

Ophthalmologie 2020 · 117:905–913
<https://doi.org/10.1007/s00347-020-01203-5>
 Online publiziert: 6. August 2020
 © Der/die Autor(en) 2020



M. Schargus^{1,2} · J. Wachtlin^{3,4} · S. Aisenbrey⁵ · M. Blum⁶ · C. Framme⁷ · L.-O. Hattenbach⁸ · H. Hoerauf⁹ · S. Kaskel-Paul¹⁰ · G. Geerling²

¹ Asklepios Augenklinik Nord-Heidberg, Hamburg, Deutschland

² Klinik für Augenheilkunde, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland

³ Augenklinik, Sankt-Gertrauden Krankenhaus, Berlin, Deutschland

⁴ MHB, Medizinische Hochschule Brandenburg, Neuruppin, Deutschland

⁵ Klinik für Augenheilkunde, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin, Deutschland

⁶ Augenklinik, HELIOS Klinikum Erfurt, Erfurt, Deutschland

⁷ Universitätsklinik für Augenheilkunde, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

⁸ Klinik für Augenheilkunde, Klinikum Ludwigshafen am Rhein, Ludwigshafen am Rhein, Deutschland

⁹ Augenklinik, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

¹⁰ Augenklinik, Klinikum Lüdenscheid, Lüdenscheid, Deutschland

Zum Status der Personalplanung für den ärztlichen Dienst in ophthalmologischen Hauptabteilungen in Deutschland

Hintergrund

Die Personalplanung im Krankenhaus ist ein komplexes Thema und stellt eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar. Etwa zwei Drittel der Gesamtkosten in einem Krankenhaus sind personalbedingt [1]. Für die Planung des ärztlichen Stellenschlüssels in Krankenhäusern gibt es weder gesetzliche noch anderweitig anerkannte definierte Berechnungsschlüssel, die die Gesamtheit aller ärztlichen Leistungen einer Augenklinik abbilden. Lediglich für die stationäre Leistungserbringung kann ein Anhalt für die Personalausstattung aus der Kalkulationsmatrix des German Diagnosis Related Groups (G-DRG)-Systems abgelesen werden [2]. Für einige hochgradig standardisierte Fachdisziplinen wie der Anästhesie und bei Spezialabteilungen wie Intensivstationen existieren Berechnungsmodelle, die für ophthalmologische Hauptabteilungen im deutschsprachigen Raum bislang nicht vorhanden und schwierig zu etablieren sind [3]. Im Bereich des Pflegedienstes wurden und werden Personaluntergrenzen gefordert und sind in einigen Fachgebieten wie z. B. Intensivstationen teilweise bereits

umgesetzt [4]. Weiterhin wird über das relativ neu eingeführte pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)-System im Bereich der Psychiatrie ebenfalls versucht, auf ärztlicher Seite Personalbedarfe zu definieren, die zur Leistungsabrechnung zwingend einzuhalten sind und auch als Grundlage zu Personalbedarfsplanungen in anderen Fachabteilungen herangezogen werden könnten [5].

Die Bundesärztekammer hat die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) im Dezember 2019 um die Übermittlung ihrer Erfahrungen zu Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus gebeten, die daraufhin Anfang 2020 einen Arbeitskreis („AK Personalvorgaben“) zur Bearbeitung dieser Frage gegründet hat. Dieser Arbeitskreis setzt sich aus Leitern von Augenkliniken mit öffentlicher und privater Trägerschaft zusammen. Er beinhaltet keine Mitglieder aus dem Bereich der niedergelassenen Augenärzteschaft, da eine Vergleichbarkeit der Planungsgrundlagen (insbesondere Finanzierungsstrukturen und Leistungsspektrum) für die Leistungserbringung nur schwer darstellbar erscheint.

Da die Personalsituation und -bemessung sowie das Aufgaben- und das Organisationsspektrum des ärztlichen Dienstes in den Augenkliniken in Deutschlands bislang nicht strukturiert erhoben wurde, konzipierte der Arbeitskreis Personalvorgaben (AK Personalvorgaben) eine Umfrage zur Evaluation der ärztlichen Personalplanung in deutschen Hauptabteilungen für Augenheilkunde.

Als Ausgangshypothesen galten dabei, dass

1. bei allen Krankenhausträgern wirtschaftliche Faktoren der Abteilungen oder auch eines ganzen Klinikums für die Personalplanung oft maßgeblich sind,
2. die Berechnungsgrundlagen für den ärztlichen Personalbedarf auch Abteilungsleitern nicht oder nur unzureichend transparent sind und
3. dass die Stellenplanung Universitäts-assoziierten Abteilungen aufgrund des breiteren Handlungsauftrages in Lehre und Forschung anderen Regeln folgt.

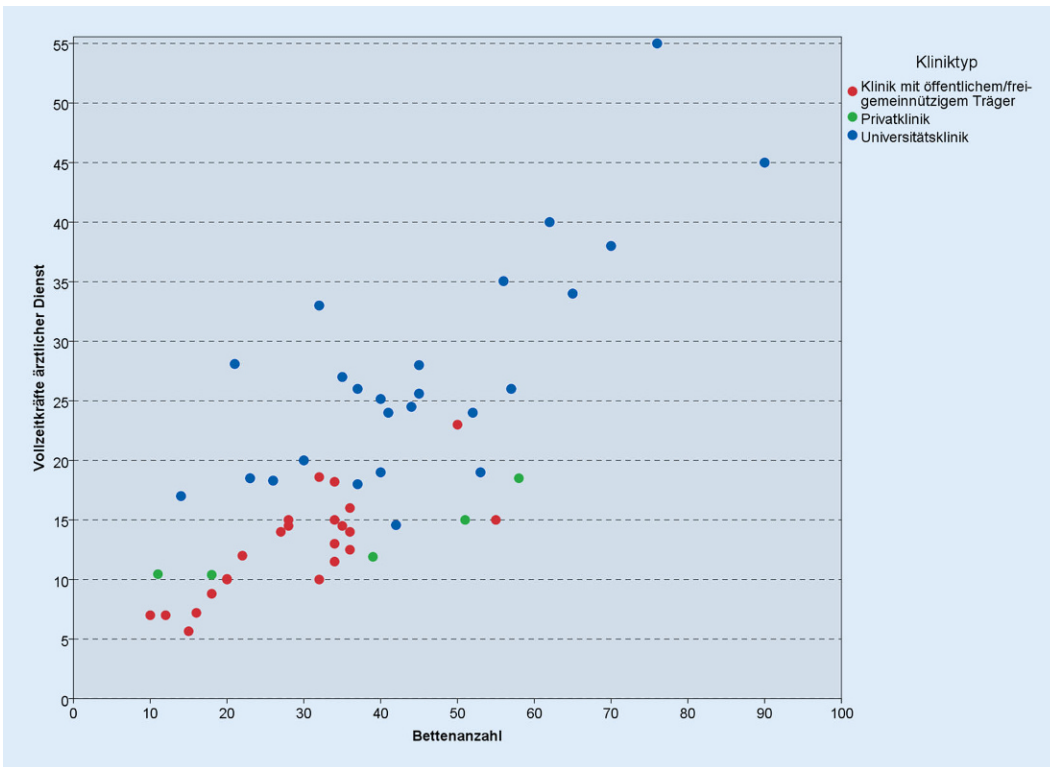


Abb. 1 ◀ Verteilung der Bettenanzahl zur Anzahl der Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst aufgeteilt nach Kliniktyp. Unabhängig von der Zahl der betriebenen Betten kommt es von montags bis freitags zu Über- und an Wochenend- und Feiertagen zu Unterbelegungen

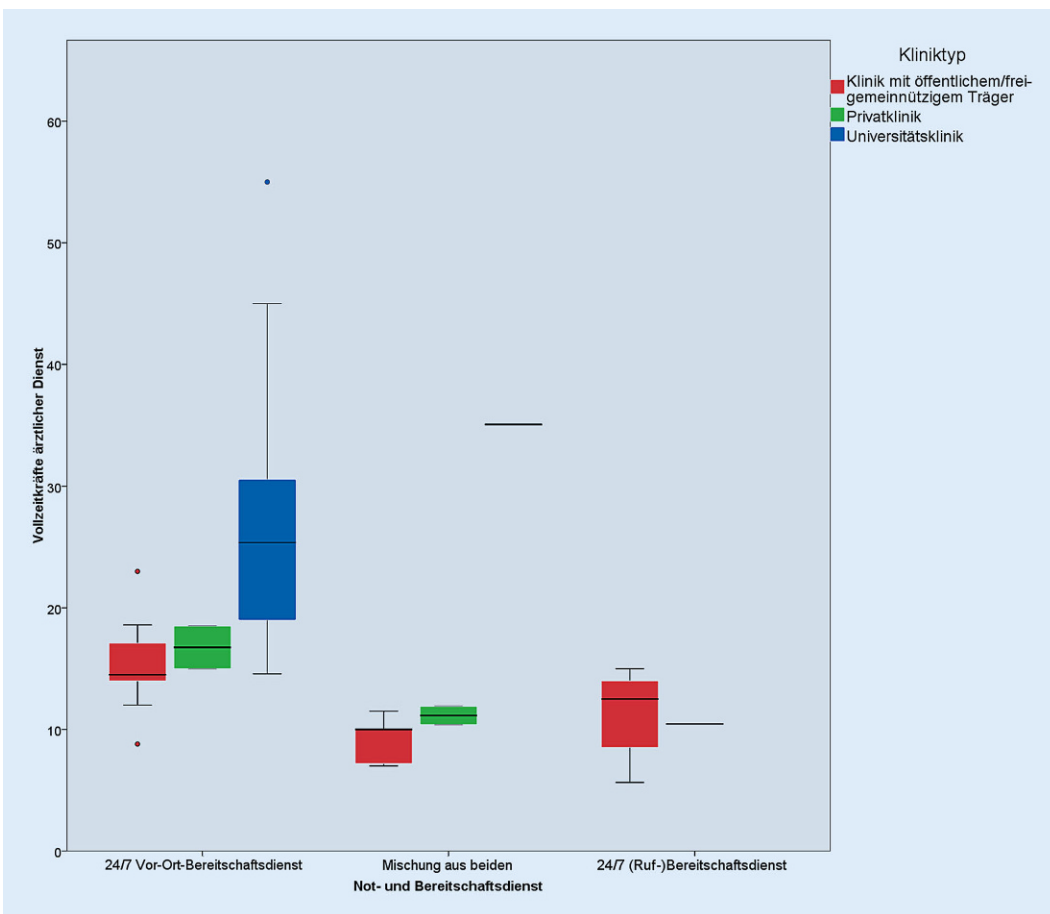
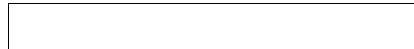


Abb. 2 ◀ Box-Plot-Verteilung der Anzahl der Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst auf die Art des Bereitschaftsdienstes aufgeteilt nach Kliniktyp



Methode

Im Rahmen mehrerer Abstimmungsrunden erstellte der „Arbeitskreis Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“ der DOG einen Fragebogen zu den bisherigen Erfahrungen in der Personalplanung von Augenkliniken, der an die Chefärzte und Direktoren aller in der Vereinigung ophthalmologischer Lehrstuhlinhaber (VOL) und Deutschen Ophthalmologischen Chefärzte (DOCH) gelisteten 104 deutschen Universitätsaugenkliniken und Hauptabteilungen für Augenheilkunde verschickt wurde. Diese setzten sich zusammen aus 39 Universitätsaugenkliniken, 50 anderen öffentlichen oder gemeinnützigen Abteilungen und 15 Abteilungen in rein privater Trägerschaft.

Ziel der Umfrage war es, einen Überblick über die Personalausstattung, die Berechnungsgrundlagen und weitere Faktoren der Personalplanung sowie der Aufgaben der deutschen stationären Hauptabteilungen für Augenheilkunde zu erhalten. Die Fragen wurden überwiegend als Einfachauswahl, Multiple-Choice-Fragen und als Zahlenabfragefelder definiert und bezogen sich auf vermeintliche Berechnungsgrundlagen (Bettenzahl, Vollkräfteausstattung, Beteiligung an Notfallversorgung), Berechnungsmodalitäten (Planungszuständigkeit, Einbezug ambulanter Leistungen) und Zusatzaufgaben außerhalb der Krankenversorgung. Danach wurden die Fragebögen von der Geschäftsstelle der DOG im April an die Kontaktadressen aller Hauptabteilungen für Augenheilkunde mit Rückmeldungsfrist bis zum 12.05.2020 geschickt. Die Auswertung fand mit Excel 2012 (Microsoft, Seattle, USA) sowie SPSS (Version 20, IBM, Armonk, NY, USA) statt.

Ergebnisse

Bettenzahl und Vollkräfteausstattung

Bis zum Stichtag wurden 53 der 104 versendeten Fragebögen vollständig ausgefüllt zurückgesendet (51 % Antwortquote). Insgesamt lagen ausgefüllte Fragebögen von 25 von 39 Universitäts-Au-

Hier steht eine Anzeige.



Ophthalmologie 2020 · 117:905–913 <https://doi.org/10.1007/s00347-020-01203-5>
© Der/die Autor(en) 2020

M. Schargus · J. Wachtlin · S. Aisenbrey · M. Blum · C. Framme · L.-O. Hattenbach · H. Hoerauf · S. Kaskel-Paul · G. Geerling

Zum Status der Personalplanung für den ärztlichen Dienst in ophthalmologischen Hauptabteilungen in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Im Bereich des Pflegedienstes wurden und werden Mindestpersonalbemessungen gefordert und umgesetzt. Die Bundesärztekammer hat die Deutschen Fachgesellschaften im Dezember 2019 nach ihren Erfahrungen zu Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus befragt. Da hierzu in der Augenheilkunde bislang keine strukturiert erhobenen Daten vorlagen, gründete die DOG im März 2020 einen Arbeitskreis zur Bearbeitung dieser Anfrage. **Methode.** Im Rahmen mehrerer Abstimmungsrunden erstellte der „Arbeitskreis Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“ der DOG einen Fragebogen zu den bisherigen Erfahrungen in der Personalausstattung und -planung von Augenkliniken, der im Mai 2020 an die Chefarzte und Direktoren aller deutschen Universitätsaugenkliniken und Hauptabteilungen für Augenheilkunde verschickt wurde. Der Fragebogen beinhaltete Einzelfragen mit vorgegebenen und freien Antwortmöglichkeiten zur Vorgehensweise und Ist-Situation bei der Personalausstattung sowie zum Aufgaben- und Organisationspektrum des Ärztlichen Dienstes der Abteilungen.

Ergebnisse. Von 104 angeschriebenen Leitern von Hauptabteilungen antworteten 53 (51 %). Davon entfielen 25 Antworten auf universitäre Abteilungen (64 % Antwortquote), 23 auf Abteilungen von öffentlichen oder freigeinnützigen Trägern (46 %) und 5 auf private Klinikträger (33 %); 49 % gaben an, dass es keine transparente Berechnungsgrundlage der Anzahl ärztlichen Stellen ihrer Klinik gibt. Nur bei 47 % der befragten Abteilungen werden die ambulanten Aufgaben, Leistungen und Erlöse im Stellenschlüssel berücksichtigt. Es zeigte sich ein statistisch signifikant höheres Verhältnis an Vollzeitkräften pro Bettenanzahl in den Universitätsaugenkliniken gegenüber den privaten und öffentlich/frei-gemeinnützig geführten Augenkliniken ($p < 0,001$, t-Test). Alle Abteilungen haben multiple Zusatzaufgaben neben der klinischen Patientenversorgung zu bewältigen, die nur im geringen Maße bei der Personalausstattung berücksichtigt werden. Etwa 70 % der Abteilungen halten eine 24 h/7 Tage (24/7) ärztliche Dienstbereitschaft vor Ort vor, und 91 % haben einen 24/7 OP-Bereitschaftsdienst; 34 % haben eine Kooperation mit dem KV-Notdienst.

Schlussfolgerung. Das Ergebnis zeigt, wie heterogen und intransparent die Personalbemessung in den deutschen Hauptabteilungen für Augenheilkunde festgelegt wird. Die universitären Abteilungen haben im Schnitt höhere Personalressourcen in Bezug auf die Bettenkapazität für die Bewältigung zusätzlicher Aufgaben in Forschung und Lehre. In der Personalberechnung werden vielfältige Aufgaben, darunter auch ambulante Aufgaben, die deutlich zum Erlös einer Augenklinik beitragen, oft nicht berücksichtigt. Eine transparente und einheitliche Berechnungsgrundlage für das ärztliche Personal der Abteilungen ist zukünftig wichtig, um eine ausreichende Personalausstattung für ein patienten- und mitarbeiterorientiertes Arbeitsumfeld zu gewährleisten.

Schlüsselwörter

Augenkliniken · Augenheilkunde · Medizinökonomie · Personalausstattung · Personalbemessung

Current situation of allocation of academic medical personnel in ophthalmology departments in Germany

Abstract

Background. At present minimum nursing staff numbers have been defined and are being implemented. In December 2019 the German Medical Association asked the German professional associations about their general experience with planning of medical personnel in hospital departments. As no structured data were available on this subject, the German Ophthalmological Society (DOG) founded a working group in March 2020 to answer this request. **Method.** In the course of several consensus meetings, the working group on personnel planning for physicians in hospitals of the DOG prepared a questionnaire on previous experiences in personnel planning of eye hospitals, which was sent to the heads of all university eye hospitals and departments of ophthalmology in Germany. The questionnaire consisted of individual items with fixed choices and free answers regarding the procedure and current situation of staffing as well as the range of tasks and organization of the medical service.

Results. Out of 104 departments 53 (51%) responded, of which 25 were from university departments (64% response), 23 from departments of other public or non-profit ownership (46%) and 5 from departments with private hospital ownership (33%). Of these 49% stated that there was no transparent basis for calculation of the number of medical positions in their hospital. Of the surveyed departments, outpatient tasks, services and revenues were considered in the calculations in only 47%. There was a statistically significant higher ratio of full-time personnel to the numbers of beds in university departments compared to private and publicly owned non-profit institutions ($p < 0.001$, t-test). All departments have to cope with multiple additional tasks in addition to clinical patient care, which are taken into account only to a limited extent in the staffing. Approximately 70% of the departments provide a 24 h/7 day (24/7) medical on-call service on site, 91% have a 24/7 surgery on-call service and 34% have a cooperation with

emergency services run by the Association of Statutory Health Insurance Physicians. **Conclusion.** The results show how heterogeneously and nontransparent German departments of ophthalmology are staffed in terms of medical doctors. On average, university departments have higher personnel resources per hospital bed to cope with additional tasks in research and teaching. Outpatient tasks, which contribute significantly to the revenues of an eye department, and multiple other tasks are often not taken into account in the personnel calculation. A transparent and uniform basis for calculation of the medical staff of the departments is desirable in order to achieve a sufficient personnel staffing for a patient and employee-oriented working environment.

Keywords

Departments of Ophthalmology · Ophthalmology · Medical economics · Staffing · Staff assessment

Tab. 1 Auflistung der Fragen und Antworten mit absoluter und prozentualer Angabe der Antwortfrequenzen

Frage	Antwortoption 1	Antwortoption 2	Antwortoption 3	Antwortoption 4
Wer ist der Träger Ihrer Klinik?	Universität	Öffentlicher/frei-gemeinnütziger Träger	Privater Träger	–
	25	23	5	–
	47,17 %	43,40 %	9,43 %	–
Wie ist der Not- und Bereitschaftsdienst der Abteilung organisiert?	24/7 Vor-Ort-Bereitschaftsdienst	24/7 (Ruf-)Bereitschaftsdienst	Mischung aus beiden	–
	37	8	8	–
	69,81 %	15,09 %	15,09 %	–
Welche Art des OP-Bereitschaftsdienstes ist vorhanden?	24/7 OP-Bereitschaft	Eingeschränkte OP-Bereitschaft (nicht 24/7)	Rotierendes Modell mit anderen Kliniken	–
	48	2	3	–
	90,57 %	3,77 %	5,66 %	–
Ist die Abteilung am Wochenende geschlossen?	Ja	Nein	–	–
	2	51	–	–
	3,77 %	96,23 %	–	–
Gibt es eine Kooperation mit dem KV-Notdienst?	Nein	Ja → KV-Praxis in der Klinik von KV-Ärzten besetzt	Ja → Klinik übernimmt Notfallversorgung und erhält eine Finanzierung für das ärztliche Personal und evtl. andere Kosten	Ja → Klinik übernimmt Notfallversorgung und behält alle Einnahmen
	35	12	1	5
	66,04 %	22,64 %	1,89 %	9,43 %
Wer ist der Ansprechpartner für die Personalberechnung/-ausstattung?	Geschäftsführung (GF)	Controlling-Abteilung	Personalabteilung	Vorstand
	23	6	6	18
	43,40 %	11,32 %	11,32 %	33,96 %
Gibt es eine transparente Berechnungsgrundlage für den ärztlichen Personalschlüssel?	Ja	Nein	Nicht bekannt	–
	15	26	12	–
	28,30 %	49,06 %	22,64 %	–
Werden ambulante Erlöse im Stellenplan berücksichtigt?	Ja	Nein	Nicht bekannt	–
	25	18	10	–
	47,17 %	33,96 %	18,87 %	–
Gibt es ein festes Verhältnis von Fachärzten zu Weiterbildungsassistenten?	Ja	Nein	Nicht bekannt	–
	3	45	5	–
	5,66 %	84,91 %	9,43 %	–

Die *kursiven* Texte entsprechen den Antwortmöglichkeiten im Text

genkliniken (64 % Antwortquote), 23 von 50 Augenkliniken von öffentlichen oder frei-gemeinnützigen Trägern (46 %) und 5 von 15 Augenkliniken von privaten Trägern (33 %) vor. Die Anzahl der aktiv betriebenen Betten bewegte sich von $n = 10$ in der kleinsten Abteilung bis $n = 90$ in der größten Augenklinik. Der Median lag bei 35 Betten. (Standardabweichung $\pm 17,1$). Die Anzahl ärztlicher Vollzeitkräfte bewegte sich im Bereich von $n = 5,65$ bis $n = 55$ in den Fachabteilungen (Median 18, Standardabweichung $\pm 10,1$). Das Verhältnis Vollzeitkräfte zu Bettenanzahl war statistisch signifikant in den Universitätsaugenkliniken höher (0,65) als in

den privaten (0,49) und öffentlich/frei-gemeinnützig (0,44) geführten Augenkliniken. ($p < 0,001$, t-Test, [Abb. 1](#)).

Nur für 3 Abteilungen (6 %) ist ein festes Verhältnis von Fachärzten zu Weiterbildungsassistenten definiert (jeweils eine Abteilung 1:1,1:2,1:3). In 45 Abteilungen (85 %) gibt es kein festes Verhältnis, und bei 5 Abteilungen (9 %) ist kein Verhältnis bekannt ([Tab. 1](#)).

Beteiligung an der Notfallversorgung

Die Frage nach der Art der Not- und Bereitschaftsdienste zeigte, dass alle

Abteilungen einen 24-h-Notfall und Bereitschaftsdienst vorhalten. Bei 37 Abteilungen (70 %) besteht ein ärztlicher 24-h-Bereitschaftsdienst im Krankenhaus, bei 8 ein reiner 24-h-Rufbereitschaftsdienst (15 %) und bei weiteren 8 eine Mischung aus beiden Formen (15 %). Die Universitätsaugenkliniken halten bis auf eine Klinik alle einen 24/7 Vor-Ort-Bereitschaftsdienst vor, wohingegen nur 11 der öffentlich/frei-gemeinnützig geführten Augenkliniken (48 %) und 2 der privaten Kliniken (40 %) dies tun. Es zeigte sich eine signifikant höhere Anzahl an Vollzeitkräften bei Kliniken

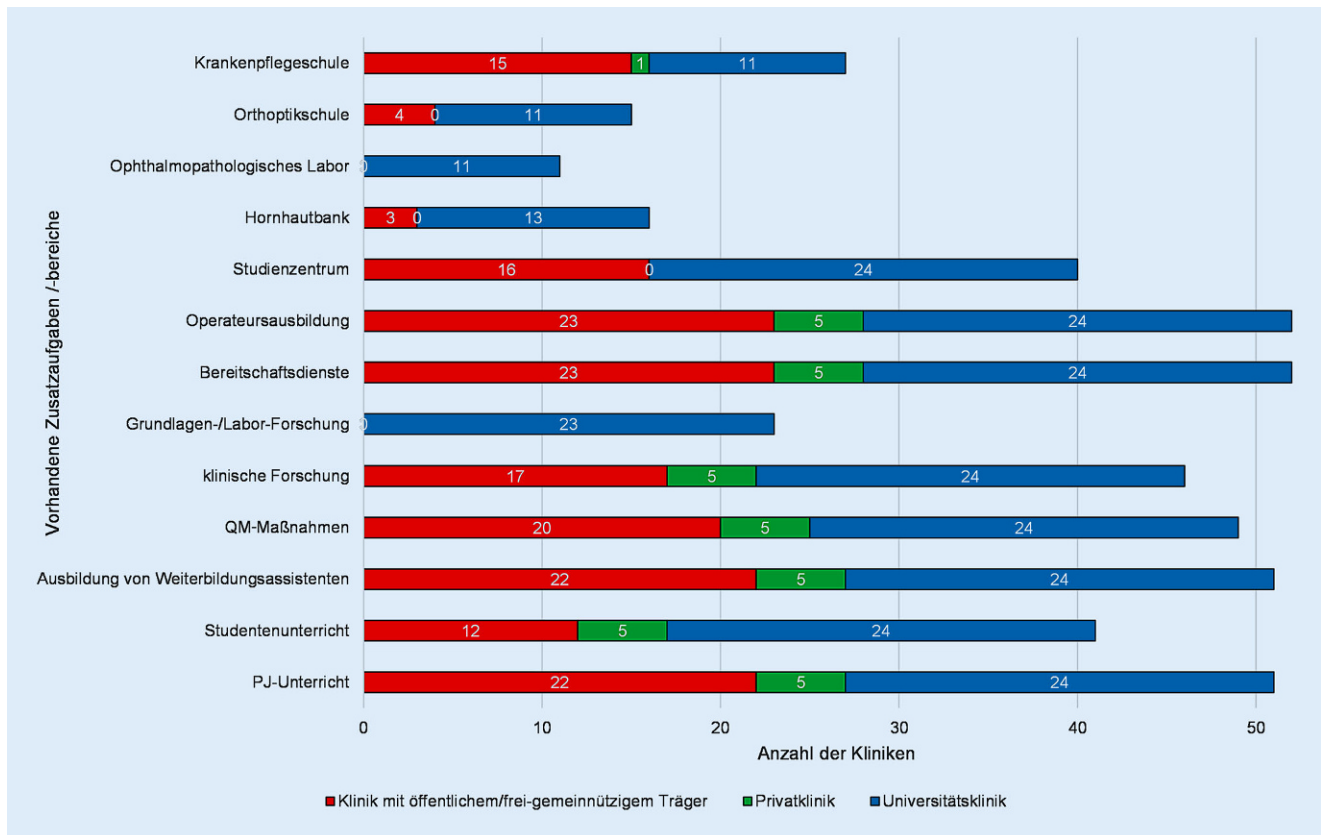


Abb. 3 ▲ Anzahl der vorhandenen Zusatzaufgaben/-bereiche in den Augenkliniken aufgeschlüsselt nach 13 Bereichen und gegliedert nach dem Kliniktyp

mit 24/7 Vor-Ort-Bereitschaft. ($p < 0,01$, t-Test) (Abb. 2).

Die Bereithaltung eines operativen Notdienstes wurde von 48 Abteilungen (91%) mit einer durchgehenden OP-Bereitschaft (24h an 7 Tagen), 2 Abteilungen (4%) mit eingeschränkter OP-Bereitschaft und 3 Abteilungen (5%) mit einem Rotationsmodell angegeben. Das Rotationsmodell bezieht sich auf die Aufteilung der 3 Asklepios-Augenkliniken in Hamburg, bei denen die Rufbereitschaft monatlich zwischen den Abteilungen wechselt. Zwei Abteilungen (4%) von öffentlichen oder freigemeinnützigen Trägern gaben an, am Wochenende geschlossen zu sein.

Die Frage nach einer Kooperation mit dem Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vor Ort verneinten 45 Kliniken (66%), bei 18 Abteilungen (34%) besteht eine Kooperation. Bei den Kliniken mit einer Kooperation gaben 12 Abteilungen an, dass die KV-Notdienstpraxis von Ärzten mit einer Besetzung durch die KV betrieben wer-

den, 5 Abteilungen übernehmen die Notfallversorgung durch eigene Ärzte, und die Einnahmen aus der Notfallversorgung werden dem Klinikbudget hinzugerechnet. Lediglich 1 Abteilung übernimmt die Notfallversorgung und erhält dafür eine Finanzierung für ärztliches Personal und evtl. andere Kosten von der Kassenärztlichen Vereinigung. Die anderen Abteilungen erhalten keine Kompensation für den Aufwand bei der Notfallversorgung.

Personalplanung – Wer und wie?

Als Ansprechpartner für die Personalberechnung und Personalausstattung wurde bei 23 Abteilungen (43%) die Geschäftsführung angegeben, bei 18 Abteilungen (34%) der Vorstand und bei jeweils 6 Abteilungen (11,5%) die Controlling- bzw. die Personalabteilung.

Eine transparente Berechnungsgrundlage für den ärztlichen Personalschlüssel war für lediglich 15 der Klinikleiter (28%) gegeben. Der Mehr-

heit der antwortenden Abteilungsleiter waren Berechnungsmodalitäten entweder gar nicht bekannt ($n = 12$ oder 26%) oder die Personalberechnung wurden als intransparent bewertet ($n = 26$; 49%). Jeweils 6 Abteilungen gaben an, dass die Berechnung abhängig von der Leistungs- und Erlösentwicklung der Augenabteilung oder von den Deckungsbeiträgen der Abteilung durchgeführt wird. Bei 4 Abteilungen wird der Personalschlüssel durch die Geschäftsführung festgelegt, bei jeweils 2 Abteilungen entweder budgetabhängig oder durch das Verhältnis der Bewertungsrelationspunkte der stationären DRG-Erlöse pro Vollzeitkräfte (BWR/VK). Einmal wurde angegeben, dass die Personalausstattung historisch fixiert ist.

Ambulante Erlöse werden lediglich bei 25 Abteilungen (47%) für die Stellenplanberechnung berücksichtigt. Bei 18 Abteilungen (34%) werden diese Erlöse nicht berücksichtigt, 10 Abteilungen (19%) gaben an, dass es nicht bekannt ist, ob diese Erlöse berücksichtigt werden.

Zusatzaufgaben neben der Krankenversorgung

Die Abfrage der Zusatzaufgaben und -bereiche in den Kliniken zeigte eine sehr breite Streuung, wobei die meisten dieser zusätzlichen Aufgabenbereiche erwartungsgemäß an den Universitätskliniken anzutreffen waren. In **Abb. 3** ist die Anzahl der Zusatzaufgaben und -bereiche nach Kliniktyp aufgeführt. Diese Zusatzaufgabenbereiche werden allerdings nur sehr vereinzelt in der Stellenplanung berücksichtigt, wie **Abb. 4** zeigt. Eine Berücksichtigung findet noch am ehesten in den Universitätskliniken statt. Bei den öffentlich/frei-gemeinnützig und privat geführten Augenkliniken werden diese Zusatzaufgaben und -bereiche so gut wie gar nicht in der Stellenplanung berücksichtigt.

Diskussion

Ziel der hier vorgestellten Umfrage zu Grundlagen der Personalplanung war es, einen Überblick über die aktuelle Praxis der Personalbemessung für Ärztinnen und Ärzte in Augenkliniken in Deutschland zu gewinnen. Im Ergebnis bestätigten sich unsere 3 Grundannahmen. Bei allen Krankenhausträgern sind wirtschaftliche Faktoren maßgeblich. Dabei nehmen Universitäts-assoziierte Abteilungen aufgrund des breiten Handlungsauftrages in Lehre und Forschung eine Sonderstellung in der Personalvorhaltung ein. Die Berechnungsgrundlagen für den ärztlichen Personalbedarf sind aber selbst für die Leiter der Abteilungen nicht oder nur unzureichend transparent.

Das vor über 15 Jahren eingeführte G-DRG-System bietet eine Basis für die Personalbedarfsermittlung, die nicht nur von der klassischen Personalverwaltung, sondern auch vom Controlling und Qualitätsmanagement abhängig ist [2]. Sie stellt darüber hinaus eine Möglichkeit zum Benchmarking von Abteilungen und damit auch zur Steuerung der Personalstruktur dar; wie unsere Umfrage zeigt, gibt es aber bislang ein solch einheitliches Vorgehen nicht. Bundesweit werden zwar häufig die Grundannahmen der DRG-Kalkulation für den ärzt-

lichen Dienst zum Ansatz gebracht. Die DRG-Kalkulationssystematik wird jedoch nicht 1:1 in jeder Klinik umgesetzt, da z. B. die von Verwaltungsseite geforderte Anzahl an Bewertungsrelationen je ärztlichem Mitarbeiter stark variieren kann. Ebenfalls findet keine Berücksichtigung der in dieser Arbeit identifizierten Zusatzaufgaben, des Notdienstes und der Leistungen im ambulanten Bereich statt.

Für die Aufrechterhaltung eines Bereitschaftsdienstes ist z. B. eine Mindestzahl an fachärztlichen Mitarbeitern erforderlich. Personal für Aufgaben in studentischer Lehre und Forschung sollte zwar durch eine Trennungsrechnung aus Landesmitteln finanziert werden. Auch dies ist aber nicht für alle Standorte klar nachvollziehbar, und oftmals wird die zu erbringende Lehre aus den Landesmitteln auch nur unzureichend kompensiert. Da insbesondere die Studierendenzahlen erhöht werden und die Lehre vermehrt Kleingruppenunterricht vorsieht, wird sich das Ungleichgewicht zwischen Personal und Leistungsdichte hier weiter verschärfen. Diese Faktoren erklären zum Teil, warum die Personalausstattung zwischen Abteilungen mit vergleichbarer Bettenzahl deutlich verschieden ist und warum Universitätsaugenkliniken scheinbar besser mit Personal ausgestattet sind.

Fachspezifische Besonderheiten der Augenheilkunde

Eine reine Berechnung der Personalausstattung einer Augenklinik aus den stationären Erlösen ist jedoch problematisch, da diese in einem hohen Maße auch ambulante oder stationersetzende Leistungen erbringen, deren Personalaufwand und Erlöse jedoch – wie gezeigt – oft nicht in die Personalberechnung einfließen.

Weitere fachspezifische Aspekte, die zusätzlich Arbeitskraft binden, sind z. B. die in der Augenheilkunde üblichen sehr kurzen Liegezeiten, die zu Verdichtung verweildauerunabhängiger, zeitintensiver Aufgaben wie Aufnahme- und Entlassuntersuchungen und Dokumentationspflichten führen. Während bei längerer Verweildauer eher der Aufwand für pflegerische Leistun-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

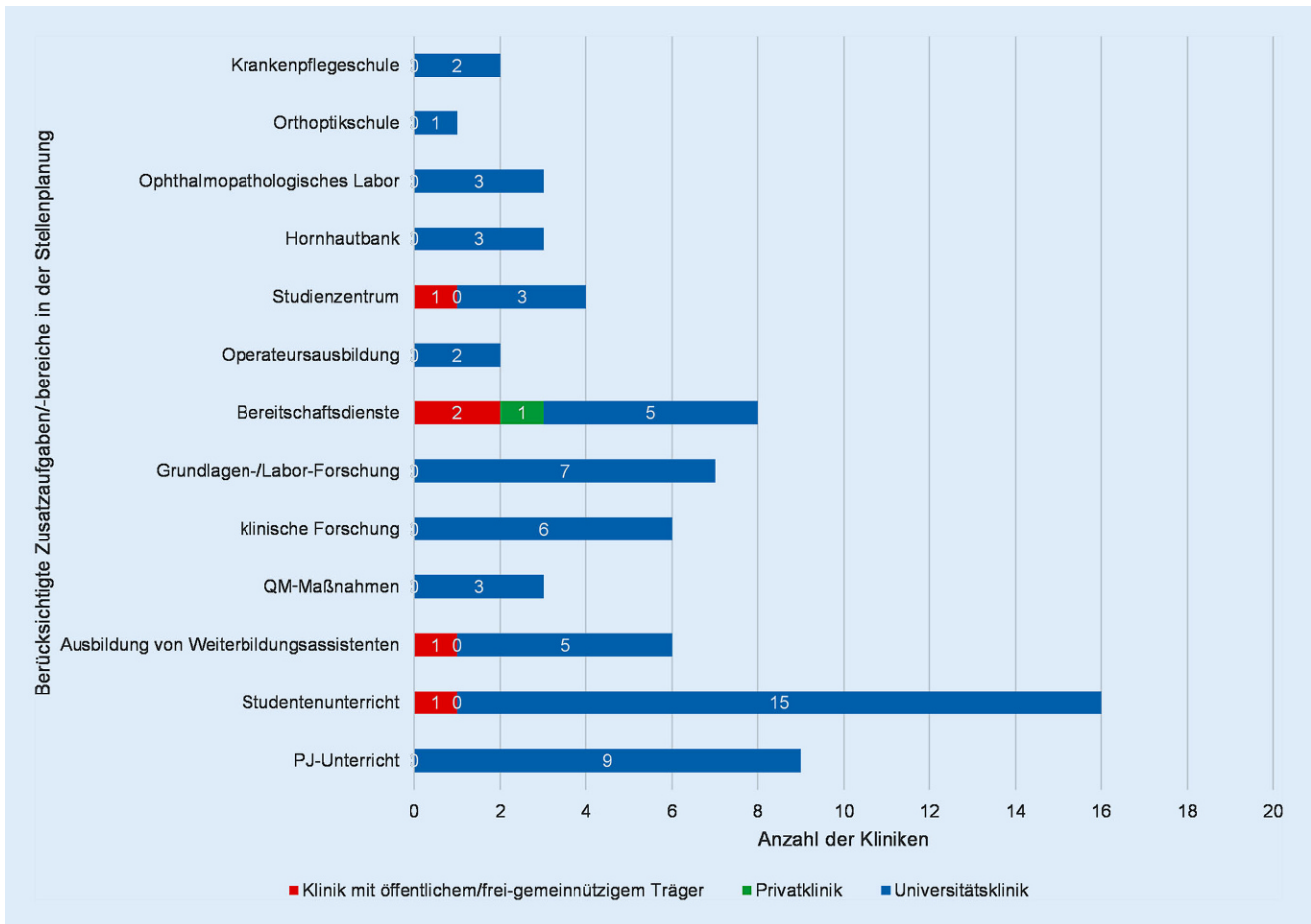


Abb. 4 ▲ Anzahl der in der Stellenplanung berücksichtigten Zusatzaufgaben/-bereiche in den Augenkliniken aufgeschlüsselt nach 13 Bereichen und gegliedert nach dem Kliniktyp

gen, weniger der ärztliche Zeitaufwand steigt, muss daher aufgrund der hohen Fallzahl in der Augenheilkunde bei realistischer Kalkulation von einer deutlich geringeren Zahl von Bewertungsrelationen pro ärztlichem Mitarbeiter als in anderen Fächern mit langer Liegezeit ausgegangen werden. Andernfalls droht eine inadäquate Belastung des augenärztlichen Personals.

Intraokulares Operieren wird in der Augenheilkunde zumeist nach der fachärztlichen Weiterbildung gelehrt und trainiert, da der Facharztstandard hier gegeben sein soll. Allerdings bindet diese Fortbildung zum ophthalmologischen Mikrochirurgen in der Augenheilkunde regelhaft 2 Fachärzte (auszubildender Operateur und ausbildender Oberarzt) an die Versorgung eines einzelnen Patienten. Aufgrund der Komplexität dauert eine solche chirurgische Ausbildung in nur einer der chirurgischen Teildiszipli-

nen der Augenheilkunde regelhaft 3 bis 5 Jahre. Es liegt daher auf der Hand, dass gerade in Kliniken mit entsprechender Fortbildungsfunktion Personalkosten im Vergleich zu den Erlösen höher sein können und hier das Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und medizinischer Leistungserbringung besonders ungünstig ist.

Ortsspezifische Besonderheiten

Nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Trägerschaft unterscheiden sich die stationären Hauptabteilungen in der Augenheilkunde teilweise substanziell in ihrem Spektrum. So sind z. B. hoch spezialisierte Operationstechniken (Kerato- prothesen, Netzhautprothesen, komplexe Orbitaeingriffe) teilweise sehr zeitaufwendig, werden jedoch nur an wenigen Standorten durchgeführt und damit in

der INEK-Kalkulationsmatrix nicht berücksichtigt.

Auch die Verteilung von Ärzten in Weiterbildung im Verhältnis zu Fachärzten und der damit zusammenhängende erforderliche Ausbildungsaufwand sowie ein erhöhter Gleichzeitigkeitsfaktor können stark schwanken, sind aber ebenfalls in der Regel kaum in der Personalplanung abgebildet. Einige Kliniken übernehmen zusätzliche strukturelle Aufgaben, wie z. B. den Betrieb einer Hornhautbank, einer Lehranstalt für Orthoptik, eines ophthalmopathologischen Labors oder weisen räumliche Besonderheiten, wie z. B. getrennte Standorte für die stationäre und ambulante Versorgung, auf, die ebenfalls eine zusätzliche Personalausstattung bedingen können.

Arbeitsplatzmethode als Vorgehen für die zukünftige Personalbemessung

Ein Weg zu einer transparenten und gesetzeskonformen Personalbemessung könnte z. B. eine arbeitsplatzbezogene Personalkalkulation sein. Hierbei werden neben Fallzahlen v. a. Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes berücksichtigt. Dieser Ansatz wurde z. B. in der Anästhesie dank der klar definierbaren Strukturvorgaben bereits konsequent umgesetzt [6]. In einem solchen Ansatz können dann auch Zeiten für Personalausfall oder nicht unmittelbar patientengebundene Tätigkeiten wie Qualitätssicherungsmaßnahmen, gesetzlich erforderliche Schulungen (MPG, Hygiene, Datenschutz etc.) oder Lehr- und Weiterbildungsaufgaben berücksichtigt werden. So wird z. B. zur Kompensation von Ausfallzeiten wie Urlaub oder Krankheit die Zahl der Mitarbeiter für die zu besetzenden Arbeitsplätze mit dem Faktor 1,3 multipliziert.

Fazit

Die Herausforderung besteht darin, die Personalplanung bei Wahrung von Effizienzbestrebungen und steigenden Qualitätsanforderungen und Ansprüchen, unter Einhaltung der geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen mit zunehmenden Verwaltungs- und Dokumentationspflichten und unter Sicherstellung eines patienten- und mitarbeiterorientierten Arbeitsumfeldes durchzuführen [7]. Die Personalbedarfsermittlung muss in Absprache zwischen (medizinischer) Klinik-/Abteilungsleitung und der Verwaltungsleitung eines Krankenhauses unter Wahrnehmung der Steuerungsfunktion durch das Controlling erfolgen.

Hier sollte idealerweise ein Vertrauensverhältnis bestehen, damit die Abteilungsleitung im Bedarfsfall auch über das eigentliche Budget hinaus Personal planen darf. Gerade im Bereich der chirurgischen Expertise ist es sehr wichtig, genügend erfahrene Mitarbeiter in einer Klinik zu beschäftigen, um die Notfall- und Regelversorgung trotz Personalfuktuationen zu sichern.

Wird hier nicht vorausschauend agiert, kann die Leistungserbringung qualitativ wie quantitativ erheblich einbrechen, wenn qualifizierte Mitarbeiter die Klinik verlassen. Als Resultat würde das Personalbudget dann eher unter- statt überschritten. Es kann einerseits sinnvoll sein, aus Effektivitätsgründen eine Stelle einzusparen. Eher wird es aber medizinisch und ökonomisch klug sein, im Zweifel eine zusätzliche Stelle einzurichten, wenn dadurch gesamtwirtschaftlich gesehen die Versorgungsqualität steigt. Als primäres Ziel müssen hier die Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten sowie adäquate Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter im Vordergrund stehen. Eine objektiv strukturierte Personalplanung *muss* – unter Berücksichtigung eines effizienten Personaleinsatzes zur Erfüllung des Versorgungsauftrages – eben auch *alle* ambulanten und stationären *Leistungen* einschließlich Zusatzaufgaben in Klinik, Forschung und Lehre berücksichtigen.

Bislang ist jedoch in Deutschland offensichtlich kein solches strukturiertes, einheitliches Vorgehen zur Personalbemessung etabliert, das die stark unterschiedlichen Aufgaben der Augenkliniken in Organisation, Forschung und Lehre adäquat abbildet. Hier ist dringlicher Handlungsbedarf auf nationaler Ebene gegeben, da ähnliche Planungsmängel auch für andere Fachrichtungen zu vermuten sind.

Korrespondenzadresse



PD Dr. M. Schargus, FEBO, MHBA
Asklepios Augenklinik Nord-Heidelberg
Tangstedter Landstr. 400,
22417 Hamburg, Deutschland
marc.schargus@gmx.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Schargus: Bayer, Novartis, Allergan, Carl Zeiss Meditec (Referent, Berater). J. Wachtlin: Bayer, Novartis, Allergan, Alcon (Referent, Berater). M. Blum: Carl Zeiss Meditec (Clinical Investigator). C. Framme: Bayer, Zeiss, Novartis, Heidel-

berg Engineering, Med-Update, Allergan (Referent); Bayer, Zeiss (Bayer); Novartis (Forschungsförderung). H. Hoerauf: Alcon/Novartis, Allergan, Bayer, Heidelberg Engineering, Alimera, Bioeq/Formycon, Carl Zeiss Meditec, Böhlinger Ingelheim, Ophthotech, Roche, Lutronic, Regeneron Pharmaceuticals (Referent, Forschungsförderung). G. Geerling: Santen, Chiesi, Novartis, Med1Ventures, Alcon, Dompé, Sun Pharma, Allergan, Tear Lab, Thea Pharma, Visufarma (Referent, Berater). S. Aisenbrey, L.-O. Hattenbach und S. Kaskel-Paul geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020) Gesundheitsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17040.php>. Zugegriffen: 29. Mai 2020
2. Bauer K, François-Kettner H, Spies C (2008) Personalkosten im DRG-System: Die Grenzen des Kalkulationsmodells. Dtsch Arztebl Int 105:1958
3. Vagts D (2006) Ärztliche Personalbedarfsermittlung in der Intensivmedizin. Wismar Discussion Papers. Hochschule Wismar, Wismar Business School, Wismar
4. Gesundheit Bf (2019) Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegeintensiven Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV). Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil 1 Nr 37
5. (2017) Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 8 BpflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Abs. 2 S. 2 und 3 BpflV Psych-Personalnachweis-Vereinbarung. https://www.g-drg.de/Nachweis_zur_Personalausstattung_nach_der_Psych-Personalnachweis-Vereinbarung. Zugegriffen: 29. Mai 2020
6. Bent F, Ahlbrandt J, Wagner A, Weigand MA, Hofer S, Lichtenstern C (2016) Personaleinsatzplanung in der operativen Anästhesie. Anaesthesist 65:337–345
7. Spielberg P (2019) Generationenkonflikte am Arbeitsplatz: „Das Problem ist nicht unlösbar“. Dtsch Arztebl Int 116:1194