

Die Situation ist mittlerweile Normalität: Über Monate unbesetzte Stellen, erfolglose Rekrutierungskampagnen und hohe personelle Fluktuation im ärztlichen Dienst. Ärzte sind Mangelware. Und der Trend setzt sich fort. Einfache, schnell greifende Lösungsrezepte gibt es nicht. Vielmehr sind strategische Weichenstellungen erforderlich, um der Vielschichtigkeit der bestehenden und künftigen Herausforderungen angemessen zu begegnen. Es gilt also, die Besetzung offener Stellen zu optimieren und die ungewollte Fluktuation zu verringern.



Foto: Fotolia/Falko Matte

Mangelware: Arzt

Versäumnisse mit Risiken und Nebenwirkungen

Das vom Deutschen Krankenhausinstitut seit dem Jahr 2000 erhobene „DKI-Krankenhausbarometer“ lieferte 2009 alarmierende Zahlen: So hat sich die Anzahl der Krankenhäuser, die Probleme bei der Besetzung von ärztlichen Vakanzen haben, innerhalb von drei Jahren fast verdreifacht. Waren es im Jahr 2006 knapp 30 Prozent der Häuser, lag der Anteil 2008 bei nahezu 70 Prozent und stieg 2009 auf nunmehr 80 Prozent.

Konnte man bis vor einigen Jahren noch ein deutliches Ost-West-



Dr. Joachim F. Komorowski

Gefälle verzeichnen, gleichen sich die Zahlen in Ost und West zunehmend an (Neue Bundesländer: 83,5 Prozent / Alte Bundesländer: 79,6 Prozent). Aus einer anfänglich die neuen Bundesländer betreffenden regionalen Abwanderungsproblematik ist eine bundesweite Verknappung der „Ressource Arzt“ geworden. Unter Medizinern herrscht de Facto Vollbeschäftigung. Lediglich ein Anteil von einem Prozent der approbierten Me-

diziner ist bei den Arbeitsagenturen als arbeitssuchend gemeldet.

Demnach können bereits heute mehr als 5.000 offene Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzt werden, was einer Steigerung von 25 Prozent gegenüber 2008 (4.000 Stellen) entspricht. Die Situation wird sich weiter verschärfen, zumal bis 2017 voraussichtlich 20.000 Klinikärzte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden werden.

Darüber hinaus gibt es seit jeher Unterschiede in den Fachdisziplinen, die sich vor dem Hintergrund der generellen Verknappung noch dramatischer zuspitzen. Während offene Stellen mittlerweile sogar in den beliebten Fachdisziplinen teilweise über zwölf Monate unbesetzt bleiben, ist die Situation in den weniger gefragten Fachrichtungen mitunter fast hoffnungslos.

Die fachspezifischen Unterschiede spiegelt der so genannte Facharzt-Index wider. Er setzt die Anzahl der insgesamt verfügbaren Fachärzte einer Fachdisziplin ins Verhältnis zur Summe der in diesem Fach-Segment per Stellenausschreibung im „Deutschen Ärzteblatt“ gesuchten Mediziner.

Als Beispiel: Der 2008 für die Gastroenterologie ermittelte Fach-

arzt-Index von 6,2 bedeutet in der Praxis: Würden sich alle in Deutschland angestellten Gastroenterologen jeweils auf eine der ausgeschriebenen Vakanzen in der Gastroenterologie bewerben, entfielen auf jede Stellenausschreibung rein rechnerisch 6,1 potenzielle Kandidaten. Geht man davon aus, dass nur ein sehr geringer Teil der pro Vakanz statistisch verfügbaren 6,1 Gastroenterologen tatsächlich auf Stellensuche ist, erklären sich mäßige Rekrutierungserfolge von selbst.

Der Ärztemangel wird zunehmen

Dieser Mangel wird weiter zunehmen, denn auf Grund der steigenden Lebenserwartung steigt auch die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen. Gleichzeitig wird die Anzahl der pro Jahrgang ausgebildeten Ärzte abnehmen. Die Angebots- und Nachfrageproblematik schlägt, bezogen auf den Ärztemangel, mit doppelter Härte zu.

Hinzu kommt, dass einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge nur etwas mehr als die Hälfte der immatrikulierten Erstsemester des Studiengangs Medizin nach Abschluss der Aus- ▶

bildung später auch tatsächlich im Arztberuf arbeitet, bzw. das Studium überhaupt abschließt. Das Medizinstudium wird als trocken, verschult und wenig berufsbezogen empfunden. Nicht wenige Mediziner entscheiden sich daher nach dem Studium für eine Karriere z.B. in der Pharmaindustrie oder der Unternehmensberatung. Also für Tätigkeiten und Branchen, in denen sich bereits in jungen Jahren vergleichsweise hohe Gehälter erzielen lassen und die langfristig eine ausgewogenere und besser planbare Work-Life-Balance versprechen.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der an deutschen Hochschulen ausgebildeten Mediziner wandert ins Ausland ab. Auch hier sind bessere Arbeitsbedingungen und eine höhere Vergütung die wesentliche Motivation.

Auf Grund der Komplexität der Gesamtsituation gilt: Einfache, schnell greifende Lösungsrezepte gibt es nicht. Vielmehr sind strategische Weichenstellungen erforderlich, um der Vielschichtigkeit der bestehenden und künftigen Herausforderungen angemessen zu begegnen. Gesundheitspolitiker und Standesvertreter der Ärzteschaft sind gleichermaßen gefordert, mit Sachverstand und Weitblick die richtigen Strategien für eine langfristige und nachhaltige Lösung der Problematik zu entwickeln.

Unterteilt man die zu adressierenden Handlungsfelder in kurzfristig zu ergreifende Maßnahmen und langfristig zu erarbeitende Kon-

„Einfache, schnell greifende Lösungsrezepte gibt es nicht.“

zepte, so ist die erste Erkenntnis ernüchternd: Eine wirklich befriedigende kurzfristige Lösung gibt es nicht, da jede Klinik das Problem zunächst für sich selbst lösen muss, um den Bedarf zu decken. Im Falle des Personal-Aufbaus geschieht dies auf Grund der Mangelsituation letztendlich zu Lasten anderer Häuser.

Ad-hoc Lösungen können unter dem Strich daher immer nur Umverteilungslösungen sein, was bezogen auf die gesundheitspersonelle Gesamtsituation in Deutsch-

land mehr als unbefriedigend ist.

Was optimiert werden muss

Lässt man diese Überlegung zunächst außer Acht und konzentriert sich auf den Versorgungsauftrag und die unternehmerischen Ziele des einzelnen Klinikums, gibt es zwei Stellschrauben, an denen justiert werden kann: Die Optimierung der Besetzung offener Stellen und die Verringerung der ungewollten Fluktuation. Beides stellt die Kliniken vor neue praktische und unternehmenskulturelle Herausforderungen, die ein Umdenken bei den handelnden Akteuren erfordern.

Mancher Chefarzt oder Personalverantwortliche im Klinikum muss sich zunächst mit dem Gedanken vertraut machen, dass sich der Arbeitsmarkt gedreht hat. Die Tendenz geht dahin, dass sich die Kliniken ihrerseits bei wechselbereiten Kandidaten bewerben müssen.

Ob ein Arzt ein Klinikum als interessant empfindet oder nicht, kann glücklicherweise direkt durch Instrumente des Personal-Marketings beeinflusst werden. Neudeutsch spricht man vom „Employer Branding“, also der Nutzung absatzwirtschaftlicher Instrumente zwecks Positionierung des Klinikums als „Arbeitgeber der Wahl“. Eine integrierte Employer Branding Strategie vereint klassische und – durch die Neuen Medien geprägte – moderne Konzepte des Vertriebs, der Kommunikation und der Werbung, um ein Un-

ternehmen – hier also das Klinikum – bei potenziellen Kandidaten als erstrebenswertes Ziel für eine Bewerbung zu positionieren. Welche Instrumente greifen, hängt vom Einzelfall ab. Es ist naheliegend, dass sich ein Klinikum der Maximalversorgung in einer Metropole anderen Herausforderungen beim Personalbestands-Management stellen muss, als ein Grundversorger in der Provinz. Für beide Extremfälle gibt es Lösungen, jedoch kein allgemeingültiges Patentrezept. Anstelle einer „viel

hilft viel“-Strategie beim Schalten von Online- und Print-Anzeigen ist eine Analyse bisheriger Strategien, Maßnahmen und (Miss)erfolge zu empfehlen, um eingesetzte Mittel künftig gezielt und optimal zu nutzen.

Rekrutierungsinstrumente: Die Qual der Wahl

Ein klassisches und bewährtes Rekrutierungsinstrument ist die Stellenanzeige. Eine Annonce hat – je nach genutztem Medium – eine hohe Reichweite und verhilft dem Klinikum zu einem zusätzlichen Image-Effekt. Der Prozess der Anzeigenschaltung ist in der Regel hochgradig standardisiert, so dass mit relativ geringem Aufwand eine hohe Zahl an offenen Stellen kommuniziert werden kann. Problematisch an Stellenanzeigen ist, dass sich ausschließlich aktiv suchende Kandidaten bewerben und dass

„Es gibt zwei Stellschrauben, an denen justiert werden kann: Die Optimierung der Besetzung offener Stellen und die Verringerung der ungewollten Fluktuation.“

diese Kandidaten in der Regel auf 4 bis 6 Stellenanzeigen reagieren, d.h. man mind. 4 bis 6 Bewerber benötigt, um – statistisch betrachtet – eine Stelle zu besetzen.

Natürlich beschreibt eine Statistik nicht den Individualfall und grob vereinfacht gilt: Eine Stellenanzeige ist dann die Methode der Wahl, wenn das Klinikum z.B. auf Grund der Reputation oder der regionalen Lage besonders gefragt ist und mit einer entsprechenden Zahl qualitativ hochwertiger Bewerbungen gerechnet werden kann, um die Stelle schnell mit der richtigen Person zu besetzen. Gelingt das nicht (oder auf Grund der sich verändernden Arbeitsmarktsituation nicht mehr), macht es in der Regel wenig Sinn, die Stelle wiederholt mit gleichem Inhalt auszuschreiben.

In solchen Fällen ist es mitunter sinnvoll, die Anzeige durch eine Personalberatung schalten zu lassen und als Klinikum zunächst anonym im Hintergrund zu agieren.

Neue Medien richtig nutzen

Ein zunehmend wichtiger Bestandteil einer integrierten Rekru-

tierungsstrategie ist die richtige Nutzung der neuen Medien. Mittlerweile ein Muss: Ein professionell gestalteter Internetauftritt mit bewerberrelevanten Informationen über das Klinikum und einzelne Fachabteilungen sowie eine vollständige und aktuelle Liste der ausgeschriebenen Vakanzen mit bewerberfreundlich aufbereiteten Detailinformationen über jede einzelne Stelle.

Ob man möchte oder nicht: Der moderne stellensuchende Arzt ist optimal informiert und erwartet die Verfügbarkeit umfassender Informationen sowie die Möglichkeit des Dialogs.

Ein weiterer Trend, der nun auch in der Medizin angekommen ist: Die wachsende Akzeptanz für den Einsatz von Personalberatern bei der Besetzung kritischer Vakanzen. Auch das ist letztendlich eine dialogorientierte Methode. Mit dem Unterschied, dass die Initiative nicht vom Bewerber ausgeht, sondern eine aktive Ansprache potenzieller Kandidaten durch den Personalberater erfolgt.

Durch die aktive Ansprache im Auftrag der suchenden Klinik unterscheidet sich „Headhunting“ maßgeblich von allen anderen Rekrutierungsformen. Ein häufiges Missverständnis: Personalberater sind keine Personalvermittler. Ein ohne Mandat auf reiner Erfolgsbasis arbeitender Personalvermittler bietet Bewerber mehreren suchenden Kliniken gleichzeitig an. Das Honorar wird zwar nur im Vermittlungsfall fällig, jedoch muss der Fall einkalkuliert werden, dass sich ein Kandidat nach mehreren Interviews für die Offerter eines anderen Klinikums entscheidet. Im Ergebnis steht man mit der Personalsuche dann wieder am Anfang.

Ist die Entscheidung für eine mandatsgebundene Suche gefallen, gilt es einen für das Klinikum und die zu besetzende Position geeigneten Personalberater zu finden. Headhunter sind objektiv bewertbar und die schwarzen Schafe erkennt man leicht an den immer gleichen Sünden. Wichtige Erkennungsmerkmale erfolgreicher Headhunter sind Branchen-Know-how und Fachkompetenz. Eine erfolgreiche Kandidaten-Ansprache lebt von Authentizität. Der

Berater muss es im Rahmen des – in der Regel telefonischen – Erstkontaktes schaffen, mühelos und unverkrampft mit dem angesprochenen Mediziner zu kommunizieren. Augenhöhe ist gefragt.

Was die Konditionen für einen Headhunter betrifft, sind Honorarmodelle üblich, die sich prozentual am Zielgehalt der zu besetzenden Position orientieren. Üblich sind 25 bis 30 Prozent, fällig in drei Tranchen zu Beginn des Projektes, nach Präsentation der ersten Kandidaten und bei Besetzung der Position. In der Regel wird eine so genannte „Probezeit-Garantie“ gegeben, d.h. der Berater verpflichtet sich, im Falle einer erfolglosen Probezeit kostenneutral eine erneute Suche durchzuführen, um Ersatzkandidaten zu präsentieren. Personalberatung ist kein nebulöses Hexenwerk, sondern in der Hauptsache systematisch und professionell durchgeführte Projektarbeit.

Fazit

Das Problem des Ärztemangels ist langfristig lösbar, indem Veränderungsansätze strukturübergreifend erarbeitet und schrittweise umgesetzt werden. Wichtige Hebel sind in der Gesundheitspolitik, bei der Ausbildung von Medizinerinnen und bei den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten anzusetzen. Auf einer kurzen Zeitskala gilt: Es gibt kein Patentrezept für den erfolgreichen Personalaufbau. Insbesondere in schwierigen Personalmärkten, wie dem der Mediziner, ist es wichtig, flexibel auf die spezifischen Rekrutierungsanforderungen des jeweiligen Klinikums zu reagieren. Dies gelingt nicht durch methodenblinden Rekrutierungs-Aktionismus, sondern auf der Grundlage einer umfassenden und kompetent durchgeführten Analyse und durch die Implementierung effizienter Maßnahmen. ■

Dr. Joachim F. Komorowski
Business Matters Management Consultants
 Nymphenburger Straße 4
 80335 München
 joachim.komorowski@
 business-matters.de
 www.business-matters.de

Literatur beim Verfasser

MEDICAL BUSINESS MANAGEMENT

Berufsbegleitende Seminarreihe in sechs Einheiten
 im Herbst 2010 und Frühling 2011

DIE MBM-EINHEITEN IM ÜBERBLICK

24. + 25. September 2010 // 1. + 2. April 2011

Das deutsche Gesundheitssystem

1. + 2. Oktober 2010 // 6. + 7. Mai 2011

Arbeiten im Team und Personalverantwortung

15. + 16. Oktober 2010 // 3. + 4. Juni 2011

Change- und Projektmanagement

29. + 30. Oktober 2010 // 20. + 21. Mai 2011

Juristische Grundlagen ärztlichen Handelns

12. + 13. November 2010 // 18. + 19. März 2011

Grundlagen der Krankenhausbetriebswirtschaftslehre

26. + 27. November 2010 // 15. + 16. April 2011

Medizincontrolling

* Sie erhalten pro Einheit 16 CME-Punkte, 96 CME-Punkte für alle Einheiten zusammen.

Alle Infos und Online-Buchung unter:

WW



PVS-Akademie GmbH

Bruno-Jacoby-Weg 12 · 70597 Stuttgart
 Telefon 07 11/63 39 00 92 · Telefax 07 11/63 39 00 94
 info@pvs-akademie.de · www.pvs-akademie.de

