



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Management im Sozial- und
Gesundheitswesen

**CHANCEN UND RISIKEN
LEISTUNGSABHÄNGIGER VERGÜTUNG IN
DER PFLEGE – EMPIRISCHE ERHEBUNGEN
AUS VORPOMMERN**

**Master-Thesis zur Erlangung des akademischen
Grades eines Master of Arts**

Vorgelegt von: Dr. Michaela Kronenberg

Betreuer: Prof. Dr. Roman Oppermann, Dr. Michael Wessels

Tag der Einreichung: 21. Juni 2011

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0101-0

Inhaltsverzeichnis	Seite:
1. Einführung	3
2. Gesundheitsökonomischer Hintergrund	8
2.1 Ansätze zur Leistungsvergütung im Gesundheitswesen	9
2.1.1 Der qualitative Ansatz: Pay for Performance	11
2.1.2 Quantitative Ansätze der Leistungsvergütung	13
2.2 Personalbeschaffung in Zeiten demographischen Wandels	14
2.3 Voraussetzungen für die erfolgreiche Einführung leistungsabhängiger Vergütung	16
2.4 Motivation	17
2.5 Erfolgsabhängige Vergütung als Führungsinstrument	18
2.5.1 Personalbeurteilung	23
2.5.2 Leistungslöhne	28
2.5.3 Monetäre und nicht monetäre Leistungsanreize	31
2.6 Grundformen leistungsabhängiger Vergütung	34
2.7 Generierung des notwendigen Budgets	35
3. Methodische Fundierung	38
3.1 Methodik der Erhebungen	39
3.2 Methodik des Instruments leistungsabhängiger Vergütung	46
3.2.1 Leistungskriterien	46
3.2.2 Geeignete Instrumente zur Leistungsbeurteilung	47
4. Ergebnisse der Erhebungen	49
4.1 Repräsentative Erhebung zum Umgang mit leistungsabhängiger Vergütung an Krankenhäusern in Vorpommern	49
4.1.1 Ergebnisse	50
4.1.2 Interpretation	51
4.1.3 Zwischenfazit	52

4.2 Erhebung zur Akzeptanz leistungsabhängiger Vergütung durch Pflegepersonal in Vorpommern	52
4.2.1 Ergebnisse	53
4.2.1.1 Gruppenarbeit mit Stationsleitungen an der Universitätsmedizin Greifswald	63
4.2.1.2 Gruppenarbeit mit Teilnehmenden zur Weiterbildung nach § 71, 3 SGB XI am Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe Stralsund	65
4.2.2 Interpretation	65
4.2.3 Zwischenfazit	67
5. Kritische Diskussion	67
5.1 Risiken	69
5.2 Chancen	70
6. Abstract	73
7. Literatur- und Quellenverzeichnis	74
Anhang	
Eidesstattliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Einstufungsverfahren -- Muster	25
Abb. 2: Nicht-hierarchische Verfahren zur Personalbeurteilung	27
Abb. 3: Alternativen der Mittelallokation nach Jäckel	36
Abb. 4: Geographische Darstellung Vorpommerns (Befragungsgebiet)	39
Abb. 5: Arbeitgeberfragebogen, Seite 1	41
Abb. 6: Arbeitgeberfragebogen, Seite 2	42
Abb. 7: Arbeitnehmerfragebogen, Seite 1	44
Abb. 8: Arbeitnehmerfragebogen, Seite 2	45
Abb. 9: Geschlechterverteilung in Arbeitnehmerbefragung	53
Abb. 10: Berufserfahrung der Befragten in Jahren (AN-Befragung)	53
Abb. 11: Positionen der Befragten am Arbeitsplatz (AN-Befragung)	55
Abb. 12: Verteilung der Befragten nach ausführender und leitender Position (AN-Befragung)	56
Abb. 13: Gehaltsstruktur (AN-Befragung)	56
Abb. 14: Wunsch nach Zusatzvergütung (AN-Befragung)	57
Abb. 15: Auswirkungen leistungsabhängiger Zusatzvergütung auf die Motivation am Arbeitsplatz (AN-Befragung)	57
Abb. 16: Gehaltszufriedenheit nach Geschlechtern (AN-Befragung)	58
Abb. 17: Gehaltsunzufriedenheit der Führungskräfte (AN-Befragung)	59
Abb. 18: Gruppenarbeit der Stationsleitungen im Seminar zu leistungsabhängiger Vergütung an der Metaplantafel 40	65

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1 Beispiele für monetäre und nicht monetäre Anreize	32
Tab. 2: Von den Befragten für geeignet gehaltene Vergütungsformen (AN-Befragung)	59
Tab. 3: In Gruppenarbeit von Stationsleitungen erarbeitete Vorschläge zu Leistungskriterien für leistungsabhängige Zusatzvergütung	63

1. Einführung

Vergütung „... umfaßt die materiellen Gegenleistungen, die Mitarbeiter aufgrund ihrer Beschäftigung in einem Unternehmen erhalten“ (s. Weber 1993b, S. 5, zit. nach Scherm, Süß 2003, S. 131). Vergütung an sich kann in Form eines Gehalts oder in Form von Provisionszahlungen auf selbständiger Basis (§§ 84 ff. HGB) geleistet werden oder sie teilt sich in einem angestellten Arbeitsverhältnis in einen sog. fixen, also unveränderlichen und einen variablen, meist leistungsabhängigen, Anteil auf.

Die Möglichkeit der Aufteilung der Vergütung von Mitarbeitenden in fixe und variable Teile mit den Zielen der Motivationsförderung und der Leistungssteigerung ist in vielen Branchen, wie z. B. dem Einzelhandel oder Finanzdienstleistungssektor, seit Jahrzehnten gängig und unternehmerseitig mit Zielen wie Umsatzsteigerung, Gewinnsteigerung und Kostensenkung verbunden (vgl. Mewes, S. 16 ff. und Winkelmann, 2006).

Diese Unternehmensziele gewinnen im Kontext der Krankenversicherungsreformen und der Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen seit den 90er Jahren zunehmend an Bedeutung auch für Krankenhäuser, Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Für die gesetzlichen Krankversicherer selbst gehören erfolgsabhängige (auch: leistungsabhängige oder leistungsorientierte) Vergütungskomponenten spätestens seit den 1990er Jahren zum geschäftlichen Standard (vgl. Wille, S. 125 ff.), einzelne Krankenkassen bedienen sich dieses Systems schon seit den späten 1970er Jahren (Barmer Ersatzkasse, heute GEK).

Haubrock und Schär haben 2002 festgehalten: "Eine Organisation kann nur so gut sein wie ihre Mitarbeiter" (S. 244). Diese Maxime zugrundeliegend muß davon ausgegangen werden, daß eines der zentralen Elemente der Erfolgssteuerung eines Unternehmens die Steuerung des Personals und dessen Produktivität und Wertschöpfungskraft ist. Diese Sachverhalte zu nutzen bzw. diesbezügliches Potential zu heben ist das Ziel von Anreizsteuerung im Personalmanagement -- eine Führungsaufgabe. Das Mittel zur Zielerreichung ist die Implementierung einer variablen und

leistungsabhängigen Vergütungskomponente für die einzelnen Mitarbeitenden, die -- bei einem gut strukturierten Leistungsvergütungssystem -- so durch sein Leistungsverhalten konkreten Einfluß auf sein Einkommen nehmen können.

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema ist noch jung und eröffnet viele Möglichkeiten der Forschung. Verdient gemacht haben sich in diesem Kontext bereits vor allem Emmert mit seiner ausführlichen Betrachtung des Pay for Performance-Ansatzes im Gesundheitswesen (2008) und Dilcher / Emminghaus mit der Suche nach Wegen der leistungsorientierten Vergütung im Gesundheitswesen (2010) sowie Eiff / Stachel mit einer größeren Studie zu Anreizsystemen in Kliniken (2005). Darüber hinaus gibt eine Reihe von Aufsätzen zum Thema interessante Einblicke, insbesondere "Die Hohe Kunst der Anreize" (Hildebrand et al, 2009), die sich mit neuen Vergütungsstrukturen im Gesundheitswesen beschäftigt. Diese Ansätze beschäftigen sich allerdings vorwiegend mit der leistungsorientierten Vergütung von Medizinern und vernachlässigen das Pflegepersonal.

Der wissenschaftliche Ansatz zur Implementierung von leistungsabhängiger Zusatzvergütung im Gesundheitswesen, Pay for Performance (P4P), erfolgt mittels einer qualitativen Herangehensweise. Der aus dem Qualitätsmanagement stammende P4P-Ansatz beinhaltet ausschließlich qualitative Aspekte von erfolgsabhängigen Vergütungsansätzen, und zwar sowohl aus Kunden- als auch aus Mitarbeitersicht.

Emmert bezieht sich in „P4P im Gesundheitswesen“ auf eine kalifornische Qualitätsverbesserungsinitiative, die eine von sieben derartigen Initiativen darstellt, die unter dem Namen „Rewarding Results“ von der Robert Wood Johnson Foundation und der California Healthcare Foundation gefördert werden (vgl. Emmert, 2008, S. 80). Dabei werden medizinische Leistungen und Patientenerfahrungen im Hinblick auf deren Qualität untersucht (S. 84).

P4P-Projekte sind im Kontext von Qualitätsverbesserungsinitiativen einzuordnen und betrachten einerseits die Auswirkung der Setzung von Anreizen auf Patienten und andererseits die Auswirkungen auf Mitarbeitende. Es existieren zweierlei Ausprägungen:

a) die Arten, die Versorger zu vergüten, neu auszurichten, und zwar nach dem Kriterium der Qualitätsverbesserung (erfolgsabhängige Vergütung) und
b) durch sog. Public Reporting, also die Veröffentlichung der Arbeitsleistung bzw. der Behandlungsqualität der Versorger, an denen die Konsumenten sich ausrichten bzw. bei negativem Public Reporting auf andere Anbieter zurückgreifen können (vgl. Emmert, S. 74). Letzteres stellt den P4P-Ansatz aus Kundensicht dar und ist ein indirekter Weg der Orientierung an Arbeitsleistung bzw. Dienstleistungsqualität. In Deutschland existiert inzwischen eine Fülle von Internetseiten zur Bewertung von medizinischer Dienstleistungsqualität, wie z. B. www.medikompass.de zur Bewertung von ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder www.pflege-ampel.de zur Beurteilung von Pflegeleistungen in Pflegeeinrichtungen.

Patientenanreize dagegen werden vorwiegend als Negativanreize in Form von finanziellen Hürden umgesetzt, wie z. B. bei der Zuzahlung von Arzneimitteln und der Praxisgebühr (vgl. Emmert, S. 81). Mitunter können kurzfristig positiv wirkende Anreize, wie die Erstattung von Krankenversicherungsbeiträgen, sich langfristig negativ auswirken, z. B. wenn deswegen Leistungen über eine bestimmte Zeit nicht in Anspruch genommen werden. Das kann etwa zutreffen, wenn nicht realisierte Arztbesuche auf Dauer zur Verschlechterung des Gesundheitszustands führen.

In der Vergangenheit war es im Gesundheitswesen gängig, unternehmerische Bemühungen auf Kostensenkungsabsichten zu fokussieren. Qualitätsverbesserungsinitiativen haben die früheren Kostensenkungsintentionen inzwischen in ihrer Bedeutung überflügelt. Der Anfang dieser Entwicklung ist mit dem Beginn der Privatisierungswelle in den 90er Jahren zu datieren. Während die Zielsetzung früherer Gesundheitsversorgungsbemühungen vor allem in der Kostendämpfung lag und sich an die Patienten richtete, ist das Ziel heute die Versorgungsqualität. Im Zentrum dieser Bemühungen stehen die Leistungserbringer, denen man sich insbesondere mit Formen leistungsabhängiger Vergütung nähert (vgl. Emmert, S. 81). Als Leistungserbringer identifiziert werden in der Literatur, so auch bei Emmert, allerdings bisher fast ausschließlich die Mediziner. Das

Pflegepersonal¹ erfährt wenig Beachtung, und zwar insbesondere dann, wenn es sich nicht um führendes Pflegepersonal handelt. Die gegenwärtige Gesundheitsökonomie untersucht verschiedene Ansätze von P4P im Gesundheitswesen und schildert beispielsweise die Vergütungssituation von niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern ausführlich, indem sie z. B. Kopfpauschalen und DRGs betrachtet (vgl. z. B. Wille, Emmert). Ausführungen zu Leistungsanreizen für Pflegepersonal auf ausführender und leitender Ebene werden nicht thematisiert, obgleich diese den personell größten Anteil an der Versorgungsleistung haben und aufgrund des steigenden Fachkräftemangels als Berufsgruppe nachhaltig an Bedeutung gewinnen werden. Diese Lücke soll mit der vorliegenden Arbeit geschlossen werden. Untersucht werden hierbei ausschließlich retrospektive Formen leistungsabhängiger Vergütung.

Bei belegschaftsbezogenen P4P-Ansätzen zur leistungsabhängigen Vergütung, insofern vorhanden, stehen die Gesundheitsvorsorge und Präventionsmaßnahmen im Vordergrund, wobei diese Ansätze noch in ihren Anfängen befindlich sind:

„Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und Prävention werden in Deutschland nur äußerst mangelhaft umgesetzt“ (s. Emmert, S. 11).

Soll die Qualität der medizinischen Versorgung maßgeblich zur Bestimmung eines Anreizsystems sein, so muß außerdem zunächst eine konsensfähige Definition von Qualität erzielt werden. Hierzu stellt Emmert eine weitgehende Einigung der Wissenschaft auf den Ansatz von Avedis Donabedian fest, der eine Systematisierung von Qualität in Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität beinhaltet. Unter Strukturqualität sind die gegebenen Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Ausstattung, Personal), unter Prozeßqualität die Aktivitäten zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger und unter Ergebnisqualität das Outcome und das Output² des Prozesses gefaßt (vgl. Donabedian, 1966, S. 166 ff.). Abweichend von dieser zwar relativ ganzheitlichen, aber sehr strukturdominierten Herangehensweise bietet sich

¹ An dieser Stelle soll ausdrücklich betont werden, daß mit dem Begriff nicht nur, wie landläufig assoziiert, das Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen, sondern insbesondere auch das pflegende Personal in Krankenhäusern und Kliniken gemeint ist.

² Outcome = bzgl. der Wirkung, Output = bzgl. der Leistung

nach Auffassung der Verfasserin eine Näherung nach Maßgabe der 360°-Beurteilung noch stärker an. Das Stakeholdermodell fragt nach den Bedürfnissen der an einer Unternehmung beteiligten Anspruchsgruppen, und zwar sowohl nach innen als nach außen. Es beleuchtet die Situationen und Bedürfnisse aller Anspruchsgruppen im internen Unternehmensbereich und auch die des äußeren Wettbewerbsbereichs. Es kommt zu einer internen und externen Verortung, die das Zeichnen eines Gesamtbildes zulässt. Der Unterschied zu Donabedian liegt in der stärkeren Orientierung am Menschen statt an Strukturen. Gerade im Kontext der Frage nach der Möglichkeit von Anreizsetzung im Personalwesen wird diese Betrachtungsweise für zielführender gehalten. Die vorliegende Arbeit kann aus Gründen des Umfangs nicht alle Positionen im Rahmen der oben geschilderten 360°-Beurteilung in Kombination mit dem Prinzip des Stakeholder-Modells hinreichend beleuchten und konzentriert sich auf die arbeitgebenden Anreizsetzer und die arbeitnehmenden Anreizempfänger bzw. -aufnehmer. Es wäre jedoch zweifellos verdienstvoll, die anderen genannten Positionen im Rahmen des dargestellten Ansatzes zu untersuchen.

Der aus dem Qualitätsmanagement stammende P4P-Ansatz beinhaltet, wie eingangs erwähnt, ausschließlich qualitative Aspekte von leistungsorientierten Ansätzen. Dies scheint langfristig einer von mehreren geeigneten und in der Tiefe greifenden Ansätzen zur Erschließung des Themas zu sein, derzeit erscheint er allerdings nur bedingt praxistauglich, da noch wenig verbreitet und sehr schlecht meßbar.

Aufgrund dieser Sachlage wird angenommen, daß die Arbeitgeber im Gesundheitswesen, insofern sie bereits leistungsabhängige Zusatzvergütungselemente implementiert haben, mit diesen vorwiegend auf quantitativ meßbare (zusätzliche oder über die Erwartungen hinausgehende) Arbeitsleistungen abstellen. Nähere Aussagen hierzu werden in den Kapiteln vier und fünf getroffen, in denen die Ergebnisse der durchgeführten Erhebungen unter Arbeitgebern und Arbeitnehmern zur leistungsabhängigen Vergütung dargelegt werden.. Die Voraussetzungen, die für die Einführung erfolgsabhängiger Vergütung gegeben sein müssen sowie die damit verknüpften Ansprüche an Führungskompetenz werden zuvor im dritten Kapitel

geschildert. Im abschließenden Kapitel werden die Chancen und Risiken leistungsabhängiger Vergütungskomponenten im Gesundheitswesen zusammenfassend dargestellt und Empfehlungen zur Findung von geeigneten Instrumentarien und wohlstrukturierten Organisationsformen für Leistungsvergütungen zu geben.

Zuvor gibt das zweite Kapitel einen Eindruck von dem Potential und Resonanzboden, auf den Bemühungen fallen, leistungsabhängige Vergütung im Gesundheitswesen zu implementieren.

2. Gesundheitsökonomischer Hintergrund

In jüngerer Zeit zwingen einige Faktoren die Unternehmen, Anstalten und Körperschaften im Gesundheitswesen zu mehr Wirtschaftlichkeit. In den vergangenen zwei Dekaden läßt sich eine stark steigende Tendenz zu Privatisierungen von Krankenhäusern erkennen und ein damit einhergehender, wachsender Kostendruck. Der Wettbewerbsgedanke hat in das Gesundheitswesen Einzug gehalten. Die Wirtschaftlichkeit wird folglich inzwischen auch an Umsatz und Gewinn und nicht mehr nur an Kosten und am Budget gemessen.

Wettbewerb im Gesundheitswesen wird besonders deutlich am Werben um neue Kunden und geeignetes Personal. Ersteres wird wissenschaftlich unter der Bezeichnung Einweisungsmarketing oder -management untersucht und ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, in der der Fokus auf dem Personalmanagement, hier auf der Beschaffung und Bindung von Personal, und zwar insbesondere durch Vergütungsmanagement liegt.

Mediziner und Pflegepersonal aber auch Verwaltungsangestellte werden ähnlich dringend gesucht wie Ingenieure und Lehrer. Die Personalbeschaffung hat neben dem quantitativen Ziel, ausreichend Personal zu rekrutieren, vor allem das qualitative Ziel, geeignete Arbeitnehmer zu identifizieren und zu gewinnen, also sog. "misfits"³ zu vermeiden.

³ (engl.) sinngemäß = unpassende Bewerber

Ist geeignetes Personal einmal identifiziert und für das Unternehmen gewonnen worden, gilt es, diese Mitarbeiter/innen an das Unternehmen zu binden. Hierfür stehen verschiedene Instrumentarien zur Verfügung, die zum Teil erfolgsunabhängig als Sozialleistungen, aber auch erfolgsabhängig gestaltet werden können. Die leistungsabhängige Gestaltung des arbeitsvertraglichen Umfelds kann monetär und nicht monetär erfolgen und dazu beitragen, die Attraktivität des Arbeitgebers, der solche Instrumentarien einsetzt, am Markt um Arbeitskräfte nachhaltig zu steigern.

2.1 Ansätze zur Leistungsvergütung im Gesundheitswesen

In wissenschaftlicher Hinsicht existierte ein Ansatz zur Analyse und Implementierung leistungsorientierter Vergütung, der im US-amerikanischen Raum geprägt wurde und zunehmend Verbreitung findet, der Ansatz des "Pay for Performance". Von diesem Ansatz wird angenommen, daß er allein nicht geeignet ist, ein ganzheitliches System leistungsabhängiger Vergütung für Pflegepersonal zu schaffen, sondern erweitert und ergänzt werden muß.

In der vergangenen Dekade hat sich durch die breitere Aufstellung von privaten Krankenversicherern im Hinblick auf deren Produktportfolio, die Beteiligung der Patienten an den durch sie verursachten Kosten (Praxisgebühren, Zuzahlungen), die Neuorganisation der Patientenverwaltung (z. B. Integrierte Versorgung, Hausarztspflicht) und durch die Neuerungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 01.04.2007 ein deutlich gestärkter Wettbewerb im Gesundheitsbereich ergeben. Diese Stärkung des Wettbewerbsgedankens findet zunehmend seine Entsprechung in allen Bereichen des Gesundheitswesens⁴ und beginnt, alle Unternehmensbereiche der dazugehörigen Einrichtungen, Anstalten, Körperschaften, GmbHs und sonstige Unternehmungen zu durchdringen, nicht zuletzt in Form der

⁴ Es existiert ein wissenschaftlicher Disput um die Frage, ob in Deutschland noch traditionell von einem Gesundheitswesen oder bereits von einem Gesundheitsmarkt gesprochen werden soll. Aufgrund der, im Vergleich zu anderen Branchen starken Wettbewerbseinschränkungen, denen dieser Bereich unterliegt und der Tatsache, daß es sich beim sog. „Gesundheitsmarkt“ nicht um einen freien Markt handelt, wird hier die Bezeichnung „Gesundheitswesen“ bevorzugt.

Einführung leistungsabhängiger Zusatzvergütungskomponenten für Mitarbeitende.

Bemühungen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen leistungsabhängig zu vergüten, existieren bisher vorwiegend bei Integrierter Versorgung und der Vergütung von Hausärzten, z. B. in Form von Einzelleistungsvergütungen (vgl. Emmert, S. 217 ff.), die sich insbesondere für Prophylaxemaßnahmen anbieten und sowohl auf die Menge der zu behandelnden Patienten als auch auf deren zukünftige Gesundheitsqualität abstellen, aber auch in Form von Kopfpauschalen, die lediglich auf die quantitative Bestimmung der Patientenzahl ausgerichtet sind, kaum jedoch auf eine Verbesserung der Qualität. Auch in Krankenhäusern hat das Prinzip leistungsabhängiger Vergütung bereits Einzug zu halten begonnen, beispielsweise im kaufmännisch-verwaltenden Teil, zunehmend aber auch bei den Medizinern. Bei der in der Hierarchie höher stehenden Ärzteschaft sind frühe Ansätze leistungsabhängiger Vergütung seit Jahrzehnten gängig, z. B. bei Chefärzten, die die Chefarztbehandlung entsprechend abrechnen dürfen, i. d. R. in einer Relation von 25 % zu 75 %. Außerdem sind diese zumeist auch als Professoren in die Hochschullandschaft eingebunden und können, je nach Zugehörigkeit zum alten oder neuen Besoldungssystem⁵, auch hierüber leistungsabhängig entgolten werden, z. B. anhand einer leistungsorientierten Bewertung ihrer wissenschaftlichen Publikationen. Darüber hinaus finden die Kliniken allmählich Regelungen auch für andere Ärzte, die allerdings von Einrichtung zu Einrichtung sehr stark variieren können. In der Integrierten Versorgung ist es durch das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 für die leistungserbringenden Anbieter möglich geworden, individuell gestaltete Verträge direkt mit den Krankenkassen zu schließen. Da diese Vereinbarungen nicht gesetzlich geregelt sind, sondern (einzel-)vertraglich festgehalten werden, können hierin die verschiedensten Varianten von "Vergütungsformen mit direktem Leistungsbezug" definiert werden (vgl. Mühlbacher, S. 250 ff.).

Leistungsabhängige Vergütungsformen für Pflegepersonal, also z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, Pflegehelfer und Stationsleitungen, sind jedoch erst seit der Öffnung der Tarifverträge in den

⁵ Abhängig davon, ob zugehörig zur C- oder zur W-Besoldung.

Rahmen von Möglichkeiten leistungsabhängiger Vergütung geraten. Da diese Berufsgruppe aufgrund des demographischen Wandels und des zu erwartenden Fachkräftemangels zukünftig stärker in den Fokus rücken wird, soll sie in dieser Arbeit im Hinblick auf leistungsabhängige Entlohnungsformen untersucht werden.

2.1.1 Der qualitative Ansatz: Pay for Performance

Leistungsabhängige Vergütungssysteme können verschiedenste Ziele avisieren und unterschiedliche Wege dorthin finden. Erfolgsleistung kann nur gerecht vergütet werden, wenn sie klar meßbar ist. Während quantitative Ansätze hier im Vorteil sind, stellt sich die Bemessung von Leistungen nach dem Prinzip des Pay-for-Performance schwierig dar:

Es ist davon auszugehen, daß ein erhebliches Potential an durch Leistungsanreize stimulierbare Versorgungsqualität existent ist und diese durch den Einsatz eines Anreizsystems optimiert werden kann. Dieses Potential liegt heute noch zu großen Teilen brach.

Vielmehr sei das bestehende System oft kontraproduktiv: Würde ein Leistungserbringer beispielsweise in ein IT-gestütztes Disease Management Programme für Diabetes-Patienten investieren, käme es zu weniger Arzt-Patient-Kontakten und somit zu weniger Einnahmen für den Mediziner (vgl. Emmert, S. 76), was weitgehend auf das Problem noch nicht ausreichend vorhandener, geeigneter Instrumentarien zurückzuführen ist:

„Der Anteil der EV am Gesamteinkommen der Leistungserbringer ist noch verhältnismäßig gering und es fehlen einheitliche und standardisierte Methoden, um die Qualität einer Behandlung bzw. Verbesserungen zu messen“ (s. Emmert, S. 76)

Die objektive Meßbarkeit der erbrachten medizinischen Leistung stellt die zentrale Herausforderung in der Schaffung eines Systems zur leistungsabhängigen Vergütung dar.

Emmert hält dreierlei zur Bewertung geeignete Indikatoren fest:

1. die klinische Leistung, bei der die Prävention im Mittelpunkt steht, z. B. bei Impfungen

2. empirisch zu ermittelnde Patientenzufriedenheit im Hinblick auf verschiedene Kategorien (Kommunikation mit dem Arzt, erhaltene fachärztliche Versorgung, zeitnahe Versorgung und Leistungserbringung sowie Gesamtbeurteilung der Versorgung)
3. IT-Investitionen im Hinblick auf Datenübertragung und –dokumentation, um Medikationsfehler und daraus resultierende Kosten zu vermeiden und die Identifikation von Patienten zu erleichtern, die präventive Maßnahmen benötigen (vgl. Emmert, S. 90 – 114).

Dem kann noch das Instrument des QALY (engl.: quality adjusted life year) hinzugefügt werden, das die Lebensqualität in Abstufungen von 1 (sehr guter Gesundheitszustand) bis 0 (tot) mißt und es so erlaubt, einem Lebensjahr in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand einen Nutzwert beizumessen (vgl. Schöffski, S. 118 ff.). Dieser könnte im empirischen Kontext mit den Patienten ermittelt und so als Kriterium zur erfolgsorientierten Vergütung genutzt werden.

Die Messung der Qualität der klinischen Leistung zu ermitteln darf als komplexes und aufwendiges Unterfangen bezeichnet werden. In der von Emmert interpretierten US-amerikanischen Qualitätsverbesserungsinitiative werden konkrete Beispiele anhand der Krankheitsbilder Diabetes, Asthma und koronaren Herzkrankheiten dargestellt, den hauptsächlichen Ursachen für Krankheit, Behinderung und Tod. An den Messungen der Herz-Kreislauf-Erkrankten wird rasch deutlich, wie problematisch es ist, hier variable Vergütungen einzuführen, die nach dem Kriterium der Verbesserung der Patientengesundheit leistungsabhängig gewährt werden könnten. Dies ist an den Behandlungsumständen zu ersehen: Einige der Risikofaktoren des Krankheitsbildes "koronare Herzerkrankungen" lassen sich verhältnismäßig gut nachverfolgen und kontrollieren, indem die LDL-Cholesterin-Werte untersucht werden, die als Indikator zur Früherkennung der Gesundheitsentwicklung herangezogen werden können. Die Qualität des Gesundheitszustands des jeweiligen Patienten ist aber auch anderen, von den behandelnden Ärzten nicht oder kaum beeinflussbaren, Risikofaktoren unterworfen, wie z. B. dem Rauchen und psychischen Faktoren (vgl. Emmert, 2008, S. 93), also der sog. Compliance.

Bei Diabetes-Patienten wird der HbA1c-Wert gemessen, der den mittleren Blutglukosewert der letzten sechs bis acht Wochen anzeigt und zur Frage, ob der Blutzucker eines Patienten unter Kontrolle ist, wichtig ist. Auch hier liegt die Entwicklung dieses Blutzuckerwertes nicht allein in den Maßnahmen der behandelnden Mediziner begründet. Weiterhin ist sich die medizinische Wissenschaft uneinig, ob dieser Wert lediglich für größere Patientengruppen gilt oder überhaupt für Einzelpersonen gelten kann (vgl. Emmert, 2008, S. 91 f.). Selbst wenn andere Risikofaktoren ausscheiden würden und ein wissenschaftlicher Konsens gegeben wäre, würde der Verwaltungsaufwand zur Dokumentation einer Fülle von so entstehenden Kleinstinformationen für die unterschiedlichsten Krankheitsbilder, auf deren Basis leistungsabhängig vergütet werden könnte, höchstwahrscheinlich überborden. Darüber hinaus erläutert Emmert zwar an zahlreichen Beispielen aus der Praxis, welche Sachverhalte bzw. Behandlungsformen sich für leistungsabhängige Zusatzvergütung eignen würden, bleibt jedoch weitgehend die Beantwortung der Frage schuldig, wie diese Sachverhalte objektiv und vor allem konkret bewertet werden können und wer diese Beurteilungen nach welchen konkreten Maßeinheiten bewerten soll. Zusätzlich zum Problem des gesteigerten Verwaltungsaufwands im P4P⁶-System bleibt das Problem der Meßbarkeit von Qualitätssicherungen und -steigerungen also bestehen.

2.1.2 Der quantitative Ansatz

Ein leichter umzusetzender Weg, Leistungen erfolgsabhängig zu vergüten, besteht in der Möglichkeiten, zählbare Leistungskriterien zu erstellen, die nicht nur unproblematisch zu bewerten sind, sondern im Idealfall auch zu geringem Verwaltungsaufwand führen. Das trifft beispielsweise auf die Einbeziehung der Belegschaft in das Einweiser-Marketing im Krankenhaus zu, das umgesetzt werden kann, indem Mitarbeitenden eine Pauschale für solche Empfehlungen gezahlt wird, die zur Aufnahme von Neukunden führen. Verwaltungstechnisch ist dies leicht zu überprüfen, indem im Anamnesebogen, den Patienten bei ihrer

⁶ P4P = Pay for Performance

Aufnahme ausfüllen, ein Feld "Ich komme auf Empfehlung von..." eingefügt wird. Diese Form der Umsetzung von Leistungszielen läßt sich auch in Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Arztpraxen implementieren. Dieses Prinzip läßt sich analog auf die Beschaffung von Personal anwenden und ist in Zeiten des wachsenden Fachkräftemangels ein Instrument, das Erfolg verspricht.

Quantitative Ansätze lassen sich an vielen Stellen durchaus mit qualitativen Zielen verbinden, beispielsweise bei der Honorierung von umgesetzten Optimierungsvorschlägen von Mitarbeitenden im betrieblichen Vorschlagswesen, aber auch gezielter bei Zuschlägen für das Erreichen von zusätzlicher Pflegequalität, z. B. bei der Erlangung von Zertifizierungen, oder bei der leistungsabhängigen Anerkennung der Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten wie Mentoring oder Praxisanleitung im Pflegebereich, die der Steigerung der Arbeitsqualität der angeleiteten Mitarbeitenden dient.

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Hypothese, daß die Gesundheitsunternehmen ein hohes Interesse an der Umsetzung leistungsorientierter Vergütungskomponenten haben, jedoch solche Implementierungswege bevorzugen, die leicht bewertbar sind und wenig Verwaltungsaufwand verursachen, wird im empirischen Teil der Arbeit wieder aufgegriffen.

2.2 Personalbeschaffung in Zeiten demographischen Wandels

Der mittleren Annahmevariante der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zufolge besteht derzeit ein Auswanderungssaldo von knapp 100.000 Personen pro Jahr, der sich nach derzeitiger Annahme bis 2020 verdoppeln wird. Besonders nachteilig für die deutsche Volkswirtschaft wirkt sich hierbei aus, daß es sich bei den Emigranten/innen zumeist um hoch qualifizierte Menschen handelt.

Weiterhin unterliegt die Bundesrepublik einem ausgeprägten Trend zur Vergreisung, da der Anteil der über 65-jährigen stark und stetig ansteigt, während der Anteil der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter sinkt, momentan noch langsam, aber ab 2020 in deutlich steigendem Tempo. In der Folge ist

eine Überbelastung der sozialen Sicherungssysteme zu erwarten, da weniger Arbeitnehmer/innen mehr Empfänger/innen von Transferleistungen nach dem solidarischen Prinzip des Umlageverfahrens werden versorgen müssen.

Diese besorgniserregende Sachlage wird durch die Tatsache, daß die Geburtenquote seit dem sogenannten Pillenknick auf ca. 1,4 Kinder pro Frau zurückgefallen und dort seit Jahren verharret, nachhaltig verschärft. In den neuen Bundesländer verschärfte der Geburtenrückgang in der Folge der politischen Umwälzungen ab 1989 / 90 die Lage, die am treffendsten als "Wendeknick" bezeichnet werden kann. Schlußendlich werden seit Jahrzehnten weniger Kinder geboren als zum Erhalt der Bevölkerungsgröße notwendig wären und da Frauen, die nicht geboren wurden, wiederum keine Nachkommen gebären können, erlebt die Volkswirtschaft an dieser Stelle eine doppelte Belastung des Bevölkerungswachstums, der sich in der Folge auf den Arbeitnehmermarkt auswirkt.

Aus diesen Gegebenheiten resultiert ein rein quantitativ deutlich steigender Bedarf an Arbeitskräften, der in einigen Branchen bereits spürbar ist, aber oftmals auf ein Problem qualitativer Natur zurückzuführen ist: Es bedarf nicht nur einer ausreichenden Anzahl potentiell Arbeitender, sondern auch der Eignung dieser Personen für die Vakanzen, d. h. es besteht die wachsende Gefahr für arbeitgebende Unternehmen, auf das Phänomen sogenannter Misfits zu treffen, also auf Arbeitssuchende, deren Ausbildungs- oder Bildungsstand oder Berufserfahrung nicht den gesuchten Anforderungen entsprechen.

In der Folge dieser Gemengelage wird ein wachsender Wettbewerb um Arbeitnehmer/innen entstehen bzw. ist bereits entstanden und wird weiter anwachsen. Insbesondere Ingenieure, Lehrer und medizinisches Fachpersonal sind für diesen, nach der Jahrtausendwende einsetzenden Fachkräftemangel typische Berufe.

In Deutschland sind 4,6 Mio. Arbeitnehmende, also mehr als 11 % aller Erwerbstätigen im Gesundheitswesen beschäftigt. Nach der Studie des Unternehmens Price Waterhouse Coopers zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist ab 2020 von einem dramatischen Mangel an geeigneten Kräften auszugehen: 56.000 Ärzte und 140.000 nichtärztliche Fachkräfte sollen zu diesem Zeitpunkt fehlen und zehn Jahre später soll sich diese Personallücke

bereits auf 165.000 Ärzte und 800.000 nichtärztliche Erwerbstätige erweitert haben, davon allein 400.000 Pfleger in Kliniken. (vgl. 2010, S. 10 f.). Außerdem wird sich die Anzahl niedergelassener Ärzte im ambulanten Bereich nachhaltig reduzieren (vgl. PWC-Studie, S. 12). Dies alles geschieht vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen (vgl. PWC-Studie, S. 22 ff.) Diese Entwicklung macht strukturelle Neuerungen nötig: "Das System der Gesundheitsversorgung ist in seiner gegenwärtigen Verfassung nicht zukunftsfähig" (s. PWC-Studie, 2010, S. 10). Insbesondere im personellen Bereich innovativer Strukturoptimierungen, um geeignetes Personal zu identifizieren, zu rekrutieren, zu motivieren und zu binden. Eine solche Strukturveränderung wird die weitgehende Ablösung von niedergelassenen Ärzten durch Zentren Integrierter Versorgung sein (vgl. PWC-Studie, S. 11 f.), die, wie oben erwähnt, bereits heute in Systeme leistungsabhängiger Zusatzvergütung eingebunden sind.

Damit die Unternehmen den steigenden Bedarf an geeignetem Personal decken können, müssen sie ihre Bemühungen um geeignetes Personal intensivieren, z. B. verstärkt Imagepflege betreiben, ihre Anstrengungen zur Personalbeschaffung verstärken und die Bindungsstärke des Unternehmens für die bereits identifizierten Arbeitnehmer/innen untermauern. Hierzu stehen verschiedenste Instrumente zur Auswahl, beispielsweise Dienstwagen oder attraktive betriebliche Altersversorgung oder sonstige Instrumente der monetären und nicht monetären Anreize. Ein geschickt aufgebautes System der leistungsorientierten Vergütung kann hier eine Schlüsselfunktion einnehmen gerade für die Arbeitnehmenden, die ein jedes Unternehmen gern an sich binden möchten, nämlich die geeigneten und leistungsstarken.

2.3 Voraussetzungen für die erfolgreiche Einführung von leistungsabhängiger Vergütung

Die Thematik der leistungsabhängigen Vergütung wird im Gesundheitswesen traditionell im Hinblick auf Ärzte betrachtet, insbesondere dann, wenn es sich um Ober- und Chefärzte an Universitätskliniken handelt, wie beispielhaft an den Publikationen von Hildebrandt et al., von Reißig und von Albrecht et al. zu

erkennen ist (2009). Wie einleitend erwähnt hat die Pflege in diesem Rahmen noch kein ausreichendes Maß an Beachtung gefunden, weswegen die Möglichkeiten leistungsorientierter Vergütung in der Pflege in dieser Arbeit explizit beleuchtet werden.

In der Diskussion um die Ziele, die mit den gesetzten Anreizen der leistungsorientierter Vergütung erreicht werden sollen, ist wie zuvor erwähnt festzuhalten, dass neben qualitativen Zielen, die bisher mit Selbstverständlichkeit in der wissenschaftlichen Debatte vorausgesetzt werden, wie z. B. die kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der Patientenbetreuung, auch quantitative Ziele als Anreize denkbar sind, wie etwa die Einwerbung von Patienten und Bewohnern.

Reißig geht davon aus, „das Geld folgt der Leistung“, weswegen eine variable Vergütungsstruktur zu einer klassischen Win-Win-Situation führen würde, also Arbeitnehmer und Arbeitgeber besser stellen würde (vgl. Reißig 2009, S. 9). Aus Unternehmenssicht ist dies grundsätzlich zutreffend – mit der präzisierenden Ergänzung, dass es vielmehr die Leistung ist, die dem Geld folgt, denn „was belohnt wird, wird erledigt“ -- von den Arbeitnehmenden. (Winkelmann 2006, S. 11).

2.4 Motivation

Motivation wird hier lediglich im beruflichen Umfeld betrachtet und wird verstanden als der Antrieb, sich am Arbeitsplatz zu engagieren, Lust daran zu haben und sich mit den Inhalten oder Rahmenbedingungen oder beidem zu identifizieren. Dieser Antrieb kann sich aus verschiedenen Quellen speisen bzw. verschiedene Motive können ihm zugrunde liegen können. Wie und wofür sich ein Mensch engagiert und woraus er Motivation zieht, ist so individuell wie die menschlichen Persönlichkeiten selbst. Allerdings lassen sich zwei Arten von Motivation unterscheiden⁷:

Eine der beiden Formen der Motivation ist die intrinsische Motivation, die Antriebskraft von innen heraus. Die intrinsische Motivation zieht das Individuum

⁷ Vertiefende Literatur beginnt mit Abraham Maslow und Frederick Herzberg.

aus der Sache selbst bzw. um seiner selbst willen. Ein Beispiel hierfür kann sein, wenn jemand sich in Sprachen fortbildet ohne diese Kenntnisse gezielt zu erwerben, sei es für berufliche Zwecke oder private, z. B. für Verständigung während einer längeren Auslandsreise.

Die extrinsische Motivation dagegen liegt nicht in der Sache selbst, sondern führt zu Handlungen mit dem Ziel, Belohnungen dafür zu erlangen, beispielsweise wenn jemand eine Sprache lernt, weil er im Ausland arbeiten will und sein Arbeitgeber die Beherrschung der Sprache voraussetzt.

Unabhängig davon, ob Motivation extrinsisch durch Anreize gefördert wird oder intrinsisch ohnehin vorhanden ist, ist es von zentraler Bedeutung, die der Motivation folgenden Handlungen in Harmonie mit den eigenen Fähigkeiten und den Möglichkeiten des Umsetzens zu bringen, um Über- oder Unterforderungen zu vermeiden, die der Motivation kontraproduktiv gegenüber stünden.

Als eine wesentliche Voraussetzung für Motivation am Arbeitsplatz ist im Kontext dieser Arbeit insbesondere zu prüfen, inwieweit leistungsabhängige Vergütung eine zusätzliche Vergütung sein muss, um Motivation generieren zu können (vgl. Kap. 2.7).

2.5 Erfolgsabhängige Vergütung als Führungsinstrument

Traditionell ist es im Gesundheitswesen bis nach der Jahrtausendwende unüblich gewesen, Mitarbeitende nach Leistung zu vergüten. Der TVöD und der TV-L, also die beiden flächendeckenden Tarifverträge, nach denen sich in der Regel auch die individuellen Haustarifverträge einzelner Einrichtungen orientieren, kannten bis 2006⁸ keine Möglichkeit der Vergütung nach Leistungen.

Mit der Vereinbarung zwischen den Arbeitgebern des Öffentlichen Dienstes und den Gewerkschaften vom 13.09.2005, in kraft getreten am 01.01.2007, hat die Vorstellung von der Möglichkeiten, Arbeitsleistungen nach ihrer qualitativen

⁸ Anfang 2006 trat der TV-L mit der erstmaligen Regelung zu leistungsabhängiger Vergütung im Öffentlichen Dienst in kraft.

oder quantitativen Ausprägung zu entgelten, Eingang in den öffentlichen Dienst gefunden und war folglich fortan auch auf das bundesdeutsche Gesundheitswesen anzuwenden.

Während der TVöD als Tarifvertrag für Bund und Kommunen die leistungsabhängige Vergütungskomponente bis heute beibehielt, ist diese im TV-L, unter den viele Krankenhäuser fallen, von ihrer Einführung im Jahre 2006 an lediglich drei Jahre existent gewesen und zum 01.01.2009 bereits wieder abgeschafft worden. Da die Öffnung des TV-L für leistungsabhängige Zusatzvergütung wieder abgeschafft wurde, findet hier eine Konzentration auf die Regelungen im TVöD statt.

Die Finanzierung dieses Leistungsentgelts soll im TVöD durch Kürzungen der Jahressonderzahlungen, Wegfall der Ortszuschläge und Abschaffung der Kinderzulagen dargestellt werden. Es ist vorgesehen, bis zu 8 % des Jahresgehalts in erfolgsabhängige Bestandteile graduierlich umzuwidmen, in einem ersten Schritt beginnend mit 1 % des Jahreseinkommens. Zu diesem Zweck sind verschiedene leistungsabhängige Belohnungsansätze vorgesehen (vgl. § 18 IV TVöD / VKA):

- frühzeitiges Aufsteigen in die nächst höhere Stufe,
- Leistungsprämien in Form von Einmalzahlungen bis zur Höhe des Anfangsgrundgehalts, i. d. R. aufgrund einer Zielvereinbarung,
- Leistungszulagen, also monatliche Zahlungen, die nicht höher als 7 % vom Anfangsgrundgehalt der betreffenden Besoldungsgruppe sein dürfen und für mindestens drei und höchstens zwölf Monate gewährt werden sowie
- durch Erfolgsprämien im Sinne von Umsatzbeteiligung, die die gesamte Belegschaft unabhängig von Einzelleistungen am Gesamtumsatz des Unternehmens beteiligen, insofern dieser eine Steigerung des wirtschaftlichen Erfolges darstellt. Dies ist in vielen Krankenhäusern bereits gängige Praxis, so beispielsweise auch in der in dieser Arbeit befragten Universitätsmedizin Greifswald. Festzuhalten ist, daß diese Form monetären Anreizes leistungsundifferenziert allen Mitarbeitenden zugute kommt.

Die Einführung der Möglichkeit, Gehälter nicht nur nach Ausbildungshintergrund und Erfahrungsjahren im Beruf zu gestalten, sondern nach der (möglichst) individuellen Leistung der Mitarbeitenden, stellt ein Novum im Gesundheitswesen dar und die weit verbreitete Einstellung, Gesundheit sei mit Geld nicht zu bezahlen⁹, in Frage.

Der Gesetzgeber gibt wenig bis keine Regelungen vor und die tariflichen Regelungen des TVöD sind auf die in Landeshoheit fallenden Gesundheitseinrichtungen oder gar nur haustariflich gebundenen Unternehmen nicht zwingend anzuwenden, zeigen aber Chancen auf. Die Entscheidung für oder wider die Einführung von leistungsbezogenen Entgelten wird also zu einem zentralen Thema des Top-Managements, und zwar insbesondere im Hinblick auf die Gewinnung und Bindung von Mitarbeitenden, aber auch in Bezug auf die Steuerung von deren Verhaltensweisen am Arbeitsplatz:

Der Umgang mit den verschiedenen Vergütungsformen und die Erstellung eines Systems für leistungsabhängige (Zusatz-)Vergütung und deren Anwendung ist eine Führungsaufgabe. Der Begriff der Führung oder Leitung (ältere Bezeichnung) wird in diversen Publikationen des Fachs in vielen, z. T. verschiedenen Weisen definiert. Im jüngeren deutschen Sprachraum kann Max Weber¹⁰ als Vater der Überlegungen zur Frage gelten, was eine Führungskraft ist und was sie ausmacht, dessen Überlegungen in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder erweitert worden sind.

Nach Rosenstiel et al. ist Führung „... eine zielbezogene Einflußnahme“, die die Geführten dazu bewegen soll, bestimmte Ziele zu erreichen, die sich aus den Unternehmenszielen ableiten (s. Rosenstiel et al. 1999, S. 4). Zentrale Aufgabe einer Führungskraft ist die strategische Ausrichtung des Unternehmens am Markt sowie die Abstimmung der Unternehmensstrategien in einzelnen Unternehmensbereichen. Die Festlegung von Maßnahmen zur Erreichung von strategischen und operativen Zielen erfolgt in Abstimmung des Top-Managements mit dem mittleren Management, das dann gemeinsam mit unteren Management diese Ziele mithilfe der ausführenden Ebene umsetzt.

⁹ Geflügeltes Wort

¹⁰ Soziologe und früher Nationalökonom mit diversen, prägenden Publikationen zu Macht, Herrschaft, Politik und Führungsstilen. Zu letzterem führend, gemeinsam mit seinem zeitgenössischen, US-amerikanischen Pendant, Kurt Lewin.

Folglich wird hier als Führungskraft ein(e) Mitarbeitende(r) auf unterer, mittlerer oder Topführungsebene mit Personalverantwortung und Umsatzverantwortung verstanden, wobei die Topführungsebene das System zur leistungsorientierten (Zusatz-)Vergütung (gegebenenfalls in Abstimmung mit dem mittleren Management) vorgibt und die untere und mittlere sich dieser Instrumentarien im Arbeitsalltag zur Führung der Belegschaft bedient. Als zentrale Aufgabe der Führungskraft in diesem Sinne wird es verstanden, Mitarbeitende zu begeistern und zu motivieren und die Räume zu schaffen, in denen diese sich entwickeln können und wollen.

Die realistische Vereinbarung von Zielen zwischen Führungskraft und Mitarbeitendem ist dabei ebenso wie die kreative und eigenverantwortliche Ausgestaltung des Arbeitsprozesses Voraussetzung für eine langfristige Strategieverfolgung im Unternehmen.

Ein zentrales Instrument zur Umsetzung leistungsorientierter Führung ist die Zielvereinbarung, in welcher Vorgesetzte und Mitarbeiter gemeinsam Ziele des Einzelnen bzw. des von ihm / ihr geleiteten Teams vereinbaren und die Gestaltung des Weges zur Erreichung der Ziele den Arbeitnehmenden obliegt. Das Instrument fördert aufgrund der Tatsache, daß die Mitarbeitenden ihre Ziele selbst bestimmen können, die Identifikation der Arbeitnehmenden mit diesen Zielen und erhöht so die Motivation. „Doch wenn die Äpfel zu hoch im Baum hängen, dass ich sie nie erreiche, höre ich irgendwann auf, den Arm danach auszustrecken.“ (s. Dithmar 2005, S. 17) Damit ist gemeint, dass es sich bei der Zielvereinbarung um erreichbare Ziele in einer ausgewogenen Form von Ansporn und Realität handeln muss. Die Ziele sollen möglichst konkret formuliert sein und der Prozessoptimierung dienen.

Mit Zielvereinbarungen zu arbeiten bedeutet einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen, d. h. zwischen Aufgaben und Zielen muss genau unterschieden werden. Bisher waren die Umsetzung und das Ergebnis klar definiert, doch mit der Einführung von Zielvereinbarungsgesprächen ist zwar das Ergebnis (gemeinsam) definiert, der Weg dorthin liegt jedoch in der Verantwortung dessen, der das Ziel erreichen will. Insbesondere auf der Ebene von Chef- und Oberärzten/innen wird dieses Instrumentarium zunehmend angewandt. Damit Zielvereinbarungen zum gewünschten Erfolg führen, bedarf es genauer Kennzahlen, nach denen die Mitarbeiter beurteilt werden. Gemeint

sind nicht nur ökonomische Kriterien wie Kosten und Fallzahlen, die in Quantitäten meßbar und folglich leicht in Kennzahlen auszudrücken sind, wie z. B. Personalfuktuation, Umsatz im Verhältnis zu Kosten usw., sondern vielmehr Kennzahlen, die es erlauben, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit messbar zu machen¹¹.

Die Einbindung der Mitarbeiter über persönliche Ziele in die strategische Verantwortung für Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit wird favorisiert.

Ebenso gehören aber auch Prozesse in den Zielvereinbarungskatalog, die sich effizienter gestalten lassen, wie beispielsweise das Erstellen von Dienstplänen oder aber auch das Einweisungsmanagement (vgl. Dithmar 2005, S. 17).

In diesem Sinne orientiert sich die Arbeit an der Auffassung Rosenstiels et al., die festhalten: „Vergütungsmanagement beinhaltet die wirksame Ausgestaltung und Bemessung der materiellen Leistungen, die die Unternehmer ihren Mitarbeitern als Gegenwert für ihre Arbeitsleistung bieten. In der Wirtschaft wächst die Erkenntnis, dass Mitarbeiter nicht primär als Kostenverursacher, sondern als Gewinnproduzenten bzw. als Garanten der Unternehmenszielerreichung zu betrachten sind. Damit wandelt sich auch die Rolle der Vergütung vom Kostenfaktor zum Führungsinstrument.“ (s. Rosenstiel et al. 1999, S. 482)

Dort, wo das Top-Management einzelne Arbeitsgänge, bestimmte Prozeßergebnisse usw. durch Leistungsanreize betont, wird die Basis zur Entwicklung von extrinsischer Motivation der Mitarbeitenden geschaffen. Die Top-Führungskräfte der Unternehmen werden in der Konsequenz dessen dort Handlungsanreize setzen, wo sie sich von zusätzlicher Leistung Optimierungen der unternehmerischen Lage erhoffen, z. B. um in bestimmten Bereichen Kosten zu senken, Umsätze zu erhöhen, Qualität zu fördern oder Mitarbeitende zu gewinnen, die ihr Einkommen beeinflussen können möchten.

¹¹ Solche Kennzahlen, die zunächst per Befragung qualitative Daten liefern, können durch die Zählung und Gewichtung dieser Daten in quantitative Kennzahlen übertragen werden. Als einführende Literatur in diese Thematik kann z. B. Weber, Manfred: Schnelleinstieg Kennzahlen. Reihe Haufe Schnelleinstieg. München: Rudolf Haufe Verlag, 2006 empfohlen werden.

2.5.1 Personalbeurteilung

Wer leistungsabhängige (Zusatz-)Vergütung einführt, verbringt sich in die Situation, die erbrachte Leistung dahingehend bewerten zu müssen, ob sie in ihrer Quantität und / oder Qualität so auftritt, daß sie nach den vom Management selbst konzipierten Maßgaben zur zusätzlichen Vergütung des Mitarbeitenden führt. Hierbei muß sowohl im Leistungsinteresse des Unternehmens als auch im Gerechtigkeitsinteresse der Belegschaft auf größtmögliche Objektivität Wert gelegt werden, denn von den Mitarbeitenden empfundene Ungleichgewichte bzw. Ungerechtigkeiten in der Leistungsbewertung und -Vergütung können die gewünschte extrinische Motivation empfindlich stören.

Ein zentraler Ansatz zur Erlangung größtmöglicher Bewertungsobjektivität, der zugleich einen ganzheitlichen Blick auf die Arbeitsleistung zuläßt, ist die 360°-Bewertung. Dieser Begriff meint die Bewertung der Arbeitsleistung der Mitarbeitenden durch alle Gruppen im Arbeitsumfeld der Mitarbeitenden. Im Falle eines Krankenpflegers im Krankenhaus wären dies die Schüler und deren Praxisanleiter und Mentoren, die Pflegehelfer und Zivildienstleistenden, die Kollegen, die stellvertretende Stationsleitung und die Stationsleitung selbst, die Patienten und Angehörigen und u. U. die Bereichs- oder Pflegedienstleitung sowie, insoweit vorhanden, Sozialarbeiter und Stationssekretäre. Es käme also zu Beurteilungen durch Vorgesetzte, auf gleichgestellter und unterstellter Ebene. Ergänzend hierzu wären Selbstbeurteilungen der erbrachten Leistung sinnvoll.

Personalbeurteilung bezeichnet einen institutionalisierten Prozess, in dem planmäßig und formalisiert Informationen über Leistungen und/oder Potentiale von Unternehmensmitgliedern durch dazu beauftragte Personen erhoben werden. Die Leistungsbeurteilung vergleicht die Ist-Leistung mit der Soll-Leistung. Während die Leistungsbeurteilung aus einer Ex-Post-Perspektive erfolgt, stellt die Potentialbeurteilung auf die Bildung von Erwartungen für die Zukunft ab. Es werden also Prognosen getroffen (vgl. Scherm, Süß 2003, S. 73).

In der Regel wird Leistungsbeurteilung lediglich im Kontext mit leistungsabhängigen Vergütungen betrachtet, obgleich sie auch einige andere Verwendungszwecke der Beurteilung zulässt, wie z. B. Anreizdifferenzierung, Personalzuweisung, Entwicklungsbedarfsermittlung, Führung und Controlling. Beurteilungsverfahren können hierarchischer und nicht-hierarchischer Natur sein. Zunächst werden hierarchische Verfahren behandelt: Bei der freien Beurteilung werden „Leistungen von Mitarbeitern ohne strukturierte Vorgaben und Verfahren beurteilt“ (Scherer, Süß 2003, S. 76) Die Führungskraft bewertet intuitiv (nicht nach objektiven Kriterien) und damit für den Außenstehenden schlecht nachvollziehbar.

Das Rangordnungsverfahren bringt die Beurteilten bzgl. ihrer Arbeitsleistung in eine Abfolge. „Kennzeichnungsverfahren geben an, ob und inwieweit der Beurteilte vorgegebene Kriterien (z. B. Leistung, Eigenschaften, Verhalten) erfüllt“ (Scherer, Süß 2003, S. 78), wobei hierfür in der Regel zuvor eine Checkliste erstellt worden ist.

Das Einstufungsverfahren ist weit verbreitet. Hierbei werden Kriterien vorgegeben, gewichtet und skaliert, die die unterschiedlichen Ausprägungen des jeweiligen Kriteriums erfassen. (vgl. Scherer, Süß 2003, S. 80 f.) Das aufgabenorientierte Verfahren, das ebenfalls zu den hierarchischen zu zählen ist, ist kaum verbreitet und wird daher an dieser Stelle vernachlässigt.

Leistungsbeurteilung 20XX					
Beurteilungsmerkmale	ggf. Gewicht in %	Beurteilungsskala			
		4 sehr gut	3	2	1 mit Mängeln
Arbeitsqualität Fachkenntnisse Einhalten von Vorschriften und Anweisungen Ordnung Verwendbarkeit der Arbeitsergebnisse ...					
Arbeitsquantität Zeitaufwand für einwandfreie Arbeits- ergebnisse Belastbarkeit Terminhaltung Intensität der Arbeitsausführung ...					
Leistungsverhalten Zuverlässigkeit Kostenbewusstsein Zusammenarbeit Verantwortungsbereit- schaft ...					

Führungsverhalten (nur für Vorgesetzte) Planung, Disposition, Delegation Kontrolle Motivation der Mitarbeiter Durchsetzungsfähigkeit ...					
--	--	--	--	--	--

Abb. 1: Einstufungsverfahren -- Muster (Scherer, Süß 2003, S. 81)

„Zielorientierte Beurteilungsverfahren sind vor allem mit dem bekannten Management by Objectives verbunden [hier] wird der jeweilige Verantwortungsbereich der Mitarbeitenden für bestimmte Ergebnisse abgesteckt. Die Ziele prägen [...] das Leistungsverhalten und dienen als Basis für die Leistungsbeurteilung [...] am Ende der jeweiligen Beurteilungsperiode“ (Scherer, Süß 2003 S. 86). Diese zielorientierten Beurteilungsverfahren bilden, eventuell in Kombination mit dem Einstufungsverfahren, eine sehr gelungene, weil umfassend an objektive Leistungskriterien gebundene Beurteilungsgrundlage für die Gewährung leistungsabhängiger Zusatzvergütung.

Im Kontext nicht-hierarchischer Verfahren können Arbeitsleistungen aus dreierlei Perspektiven bewertet werden: Leistungsbeurteilung muss nicht zwingend oder ausschließlich durch den Vorgesetzten erfolgen. Sie kann ebenso auf gleicher oder auf unterstellter Ebene erfolgen (vgl. Scherer, Süß 2003, S. 87ff.).

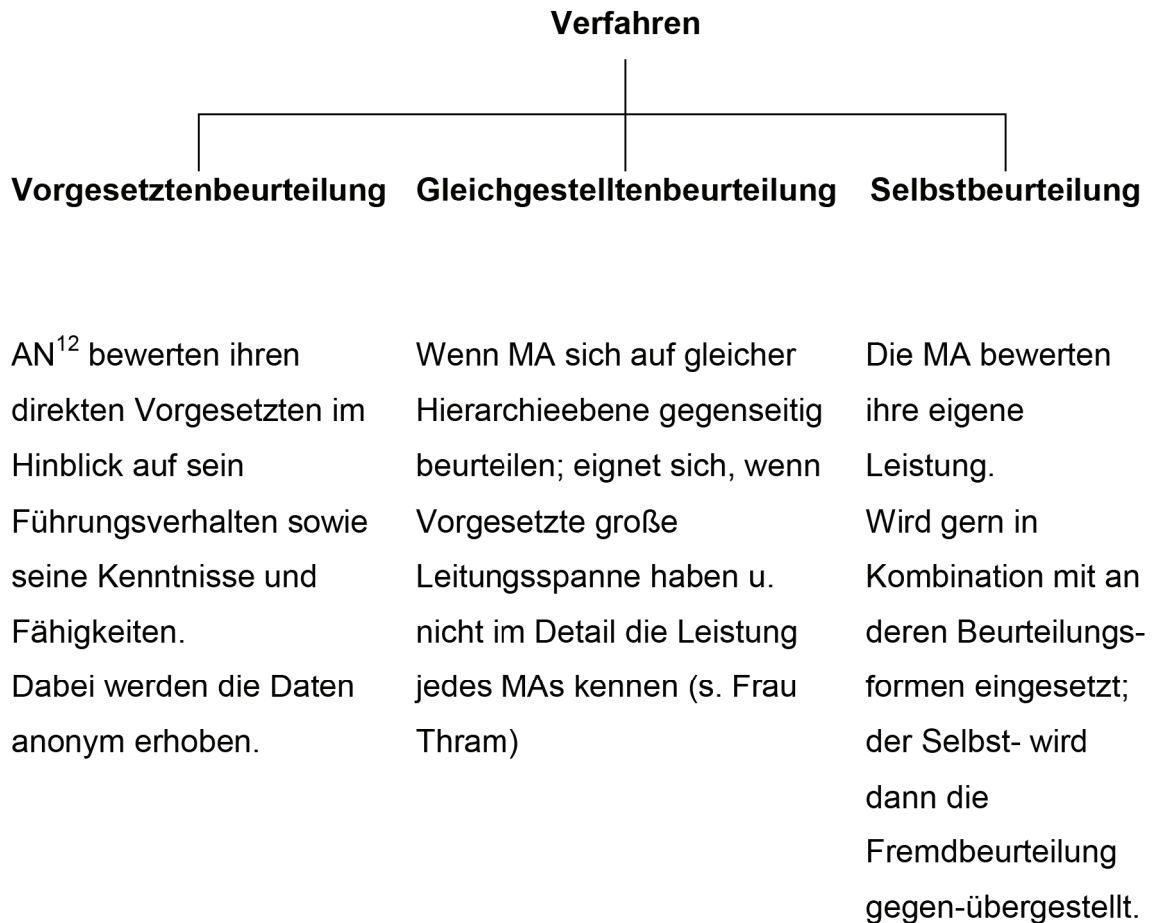


Abb. 2: Nicht-hierarchische Verfahren zur Personalbeurteilung (vgl. Scherm, Süß 2003, S. 87ff.)

Die Beurteilungen, die in nicht-hierarchischen Verfahren gewonnen werden, können die auf der Grundlage von hierarchischen Verfahren gebildeten Leistungsbewerten sinnvoll ergänzen und die wesentlichen Kriterien für die Gewährung leistungsorientierter Zusatzvergütung abbilden. Regelmäßig jedoch wird es notwendig sein, auch Potentialbeurteilungen zur Entscheidung über die Gewährung leistungsorientierter Vergütung heranzuziehen, z. B. immer dann, wenn ein(e) Mitarbeitende(r) neu vom Unternehmen angestellt wird und noch keine beurteilungsfähigen Daten aus der Vergangenheit vorliegen. Für solche Mitarbeitenden muss ein System installiert werden, das ihnen den Hinzuverdienst durch besonders gute Leistungen von Anfang an ermöglicht. Hier haben andere Branchen bereits Lösungen gefunden, von denen es sich lernen lässt, z. B. ein Vorschuss in Form von Provisionsgarantien, die am

¹² AN = Arbeitnehmende, MA = Mitarbeitende

Geschäftsperiodenende bei Untererfüllung entweder zu Lasten des Unternehmens oder des Arbeitnehmers ausgebucht werden.

2.5.2 Leistungslöhne

Als Gerechtigkeit in Bezug auf die Entlohnung wird soll hier verstanden werden, wenn die tatsächlich erbrachte Leistung einen Einfluss auf die Lohnhöhe hat und Leistungsmerkmale sich auch auf weiche Leistungsfaktoren wie Pünktlichkeit, Engagement und Zuverlässigkeit beziehen. Arbeitnehmer/innen empfinden es als gerecht, wenn es z. B. einen Unterschied macht, wie oft sie krank sind, wie viel Arbeitspensum sie erledigen können und wieviel Storno vom Einzelnen verursacht wird, und zwar immer im direkten Vergleich zu den Kollegen/innen. Insofern kann ein gelungenes System leistungsabhängiger Zusatzvergütung zu einem guten Arbeitsklima nachhaltig beitragen, wobei an dieser Stelle ausdrücklich festgehalten werden soll, dass reine Systeme leistungsabhängiger Zusatzvergütung ohne einen fixen Gehaltsbestandteil, die in anderen Branchen durchaus gängig sind (z. B. Bankenvertrieb), nach Auffassung der Autorinnen eher kontraproduktiv wirken: Wo kein Gehalt existiert und Arbeit ausschließlich nach der Leistung bewertet und vergütet wird, können sich Krankheitszeiten oder konjunkturell bzw. saisonal verursachte Minderleistungen rasch auf die empfundene Existenzsicherheit und damit auf die Arbeitsmotivation negativ auswirken. Es gilt also, ein geeignetes Maß der Kombination von fixen Gehaltsbestandteilen und leistungsbelohnenden, flexiblen Vergütungsbestandteilen zu finden. In kundenorientierten Branchen wie Finanzdienstleistungen oder der Automobilindustrie wird in der Regel mindestens 50 % des Einkommens als fixer Vergütungsbestandteil festgeschrieben, wie z. B. bei der Allianz SE (vgl. Winkelmann, 2006, S. 158). Es existieren verschieden Lohnarten, die sich in unterschiedlichem Ausmaß für die Umsetzung leistungsabhängiger Zusatzvergütungen eignen. Zunächst existieren verschiedene Begründungsansätze, warum Unternehmen ihren Mitarbeitern Löhne zahlen:

Der neoklassische Ansatz geht von einem volkswirtschaftlichen Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage aus, aus dem sich Preise für Güter und Dienstleistungen ebenso ergeben wie Lohnhöhen. Marxistische Ansätze nehmen an, dass die Mitarbeiter bei der Produktion zur Erstellung eines Mehrwertes beitragen, von dem sie profitieren sollen. Die Theorie vom Effizienzlohn hält überdurchschnittlich hohe Lohnzahlungen an die Belegschaft für sinnvoll, wenn das beschäftigende Unternehmen im Wettbewerb um besonders qualifizierte Mitarbeiter/innen erfolgreich sein und diese Mitarbeitenden vor allem dauerhaft an das Unternehmen binden will. Die Collective-Bargaining-Theorie stellt den Einfluss von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden in den Vordergrund. Die jeweilig vorherrschende Machtverteilung hat direkten Einfluss auf die in Verhandlungen erzielbaren Lohnhöhen. (vgl. Scherm, Süß 2003, S. 132 f.)

Leistungslöhne setzen in unterschiedlichem Ausmaß bei den oben dargelegten Begründungen für Lohnzahlungen an, knüpfen beispielsweise an den marxistischen Gedanken der Beteiligung der Arbeitnehmenden an ihren Arbeitsleistungen direkt an, aber auch an der Vorstellung, Mitarbeitende durch besonders hohe Entgelte dauerhaft an das Unternehmen zu binden und in ihrer Leistungsfähigkeit und -bereitschaft zu fördern. Leistungslöhne treten vor allem in folgenden Formen auf:

- Der Akkordlohn, der eine klassische Entlohnungsform im Handwerk darstellt und die Erarbeitung einer überdurchschnittlichen quantitativen Leistung belohnt.
- Der Prämienlohn erzeugt aufgrund unterschiedlicher Leistungsstärke der Mitarbeiter/innen Einkommensunterschiede. Er wird z. B. in Form von Prämien geleistet, die im Hinblick auf die Mengenleistung, Qualität oder oder die erarbeitete Kostenersparnis gewährt und soll zu zusätzlichen Leistungen motivieren.
- Der Pensumlohn orientiert sich an einer zuvor definierten und innerhalb einer Periode, z. B. einem Kalenderjahr, zu erfüllenden Leistungserwartung und kann sich, ähnlich dem Prämienlohn, an Menge, Qualität oder Ersparnis ausrichten. Die Über- oder Untererfüllung der Leistungserwartung bestimmt einen höheren oder niedrigeren Lohn in

der Folgeperiode. Der Penumlohn unterscheidet sich von anderen Lohnformen „...dadurch, daß er sich auf künftig erwartete und nicht auf in der Vergangenheit erbrachte Leistungen bezieht“ (s. Loffing / Geise 2005, S. 341). Diese Entlohnungsform findet sich häufig im finanzdienstleistenden Bereich, in dem die erbrachten Leistungen des Vorjahres die Erwartungen für das Folgejahr zunächst für Abteilungen definiert und dann auf den einzelnen Mitarbeitenden heruntergebrochen werden.

- Bei Erfolgs- und Kapitalbeteiligungen werden am Ende einer Rechnungsperiode, in der Regel einem Kalenderjahr, die Unternehmensergebnisse in Form von Einnahmen-Ausgaben-Rechnungen, Gewinn und Verlustrechnungen und Bilanzen etc. betrachtet und wenn sich ein entsprechender Gewinn eingestellt hat, wird die Belegschaft daran beteiligt, was z. B. in Form von Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, betrieblicher Altersversorgung, Betriebsreisen und – feiern oder Aktien geschehen kann. Erfolgs- und Kapitalbeteiligungen wollen die beiden Faktoren Arbeit und Kapital miteinander verknüpfen (vgl. Scherm, Süß 2003, S. 139) und „...die Arbeitsleistung der Mitarbeiter auf übergeordnete unternehmerische Ziele ausrichten, indem ihre Entlohnung z. B. auch von Umsatz und Gewinn abhängig gemacht wird“ (s. Wunderer / Dick 2002, S. 127). Erfolgs- und Kapitalbeteiligungen stellen ein gängiges, erfolgsorientiertes Entlohnungssystem in Krankenhäusern und Kliniken dar, wobei diese Leistungsentlohnung meist pauschal für alle Mitarbeitenden als Team angewandt wird und nicht nach der Leistung des Einzelnen fragt.
- Aufgrund seiner Flexibilität ist das Cafeteria-System für die Mitarbeiter/innen von besonderem Interesse, „...bei dem die Mitarbeiter wie bei der Menü-Auswahl in einer Cafeteria zwischen inhaltlich und zeitlich verschiedenen Gratifikationsbestandteilen innerhalb eines Budgets auswählen können“ (s. Loffing / Geise 2005, S. 344). Dies können z. B. sein: private Pkw-Nutzung, über die Norm hinausgehende vermögenswirksame Leistungen, Mietzuschüsse, verbilligte Arbeitnehmerdarlehen, Zusatzurlaub usw. (vgl. Loffing / Geise 2005, S. 344 und vgl. Wunderer / Dick 2002, S. 127). Dieses System ist vor allem

in den USA populär und verbreitet sich in Deutschland zögerlicher (vgl. RKW 1996, S. 496).

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auf den Soziallohn, den Zeitlohn und den Pensumlohn hingewiesen, obgleich diese keine Leistungslöhne darstellen. Sie vergüten z. B. soziale Nachteile, die Mitarbeitern/innen durch ihre Berufstätigkeit entstehen (bspw. Fahrtkosten) und kompensieren z. B. soziale Lasten wie Kindererziehung und die Pflege naher Verwandter. Sie orientieren sich an Faktoren wie Alter, Familienstand, Entfernung zum Arbeitsplatz usw. (vgl. Scherm, Süß 2003, S. 135 ff.). Der Zeitlohn wird leistungsunabhängig für Arbeitsleistungen während einer bestimmten Periode, z. B. pro Monat, gezahlt und erlaubt keinerlei Differenzierung nach guten oder schlechten Leistungen. Nach wie vor findet sich diese Art der Entlohnung häufig im öffentlichen Dienst, obgleich die Strukturen hier in den letzten Jahren allmählich aufbrechen und erste leistungsabhängige Komponenten in den Entgelten des öffentlichen Dienstes installiert wurden.

Dem Zeitlohn sehr ähnlich ist der Potentiallohn, der ebenfalls als fester Lohn je Periode gewährt wird, allerdings in der Höhe abhängig von den Qualifikationen der Mitarbeiter (vgl. Scherm, Süß 2003, S. 133 ff.).

Oft setzen sich Gehälter und variable Vergütungen aus verschiedenen Aspekten der oben idealtypisch dargestellten Lohnarten und Leistungslöhnen zusammen.

2.5.3 Monetäre und nicht monetäre Leistungsanreize

Leistungsanreize können entgeltlich oder nicht entgeltlich erfolgen. Sie differenzieren sich in materielle oder monetäre und immaterielle oder nicht monetäre Elemente. Erstere werden in monetärer Form geleistet und sind insofern entgeltbezogen, immaterielle Anreize sind dagegen zunächst nicht in Geld zu messen und sind von Nutzen, indem sie z. B. die Karriereplanung oder die Work-Life-Balance fördern (vgl. Scherm, Süß 2003, S. 125). Hier einige Beispiele für monetäre und nicht monetäre Leistungsanreize:

Monetäre Anreize	Nicht monetäre Anreize
Betriebliche Altersversorgung	Zuordnung besonderer Aufgaben
Leistungsorientierte Zusatzvergütung	Übergabe von Verantwortung
Firmenwagen	Lob / öffentliche Anerkennung
Bahncard 1. Klasse	Lebensarbeitszeitkonten
Eintrittskarten zu Sportevents	Betriebskindergärten
Boni durch Wettbewerbe	Zusätzliche Urlaubstage
usw.	Weiterbildung

Tab. 1 Beispiele für monetäre und nicht monetäre Anreize (vgl. Scherm, Süß 2003 S. 125)

Ein Leistungsanreizsystem ist ein zentrales Führungsinstrument, dessen Handhabung entscheidend den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens beeinflussen kann. Es liegt in der unternehmerischen Verantwortung, den Mitarbeitenden Anreize zur Leistungserbringung auch über die übliche Leistungserwartung hinaus zu geben.

Einige Beispiele aus der obigen Tabelle werden im folgenden kurz aufgegriffen und erläutert:

Die betriebliche Altersversorgung stellt einen starken monetären Anreiz dar, weil sie es erlaubt, steuer- und sozialversicherungsmindernd und aus dem Bruttoeinkommen für das Alter vorzusorgen. Daher stellt sie sowohl für die Gegenwart als auch für die Zukunft nicht nur eine Altersabsicherung, sondern auch eine interessante Vermögensanlageform dar. Dieser Sparanreiz, der nur im beruflichen Umfeld geboten wird wird durch die Beteiligung des Arbeitgebers an der Vermögensbildung in Form eines Arbeitgeberzuschusses zum Sparbetrag des Arbeitnehmenden, häufig leistungsfördernd ergänzt.

Leistungsorientierte Zusatzvergütungen können nach verschiedenen Kriterien gewährt werden, z. B. für Ersparnisse (wenn etwa ein(e) Mitarbeiter/in im ambulanten Pflegedienst seine/ihre Fahrtwege zu den Patienten kostenbewusst plant und unnötige Kilometer vermeidet), für Mengen (z. B. für durch Mitarbeiter/innen vermittelte, neue Patienten an eine Arztpraxis) oder für Pflegequalität, die bspw. durch Patientenbefragungen oder Leistungsbeurteilungen auf gleicher oder höherer Ebene ermittelt werden kann.

Die Nutzung eines Dienstwagens kann ebenfalls zur Förderung der Arbeitnehmerleistung eingesetzt werden. Wenn beispielsweise in einem ambulanten Pflegedienst, in dem üblicherweise Dienstwagen vom Arbeitgeber gestellt werden, dieser für solche Mitarbeitenden, die die Leistungskriterien des Arbeitgebers regelmäßig erfüllen oder übererfüllen, die private Nutzung des Dienst-kfz ohne Zuzahlung des/r Mitarbeitenden gestattet, muß dieser kein eigenes Kfz unterhalten, was trotz der Versteuerungspflicht als geldwertem Vorteil zu mehr verfügbarem Einkommen beim Arbeitnehmenden führt.

Die Ausgestaltung des Punktes in der Tabelle "leistungsorientierte Zusatzvergütungen" wird ab Kap. 3 dieser Arbeit genauer und mit Beispielen beleuchtet.

Nicht monetäre Anreize können ebenfalls eine erhebliche Macht ausüben. Deutlich wird dies besonders an der Zuweisung des Tätigkeitsbereichs. Ist ein(e) Mitarbeitende(r) mit dem 1. Staatsexamen in der Großen Krankenpflege bspw. auf einer gynäkologischen Station tätig und wünscht sich seit langem, in der neurologischen Intensivpflege beschäftigt zu werden, so kann es außerordentlich motivierend sein, diesen Wechsel zu befürworten, und zwar auch dann noch, wenn daran Bedingungen, z. B. die Teilnahme an Personalentwicklungsmaßnahmen, geknüpft werden.

Einen erheblichen und keinesfalls zu unterschätzenden, aber häufig vernachlässigten Faktor einer solchen Anreizpolitik stellt das Lob dar. Der bewusste und reflektierte Umgang mit dem Loben stellt nach Ansicht der Verfasserinnen ein oft ebenso starkes Instrument zur Setzung von Leistungsanreizen dar wie leistungsorientierte monetäre Zusatzvergütungen und sollte stärker eingesetzt werden, weil es sowohl kostengünstig als auch wirksam ist und durch das Wohlbefinden die Bindung von Mitarbeitern/innen an den Arbeitgeber stärken kann.

Von besonderer Bedeutung für die Zufriedenheit und dauerhafte Bindung der Mitarbeiter/innen ist des Weiteren ein solides Konzept der Work-Life-Balance, das in Form von Lebensarbeitszeitkonten, Kinderbetreuung und flexibler Gestaltung von Dienstplänen und Urlaubstagen auftreten kann.

Aufgabe des Unternehmens ist es, aus diesen und weiteren Instrumenten ein System zu erstellen, deren Instrumente sich die Führungskraft nach dem

Baukastenprinzip bedienen kann, orientiert an den individuellen Leistungen und Bedürfnissen der Belegschaft.

2.6 Grundformen leistungsabhängiger Vergütung

Es treten drei klassische Grundformen leistungsabhängiger Zusatzvergütung auf:

1. Die ausschließlich leistungsabhängige Vergütung ohne feste Gehaltsbestandteile nach §§ 84 ff. HGB, die meist als reines Provisionseinkommen auftritt, wie z. B. bei professionellen Ebay-Verkäufern oder Staubsaugerverkäufern und manchen Versicherungsvertretern. Diese Form der Vergütung soll hier vernachlässigt werden.
2. Die leistungsabhängige Zusatzvergütung in Kombination mit einem Festgehalt, wie sie von den öffentlichen Tarifverträgen vertreten wird, die einen Teil des bis 2006 festen Gehalts entnehmen und ihn nun nur noch leistungsabhängig gewähren, was einer Reduktion des festen Gehaltsbestandteils gleichkommt und hier nicht als motivationsfördernd betrachtet wird und
3. die leistungsabhängige Zusatzvergütung in Kombination mit einem fixen Gehaltsbestandteil.

Es erfolgt eine Konzentration auf die dritte Grundform leistungsabhängiger Zusatzvergütung, die eine Möglichkeit zusätzlicher Einkommensgenerierung unter gleichzeitiger Einkommenssicherheit aufgrund eines festen Gehaltsbestandteils darstellt. In anderen, bereits zum Vergleich herangezogenen Branchen (Auto, Versicherungen, Banken) gilt in der Praxis eine Faustregel, wonach der fixe Gehaltsbestandteil mindestens 50 % und höchstens 90 % des Gesamteinkommens ausmachen sollte. Außerdem bestehen für die Mitarbeitenden zumeist Möglichkeiten, über die 100 % des im Arbeitsvertrag als Richtwert festgelegten Einkommens durch herausragende Leistungen hinauszukommen. Dies ist immer dann der Fall, wenn Provisionen oder sonstige leistungsabhängige Zusatzvergütungen nach oben nicht gedeckelt sind, die Leistungsfähigkeit eines/r Angestellten also unbegrenzt belohnt wird. In manchen Unternehmen werden die Möglichkeiten, durch

erfolgsabhängige Vergütungen unbegrenzt zum Festgehalt hinzuzuverdienen, nach oben gedeckelt, um einen gebührligen Abstand zum Einkommen des/nächsten Vorgesetzten zu wahren, was allerdings nicht im unternehmerischen Interesse der Umsatz- oder Gewinnsteigerung liegt (vgl. Kronenberg, 2009, S. 180 ff.).

Ein sinnvoll strukturiertes und funktionables System leistungsabhängiger Zusatzvergütung definiert zunächst klar und meßbar die üblichen Anforderungen an eine Stelle bzw. den Stelleninhaber. Im folgenden können entweder alle Arbeitsleistungen, die über diese Standarderwartungen hinausgehen, mit Leistungsanreizen in monetärer oder nicht monetärer Form ausgelobt werden, so daß die Mitarbeitenden sich nach eigenem Gusto und Befähigungen Arbeitsbereiche heraussuchen können, in denen sie sich überdurchschnittlich einzubringen bereit sind, oder der Arbeitgeber definiert Arbeitsbereiche, in denen er überdurchschnittliche Leistungen bestimmter Art wünscht und besetzt diese mit Leistungsanreizen. Auf diese Weise kann das Engagement der Mitarbeitenden im Sinne des Unternehmens in die Breite oder an speziellen Stellen gesteuert werden.

2.7 Generierung des notwendigen Budgets

Aus der Frage, ob für alle Bereiche eines jeden Gesundheitsunternehmens, in diesem Fall speziell Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen betreffend, eine Umsatzsteigerung möglich ist, an der leistungsstarke Mitarbeitende beteiligt werden können, ergibt sich eventuell in der Praxis ein Volumen- und Verteilungsproblem. Es besteht die Möglichkeit, daß zusätzlicher Umsatz erzielt wird, der dann zur Finanzierung von Leistungsentgelten verwendet werden kann (Abb. 3, Zeile 1). Wo aber kein oder wenig zusätzlicher Umsatz erzielt wird, kann dieser auch nicht zusätzlich verteilt werden, weswegen dann über die Art der Allokation nachgedacht werden muß (Abb. 3, Zeile 2). Es besteht darüber hinaus eine dritte Möglichkeit zur Finanzierung von Leistungsentgelten, die sich aus der erbrachten Zusatzleistung ergibt. Dies trifft dann zu, wenn durch Einsparungen, die durch Leistungsanreize verursacht wurden, Effizienzsteigerungen auftreten (Abb. 3, Zeile 3). Jäckel formulierte diese

Alternativen der Mittelallokation zwar für Pay for Performance-Konzepte, sie lassen sich aber ebenso treffend auf quantitative Leistungsentgelte anwenden:

pay for performance – Alternativen der Mittelallokation


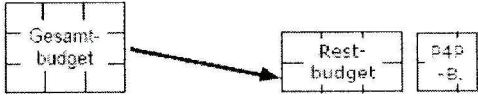
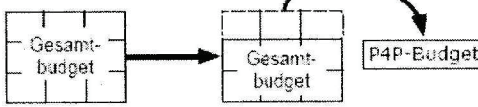
Finanzierungs- alternative	Mittelallokationsprozess aus Sicht der Leistungserbringer	Ausgaben- belastung
neues Geld: Es werden dem System zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt		Steigerung
Umverteilung: Bestehende Gelder werden neu verteilt		Keine Veränderung
Effizienz- steigerung: Einsparungen durch P4P werden qualitäts- orientiert ausgeschüttet		Keine Veränderung

Abb. 3: Alternativen der Mittelallokation nach Jäckel (2009)

Bei der Konzipierung eines Systems zur leistungsabhängigen Entgeltung ist im Hinblick auf die Förderung der Erbringung zusätzlicher Arbeitsleistung gründlich zu prüfen, inwieweit leistungsabhängige Vergütung eine zusätzliche Vergütung sein muss, um Motivation generieren zu können. Zwar können nicht monetäre Leistungsanreize ebenfalls zur Leistungserbringung und -steigerung beitragen, wie Reißig konstatiert: „Unternehmen kombinieren bei ihren P4P-Modellen finanzielle Anreize mit anderen Motivationsfaktoren, wie Personalentwicklungsprogrammen, Partizipationsmöglichkeiten oder aber auch mit Anerkennung durch sogenanntes Public Reporting.“ (s. Reißig 2009, S. 9) Jedoch ist mit Nachdruck festzuhalten, dass die Setzung von monetären Anreizen dadurch nach Auffassung der Verfasserin keinesfalls substituiert werden kann. Menschen arbeiten nicht nur zu Zwecken der Selbstverwirklichung oder gesellschaftlichen Beteiligung, sondern konkret um ihre Existenz abzusichern und auszubauen. In einem globalen Gesellschaftssystem, in dem das Besitzen von Geld Lebensumstände, ist ebendieses Geld einer der stärksten Motivationsfaktoren, den Unternehmen als Instrument für sich einsetzen können. Dieses Instrument ist als Wettbewerbsfaktor um Arbeitskräfte gerade in einer Zeit, in der der

demographische Wandel es zunehmend schwieriger macht, Mitarbeitende für sich zu gewinnen und langfristig zu binden, nicht zu unterschätzen.

Es wird daher nachhaltig die Position vertreten, dass es sich bei leistungsabhängiger Vergütung um zusätzliche Vergütung handeln muss, damit die Setzung von Anreizen und damit die Förderung von Motivation funktionieren kann. Dass diese Ansicht sich in der Praxis bewährt, zeigen Blicke auf die Automobilbranche und den finanzdienstleistenden Bereich, wo das leistungsabhängige Gewähren „frischen Geldes“ in Form der Beteiligung an Umsatz und Gewinn sich als erfolgreiches System etabliert hat. Diese Regelung ist im Interesse sowohl der Arbeitnehmer/innen als auch der Arbeitgeber/innen und folgt dem Prinzip: „Was belohnt wird, wird erledigt!“ (s. Winkelmann 2006, S. 11)

3. Methodische Fundierung

Quantitative Sozialforschung, also eine zahlenmäßig orientierte und standardisierte, leicht auswertbare bzw. meßbare Forschungsweise ist die notwendige Basis für Forschungen, die einen repräsentativen Charakter gewinnen sollen.

Zur Gewinnung eines vorherigen ersten Eindrucks vom Forschungsgegenstand und um diesen grob zu erschließen und so Vermutungen anstellen zu können, an welchen Stellen es von Interesse sein kann, in die Breite zu forschen, ist es u. U. sinnvoll, zunächst qualitativ zu forschen, also in meist kleiner Anzahl nicht-standardisierte, offene Fragen zu stellen, die die Antwortmöglichkeiten von zu zunächst wenigen Teilnehmenden an Erhebungen in keinster Weise einschränken.

Diese einleitende qualitative Forschungsweise bietet sich im Vorfeld quantitativer Sozialforschung an -- und ist im Vorfeld dieser Arbeit durch die Bearbeitung eines ähnlichnamigen Forschungsprojekts geschehen¹³ -- um den

¹³ Fulbrecht, Sybille / Kronenberg, Michaela: Grundlagen, Implementierungsansätze und Entwicklungspotentiale der jüngst im Gesundheitswesen eingeführten leistungsabhängigen Vergütung –

Forschungsgegenstand etwas eingrenzen und sich ihm genauer nähern zu können.

Qualitative Sozialforschung bietet sich im Anschluß an oder parallel zur quantitativen auch als inhaltlich vertiefendes Forschungsvorgehen an.

In der Betriebs- und Volkswirtschaftslehre ist die Sozialforschung das traditionelle Forschungsinstrument. Lange Zeit war ein Methodikstreit in den Geisteswissenschaften, zu denen auch die beiden Wirtschaftslehren nach dem Ursprung ihrer Existenz in den "septem artes liberales" zu zählen sind, vorherrschend. Erst seit dem ausgehenden 20. Jahrhundert läßt sich eine Wiedergeburt der als unwissenschaftlich und oftmals als feuilletonistisch betrachteten qualitativen Sozialforschung beobachten (vgl. Kardorff et al., 1995, S.3). Allmählich erst wird erkannt, daß quantitative und qualitative Forschung keine sich gegenseitig ausschließenden Forschungsansätze sind, sondern "... sich im Streben nach der Ganzheitlichkeit von wissenschaftlichen Erkenntnissen nur ergänzen können, weil letztere ersteren mit einem sinnverstehenden Zugang zum Objekt der sozialen Wirklichkeit ausstatten kann und rein quantitative Forschung häufig inhaltsleer erscheint" (s. Kronenberg, 2002, S. 39).

Zum Zweck der Gewinnung eines ganzheitlichen Bildes von der Haltung der Befragten gegenüber leistungsabhängiger Vergütung ist in der Konsequenz in dieser Arbeit zahlenmäßig mit quantitativem Forschungsanspruch vorgegangen worden, wie an der verhältnismäßig umfangreichen Zahl der Befragten und standardisierter Fragen zu erkennen ist. Gestützt und in der Tiefe ergänzt wurde diese Vorgehensweise durch qualitative Forschungsansätze in Form nicht-standardisierter, offener Fragen, die ebenfalls im Fragebogen enthalten waren.

3.1 Methodik der Erhebungen

Der empirische Teil der Arbeit setzt sich aus verschiedenen Teilen zusammen und erforscht unterschiedliche Blickwinkel des Umgangs mit und der Einstellung zum Thema leistungsabhängiger Vergütung im Gesundheitswesen in Vorpommern am Beispiel des pflegenden Personals. Es wurden sowohl 5 Arbeitgeber als auch 70 Arbeitnehmer aus unterschiedlichsten Einrichtungen befragt. Die Fläche und die Grenzen Vorpommerns, innerhalb derer die Befragungen durchgeführt wurden, sind für die Frage nach dem Verständnis der Repräsentativität von Belang und an der folgenden Abbildung zu erkennen:



Abb. 4: Geographische Darstellung Vorpommerns (Befragungsgebiet)

Die Befragung von 70 Krankenpflegern, Stationsleitungen und anderen Berufszugehörigkeiten der Pflege, von denen 67 in die Wertung einbezogen

werden konnten¹⁴, stellt die umfangreichste Erhebung im Rahmen dieser Arbeit dar. Angesichts mehrerer tausend Arbeitnehmender in diesem Wirtschaftsbereich in Vorpommern kann hier nur bedingt von Repräsentativität ausgegangen werden, obgleich die Befragung eine recht umfangreiche Stichprobe darstellt, die berechtigte Vermutungen zur Haltung der Arbeitnehmenden zum Thema zuläßt. Der zugehörige Fragebogen, im folgenden abgebildet, enthält sowohl einen standardisierten als auch einen offenen Teil und verknüpft somit quantitative mit qualitativer Sozialforschung:

¹⁴ Die verbleibenden drei Fragebögen waren derart rudimentär oder von nicht pflegendem Personal ausgefüllt, daß sie nicht in die Wertung einbezogen werden konnten.

Sehr geehrte Damen und Herren,

diese Umfrage unterstützt meine Master-Arbeit an der Hochschule Neubrandenburg mit dem Thema „Gestaltungsmöglichkeiten leistungsabhängiger Vergütung im Gesundheitswesen“. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Dr. rer. soc. Michaela Kronenberg

1. Wie viele Betten / Pflegeplätze hält Ihre Einrichtung vor? _____
2. Wie viele fest angestellte Mitarbeitende beschäftigt Ihre Einrichtung (Voll- und Teilzeit)? _____
3. Welche Unternehmensbereiche beinhaltet das Unternehmen (z. B. amb. PD und Betreutes Wohnen)? _____

4. Welche Durchführungswege (Arten) von leistungsabhängiger Vergütung wenden Sie in welchen Unternehmensbereichen an? Zutreffendes bitte ankreuzen!!

Durchführungswege – Leistungskriterien	Im Krankenhaus auf Intensivstationen	Im Krankenhaus auf peripheren Stationen	Im Pflegeheim	Im Betreuten Wohnen	Im ambulanten Pflegedienst	In der Tagesbetreuung	In der Verwaltung	Ist nicht in Planung
Acquire neuer Kunden durch Mitarbeitende (MA)								
Gesundheitsprämie bei Nichtkrankheit								
Verbrauch mediz. Materialien								
Zügige Abrechnung (z. B. nach Patiententlassung)								
Personalvermittlungsprovision, wenn MA Personal beschaffen								
Unfallfreies Fahren mit dem Dienstwagen								
Zusätzliche Tätigkeit (z. B. Mentor, Praxisanleitung)								
Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen (Neuerer)								
Zuschläge für Erreichen von Pflegequalität (Zertifizierung)								

Abb. 5: Arbeitgeberfragebogen, Seite 1

5. Nutzt Ihr Unternehmen noch andere als die aufgeführten Wege zur leistungsabhängigen Vergütung von Mitarbeitenden? Wenn ja, welche?

6. Entlohnt Ihr Unternehmen die erbrachte Leistung in Form von Geld oder in Form von Zeit oder beidem? (Bsp.: Mitarbeitende, die unfallfrei mit dem Dienstwagen fahren, könnten nach Jahresablauf mit einer Prämie in Höhe der Ersparnis der Kfz-Versicherung belohnt werden, also in Form von Geld) Bitte kreuzen Sie an und geben Sie ergänzende Kommentare, wenn Sie möchten!

Durchführungswege – Leistungskriterien	Belohnung in Form von Geld	Belohnung in Form von Zeit	(In dieser Spalte können Sie ergänzend kommentieren)
Acquise neuer Kunden durch Mitarbeitende (MA)			
Gesundheitsprämie bei Nichtkrankheit			
Verbrauch medizinischer Materialien (z. B. nach Zielvereinbarung)			
Zügige Abrechnung (z. B. nach Patientenentlassung)			
Personalvermittlungsprovision, wenn MA Personal beschaffen			
Unfallfreies Fahren mit dem Dienstwagen			
Zusätzliche Tätigkeit (z. B. Mentor, Praxisanleitung)			
Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen (Neuerer)			
Zuschläge für das Erreichen besonderer Pflegequalität			

7. Wie werden die finanziellen Mittel für die leistungsbezogene Vergütung beschafft? Bitte kreuzen Sie an!

- Es stehen zusätzliche Mittel zu Verfügung, aus denen die leistungsbezogenen Vergütungsteile finanziert werden.
- Aus der leistungsbezogenen Arbeit entstehen Einsparungen / Zusatzumsätze, die an leistungsstarke MA weiter- bzw. zurückgegeben werden.
- Es stehen keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung, weswegen wir die festen Gehaltsbestandteile um den Teil verringert haben, der nun leistungsabhängig gewährt wird, ähnlich wie es auch TV-L und TVöD vorsehen.

Abb. 6: Arbeitgeberfragebogen, Seite 2

Im ersten Quartal des Jahres 2011 ist der Fragebogen für Arbeitgeber in der Gesundheitswirtschaft an Pflegedienstleiter, Bereichsleiter und Pflegedirektoren mehrerer großer Kliniken in Vorpommern versandt worden bzw. persönlich übergeben worden. Diese Einrichtungen waren die Dünenwaldklinik auf Usedom, das Hanse-Klinikum in Stralsund, das Sana-Krankenhaus auf Rügen, die Universitätsmedizin in Greifswald sowie die Asklepios Kliniken in Ueckermünde und Pasewalk. Letztere Einrichtungen wurden nach Rücksprache mit dem dortigen Pflegedirektor mit nur einem Fragebogen für beide Häuser bedacht. Es wurden also fünf Fragebögen verteilt, die auch vollständig im Rücklauf enthalten sind. Diese hundertprozentige Rücklaufquote wurde aufgrund der persönlichen Kontakte der Verfasserin möglich.

Ebenso wie der Fragebogen für Arbeitnehmende enthält auch der für arbeitgebende Unternehmen sowohl standardisierte als auch offene Fragen. Da diese Befragung die fünf größten und marktführenden Krankenhäuser bzw. Kliniken der Region Vorpommern beinhaltet, die Unternehmen zusammen 4.124 Arbeitnehmende beschäftigen und insgesamt ca. 2.370 Betten vorhalten, ist die Befragung als repräsentativ für die Region Vorpommern zu betrachten.

Sehr geehrte Damen und Herren,

diese Umfrage unterstützt meine Master-Arbeit an der Hochschule Neubrandenburg mit dem Thema „Gestaltungsmöglichkeiten leistungsabhängiger Vergütung im Gesundheitswesen“. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Dr. rer. soc. Michaela Kronenberg

1. Wie viele Jahre sind Sie im ausgelehrt im Beruf? _____
2. Sie sind ___ männlich oder ___ weiblich *(bitte ankreuzen!)*
3. In welcher Art von Einrichtung sind Sie tätig? *(amb. PD? Krankenhaus? Betreutes Wohnen?)* _____
4. In welcher Position sind Sie tätig (GKP, sSL, SL, PDL usw.)? _____
5. Führen Sie Mitarbeiter und, wenn ja, wie viele? _____
6. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gehalt? *Bitte umkreisen Sie die zutreffende Zahl:*
 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = weniger zufrieden, 4 = unzufrieden, 5 = keine Angabe
7. Viele Unternehmen zahlen inzwischen nicht nur feste Gehälter, sondern gewähren darüber hinaus Belohnungen für besonders gute Leistungen. Erhalten Sie ein ___ festes Gehalt ohne derartige Leistungsbelohnungen oder ___ enthält Ihr Einkommen neben einem festen Gehalt auch einzelne, klar definierte Leistungsziele, bei deren Erreichen Sie zusätzlich eine Entlohnung von Ihrem Arbeitgeber erhalten? *(Bitte Zutreffendes ankreuzen!)*
8. Wenn Sie leistungsabhängige Vergütungsbestandteile erhalten, beantworten Sie bitte folgende Frage: Wirken sich diese leistungsabhängigen Vergütungsteile positiv auf Ihre Motivation am Arbeitsplatz aus?
 1 = ja, 2 = ein bisschen, 3 = eher nicht, 4 = gar nicht, 5 = keine Angabe *(bitte zutreffende Zahl umkreisen!)*
9. Wenn Sie bisher keine leistungsabhängigen Vergütungsbestandteile erhalten, beantworten Sie bitte die folgende Frage: Hätten Sie gern die Möglichkeit, für zusätzliche oder besonders gute Leistungen zusätzliche vergütet zu werden?
 1 = ja, 2 = klingt interessant, 3 = brauche ich nicht unbedingt, 4 = nein, gar nicht, 5 = keine Angabe *(bitte zutreffende Zahl umkreisen!)*

Abb. 7: Arbeitnehmerfragebogen, Seite 1

10. In der Tabelle finden Sie links in der ersten Spalte eine beispielhafte Auflistung von Möglichkeiten leistungsabhängiger Vergütung. Bitte kreuzen Sie in der zweiten Spalte an, wenn es die jeweilige Möglichkeit in Ihrem Unternehmen schon gibt und in der dritten, ob ihr Unternehmen dafür Geld bezahlt oder zusätzliche Freizeit gewährt (Sie können auch beides angeben)! In der vierten Spalte kreuzen Sie bitte an, wenn Sie persönlich es gut finden würden, wenn die jeweilige Möglichkeit leistungsabhängiger Vergütung eingeführt werden würde! In der letzten Spalte tragen Sie bitte ein, wie die jeweilige Möglichkeit der zusätzlichen Leistungserbringung Ihrer Meinung nach am besten vom Arbeitgeber belohnt werden sollte (z. B. mit Urlaubstagen, Zahlung einer bestimmten Summe in € oder durch die kostenfreie Gewährung eines Parkplatzes oder durch die kostenvergünstigte Unterbringung eines Kindes oder pflegebedürftigen Familienmitglieds, um nur einige Beispiele zu nennen).

Durchführungswege – Leistungskriterien <i>(was erfüllt werden muß)</i>	Gibt es bei uns schon	Wird in Form von Geld (G) oder (Z) belohnt	Gibt es noch nicht, sollte es aber geben	Folgende Vergütungsform(en) würde ich für die Erfüllung der links genannten Kriterien für angemessen und motivationsfördernd halten <i>(was man für die Erbringung der Leistung bekommen sollte)</i>
Acquire neuer Kunden durch Mitarbeitende (MA)				
Gesundheitsprämie bei Nichtkrankheit				
Verbrauch mediz. Materialien				
Züüge Abrechnung (z. B. nach Patientenentlassung)				
Personalvermittlungsprovision, wenn MA Personal beschaffen				
Unfallfreies Fahren mit dem Dienstwagen				
Zusätzliche Tätigkeit (z. B. Mentor, Praxisanleitung)				
Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen (Neuerer)				
Zuschläge für Erreichen von Pflegequalität (Zertifizierung)				

11. Fallen Ihnen noch andere, in der Tabelle nicht genannte Leistungskriterien für zusätzliche Vergütung bei entsprechender Leistung ein? Wenn ja, welche?

Abb. 8: Arbeitnehmerfragebogen, Seite 2

Außerdem sind mehrere Gruppenarbeiten aus Seminaren, die die Verfasserin zum Thema geleitet hat, protokolliert und deren Ergebnisse abphotographiert worden, so daß auch diese Daten in den empirischen Teil einfließen können, die im übrigen in der reinsten Form qualitativer Sozialforschung gänzlich unstandardisiert erfaßt worden sind (vgl. Kap. 4.2.1.1 und 4.2.1.2). Es handelt sich um eine Gruppenarbeit mit Stationsleitungen des Universitätsklinikums Greifswald vom 16.12.2010 und eine Gruppenarbeit mit Teilnehmern zur Weiterbildung nach § 71, 3 SGB XI (Lt. Pflegefachkraft in der ambulanten und stationären Pflege) am Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe Stralsund vom 25.02.2010.

3.2 Methodik des Instruments leistungsabhängiger Zusatzvergütung

Das Instrument der leistungsabhängigen Zusatzvergütung basiert auf einer Zweiteilung der Vergütung von Mitarbeitenden. Es hat die Motivationssteigerung auf der Arbeitnehmerseite und die Optimierung der wirtschaftlichen Position auf der Arbeitgeberseite zum Ziel. Das Prinzip der Gewährung der Möglichkeit für Arbeitnehmende, durch besondere Arbeitsleistungen zusätzliches Einkommen zu generieren, soll motivationssteigernd und identifikationsstiftend wirken. Diese Möglichkeiten müssen vom Management durch durchdachte Anreize so gesteuert werden, daß sie die Unternehmenssituation optimieren können.

Um diese Ziele zu erreichen, ist das Prinzip "frischen Geldes" anzuwenden, da von Arbeitnehmenden nur dann ein dauerhafter Zuwachs an Motivation und Arbeitsleistung zu erwarten ist, wenn diese gesondert belohnt wird: "was belohnt wird, wird erledigt" (s. Winkelmann, 2006, S. 11).

3.2.1 Leistungskriterien

Die Frage nach geeigneten Leistungskriterien läßt sich, je nach Unternehmensart, Unternehmensbereich, auf deren Mitarbeitende die Kriterien angewandt werden sollen und Zielen, die erreicht werden sollen, auf höchst

verschiedene Weise beantworten. Es können beispielsweise die Gewinnung von Neukunden oder die Vermittlung von Bewerbern Leistungskriterien in einem System leistungsabhängiger Zusatzvergütung sein. Ein ambulanter Pflegedienst könnte z. B. den pfleglichen Umgang mit dem Dienst-kfz zum Leistungskriterium machen. Eine Klinik mit einem ambulanten Pflegedienst als Tochterunternehmen¹⁵ könnte das Entlassungsmanagement in das System leistungsabhängiger Zusatzvergütung einbinden. So vielfältig die unternehmerischen Zielsetzungen sind, so verschieden kann das System auch gestaltet werden. Welche Ansätze zur Bildung von Leistungskriterien bereits existent sind und welche denkbar sind, das wird im folgenden Kapitel an mehreren empirischen Erhebungen konkret deutlich werden.

3.2.2 Geeignete Instrumente zur Leistungsbeurteilung

Wie erwähnt, sollten Instrumente zur Leistungsbeurteilung möglichst klar meßbar und objektiv nachvollziehbar sein, weswegen diese Arbeit die Möglichkeiten quantitativ nachprüfbarer Leistungsziele priorisiert. Folglich stellen auch die Fragebögen, mit denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer befragt worden sind, überwiegend, wenn auch nicht nur auf Quantitäten ab. Folgende Durchführungswege bzw. Leistungskriterien¹⁶ standen unter Frage 4 im Arbeitgeberbogen und unter Frage 10 im Arbeitnehmerbogen exemplarisch zur Auswahl¹⁷ und werden im folgenden mit Ideen für Instrumente zur Leistungsbeurteilung unterlegt, die in Kap. 4 noch ausgeweitet werden:

- Acquire neuer Kunden durch Mitarbeitende: Die Neukundengewinnung durch Arbeitnehmende erfolgt in der Regel über Empfehlungen, die von Mitarbeitenden ausgesprochen werden. Diese lassen sich im Anamnesebogen erfassen, den Patienten bei der Aufnahme ausfüllen.¹⁸

¹⁵ Die Universitätsmedizin Greifswald unterhält den Pflegedienst „PFIV Pflege in Vorpommern“ in Form einer GmbH.

¹⁶ Diese Leistungskriterien wurden den Befragten exemplarisch genannt, wobei das zu erfüllende Maß des Kriteriums offen gelassen wurde.

¹⁷ In beiden Fällen wurde am Ende des Fragebogens um ergänzende Ideen für weitere Leistungskriterien gebeten.

¹⁸ Gängige Praxis ist dies z. B. in einer Zahnarztpraxis in Greifswald, wo für jeden Neukunden, der auf Empfehlung eines Mitarbeitenden in der Praxis erscheint, diesem/r eine pauschale Summe vergütet wird.

- Gesundheitsprämie bei Nichtkrankheit: In einer größeren Stralsunder Pflegeeinrichtung in Stralsund und Greifswald wurde 2007 eine solche Prämie eingeführt, die nach sechs Monaten ohne Krankheitstage mit 50 € monatlich den einzelnen Mitarbeitenden belohnte und sich jährlich um 50 € erhöhte, jedoch bei einem einzigen Krankheitstag wieder für sechs Monate entfiel. In 2010 hat das Unternehmen diese Regelung wieder abgeschafft (vgl. Krüger¹⁹, 2010). Hier sollte die Führungsebene einen realitätsnahen Richtwert festlegen, der dann als Maßstab zur Bemessung herangezogen werden kann.
- Der Verbrauch medizinischer Materialien als Leistungskriterium lässt sich vor allem in Form von Zielvereinbarungen festlegen. Am Beispiel des Verbrauchs in Vorperioden und im Vergleich zur damaligen Anzahl behandelter Patienten und deren Diagnosen lassen sich Durchschnittswerte und Normverbräuche bestimmen, die sich zur Definition von Leistungsbeurteilungen sinnvoll heranziehen lassen.
- Die zügige Abrechnung, vor allem nach Patientenentlassung, lässt sich nach ähnlichen Maßgaben wie beim Verbrauch medizinischer Materialien bestimmen.
- Eine Personalvermittlungsprovision bietet sich besonders dort an, wo Unternehmen seit längerem Vakanzen führen und Mitarbeitende Kontakte zu geeigneten Bewerbern herstellen. Hier könnte die Empfehlung eines geeigneten Kontaktes auf der Basis eines Abgleichs von Anforderungen laut Stellenanzeige oder Stellenbeschreibung belohnt werden und / oder eine Provision vergütet werden, wenn die Empfehlung zur Einstellung führt. Letzteres könnte noch einmal unterteilt werden in eine Zahlung zum Zeitpunkt der Einstellung und eine weitere zum Zeitpunkt des Endes der Probezeit.
- Unfallfreies Fahren mit dem Dienstwagen bietet sich als Leistungskriterium besonders für Arbeitnehmende in ambulanten Pflegediensten an. Fahren die Mitarbeitenden ein Kalenderjahr lang unfallfrei, ermäßigt sich oft die Kfz-Versicherungsprämie. Die Prämien Differenz kann voll oder teilweise an die Mitarbeitenden weitergegeben werden.
- Tätigkeiten, die zusätzlich zum im Arbeitsvertrag geregelten Aufgabengebiet übernommen werden (das kann beispielsweise auf Mentoring oder

¹⁹ Es handelt sich um eine unveröffentlichte empirische Arbeit, die im Literaturverzeichnis dieser Master-Thesis unter „Quellen“ aufgeführt ist.

Praxisanleitung zutreffen), können zusätzlich vergütet werden. Nach welchen Maßgaben und in welcher Höhe ist auf Führungsebene festzulegen. Es bieten sich zur Messung hierfür z. B. die Zufriedenheit der Mentees und Angeleiteten oder die Prüfungsergebnisse von betreuten Schülern an.

- Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen können sinnvollerweise in Relation zum Nutzen der vorgeschlagenen Ideen vergütet werden. Je nachdem, welchen geldlichen Vorteil in Form von Umsatz, Gewinn, Kosteneinsparungen, Personalgewinnungen etc. ein Unternehmen aus einer Idee eines/r Mitarbeitenden ziehen kann, kann diese(r) z. B. prozentual daran beteiligt werden.

- Beim Erreichen von zusätzlicher Pflegequalität handelt es sich zumeist um den Erfolg eines ganzen Teams. Zu bemessen wäre ein solcher Erfolg an vorher gesteckten Zielen, wie etwa der Erlangung einer Zertifizierung.

4. Ergebnisse

Im folgenden werden die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungen im Detail vorgestellt. Sie beinhalten die Umfrageergebnisse auf der Arbeitgeberseite und der Arbeitnehmerseite. Außerdem werden verschiedene Ergebnisse aus Seminaren mit Workshopcharakter zum Thema leistungsabhängige Vergütung dargestellt.

4.1 Repräsentative Erhebung zum Umgang mit leistungsabhängiger Vergütung in Krankenhäusern in Vorpommern

Anfang 2011 sind fünf der größten Kliniken in Vorpommern -- Dünenwaldklinik, Hanse-Klinikum, Sana-Krankenhaus, Universitätsmedizin Greifswald und die Asklepios-Kliniken -- zum Stand der Implementierung leistungsabhängiger Vergütung in ihren Einrichtungen befragt worden.

4.1.1 Ergebnisse

Vier von fünf befragten Arbeitgebern nutzen die Möglichkeiten leistungsabhängiger Vergütung, wobei einer das Instrument bisher auf die Verwaltung beschränkt. Zwei Unternehmen gewähren monetäre Anreize für Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen. Zwei weitere Unternehmen gewähren eine Gesundheitsprämie bei Nichtkrankheit, ein Unternehmen in Form von Geld bei mindestens sechs Monaten ohne Krankmeldung und eines in Form von Zeit ohne nähere Angaben zu den Bedingungen.

Ebenfalls zwei Arbeitgeber gewähren Zuschläge für das Erreichen von Pflegequalität, z. B. in Form von Zertifizierungen. Beide setzen hierfür einen nicht näher beschriebenen monetären Anreiz.

Die Arbeitgeber finden sehr unterschiedliche Ansätze, leistungsabhängige Vergütung zu implementieren. Nur selten finden sich die gleichen Ansätze bei mehreren Befragten.

Die vier befragten Unternehmen, die das Instrument nutzen, nannten insgesamt folgende Leistungskriterien, nach denen sie leistungsabhängig und zusätzlich vergüten, entweder in Form von Geld oder in Form von Zeit:

- Acquire neuer Kunden durch Mitarbeitende
- Gesundheitsprämie bei Nichtkrankheit
- Verbrauch medizinischer Materialien
- Personalvermittlungsprovision -- wenn Mitarbeitende Personal beschaffen
- zusätzliche Tätigkeiten, z. B. Übernahme von Mentor- oder Praxisanleitertätigkeit
- Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen
- Zuschläge für das Erreichen von Pflegequalität, z. B. in Form von Zertifizierungen.

Nach anderen als den im Fragebogen genannten Leistungskriterien wurde zwar gefragt, diese Frage wurde aber wenig aufgegriffen. Ein Unternehmen vermerkte hier "Prämien für die Erreichung von Leistungszielen". Es ist anzunehmen, daß diese entweder vom Arbeitgeber vorgegeben oder in Zielvereinbarungsgesprächen benannt werden.

Alle vier befragten Arbeitgeber, die leistungsabhängige (Zusatz-)Vergütung in ihr Vergütungsmanagement aufgenommen haben, haben auch Auskunft zur Generierung der Mittel gegeben: Zwei Unternehmen finanzieren die leistungsbezogene Zusatzvergütung ausschließlich aus zusätzlichen Mitteln, die ihnen zur Verfügung stehen. Ein weiteres Unternehmen finanziert diesen Aufwand aus einer Kombination aus zusätzlichen Mitteln und solchen Einsparungen, die aus der leistungsbezogenen Arbeit entstehen. Das verbleibende Unternehmen bestreitet die Ausgaben für die leistungsbezogene Zusatzvergütung ausschließlich aus diesen Einsparungen bzw. aus dieser leistungsabhängigen Tätigkeit entstandenen Umsätzen.

4.1.2 Interpretation

Lediglich zwei der genannten Leistungskriterien werden bei keinem der befragten Unternehmen bisher umgesetzt oder sind in Planung. Dabei handelt es sich um die Belohnung von zügiger, zeitnaher Abrechnung, z. B. nach der Entlassung von Patienten und um das unfallfreie Fahren mit dem Dienstwagen. Hier wird angenommen, daß dieses letztere Leistungskriterium sich eher für die Aufnahme in den Leistungskriterienkatalog von ambulanten Pflegediensten eignen würde.

Wie jung das Instrument leistungsabhängiger Vergütung für Pflegepersonal noch ist, zeigt die Verteilung der Leistungskriterien auf die unterschiedlichen befragten Einrichtungen, von denen kaum eine die gleichen Instrumente nutzt wie andere Häuser. Jedes führt eigene Instrumente ein, es sind wenig Übereinstimmungen gegeben. Das weist darauf hin, daß sich noch keine Norm gebildet hat und kein Standard, in dessen Rahmen es z. B. üblich wäre, drei oder vier Standardkriterien für Arbeit definiert zu haben, die in fast allen Häusern gängig sind und es natürlich erlauben, darüber hinaus noch individuelle Leistungskriterien festzulegen. Solche Strukturen finden sich in Branchen, in denen das Instrument der leistungsabhängigen Vergütung traditionell gängig ist.

Unabhängig davon, daß sich noch keine Norm bezüglich der Gestaltung eines Systems leistungsabhängiger Vergütung gebildet hat, hat sich aufgrund der Erhebung jedoch der Eindruck verstärkt, daß die Arbeitgeber bemüht sind, zählbare bzw. quantitative Leistungskriterien zu entwickeln und umzusetzen.

Keines der befragten, arbeitgebenden Unternehmen hat auf die Frage, wie die finanziellen Mittel für die leistungsbezogene Vergütung beschafft werden, die Antwort 3 "Es stehen keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung, weswegen wir die festen Gehaltsbestandteile um den Teil verringert haben, der nun leistungsabhängig gewährt wird, ähnlich wie es auch TV-L und TVöD vorsehen" angekreuzt, so daß definitiv davon ausgegangen werden kann, daß die befragten Unternehmen im Rahmen ihrer Konzepte zur leistungsabhängiger Vergütung zusätzliche Vergütungen leisten.

4.1.3 Zwischenfazit

Wenn die Ansätze zur Umsetzung leistungsabhängiger (Zusatz-)Vergütung bei den befragten Arbeitgebern auch nicht zahlreich vorhanden sind, so sind sie jedoch gegeben. Von fünf befragten Unternehmen nutzen vier die im Gesundheitswesen sehr modernen Möglichkeiten leistungsabhängiger Vergütung in Vorpommern. Mit Ausnahme eines befragten Arbeitgebers haben die Unternehmen diese Vergütungsform in ihr Gesamtvergütungskonzept aufgenommen und zeigen damit die Offenheit für die Systemergänzung und ihre Leistungsfähigkeit als Führungsinstrument.

4.2 Erhebung zur Akzeptanz leistungsabhängiger Vergütung durch Pflegepersonal in Vorpommern

Im ersten Halbjahr 2011 sind 70 Fragebögen für arbeitnehmendes Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern verteilt worden, von denen 67 in die Bewertung einbezogen werden konnten. Die Befragung richtete sich an Arbeitnehmende in Vorpommern, die zu großen Teilen für die

Unternehmen tätig sind, die im Rahmen dieser Thesis als Arbeitgeber befragt worden sind. Da die Erhebungen anonym stattfanden, kann hierzu allerdings keine präzise Aussage getroffen werden.

4.2.1 Ergebnisse

Die Befragten waren überwiegend Frauen mit sehr viel Berufserfahrung:

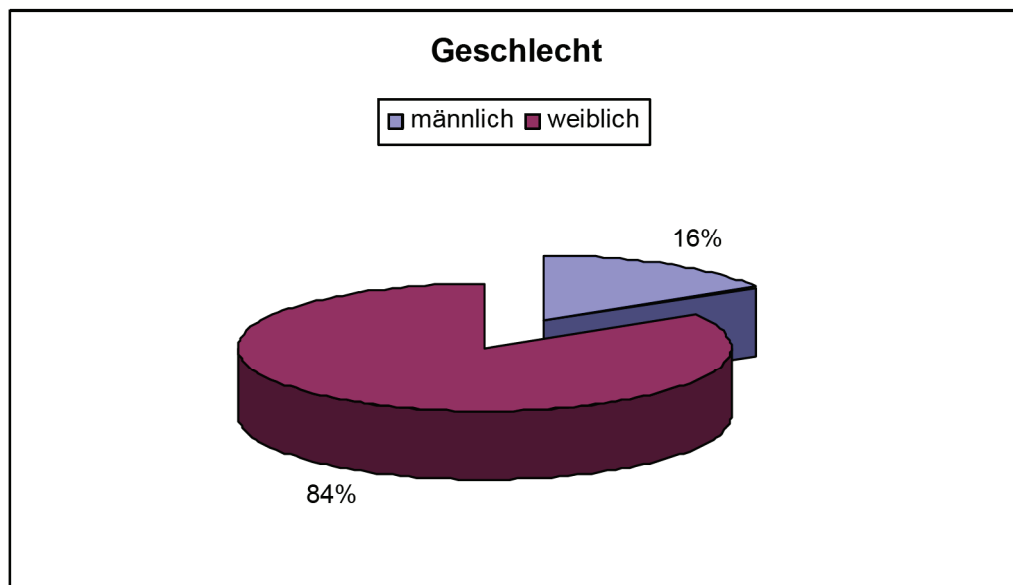


Abb. 9: Geschlechterverteilung in Arbeitnehmerbefragung

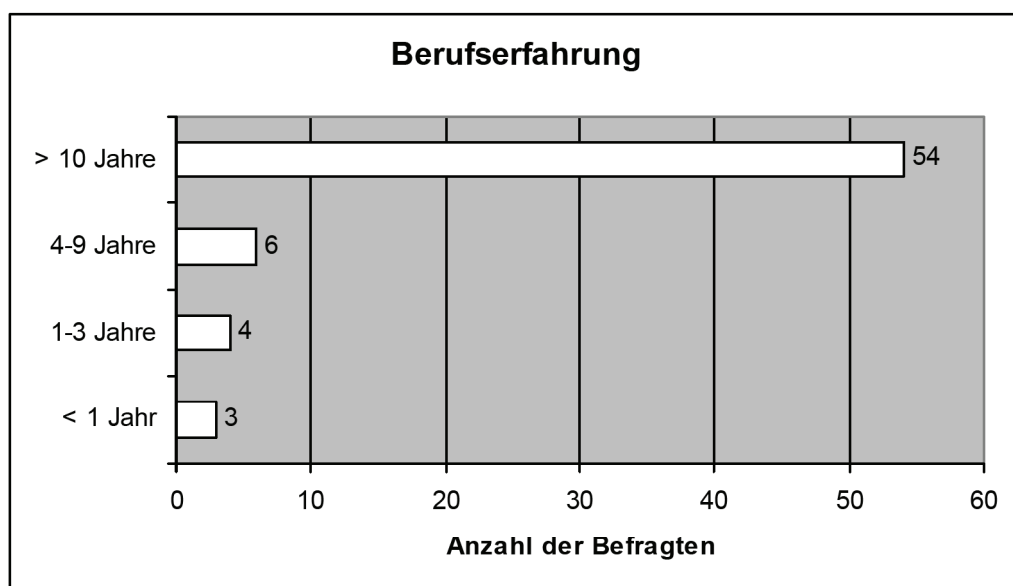


Abb. 10: Berufserfahrung der Befragten in Jahren (AN-Befragung)

55 Befragte sind in Krankenhäusern tätig und 12 arbeiten in Pflegeeinrichtungen, davon sechs in ambulanten Pflegediensten. Verschiedene Berufe sind ebenso vertreten wie eine ausgewogene Verteilung auf hierarchische Positionen, wie aus der folgenden Abbildung hervorgeht:

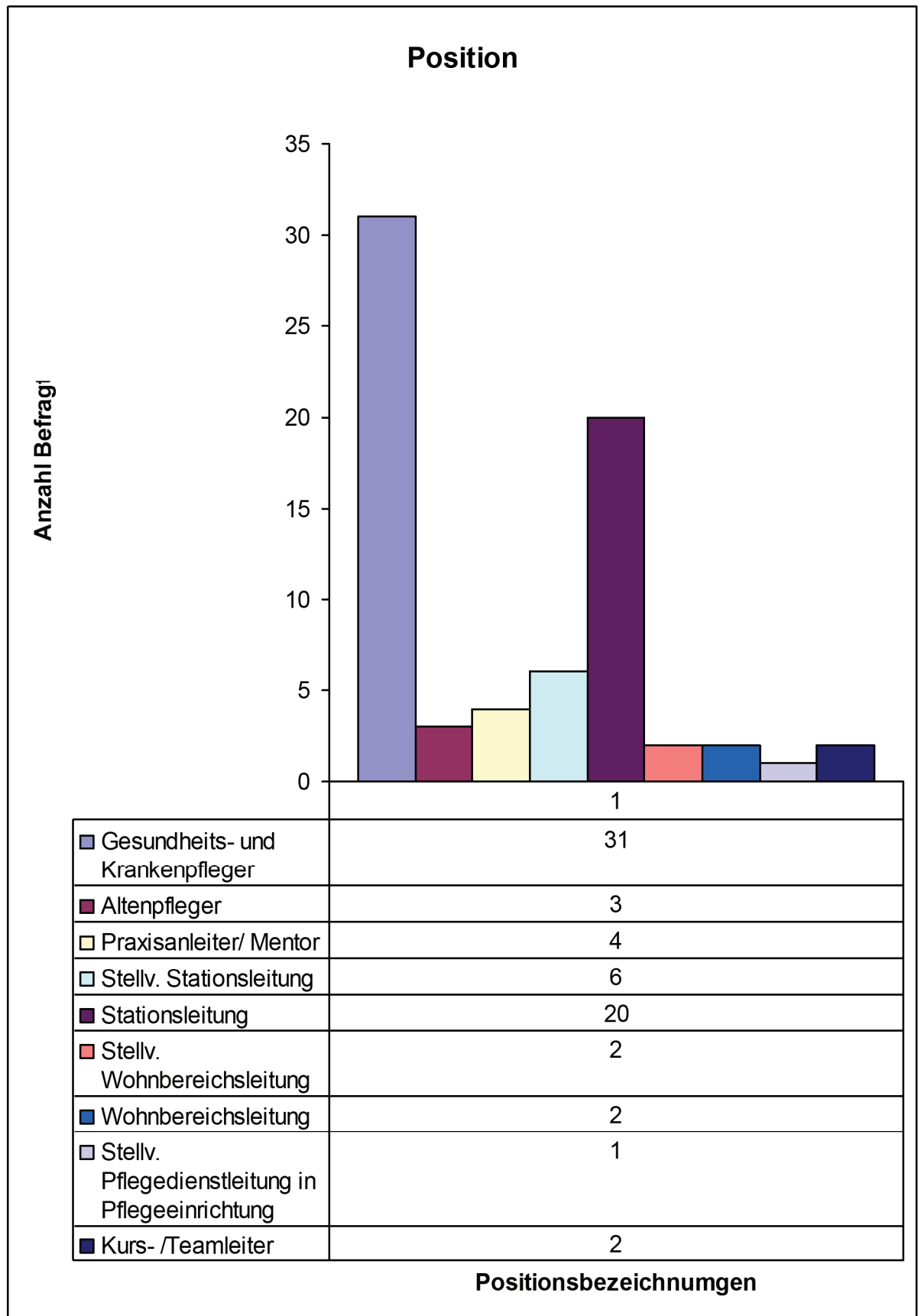


Abb. 11: Positionen der Befragten am Arbeitsplatz (AN-Befragung)

Es wurden sowohl Arbeitnehmende in ausführender als leitender Position befragt. Der Anteil der Führungskräfte an allen Befragten beträgt etwa ein Drittel.

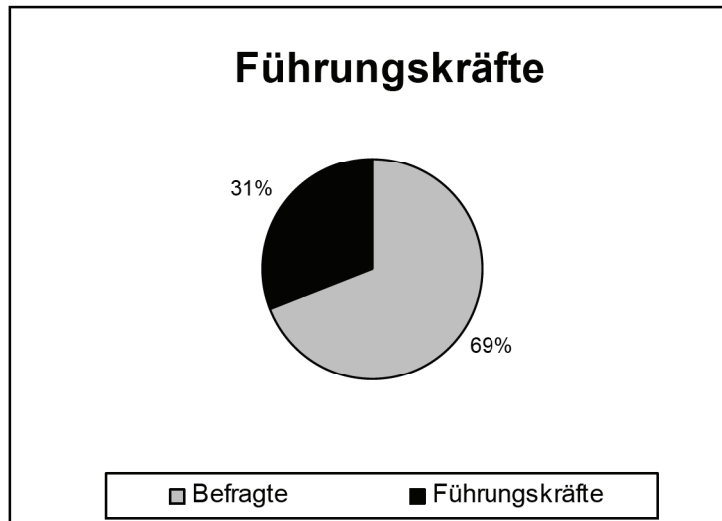


Abb. 12: Verteilung der Befragten nach ausführender und leitender Position (AN-Befragung)

Der überwiegende Teil der Befragten erhält keinerlei leistungsabhängige Vergütungsbestandteile, wobei 56 von 67 Befragten einen Wunsch nach der Möglichkeit der Erarbeitung von Zusatzvergütung angaben.

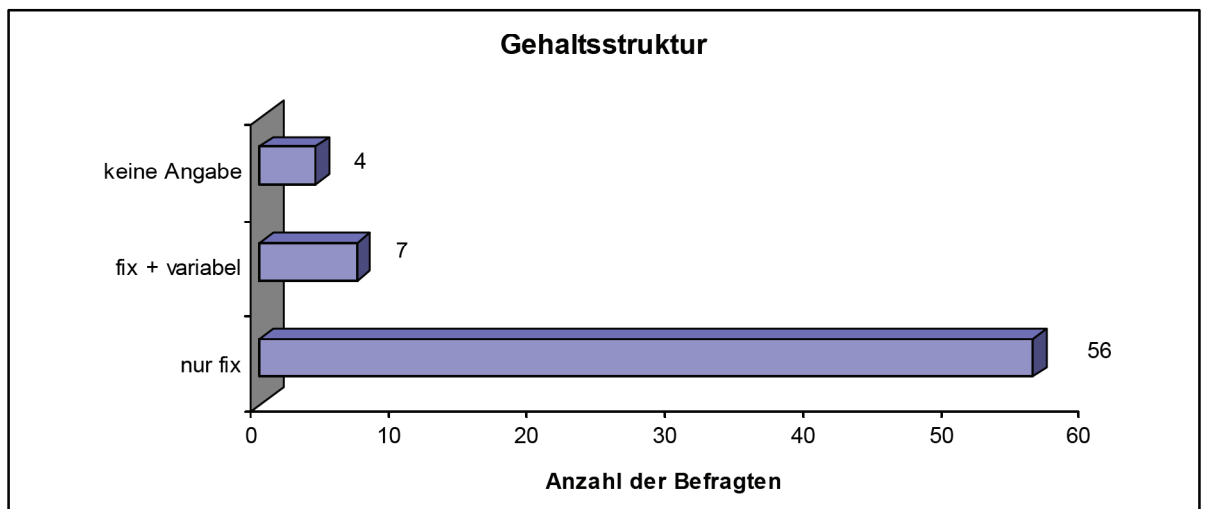


Abb. 13: Gehaltsstruktur (AN-Befragung)

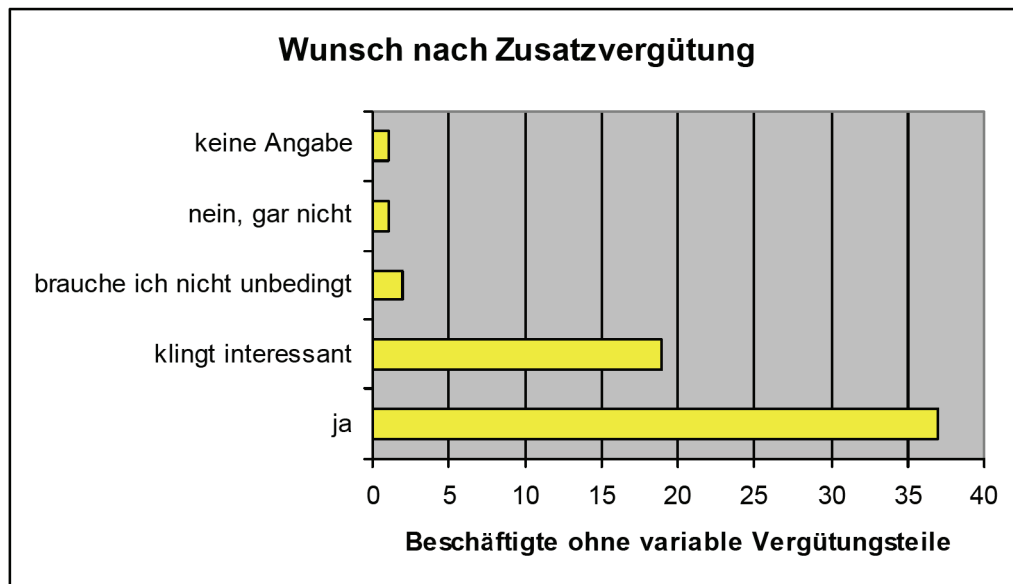


Abb. 14: Wunsch nach Zusatzvergütung (AN-Befragung)

Nur sechs Befragte gaben an, variable Vergütungsteile zu erhalten, jeweils drei an Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Ogleich sich die zugehörige Frage im Fragebogen, ob die Gewährung solcher Bestandteile sich positiv auf ihre Motivation am Arbeitsplatz auswirke, nur an diese Befragten richtete, füllten einige, auf die dies nicht zutrifft, dennoch die Frage aus, und zwar immer dann, wenn sie die Zusatzvergütung als motivationsfördernd betrachteten. Hierbei ergab sich folgendes Bild:

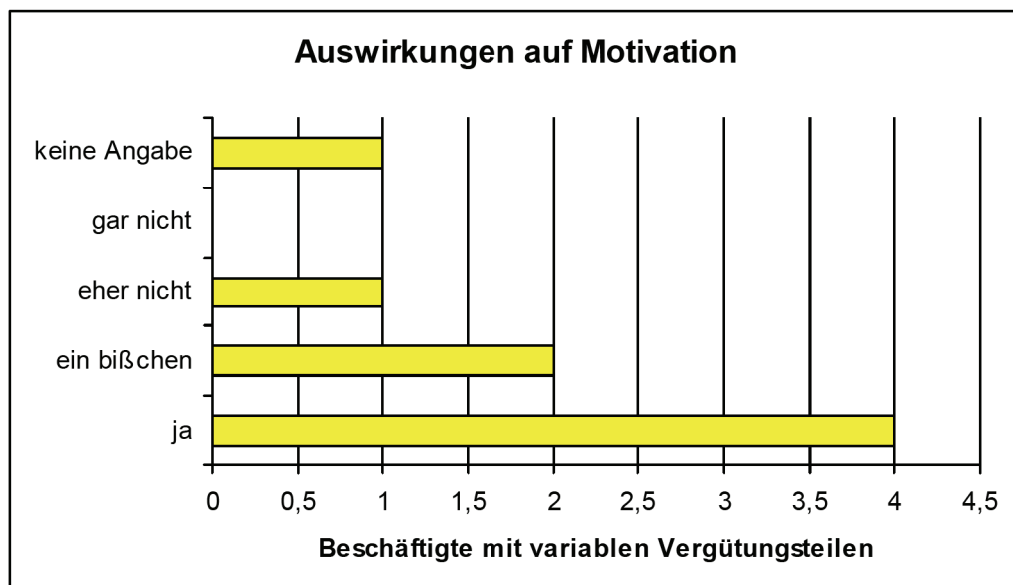


Abb. 15: Auswirkungen leistungsabhängiger Zusatzvergütung auf die Motivation am Arbeitsplatz (AN-Befragung)

Die Wahrnehmungen der Teilnehmenden an der Befragung bezüglich der Zufriedenheit mit ihrem Einkommen sind sehr verschieden. Obgleich männliche Befragte den kleinsten Teil aller Befragten ausmachen, sind sie überdurchschnittlich oft mit ihrem Gehalt weniger unzufrieden oder unzufrieden.

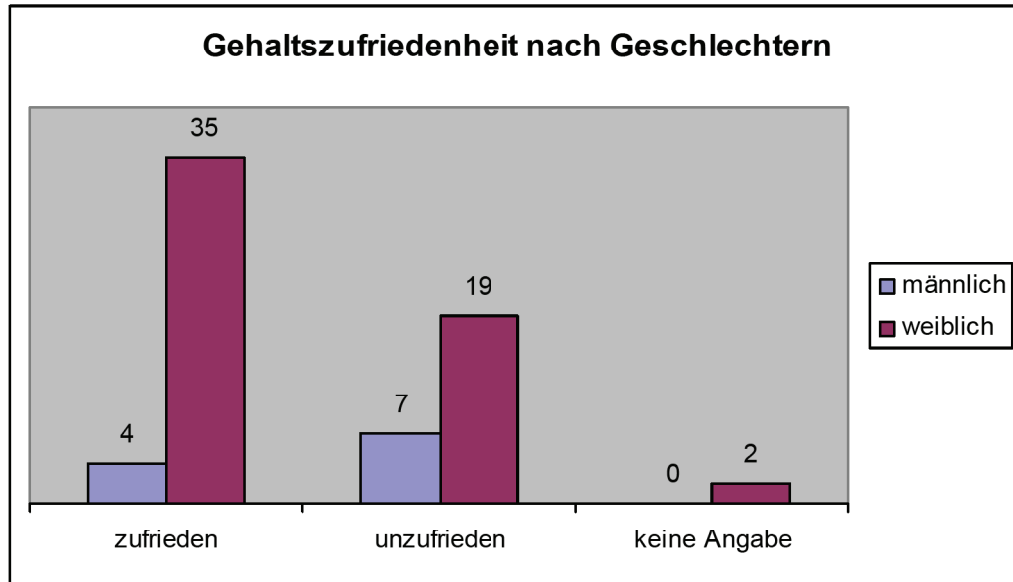


Abb. 16: Gehaltszufriedenheit nach Geschlechtern (AN-Befragung)

Von insgesamt neun männlichen Befragten geben sieben an, mit ihrem Einkommen nicht zufrieden zu sein während nur 19 von 55 befragten weiblichen Arbeitnehmenden weniger oder nicht mit ihrem Gehalt zufrieden sind, wobei eine überdurchschnittliche Unzufriedenheit mit dem Einkommen dort auffällt, wo Führungsverantwortung übernommen wird. Von 25 in einem Krankenhaus tätigen Befragten, die angegeben haben, Mitarbeiter zu führen, sind insgesamt 12 mit ihrem Gehalt nicht oder weniger zufrieden, wobei diese Zahl mit zunehmender Führungsspanne ansteigt: Fünf Arbeitnehmende in Krankenhäusern, die bis zu 15 Mitarbeitende führen, sind unzufrieden, bei einer Führungsspanne von mehr als 15 Mitarbeitenden betrifft dies bereits sieben Befragte.

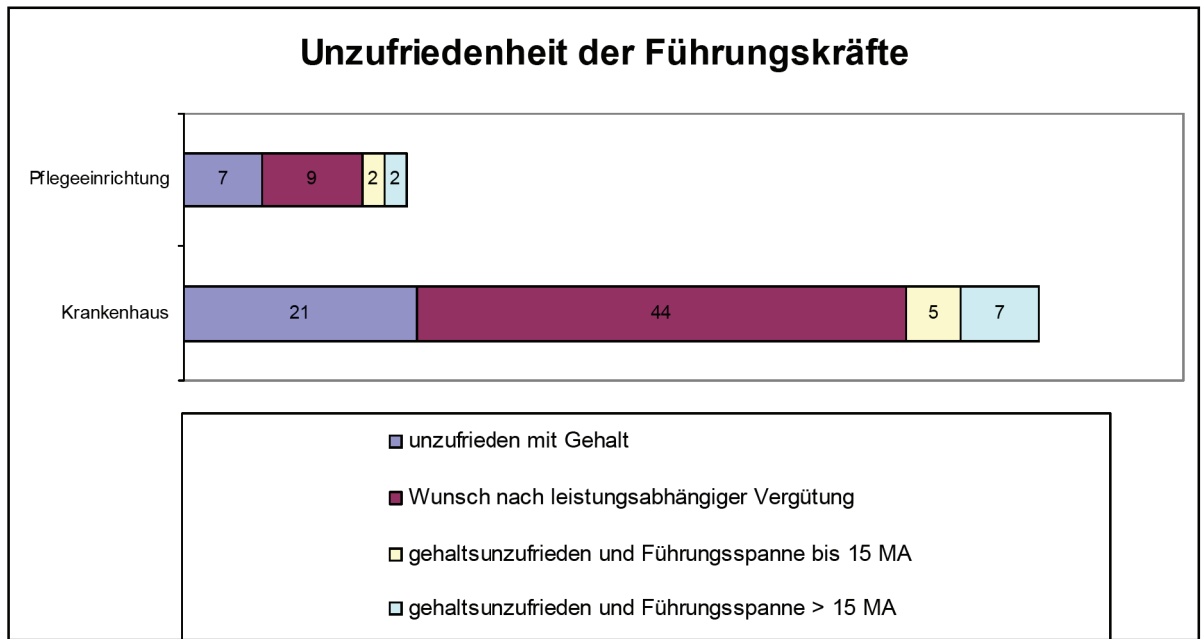


Abb. 17: Gehaltsunzufriedenheit der Führungskräfte (AN-Befragung)

Folgende Vergütungsformen für Zusatzleistungen durch Mitarbeitende halten die befragten Berufstätigen in der Pflege für angemessen und motivationsfördernd (Frage 10):

Leistungskriterien	Vergütungsformen
Acquise neuer Kunden	<ul style="list-style-type: none"> - einmalige Zusatzzahlung, z. B. 50 € - Kopfprämien - Zusätzliche Freizeit bzw. Urlaub
Gesundheitsprämie bei Nichtkrankheit*	<ul style="list-style-type: none"> - kostenlose Teilnahme an betrieblicher Gesundheitsförderung - Dienstfahrräder stellen - Gutschein für Freizeitbad - Gutschein für Massage - 1 – 2 zusätzliche Urlaubstage - 1 Urlaubstag mehr im Folgejahr - Oder 100 € Zusatzzahlung pro Quartal - Oder 50 € monatlich, jährlich steigend - 50 % vom Nettogehalt als Einmalzahlung
Verbrauch medizinischer	<ul style="list-style-type: none"> - prozentualer Anteil an eingesparter Summe

Materialien	<ul style="list-style-type: none"> - Prämie für die betreffende Station (nicht nur für den Chefarzt) - Kostenlose Behandlung im Krankenhaus - Gutscheine für diversen Konsum (Buchhandlung, Douglas, Mediamarkt usw.)
Zügige Abrechnung nach Patientenentlassung*	<ul style="list-style-type: none"> - 10 € pro zusätzlicher Leistungseinheit - Gutscheine in jeglicher Form - Finanzielle Zusatzentlohnung
Provision für durch MA vermitteltes Personal*	<ul style="list-style-type: none"> - Entfristung des eigenen Arbeitsvertrags - Einmalige Zusatzzahlung - 50 € Einmalzahlung bei Vermittlung und weitere 100 € einmalig nach Festeinstellung des Bewerbers - Kostenlose Teilnahme am Uni-Fest - Kopfprämien - Sachprämie - Zusätzliche Freizeit bzw. Urlaub
Unfallfreies Fahren mit dem Dienstwagen	<ul style="list-style-type: none"> - Parkbonus - 100 € jährliche Einmalzahlung - Sachprämie - Dienstwagen zur privaten Nutzung - Tankgutscheine
Zusätzliche Tätigkeit, z. B. Mentor oder Praxisanleiter*	<ul style="list-style-type: none"> - finanzielle Zusatzentlohnung in fester Summe monatlich (vorgeschlagen u. a. = 50 € und 100 € bis hin zu 200 € netto mehr) - z. B. durch Gewährung der Schichtzulage - Aufstieg in höhere Gehaltsgruppe - in Form von Prämien nach Leistung und Umfang - Gewährung zusätzlicher Freizeit (Urlaub) - 2 FZA-Tage pro Jahr - Kostenlose Fortbildungen - Wahlmöglichkeit zwischen

	Zusatzentlohnung in Form von Geld oder Zeit
Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen*	<ul style="list-style-type: none"> - Angebot einer qualifizierten Weiterbildung - Einmalige Zusatzzahlung ab 200 € - Je nach Effektivität für das Unternehmen Gutscheine oder Prämien - 400 € pauschale Einmalzahlung bei erfolgreicher Umsetzung des Vorschlags - Tankgutscheine - Sachprämie
Zuschläge für Erreichen von Pflegequalität (z. B. Zertif.)*	<ul style="list-style-type: none"> - Erhöhung des Jahresbudgets für die entsprechende Abteilung für oder Teamtag - 2 Teamtage im Jahr statt 1 - Betriebsausflug - Flexibilitätszulage, z. B. in Form von Urlaubstagen - Erhöhung des regelmäßigen Bruttoeinkommens bzw. - Bei Erhaltung der Zertifizierung > Gehaltsaufstockung - Gewährung zusätzlicher Freizeit (Urlaub) - Stationsprämie - Qualifizierungsmöglichkeiten schaffen - Beförderung - Kurzreisen oder ähnlich kostenlose Veranstaltungen - Belohnungen für das ganze Team, z. B. kostenloses Obst und Getränke

Tab. 2: Von den Befragten für geeignet gehaltene Vergütungsformen (AN-Befragung)

Die Befragten haben folgende weitere Vorschläge für Leistungskriterien, die sich ihrer Meinung nach für leistungsabhängige Zusatzvergütung eignen (Frage 11), geäußert:

- erfolgreiche Ausbildung von Azubis, wobei sich die Qualität der Ausbildung beispielsweise an den Zeugnissen der Prüfungsschüler bemessen ließe,
- Steigerung der Kundenzufriedenheit, überprüfbar durch die Durchführung eines Patientenfeedbacks,
- Mitarbeit in Arbeitsgruppen, die zur Erhöhung der Qualität dienen (z. B. bei Standards, Wundschulungen, Reanimationsgruppen),
- Teilnahme an Weiterbildungen, insbesondere dann, wenn dort Zertifikate erworben werden, die für die individuelle Tätigkeit wichtig sind,
- Verantwortlichkeit für medizinische Geräte sollte bei guter Wartung und gelungener Einweisung anderer in die Handhabung in den Katalog von Leistungskriterien aufgenommen werden,
- die Außendarstellung des Unternehmens und Erhöhung des Bekanntheitsgrades wollen die Mitarbeitenden gern belohnt sehen und
- eine Gesundheitsprämie für Nichtraucher, die sich orientiert am Einkommen pro Stunde, ist ebenfalls gewünscht.

Die Arbeitnehmenden wünschen sich Vergütungen für erbrachte Zusatzleistungen, z. B. in Form von (noch Frage 11):

- Kleinen Reisegutscheinen, z. B. Wellness-Wochenende,
- Massagen,
- kostenfreie Nutzung von Schwimmbädern und
- Saunen,
- Kostenfreie Parkplätze am Arbeitsplatz,
- Ausstattung mit Arbeitsmaterialien, z. B. Bekleidung, Pulsuhr, Klemmen usw.,
- sonstige monetäre Vergütungen,
- die Ost-West-Anpassung der Gehälter sowie
- nichtmonetäre Vergütungen in Form von Lob bzw. Herausstellen vor anderen

4.2.1.1 Gruppenarbeit mit Stationsleitungen der Universitätsmedizin Greifswald

Im Rahmen eines Seminars mit Führungskräften der untereren Ebene, gegeben von der Autorin am Universitätsklinikum Greifswald am 16. Dezember 2010, haben die 13 Teilnehmenden im Rahmen einer Gruppenübung "Wege leistungsabhängiger Vergütung" Leistungskriterien für leistungsorientierte Zusatzvergütung benannt, die sich für zur Anwendung möglich, sinnvoll und geeignet halten²⁰. Hier wurden vier Kategorien benannt, nämlich Leitungstätigkeit, zusätzliche Verantwortung, Zusatzqualifikationen und Sonstiges:

Leitungstätigkeit	zusätzliche Verantwortung	Zusatzqualifikationen	Sonstiges
Strukturanforderungen, z. B. Optimierung der Arbeitsabläufe	z. B. Apotheke, Lager, Geräte	Mitarbeiterschulungen leiten, z. B. Gerätetechnik	Verbesserungsvorschläge für das innerbetriebliche Vorschlagswesen
Budgeteinhaltung	Zusatzaufgaben in Hygiene-, Wund- und Schmerzmanagement	Tätigkeit als Praxisanleiter	Gesundheitsbonus
Führungsspannen		Tätigkeit als Mentor	Flexibilitätsbonus für spontane Einsatzbereitschaft
Projektleitungen			Nichtraucherbonus
Stellvertretertätigkeit			

Tab. 3: In Gruppenarbeit von Stationsleitungen erarbeitete Vorschläge zu Leistungskriterien für leistungsabhängige Zusatzvergütung

Mit dem Schlagwort "Führungsspannen" meinten die Teilnehmenden die leistungsorientierte Differenzierung nach der Anzahl der zu betreuenden bzw.

²⁰ Anwesenheitsliste zum Seminar siehe Anhang

anzuleitenden Mitarbeitenden. Mit dem Gesundheitsbonus zielten sie auf eine Belohnung ab, die gewährt werden soll, wenn Arbeitnehmende sich unterdurchschnittlich oft krank melden und sahen hier aber die Festlegung eines Richtwertes vor, die diese Vorstellung von der zuvor erwähnten Gesundheitsprämie, wie sie in einer größeren Pflegeeinrichtung in Stralsund implementiert worden war, abgrenzt, da diese die Prämie lediglich dann gewährte, wenn die Arbeitnehmenden sich gar nicht krank gemeldet hatten. Die Mitarbeitenden legten besonderen Wert auf die Einbeziehung anderer Berufsgruppen in das System leistungsorientierter Zusatzvergütung und nannten hier die Pflegehelfer und die Verwaltung:



Abb. 18: Gruppenarbeit der Stationsleitungen im Seminar zu leistungsabhängiger Vergütung an der Metaplatztafel

4.2.1.2 Gruppenarbeit mit Teilnehmern zur Weiterbildung nach § 71, 3 SGB XI (Lt. Pflegefachkraft in der ambulanten und stationären Pflege) am Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe Stralsund

Ein ebensolches Seminar zum Thema leistungsabhängiger Vergütung erfolgte 25.02.2010 im Rahmen der Fortbildung zur Leitenden Pflegefachkraft in der ambulanten und stationären Pflege mit 18 Teilnehmenden am o. g. Institut²¹. Diese sind bzw. waren teilweise in Krankenhäusern und z. T. in Pflegeeinrichtungen stationärer und ambulanter Natur tätig und haben folgende Vorschläge für Leistungskriterien erbracht:

- Patienten- und Bewohneracquire, also die Beschaffung von Neukunden, sollte belohnt werden.
- Mitarbeitende, die sich nicht krank melden, sollen auch hier eine nicht näher definierte Gesundheitsprämie erhalten.
- Die Belegschaft soll in Form einer Gewinnbeteiligung für gute Jahresabschlüsse erhalten.
- Erneuerungsvorschläge im betrieblichen Vorschlagswesen sollen auch hier gesondert vergütet werden.
- Nach Personalentwicklungsmaßnahmen sollen Gehaltserhöhungen folgen.
- Zuschläge für Sonntags- und Nachtschichten sollen eingeführt, wo sie noch nicht existent sind.
- Das unfallfreie Fahren mit dem Dienstwagen soll ebenfalls belohnt werden, idealerweise durch die kostenfreie private Nutzung des Dienst-Kfz.

4.2.2 Interpretation

Im Fragebogen für Arbeitnehmende war die Option "gibt es bei uns schon" für alle erfragten Leistungskriterien anzukreuzen. Obgleich die Unternehmen angaben, Möglichkeiten leistungsabhängiger Zusatzvergütung anzubieten, spiegelt sich das wenig in den Ergebnissen des Arbeitnehmer-Fragebogens.

²¹ Die Ergebnisse der Gruppenarbeit sind in diesem Falle nicht von einer Metaplantafel abphotographiert, sondern protokolliert worden. Das Protokoll findet sich im Anhand dieser Arbeit.

Beispielsweise haben lediglich sieben der Befragten das Feld "Gibt es bei uns schon" in bezug auf Ideeneinbringung für das betriebliche Vorschlagswesen angekreuzt, obwohl zwei große Krankenhäuser dieses Leistungskriterium anbieten. Ähnlich verhält es sich mit den Zuschlägen für das Erreichen von Pflegequalität. Es entsteht die Vermutung, daß nicht alle Arbeitnehmenden über die Möglichkeiten, die ihnen geboten werden, sich zusätzliche Vergütung zu erarbeiten, ausreichend informiert sind.

Weiterhin ist die große Anzahl derer, die mit ihrem Einkommen weniger oder nicht zufrieden sind, insbesondere im Verhältnis zu der geringen Anzahl von denen auffällig, die angeben, variable Gehaltsbestandteile zu haben, besonders angesichts der sehr hohen Zahl solcher Befragten, die sich die Möglichkeit zusätzlicher Vergütung wünschen. Vor dem Hintergrund der vielfältigen und differenzierten Vorstellungen der Arbeitnehmenden zur inhaltlichen Ausgestaltung eines leistungsabhängigen Vergütungssystems erscheint es sinnvoll, die Arbeitnehmenden unternehmerseitig in die Gestaltung solcher System einzubeziehen, was außerdem auch eine größere Identifikation damit befördern würde.

Die Teilnehmenden an den Gruppenarbeiten aus den Bereichen Pflege -- hierunter auch einige Gesundheits- und Krankenpflegende, die zum Zeitpunkt noch keine Führungsposition inne hatten -- und Krankenhaus stehen leistungsabhängigen Vergütungskomponenten, ähnlich wie die befragten Arbeitnehmenden oben, nicht nur aufgeschlossen gegenüber und setzen sich mit dem Thema gern und intensiv auseinander, sondern haben die Möglichkeiten stellenweise bereits recht gründlich durchdacht. Die Teilnehmenden haben viele Leistungskriterien genannt und auch erste Vorstellungen dazu, wie diese Leistungserbringung entgolten werden kann, wobei hier monetäre Ansätze den Großteil der Ideen ausmachen und die zuvor in dieser Arbeit vertretene Auffassung, Leistungsentgeltung müsse ein zusätzliches Einkommen darstellen, bestätigen.

4.2.3 Zwischenfazit

Im Dezember 2005 war die Verfasserin erstmals mit der Durchführung eines Seminars zu leistungsabhängiger Vergütung beauftragt worden. Dieses Seminar am Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe in Stralsund konnte nicht protokolliert werden, weil es nicht durchgeführt werden konnte, da die Teilnehmenden die Machbarkeit und moralische Vertretbarkeit der Einführung von leistungsabhängiger Vergütung strikt bestritten. Die übereinstimmende Auffassung, Gesundheit sei mit Geld nicht zu bezahlen und ohnehin nicht damit zu messen, konnte erst später mit dem Argument etwas gelockert werden, daß die damals hochaktuelle und jüngste Fassung des TVöD erstmals die Möglichkeit leistungsabhängiger Vergütungskomponenten für den öffentlichen Dienst aufgenommen hatte (vgl. Kap. 2.5).

Die oben ausgeführten Ergebnisse der Gruppenarbeiten aus dem Jahr 2010 machen sehr deutlich, wie erheblich sich die Einstellung der Befragten innerhalb dieser fünf Jahre, in denen auch der TVöD und der TV-L Leistungsentgelte eingeführt haben, gewandelt hat. Der Resonanzboden, auf dem leistungsabhängige Zusatzvergütung gedeihen kann, ist arbeitnehmerseitig inzwischen offenbar entstanden, insoweit diese nicht repräsentative Befragung denn zumindest als richtungsweisende Stichprobe begriffen wird.

Die Auswertungen der Gruppenarbeiten aus dem Jahr 2010 bestätigen die aus der Arbeitnehmenden-Befragung aus 2011 gewonnenen Eindrücke. Insbesondere die Offenheit für leistungsabhängige Vergütung spricht auch hier sehr stark für die Einbeziehung der Mitarbeitenden in die Erstellung entsprechender Systeme.

5. Kritische Diskussion

Die leistungsabhängige Zusatzvergütung ist ein Instrument von strategischer Bedeutung, das in die Vergütungsstrukturen zum Zwecke der Richtungsweisung integriert wird. Es stellt für das Management primär einen Stellhebel zur Ausrichtung zur Ausrichtung des Personalmanagements und sekundär einen

für die Steigerung der Neukundengewinnung und Kundenzufriedenheit dar. Angesichts des weiter steigenden Personalmangels und einer stärker zielorientierten Unternehmensausrichtung im allgemeinen wird dieses Instrument an Bedeutung gewinnen.

Emmert stellt fest "vorbeugen ist schließlich besser als heilen. Nichtsdestotrotz wird im medizinischen Alltag überwiegend das Heilen betrieben, möglicherweise deshalb, da es für Ärzte lukrativer ist, kurativ als präventiv tätig zu sein." (S. 88). Da die Arbeit in den heilenden Berufen ohne ausreichend geeignetes und motiviertes Personal nicht denkbar ist, muß dieser Gedanke der Lukrativität, wenn auch in kleinerem Rahmen, auf das Pflegepersonal übertragen werden.

Die Konzentration auf diese Berufsgruppe hat sich als zielführend erwiesen, da hier der Bedarf an leistungsabhängiger Vergütung und die Offenheit seitens der Arbeitnehmenden dafür bestätigt werden konnte. obgleich diese Berufsgruppe der Pflegenden den personell größten Anteil an der Versorgungsleistung hat und aufgrund des steigenden Fachkräftemangels als Berufsgruppe nachhaltig an Bedeutung gewinnen wird, wird sie in der wissenschaftlichen Diskussion tatsächlich bisher vernachlässigt, was der Mangel an einschlägigen wissenschaftlichen Publikationen zur leistungsabhängigen Vergütung von Pflegepersonal deutlich macht. Diese Lücke ist mit der vorliegenden Arbeit geschlossen worden.

Den zuvor genannten Belohnungsformen für erfüllte Leistungskriterien für zusätzliche Vergütung können noch zinsgünstige Darlehen für Mitarbeitende, die Übernahme von Handykosten, Zuschüsse zur Kranken(zusatz)versicherung sowie Fahrgeldzuschüsse hinzugefügt werden. Manche Belohnungsformen, wie z. B. Fahrgeldzuschüsse und Arbeitgeberanteile zur betrieblichen Altersvorsorge der Mitarbeitenden sind für Arbeitgeber besonders attraktiv, weil sie bis zu einem gewissen Maße sozialversicherungsabgabenfrei sind.

5.1 Risiken

Drei erfolgsrelevante Risiken können hier identifiziert werden:

Zunächst ist es zwingend erforderlich, daß leistungsabhängige Vergütung eine zusätzliche Vergütung ist, insofern es sich um die monetäre Seite von Leistungsbelohnungen handelt, denn andernfalls entfällt die Motivation und der Anreiz verpufft. Daher ist die Regelung zur leistungsabhängigen Vergütung, wie sie im TVöD für den öffentlichen Dienst getroffen wurde, nicht als zielführend zu betrachten und widerspricht dem Grundsatz: "Was belohnt wird, wird erledigt" (s. Winkelmann, S 11).

Zweitens ist es notwendig, das richtige Maß an Leistungserwartung zu definieren. Ist das Maß zu hoch -- wie bei der zuvor erwähnten, von der Stralsunder Pflegeeinrichtung implementierten und bereits wieder abgeschafften Gesundheitsprämie, die nur demjenigen gewährt wird, der gar nicht krank ist -- wird das Instrument auf die Dauer nicht angenommen und auch nicht zielführend sein. Empfehlenswert wäre eine Festlegung einer Höchstanzahl von Krankheitstagen pro Jahr, die sich z. B. am bundesdeutschen Durchschnitt orientierten könnte und folglich auch erreichbar wäre. Ähnlich den kurzfristig positiv wirkenden Ansätzen, die langfristig negative Auswirkungen auf Patientenseite zur Folge haben können (vgl. Kap. 1), wie z. B. bei unentdeckten Erkrankungen aufgrund der Nichtinanspruchnahme von Untersuchungen zur Einsparung von Quartalsgebühren, können nicht in Anspruch genommene Krankheitstage zu Produktivitätsverlusten bei den Arbeitnehmenden führen, die sich durch die zur Arbeit getragene Ansteckungsgefahr u. U. noch potenziert.

Ist das erwartete Leistungsmaß allerdings zu niedrig angesetzt, wird es dem Unternehmen keinen Vorteil bringen, wohl aber zusätzliche Kosten verursachen. So geschehen bei einer gemeinnützigen Einrichtung in Stralsund, die Sozialstationen, Pflege- und Fahrdienste sowie mehrere Kindertagesstätten betreibt und zehn Leistungskriterien aufstellte und 2005 einführte, zu denen Selbstverständlichkeiten wie Pünktlichkeit oder Einhaltung der Kleiderordnung gehörten, deren Mißachtung ohnehin arbeitsrechtliche Konsequenzen erfordern

würde. Die Leistungskriterien waren ungeeignet und die Einrichtung hat sie 2010 wieder abgeschafft²².

Drittens also muß die Meßbarkeit der Leistungskriterien in möglichst objektivem Maße gegeben sein, wofür im Vorfeld die Kriterien präzise definiert werden und geeignete Bewertungsmethoden bestimmt werden müssen, die allerdings von Unternehmen zu Unternehmen möglichst individuell erarbeitet werden sollten, sinnvollerweise unter Zuhilfenahme beratender Angebote.

5.2 Chancen

Auch für die Berufsgruppe der Pflegenden besteht die Möglichkeit des Einfließens von Public Reporting bzw. der Dienstleistungsqualitätsbewertung in leistungsabhängige Zusatzvergütung. Ähnlich wie bei dem Internetportal "medikompass.de" Ärzte bewertet werden, können inzwischen auch pflegerische Handlungen von den Kunden bzw. Angehörigen beurteilt werden, z. B. auf www.pflege-ampel.de. Es steht zu erwarten, daß solche Angebote sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten ausweiten werden. Folglich können auch Überlegungen, wie solche Bewertungen in die leistungsabhängige Vergütung von Pflegepersonal einfließen könnten, angestellt werden.

In der Wissenschaft existiert mit dem P4P-Konzept ein Primat der Qualität zu Lasten der Quantität und der Machbarkeit. Die anfänglich geäußerte Vermutung, daß dies in der Praxis exakt andersherum auftreten wird, zumindest soweit die Pflege betroffen ist, scheint sich durch die Ergebnisse der Befragungen zu bestätigen. Zwar haben einige der aufgeführten Leistungskriterien durchaus auch qualitativen Charakter -- z. B. die Ideen für das betriebliche Vorschlagswesen, die zusätzlichen Tätigkeiten als Menotr oder Praxisanleiter oder die Zuschläge für das Erreichen von Pflegequalität -- sie sind jedoch immer auch quantitativ meßbar. Diese Meßbarkeit ist im pflegenden

²² Die Geschäftsführerin der Einrichtung hat der Verfasserin die Mitarbeiterbewertungsbogen für das dort gescheiterte System leistungsabhängiger Vergütung zur Verfügung gestellt, die im Anhang aufgeführt sind.

Bereich technisch leichter umzusetzen als im ärztlichen. Zur Sicherung einer größtmöglichen Objektivität, die dann auch das Empfinden von Lohngerechtigkeit fördert, bietet sich eine 360°-Bewertung des Personals nach hierarchischen und nicht hierarchischen Beurteilungsprinzipien an. Gerade aufgrund der leichteren Meßbarkeit empfiehlt sich das Instrument der leistungsabhängigen Vergütung für die Aufnahme in das Vergütungsmanagement für das Pflegepersonal.

Die Erhebungen unter Arbeitgebern und Arbeitnehmern haben gezeigt, daß diese konsensfähige Vorstellungen von der Umsetzung der Thematik haben, was das Potential des Instruments in bezug auf seine Umsetzungsfähigkeit in der Praxis nachhaltig unterstreicht. Da die Erfolgsaussichten eines neu zu implementierenden Instruments -- insbesondere im Personalmanagement -- in höchstem Maße von dessen Akzeptanz abhängen, wird hier eine Orientierung am Menschen bzw. allen beteiligten Gruppen in Form einer 360°-Einbeziehung im Sinne eines ganzheitlichen Stakeholdermodells zur Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems dem Qualitätsmodell von Donabedian, das im Rahmen des P4P-Konzepts herangezogen wird, vorgezogen (vgl. Kap. 1).

Auch Dilcher / Emminghaus halten es für zwingend notwendig, "Veränderungsvorhaben"...von vornherein in ihrem jeweiligen Kontext und Geflecht von Vernetzungen zu betrachten" und halten einen ganzheitlichen Ansatz unter Einbeziehung aller beteiligten Gruppen für erfolgversprechend (2010, Vorwort).

Wie in Kap. 2.1.2 erwähnt lassen sich quantitative Ansätze an vielen Stellen durchaus mit qualitativen Zielen verbinden, beispielsweise bei der Honorierung von umgesetzten Optimierungsvorschlägen von Mitarbeitenden im betrieblichen Vorschlagswesen und bei Zuschlägen für das Erreichen von zusätzlicher Pflegequalität sowie bei der leistungsabhängigen Anerkennung der Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten wie Mentoring oder Praxisanleitung im Pflegebereich. Das hier dargestellte System eines leistungsorientierten Vergütungssystems geht über den Pay-for-Performance-Ansatz insofern hinaus, als daß es sowohl qualitative als auch quantitative Leistungsaspekte einbezieht und sich nicht nur auf angestellte oder niedergelassene Mediziner konzentriert, sondern darüber hinaus gezielt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, das

Pflegepersonal. Insofern wird der Ansatz des leistungsorientierten Vergütungssystem in Kliniken und Pflegeeinrichtungen als umfassender und ganzheitlicher betrachtet.

Hierdurch bietet sich ein sehr großes Potential zur Personalgewinnung und -bindung im Sinne eines Wettbewerbsvorteils und zur Personalsteuerung im Hinblick auf die Erzielung eines Mehrwerts bei Umsatz und Gewinn.

Eine höchst zukunftssträchtige Umsetzungsform im Sinne einer Universal-Plattform zur pilotprojektartigen Anwendung leistungsabhängiger Zusatzvergütung ist die Organisationsform des Pools in der Normal- oder Intensivpflege, wie er derzeit beispielsweise von der Universitätsmedizin in Greifswald seit 2010 betrieben wird²³. Der Pool wird dort zur flexiblen Abdeckung kurzfristiger Personalengpässe genutzt und könnte aber im Hinblick auf die Bindung zusätzlichen Personals, wie z. B. in den Ruhestand gehende oder in Elternzeit befindliche Mitarbeitende, wirksam werden und so Personal binden und KnowHow erhalten. An dieser Stelle würde sich die Einbeziehung leistungsabhängiger Vergütung als Instrument des Vergütungsmanagements eines Pools in besonderem Maße anbieten. von hier aus könnten Unternehmen beobachten, inwieweit sich das Instrument erfolgreich zeigt und inwiefern es sich auf andere Stationen oder gar das ganze Unternehmen übertragen ließe.

"Das System der Gesundheitsversorgung ist in seiner gegenwärtigen Verfassung nicht zukunftsfähig" wurde im einleitenden Kapitel dieser Arbeit die PWC-Studie (2010, S. 10) zitiert. In Bezug auf den steigenden Fachkräftemangel wird diese Ansicht geteilt und im Instrument leistungsabhängiger Vergütung ein wirksamer Ansatz zur strategischen Veränderung der "gegenwärtigen Verfassung" gesehen, das die Personalgewinnung, -bindung und -motivation nachhaltig optimieren kann.

²³ Auch andere Kliniken denken über die Implementierung dieser Organisationsform nach. Das betrifft z. B. Kliniken in Sachsen-Anhalt und in MV, die hier aus Gründen der Anonymität nicht namentlich genannt werden.

6. Abstract

Performance-related payment as explored and reviewed in this thesis goes beyond the term of pay-for performance as established in the US-discussion on the topic of compensation management in health care. It does not only cover quality aspects of the work performance but includes given quantities as measurement units which are easier to measure and therefore more suitable for the daily routine at work.

Performance-related payment began to find its way into health care management during the first decade of the new millennium. A static situation has been given a dynamic movement by implementing this instrument which is new to the health care industry, at least as far as hospitals and nursing services in Germany are concerned.

The instrument of performance-related payments meets the growing shortage of skilled workers in the health care branch, caused by the demographic change. Although it has already become common to include health professionals into systems of performance-related systems, the nursing professionals were mostly neglected even after 2005, when the pay scale of the civil service was opened to performance-related payments which also gave a signal to private companies of the branch to include this idea to their philosophy and even go beyond it.

In this thesis the nursing professionals and the imaginable ways of attracting the skilled workers of this area to companies and to adhere them to the companies are focussed. Two surveys from Pomerania in which employers and employees were asked how they are presently structuring their compensation management and what kind of performance criteria may be rewarded with which gratifications give answers on how to design and configure a system of performance-related payment for nursing professionals. Moreover, the risks connected with implementing such a system are identified.

7. Literatur- und Quellenverzeichnis

Monographien

Brinkmann, Gerhard: Einführung in die Arbeitsökonomik. München / Wien: Oldenbourg, 1999

Dilcher, Bettina / Emminghaus, Christoph (Hrsg.): Herausforderungen für die Organisations- und Personalentwicklung – Die Umsetzung und Wirkung von Leistungsentgeltssystemen in der betrieblichen Praxis. Wiesbaden: Gabler, 2010

Eiff, Wilfried von / Stachel, Kerstin (Hrsg.): Professionelles Personalmanagement. Erkenntnisse und Best-Practice-Empfehlungen für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft, Bd. 4, Wegscheid: WIKOM, 2006

Emmert, Martin: Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung? Schriften zur Gesundheitsökonomie 14. Burgdorf: HERZ, 2008

Flick/von Kardorff/Keupp/von Rosenstiel/Wolff (Hrsg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim: Verlags Union, 1995

Haubrock, Manfred / Schär, Walter: Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl., Bern: Huber, 2007

Homburg, Christian/Krohmer, Harley: Marketingmanagement. Strategie – Instrumente – Umsetzung – Unternehmensführung. Nachdruck Sept. 03. Wiesbaden: Gabler, 2003

Kronenberg, Michaela: Die demagogische Kraft des Werkes: Ideologiebildung von rechts. Eine Analyse rechtsradikaler Sprachspiele und Denkmuster in Medientexten. Berlin: Verlag dissertation.de, 2002

Kronenberg, Michaela: Der Vertriebsdoktor. Wissenschaftliche Einführung in den Vertrieb. Norderstedt: bod, 2009

Loffing, Chrisian/Geise, Stephanie (Hrsg.): "Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege", Bern: Huber, 2005

RKW/Rationalisierung-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft (Hrsg.): „Handbuch Personal-Planung“, 3. Aufl., Neuwied: Luchterhand, 1996

Ridder, Hans-Gerd/Conrad, Peter/Schirmer, Frank/Bruns, Hans-Jürgen: „Strategisches Personalmanagement“, Augsburg: moderne Industrie, 2001

Rosenstiel, Lutz von/Regnet, Erika/Domsch, Michel E. (Hrsg.): „Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement“, 4. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1999

Scherm, Ewald/Süß, Stefan: „WiSo Kurzlehrbücher, Reihe Betriebswirtschaft: Personalmanagement“, München: Vahlen, 2003

Schmidt, Walter: „Praktische Personalführung und Führungstechnik“, Heidelberg: Sauer, 1999

Schöffski, Oliver / Graf von der Schulenburg, J.-Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3., vollst. überarb. Aufl., Berlin / Heidelberg: Springer, 2008

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden, 2010

Thommen, Jean-Paul: Managementorientierte Betriebswirtschaftslehre, 7. aktualisierte und ergänzte Ausg., Zürich: Versus, 2004

Wille, Eberhard: Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomische Beiträge (Hrsg.: Gäfgen / Oberender), Baden-Baden: Nomos, 2002

Winkelmann, Peter: Marketing und Vertrieb, 5. Aufl., München: Oldenburg, 2006

Wunderer, Rolf/Dick, Petra: „Personalmanagement – quo vadis?“, 3. Aufl., Neuwied: Luchterhand, 2002

Aufsätze

Albrecht/Weh/Schubert: Leistungsbezogene Vergütung in Krankenhäusern. Führen mithilfe von Zielvereinbarungen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 42 vom 20.10.2006

Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver; Wörz, Markus: Leistungsmanagement im Krankenhaus. In: Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver: Management im Gesundheitswesen. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York, 2010

Donabedian, Avedis: Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2 (1966). P. 166-206.

Gerdes, N. / Funke, U.-N. / Schüwer, U. / Kunze, H. / Walle, E. / Kleinfeld, A. / Reiland, M. / Jäckel, W. H.: Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall – Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001 – 2008. In: Die Rehabilitation. Zeitschrift für Praxis und Forschung in der Rehabilitation. Bd. 48 aus 2009. S. 190 - 201

Hildebrandt/Richter-Reichhelm/Trojan/Glaeske/Hesselmann: Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen

Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. In: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik. German Review of Social Policy. Hrsg.: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Köln. Jg. 58, 2009, Heft 7. S. 154 – 160

Klug, Volker: Stufenweise mehr Gehalt. Beurteilungsverfahren. In: Altenheim, 11/2007. S. 35 - 37

Moos, Gabriele / Bode, Sara / Hornung, Julia: Leistung muss sich lohnen – auch für Führungskräfte. Vergütungsstudie 2010 – Teil 1: Schwerpunkt variable Vergütung. In: conZepte. Informationen, Standpunkte und Diskussionen aus der Gesundheits- und Sozialwirtschaft. 5. Jahrgang, Heft 2 aus 2010. S. 35 - 37

Mühlbacher, Axel: Finanzmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse, Reinhard / Schreyögg, Jonas / Gericke, Christian: Management im Gesundheitswesen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2006. S. 250 - 260

Mühlbacher, Axel: A contract theory approach to health care contracting. Die Ausgestaltung von Versorgungsverträgen: eine vertragstheoretische Analyse. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Stuttgart: Lucius und Lucius, 2007, Vol. 227, 5/8, pp. 765-786.

Neubauer, Günther: Auswirkungen eines DRG-basierten Vergütungssystems auf den Wettbewerb der Krankenhäuser. In: Wille, Eberhard: Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen. Gesundheitsökonomische Beiträge (Hrsg.: Gäfgen / Oberender), Baden-Baden: Nomos, 2002. S. 159 – 176.

Reißig, Martin: Mehr Effizienz durch leistungsorientierte Zusatzvergütung? In: Politik BZB, Juli / August 2009. S. 9-11.

Scupin, Wolfgang: Geld allein macht nicht zufrieden. Leistungsgerechte Bezahlung. In: Altenheim, 11/2007. S. 38 - 41

Wimmer, Alexander: Möglichkeiten der Effizienzsteigerung für die private und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Karlsruhe: VVW, 2008. (Kap. 8.4)

Quellen

- 1) Protokoll in Form von Abphotographierung der Metaplanarbeit der Gruppenarbeit mit Stationsleitungen an der Universitätsmedizin Greifswald vom 16.12.2010
- 2) Protokoll der Gruppenarbeit mit Teilnehmern zur Weiterbildung nach § 71, 3 SGB XI (Lt. Pflegefachkraft in der ambulanten und stationären Pflege) am Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe Stralsund
- 3) Tarifvertrag des TVöD / VKA (www.oeffentlicher-dienst.info/tvöd/tr/2010), geht
- 4) Krüger, Kerstin: „Auswirkungen des leistungsbezogenen Einkommens auf die Pflege, am Beispiel der Ambulanten Psychiatrischen Pflege in Stralsund am Uhlenhaus“, unveröffentlichte Abschlußarbeit aus November 2010 in der Weiterbildung zur Leitung einer Pflege-, Funktions- und / oder Wohneinheit am Bildungsinstitut für Gesundheits- und Sozialberufe in Stralsund, geht
- 5) Mewes, Stefanie: Erarbeitung eines Vergütungssystems für den Versicherungsaußendienst unter Berücksichtigung ertragswirtschaftlicher Kennziffern am Beispiel eines Schaden- und Unfallversicherers. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Staatlichen Studienakademie Dresden, 2001
- 6) Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern: http://www.statistik-mv.de/cms2/STAM_prod/STAM/de/gb/index.jsp vom 09. Mai 2011
- 7) Fulbrecht, Sybille / Kronenberg, Michaela: Grundlagen, Implementierungsansätze und Entwicklungspotentiale der jüngst im Gesundheitswesen eingeführten leistungsabhängigen Vergütung – mit Beispielen von Unternehmen aus Mecklenburg-Vorpommern.

Unveröffentlichtes Forschungsprojekt an der Hochschule
Neubrandenburg, 2011.

Anhang

(inkl. eidesstattlicher Erklärung)