

Personalplanung und Personalbeschaffung

Helga Kirchner, Stefan Probst, Dominik Petereit, Christoph Noelke, Patrick Blankertz, Olaf Baumhove, Arnd T. May

- 2.1 Personalbedarfsermittlung – 31**
 - 2.1.1 Ärztemangel – 35
 - 2.1.2 Ärztliches Personal gewinnen – 40
 - 2.1.3 Personalbeschaffung und Auswahl – 48
 - 2.1.4 Multiple-Choice-Fragen – 56
- 2.2 Einführung eines Arbeitszeitmodells in einem Krankenhaus der Grundversorgung in Übereinstimmung mit Arbeitszeitrichtlinie, Arbeitszeitgesetz und TV-Ärzte/VKA – 57**
 - 2.2.1 Einführung – 57
 - 2.2.2 Normenhierarchie und Begriffsbestimmung – 58
 - 2.2.3 Arbeitszeitgrenzen/Abweichungsmöglichkeiten – 61
 - 2.2.4 Arbeitszeitmodell im Praxismodell – 61
 - 2.2.5 Juristische Bewertung – Konformitätsprüfung mit der Arbeitszeitrichtlinie 2003/88/EG – 62
 - 2.2.6 Konflikte – 63
 - 2.2.7 Lösungsvorschläge für Probleme aus dem Arbeitszeitmodell – 64
 - 2.2.8 Multiple-Choice-Fragen – 66
- 2.3 Arbeitsrecht: Gleichstellung und Korruption – 67**
 - 2.3.1 Gleichstellung – 67
 - 2.3.2 Korruption – 72
 - 2.3.3 Multiple-Choice-Fragen – 76
- 2.4 Gehaltsverhandlungen – 77**
 - 2.4.1 Verhandlungsführung – 77
 - 2.4.2 Verhandlungsstrategien – 77
 - 2.4.3 Determinanten des Verhandlungsprozesses – 78
 - 2.4.4 Umsetzungsmöglichkeiten für Gehaltsverhandlungen – 79

2.4.5	Fazit – 81
2.4.6	Multiple-Choice-Fragen – 81
2.5	Ärzte aus dem Ausland: aus der EU und aus anderen Ländern – 81
2.5.1	Ärztemangel in Deutschland – 81
2.5.2	Wissenschaftliche Untersuchung zur täglichen Zusammenarbeit mit einem internationalen Arbeiterteam – 82
2.5.3	Fazit – 88
2.5.4	Multiple-Choice-Fragen – 89
2.6	Ethik und Ökonomie – 90
2.6.1	Das Arzt-Patienten-Verhältnis – 90
2.6.2	Rationierung bzw. Priorisierung – 92
2.6.3	Entscheidungsebenen – 94
2.6.4	Fazit – 94
2.6.5	Multiple-Choice-Fragen – 95
	Literatur – 96

Personalwirtschaft – Die Personalwirtschaft (Personalmanagement, Personalwesen) umfasst alle personellen Gestaltungsmöglichkeiten zur Erreichung der Unternehmensziele. (Wöhe 2010)

Personalplanung – Die Personalplanung hat die Aufgabe, die Personalkapazität an den lang-, mittel- und kurzfristigen betrieblichen Personalbedarf anzupassen. (Wöhe 2010)

Ärztmangel – Die Stellenbesetzungsprobleme sind besonders im ärztlichen Dienst gravierend, die Studie des DKI zeigt 4000 unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst auf (Blum und Offermanns 2009). »Zu Jahresbeginn (2010) hatten rund drei Viertel der Krankenhäuser (74,2 %) Probleme, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. [...] Vom Ärztemangel sind vor allem kleinere Krankenhäuser bis 300 Betten (6,3 % offene Stellen bundesweit) [...] betroffen«. (Blum und Löffert 2010)

Personalbeschaffung – Die Personalbeschaffung hat die Aufgabe, die in der Personalbedarfsermittlung festgestellte Unterdeckung nach Anzahl (quantitativ), Arzt (qualitativ), Zeitpunkt und Dauer (zeitlich) sowie Einsatzort (örtlich) zu decken. Hauptaufgaben der Personalbeschaffung bilden die beiden Bereiche Personalwerbung und Personalauswahl. (Thommen 2009)

2.1 Personalbedarfsermittlung

Helga Kirchner

Die Personalbedarfsermittlung (vgl. Thommen 2009) in einem Unternehmen »ergibt sich aus dem Umfang der einzelnen Leistungsbeiträge zur Erfüllung der betrieblichen Gesamtaufgabe«. Hierbei sind vier Faktoren wichtig:

- **Quantitativ:** Wie viele Mitarbeiter?
- **Qualitativ:** Welche Qualifikation?
- **Zeitlich:** Wann und in welcher Zeitperiode?
- **Örtlich:** Wo, welcher Einsatzort?

In der Regel wird das in ■ Abb. 2.1 gezeigte Modell zur Personalplanung verwendet. Diese Berechnung zeigt, dass es sich beim Bruttopersonalbedarf um den gesamten Personalbedarf zu einem bestimmten Zeitpunkt t_i ($i=1, 2, \dots, n$) handelt, während der Nettobedarf lediglich den zusätzlich zum vorhandenen Personalbestand notwendigen Bedarf von Mitarbeitern bezeichnet. Hierbei muss noch die Personalfluktuations berücksichtigt werden.

Der Nettopersonalbedarf wird zusätzlich noch durch Rahmenbedingungen beeinflusst, beispielsweise ob genügend ausgebildete Ärzte oder Pflegekräfte auf dem Markt sind oder durch den techno-

logischen Fortschritt, sodass spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten bei den Mitarbeitern vorliegen müssen, damit sie in der Lage sind, innovative Methoden und Techniken (Patientenakte, Informationstechniken usw.) in der Klinik umzusetzen.

Ein wichtiger interner Aspekt ist die Unternehmensstrategie. Viele private Kliniken wachsen sehr stark an, weil sie neue innovative Dienstleistungen anbieten. So werden z. B. in der Psychiatrie neue Konzepte der aufsuchenden ambulanten Versorgung erprobt, die es erlauben, Patienten zu Hause entsprechend zu versorgen. Die Kliniken wachsen immer mehr zu großen Verbundkliniken zusammen, die eine gemeinsame Strategie verfolgen und so kleinere Anbieter vom Markt verdrängen. Bei der Übernahme einer Klinik ist oft zu beobachten, dass Mitarbeiter, die Leistungsträger sind, sich neu orientieren, während andere Mitarbeiter in der Klinik bleiben. So kann eine Über- oder Unterdeckung des Personalbestands entstehen.

Bei der Ermittlung des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs sind folgende Problembe-
reiche zu beachten:

1. Urlaub (Beurlaubung)
 - Gesetzlich-vertraglich zustehender Urlaub
 - Unbezahlter Urlaub
 - Sonderfälle (Todesfall in der Familie, Umzug)
2. Krankheit und Unfall
 - Unfall (Berufsunfall/sonstige Unfälle)
 - Krankheit
 - Kuren
3. Betriebliche Weiterbildung
 - Bildungsurlaub
 - Forschungsfrei
 - Umschulung
 - Beruflich bedingter Auslandsaufenthalt
4. Staatsbürgerliche Pflichten
 - Öffentliche Ämter (z.B. Schöffe)
 - Gutachter bei ärztlichen Fehlern
5. Unentschuldigtes Fehlen
 - Burn-out
 - Sucht (Alkohol, Drogen)

Die Gründe für Fehlzeiten sind sehr vielschichtig und nicht immer zu beeinflussen. Für eine Analyse der Fehlzeiten können planbare und nichtplanbare Fehlzeiten differenziert betrachtet werden.

Bruttopersonalbedarf im Zeitpunkt t_i (= Soll-Personalbestand in t_i)

./. Personalbestand im Zeitpunkt t_0

+ Personalabgänge im Zeitpunkt t_0 bis t_i

– feststehende Abgänge (Pensionierung, Kündigung)

– statistisch zu erwartende Abgänge (Invalidität, Todesfälle)

./. Personalzugänge (feststehende) im Zeitraum t_0 bis t_i

= Nettopersonalbedarf

■ Abb. 2.1 Modell zur Personalplanung

Besonders im Krankenhaus gibt es eine Reihe von Belastungsfaktoren, die bei den Mitarbeitern zu Fehlzeiten führen. In Deutschland steigt das durchschnittliche Alter der Mitarbeiter in Unternehmen von 2010–2015 von 40 Jahre auf durchschnittlich 48 Jahre (■ Abb. 2.2). Das bedeutet, dass die Mitarbeiter immer älter werden und die präventiven Maßnahmen zum Erhalt der Arbeitskräfte intensiver steigen müssen.

Heute schon wird ganz deutlich, dass es eine Zunahme von psychischen Erkrankungen gibt, die von 2004 von 8,1 Arbeitsunfähigkeitstagen je 1000 AOK-Mitglieder in 2010 auf 72,3 Tage gestiegen sind (AOK 2012).

Die Leistungsfähigkeit und Produktivität von Krankenhäusern wird von Blum (2010) über die Kennzahl »Leistung je Vollkraft« ermittelt. Diese Kennzahlen werden in den Kliniken leider nicht häufig ermittelt, weil sie die leistungs- und belastungsorientierten Kennzahlen aufzeigen (■ Tab. 2.1).

Die »Leistung per Vollkraft« wird in den Kliniken mit 300–599 Betten häufiger im Rahmen der Personalplanung erhoben. Die Kennzahl »Mehrarbeit und Überstundenquote« zeigt die Überschreitung der Kapazitätsgrenze an. Ein dauerhaft hoher Wert zeigt, dass es eine Überlastung der Mitarbeiter gibt. Die »Fehlzeitenquote/Ausfallquoten« werden bei den Kliniken häufig bei der Personalbedarfsrechnung schon mit berücksichtigt. Diese Kennzahlen zeigen auf, in welchen Berufsgruppen die Belastung sehr hoch ist.

Im Fehlzeitenreport der AOK wird eine Zunahme von Burn-out bei psychischen Erkrankungen beschrieben. Je 1.000 AOK-Mitglieder ist die Zahl

der Arbeitsunfähigkeitsfälle von 2004 mit 0,6 AU auf 4,8 AU in 2011 gestiegen.

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (in Tagen) ist im gleichen Zeitraum von 8,1 AU-Tagen je Fall auf 94,4 AU-Tage gestiegen (vgl. Badura 2012).

» Erste große Kassen, darunter TK und Barmer GEK, haben bereits reagiert. Sie bieten kleinen wie großen Unternehmen betriebliches Gesundheitsmanagement an. Dazu werden Berater in die Firmen geschickt, die gemeinsam mit Management und Betriebsrat ein Bündel von Maßnahmen ausarbeiten, um »Arbeit gesünder zu machen«: Die Palette reicht von der gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen bis hin zu Burn-Out Kursen und einem »psychiatrischen Fallmanagement«. «

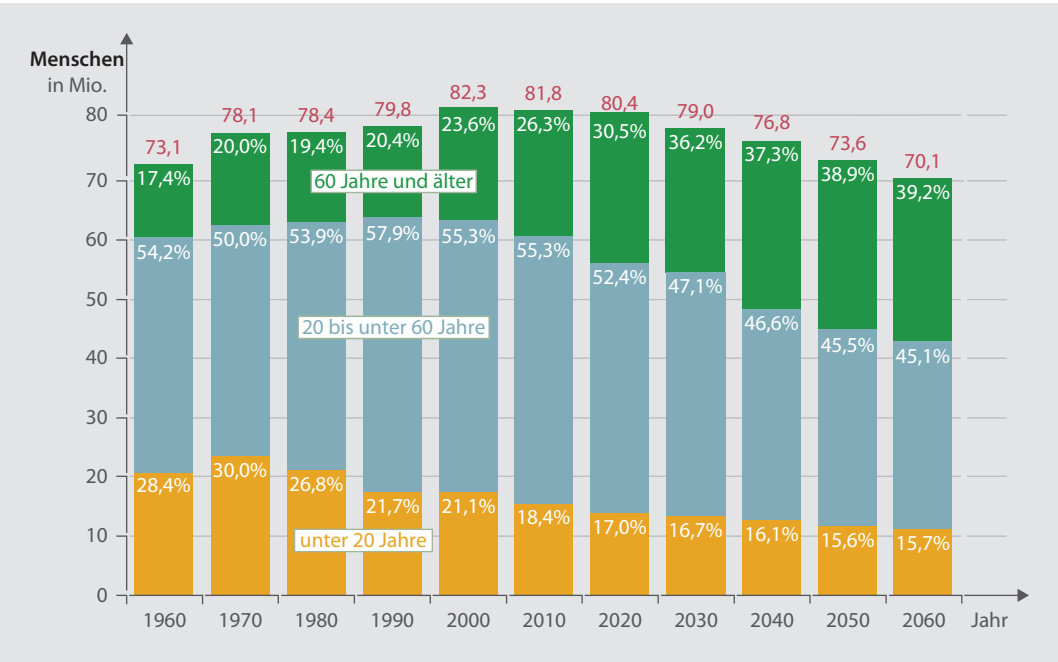
Hommel 2010

Die Personalbedarfsermittlung geht vom Leistungsprogramm des Krankenhauses aus. Hierfür ist es notwendig, die Anzahl der benötigten Arbeitskräfte nach Art, Qualifikation, Ort und Zeitpunkt zu ermitteln. Die Planung kann gegenwartsbezogen, aber auch zukunftsbezogen vorgenommen werden (Breinlinger-O'Reilly 1997).

Die Personalbedarfsermittlung kann durch verschiedene Verfahren vorgenommen werden. Wichtig ist, dass sie im Krankenhaus methodisch unterschiedliche Verfahren kombiniert, damit das Ergebnis aussagekräftig und der Erhebungsaufwand so gering wie möglich ist. Eine seriöse Personalbedarfsberechnung zeigt in der Regel Anhaltspunkte auf, um Personalkosten zu senken (vgl. Kutscher 2008).

Das InEK-Kalkulationsverfahren ist eine Methode zur Ermittlung des Personalbedarfs. Hierbei stehen die einzelnen DRG-Leistungen im Mittelpunkt der Betrachtung.

» So können etwa die Personalbindungsminuten pro DRG herangezogen werden. In diesem Fall werden die in den Abteilungen der InEK-Kalkulationsstichprobe (von einzelnen Berufsgruppen) erbrachten Einzelleistungen für einen Patienten summiert und als Anhaltzahl verwendet. « Kutscher 2008



■ **Abb. 2.2** Bevölkerungsstruktur (© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013). *Stand bis einschließlich 2010: 2012, Stand Bevölkerungsberechnung: Ende 2009. Bei der Bevölkerungsvorausberechnung werden eine annähernd konstante Geburtenhäufigkeit, ein moderater Anstieg der Lebenserwartung sowie ein positiver Wanderungssaldo von 200.000 Personen pro Jahr ab 2020 angenommen

■ Tab. 2.1 Ermittlung von Fehlzeiten und Personalbedarf in der Klinik (Blum 2010)				
	Leistung je Vollkraft	Mehrarbeit/Überstunden	Fehlzeiten/Ausfallzeiten	Fluktuationsquote
Verwaltung	24,5 %	47,2 %	57,6 %	35,1 %
Pflege	52,0 %	66,4 %	72,1 %	44,5 %
Ärzte	54,2 %	57,9 %	62,5 %	46,0 %

Darüber hinaus können Vergleiche auf der Basis von Kosten, die verschiedenen Berufsgruppen zugeordnet werden, für die DRG vorgenommen werden. Für die Kliniken ist der Vergleich zwischen den Kliniken besonders interessant, weil sich über die Vergleichswerte für eine DRG beispielsweise schnell und einfach errechnen lässt, ob eine Effizienzsteigerung möglich ist. Nach Kutscher (2008) gibt es beispielsweise vier Methoden der Personalbedarfsermittlung (■ Tab. 2.2):

- Anhalts-/Kennzahlen
- Leistungseinheiten

- Arbeitsplatz/Arbeitszeitbedarfsmethode
- Organisationsanalytisches Verfahren

Die Abstimmung des methodischen Vorgehens ist von großer Bedeutung, weil die Geschäftsführung, die Führungskräfte und vor allem die Mitarbeiter das Vorgehen verstehen sollen, damit das Ergebnis des Verfahrens nicht in Zweifel gezogen wird. Kutscher (2008) schreibt hierzu:

» Bezüglich der Verwendung des Berechnungsergebnisses sollte vereinbart werden, dass die Personalbedarfsermittlung (durchaus wichtige)

■ Tab. 2.2 Personalbedarfsverfahren (Kutscher 2008)

Anhalts-/Kennzahlen	Leistungseinheiten	Arbeitsplatz-/Arbeitszeitbedarfsmethode	Organisationsanalytisches Verfahren
Welcher Personalbedarf ist bei entsprechender Leistungsstruktur (oder gegebenenfalls Erlösstruktur) aufgrund des Vergleichs mit anderen Organisationen erforderlich?	Welche Leistungen sind zu erbringen? Wie viele Minuten werden für die Erbringung der einzelnen Leistungen benötigt?	Welche Arbeitsplätze sind in welchen Zeiträumen zu besetzen?	Welche Arbeitsplätze sind in welchen Zeiträumen zu besetzen, wenn Strukturen und Arbeitsabläufe optimiert würden?
+ Schnelle Orientierung bei Rückgriff auf vorhandene Vergleichsdaten möglich	+ Möglichkeit zur Berechnung auf Basis des jeweiligen Leistungsspektrums	+ Einfache Berechnung + Schnelle Erkennung offensichtlicher Überbesetzungen (»Durchzählen«)	+ Aufzeigen struktureller und prozessualer Optimierungsansätze
– Vergleichbarkeit oft eingeschränkt (spezifisches Leistungsspektrum, örtliche Besonderheiten)			
– Keine Analyse des Wertschöpfungspotenzials (»Auch Gute können noch besser werden«)	– Tendenzielle Bedarfsüberschätzung bei gegebenen/möglichen Leistungsparallelitäten oder Synergieeffekten		
– Keine Ansatzpunkte für konkrete Verbesserungen	– Aufwändige Bezugswertbildung mit hohem Ungenauigkeitsrisiko bei komplexen oder seltenen Leistungen	– Keine Berücksichtigung bestehender Ineffizienzen	– Vergleichsweise hoher Analyseaufwand

Hinweise für bestehende Leistungssteigerung und/oder Personalkostensenkungsmöglichkeiten liefert. Deren konkrete Realisierung sollte hingegen keinesfalls 1:1 aus dem Analyseergebnis abgeleitet werden. «

Nach Beck und Becker (2007) ist eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus an Leistungen oder Erlösen orientiert. Bei diesem Verfahren werden die Mitarbeiter frühzeitig eingebunden, um die Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz der Berechnung für die betroffenen Mitarbeiter frühzeitig sicherzustellen. Bei diesem Verfahren wird ein Konsens hergestellt, sodass die Leistungszahlen (z.B. Fallzahlen, Anzahl der Konsile, Anzahl der OPs, Anzahl der Funktionsleistungen) schnell erhoben werden können. Schwieriger

ist es, den durchschnittlichen Zeitaufwand pro Leistung zu erheben.

» Nicht selten sind die ersten Angaben durch die Fachabteilung sehr unterschiedlich (zum Beispiel die durchschnittliche Arztbindung einer ambulanten chirurgischen Behandlung zwischen 15 und 45 Minuten). Bei der anschließenden Erörterung, die anhand der Vergleichszahlen der anderen Mitgliedshäuser und extern veröffentlichter Zahlen zur Personalbedarfsermittlung erfolgt, pendeln sich die Angaben regelmäßig auf einen realistischen Maß ein (zum Beispiel die durchschnittliche Arztbindung einer ambulanten chirurgischen Behandlung zwischen 15 und 20 Minuten). «
Beck und Becker 2007

Beispiel**Berechnung von Operationen im OP-Bereich (Beck und Becker 2007)**

Für den OP-Bereich wird für 2.000 Operationen, die jeweils im Durchschnitt 60 Minuten dauern, 30 Minuten Vorbereitung erfordern und mit 2,0 Operateuren durchgeführt werden, ein Personalbedarf von 3,5 Vollkräften ausgerechnet. Der Chefarzt stellt fest: In die Berechnung fließt nicht mit ein, dass pro Tag pro Saal etwa eine Stunde »Zeitverschwendung« wegen nicht abgestimmter Abläufe mit der Anästhesie oder dem Funktionspersonal entsteht. In 2 OP-Sälen mit je 2 Ärzten kommt pro Jahr ein Wert von 0,5 Vollkräften heraus, der nicht berücksichtigt wird.

Beck und Becker (2007) ziehen als Fazit, dass die **Personalbemessung** anhand von Leistungen vorgenommen werden sollte, um anhand von Anhaltswerten, wie sie z.B. beim InEK für verschiedene Leistungsbereiche abrufbar sind, einen Vergleich mit anderen Kliniken zu ermöglichen.

Fragenkatalog zur Leistungsverbesserung

- Ist die einzelne Leistung überhaupt/in standardisierter Form/in anspruchsvoller Form/in besonders ausgeprägter Form erforderlich? Das bestimmt die Kompetenz des eingesetzten Personals sowie Mengen- und Zeitbedarf der Leistung (z. B. Anzahl, Einsatzdauer und Preise des Personals).
- Ist die Leistung häufig/regelmäßig/eher selten zu erbringen? Das bestimmt den Zeit- und Mengenbedarf bei der Anzahl des Personals.
- Wird die Leistung sofort/kurzfristig/mittelfristig/längerfristig/dauerhaft benötigt? Das bestimmt ebenfalls den Zeit- und Mengenbedarf des Personals.
- Gibt es kostenmäßige Ober- und/oder Untergrenzen für die Leistung? Das bestimmt die Intensität und die Preisgestaltung beim Einsatz des Personals (z.B. Anzahl, Einsatzdauer und Preise des Personals).

Überlegungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Leistung könnten sein:

- Ist diese Leistung überhaupt notwendig? Das kann der Fall sein bei einer Positionierung in den C-Feldern des Leistungsportfolios oder in dem B-Feld rechts unten.
- Ist jeder einzelne Arbeitsschritt bei der Leistungserstellung überhaupt erforderlich oder kann er entfallen?
- Ist die Anzahl jedes einzelnen Arbeitsschrittes notwendig oder kann die Anzahl durch eine andere Arbeitsweise (z.B. mit einer Stichprobenmethode) verringert werden?
- Ist die benötigte Arbeitszeit je Arbeitsschritt und Stückzahl zu lang?
- Müssen die jetzt beteiligten Mitarbeiter diesen Arbeitsschritt erledigen oder können für einzelne Arbeitsschritte einzelne preiswertere Mitarbeiter eingesetzt werden, damit Mitarbeiter mit höherer Kompetenz für schwierigere Arbeitsschritte frei werden?

Alle diese Überlegungen können zur Beschleunigung der Leistungserstellung, zur Qualitätsverbesserung und zur Kostensenkung führen.

2.1.1 Ärztemangel

In Zeiten eines wachsenden medizinischen Leistungsangebots aufgrund neuer Diagnose- und Therapieverfahren und des Einsatzes moderner Medizintechnik sowie eines wachsenden medizinischen Leistungsbedarfs durch mehr altersbedingte akute und chronische Erkrankungen benötigen die Erbringer der medizinischen Leistungen dauerhaft mehr Ärzte im schulischen Nachwuchs, im Studium, in der Facharztweiterbildung, in der Facharztstätigkeit, in den erforderlichen Fachrichtungen, in der wissenschaftlichen Forschung und in einer exzellenten klinischen Tätigkeit mit regionaler, nationaler oder internationaler Reputation.

Diesem steigenden Leistungsbedarf und Leistungsangebot steht ein dramatischer Rückgang der Ärztezahlen gegenüber, weshalb es vor allem für das Management der Kliniken aller Versorgungsstufen eine in dieser Form neue und herausfordernde Auf-

■ Tab. 2.3 Anzahl nicht besetzter Stellen im ärztlichen Dienst in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2006–2013 (Quelle: Statista 2014)

Jahr	Anzahl nicht besetzter Stellen
2006	1.300
2008	4.000
2009	5.000
2010	4.900
2011	3.800
2013	2.000

gabe ist, Personal in diesem Umfeld zu gewinnen, dauerhaft zu halten und nachhaltig zu entwickeln.

Das erfordert in vielen Kliniken die systematische und organisierte Entwicklung entsprechender strategischer Managementkompetenzen sowie die zentrale Einbindung des strategischen, investiven und operativen Personalmanagements in diesen Prozess.

Bundesweit werden beispielsweise in Deutschland 2.000 unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2008 (noch in 2006 waren es nur 1.300) genannt. Der Anteil der Krankenhäuser, die offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht oder nur schwer besetzen können, ist zwischen 2006 und 2008 von 28 % auf 67 % angestiegen (vgl. Blum und Offermanns 2009).

Der Mangel an Ärzten wird weiterhin zunehmen. Dies wird besonders dramatisch, weil immer mehr Frauen den Studiengang »Medizin« belegen. Die Besetzung vakanter Stellen im klinischen Bereich wird zunehmend schwieriger. Das Thema »Ärztemangel« und die hiermit verbundenen Konsequenzen für die Kliniken wurden lange Zeit nicht diskutiert. So schreibt Komorowski (2010), dass der Ärztemangel »weiter zunehmen wird, denn aufgrund der steigenden Lebenserwartung steigt auch die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen. Gleichzeitig wird die Anzahl der pro Jahrgang ausgebildeten Ärzte abnehmen«. In Verbindung mit der Tatsache, dass immer mehr Studienabsolventen ihre Karriere außerhalb der Kliniken sehen und externe Aufgaben, z. B. bei Krankenkassen, Versicherungen oder in den Verwaltungen etc. übernehmen, kommt es zu einer Verschärfung der ohnehin schon prekären Situation.

Ament-Rambow (2010) schreibt, dass der Wettbewerb um gute Mitarbeiter längst begonnen hat. »Aus welchem Grund sollte ein Mitarbeiter lieber in das Krankenhaus X als in das Krankenhaus Y gehen?« Diese Frage stellt sich immer häufiger, wenn die oft aufwendigen und teuren Anzeigenkampagnen wenig erfolgreich verlaufen und sich nur wenige oder unzureichend qualifizierte Bewerber auf eine ausgeschriebene Stelle melden.

Vor diesem Hintergrund gewinnen die Themen **Beschaffung, Entwicklung und Bindung der Ärzte** eine immer größere Bedeutung. Eine erfolgreiche Tätigkeit in diesen Aufgabengebieten ist heute schon von existenzieller Bedeutung für die Krankenhäuser und wird in Zukunft die wichtigste strategische Führungsaufgabe aller Verantwortlichen sein. Dabei können die Kliniken nicht mehr aus einer Fülle von Anfragen auswählen, sondern müssen ein aktives und dauerhaftes strategisches Konzept einer umfassenden Personalstrategie entwickeln und einführen.

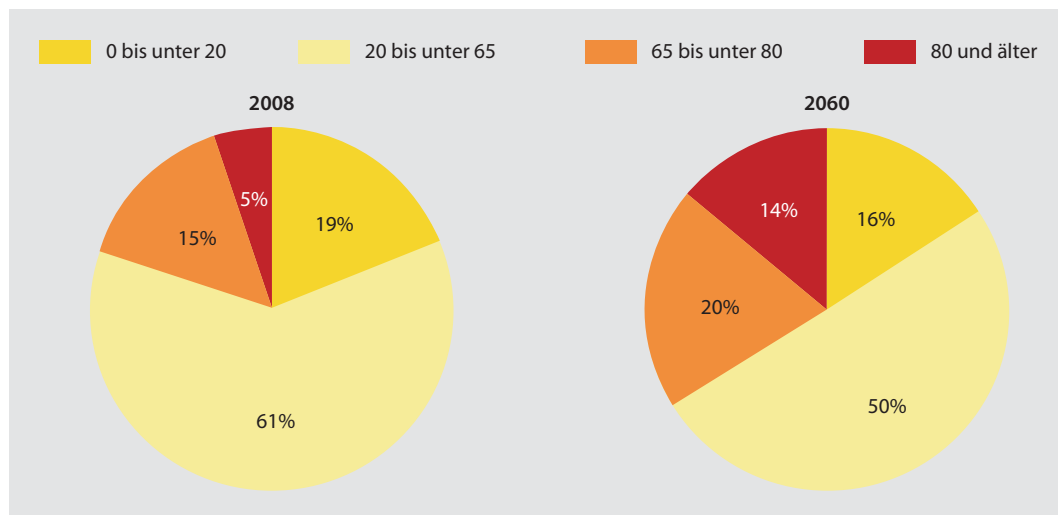
■ Überblick über die aktuelle Situation des Ärztemangels

Die vorliegende Statistik (■ Tab. 2.3) zeigt, dass die Anzahl nicht besetzter Stellen im ärztlichen Dienst in deutschen Krankenhäusern zurückgegangen ist. In den Jahren 2009 waren 5.000 und in 2010 waren 4.000 Stellen nicht besetzt. Durch die Anwerbung ausländischer Ärzte konnten bis 2013 viele Stellen besetzt werden, sodass zurzeit nur 2.000 Stellen unbesetzt sind.

Viele ausländische Ärzte sind nach Deutschland gekommen, um die Ausbildung und Facharztbezeichnung zu erhalten. Hier stellen sich jedoch andere Probleme ein, weil die Sprachkompetenz der Ärzte oft nicht ausreichend ist (vgl. ► Abschn. 2.5).

Für die Zukunft muss ein weiterer Trend beachtet werden: Für die meisten jüngeren Ärzte ist die Work-Life-Balance wichtig. Heute wollen Mütter und Väter ihre Kinder betreuen und fordern ganz selbstverständlich den Erziehungsurlaub ein. Daher wird man sich damit befassen müssen, welche Formen der Arbeitszeit von Ärzten in der Klinik realisierbar sind.

Hinzu kommt, dass sich die Quote der Erwerbstätigen in den nächsten Jahren erheblich zu Ungunsten der älteren Mitarbeiter verschieben



■ **Abb. 2.3** Bevölkerungsprognosen nach Altersgruppen des Statistischen Bundesamts (© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009)

wird (■ Abb. 2.3). Errechnet man diesen Quotienten für die Jahre 2008–2060, dann wird deutlich, dass in diesen Jahren die Gesamtbelastung für die heutige mittlere Generation sehr hoch ist.

Nimmt man die Jugendlichen (15 %) und die Gruppe der älteren Mitbürger (34 %), dann ergibt sich für die Erwerbstätigen eine zu finanzierende Belastung von 50 % der nichterwerbstätigen Bevölkerung in Deutschland. Hochgerechnet bis zum Jahr 2060 wird jeder Arbeitnehmer mindestens einen älteren/jüngeren Menschen mitfinanzieren.

Das bedeutet, dass mehr Ärzte aus dem Ausland bei uns arbeiten werden und die Mitarbeiter in den Kliniken viele ältere Menschen mit Demenz, Krebserkrankungen und andere Leiden versorgen müssen. Für Ärzte und Pflegende bedeutet das, dass wir eine längere Lebensarbeitszeit haben werden und damit auch das Arbeitsaufkommen anders verteilt werden muss. Das lässt erwarten, dass viele Mitarbeiter den Arbeitsbelastungen nicht mehr gewachsen sein werden. Damit die Kliniken dann überhaupt noch ihrem Versorgungsauftrag nachkommen können, müssen mehr altersgerechte Arbeitsplätze geschaffen werden. Darüber hinaus sind Maßnahmen zum »betrieblichen Gesundheitsmanagement« wichtig, da das Durchschnittsalter der Mitarbeiter von 40,5 Jahren in den Unternehmen bis 2050 auf durchschnittlich 55 Jahre

steigt. Daher ist Gesundheitsprävention schon heute sehr wichtig, damit in einer älter werdenden Belegschaft hohe Ausfallzeiten vermieden werden können (vgl. ► Abschn. 3.2).

Die heutigen Arbeitsbedingungen führen in vielen Fällen immer noch zu einer Unvereinbarkeit von Familie und Beruf. Das führt dazu, dass erwerbstätige Frauen häufig in der Kinderpause aus ihrem Beruf aussteigen oder ihre Arbeitsstunden verkürzen. Diese weitere Verknappung von Erwerbstätigen – bezogen auf den ärztlichen Dienst – wird die Arbeitsbelastung in den nächsten Jahren noch verschärfen. In ■ Tab. 2.4 wird deutlich, dass die Arbeitszeit von 41,1 Wochenstunden im Jahr 1991 auf 37,2 Wochenstunden im Jahr 2007 – und weiter bis heute – kontinuierlich gesunken ist. Bei den Ärztinnen ist eine deutliche Tendenz zur Reduktion der Arbeitszeiten zu sehen: Wurde 1991 noch durchschnittlich 32,1 Stunden gearbeitet, lag die Zahl der Arbeitsstunden in 2007 nur noch bei 27,4.

Besonders bei den 25- bis 44-jährigen Frauen nimmt die Teilzeitarbeit insgesamt zu. 47 % der Mütter in Westdeutschland und 25 % der Mütter in Ostdeutschland bevorzugen in dieser Lebensphase eine Teilzeitbeschäftigung (■ Abb. 2.4). Die Unvereinbarkeit mit Familie, Kindern und Beruf ist für Ärztinnen immer noch ein großes Problem. Viele Ärzte in leitender Position sind immer noch

Personalmanagement für Leitende Ärzte

Kirchner, H.; Flesch, M. (Hrsg.)

2014, XV, 208 S. 55 Abb. Book + eBook., Hardcover

ISBN: 978-3-642-41349-0