

01.05.2022 **Karriere**

Personalbemessung in der Chirurgie: Wie ist der IST-Zustand?

Carolin Tonus



Ergebnisse der BDC|Umfrage 2019

Die Personalbemessung in chirurgischen Fachabteilungen ist ein zentrales Thema aller leitenden, in der medizinischen Verantwortung stehenden Ärzt:innen. Für konstruktive Gespräche mit Geschäftsführungen werden fundierte Kennzahlen benötigt, die eine realistische Abschätzung erforderlicher personeller Ressourcen erlauben.

Zusätzliche Bedeutung erhält die Fragestellung durch die aktuellen Diskussionen um die Personaluntergrenzen in der Pflege. Während die Ärzteschaft noch immer um eine empirische Grundlage als Basis für die Kommunikation mit den Geschäftsleitungen der Krankenhäuser ringt, wurden für die Pflege bereits verbindlich geltende Personaluntergrenzen sozialrechtlich verankert und normativ jenseits der Pandemie umgesetzt.

Ziel der Umfrage ist daher die Beschreibung des Personalschlüssels, ärztlicher Zuständigkeiten, des Case Mix Index und der Bewertungsrelationen in chirurgischen Fachabteilungen deutscher Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsgrade. Neben einer Charakterisierung der Krankenhausstrukturen erfolgt auch eine differenzierte Darstellung des Aufgabenspektrums, das durch Chirurg:innen an Krankenhäusern in Deutschland bewältigt wird.

Um eine gemeinsame Basis für zukünftige Forderungen nach einer angemessenen Personalausstattung zu generieren, benötigen wir eine flächendeckende Erhebung des chirurgischen Personalschlüssels im ärztlichen Dienst in Abhängigkeit von Einflussfaktoren wie der individuellen Krankenhausstruktur, dem jeweiligen Behandlungsspektrum und auch dem Tätigkeitsspektrum von Chirurg:innen, also eine Beschreibung des „Ist-Zustands“. Die Ergebnisse der vorliegenden Umfrage liefern erste Anhaltspunkte und können als Argumentationshilfe dienen. Weitere Analysen sind erforderlich, um Benchmarks zu etablieren.

Methodik und Basisdaten

Gegenstand der Analyse sind die Ergebnisse einer Umfrage anhand eines strukturierten Online-Fragebogens, der sich an alle BDC-Mitglieder richtete, die gleichzeitig als Chefärzt:innen tätig waren. Die Umfrage erfolgte im Zeitraum von

Mai bis Dezember 2019. Als Befragungsinstrument wurde Survey Monkey genutzt. Der Online-Fragebogen beinhaltete 16 Detailfragen sowie ein Freifeld für Kommentare.

Der Fragebogen beinhaltete Fragen:

- zur Person
- zur Krankenhausstruktur und Abteilung (Klinikgröße, Fachbereich, Versorgungsstufe, Abteilungsgröße, ambulantes Operieren)
- zur Personalausstattung
- zu zusätzlichen Tätigkeiten (u. a. ZNA, Rettungsstelle, Intensivstation, Funktionsdienst, Konsile, Administration)
- zum Case Mix Index, Bewertungsrelationen

Geschlecht der Teilnehmer:innen

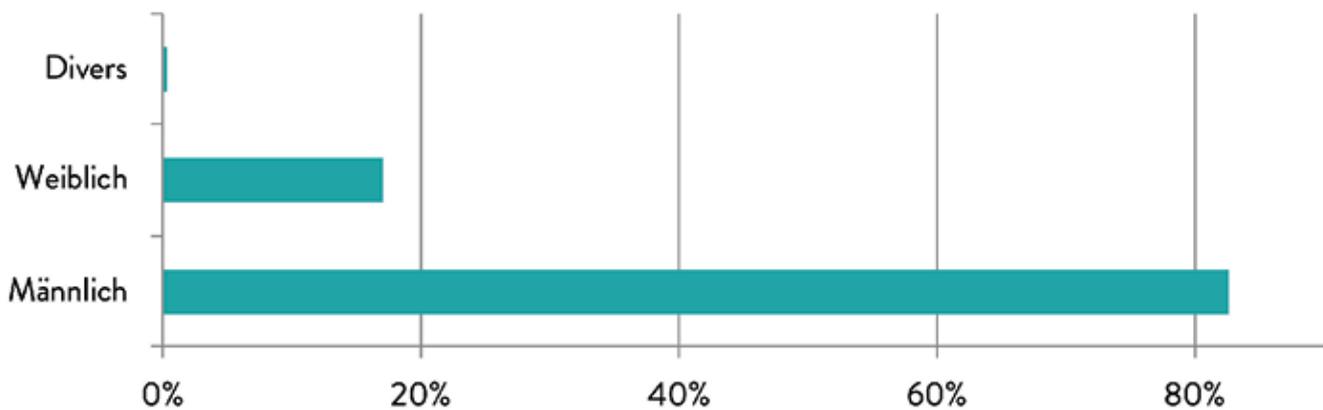


Abb. 1: Geschlecht der Teilnehmer:innen

Alter der Teilnehmer:innen

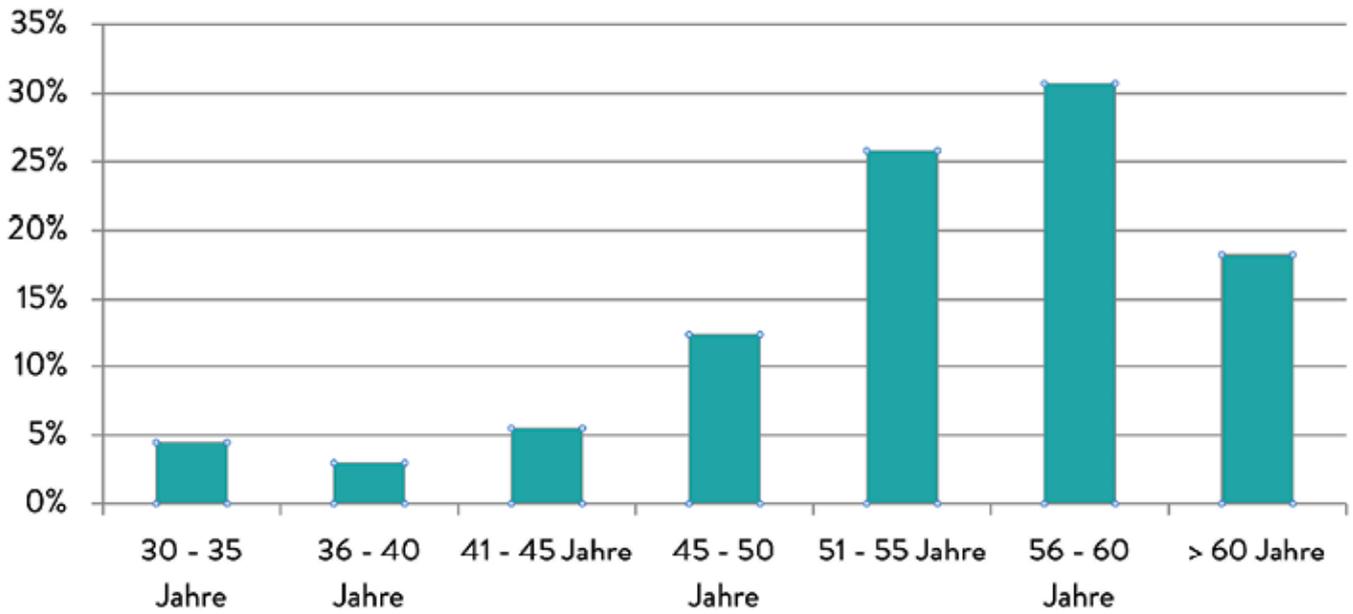


Abb. 2: Alter der Teilnehmer:innen

Krankenhausgröße

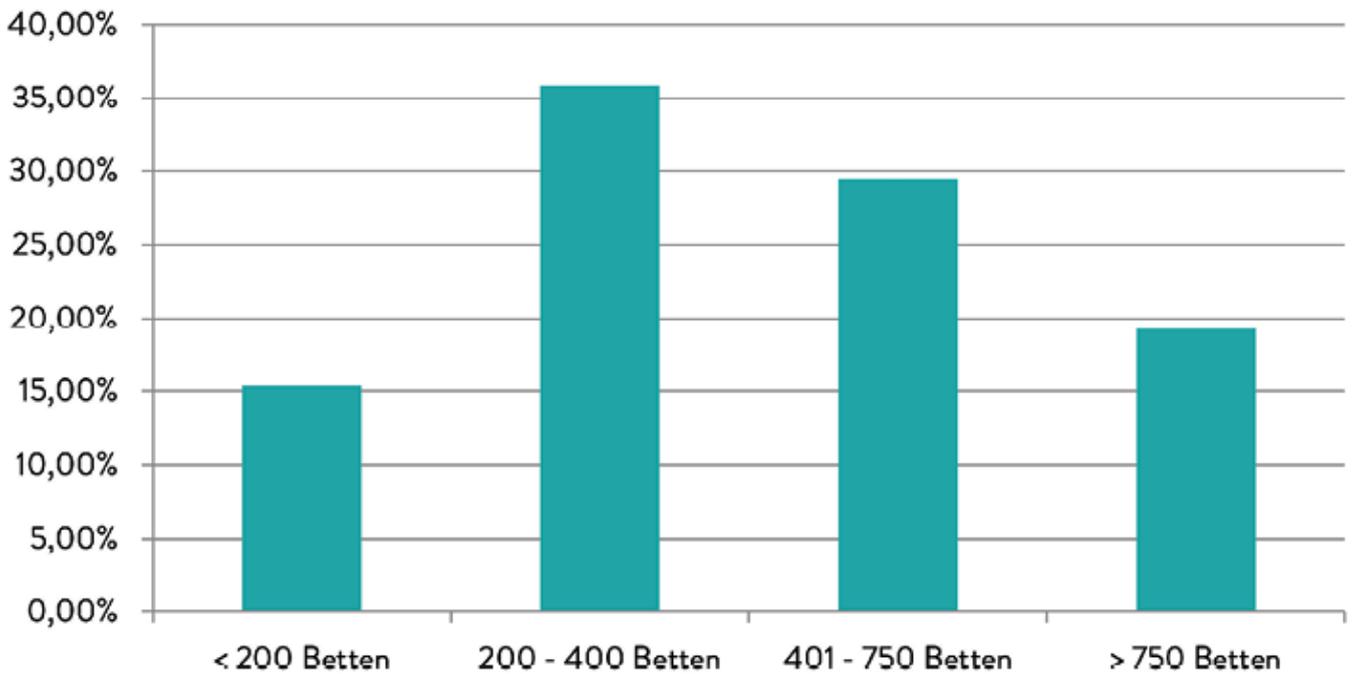


Abb. 3: Krankenhausgröße (Tätigkeitsort der Teilnehmer:innen)

Versorgungsstufe

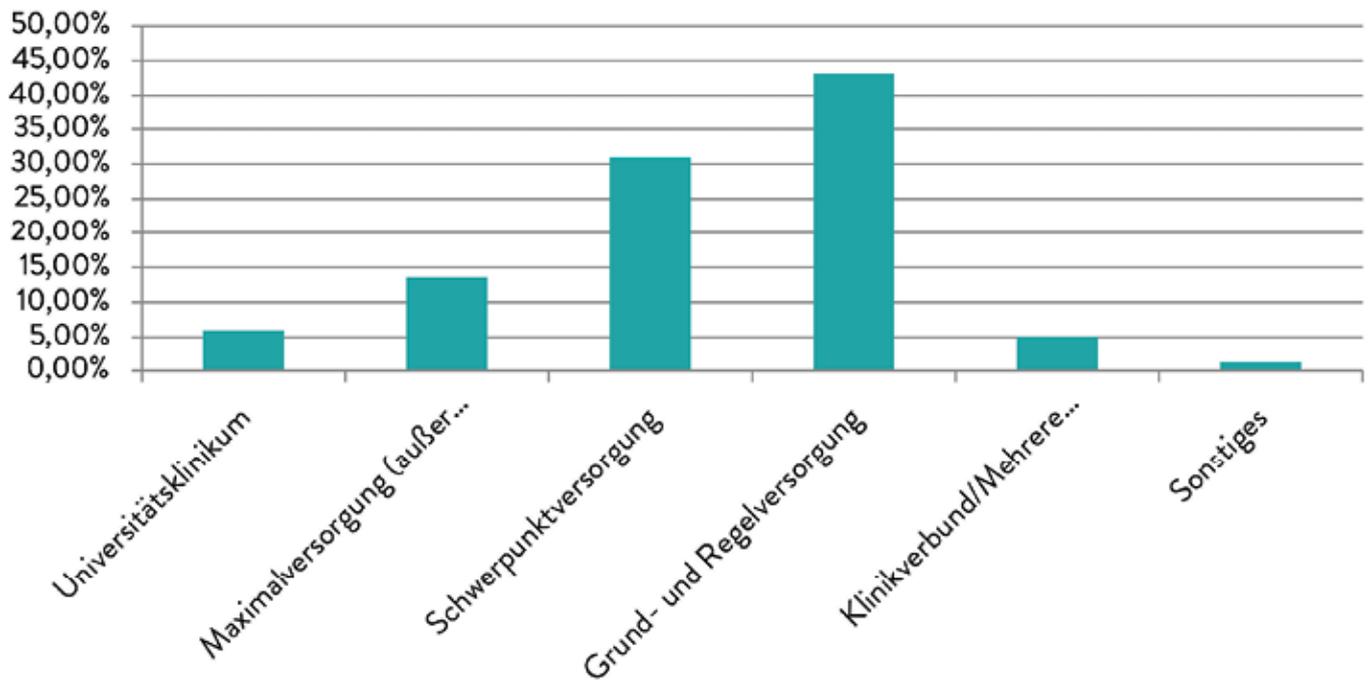


Abb. 4: Versorgungsstufe (Tätigkeitsort der Teilnehmer:innen)

Abteilungsgröße

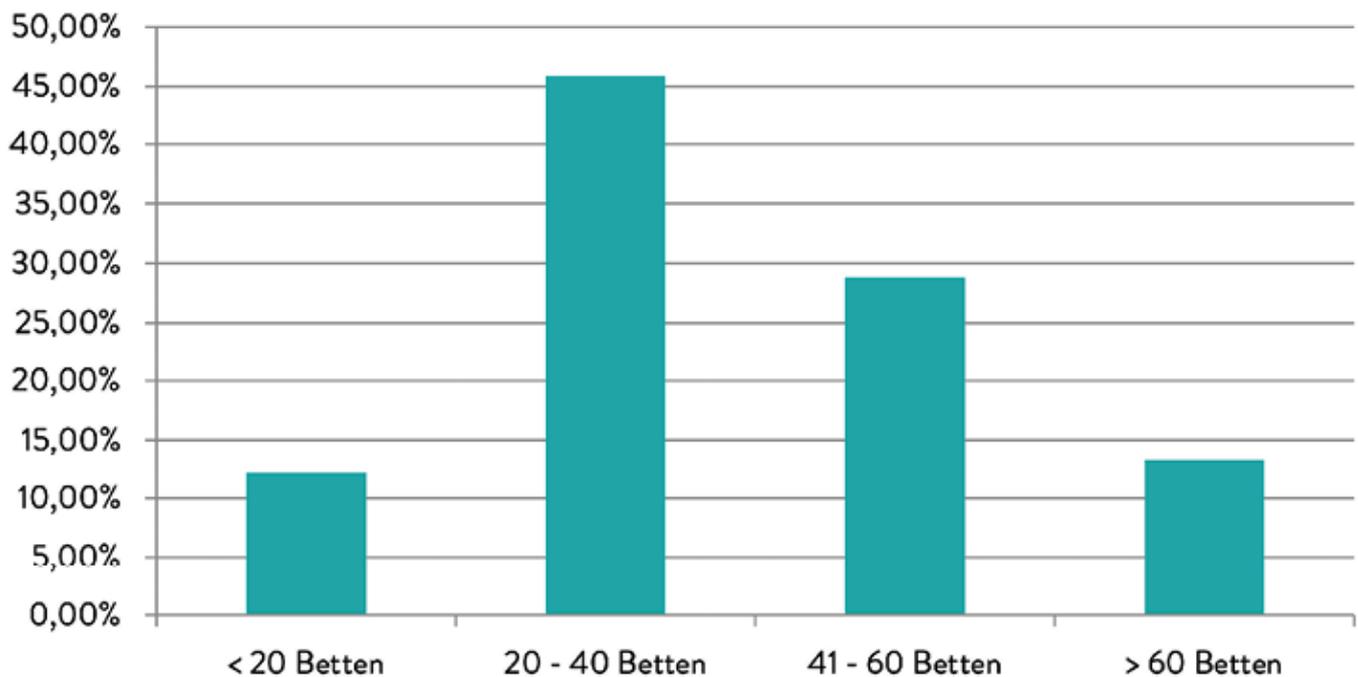


Abb. 5: Abteilungsgröße (Tätigkeitsort der TeilnehmerInnen)

Altersverteilung auf die Krankenhausgrößen

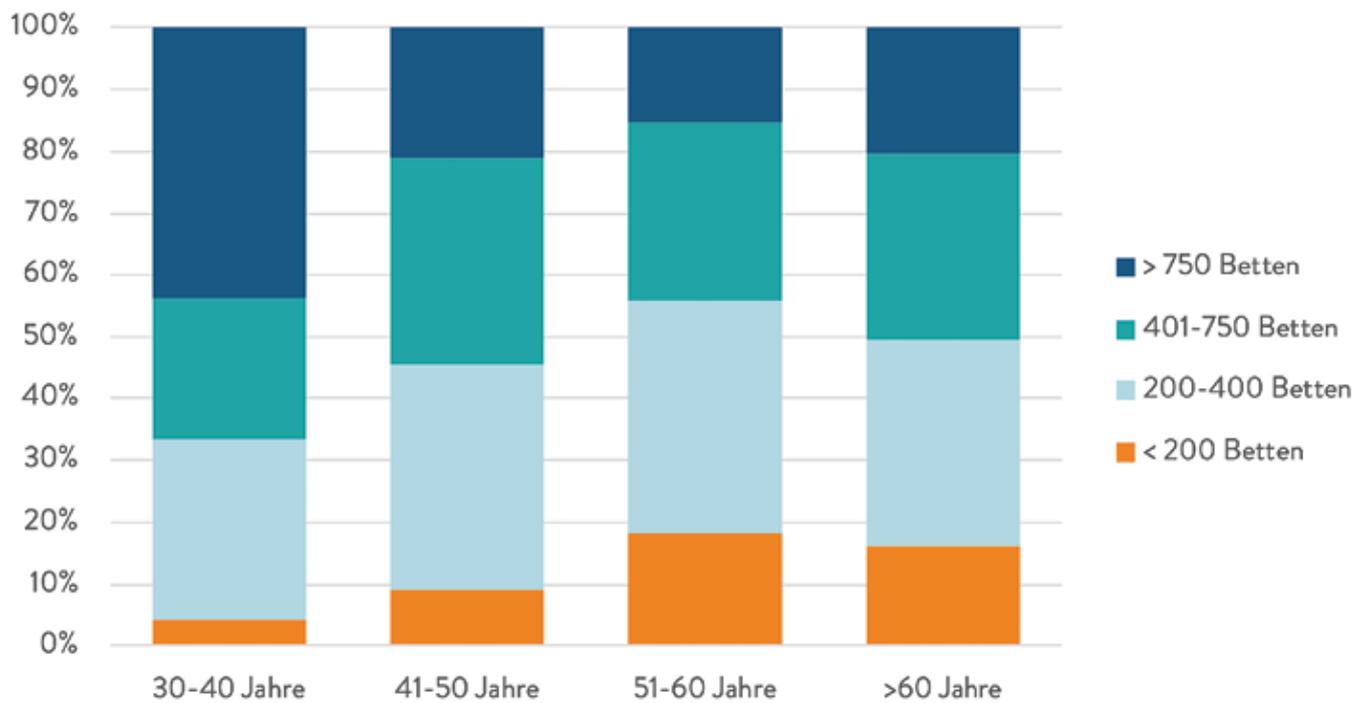


Abb. 6: Altersverteilung auf Krankenhausgröße

Besitzen Sie die Möglichkeit, ambulant zu operieren?

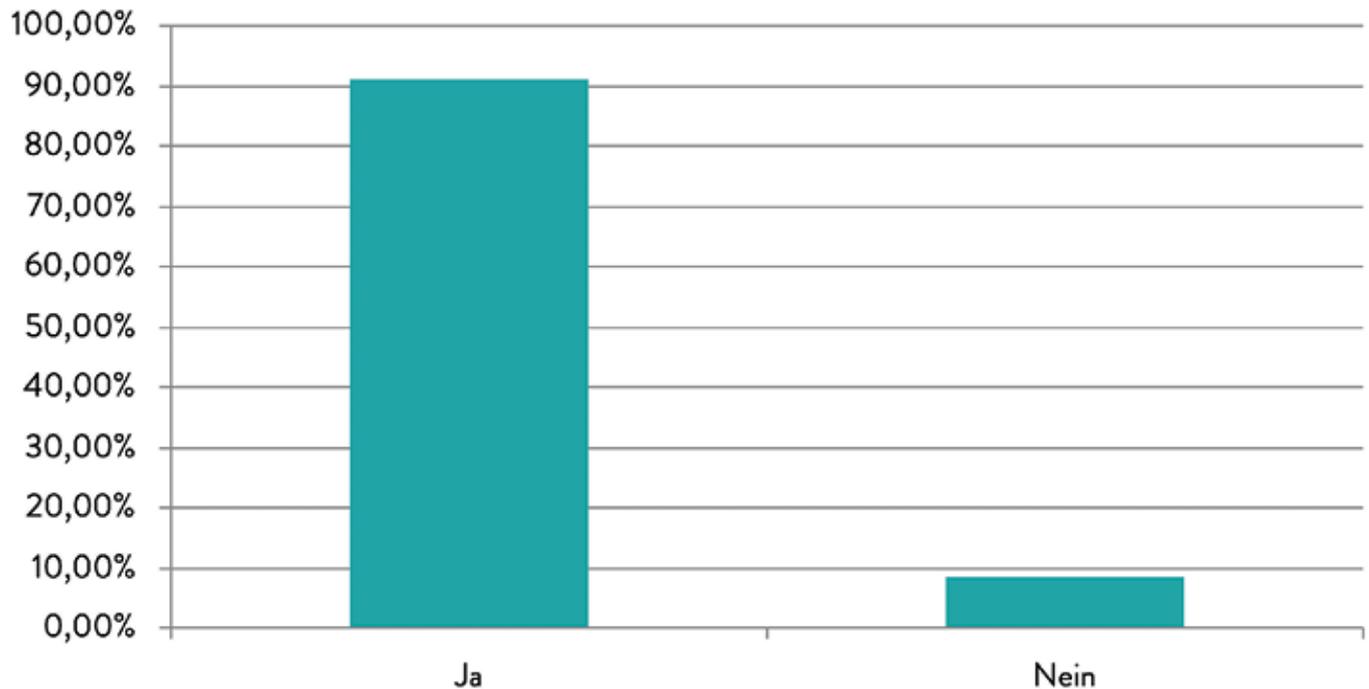


Abb. 7: Ambulantes Operieren

Personalschlüssel

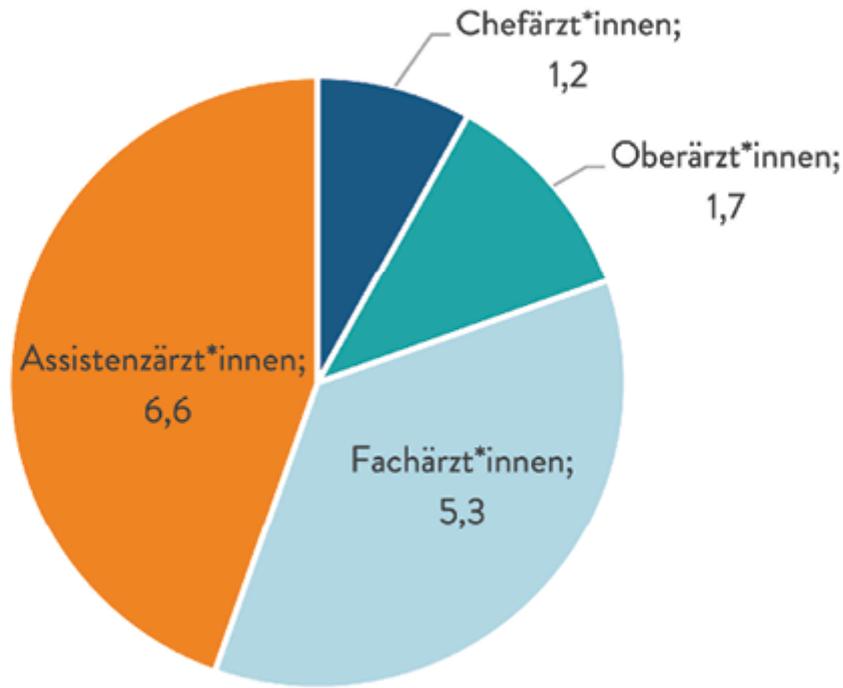


Abb. 8: Personalschlüssel

Welche zusätzlichen Tätigkeiten decken Sie mit Ihrem ärztlichen Personal noch ab?

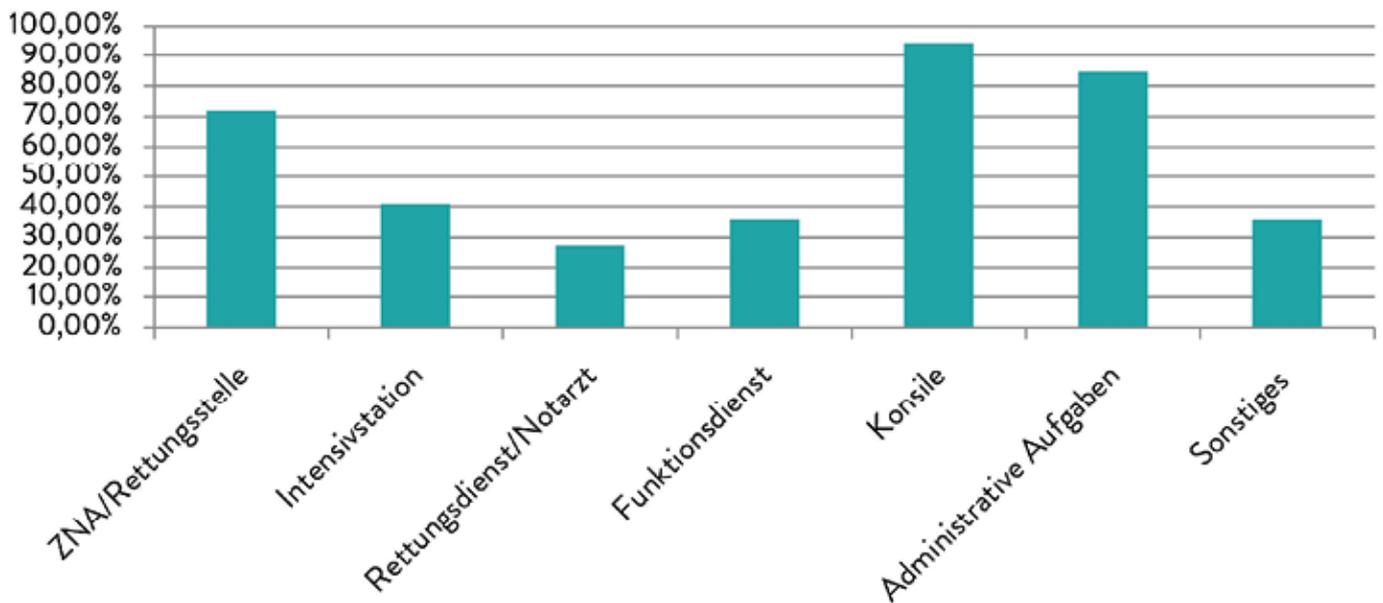


Abb. 9: Zusätzliche Tätigkeiten

Nehmen Sie an der studentischen Ausbildung im Praktischen Jahr teil?

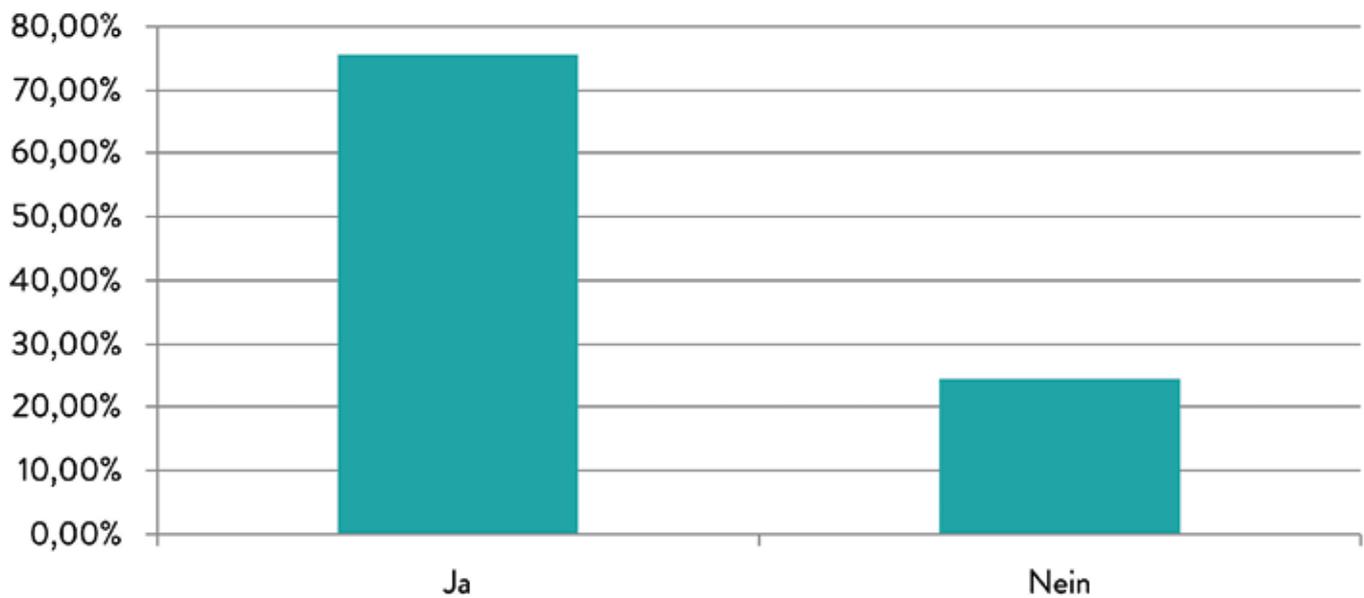


Abb. 10: Teilnahme an der studentischen Ausbildung im Praktischen Jahr

Werden diese zusätzlichen Tätigkeiten in Ihrem ärztlichen Stellenschlüssel berücksichtigt?

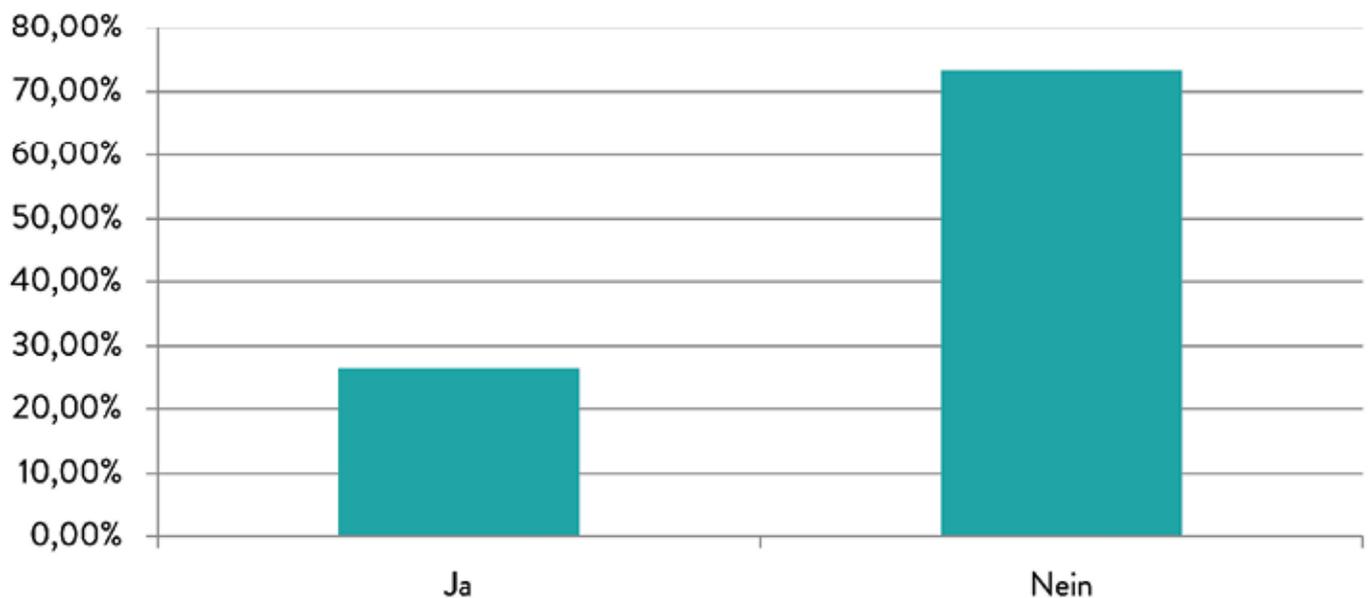


Abb. 11: Berücksichtigung der zusätzlichen Tätigkeiten

Haben Sie unbesetzte Arztstellen?

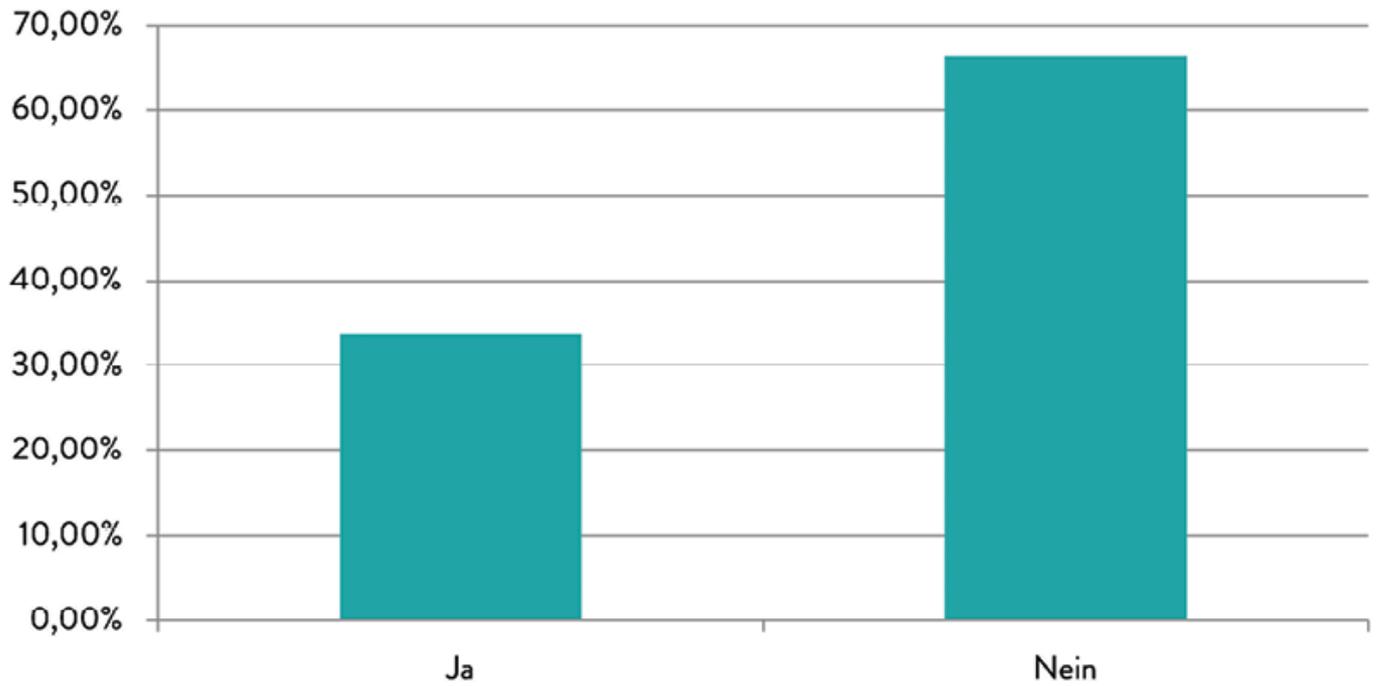


Abb. 12: Unbesetzte Arztstellen

Haben Sie unbesetzte Arztstellen?

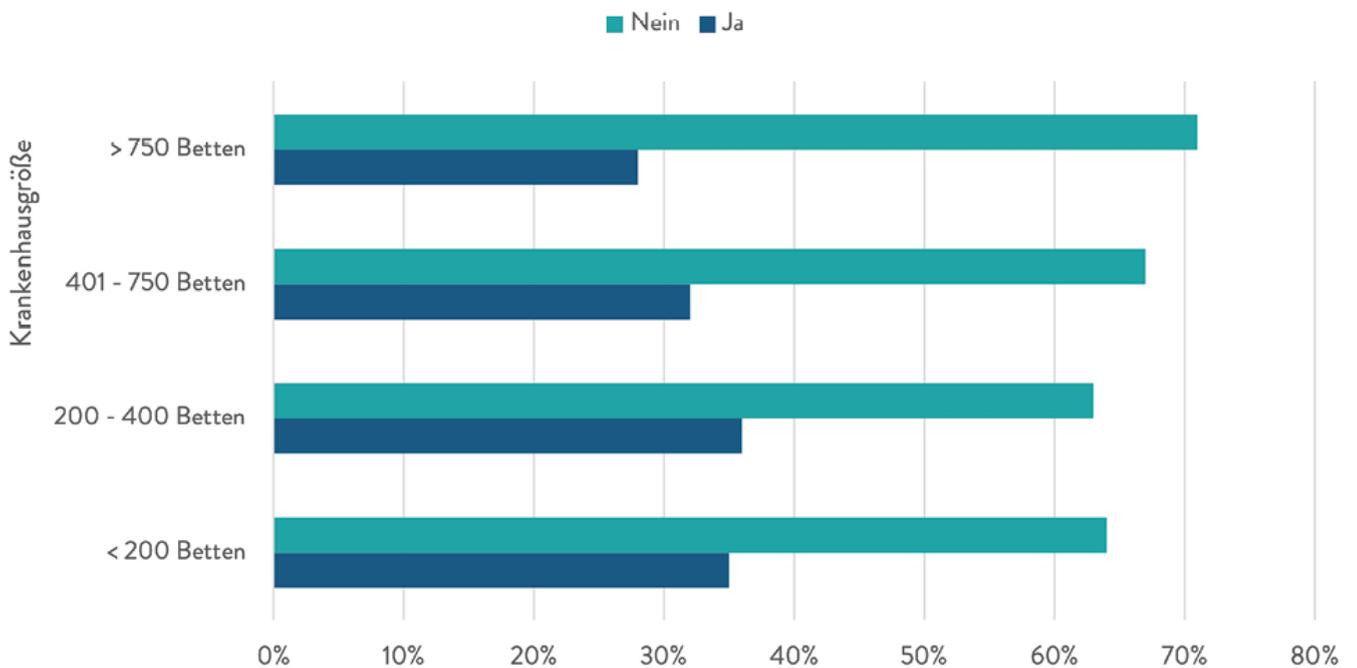


Abb. 13: Verteilung unbesetzter Arztstellen nach Krankenhausgröße

Haben Sie unbesetzte Arztstellen?

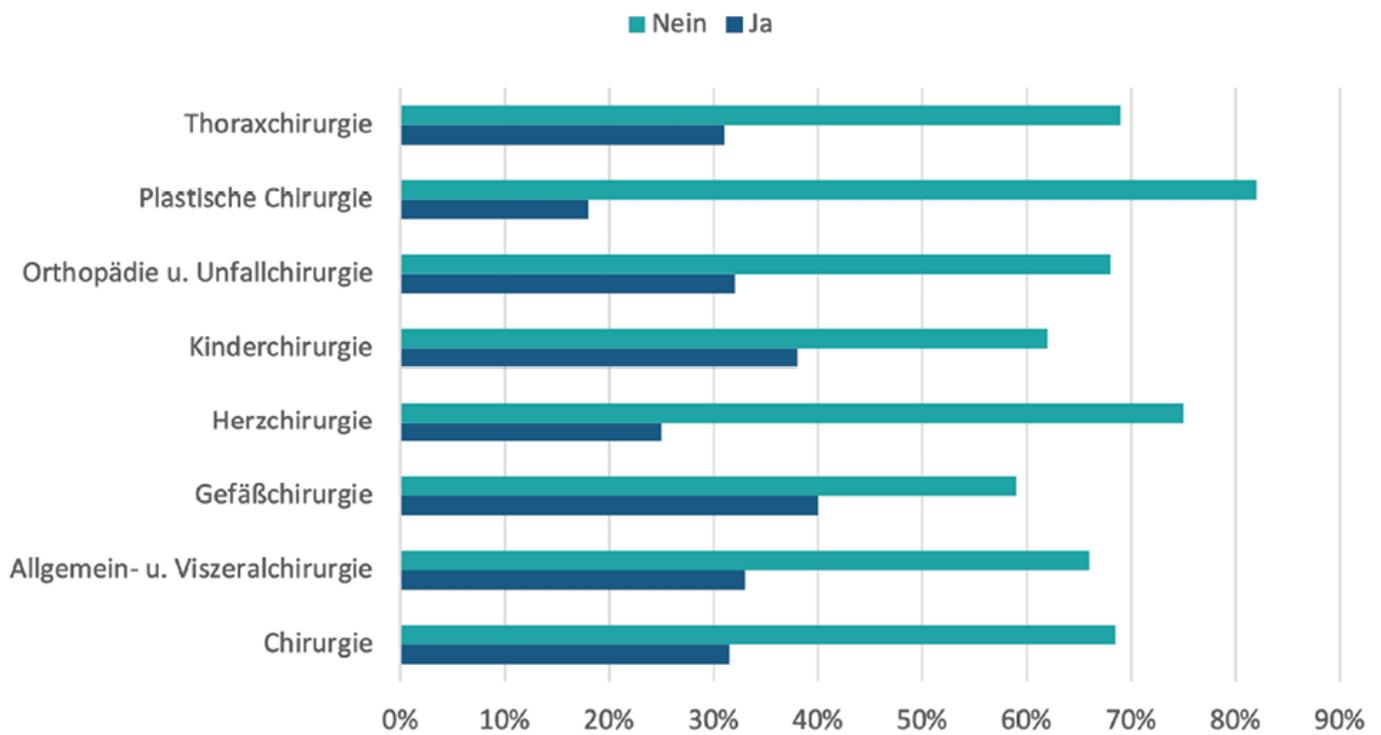


Abb. 14: Verteilung unbesetzter Arztstellen nach Fachgruppe

Welche dieser Fachkräfte beschäftigen Sie in Ihrer Abteilung?

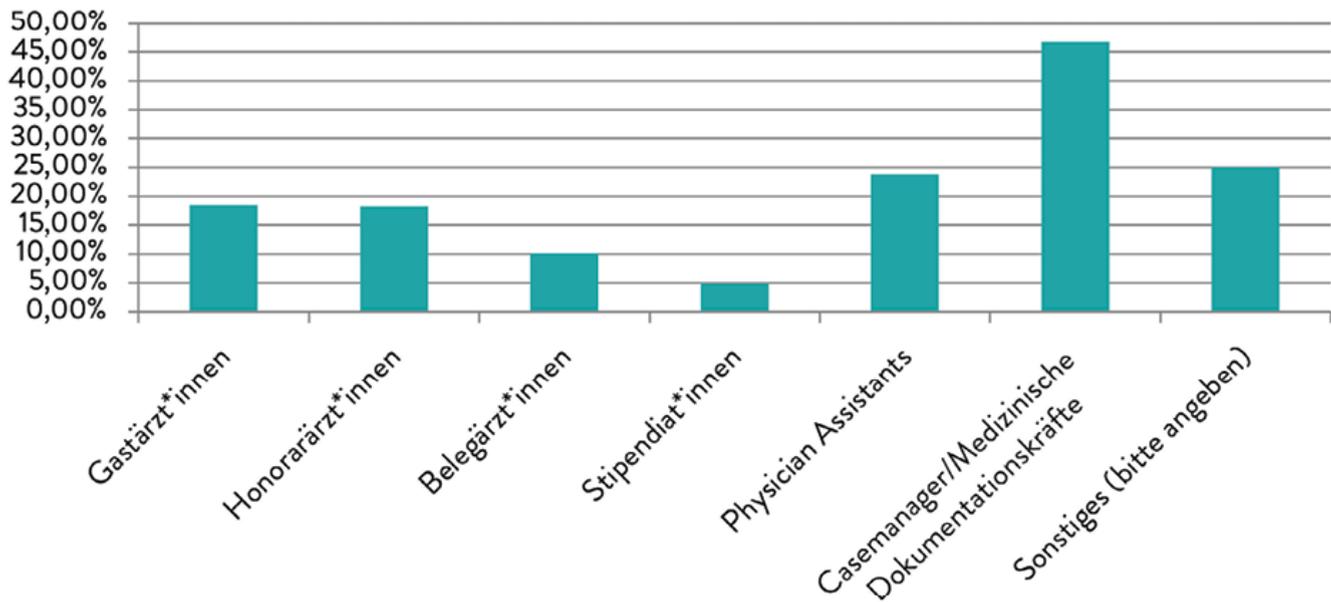


Abb. 15: Beschäftigung weiterer Fachkräfte

Wie war der Case Mix Index Ihrer Fachabteilung im vergangenen Jahr?

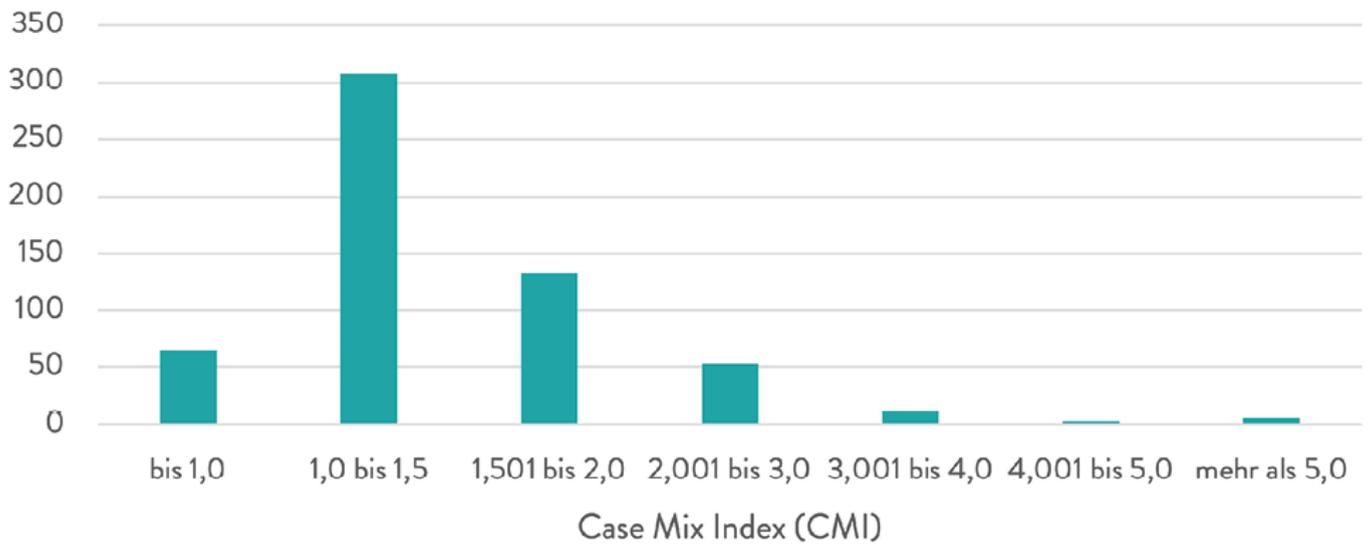


Abb. 16: Case Mix Index

Anzahl an Vollzeitkräften je CMI-Bereich

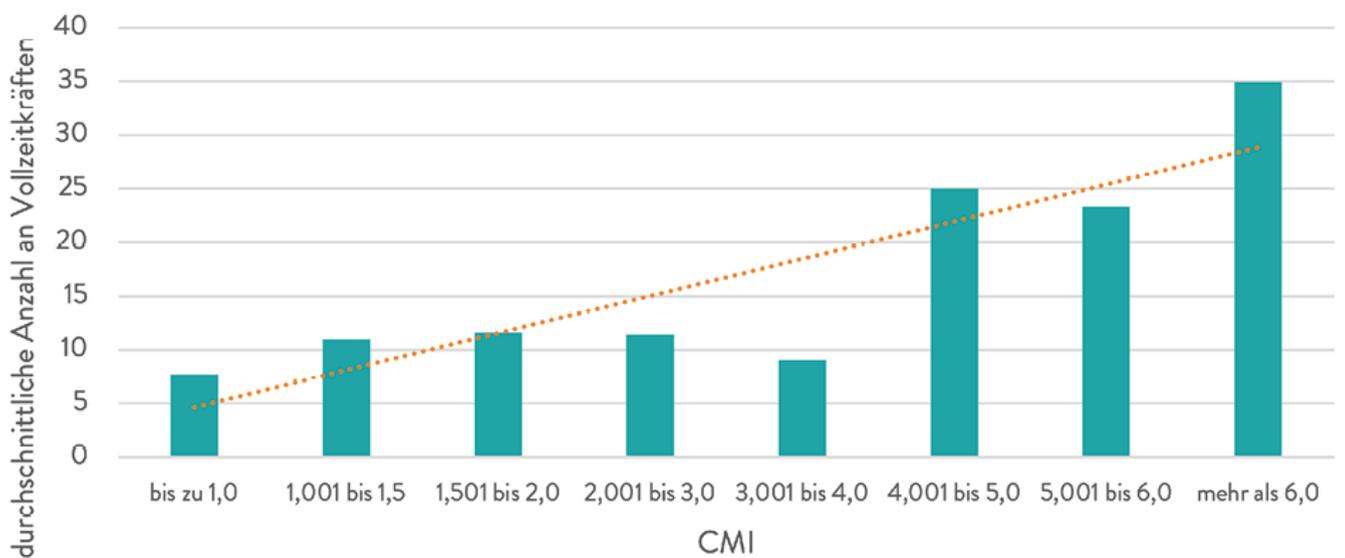


Abb. 17: Case Mix Index mit durchschnittlicher Anzahl an beschäftigten Vollzeitkräften

CMI Angaben in verschiedenen Fachbereich

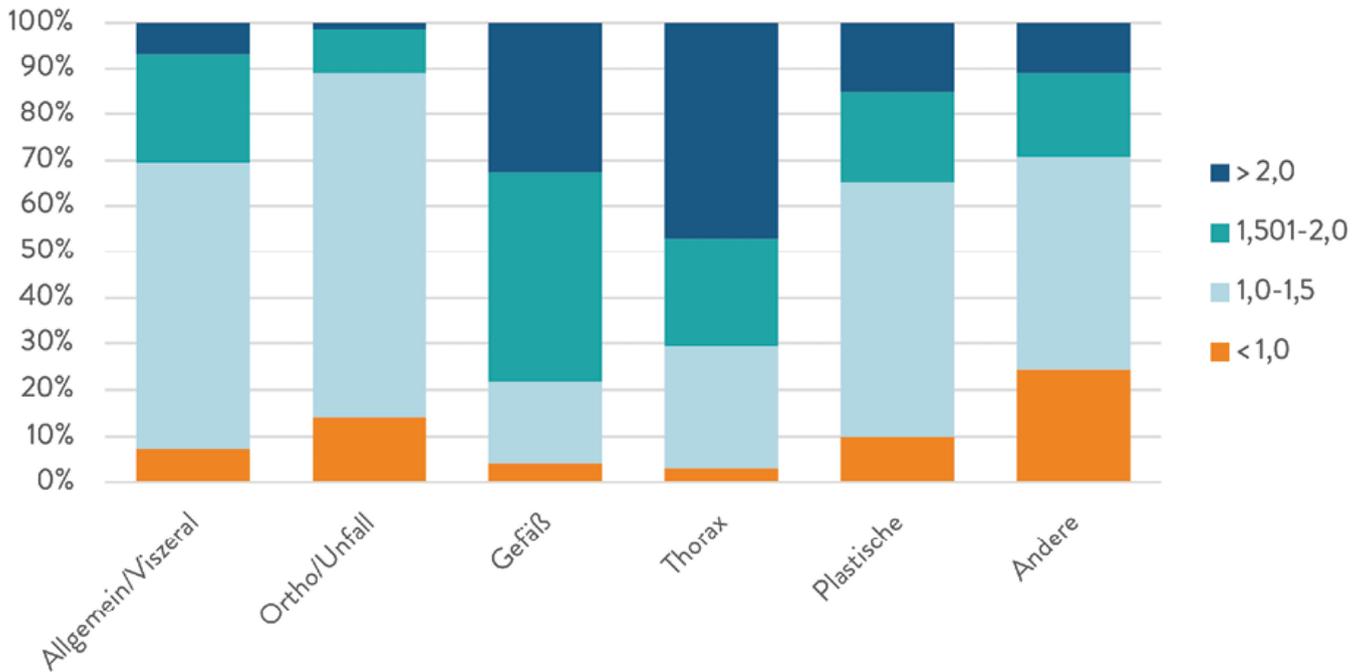


Abb. 18: Case Mix Index bezogen auf verschiedene chirurgische Fachbereiche

BWR bezogen auf Krankenhausgröße

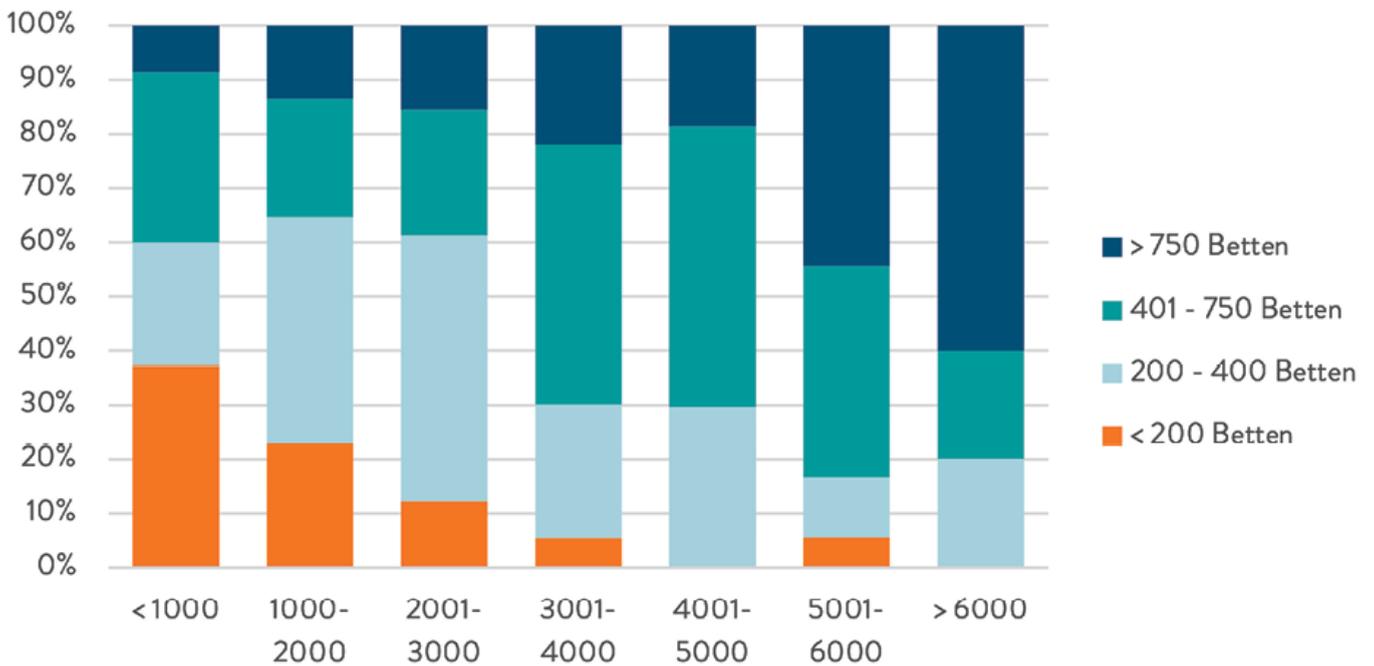


Abb. 19: Bewertungsrelation bezogen auf die Krankenhausgröße

Bewertungsrelation nach Abteilungsgröße

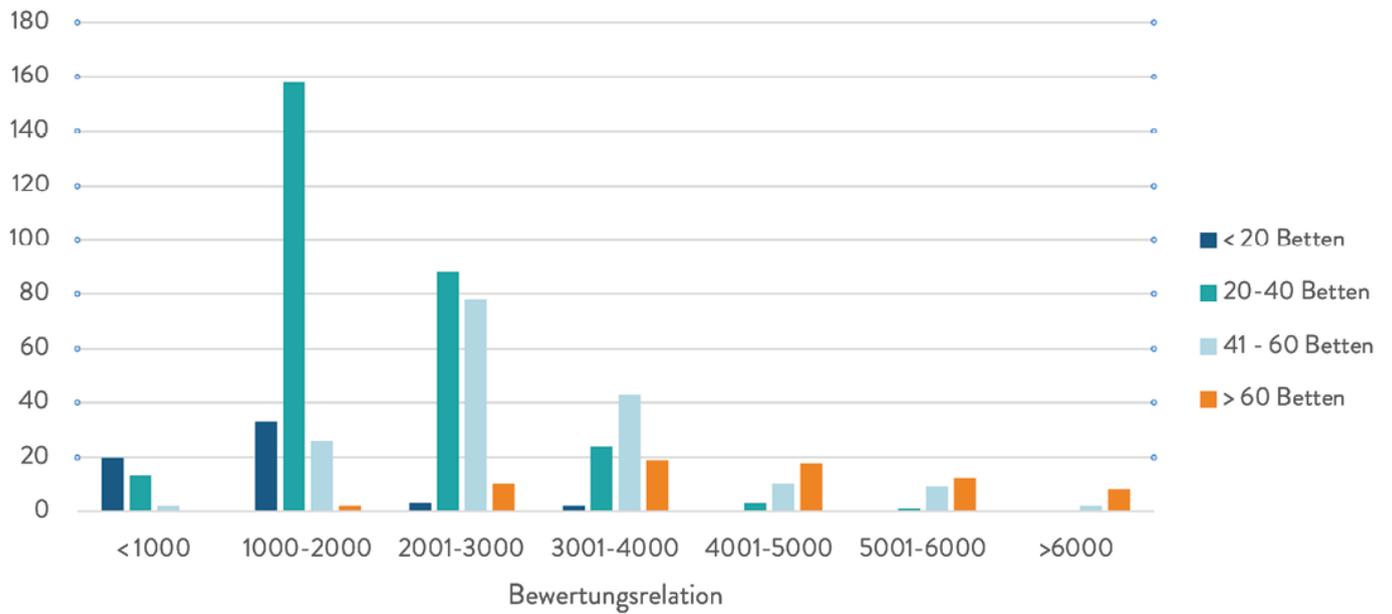


Abb. 20: Bewertungsrelation bezogen auf die Abteilungsgröße

BWR bezogen auf durchschnittliche Vollzeitkräfte

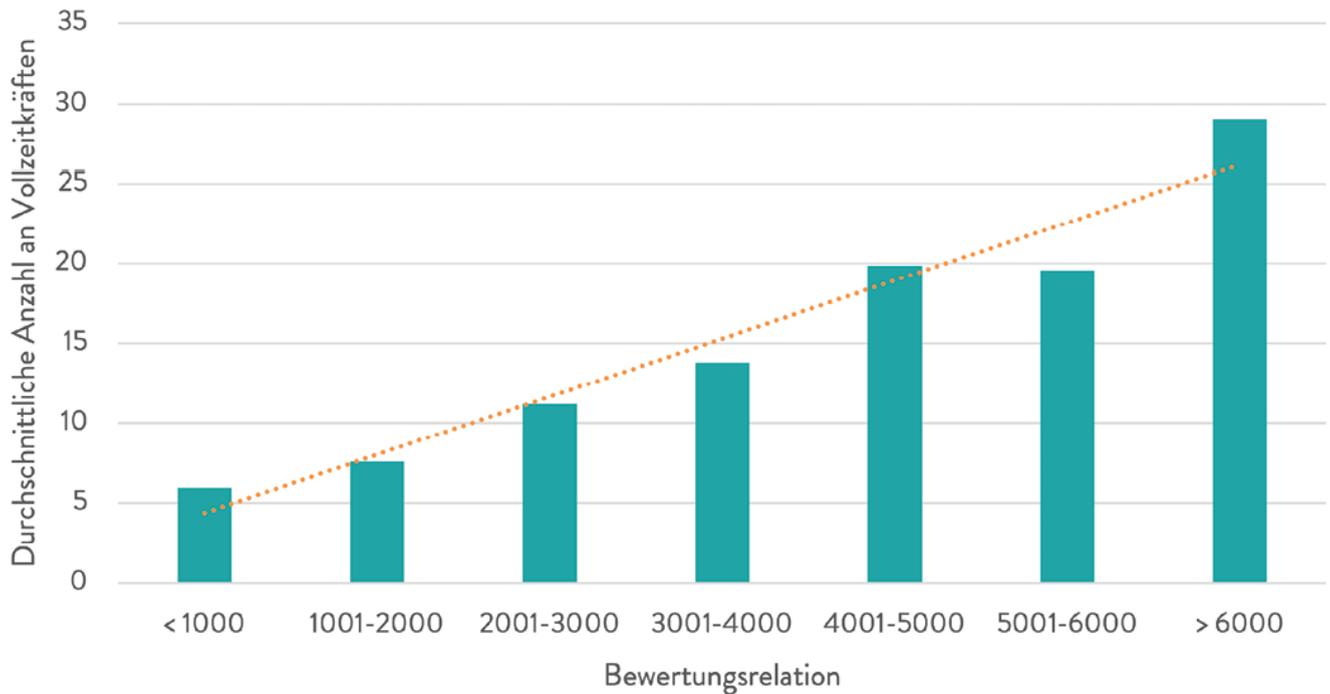


Abb. 21: Bewertungsrelation bezogen auf die Anzahl an beschäftigten Vollzeitkräften

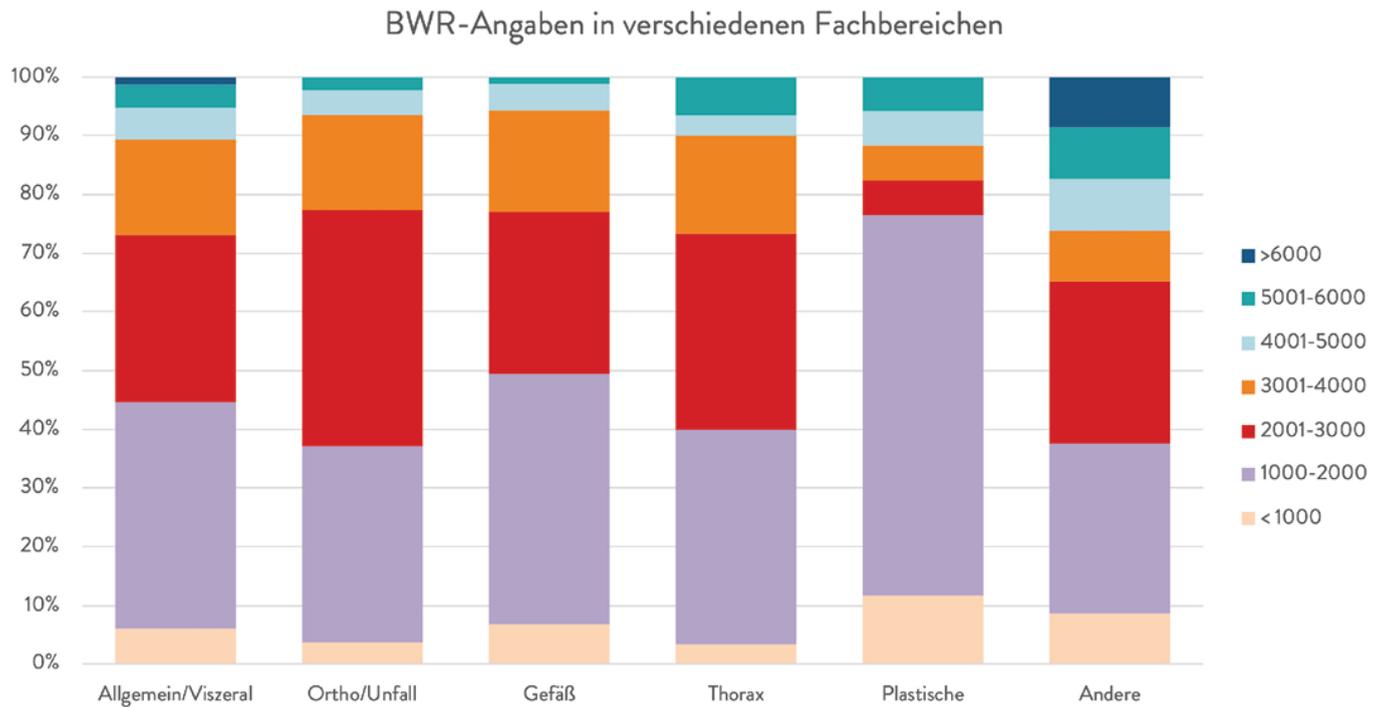


Abb. 22: Bewertungsrelation bezogen auf die chirurgischen Fachbereiche

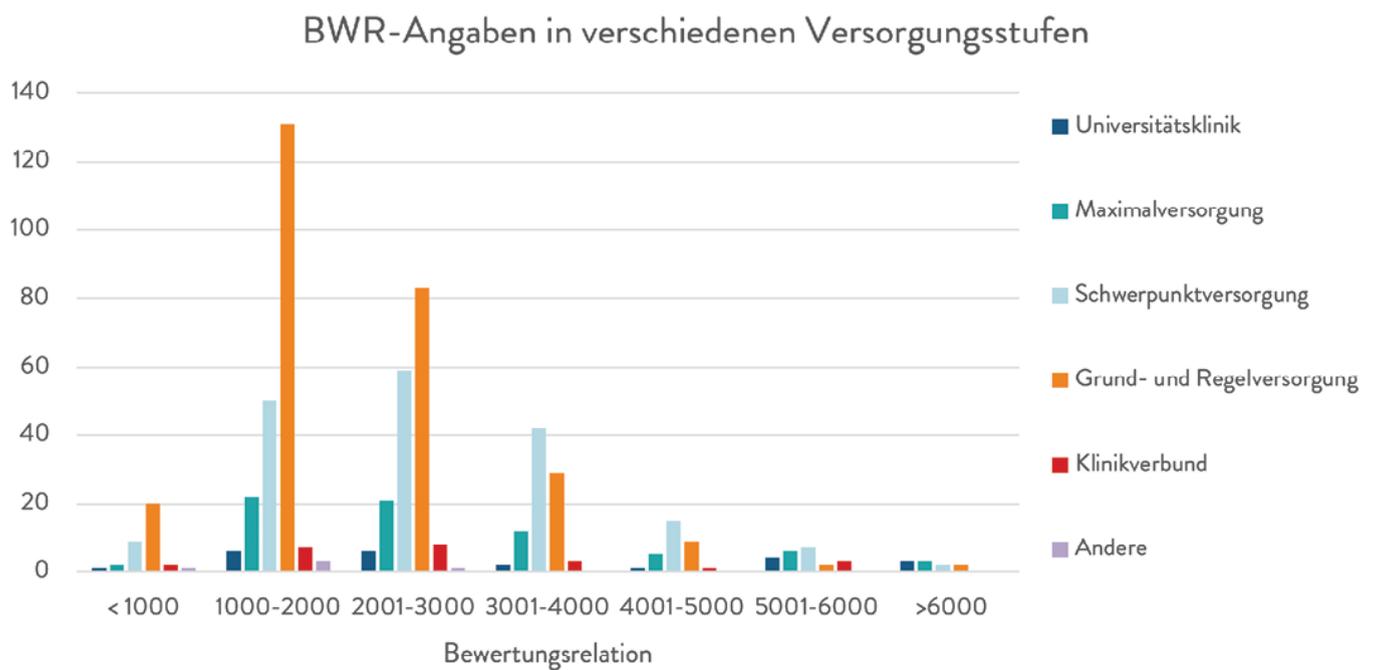


Abb. 23: Bewertungsrelation bezogen auf die Versorgungsstufe

Beschreibung des Befragungskollektivs

Altersstruktur und Geschlecht

576 Chefarzte (82,6 %), 115 (17,1 %) Chefarztinnen und 2 Diverse (0,3 %) haben an der Umfrage teilgenommen (n=693).

Die größte Gruppe gehört der Altersgruppe der 56- bis 60-Jährigen an. Der Altersgipfel liegt damit – entsprechend der Karrierestufe der Befragten – erwartungsgemäß über dem Altersdurchschnitt in Deutschland von 44,5 Jahren Ende 2019 ([Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung](#)).

Krankenhausstruktur

Mit ca. 36 % werden Krankenhäuser mit 200 bis 400 Betten am häufigsten als Arbeitsstelle der Teilnehmenden genannt, gefolgt von 29,5 % der Befragten, die an Krankenhäusern mit 401 bis 750 Betten tätig sind.

Chirurgische Schwerpunkte der Befragten

Der größte Anteil der Befragten stammt mit knapp 50 % aus der Fachgruppe der Allgemein- und Viszeralchirurgie. Ca. 29 % gehören dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie an. Dies entspricht tendenziell der Verteilung der Chefärzt:innen im BDC.

Tab. 1: Fachgruppenverteilung der Teilnehmer:innen (Mehrfachnennungen waren möglich)

Allgemein- und Viszeralchirurgie	49,6 %
Orthopädie/Unfallchirurgie	28,9 %
Gefäßchirurgie	19,3 %
Chirurgie	11,2 %
Thoraxchirurgie	9,3 %
Kinderchirurgie	3,6 %
Plastische Chirurgie	3,45 %
Herzchirurgie	0,75 %
Sonstiges	3,45 %

Versorgungsstufe der Krankenhäuser und Abteilungsgröße

Ca. 43 % der Befragten sind an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung beschäftigt. Krankenhäuser der Maximalversorgung und Universitätskliniken machen zusammen nur 20 % des Gesamtkollektivs aus. Die durchschnittliche Abteilungsgröße liegt bei 20 bis 40 Betten.

Altersverteilung auf die Krankenhausgröße

Es zeigt sich, dass die Altersgruppen Ü40 relativ ähnlich auf die Krankenhausgrößen verteilt sind. Dabei imponiert der Anteil der Chirurg:innen, die an Kliniken mit weniger als 200 Betten arbeiten, bei über 50-Jährigen merklich höher. Bei Ärzt:innen zwischen 30 und 40 Jahren ist dieser Prozentsatz deutlich geringer. Dafür arbeitet die Majorität derer an großen Krankenhäusern mit mehr als 750 Betten.

Wichtige Ergebnisse

Ambulantes Operieren

Mehr als 90 % der Umfrageteilnehmer besitzen die Möglichkeit, ambulant zu operieren. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ([Destatis 2021](#)) werden in 1.121 von insgesamt 1.914 Krankenhäusern in Deutschland (entspricht ca. 59 %) ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe nach § 115b SGB V erbracht. Die Auswertung der Personalbemessung in der Chirurgie zeigt, dass in Krankenhäusern mit chirurgischer Fachabteilung dieses Merkmal deutlich stärker ausgeprägt ist.

Personalschlüssel

Aus den Antworten der Befragten kann ermittelt werden, dass in ihrem Verantwortungsbereich durchschnittlich 1,2 Chefärzt:innen, 1,7 Oberärzt:innen, 5,3 Fachärzt:innen und 6,6 Assistenzärzt:innen in Weiterbildung beschäftigt sind.

Zusätzliche Tätigkeiten und deren Berücksichtigung im Stellenschlüssel

Durch das ärztliche Personal werden erwartungsgemäß zahlreiche zusätzliche Tätigkeiten abgedeckt. Unter anderem geben 95 % der Teilnehmer an, dass Konsiliardienste in ihren Verantwortungsbereich entfallen. 85 % sind ebenfalls für administrative Aufgaben, wie die Kodierung, MD-Anfragen und die Organisation des Qualitätsmanagements zuständig. 72 % besetzen zusätzlich die jeweilige ZNA/Rettungsstelle.

Mit ca. 76 % bekundet ein hoher Anteil der Befragten, sich an der studentischen Ausbildung im Rahmen des praktischen Jahres zu beteiligen.

Trotz der Fülle an zusätzlichen Aufgaben beantworten nur 27 % der Teilnehmenden die Frage, ob die zusätzlichen Tätigkeiten in ihrem Stellenschlüssel berücksichtigt werden, positiv.

Etwa ein Drittel (ca. 34 %) der Chefärzt:innen gibt an, bereits unter den gegebenen Umständen unbesetzte Arztstellen zu haben.

Die relative Verteilung der Antworten nach Größe der Krankenhäuser zeigt, dass in Häusern mit über 750 Betten (28,5 %) tendenziell weniger chirurgische Arztstellen unbesetzt sind als in Häusern mit 400 und weniger Betten (36 %).

Der geringste Anteil unbesetzter Arztstellen wird seitens der teilnehmenden plastischen Chirurg:innen (18 %) angegeben, die höchste Anzahl von Gefäßchirurg:innen (40,5 %). In der Gruppe der Allgemein- und Viszeralchirurgie bekunden im Vergleich 34 % unbesetzte Arztstellen zu haben, Orthopädie und Unfallchirurgie 32 %.

Vor dem Hintergrund unbesetzter Arztstellen und mangelnder Berücksichtigung zusätzlicher Aufgaben im Stellenschlüssel erscheint es plausibel, dass 47 % der Befragten angeben, Case Manager bzw. Dokumentationskräfte zu beschäftigen. Rund ein Viertel (24 %) verfügen über Physician Assistants in ihren Abteilungen. Honorarärzte (18 %), Gastärzte (18,5 %) und Belegärzte (10 %) ergänzen die Klinikteams, wobei sich auch in dieser Umfrage widerspiegelt, dass das Belegarztwesen offenbar an Attraktivität verloren hat.

Orientierende Analyse der angegebenen Bewertungsrelationen

Der Case Mix Index (CMI) liegt mit 54 % bei der Mehrheit der Befragten zwischen 1,0 und 1,5. Die Verteilung erscheint plausibel.

Bezieht man den angegebenen CMI auf die durchschnittliche Anzahl an beschäftigten Vollzeitkräften in den entsprechenden Abteilungen, fällt auf, dass ein besonders hoher CMI ($> 4,0$) mit einer durchschnittlich hohen Anzahl an Vollzeitkräften (> 23) einhergeht.

Aufgeschlüsselt nach den Fachbereichen zeigen sich mit einem durchschnittlichen CMI von 1,0 bis 1,5 ähnliche Ergebnisse für die Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Orthopädie und Unfallchirurgie und die Plastische Chirurgie. Der durchschnittliche CMI in den Abteilungen der befragten Gefäß- und Thoraxchirurg:innen liegt deutlich höher.

Ähnliche Gesetze gelten für Bewertungsrelationen. Auch Leistungsentgelte steigen erwartungsgemäß mit der Krankenhaus-/Abteilungsgröße und korrelieren mit der Anzahl qualifizierter Mitarbeiter:innen.

Bezogen auf die verschiedenen Fachbereiche fällt auf, dass die am häufigsten angegebene Bewertungsrelation zwischen 1.000 und 2.000 liegen. Nur im Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie ist ein Bereich von 2.001 bis 3.000 häufiger angegeben.

Betrachtet man die Versorgungsstufen der Krankenhäuser, zeigt sich, dass insbesondere für die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und „Andere“ der Anteil eines BWR-Wertes zwischen 1.000 und 2.000 besonders groß ist. In Kliniken der Schwerpunkt- und der Maximalversorgung und Universitätskliniken liegt ein erheblicher Anteil der BWR-Angaben über 3.000 und sie werden damit erwartungsgemäß höher bewertet als niedrigere Versorgungsstufen.

47 % der Befragten beschäftigen Casemanager:innen und/oder medizinische Dokumentationskräfte. Eine Assoziation zwischen der Höhe der Bewertungsrelation und dem Anteil der Befragten mit Casemanager:in/Dokumentationskraft ließ sich nicht nachweisen. Zwar scheint im Bereich von 1.000 bis 4.000 ein positiver Zusammenhang erkennbar zu sein. Danach jedoch weichen die Angaben vom anfänglichen Trend ab.

Die Größe der Effekte, bzw. die Unabhängigkeit der Variablen in ihrer Assoziation mit Bewertungsrelationen bzw. Case Mix Index waren nicht Gegenstand dieser Analyse und sollten Inhalt weiterer Untersuchungen sein.

Bereitschaft zur weiteren Unterstützung

Die abschließende Frage nach der individuellen Bereitschaft, ggf. weitere Daten für detailliertere Analysen, wie z. B. DRG-Listen oder § 21-Daten zur Verfügung zu stellen, beantworten 61,8 % mit „nein“. Knapp 40 % der Befragten hingegen wären bereit, weitere Auswertungen zu unterstützen.

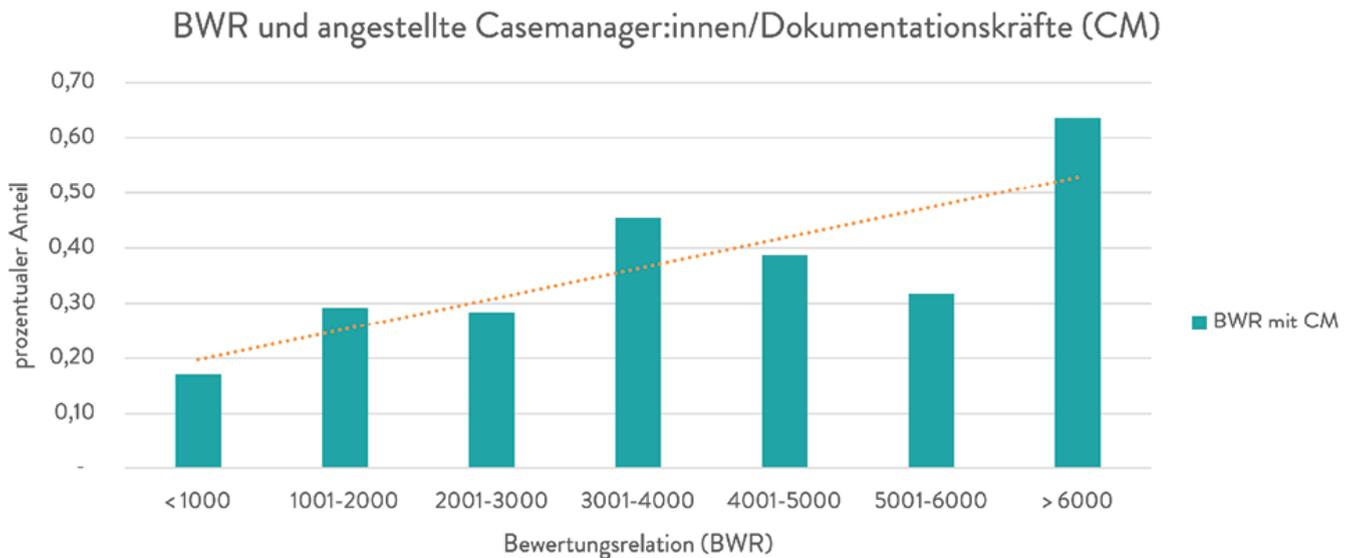


Abb. 24: Zusammenhang zwischen der Bewertungsrelation und dem Einsatz von Casemanager:innen

Wären Sie bereit, weitere Daten
(z. B. DRG-Listen, § 21-Daten etc.)
für detailliertere Analysen zu Verfügung zu stellen?

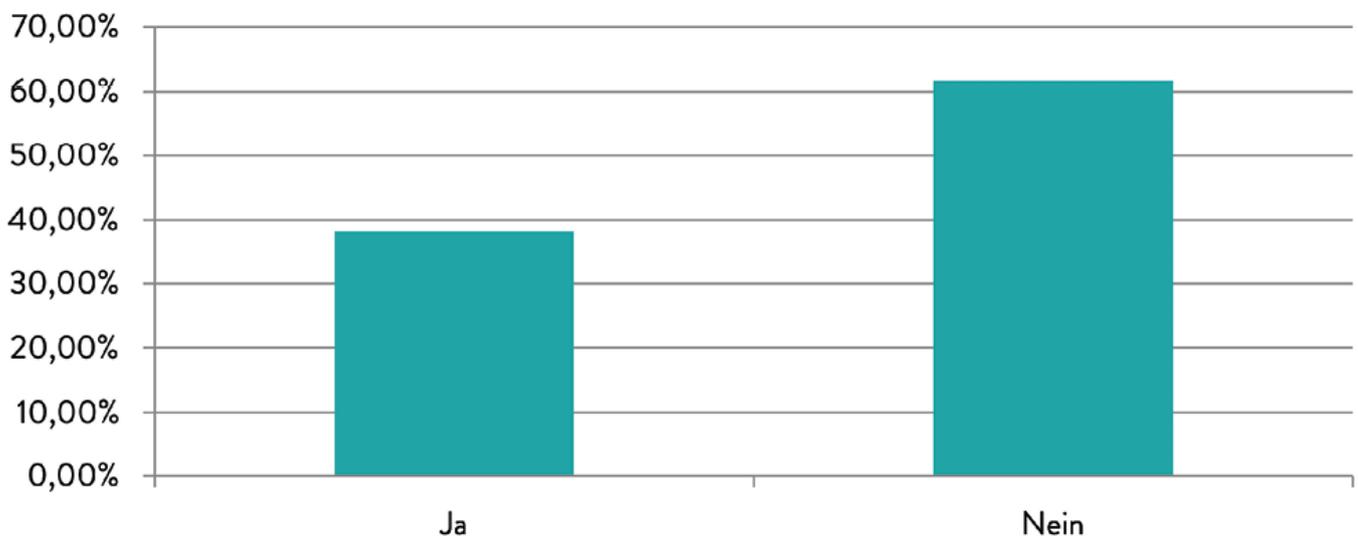


Abb. 25: Bereitschaft für weitere Analysen Daten bereit zu stellen

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Das Kollektiv der befragten Chefärzt:innen im BDC entsprach überwiegend den Erwartungen: Etwa 89 % der Teilnehmer waren männlich. Der Altersgipfel lag bei 51 bis 60 Jahren. Knapp 75 % aller Antwortenden waren Ü50. Dieses Resultat ist neben der „hierarchischen Timeline einer chirurgischen Karriereleiter“ in Relation zur demografischen Entwicklung zu sehen. Das Ausscheiden der Babyboomer aus dem aktiven Berufsleben wird eine Herausforderung. Verlängerungen von Arbeitsverhältnissen über den Renteneintritt hinaus sind zu erwarten. Darüber hinaus trafen wir ältere Chirurg:innen eher in kleineren Krankenhäusern an. Dieses Phänomen wird der Arbeitsbelastung – insbesondere im Notfallgeschäft – geschuldet sein. Die Mehrzahl der Studienteilnehmenden war an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung mit 200 bis 400 Betten in Abteilungen mit 20 bis 40 Betten tätig. Mit über 50 % der Befragten gehörten, entsprechend der Verteilung der BDC-Mitglieder, überproportional viele Umfrageteilnehmer der Fachgruppe der Allgemein- und Viszeralchirurgie an.

Die Tatsache, dass mehr als 90 % der Chirurg:innen in Deutschland die Infrastruktur besitzen, ambulant zu operieren, überrascht positiv.

Durchschnittlich waren im Verantwortungsbereich der Befragten 1,2 Chefärzt:innen, 1,7 Oberärzt:innen, 5,3 Fachärzt:innen und 6,6 Assistenzärzt:innen in Weiterbildung beschäftigt.

Die Befragten gaben an, neben der chirurgischen Kerntätigkeit für zahlreiche zusätzliche Aufgaben verantwortlich zu sein, z. B. Konsiliardienste (95 %), Dokumentation/Administration (85 %) sowie ZNA/Rettungsdienste (72 %). 76 % aller Antwortenden beteiligten sich an der Ausbildung von Studierenden im Praktischen Jahr. Die Diversifizierung der ärztlichen Tätigkeiten zeigte, dass bei 73 % der Umfrageteilnehmer – dem entsprechen fast Dreiviertel des Studienkollektivs – zusätzliche Aufgaben wie Konsiliar- und Notaufnahmedienste sowie Administration/Dokumentation nicht im Stellenschlüssel berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass 34 % des Studienkollektivs angaben, unbesetzte Arztstellen zu haben. Demgegenüber imponierte zwangsläufig eine relativ hohe Quote an „paramedizinischen“ Angestellten. 47 % beschäftigen Case Manager bzw. Dokumentationskräfte und 24 % haben ihr Team durch Physician Assistants erweitert. Interessant erscheint die Tatsache, dass sich unbesetzte Arztstellen fachspezifisch und indirekt proportional zur Krankenhausgröße darstellten. Zukünftig werden große Kliniken mit innovativen Techniken, wie zum Beispiel der Robotik, Wettbewerbsvorteile haben. Zudem sorgt die Neuauflage europäischer Mindestmengen anspruchsvoller operative Prozeduren für deren Zentralisierung.

Die Schaffung weiterer Arztstellen, um zusätzliche Tätigkeitsfelder zu berücksichtigen, würde voraussichtlich dazu führen, dass weitere Stellen nicht besetzt werden können. Dies spricht einmal mehr dafür, dass das Nachwuchsproblem dringend adressiert werden muss.

Vor dem Hintergrund knapper personeller Ressourcen lag ein besonderes Augenmerk auf der Analyse von Case Mix Index und Bewertungsrelationen in Hinblick auf die ärztliche Personalausstattung. Der CMI rangierte bei 47 % aller Befragten zwischen 1,0 bis 1,4. Zum einen konnte dargestellt werden, dass Universitätskliniken, Krankenhäuser der Maximalversorgung und Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung tendenziell höhere Bewertungsrelationen erreichen als Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Zum anderen korrelierten erwartungsgemäß höhere Bewertungsrelationen mit größeren Krankenhäusern, größeren Abteilungen und mehr Vollzeitäquivalenten für Chirurg:innen. Ob die höhere Anzahl an Vollzeitäquivalenten im Zusammenhang mit den höheren Bewertungsrelationen steht oder letztlich eine Folge der höheren Abteilungsgrößen ist, kann anhand der vorliegenden

Auswertungen nicht beurteilt werden. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass chirurgische Fächer differente Deckungsbeiträge erzielen sowie unterschiedlich refinanziert sind.

Diskussion und Ausblick

Als Limitation der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich bei dem Untersuchungskollektiv um freiwillige Teilnehmer an einer Online-Befragung zur Personalbemessung handelt. Ein Bias, der sich aus der Bereitschaft zur Teilnahme ergibt, ist insofern nicht auszuschließen. Zudem handelt es sich um rein orientierende Auswertungen. Quantitative statistische Verfahren wurden nicht eingesetzt. Die Unabhängigkeit der unterschiedlichen Variablen war nicht Gegenstand der statistischen Analyse.

Die vorliegende Studie liefert Hinweise für eine Ressourcenknappheit im Bereich des chirurgischen Personals in deutschen Krankenhäusern. Um die empirische Grundlage für etwaige Personalverhandlungen zu verbessern und es Kolleg:innen zu erleichtern, anhand anerkannter Benchmarks mit Geschäftsführungen auf Augenhöhe zu sprechen, sollten weitergehende Analysen des Status quo der Personalausstattung, differenziert u. a. nach Krankenhausstruktur, Abteilungsgröße, Fachrichtung, Aufgabenspektrum und Versorgungsauftrag, erfolgen, z. B. auf Basis der InEk-Daten von rund 200 Kalkulationshäusern. In einem weiteren Schritt könnten differenzierte Darstellungen des Ist-Zustands um arbeitsanalytische Auswertungen vor Ort erweitert werden. Erst anhand einer Gegenüberstellung des Status quo mit dem tatsächlichen Mitarbeiterbedarf vor Ort, also dem Soll-Zustand, ist eine fachlich fundierte Personalabschätzung möglich.

Tonus C: Personalbemessung in der Chirurgie: Wie ist der IST-Zustand? Passion Chirurgie. 2022 Mai; 12(05): Artikel 04_01.

Autor des Artikels



Prof. Dr. med. Carolin Tonus

Vorsitzende des BDC-Landesverbandes Hamburg
Ärztliche Direktorin und Chefärztin Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Asklepios Klinik St. Georg
Lohmühlenstraße 5
20099 Hamburg

[> kontaktieren](#)