäuser oder Maximalversorger, zunehmend unter Druck geraten, viele Fälle zu erbringen, darunter Fälle, die eigentlich im engeren Sinne nicht ihrem Leistungsspektrum entsprechen. Als Resultat verschwimmen die Versorgungsstrukturen in Deutschland. Zuletzt wird auch zunehmend deutlich, dass die derzeitige Vergütung zu wenige Anreize zur Erbringung einer hochwertigen Qualität der Versorgung beinhaltet.

Als Reaktion der Politik auf die in den letzten Jahren sich abzeichnenden Fehlentwicklungen wurden im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und anderen Gesetzen einige Maßnahmen ergriffen. Der Gesetzgeber hat einerseits mehrere Maßnahmen zur Änderung der Mengensteuerung festgeschrieben. Unter anderem wurde eine absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert aufgehoben und stattdessen wird die Ausweitung der Fallmenge einzelner Krankenhäuser krankenhausspezifisch mit einem Abschlag berücksichtigt. Auch ein Zweitmeinungsverfahren wurde bereits im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes beschlossen.

Im Kern des KHSG stehen aber zahlreiche Elemente zur Verbesserung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Anreize zur Erbringung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Unter anderem sollen ein Pay-for-performance System mit Zu- und Abschlägen und ein System von selektiven Qualitätsverträgen eingeführt werden. Diese Maßnahmen sind zweifellos ein erster wichtiger Schritt. Auch wenn bislang noch unklar ist, in welcher Form die gesetzlichen Maßnahmen durch die Selbstverwaltung umgesetzt werden, dürfte das KHSG der Qualitätsorientierung im Krankenhausmarkt einen deutlich Schub verleihen. Es ist zu erwarten, dass die Qualität der Versorgung dadurch stärker in den Fokus des Wettbewerbs rückt. Durch die künftige Qualitätsorientierung wird gleichzeitig der Faktor Personal eine noch größere Rolle als in der Vergangenheit spielen. Denn zahlreiche Studie belegen, dass die Personalbelastung sowie die Qualifikation des Personals, insbesondere des Pflegepersonals, einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten (2012).

1.2 Personalmanagement im Wettbewerb

Die Qualität von Gesundheitsleistungen maßgeblich durch den Inputfaktor Personal beeinflusst. Dieser stellt jedoch zunehmend eine Kapazitätsrestriktion in deutschen Krankenhäusern dar (Jüngerhans u. von Reinersdorff 2013). Während in den 90er-Jahren zur Zeit der Ärzteschwemme ein sehr einfach gehaltenes Personalmarketing und -recruiting oft ausreichte, um eine Vielzahl von Bewerbern zu gewinnen, stehen Krankenhäuser heute vor massiven Herausforderungen qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte zu rekrutieren

und freie Stellen zu besetzen. In der Öffentlichkeit wird in diesem Zusammenhang diskutiert, ob und in welchem Ausmaß die Einführung des DRG Systems im Sinne einer Katalysator Wirkung zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus geführt hat. Die Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen wird dabei als ursächlich für eine steigenden Arbeitsbelastung für das bestehende Personal, eine sinkenden Arbeitszufriedenheit und letztendlich für eine sinkenden Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit gesehen (Aiken et al. 2012, 2014; Braun et al. 2009). Studien zu den Zusammenhängen von Patientenzufriedenheit einerseits und Effizienz andererseits zeigen jedoch auch, dass Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten und gleichzeitig eine hohe Patientenzufriedenheit als Indikator für Versorgungsqualität erzielen können (Varabyova et al. 2017). Davon abgesehen, besteht eindeutige Evidenz, dass die Qualität der Versorgung in hohem Maße von dem Krankenhauspersonal sowie dessen Arbeitsbedingungen beeinflusst wird. Nur durch den qualitativ und quantitativ angemessenen Einsatz von Personalressourcen können hochwertige Gesundheitsleistungen erbracht werden, und Krankenhäuser im Qualitäts-Wettbewerb bestehen. Der zunehmende Fachkräftemangel ist dabei neben dem immer größer werdenden Effizienzdruck die zentrale Herausforderung für die Krankenhäuser in Deutschland. Vor diesem Hintergrund ist es für Krankenhäuser von immenser Bedeutung, die Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegekräfte zu verbessern und sich als attraktiver Arbeitgeber zu präsentieren. Damit steigt die Notwendigkeit für ein Umdenken im Personalmanagement der Krankenhäuser.

1.2.1 Wandel der Aufgabenstruktur und der organisationsstrukturellen Einbettung des Personalmanagements

Gerade im Kontext der beschriebenen Herausforderungen kommen dem modernen Personalmanagement in Krankenhäusern verschiedene Aufgaben zu, welche über die bloße Verwaltung des Personalkörpers hinausgehen. Dabei lassen sich grundsätzlich vier Rollen des Personalmanagements differenzieren. Diese vier Rollen unterscheiden sich in Bezug auf die benötigten Kompetenzen, die Aufhängung im Unternehmen sowie die Möglichkeiten zur Standardisierung und Outsourcing, welche mit zunehmender strategischer Bedeutung und Komplexität abnimmt (Ulrich 1997).

Als „HR Business Partner“ übernimmt das Personalmanagement strategische Aufgaben in enger Abstimmung mit dem Management. Dazu gehören beispielsweise die Planung neuer Aufgabenprofile nach Restrukturierungen und Akquisen sowie die proaktive Identifikation und Entwicklung von Talenten innerhalb der Organisation. Diese Rolle kann nur in Partnerschaft mit dem Management übernommen werden und ist integraler Bestandteil der Organisationsentwicklung. Als „Change Agent“ kann das Personalmanagement in Veränderungsprozessen ebenfalls eine strategische Rolle übernehmen. Hierbei geht es insbesondere um einen Beitrag zur Steuerung der

Veränderungsprozesse auf Personalseite, wie beispielsweise die interne Kommunikation und Aufnahme von Trainings- und Entwicklungsbedarfen sowie die Umsetzung der entsprechenden Programme. Um strategische Aufgaben erfüllen zu können, muss das Personalmanagement auch als administrativer Experte für die reibungslose Umsetzung von Personalmanagementprozessen fungieren. Dazu gehört neben der gesetzeskonformen Abwicklung der Personalprozesse auch die kontinuierliche Suche nach einer Vereinfachung und Verbesserung des Zugangs zu Personalmanagementinstrumenten für das bestehende Personal. Schließlich hat das Personalmanagement auch eine Rolle in der Vertretung der Mitarbeitenden. Deren Zufriedenheit regelmäßig, beispielsweise durch Befragungen, einzuschätzen und geeignete Maßnahmen zu ihrer Verbesserung zu planen und umzusetzen ist die vierte Rolle des Personalmanagements.

Angesichts des Wettbewerbs, der strukturellen Veränderungen und des Fachkräftemangels, lässt sich zunehmend ein Umdenken und Umstrukturieren hinsichtlich der organisationsstrukturellen Einbettung und Aufgabenstruktur des Personalmanagement in Krankenhäusern verzeichnen (Stockinger 2014). Ausschlaggebend für die Änderungsprozesse ist die Erkenntnis, dass eine strategische Ausrichtung der klassischen Personalfunktionen – Personalplanung, Personalcontrolling, Personalverwaltung für den wirtschaftlichen Erfolg und die Wettbewerbsposition eines Krankenhauses von immenser Bedeutung ist (Stockinger 2014). Laut der Ergebnisse der Kienbaum-Studie „Wertschöpfende Personalarbeit in Krankenhäusern 2009“, an der sich 66 Krankenhäuser beteiligten, wird die Personalabteilung bei strategischen Fragen von der Leitung des Krankenhauses vermehrt miteinbezogen: Mittlerweile räumen 70 Prozent der befragten Krankenhäuser ihrer Personalabteilung ein Mitspracherecht bei strategischen Entscheidungen ein; 2005 waren es nur 31 Prozent. Eine besondere Steigerung ist bei den kommunalen Krankenhäusern zu verzeichnen: Hier stieg der Anteil der in strategische Prozesse involvierten Personalbereiche von 55 auf 82 Prozent. Zudem stellen sich die Personalabteilungen von Krankenhäusern zunehmend strategisch auf: In 70 Prozent der Krankenhäuser gibt es eine eigenständige Personalstrategie, 21 Prozent der Kliniken haben ein Leitbild für den Personalbereich, und knapp drei Viertel der Häuser haben Leitlinien der Führung und Zusammenarbeit festgelegt; 2005 waren dies nur 50 Prozent. Neben einer eindeutigen Ziel- und Strategieformulierung für das Personalmanagement, sind dabei die Abstimmung mit der Unternehmensstrategie und -vision sowie die Bereitstellung von ausreichenden Mitteln für die Personalbeschaffung und Personalentwicklung erfolgsentscheidend (Kienbaum 2009).

Ein weiterer Indikator für die steigende Bedeutung des Personalmanagements im Krankenhauswettbewerb, ist die Gründung des Verbandes der Krankenhaus-Personalleiter (VdKP) im Jahr 2012. Ziel des VdKP ist die weitere Professionalisierung des Personalmanagements in Krankenhäusern. Durch entsprechende Fortbildungsangebote soll die Qualifikation der handelnden

Personen verbessert werden. Darüber hinaus ist es eine zentrale Zielsetzung des VdKP das Know-how und Erfahrungswissen von Personalverantwortlichen frühzeitig in alle Entscheidungsprozesse eines Krankenhauses einzubinden und dadurch der organisationsstrukturellen Einbettung einen höheren Stellenwert beizumessen.

1.2.2 Personalmanagementmaßnahmen als Reaktion auf den Wettbewerb

Das Umdenken und die Änderungsprozesse in der organisationsstrukturellen Einbettung des Personalmanagements schlagen sich auch in der inhaltlichen Gestaltung und Ausrichtung der Personalmanagementmaßnahmen nieder. Sofern die Personalstrategie und das Personalmanagement zur Erreichung der Unternehmensziele beitragen sollen, ist die Ausrichtung dieser Teilbereiche auf die Unternehmensziele und Herausforderungen erfolgsentscheidend. Demnach gilt es die oben beschriebenen strukturellen und organisationalen Herausforderungen in der praktischen Umsetzung in den drei Teilbereichen entsprechend zu berücksichtigen, eine Aufgabe, welche das Personalmanagement in seinen strategischen Rollen als HR Business Partner und Change Agent fordert. Als Reaktion auf den gestiegenen Wettbewerb zeigen sich insbesondere Veränderungen in der Ausrichtung und Gestaltung der Bereiche *Personalbeschaffung* und *Personalentwicklung*.

Personalbeschaffung

Die Personalbeschaffung umfasst die Aufgaben Personalmarketing, Rekrutierung und Auswahl und dient grundsätzlich der bedarfsgerechten Beschaffung von potenziell geeigneten Arbeitskräften (Kolb 2010). Angesichts des Fachkräftemangels professionalisieren Krankenhäuser zunehmend ihr Personalmarketing. Für die Personalverantwortlichen stehen dabei die Rekrutierung und Bindung von Fach- und Führungskräften sowie die Weiterqualifizierung der Mitarbeiter ganz oben auf der Agenda (Kienbaum 2009). Bei der Auswahl neuer Mitarbeiter setzen die Krankenhäuser weiterhin hauptsächlich auf Interviews. Andere Auswahlinstrumente sind bisher nicht weit verbreitet (Kienbaum 2009). Für ein erfolgreiches Personalmarketing ist es unabdingbar, die für die verschiedenen Berufsgruppen spezifischen Bedürfnisse und Motivationen zu kennen und gezielt anzusprechen. Demnach ist ein zielgruppenspezifisches Marketing als weitere wichtige Personalrekrutierungsmaßnahme anzusehen. Dies könnte für Ärzte die Hervorhebung von Weiterbildungsmöglichkeiten, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, und Entwicklungsmöglichkeiten im Krankenhaus sein. Für Pflegekräfte bietet sich beispielsweise eine Betonung der Familienfreundlichkeit des Krankenhauses in Verbindung mit der Option flexibler Arbeitsmodelle an.

Personalentwicklung

Der Bereich Personalentwicklung umfasst die auf die Bedarfe und Bedürfnisse des Unternehmens abgestimmte berufseinführende, berufsbegleitende und arbeitsplatznahe Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern sowie die Ableitung geeigneter Maßnahmen und Strategien aus den Unternehmenszielen, die eine Qualifizierung des Personals zum Ziel haben. Dabei sind Aspekte der Organisationsentwicklung und die Bedürfnisse der verschiedenen Anspruchsgruppen des Unternehmens zu berücksichtigen (Kolb 2010). Die Anpassung der Qualifikation an veränderte Aufgabenstellungen ist dabei eine zentrale Aufgabe der Personalentwicklung (Stockinger 2014). Betriebliche Veränderungsprozesse im Rahmen der Entwicklung des Krankenhauses im steigenden Wettbewerb können für bestimmte Berufsgruppen zu neuen Anforderungen und Aufgabenstellungen führen. Beispielsweise die Etablierung eines Case-Managements in Krankenhäusern, im Rahmen dessen Pflegepersonal als Case-Manager Managementaufgaben übernehmen und zum Prozessmanager im klinischen Alltag aufsteigen (Dahlgaard et al. 2010), stellt eine Veränderung dar, welche mit veränderten Anforderungen und Tätigkeiten des Pflegepersonals einhergeht. Aufgabe der Personalentwicklung ist es, die Qualifikation und das Eignungsprofil des Pflegepersonals beispielsweise durch entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen auf die neuen Aufgaben hin anzupassen.

Training & Entwicklung, und die damit verbundenen Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten im Unternehmen sind nicht zuletzt auch als Instrument zur Bindung von Talenten entscheidend. So kann eine gezielte Personalentwicklung dazu führen, dass die Mitarbeitenden bei der Planung der nächsten Karriereschritte ihre möglichen Entwicklungspfade im eigenen Unternehmen stärker als Alternative zu einem Unternehmenswechsel wahrnehmen.

Grundsätzlich lassen sich berufsgruppenspezifische und berufsgruppenübergreifende Personalentwicklungsmaßnahmen unterscheiden. Als wichtige berufsgruppenübergreifende Personalentwicklungsmaßnahme kann ein systematisches Angebot zu überfachlichen Themen angesehen werden. Softskill Trainings oder Teamentwicklungsmaßnahmen mit dem Ziel die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern unterschiedlicher Funktionsbereiche und/oder Hierarchiestufen zu verbessern, stellen dabei mögliche Trainings- und Entwicklungsmaßnahmen dar, die überfachliche Themen zum Inhalt haben und damit berufsgruppenübergreifend Relevanz besitzen. Eine weitere Möglichkeit zur unternehmensspezifischen Qualifizierung von Mitarbeitern stellen hausinterne Weiterbildungen und Schulungen dar. Diese ermöglichen die Weiterentwicklung der Mitarbeiter im Hinblick auf krankenhausspezifische Inhalt und Prozesse und tragen damit zur Sicherstellung von Wettbewerbsvorteilen bei.