

1 Besonderheiten des Personalmanagements in Kliniken

Einer der Schwerpunkte dieses Fachbuches bildet das Krankenhausmanagement. Zunächst soll daher der Begriff des Krankenhauses näher eingegrenzt werden. Dies geschieht mittels einer Definition und einer Differenzierung nach Trägerschaften sowie nach Versorgungsstufen. Anschließend wird auf die Besonderheiten der Personalarbeit in der Klinik eingegangen, die aufgrund vielfältiger Herausforderungen allen Handlungsfeldern eines ganzheitlichen Personalmanagements gerecht werden muss.

1.1 Definition und Differenzierung des Krankenhauses

Neben der heutigen Definition, dass das Krankenhaus als ein sich auf dem neuesten Stand befindendes Kompetenzzentrum, das vorwiegend für die stationäre Medizin zuständig ist, anerkannt wird (Fleßa 2013, S. 24), differenziert der Gesetzgeber den Begriff des Krankenhauses im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) detaillierter. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 2 Nr. 1 KHG) definiert Krankenhäuser als

»Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden, Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können«.

Diese Definition beschreibt alle Voraussetzungen, die für das rechtmäßige Bestehen eines Krankenhauses erfüllt sein müssen und grenzt hierbei das Krankenhaus in Bezug auf die Unterbringungs- und Verpflegungsmöglichkeiten von der ambulanten Versorgung ab (Münzel/Zeiler 2010, S. 16). Das Sozialgesetzbuch definiert in § 107 SGB V neben den Voraussetzungen aus § 2 Nr.1 KHG noch weitere ergänzende Voraussetzungen. Somit müssen Krankenhäuser gemäß § 107 Abs. 1 Nr. 2, 3 SGB V zusätzlich fachlich-medizinisch unter ärztlicher Leitung stehen, den Versorgungsauftrag entsprechend nach wissenschaftlich anerkannten Methoden erfüllen und allzeit verfügbares Personal in allen relevanten Bereichen bereitstellen, um das Erkennen, die Heilung, Verhütung und Linderung von Krankheiten zu gewährleisten. Zudem sind in § 107 Abs. 2 SGB V – im Gegensatz zum KHG – die

Vorsorge- oder Rehabilitationskliniken von der Krankenhauseinrichtung gesondert definiert. Auch wenn sich die Gesetzestexte des § 2 Nr.1 KHG und des § 107 Abs. 1 SGB V ähneln, unterscheiden sie sich im Detail. Demnach kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Krankenhaus zwar die Voraussetzungen des KHG erfüllt, aber den detaillierteren Voraussetzungen des SGB V nicht gerecht wird. Sie haben dennoch die Bereiche Krankheitserkennung bzw. -heilung und die Möglichkeit zur Unterbringung bzw. Verpflegung gemeinsam, die somit das Wesen des Krankenhausbegriffs bilden (Münzel/Zeiler 2010, S. 16, 17).

Diejenige natürliche oder juristische Person, die ein Krankenhaus nach den Voraussetzungen des § 2 Nr. 1 KHG und § 107 Abs. 1 SGB V betreibt und damit auch die entsprechende Finanzierungslast trägt, ist der Krankenhausträger (Kösters/Schliephorst 2013, S. 19). In Deutschland wird die Krankenhausträgerschaft in öffentliche, freigemeinnützige und private Träger unterteilt. *Öffentliche Krankenhäuser* sind Einrichtungen, die sich in Trägerschaft von Gebietskörperschaften z. B. Bund, Land, Kreis, Gemeinde oder in Trägerschaft von Zusammenschlüssen dieser Körperschaften, wie z. B. Zweckverbände, befinden. Auch können öffentliche Krankenhäuser von Sozialversicherungsträgern, wie z. B. Berufsgenossenschaften, geführt werden. *Frei-gemeinnützige Krankenhäuser* werden meist von kirchlichen Trägern unterhalten. Alternativ stammen die Träger auch aus der freien Wohlfahrtspflege, Vereinen oder Stiftungen (Fleßa 2013, S. 30). Das Handeln dieser Krankenhausträger orientiert sich an der Gemeinnützigkeit und am Prinzip der Freiwilligkeit (Kösters/Schliephorst 2013, S. 19). Im Gegensatz zu privaten Krankenhausträgern dürfen diese Träger nur in eingeschränktem Maß Gewinne erzielen, die anschließend dem Gemeinnutzen zuzuführen sind (Hildebrandt 2013, S. 5). Aufgrund der verfassungsrechtlichen Stellung kirchlicher Vereinigungen gilt für diese Krankenhausträger eine Besonderheit. Diesen wird hierbei ein umfangreicher Selbstbestimmungsfreiraum gewährt, in den der Staat nur dann eingreifen darf, wenn hierfür ein zwingender Grund besteht und das Allgemeinwohl gefährdet ist (Kösters/Schliephorst 2013, S. 19). Einrichtungen, die als *private Krankenhäuser* auf dem Gesundheitsmarkt vertreten sind, werden durch natürliche oder durch juristische Personen des Privatrechts geführt, also Gesellschaften oder auch Einzelpersonen. Hierfür benötigt der Krankenhausträger als gewerbliches Unternehmen eine Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (Hildebrandt 2013, S. 5). Die privaten Klinikträger verfolgen hauptsächlich das Ziel der Gewinnerzielung und orientieren ihre Handlungen somit am erwerbswirtschaftlichen Leitgedanken (Kösters/Schliephorst 2013, S. 19). Über die Rechtsform, in der das Krankenhaus betrieben wird, sagt die Trägerschaft von den Krankenhäusern häufig nichts mehr aus. Vielmehr gibt es mittlerweile auch eine Vielzahl kommunaler GmbHs und AGs genauso wie gemeinnützige AGs bei den freigemeinnützigen Krankenhausbetreibern (Hildebrandt 2013, S. 32, 33).

Unterschiedliche Krankenhäuser haben eine unterschiedliche Intensität der Patientenversorgung bzw. des Leistungspotentials. Nach diesen Gesichtspunkten werden die Kliniken verschiedenen Versorgungsstufen zugeordnet. Auch wenn es bei der Einteilung keine bundeseinheitliche Strukturierung gibt, kann generell von vier Versorgungsstufen gesprochen werden (Landauer 2016, S. 15).

- Krankenhäuser der *Grundversorgung (Versorgungsstufe 1)* stellen eine einfache und ortsnahe Patientenversorgung mit den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie sicher. Krankenhäuser dieser Art sind eher kleinere Einrichtungen mit 100–200 Betten und beziehen sich auf ein Einzugsgebiet aus dem örtlichen bzw. städtischen Bereich.
- Die Krankenhäuser der *Regelversorgung (Versorgungsstufe 2)* umfassen ebenfalls die Fachbereiche der Grundversorgung und verfügen zusätzlich noch über weitere Fachrichtungen wie Anästhesie, Augenheilkunde, Geriatrie, HNO und Intensivmedizin. Dies sind in der Regel Krankenhäuser mit 201 bis zu 450 Betten, die das Einzugsgebiet der Landkreise umfassen.
- Eine Einrichtung mit *Schwerpunktversorgung (Versorgungsstufe 3)* garantiert zudem überörtliche Schwerpunktaufgaben mit zusätzlichen Fachabteilungen wie Dermatologie, Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie, Urologie und weitere spezielle Disziplinen. Die Bettenanzahl dieser Kliniken beläuft sich auf 451 bis zu 850 Betten und hat ein Einzugsgebiet aus dem jeweiligen Bezirk.
- Unter Krankenhäuser der *Maximalversorgung (Versorgungsstufe 4)* versteht man Einrichtungen, die noch über weitere als die bisher genannten Fachabteilungen verfügen. Diese erstrecken sich über die Labormedizin, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Pathologie und noch über weitere Disziplinen. Die Anzahl der Betten in einer Klinik mit Schwerpunktversorgung umfasst über 850 Betten und versorgt Patienten landesweit (Schmola/Rapp 2014, S. 23, 24).

Auch die Einteilung der Bettenanzahl zu den verschiedenen Versorgungstufen kann je nach Bundesland variieren.

1.2 Definition und Differenzierung der Rehaklinik

Der Bereich der Rehabilitation ist im Sozialgesetzbuch IX geregelt. Es werden in § 6 verschiedene Träger der Rehabilitation definiert, deren Zuständigkeitsbereiche teilweise überlappend sind. Mit einem Ausgabenanteil von über zwei Dritteln aller Ausgaben für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tragen die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung hierbei den größten Anteil (Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2016). Weitere Träger der Rehabilitation sind die Gesetzliche Unfallversicherung, die öffentliche Jugendhilfe, die Sozialhilfe sowie die Bundesagentur für Arbeit.

Im Bereich der *gesetzlichen Krankenversicherung* haben Versicherte nach § 11 Abs. 2 und § 23 Abs. 4 SGB V Anspruch auf stationäre Vorsorge- und medizinische Rehabilitationsleistungen, die im Wesentlichen auf die Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit oder Behinderung abzielen. Deren Zielsetzung lässt sich mit dem Leitsatz »Rehabilitation vor Pflege« zusammenfassen. Hierbei ist wichtig, dass die Rehaklinik, in der die Leistungen erbracht werden, einen Versorgungsvertrag nach § 111 bzw. § 111a

SGB V hat, der zu einem medizinisch-therapeutischen Konzept, einer apparativen Ausstattung, einer entsprechenden Gebäudestruktur und qualifiziertem medizinisch-therapeutischen Personal verpflichtet. Darüber hinaus müssen sich die Kliniken gemäß § 135a SGB V verpflichten, selbst Qualitätsmanagement zu betreiben und zusätzlich an klinikübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung mitzuwirken. Das einheitliche Berichts- und Steuerungsverfahren heißt QS-Reha und vergleicht Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Einrichtungen.

Anders als im Krankenhausbereich erfolgt vor dem Abschluss eines Versorgungsvertrages keine Bedarfsprüfung durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung; der Betreiber der Rehaklinik trägt das Risiko der Auslastung und hat keine Garantie für eine Belegung. Dies eröffnet der Gesetzlichen Krankenversicherung Möglichkeiten, Rehabilitationsfälle in spezielle Einrichtungen, z. B. sehr günstige oder leistungsstarke Kliniken zu lenken und damit Belegungen und auch die Höhe der Rehabilitandenzahlen zu beeinflussen.

In der *Gesetzlichen Rentenversicherung* ist der entsprechende gesetzliche Auftrag in § 9 SGB VI festgeschrieben. Er lässt sich mit dem Ziel »Rehabilitation vor Rente« zusammenfassen, also den Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmern, die in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen.

Weitere Differenzierung zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist, dass stationäre Rehabilitationsleistungen gemäß § 15 SGB VI in einem größeren Umfang auch durch die Rentenversicherung selbst, das bedeutet in eigenen Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung, geleistet werden. Zusätzlich gibt es Kliniken Dritter, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 21 SGB IX besteht.

Ähnlich dem Krankenhausbereich gibt es auch im Bereich der Rehabilitation sowohl öffentliche, frei-gemeinnützige als auch private Träger. Fast 55 % der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden aktuell durch private Anbieter betrieben, dieser Anteil hat seit 1997 durch überproportionale Schließung von Einrichtungen um 5 % abgenommen. Der Anteil der frei-gemeinnützigen Träger liegt bei ca. 26 %. Die restlichen Einrichtungen sind in öffentlicher Trägerschaft, wie schon ausgeführt, der Großteil davon von der Deutschen Rentenversicherung selbst betrieben (Statistisches Bundesamt 2014).

Anders als im Krankenhaus differenziert der Rehabilitationsmarkt keine Versorgungsstufen der Einrichtungen. Zunächst wird zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft unterschieden.

Beispiel:

Im Rehaprozess hat sich ein sog. Stufenmodell etabliert. Dieses differenziert nach den folgenden Stufen:

Krankenhaus

- Stufe A – Akutstationäre Behandlung im Krankenhaus
- Stufe B – (Früh-)Reha mit intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeit (z. B. neurologische Frührehabilitation nach Schlaganfall)

Reha II (AHB)

- Stufe C – (Früh-)Reha mit aktiver Mitarbeit in der Therapie, aber noch hohem pflegerischen Aufwand
- Stufe D – *Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AHB)* bzw. Reha nach Abschluss der Frühmobilisierung

Reha III

- Stufe E – Teilhabe am Arbeitsleben
- Stufe F – Langzeitsicherung

Vorsorge und Nachsorge

- Stufe 1 – *Heilverfahren*
- Stufe 2 – Teilhabe an der Gesellschaft

Hierbei zählen die Stufen A, B, C, D und 1 zu der medizinischen Rehabilitation (von Eiff et al. 2014, S. 25).

1.3 Personalmanagement im Krankenhaus und Rehaklinik

Die Anforderungen an die Personalarbeit in den Kliniken haben sich verändert. Herausforderungen wie der verstärkte Fachkräftemangel oder die komplexen Rahmenbedingungen wie der drastisch gestiegene Wettbewerbs- und Kostendruck bezüglich der Einführung des verbindlichen Abrechnungssystems auf Basis von Diagnosis Related Groups im Jahr 2004 (Schmola/Rapp 2014, S. 31) im Akutbereich oder auch die zunehmende Fallpauschalierung und Leistungsverdichtung im Rehabilitationssektor erfordern ein Umdenken des Personalmanagements (Hurlebaus/Thomas 2012, S. 1261–1264). Dies bedeutet, dass das Personalmanagement auf diese verflochtenen Bedingungen reagieren und aktiv bei der Gestaltung von Veränderungsprozessen mitwirken muss. Hierfür muss sich das Personalmanagement neu ausrichten und sich von einer rein administrativen bzw. reaktiven Verwaltung (Einstellung, Gehaltsabrechnung, Versetzung und Ausstellung von Mitarbeitern) hin zu einem nachhaltigen und wertschöpfenden Kompetenzzentrum entwickeln (Burkert 2012, S. 288-290), das die Personalarbeit als strategische Disziplin zur Zukunftssicherung des Krankenhauses wahrnimmt (Beck et al 2011, S. 780–783). Damit diese Personalstrategie erfolgreich ist, ist es unabdingbar, das Hauptaugenmerk auf die Stärken aller Mitarbeiter zu legen, um diese langfristig für

die Einrichtung zu gewinnen und sie wertschöpfend einzusetzen (Rochus Mummert 2016). Die komplexen Herausforderungen müssen von den Kliniken als Chance verstanden werden, überholte Strukturen aufzubrechen und auch andere Handlungsfelder zu fokussieren (Schommer 2004, S. 56-58). Auch wenn das Thema Personalmanagement bei zwei Dritteln der Führungskräfte aus dem Klinikmanagement sehr an Bedeutung gewonnen hat (Rochus Mummert 2016), ist dennoch der grundlegende Wandel von einer reinen Verwaltung zu einem strategischen Personalmanagement für das Management nicht einfach (Burkert 2012, S. 288-290).

Damit das Ziel eines modernen Personalmanagements, das »alle Handlungen der Führung auf die in Kliniken tätigen Menschen ausrichtet, um höchste Qualität und Quantität der Arbeitsleistungen zu erreichen« (Schirmer 2010, S. 244), erlangt wird, muss die Klinikleitung diverse Handlungsfelder dieser unternehmerischen Aufgabe unter Kontrolle haben. In Abbildung 1.1 wird ein Überblick dieser Teilbereiche des Personalmanagements mit Bezug auf das Krankenhaus und auf die Rehaklinik gegeben (► Abb. 1.1).

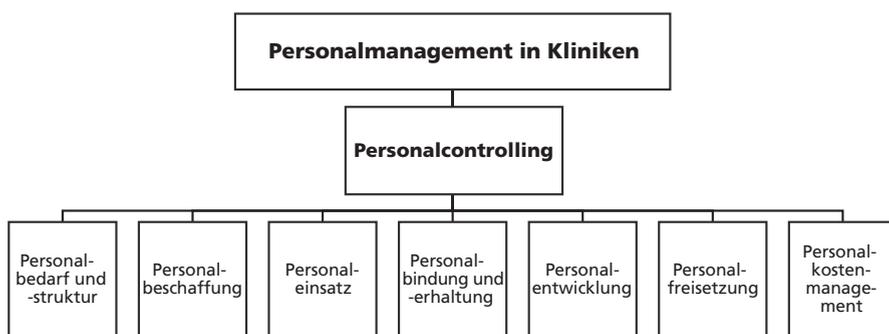


Abb. 1.1: Handlungsfelder Personalmanagement in Kliniken

In der Literatur existieren zahlreiche Möglichkeiten zur Gliederung und zur Zusammenstellung der Handlungsfelder. Im Rahmen dieses Buches werden diejenigen vorgestellt, die für die Autoren sinnvoll und besonders relevant erscheinen. Die Handlungsfelder des Personalmanagements umfassen den Personalbedarf bzw. die Personalstruktur, die Beschaffung und den Einsatz von Personal in der Klinik, die Erhaltung der Mitarbeiter, die Personalentwicklung sowie die Personalkosten und die Freisetzung von Personal. Das Personalcontrolling stellt eine übergeordnete primäre Komponente im Prozess der Personalarbeit dar.

Bei der *Personalbedarfs- und Personalstrukturermittlung* wird zum einen ermittelt, wie viele Mitarbeiter (quantitativer Aspekt) mit welcher Qualifikation (qualitativer Aspekt) an welchen Orten (räumlicher Aspekt) und zu welchen Zeiten (zeitlicher Aspekt) für einen reibungslosen Klinikablauf notwendig sind (Naegler 2014, S. 75). Inhalt der Personalbedarfsermittlung ist somit die Analyse des aktuellen und zukünftigen Personal-Sollbestands, der für die Verwirklichung der

Unternehmensziele erforderlich ist. Als wichtigstes Ziel einer Personalbedarfsermittlung ist die Steigerung der Wirtschaftlichkeit zu nennen. Hierbei gilt es, den niedrigsten Personalbestand zu ermitteln, bei dem die erforderlichen Aufgaben in der Klinik umgesetzt werden. Dennoch ist es hierbei auch wichtig, die Leistung der Mitarbeiter zu sichern, um Engpässen von Kapazitäten in Spitzenzeiten bzw. bei krankheitsbedingten Ausfällen mit entsprechendem Personalbestand entgegenzuwirken. Ein weiteres Ziel ist die Anpassungsfähigkeit an veränderte Rahmenbedingungen, wie z. B. Gesetzesänderungen oder die Überholung der Innovationsfähigkeit. Auch die Sicherstellung einer adäquaten und ausgewogenen Arbeitsbelastung stellt ein Ziel dieser Ermittlung dar, damit die Mitarbeiter nicht überbeansprucht werden und eine ermunternde Gestaltung der Arbeit geschaffen wird (Holtbrügge 2015, S. 102). Für die Personalbedarfsbestimmung eignen sich das Arbeitsplatzverfahren, das Kennzahlenverfahren und die Leistungseinheitsrechnung (Naegler 2011, S. 123). Zum anderen sieht es die Personalstrukturermittlung vor, bestimmte Strukturmerkmale in der Belegschaft des Krankenhauses zu analysieren und zu planen (Schulte 2012, S. 9). Dies kann u. a. die Qualifikationsstruktur, die durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit oder das Durchschnittsalter der Mitarbeiter sein. Ziel ist es hierbei, durch Vielfalt und die Unterschiede innerhalb einer Klinik einen Wandel der Unternehmenskultur zu ermöglichen, in der die Verschiedenheiten der Menschen akzeptiert, wertgeschätzt und als positive Mitwirkung zum Erfolg der Einrichtung genutzt werden (Schulte 2012, S. 16).

Darauf aufbauend erfüllt die Klinik mit der *Personalbeschaffung* die Aufgabe, Mitarbeiter in der notwendigen Anzahl und Qualifikation zu einem bestimmten Zeitpunkt für den entsprechenden Einsatzort zur Kompensation etwaiger personeller Unterdeckung zu gewinnen (Schulte 2012, S. 19). Die Beschaffung von Personal umfasst die Personalsuche, die Personalauswahl und die Einstellung des entsprechenden Personals. Ziel der Personalsuche ist es, potentielle Bewerber durch den internen, z. B. innerbetriebliche Ausschreibung, oder durch den externen Arbeitsmarkt, z. B. Hochschulmarketing über die Klinik und die zu besetzende Stelle zu unterrichten, um eine angemessene Anzahl an Bewerbungen mit der erforderlichen Qualifikation und Motivation an der Ausführung der Tätigkeit zu veranlassen. Gerade aufgrund des Personalmangels im Gesundheitswesen gilt es, bei der Suche nach potentiellen Bewerbern zielführende Maßnahmen einzusetzen. Gegenstand der Personalauswahl ist die Identifikation des Bewerbers, der die Anforderungen der zu besetzenden Stelle am besten erfüllt und somit die höchstmögliche Übereinstimmung mit dem Anforderungsprofil aufweist. Diese Phase der Personalbeschaffung ist meistens die kosten- und zeitaufwändigste, in der der Klinik eine Reihe von Verfahren zur Verfügung steht. Mögliche Verfahren sind bspw. die Analyse der Bewerbungsunterlagen, Personalfragebögen, Vorstellungsgespräche, Assessment Center oder ergänzende Tests wie z. B. ein Intelligenz- oder Konzentrationstest, wobei letztere nur noch vereinzelt angewendet werden (Holtbrügge 2015, S. 128). Wichtig ist es hierbei, dass die Klinik das Verfahren auswählt, das die Tauglichkeit für den jeweiligen Beruf am besten testet und entsprechend die höchste Objektivität, Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit) erzielt. Bei der Personaleinstellung wird die offene Stelle fristgerecht besetzt, indem

etwa ein Arbeitsvertrag unterzeichnet und der neue Mitarbeiter in die Arbeitswelt der Klinik erfolgreich fachlich und sozial integriert wird. Auch muss bedacht werden, dass den nicht eingestellten Bewerbern eine Absage erteilt wird (Holtbrügge 2015, S. 135).

Im Rahmen des *Personaleinsatzes* werden Mitarbeiter und Stellen so kombiniert, dass die vorhandenen Ressourcen ein Maximum an Qualität und Effizienz der Patientenbehandlung sicherstellen. Damit dieses Ziel erreicht wird, müssen drei Aufgaben erfüllt werden. Die Gestaltung der Arbeitsinhalte, der Arbeitszeiten und des Arbeitsplatzes. Die erste Aufgabe bezieht sich darauf, nach welchen Kriterien die Hauptaufgabe der Klinik in Teilaufgaben zergliedert und in Leistungsbereiche eingeordnet wird. Hierbei spielt besonders die zunehmende Bedeutung der Spezialisierung in der Medizin und deren Auswirkung auf die Belastung der Mitarbeiter eine Rolle. Die Gestaltung der Arbeitszeit ist aufgrund der Zufriedenheit der Mitarbeiter sowie der Arbeitszeitgesetze ein zentrales Thema beim Personaleinsatz. Besonders wichtig ist hier die Beachtung der Dauer und Lage der Arbeitszeit, deren Verteilung und die Gestaltung der Arbeitspausen. Als letzte Aufgabe rückt die Gestaltung des Arbeitsplatzes, u. a. aufgrund der demographischen Entwicklung und dem damit verbundenen Älterwerden der Mitarbeiter im Krankenhaus, in den Fokus des Personaleinsatzes. Bei der Erfüllung der genannten Aufgaben gilt es seitens des Trägers zu beachten, dass die Behandlung der Patienten ohne Beeinflussung von Störfaktoren erfolgt (Naegler 2014, S. 217, 218).

Innerhalb der *Personalbindung und -erhaltung* hat das Krankenhaus bzw. die Rehaklinik die Aufgabe, die Mitarbeiter mittels einer anforderungs-, leistungs- und marktgerechten Entlohnung und durch die Erzeugung von Anreizen im Interesse des Arbeitnehmers und der Klinikleitung an die Einrichtung zu binden. Hierbei wird ein besonderer Fokus auf die Fluktuation und die Krankheits- und Unfallhäufigkeit gelegt, damit so unerwünschte Kündigungen von qualifiziertem Personal vermieden werden können. Entsprechend kann u. U. die Häufigkeit der Abwanderung auch ein Indiz auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter und auf das Betriebsklima sein. Auch dient die Leistungsstimulation der Personalbindung und -erhaltung. Hier kommen monetäre, wie z. B. vermögensbildende Leistungen und nicht monetäre Leistungen, wie etwa betriebliche Sportanlagen, z. B. medizinische Trainingstherapie, der Einrichtung zum Einsatz (Schulte 2012, S. 58-68).

Mit Maßnahmen, die unter Berücksichtigung der persönlichen Belange des Personals der individuellen beruflichen Entwicklung und Förderung zugutekommen, beschäftigt sich die *Personalentwicklung*. Diese Maßnahmen kommen dann zum Einsatz, wenn es entweder Differenzen zwischen den Anforderungen einer Arbeitsstelle und den Fähigkeiten eines Mitarbeiters gibt bzw. diese zu erwarten sind, sich die Arbeitsinhalte ändern oder er eine für ihn unbekannte Aufgabe erfüllen soll (Naegler 2014, S. 202, 203). Die konkrete Aufgabe ist dann eine systematisch vorbereitende, durchführende und kontrollierende Identifikation sowie die Förderung der Eignungs- und Leistungspotentiale der Mitarbeiter. Beispiele dafür sind entsprechende Maßnahmen wie die Ausbildung, Fortbildung, Weiterbildung, Nachwuchsförderung oder Aufstiegsprogramme für Führungskräfte (Schulte 2012, S. 69). Die für die Klinikeinrichtung primären Ziele sind die Ver-

besserung, Vertiefung und Erweiterung der Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz sowie der Ausbau der Handlungskompetenz dieser Klinikmitarbeiter. Auch wird im Rahmen der Personalentwicklung der Belegschaftszustand diagnostiziert oder es wird versucht, mittels der Maßnahmen Profilierungsprobleme aufgrund der Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit auf dem internen und externen Arbeitsmarkt zu lösen (Naegler 2014, S. 203, 204).

Eine *Personalfreisetzung* zieht die Klinik in Betracht, wenn es eine negative Differenz zwischen dem qualitativen oder quantitativen Personalbedarf und dem -bestand gibt und damit eine Personalüberdeckung vermindert werden soll. Besteht eine solche negative Differenz, ist eine Weiterbeschäftigung auf der bisherigen Stelle des Mitarbeiters nicht mehr möglich. Das Resultat kann eine interne Versetzung, Kurzarbeit, Abbau von Überstunden, eine Nichtverlängerung befristeter Verträge oder eine, unter bestimmten Voraussetzungen gerechtfertigte, personen-, verhaltens- bzw. betriebsbedingte Kündigung durch das Krankenhaus sein (Naegler 2014, S. 211, 212). Mit einer Personalfreisetzung erreicht die Klinik, dass die Personalkosten termingerecht reduziert und die Kosten für die Personalanpassung minimiert werden. Des Weiteren wird das mittel- und langfristig erforderliche Know-how aufrechterhalten und die negativen individuellen Auswirkungen und Konsequenzen auf das Betriebsklima der Einrichtung begrenzt (Schulte 2012, S. 88).

Alle der bereits aufgeführten Handlungsfelder verursachen entsprechende *Personalkosten* für die Klinik, die durch die Personalkostenkontrolle ermittelt werden. Unter Personalkosten sind die Kosten zu verstehen, die aufgrund der Zurverfügungstellung und des Einsatzes von menschlicher Arbeitskraft aufgrund eines Arbeitsvertrages verursacht werden. Diese sind in der Regel in das Entgelt für geleistete Arbeit und in die Personalnebenkosten unterteilt. Personalnebenkosten existieren aufgrund von Tarifverträgen und Gesetz, etwa in Form von vermögenswirksamen Leistungen, oder aufgrund freiwilliger Leistungen, wie etwa Weiterbildungen. Damit liefert die Personalkostenkontrolle notwendige Informationen an die Finanzplanung und an die verschiedenen Handlungsfelder des Personalmanagements. Ziel hierbei ist es, den Personalaufwand zu begrenzen und den geplanten Personalaufwand bzw. das Personalnutzenverhältnis sicherzustellen (Schulte 2012, S. 92, 93). Eine der wichtigsten Aufgaben der Personalkostenkontrolle ist die Prüfung, ob die Entlohnung, die der Mitarbeiter erhält, seinen Leistungen und den Anforderungen der Stelle entspricht. Auch sollte die Gestaltung des Entgeltsystems eine Bindung der Mitarbeiter an die Einrichtung erzielen und festlegen, wer am Prozess des Budgetierens beteiligt und dafür verantwortlich ist (Naegler 2014, S. 63).

Der Fokus des *Personalcontrollings* liegt auf der Messung der Personalmanagement-Effizienz und auf der Sicherstellung einer sach- und zeitgerechten Zuordnung der knappen Ressourcen an Personal zu den Bereichen der Leistungserbringung unter Berücksichtigung eines hohen Gesamtnutzens für die Kliniken (Naegler 2014, S. 64). Durch entsprechende Kennzahlen kann somit der Beitrag der gesamten Handlungsfelder des Personalmanagements am Unternehmenserfolg gemessen werden und diese mit Informationen über die Ergebnisse versorgen (Geiger 2011, S. 270-272).

Das Personalcontrolling stellt somit einen bedeutenden Teil einer nachhaltigen Personalplanung dar. Aus diesem Grund und vor dem Hintergrund der zunehmenden Herausforderungen für das Personalmanagement müssen sich Kliniken vermehrt mit der Fragestellung beschäftigen, wie die Personalarbeit in ihrer Einrichtung am effektivsten und effizientesten gestaltet werden kann. In diesem Zusammenhang stellt das Thema Personalcontrolling das Kerngebiet dieser Arbeit dar und gebührt sich somit ausführlicher Betrachtung.