

Planen, Steuern und Organisieren betrieblicher Prozesse

Der Handlungsbereich 1 befasst sich in erster Linie mit den Grundlagen der Volks- und Betriebswirtschaft und dient als fachliches Fundament.

Aufgaben und Verantwortung eines modernen Staatswesens

Der Staat (lat. „status“: Zustand) ist die politische Einheit einer Gemeinschaft von Menschen (Staatsvolk), die in einem bestimmten Gebiet (Staatsgebiet) unter einer obersten Gewalt (Staatsmacht) organisiert ist. Er muss die tatsächliche Macht besitzen, um Gesetze zu erlassen und durchzusetzen. Dieses Machtgefälle teilt sich in Judikative, Legislative und Exekutive.

Ziele des Staates sind die Macht politische Ideen durchzusetzen, innere und äußere Sicherheit, Daseinsfürsorge, Versorgung öffentlicher Dienstleistungen durch Dritte, marktgerechte Preisfindung.

Als **Nachwächterstaat** wird ein Staat bezeichnet, dessen Aufgabe auf die Wahrung der inneren und äußeren Sicherheit beschränkt ist, um in erster Linie das Privateigentum der Bürgerinnen und Bürger zu schützen. Dieser Minimalstaat greift insbesondere nicht durch Wirtschafts- oder Sozialpolitik in den freien Markt ein.

Der moderne Staat ist ein **Wohlfahrtsstaat (Versorgungsstaat)**, der sich um das Wohlergehen seiner Bürgerinnen und Bürger kümmert. Die Bürger sollen gegen bestimmte Risiken abgesichert werden. Dazu gibt es zum Beispiel die Unfall-, Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Nur ein finanziell gesunder Staat kann langfristig auch ein sozialer Staat sein.

Das **Sozialgesetzbuch** umfasst zwölf Bücher, die zum Teil voneinander abhängen. Sie sind die Grundlage für die Umsetzung der Aufgaben des modernen Staats. Dazu gehören:

- SGB I, IV und X: sog. Verwaltungsgesetze
- SGB II: „Grundsicherung für Arbeitssuchende“
- SGB III: Leistungen der „Arbeitsförderung“ (Arbeitsvermittlung)
- SGB V: Leistungen der „gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV)
- SGB VI: Leistungen der „gesetzlichen Rentenversicherung“ (GRV)
- SGB VII: Leistungen der „gesetzlichen Unfallversicherung“ (GUV)
- SGB VIII: Ansprüche auf Leistungen der „Kinder und Jugendhilfe“
- SGB IX: Grundlagen der „Rehabilitation und Teilhabe“
- SGB XI: Leistungen der „gesetzlichen Pflegeversicherung“
- SGB XII: Leistungen der „Sozialhilfe“ bzw. der „Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“

Wirtschaftsordnungen

Eine **Marktwirtschaft** funktioniert durch Nachfrage und Angebot. Bei der freien Marktwirtschaft wird alles, im Gegensatz zur Planwirtschaft, durch den Markt selbst bestimmt. Der Markt entscheidet also, wovon wie viel produziert und gekauft wird.

Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen Handout zu Handlungsbereich 1

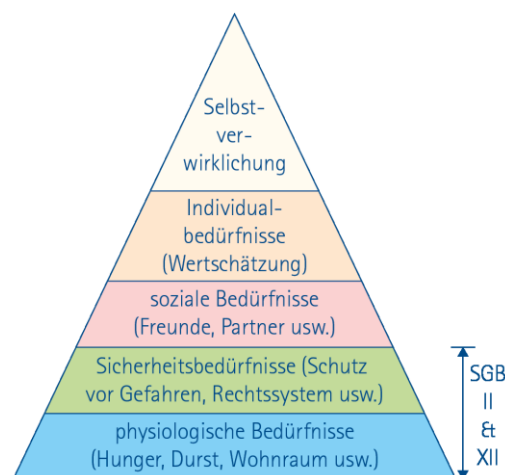
Das bedeutet, es bestehen keine allgemeinen Vorschriften, was man verkaufen darf und wie viel man dafür verlangt.

Eine **Planwirtschaft** ist das Gegenstück der Marktwirtschaft. Es kommt zu keiner Nachfrage des Nutzers, sondern zu einer Planung der Nachfrage durch eine staatliche Stelle.

Zwischen beiden Formen gibt es mehrere Kombinationsmöglichkeiten. In Deutschland herrscht die Soziale Marktwirtschaft.

Bei der **Sozialen Marktwirtschaft** handelt es sich um ein modernes Wirtschaftssystem, das wie die freie Marktwirtschaft vom Wettbewerb lebt. Dabei steht „sozial“ für die Ziele der gesicherten Freiheit, der sozialen Sicherheit und der sozialen Gerechtigkeit. Ludwig Erhard, der Umsetzer der Sozialen Marktwirtschaft, fasste diese unter dem Überziel „Wohlstand für alle“ zusammen. Es gibt Sicherungssysteme wie das ALG und Bürgergeld. Steuern werden für Stabilität erhöht je nach Einkommen. Vorteile sind Selbstverwirklichung, Sicherheiten, Einkommensumverteilungen bei Steuern. Nachteile sind Bürokratie, hohe Steuern, Unternehmen wollen ins Ausland. Der Staat hat die Aufgaben der Ordnungspolitik, Strukturpolitik und Stabilitätspolitik.

Ein **Kaufprozess** besteht aus Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage. Sobald ein Bedürfnis mit Geld befriedigt werden kann wird dadurch ein Bedarf. Da wir viele Bedürfnisse haben und nicht alle Bedürfnisse stillen können wird das aus der Menge des Bedarfs gekaufte Gut zur Nachfrage. Bedarf ist das, was von den Bedürfnissen übrigbleibt, wenn man seine Tauschgüter (meistens Geld, Kredite, aber auch Dienstleistung) zusammenzählt. Die Bedürfnispyramide von Maslow gilt als wichtiges Modell da der Käufer immer erst versucht die unteren Bedürfnisse zu befriedigen.



Arbeitsteilung führt dazu, dass die Qualität eines einzelnen Produkts oder einer einzelnen Dienstleistung durch Erfahrung und Wissen sehr stark ansteigt, gleichzeitig jedoch die Fähigkeit, andere Produkte und Dienstleistungen herzustellen, sehr stark abnimmt.

Grundlagen des Qualitätsmanagements

Qualität beschreibt den Grad der Erfüllung von Anforderungen und Erwartungen, im Gesundheitswesen insbesondere die Bedürfnisse von Patienten, Angehörigen, Kostenträgern und Mitarbeitenden. Qualitätsmanagement meint den systematischen, geplanten Ansatz zur Sicherung und Verbesserung dieser Qualität, nicht nur punktuelle Kontrollen einzelner Leistungen. In der Praxis werden Strukturen (z. B. Personalausstattung), Prozesse (z. B. Aufnahme, OP-Ablauf, Entlassung) und Ergebnisse (z. B. Komplikationsraten, Zufriedenheit) betrachtet und miteinander verknüpft. Ein gelebtes QM-System schafft Transparenz darüber, wie Versorgung tatsächlich abläuft und wo Risiken oder Engpässe entstehen. Gesetzliche und vertragliche Vorgaben verlangen von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, die Qualität ihrer Leistungen kontinuierlich zu sichern und weiterzuentwickeln.

In einem Krankenhaus zeigt sich wirksames **Qualitätsmanagement** beispielsweise daran, dass Standardabläufe für Notaufnahme, OP, Intensivstation und Pflege dokumentiert sind und regelmäßig überprüft werden. Beschwerden und Fehler werden nicht versteckt, sondern systematisch erfasst, analysiert und zur Verbesserung genutzt. Patientenzufriedenheit wird mit Befragungen und Beschwerdedaten erfasst, um gezielt Maßnahmen abzuleiten. Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflege, Therapie, Verwaltung und Service wird als Voraussetzung für gute Qualität verstanden. So wird QM zu einem integrierten Bestandteil des Klinikalltags und nicht nur zu einem „Papierprojekt“.

DIN EN ISO 9001 im Gesundheitswesen

Die **DIN EN ISO 9001** ist die weltweit wichtigste Norm für Qualitätsmanagementsysteme und wird im Gesundheitswesen häufig als Rahmen für die Gestaltung des QM genutzt. Sie definiert Mindestanforderungen an ein QM-System, damit Organisationen ihre Prozesse beherrschen und die Kundenerwartungen zuverlässig erfüllen können. Die Norm basiert auf sieben Grundsätzen, darunter Kundenorientierung, Führung, Engagement von Personen, prozessorientierter Ansatz, Verbesserung, faktengestützte Entscheidungsfindung und Beziehungsmanagement. In Krankenhäusern werden diese Grundsätze beispielsweise umgesetzt, indem Patientenbedürfnisse systematisch erfasst, Führungsverantwortung klar geregelt und Prozesse abteilungsübergreifend beschrieben werden. Eine Zertifizierung nach ISO 9001 bestätigt, dass die Einrichtung die Normanforderungen erfüllt und ihr QM-System regelmäßig überwachen lässt.

Konkret fordert die ISO 9001 unter anderem, dass der Anwendungsbereich des QM-Systems beschrieben, Prozesse ausreichend dokumentiert und geeignete Aufzeichnungen geführt werden. Dazu gehören z. B. Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen und Nachweise zur Umsetzung wie

Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen Handout zu Handlungsbereich 2

Patientendokumentationen. Einrichtungen müssen Risiken und Chancen ihrer Prozesse bewerten, die Wirksamkeit von Maßnahmen überprüfen und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess etablieren. Typische Elemente im Gesundheitswesen sind dabei Hygienekonzepte, Beschwerdemanagement, Risikomanagement, Notfallpläne sowie interne Audits. Ziel ist, stabile Abläufe zu schaffen, die Patientensicherheit zu erhöhen und die Effizienz der Organisation zu verbessern.

Ein Krankenhaus, das nach ISO 9001 arbeitet, definiert z. B. für den „Medikationsprozess“ klare Schritte von der Verordnung über die Bereitstellung bis zur Verabreichung und Dokumentation. Qualitätsziele wie „Reduktion von Medikationsfehlern“ werden mit Kennzahlen hinterlegt, regelmäßig ausgewertet und bei Abweichungen mit Maßnahmen verknüpft. So wird deutlich, wo in der Versorgungskette Risiken bestehen und welche Verbesserungen nötig sind, um Patienten sicher zu behandeln.

2

Der PDCA-Zyklus als Steuerungsinstrument

Der **PDCA-Zyklus (Plan–Do–Check–Act)** beschreibt einen vierstufigen Regelkreis, der als Grundmodell für kontinuierliche Verbesserung im Qualitätsmanagement dient. In der Phase „Plan“ wird ein Problem oder Verbesserungsbedarf analysiert, ein Zielzustand definiert und ein Maßnahmenplan erstellt. „Do“ bedeutet die Umsetzung der Maßnahmen im Praxisbetrieb, häufig zunächst in einem begrenzten Bereich. In der Phase „Check“ werden Daten erhoben und die Ergebnisse mit den gesetzten Zielen verglichen. „Act“ steht für die Entscheidung, erfolgreiche Maßnahmen in Standards zu überführen oder bei unzureichender Wirkung neue Schritte zu planen.

Dieser Zyklus eignet sich sehr gut, um QM-Prozesse im Gesundheitswesen zu steuern, weil er strukturiertes Vorgehen und Lernen aus Erfahrungen verbindet. In einer Arztpraxis können z. B. Wartezeiten analysiert, ein neues Terminmanagement eingeführt, die tatsächlichen Wartezeiten gemessen und der Prozess anschließend angepasst werden. Im Krankenhaus lässt sich der PDCA-Zyklus auf Themen wie Sturzprävention, OP-Sicherheitschecklisten oder Entlassungsmanagement anwenden. Wichtig ist, dass jede Veränderung mit klaren Zielen, messbaren Indikatoren und festgelegten Verantwortlichkeiten verknüpft wird. Dadurch wird Qualitätsmanagement zu „systematisch angewandtem Menschenverstand“, der den Praxisalltag Schritt für Schritt verbessert.

Total Quality Management (TQM)

Total Quality Management (TQM) ist ein umfassender Ansatz, der Qualität als Aufgabe der gesamten Organisation und aller Mitarbeitenden versteht. Im Unterschied zu rein normbasierten Systemen legt TQM großen Wert auf Qualitätskultur, Mitarbeiterbeteiligung und langfristige Ausrichtung. Kernelemente sind konsequente Kundenorientierung, ständige Verbesserung, Prozessorientierung und die Einbindung aller Ebenen – von der Geschäftsführung bis zu den Mitarbeitenden im direkten Patientenkontakt. Für Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen bedeutet das, Qualität nicht nur als Dokumentationspflicht, sondern als

Projekte und Schnittstellen im Gesundheits- und Sozialwesen

Im Gesundheits- und Sozialwesen werden zahlreiche Veränderungen heute in Form von Projekten umgesetzt: die Einführung einer neuen Software, der Aufbau einer neuen Station, die Umstellung von Prozessen in der Notaufnahme oder die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems. Projekte helfen, komplexe Vorhaben zeitlich befristet, strukturiert und zielorientiert zu bearbeiten. Gleichzeitig sind viele Einrichtungen stark von Schnittstellen geprägt: zwischen Berufsgruppen, Abteilungen, Kostenträgern, externen Partnern und verschiedenen Trägerstrukturen.

Damit Projekte erfolgreich sind, müssen sowohl der Projektaufbau als auch die Gestaltung von Schnittstellen bewusst geplant werden. Unklare Verantwortlichkeiten, fehlende Absprachen oder schlecht definierte Ziele führen schnell zu Verzögerungen, Mehrkosten und Konflikten. Ein professionelles Projektmanagement schafft hier Transparenz, legt Rollen fest, definiert Ziele und steuert Zeit, Kosten und Qualität. Im Folgenden werden zentrale Elemente wie Projektdefinition, Projektorganisation, Rollen, Lasten- und Pflichtenheft, das magische Dreieck, Netzplan und Gantt-Diagramm praxisnah erläutert.

1

Projektdefinition und Projektziele

Ein **Projekt** ist ein zeitlich begrenztes Vorhaben mit einem klaren Ziel, einem definierten Anfang und Ende, begrenzten Ressourcen und einem gewissen Neuigkeitsgrad. Typisch für Projekte ist, dass sie bereichsübergreifend wirken, mehrere Berufsgruppen betreffen und nicht einfach Routine sind. Im Krankenhaus kann die Einführung eines neuen elektronischen Patientenaktensystems ein Projekt sein, weil es viele Bereiche betrifft und besondere Planung erfordert.

Die **Projektdefinition** beschreibt, worum es im Projekt genau geht, warum es durchgeführt wird und welchen Nutzen es bringen soll. Sie beantwortet Fragen wie: Was ist der Projektgegenstand? Was gehört dazu und was nicht (Projektumfang)? Welche Rahmenbedingungen sind zu beachten? Eine klare Projektdefinition ist wichtig, um Missverständnisse zu vermeiden und alle Beteiligten auf eine gemeinsame Zielrichtung auszurichten.

Projektziele müssen so formuliert sein, dass sie überprüfbar sind. Häufig wird hierfür das SMART-Prinzip verwendet: Ziele sollen spezifisch, messbar, attraktiv bzw. akzeptiert, realistisch und terminiert sein. Statt „Wir wollen die Dokumentation verbessern“ heißt es z. B.: „Bis zum 31.12. werden 90 % der Pflegeberichte elektronisch dokumentiert, und die durchschnittliche Dokumentationszeit pro Patient wird um 20 % reduziert.“ Solche Ziele helfen bei der späteren Steuerung und beim Projektcontrolling.

Projektaufbau und Projektorganisation

Der **Projektaufbau** beschreibt, wie das Projekt strukturiert ist und in welche Teilaufgaben es zerlegt wird. Dazu gehört die inhaltliche Strukturierung (z. B. Arbeitspakete) genauso wie die organisatorische Einbindung in die bestehende Einrichtung. In einem Krankenhaus müssen Projekte meist mit dem laufenden Betrieb vereinbar sein – die Mitarbeitenden arbeiten im Projekt neben ihrer regulären Tätigkeit.

Die **Projektorganisation** regelt, wie das Projekt in das Unternehmen eingebettet ist und welche Entscheidungswege gelten. Man unterscheidet grob zwischen der reinen Projektorganisation, der Stabs-Projektorganisation und der Matrixorganisation. In der reinen Projektorganisation werden Mitarbeitende für die Projektdauer vollständig aus ihrer Linie herausgelöst; das ist im Gesundheitswesen eher selten. Häufig ist eine Matrixorganisation, bei der Projektmitarbeitende sowohl dem Projektleiter als auch ihrem Linienvorgesetzten zugeordnet sind. Das ist pragmatisch, kann aber zu Doppelbelastungen und Konflikten führen, wenn Prioritäten nicht klar sind.

Wichtig im Projektaufbau sind zudem klare Strukturen für Lenkungsausschuss oder Steuergruppe, Projektleitung und Projektteam. In größeren Projekten gibt es oft eine Steuerungsgruppe mit Vertretern der Leitungsebene sowie der wichtigsten Bereiche, die strategische Entscheidungen trifft. Die operative Umsetzung liegt beim Projektleiter und seinem Team. Je komplexer das Projekt, desto wichtiger ist eine übersichtliche Struktur mit klaren Zuständigkeiten.

Rollen im Projekt

In jedem Projekt gibt es typische **Rollen**, die klar beschrieben sein sollten. Der Auftraggeber (Sponsor) ist meist eine Person aus der Leitungsebene, die das Projekt initiiert, Ziele vorgibt, Ressourcen bereitstellt und über wesentliche Meilensteine entscheidet. Er trägt die Gesamtverantwortung für den Projekterfolg und ist Ansprechpartner für den Projektleiter, wenn es um Grundsatzfragen geht.

Der **Projektleiter** ist für die operative Planung, Koordination und Steuerung des Projektes verantwortlich. Er plant die Arbeitspakete, stellt das Projektteam zusammen, koordiniert Termine, moderiert Besprechungen und berichtet regelmäßig an den Auftraggeber oder Lenkungsausschuss. Gute Projektleiter brauchen neben Fachwissen vor allem Kommunikations- und Führungskompetenz, da sie in der Regel ohne klassische Weisungsbefugnis über Hierarchie führen müssen.

Das **Projektteam** besteht aus Mitarbeitenden verschiedener Bereiche, die ihre fachliche Expertise einbringen. In einem Klinikprojekt könnten z. B. Pflege, Ärzte, IT, Verwaltung und Medizincontrolling vertreten sein. Wichtig ist, dass die Teammitglieder ausreichend Zeit für die Projektarbeit bekommen und ihre Rolle im Projekt klar kennen. In größeren Projekten gibt es zusätzlich Teilprojektleiter, Fachgruppen, Projektassistenten oder eine Projektbüro-Funktion (Project Management Office), die den Projektleiter organisatorisch unterstützt.

Einleitung

Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen müssen medizinische bzw. pflegerische Qualität sichern und gleichzeitig wirtschaftlich arbeiten. Dazu braucht es Informationen über Erträge, Kosten, Vermögen und Schulden sowie Instrumente, mit denen man Ist-Zahlen analysiert und Planungen überprüft. Gewinn- und Verlustrechnung, Bilanz, Kostenrechnung, Deckungsbeitragsrechnung, Plankostenrechnung und spezielle Systeme wie die DRG-Vergütung bilden die Grundlage für Controlling und Steuerung.

Gewinn- und Verlustrechnung

Die Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) zeigt, wie sich der Erfolg eines Unternehmens in einer Periode (meist ein Jahr) ergibt. Sie stellt Erträge und Aufwendungen gegenüber. Erträge sind alle Wertzugänge, z. B. Pflegesätze, DRG-Erlöse, Zuschüsse; Aufwendungen sind Wertverzehre wie Personalkosten, Materialkosten, Mieten, Abschreibungen und Zinsen. Wenn die Summe der Erträge größer ist als die Summe der Aufwendungen, entsteht ein Gewinn, andernfalls ein Verlust.

Anschaulich kannst du dir die GuV wie einen Film über das Jahr vorstellen: Alle Einnahmen laufen oben hinein, alle Ausgaben werden abgezogen, übrig bleibt der Jahresüberschuss oder -fehlbetrag. Für die Steuerung im Krankenhaus ist wichtig zu erkennen, welche Ertragsarten (z. B. bestimmte Fallgruppen) und welche Aufwandsarten besonders ins Gewicht fallen. So können Maßnahmen zur Erlössteigerung oder Kostensenkung gezielt ansetzen, etwa durch Optimierung des Sachkostenverbrauchs oder bessere Auslastung von Kapazitäten.

Bilanz

Die Bilanz ist eine Stichtagsaufnahme des Vermögens (Aktiva) und der Finanzierung bzw. Schulden (Passiva). Auf der Aktivseite stehen z. B. Grundstücke, Gebäude, medizinische Geräte, IT-Systeme, Vorräte und Forderungen gegenüber Kostenträgern. Auf der Passivseite stehen Eigenkapital und Fremdkapital, also z. B. Darlehen, Verbindlichkeiten gegenüber Lieferanten oder Rückstellungen. Die Bilanzgleichung lautet: $Aktiva = Passiva$; beide Seiten sind immer betragsgleich.

Für das Management ist die Bilanz wichtig, um die finanzielle Stabilität zu beurteilen: Wie hoch ist der Anteil des Eigenkapitals, wie stark ist die Einrichtung verschuldet, gibt es eine ausreichende Liquidität, um laufende Verpflichtungen zu erfüllen? Investitionsentscheidungen (z. B. Neubau eines OP-Traktes) wirken über die Bilanz: Es entstehen neue Anlagen auf der Aktivseite und meist neue Verbindlichkeiten auf der Passivseite. Die Bilanz ist damit ein zentrales Instrument, um die langfristige Struktur der Ressourcen zu überwachen.

Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen

Handout zu Handlungsbereich 4

Inventar und Inventur

Das Inventar ist ein detailliertes, mengen- und wertmäßiges Verzeichnis aller Vermögensgegenstände und Schulden zu einem bestimmten Stichtag. Es listet z. B. alle medizinischen Geräte, Büroausstattungen, Lagerbestände an Medikamenten und Verbrauchsmaterialien mit Anzahl und Wert auf. Die Inventur ist die tatsächliche Bestandsaufnahme, etwa durch Zählen, Messen oder Wiegen im Lager oder auf den Stationen.

Inventar und Inventur dienen der Kontrolle, ob die in der Buchhaltung geführten Bestände mit der Realität übereinstimmen. Abweichungen weisen auf Schwund, Fehlbuchungen oder organisatorische Probleme hin. Für Krankenhäuser ist dies auch aus Gründen der Patientensicherheit relevant, da z. B. abgelaufene Medikamente oder fehlende Materialien Risiken bergen. Über Bestandsdaten können außerdem Lagerbestände optimiert werden, um Kapitalbindung zu reduzieren.

Kostenartenrechnung

Die Kostenartenrechnung ist der erste Schritt der Kostenrechnung. Sie beantwortet die Frage: Welche Kosten sind in welcher Höhe angefallen? Typische Kostenarten im Gesundheitswesen sind Personalkosten (Pflege, Ärzte, Verwaltung), Sachkosten (Medikamente, Implantate, Verbandsmaterial, Verpflegung), Abschreibungen, Zinsen und sonstige Kosten (z. B. Versicherungen, Energie). Die Kostenarten werden nach einheitlichen Kriterien gegliedert, z. B. nach Art des Produktionsfaktors (Personalkosten, Materialkosten etc.) oder nach Herkunft (primäre und sekundäre Kosten).

Anschaulich ist die Kostenartenrechnung wie das Sortieren aller Ausgaben in große „Kisten“: Personalkosten in eine, Material in eine andere, Abschreibungen in eine weitere. Das ist Voraussetzung, um Kosten später gezielt weiterzuverarbeiten, auf Kostenstellen und Kostenträger zu verteilen und auszuwerten. Für die Steuerung ist es wichtig zu erkennen, welche Kostenarten besonders stark steigen, um dort gegenzusteuern.

Kostenstellenrechnung

Die Kostenstellenrechnung fragt: Wo sind die Kosten im Betrieb angefallen? Kostenstellen sind organisatorische Bereiche wie Stationen, OP-Saal, Radiologie, Küche oder Verwaltung. Die in der Kostenartenrechnung erfassten Kosten werden auf die Kostenstellen verteilt, z. B. Personalkosten der Anästhesie auf die Kostenstelle „Anästhesie“, Energiekosten nach einem Schlüssel auf alle Bereiche. So ist erkennbar, welche Bereiche hohe Kosten verursachen und wie wirtschaftlich sie arbeiten.

Anschaulich kannst du dir die Kostenstellenrechnung wie ein „Verursacherprinzip“ vorstellen: Jede Abteilung bekommt ihren Kostenanteil zugewiesen. Das ermöglicht interne Leistungsverrechnungen, etwa wenn die Radiologie Leistungen für verschiedene Stationen erbringt. Für die Steuerung ist die Kostenstellenrechnung

Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen

Handout zu Handlungsbereich 5

Bei der Zielsetzung muss das **ökonomische Prinzip** beachtet werden.

Maximalprinzip: Mit gegebenen Mitteln das bestmögliche Ziel

Minimalprinzip: Gegebenes Ziel mit möglichst geringem Einsatz

Ziel der Personalplanung ist es das erforderliche Humankapital nach der richtigen Menge, Qualifikation, Zeitpunkt und Ort zu bestimmen.

Unternehmensleitbild leitet sich aus Visionen, Missionen und Philosophie ab. Es beinhaltet Verhaltensgrundsätze.

Corporate Identity beinhaltet alle Merkmale von denen sich das Unternehmen abgrenzt und ein Alleinstellungsmerkmal erschafft und eine Identifikationsobjekt wird. Das Leitbild wird hierbei mit einbezogen. Es beinhaltet

- Corporate Communication (Kommunikationspolitik)
 - o Corporate Advertising (Werbung)
 - o Corporate Relations (Öffentlichkeitsarbeit)
- Corporate Design (vereinheitlichtes Erscheinungsbild – Wiedererkennungswert)
- Corporate Behaviour (Beeinflussung der Verhaltensweise von MA z.B. Arbeitsklima)

Es gibt verschiedene Zeiträume (kurzfristig, mittelfristig, langfristig) und Planungsebenen (strategisch/langfristig z.B. Image, taktisch/kurz- bis mittelfristig z.B. Aus- und Weiterbildungen, operativ/kurzfristig z.B. Personaleinsatzplanung).

Die **Personalstrukturanalyse** benötigt den Einbezug interner Zahlen, Vorgänge, externe Faktoren, gesetzliche Rahmenbedingungen, demografische Entwicklung. Daraus leiten sich Personalentwicklungsmaßnahmen ab. Um Ziele der Personalstrukturen zu erkennen muss man Personalindikatoren anwenden um die vorhandenen und zukünftigen Personalstrukturen ablesen zu können.

Der **Personalbedarf** wird quantitativ und qualitativ ermittelt:

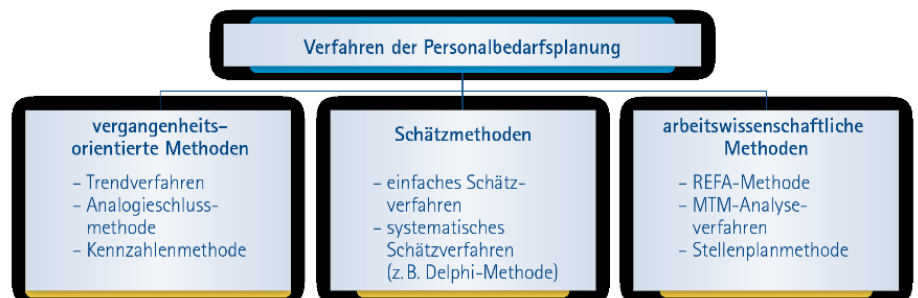
Bruttopersonalbedarf (Einsatzbedarf + Reservebedarf)

– Ist-Personal

+ Abgänge

– Zugänge

= Nettopersonalbedarf



aktive Instrumente – direkte Gewinnung

passive Instrumente – Unternehmen reagiert auf Stellengesuche

Kirchliche Träger oder bei Körperschaften des öffentlichen Rechts gilt anstelle des BetrVG Personalvertretungsgesetze.

BetrVG gewährt Betriebsrat Mitwirkungsrecht und Mitbestimmungsrecht.

Bei der Gestaltung von Stellenanzeigen benutzt man die **AIDA-Formel**:

Kaufprozess



Die Schritte dabei sind: Medium aussuchen, Medium analysieren, Formulieren der Anzeige, Veröffentlichung, Eingangsbestätigung Bewerbung.

Vorteile einer Internetbewerbung sind schnelle Bearbeitung, direkte Kontaktaufnahme, Kosten, schnelle Einschätzung, längere Veröffentlichung, EDV System Einspeisung, erste Tests

Aktuelle **Probleme des Arbeitsmarkts** sind:

- Fehlende Qualifikation
- Wenige Akademiker
- Arbeitsmarkt für nicht ausgebildete bricht weg
- Viele schlechte Bewerbungen

Arbeitsplätze benötigen **Anforderungsprofile** um Zeit, Aufwand und Kosten:

- Fachkompetenzen (Erfahrung, Wissen, Sprachen)
- Methodenkompetenzen (Arbeitstechniken)
- Soziale Kompetenzen (Zeit- Selbstmanagement, Entscheidungsfähigkeit, Teamfähigkeit)
- Persönliche Kompetenzen (Leistungsbereitschaft, Motivation)
- Medienkompetenz (sicherer und kritischer Umgang mit Medien)

Es gibt verschieden **Personalauswahlmethoden**:

- Bewerbungsunterlagen (Anschreiben, Lebenslauf, Zeugnisse, Referenzen, Arbeitsproben)
- Vorstellungsgespräch

Einleitung

Marketing im Gesundheits- und Sozialwesen bedeutet nicht nur Werbung, sondern das systematische Planen, Steuern und Kontrollieren aller Aktivitäten, die sich an Patienten, Klienten, Angehörige, Kostenträger, Mitarbeitende und weitere Anspruchsgruppen richten. Ziel ist es, Leistungen so zu gestalten und zu kommunizieren, dass sie Bedürfnisse erfüllen, Vertrauen schaffen und die Einrichtung im Wettbewerb bestehen kann. Gerade im Gesundheitswesen ist Marketing stark geprägt von ethischen Anforderungen, Transparenz und Regulierung. Um fundierte Marketingentscheidungen zu treffen, braucht man Informationen über den Markt, über Wettbewerber und über die eigenen Stärken und Schwächen – hier kommen Marktforschung, strategische Analysen und Marketingkonzepte ins Spiel.

Grundlagen der Marktforschung

Marktforschung ist die systematische Sammlung, Auswertung und Interpretation von Informationen über Märkte und Marktteilnehmer. Sie liefert die Datenbasis für Marketingentscheidungen. Im Gesundheits- und Sozialwesen können das zum Beispiel Informationen über Patientenerwartungen, Zufriedenheit, demografische Entwicklungen, Wettbewerber, Einzugsgebiete oder Zuweiserverhalten sein. Marktforschung beantwortet Fragen wie: Welche Leistungen werden in Zukunft stärker nachgefragt? Wie wird unsere Einrichtung wahrgenommen? Welche Angebote fehlen in der Region?

Man unterscheidet primäre und sekundäre Marktforschung. Bei der primären Marktforschung werden Daten erstmals direkt erhoben, etwa durch Befragungen, Interviews oder Beobachtungen. Bei der sekundären Marktforschung werden bereits vorhandene Daten genutzt, zum Beispiel Statistiken, Studien, Abrechnungsdaten, interne Reports oder Veröffentlichungen von Behörden und Verbänden. Beide Formen ergänzen sich und sollten gezielt eingesetzt werden.

Field Research (Primärforschung)

Field Research (Feldforschung) bezeichnet die Datenerhebung direkt „im Feld“, also bei Patienten, Angehörigen, Mitarbeitenden, Zuweisern oder Kooperationspartnern. Typische Methoden sind schriftliche oder Online-Befragungen, persönliche Interviews, Fokusgruppen oder Beobachtungen. Ein Krankenhaus kann etwa eine Patientenbefragung durchführen, um Zufriedenheit mit Aufnahme, Pflege, Essen, Kommunikation und Entlassmanagement zu erfassen. Eine soziale Einrichtung kann Angehörige zu Informationsbedarf und Betreuungszufriedenheit befragen.

Field Research hat den Vorteil, dass sie genau auf die Fragestellung zugeschnitten werden kann und aktuelle, einrichtungsspezifische Informationen liefert. Sie ist allerdings aufwändiger und teurer als die Nutzung vorhandener Daten. Wichtig ist, dass Fragebögen und Interviewleitfäden sauber aufgebaut sind und die Auswertung systematisch erfolgt. Nur so entstehen Ergebnisse, aus denen sich konkrete

Fachwirt im Gesundheits- und Sozialwesen Handout zu Handlungsbereich 6

Marketingmaßnahmen ableiten lassen, etwa Anpassung von Serviceangeboten oder neue Kommunikationswege.

Desk Research (Sekundärforschung)

Desk Research (Schreibtischforschung) nutzt bereits vorhandene Datenquellen. Dazu gehören interne Daten wie Fallzahlen, DRG-Statistiken, Auslastungen, Beschwerden, Qualitätsberichte oder frühere Befragungen. Externe Quellen sind zum Beispiel Veröffentlichungen von Krankenkassen, Gesundheitsberichten, Marktstudien, wissenschaftliche Publikationen, Branchenberichte und öffentlich zugängliche Datenbanken. Auch Webseiten der Wettbewerber, Bewertungsportale oder Social-Media-Auftritte liefern wertvolle Hinweise zur Positionierung.

Desk Research ist vergleichsweise kostengünstig und schnell durchführbar. Sie eignet sich gut für eine erste Marktübersicht, Konkurrenzanalyse oder zur Identifikation von Trends. Allerdings sind die Daten oft nicht exakt auf die eigene Fragestellung zugeschnitten und können veraltet oder unvollständig sein. Deshalb ist es sinnvoll, Desk und Field Research zu kombinieren: Zuerst vorhandene Informationen sichten, dann gezielt ergänzende Feldforschung durchführen, wo Lücken bestehen.

Stakeholder und Shareholder

Stakeholder sind alle Personen oder Gruppen, die ein berechtigtes Interesse an der Einrichtung haben oder von ihren Entscheidungen betroffen sind. Im Gesundheits- und Sozialwesen gehören dazu Patienten, Angehörige, Mitarbeitende, Ärzte, Pflegekräfte, Zuweiser (z. B. niedergelassene Ärzte), Kostenträger, Kooperationspartner, Kommunen, Aufsichtsbehörden, Lieferanten, die Öffentlichkeit und Medien. Marketing muss die Bedürfnisse und Erwartungen dieser Stakeholder kennen und berücksichtigen. Ein Beispiel: Während Patienten vor allem Qualität, Sicherheit und Zuwendung erwarten, legen Kostenträger Wert auf Wirtschaftlichkeit und Transparenz, Mitarbeitende auf gute Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten.

Shareholder sind die Eigentümer oder Anteilseigner einer Einrichtung, z. B. Träger, Gesellschafter oder Aktionäre. In vielen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (z. B. öffentliche Träger, freigemeinnützige Träger) gibt es formal keine „Shareholder“ im klassischen Sinne; dennoch existieren Trägerinteressen, die mit in die strategische Ausrichtung einfließen. Im Marketing bedeutet das, dass Entscheidungen sowohl an den Erwartungen der Stakeholder als auch an den Zielen der Eigentümer bzw. Träger ausgerichtet werden müssen. Stakeholder-Analysen helfen, Einfluss, Erwartungen und mögliche Konflikte sichtbar zu machen.

Fundraising

Fundraising umfasst alle Aktivitäten, mit denen eine Organisation freiwillige finanzielle oder sachliche Unterstützung einwirbt, etwa Spenden, Sponsoring, Stiftungsmittel oder Erbschaften. Im Sozial- und Gesundheitsbereich spielt Fundraising eine wichtige Rolle, vor allem bei freigemeinnützigen Trägern. Typische