

Name des Autors: Martin Müller

Matrikelnummer des Autors: 10707

**Arbeitsmotivation von Fachärzten und -ärztinnen im Krankenhaus – Rahmenbedin-
gungen, Herausforderungen und Implikationen für das Personalmanagement**

Theoretische Grundlagen und eine empirische Studie in Kooperation mit der
Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern

Master-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Business Administration (MBA)

Studiengang: General Management

Department Wirtschaft und Management

Deutsche Universität für Weiterbildung

Betreuer: em. o. Univ.-Prof. Dipl.-Kfm. Dr. Dr. h. c. Ekkehard Kappler

Datum der Einreichung: 14. Mai 2014

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Leistungen selbst erbracht habe. Ich erkläre weiter, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte wurden gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die wissenschaftliche Arbeit ist noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht worden. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

(Unterschrift) (Ort, Datum)

Danksagung

Ich danke recht herzlich der Ärztekammer des Landes Mecklenburg-Vorpommern für die zielorientierte und hilfreiche Kooperation sowie den Fachärzten, die an der Befragung teilgenommen haben, für ihre Unterstützung. Mein Dank geht auch an Herrn Prof. Kappeler für die Betreuung der Master-Thesis und an meine Familie.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	8
1.1.	Problemstellung	8
1.2.	Zielsetzung der Arbeit	9
1.3.	Forschungsfragen	10
2.	Theoretischer Teil	10
2.1.	Aktueller Forschungsstand	11
2.2.	Zur Lage deutscher Krankenhäuser	14
2.2.1.	Privatisierung der Krankenhäuser	15
2.2.2.	Ärztmangel in Deutschland	16
2.2.3.	Zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern.....	18
2.2.4.	Zwischenfazit	20
2.3.	Gesellschaftliche Rahmenbedingungen: Ursachen für den Ärztemangel in Deutschland	20
2.3.1.	Politische Vorgaben	20
2.3.2.	Gewandelte Aufgabenbereiche und Dokumentationspflichten.....	21
2.3.3.	Demografischer Wandel	22
2.3.4.	Neue Arbeitszeitmodelle	23
2.3.5.	Ab- und Zuwanderung von medizinischem Fachpersonal.....	23
2.3.6.	Technischer Fortschritt und Spezialisierung.....	24
2.3.7.	Urbanisierung.....	25
2.3.8.	Zwischenfazit	25
2.4.	Zentrale Herausforderungen für das Management von Krankenhäusern	26
2.4.1.	Krankenhausfinanzierung	26
2.4.1.1.	Investitionskosten	27
2.4.1.2.	Laufende Betriebskosten	29
2.4.1.3.	Zwischenfazit	30
2.4.2.	Personalmanagement	31
2.4.2.1.	Personalbedarfsplanung.....	32
2.4.2.2.	Personalgewinnung.....	33
2.4.2.3.	Personaleinsatz	33
2.4.2.4.	Personalentwicklung	34
2.4.2.5.	Personalfreisetzung	35
2.4.2.6.	Personalmotivation.....	35
2.4.2.7.	Employer Branding	36
2.4.2.8.	Zwischenfazit	36
2.5.	Arbeitsmotivation von Ärzten und Ärztinnen	37
2.5.1.	Motiv und Motivation	37
2.5.2.	Theorien der Arbeitsmotivation	38
2.5.2.1.	Inhaltstheorien der Arbeitsmotivation	38
2.5.2.2.	Prozesstheorien der Arbeitsmotivation	39

2.5.2.3.	Zwischenfazit.....	40
2.5.3.	Anreize und Motivation.....	40
2.5.3.1.	Extrinsische Motivation.....	41
2.5.3.2.	Intrinsische Motivation.....	41
2.5.3.3.	Materielle Anreize.....	42
2.5.3.4.	Immaterielle Anreize.....	44
2.5.3.5.	Demotivation.....	46
2.5.3.6.	Zwischenfazit.....	47
2.6.	Hypothesengenerierung.....	47
3.	Empirischer Teil.....	50
3.1.	Beschreibung und Diskussion der Forschungsmethodik.....	50
3.2.	Erläuterung des Fragebogens.....	51
3.3.	Deskription der Grundgesamtheit.....	52
3.4.	Deskription der antwortenden Fachärzte und -ärztinnen.....	52
3.4.1.	Rücklauf und soziodemografische Daten.....	52
3.4.2.	Angaben zum Krankenhaus.....	53
3.5.	Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten.....	56
3.6.	Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen für das Personalmanagement.....	81
4.	Fazit.....	84
5.	Literatur.....	86
6.	Anhang.....	95
6.1.	Abkürzungsverzeichnis.....	96
6.2.	Anschreiben Fachärzte in Kliniken.....	97
6.3.	Fragebogen Fachärzte in Kliniken.....	99
6.4.	Anschreiben Fachärzte in der Niederlassung.....	110
6.5.	Fragebogen Fachärzte in der Niederlassung.....	112

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb 1.	Modell der wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Erklärung.....	11
Abb 2.	Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen deutscher Krankenhäuser in Prozent	14
Abb 3.	Anteil der Krankenhäuser, nach Trägerschaft (links), Anteil der Betten in den Krankenhäusern, nach Trägerschaft (rechts)	15
Abb 4.	Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst in Krankenhäusern nach Jahren	16
Abb 5.	Verteilung der Ärzte und Ärztinnen auf die unterschiedlichen Positionen in Mecklenburg-Vorpommern	19
Abb 6.	Vergleich der Entwicklungen der KHG-Fördermittel mit dem Bruttoinlandprodukt	28
Abb 7.	Kreislauf der Personalwirtschaft und die Elemente des Personalmanagements	32
Abb 8.	Maßnahmen einer systematischen Personalentwicklung.....	34
Abb 9.	Brutto-Einkommen deutscher Krankenhausärzte.....	42
Abb 10.	Finanzielle Anreize zur Ärzteakquise.....	43
Abb 11.	Alter der Befragten in Jahren	53
Abb 12.	Fachärzte und -ärztinnen in Krankenhäusern nach Ortsgröße (Einwohnerzahl)	54
Abb 13.	Verteilung der Fachärzte und -ärztinnen auf die Trägerschaft der Krankenhäuser	54
Abb 14.	In der Umfrage repräsentierte Krankenhäuser nach Typen	55
Abb 15.	Zugehörigkeit der Fachärzte und -ärztinnen zu Krankenhäusern nach Anzahl der Betten	55
Abb 16.	Befragte Fachärzte und -ärztinnen im Krankenhaus nach Position	56
Abb 17.	Darstellung der in 2013 ausgeschriebenen Stellen, der tatsächlich besetzten Stellen und der Anzahl der Bewerbungen, Angabe der befragten Chefärzte und - ärztinnen	57
Abb 18.	Stellenauslastung nach Arztfunktionen, Angabe der befragten Chefärzte und - ärztinnen zur Situation in ihren Abteilungen	58
Abb 19.	Besetzung der Abteilungen und der Notaufnahme mit Fachärzten bzw. - ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion.....	59
Abb 20.	Zustimmung zu den Fragen, ob Ärzte bzw. Ärztinnen ausreichend Zeit für Patienten bzw. Patientinnen oder Assistenten bzw. Assistentinnen haben	59
Abb 21.	Verteilung der Chefärzte und -ärztinnen nach Einwohnerzahl der Orte, in denen sich das Krankenhaus befindet.....	60
Tab 1.	Zusammenhang zwischen dem Krankenhausstandort und der Anzahl unbesetzter Stellen	61
Abb 22.	Verteilung der ausgeschriebenen Facharzt-Stellen auf Orte nach Einwohnerzahl, Angabe der befragten Chefärzte und -ärztinnen, n Stellen.....	62
Abb 23.	Verteilung der eingegangenen Bewerbungen auf Orte nach Einwohnerzahl, Angabe der befragten Chefärzte und -ärztinnen, n Bewerbungen	62
Abb 24.	Anzahl der ausgeschriebenen Stellen und eingegangenen Bewerbungen von Assistenzärzten und -ärztinnen in den Kliniken, Orte nach Einwohnerzahl	63
Abb 25.	Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche.....	64
Abb 26.	Anzahl der erbrachten Überstunden pro Woche nach Arzttyp	65

Abb 27.	Ruhezeiten der Ärzte	66
Abb 28.	Ruhezeiten der unterschiedlichen Facharztgruppen	66
Abb 29.	Erfassung der Überstunden von Fachärzten und -ärztinnen	68
Abb 30.	Formen der Vergütung von Überstunden bei Fachärzten und -ärztinnen	68
Abb 31.	Bruttomonatsverdienst der Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern in Euro	69
Abb 32.	Bruttomonatsverdienst der Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern in Euro nach Arztgruppe in Prozent.....	70
Abb 33.	Gerecht empfundene Entlohnung nach Arztgruppen in Prozent.....	71
Abb 34.	Gerecht empfundene Entlohnung nach Trägerschaft des Krankenhauses.....	72
Abb 35.	Darstellung der Zufriedenheit der jeweiligen Arztgruppe.....	73
Tab 2.	Durchschnittliche Arbeitszufriedenheit der Fachärzte und -ärztinnen in Krankenhäusern	74
Abb 36.	Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit des Gehaltes in Euro	75
Abb 37.	Darstellung der Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der wöchentlichen Arbeitszeit in Stunden	76
Abb 38.	Zufriedenheit der Fachärzte in Abhängigkeit von der technischen Ausstattung des Krankenhauses, Bewertung der technischen Ausstattung auf Basis der Aussage „Die technische Ausstattung in meinem Krankenhaus ist auf dem neuesten Stand.“	77
Abb 39.	Zufriedenheit der Fachärzte in Abhängigkeit der Zeit in Stunden, die pro Woche für DRG-Kodierung aufgewendet werden.....	78
Abb 40.	Motive von Fachärzten und -ärztinnen für das Ausscheiden aus dem Klinikdienst	79
Abb 41.	Motive für die Bewerbung von Fachärzten und -ärztinnen für die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus.....	80

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Lange Wartezeiten, volle Wartezimmer – qualifizierte Fachärzte und -ärztinnen sind begehrt. Es gibt so viele Ärzte und Ärztinnen wie nie zuvor in der Geschichte der Bundesrepublik, die mehr Patienten und Patientinnen versorgen denn je. In 2012 arbeiteten allein in den 2.000 deutschen Krankenhäusern¹ etwa 1,2 Millionen Menschen, die 18,6 Millionen Kranke versorgten. Die Ausgaben des Staates für das Gesundheitswesen steigen seit Jahren und überschritten im Jahr 2012 erstmals die Marke von 300 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2014). Das deutsche Gesundheitswesen ist ein gewaltiger Markt.

Dennoch stehen deutsche Krankenhäuser zunehmend unter Wettbewerbsdruck, der vor allem auf die Kommerzialisierung des Krankenhausbetriebes zurückzuführen ist (Sturm 2002). Einerseits konkurrieren sie um deutlich knapper werdende öffentliche Fördergelder, mit denen Investitionen in Krankenhäuser finanziert werden. „So sank das Verhältnis der öffentlichen Fördermittel zu den Krankenhausaussgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von ca. 25 Prozent Anfang der 70er Jahre auf unter vier Prozent 2013.“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2014) Andererseits konkurrieren die deutschen Krankenhäuser aber auch um die knappe Ressource Facharzt/-ärztin. In der öffentlichen Debatte wird regelmäßig auf den Fachärztemangel in deutschen Kliniken und damit einhergehend auf die Überlastung von Ärzten hingewiesen. „Auch wenn sich die Situation im vergangenen Jahr leicht entspannte, klagten 58 Prozent der Krankenhäuser über Schwierigkeiten bei der Besetzung von Arztstellen. Bei den Ärzten und Ärztinnen sind bundesweit etwa 2000 Vollzeitstellen vakant.“ (ARD 2014)

Eine ausreichende Besetzung der Kliniken mit medizinischem Fachpersonal ist einerseits eine zentrale Voraussetzung für die Patientenversorgung. Aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten ist sie andererseits zentral für den effizienten Betrieb von Krankenhäusern, für den Erhalt von Fachabteilungen und ganzen Krankenhäusern. Der Fachärztemangel hat sich damit zu einer fundamentalen Herausforderung für das Klinikmanagement entwickelt. Sofern es dem Klinikmanagement nicht gelingt, diesen zentralen Anforderungen zu begegnen, wird es gezwungen sein Abteilungen zu verkleinern oder gar zu schließen.

¹ Die Begriffe Krankenhaus und Klinik werden in der Arbeit synonym verwendet.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die Perspektiven sowie die Arbeitsmotivation von Fachärzten und -ärztinnen im Krankenhaus zu analysieren, um daraus Rückschlüsse für das Personalmanagement zu ziehen. Dazu wird im theoretischen Teil die Situation des deutschen Krankenhausmarktes umrissen. Auf dieser Basis werden der Ärztemangel und seine Ursachen genauer betrachtet. Nach der grundlegenden Darstellung des Krankenhausmarktes und der Identifikation der wichtigsten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden zwei zentrale Herausforderungen für das Management von Krankenhäusern in Deutschland beschrieben: die Finanzierung und das Personalmanagement.

Die Finanzierung ist eine zentrale Grundlage für das Bestehen von Krankenhäusern. Daneben kommt dem Personalmanagement eine elementare Bedeutung für den Erfolg eines Krankenhauses zu, denn nur mit genügend qualifiziertem ärztlichem Personal kann der Klinikbetrieb langfristig aufrecht erhalten werden. Vor diesem Hintergrund werden in der Arbeit die wichtigsten Aspekte des Personalmanagements dargestellt. Neben personalwirtschaftlichen Themen wird analysiert, was Fachärzte und -ärztinnen für den Dienst im Krankenhaus motiviert. Hierfür werden Theorien zur Arbeitsmotivation vorgestellt. Sie helfen Motive und Motivation von Ärzten und Ärztinnen besser zu verstehen, unterstützen die Entwicklung von Hypothesen und liefern so einen wichtigen Baustein für die empirische Untersuchung.

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung in Kooperation mit der Ärztekammer des Landes Mecklenburg-Vorpommern wurden 2.585 Fachärzte in Mecklenburg-Vorpommern hinsichtlich ihrer Arbeitssituation befragt. Die Master-Thesis beschränkt sich dabei auf die Analyse des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern. Es wird davon ausgegangen, dass der Ärztemangel in dem dünn besiedelten Flächenland deutlich ausgeprägt ist. Im Ergebnis der Arbeit werden Empfehlungen gegeben, wie das Klinikmanagement dem Fachärztebedarf begegnen kann.

Die Ergebnisse dieser Arbeit dienen der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommerns bei der Interessenvertretung gegenüber Stakeholdern wie Krankenkassen, Verwaltung und Politik. Sie liefern aber auch Denkanstöße für das Management von Krankenhäusern bei der Ausgestaltung ihrer Personalpolitik.

1.3. Forschungsfragen

Der Arbeit liegen die beiden folgenden Forschungsfragen zugrunde: Was motiviert Fachärzte und -ärztinnen für den ärztlichen Dienst im Krankenhaus? Welche Herausforderungen und Implikationen lassen sich daraus für das Personalmanagement ableiten?

Um diese Frage zu beantworten, wird sie in drei Teilstücke zerlegt, die nach der Arbeitssituation und -motivation von Fachärzten und -ärztinnen im Krankenhaus fragen:

1. Wie bewerten Fachärzte und -ärztinnen in Krankenhäusern ihre Arbeitssituation?
2. Welche Faktoren motivieren Fachärzte und -ärztinnen in Krankenhäusern?
3. Inwiefern hängen die Motivationsfaktoren und die Arbeitssituation mit der Arbeitszufriedenheit der Fachärzte und -ärztinnen zusammen?

2. Theoretischer Teil

Die Arbeit untersucht den Forschungsgegenstand auf drei Ebenen, die eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig bedingen (Coleman 1986): Auf der Makro-Ebene werden die Situation deutscher Krankenhäuser und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für den Ärztemangel betrachtet. Diese Rahmenbedingungen beeinflussen die Managemententscheidungen auf der Meso-Ebene. Letztlich wird untersucht, inwiefern die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die damit verbundenen Entscheidungen des Krankenhausmanagements die Situation von Ärzten in Krankenhäusern auf der Mikro-Ebene beeinflussen. Die intendierten Handlungen der Ärzte und Ärztinnen auf der Mikroebene wirken sich wiederum auf die Managemententscheidungen aus. In der Summe führen die Managemententscheidungen zu Veränderungen auf der Makroebene.

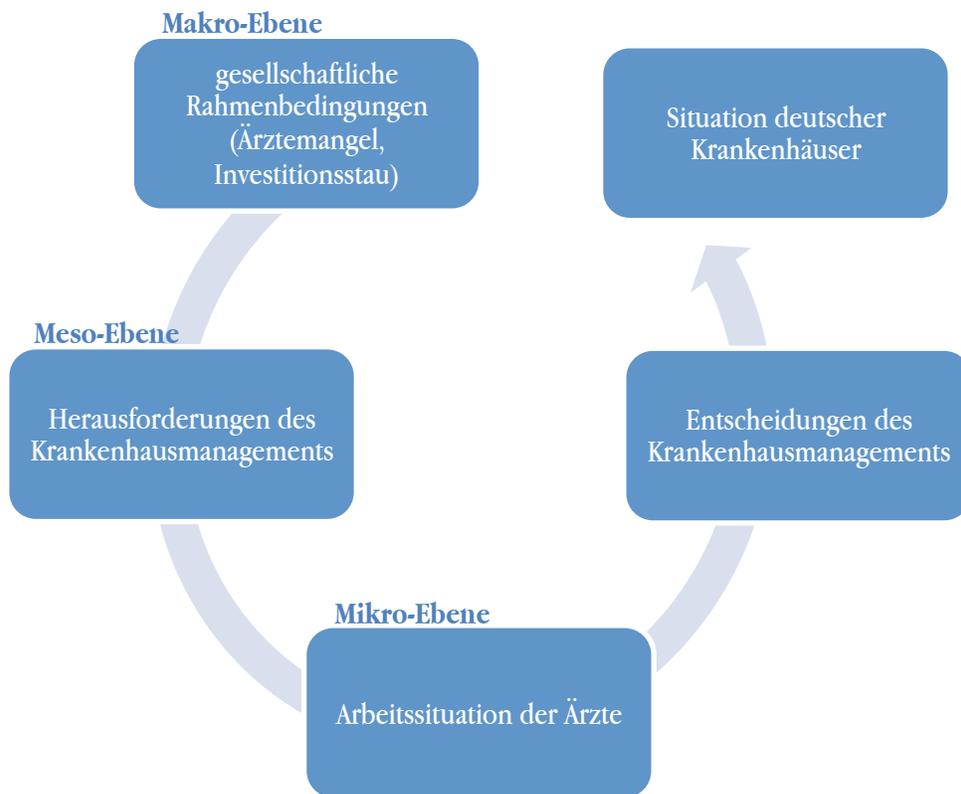


Abb 1. Modell der wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Erklärung (in Anlehnung an McClelland 1961 und Coleman 1986)

2.1. Aktueller Forschungsstand

Über die Situation der Krankenhäuser in Deutschland gibt es im Vergleich zu anderen Branchen eine außerordentlich gute und transparente Datenlage. Einerseits werden die Grunddaten der Krankenhäuser jährlich vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht. Andererseits gibt es zahlreiche Studien, die die Situation der deutschen Krankenhäuser abbilden und Handlungsempfehlungen für das Management von Krankenhäusern liefern. Hierbei handelt es sich zumeist um Praxisforschung, die von Berufsverbänden oder Unternehmensberatungen durchgeführt wird.

Besondere Relevanz hat das „Krankenhaus Barometer“, das seit 2000 jährlich vom Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands sowie der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft veröffentlicht wird. Ziel der repräsentativen Studie ist es, die aktuelle Entwicklung in deutschen

Krankenhäusern für die Politik und das Krankenhausmanagement aufzuzeigen. Ebenfalls vom DKI veröffentlicht wurde die Studie „Ärztmangel im Krankenhaus“ im Jahr 2010. Dort werden Ausmaß und Ursachen des Ärztemangels in deutschen Kliniken untersucht und Gegenmaßnahmen vorgeschlagen, um diesem Mangel zu begegnen.

Die Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) veröffentlichte 2013 die Studie „Health at a Glance“, in der unter anderem die medizinische Versorgung in deutschen Krankenhäusern und der Bedarf an Ärzten und Ärztinnen ermittelt und weltweit verglichen wird. Im internationalen Vergleich ist die Krankenhausversorgung in Deutschland überdurchschnittlich gut (OECD 2013).

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) veröffentlichte die beiden Studien „Krankenhaus Rating Report 2013 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse“ und „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2012“ und stellte dabei die Bedeutung der privaten Krankenhäuser für die Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik heraus (RWI 2013; RWI 2012). Die Studie „Zukunft für das Krankenhaus“ der HWP Planungsgesellschaft und der Robert Bosch Stiftung (RBS) aus dem Jahr 2007 entwickelt zahlreiche Vorschläge wie Krankenhäuser zukunftsfähig gemacht werden können (RBS 2007). Die von Roland Berger (2013) und Kienbaum (2009) veröffentlichten Studien weisen explizit auf den Personalmangel und die angespannte Arbeitssituation in deutschen Krankenhäusern hin, die sich im Rahmen des demografischen Wandels weiter verschärfen wird. Die Unternehmensberatung KPMG zeigte 2013 in einer Studie darauf, dass es keinen statistischen Zusammenhang zwischen der Qualität der medizinischen Behandlung eines Krankenhauses und dessen wirtschaftlichem Erfolg gibt (KPMG 2013). Die Autoren empfehlen einerseits ein Vergütungssystem, das die Qualität der Behandlung belohnt und nicht das Mengenwachstum, außerdem wird die Verbesserung der Qualitätsberichterstattung nahegelegt, die die tatsächliche Qualität der Behandlung öffentlich abbildet. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO hat 2013 in Kooperation mit dem Meinungsforschungsinstitut TNS Emnid die trägerübergreifende Fusion von (öffentlichen und freigemeinnützigen) Krankenhäusern analysiert. Das zentrale Ergebnis: die Trägerschaft wird bei künftigen Fusionen an Bedeutung verlieren (BDO 2013).

Die Tatsache, dass nahezu jede große Unternehmensberatung die Situation von Ärzten und Ärztinnen bzw. Krankenhäusern in einer eigenen Studie untersucht lässt erahnen,

dass der Gesundheitssektor ein umkämpfter Markt ist, auf dem sich mit der entsprechenden Kompetenz und Deutungshoheit viel Geld verdienen lässt. Die Studienergebnisse sind allerdings mit der entsprechenden Vorsicht zu genießen, da sie, nicht nur, aber auch, die strategischen Interessen der Unternehmensberatungen widerspiegeln.

Wie dieser kurze Überblick zeigt, betrachten die meisten verfügbaren Studien den Untersuchungsgegenstand „Ärztemangel im Krankenhaus“ auf der Makro- oder Mesoebene. Vergleichsweise selten wird jedoch untersucht, wie die Situation von Fachärzten und -ärztinnen selbst wahrgenommen wird. Blum und Löffert haben 2010 die „Einschätzung der Arbeitsbedingungen aus Mitarbeitersicht“ betrachtet (Blum & Löffert 2010). Allerdings haben auch sie nicht die Ärzte und Ärztinnen direkt befragt, sondern das Management, das auf Basis von Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbefragungen die Sicht der Ärzteschaft stellvertretend wiedergab. Die Studie stellt zentrale Variablen heraus, die zur Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen mit ihrer Arbeitssituation beitragen. Positiv bewertet wurden die Qualität der Weiterbildung, das Betriebsklima, Kommunikation und Zusammenarbeit im Ärztlichen Dienst. Eher negativ eingeschätzt wurden die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitsbelastung und die Arbeitszeiten sowie die Arbeitsorganisation. Ein interessantes Ergebnis der Studie sind die signifikanten Unterschiede bei der Einschätzung der Arbeitssituation in Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses. So war in kleineren Krankenhäusern die Arbeitsbelastung niedriger und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eher gegeben.

Eine Studie der Universität Rostock aus dem Jahr 2012 untersucht die Arbeitszufriedenheit von Hausärzten und -ärztinnen in Mecklenburg-Vorpommern (Altiner 2012). Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern mit ihrer Arbeitssituation insgesamt zufrieden sind. Außerdem wurde bereits im Jahr 2002 die Arbeitssituation der Ärzteschaft in Kliniken des Landes Mecklenburg-Vorpommern von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern untersucht (Ärztekammer MV 2002).² Die Arbeit knüpft hier an und nimmt eine aktuelle Bestandsaufnahme der Situation von Fachärzten und -ärztinnen in Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern vor.

² Auf die Ergebnisse wird im empirischen Teil der Arbeit Bezug genommen.

2.2. Zur Lage deutscher Krankenhäuser

Krankenhäuser sind laut Krankenhausfinanzierungsgesetz aus dem Jahr 1972 (KHG) definiert als „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.“ (KHG § 2 Abs. 1)

Um die Situation des Managements in deutschen Krankenhäusern besser einordnen zu können, werden nachstehend die wichtigsten Kennzahlen und die Entwicklung seit 1991 dargestellt.

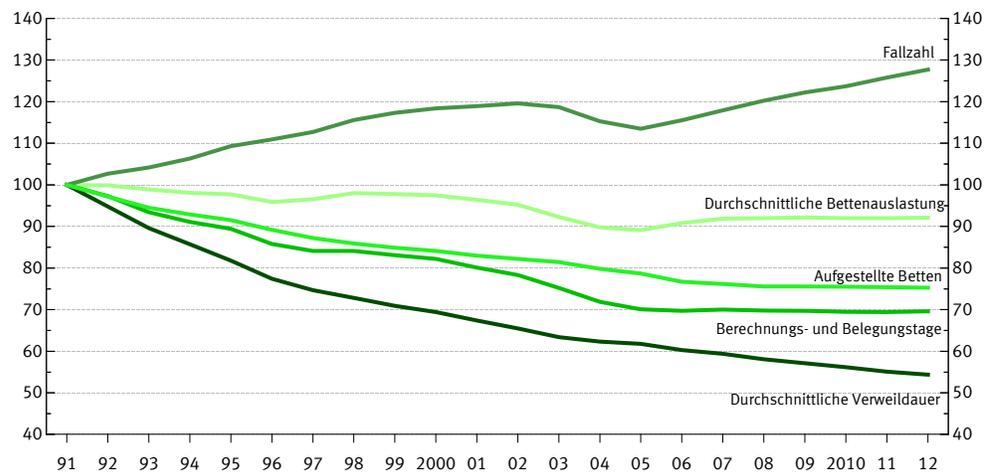


Abb 2. Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen deutscher Krankenhäuser in Prozent (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)

In der Abbildung wird die Entwicklung in Deutschland in den vergangenen 20 Jahren ersichtlich, die Angaben sind in Prozent dargestellt. Im Jahr 2012 ist:

- die durchschnittliche Bettenauslastung (77,4 Prozent),
- die Anzahl der aufgestellten Betten (501.000),
- die durchschnittliche Verweildauer (7,6 Tage) und
- die Berechnungs- und Belegungstage (142.024 Tage)

in deutschen Krankenhäusern gesunken sind, während im gleichen Zeitraum die Fallzahlen, also die Anzahl der zu behandelnden Patienten und Patientinnen auf 18.620.442 angestiegen ist.

In den vergangenen zwanzig Jahren ist die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland

kontinuierlich zurückgegangen (Statistisches Bundesamt 2013). Im Jahr 2012 gab es deutschlandweit 2.017 Krankenhäuser, 1991 waren es noch 2.411 gewesen.

2.2.1. Privatisierung der Krankenhäuser

Krankenhäuser werden in drei unterschiedliche Trägerschaften eingeordnet: in öffentliche,³ freigemeinnützige und private Einrichtungen. 1991 gab es deutschlandweit 1.110 öffentliche Krankenhäuser. Im Jahr 2012 waren es nur noch 601, von denen der überwiegende Teil privatrechtlich organisiert ist. Die Zahl der freigemeinnützigen Kliniken verringerte sich ebenfalls merklich von 943 auf 719 Häuser. Die Anzahl der Kliniken in privater Trägerschaft stieg hingegen von 358 im Jahr 1991 auf 697 im Jahr 2012. In der Abbildung 3 wird die Trägerschaft der deutschen Krankenhäuser im Jahr 2012 zusammenfassend dargestellt. Um die Relevanz der einzelnen Trägerschaft besser zu verstehen, wird die Anzahl der jeweiligen Kliniken ebenfalls dargestellt. In deutschen Krankenhäusern standen 2012 insgesamt rund 501.000 Betten; dies waren rund 164.000 Betten weniger als im Jahr 1991. 2012 befand sich etwa jedes zweite Bett in öffentlichen Krankenhäusern.

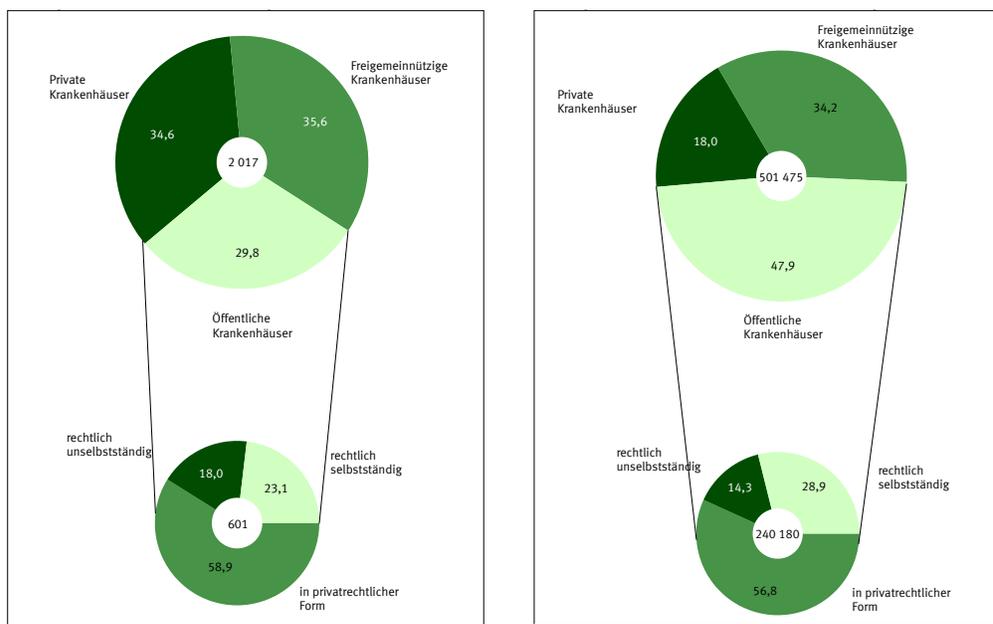


Abb. 3. Anteil der Krankenhäuser, nach Trägerschaft (links), Anteil der Betten in den Krankenhäusern, nach Trägerschaft (rechts) (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)

³ Bei den öffentlichen Einrichtungen wird unterschieden in Einrichtungen privatrechtlicher, öffentlich-rechtlicher, rechtlich selbstständiger oder rechtlich unselbstständiger Form, sie „stehen im Eigentum einer öffentlichen Körperschaft (...) wie Gemeinde, Landkreis, Bezirk, Land, Bund (...) (oder) Universitäten.“ (Sturm 2002, S. 6)

Held verweist in ihrer Szenarioanalyse darauf, dass Krankenhäuser zunehmend privatwirtschaftlich organisiert werden und stellt fest: „Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem ist die zunehmende Diskrepanz zwischen Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitssystems.“ (Held 2012, S. 100) Diese Situation wird durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit den folgenden Worten beschrieben „Neben Privatisierung und Kettenbildung ist ein Hauptmerkmal der jüngsten Veränderungen der deutschen Krankenhauslandschaft der zunehmende Wettbewerb zwischen den Häusern. Diese konkurrieren vor dem Hintergrund von Überkapazitäten, sinkender Verweildauern (sic!) und der Vergütung durch Fallpauschalen zunehmend um Patienten.“ (Sachverständigenrat 2007)

2.2.2. Ärztemangel in Deutschland

Im vergangenen Jahr hatten etwa 58 Prozent aller Krankenhäuser Stellenbesetzungsprobleme im ärztlichen Dienst.

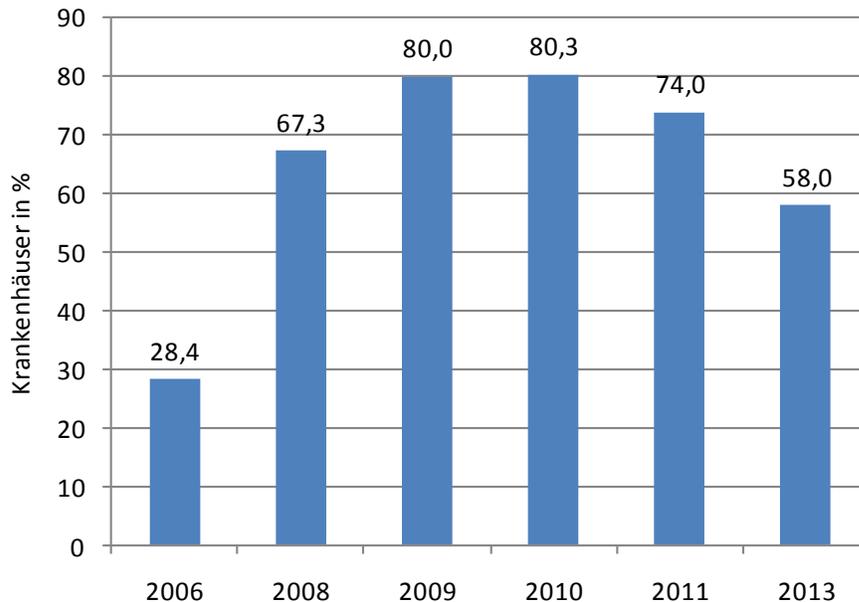


Abb 4. Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst in Krankenhäusern nach Jahren (Quelle: DKI 2013, S. 31)

Aus Sicht der Bundesärztekammer waren zum 31.12.2012 laut Ärztestatistik bundesweit mehr als 6.000 Arztstellen in Krankenhäusern unbesetzt (Bundesärztekammer 2012). Das

Deutsches Krankenhausinstitut geht von 2.000 Stellen im ärztlichen Dienst⁴ aus, die im vergangenen Jahr nicht besetzt werden konnten; 2011 gab es im gesamten Bundesgebiet 3.800 fehlende Ärzte und Ärztinnen (DKI 2013).

Auch wenn die Stellenproblematik sich in den vergangenen Jahren nach diesen Zahlen zumindest etwas entspannt hat, ist die Prognose für den Bedarf an medizinischem Fachpersonal kritisch:

„Bis zum Jahr 2019 wird zur Bedarfsdeckung an Ärzten (...) ein Zugang von 139.000 Ärzten benötigt. Diese Zahl setzt sich zusammen aus einem Ersatzbedarf von 108.000 Ärzten (vor allem infolge altersbedingter Berufsaufgaben) und einem Mehrbedarf von 31.000 Ärzten (insbesondere wegen der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung und der Zunahme der Teilzeitarbeit).“ (Blum & Löffert 2010, S. 128) Die Autoren weisen darauf hin, dass vor allem kleinere Krankenhäuser bis 300 Betten und ländliche Regionen Ärztemangel verzeichnen. Auf der anderen Seite seien Unikliniken und Kliniken in privater Trägerschaft seltener von Ärztemangel betroffen. Auch das DKI (2013) verweist darauf, dass Ärztemangel in Großkrankenhäusern ab 600 Betten weniger häufig ist. Im Durchschnitt konnten dort im Jahr 2012 2,5 Vollkraftstellen nicht besetzt werden. Der Ärztemangel sei bei Assistenzärzten und -ärztinnen stärker ausgeprägt, als bei Ober- oder Chefärzten. Knapp 5 Prozent der Stellen für Assistenzärzte könnten nicht besetzt werden im Gegensatz zu 3,3 Prozent unbesetzten Oberarzt- oder 1 Prozent unbesetzten Chefarztpositionen. Diese Prozentzahlen dürften aber vor dem Hintergrund der oben abgebildeten Entwicklung zurückgegangen sein (Blum & Löffert 2010, S. 127).

Der Ärztemangel wirkt sich auf die Arbeitssituation in den Kliniken aus. „Die gravierendsten Folgen des Ärztemangels stellen Probleme bei der Arbeitszeitorganisation und die Überlastung von Ärzten dar, darüber hinaus teilweise auch Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung, die Erhöhung von Fehlerwahrscheinlichkeiten und die Einführung oder der Ausbau von Wartelisten.“ (Blum & Löffert 2010, S. 127)

Die Studie von Blum und Löffert (2010) bezieht sich jedoch lediglich auf die Region Ost, in der alle neuen Bundesländer (also auch Mecklenburg-Vorpommern) enthalten sind und gemeinsam betrachtet werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass es zwischen den alten

⁴ Da sich die Ärztestatistik aus den Daten der Landesärztekammern zusammensetzt, erscheint dem Verfasser die Zahl der unbesetzten Arztstellen von der Bundesärztekammer belastbarer.

und neuen Bundesländern keine Unterschiede bei der Besetzung von Arztstellen gebe. Es werden keine expliziten Aussagen über den Ärztemangel in Mecklenburg-Vorpommern getroffen.

2.2.3. Zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern leben 1,6 Millionen Einwohner. Es ist mit einer Bevölkerungsdichte von 69 Einwohner pro km², das am geringsten besiedelte Bundesland der Republik. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es zwei größere Städte mit über 70.000 Einwohnern und sieben weitere Städte mit mehr als 20.000 Einwohnern. Der größte Teil der Bevölkerung, rund 1 Million Einwohner, lebt jedoch in Kleinstädten mit weniger als 10.000 Einwohnern.

Für das Land Mecklenburg-Vorpommern stellt sich die Situation der Krankenhäuser wie folgt dar. Der oben beschriebene Trend zur Privatisierung deutscher Kliniken spiegelt sich in dem Bundesland überdurchschnittlich wider. In dem Flächenland gibt es insgesamt 38 Krankenhäuser, von denen sieben in öffentlicher, zwölf in freigemeinnütziger und 19 in privater Trägerschaft sind (Statistisches Bundesamt 2013).

Im Jahr 2012 waren in Mecklenburg-Vorpommern im Jahresdurchschnitt 3.243 Ärzte und Ärztinnen im ärztlichen Dienst in Krankenhäusern beschäftigt. In den öffentlichen Kliniken arbeiteten 1.443 Personen, in den freigemeinnützigen Kliniken 480 Personen und in den privaten Kliniken 1.320 Personen im ärztlichen Dienst. In der folgenden Abbildung ist die Verteilung der Ärzte und Ärztinnen auf die unterschiedlichen Positionen verdeutlicht.⁵

⁵ Wie im empirischen Teil ersichtlich, sind laut Statistik der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern deutlich mehr Fachärzte und -ärztinnen und weniger Assistenzärzte und -ärztinnen in Kliniken tätig, als in der amtlichen Statistik veröffentlicht. Die Aufklärung dieser sehr interessanten Diskrepanz ist allerdings nicht Bestandteil dieser Arbeit.

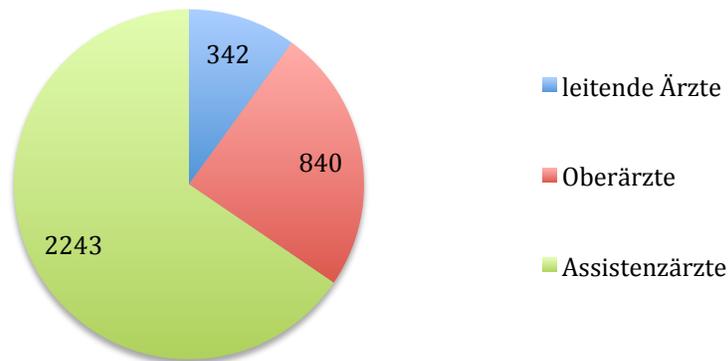


Abb 5. Verteilung der Ärzte und Ärztinnen auf die unterschiedlichen Positionen in Mecklenburg-Vorpommern (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, S. 44)

Insgesamt arbeiteten 464 Ärzte und Ärztinnen in Teilzeit. Nur 87 Ärzte und Ärztinnen waren ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis als Honorarärzte und -ärztinnen in den Kliniken tätig, davon 73 Personen in privaten Kliniken (Statistisches Bundesamt 2013, S. 44).

Das DKI weist, darauf hin, dass im Vergleich zu den anderen deutschen Bundesländern „(...) die meisten Arztstellen in Brandenburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern besetzt werden sollten.“ (Deutsches Krankenhausinstitut/medirandum 2013, S. 18)

Die Arztdichte in Mecklenburg-Vorpommern liegt etwa im bundesweiten Durchschnitt: Auf einen Arzt bzw. eine Ärztin kommen 238 Patienten. Die Anzahl der Krankenhausbetten je Einwohner hat sich in den vergangenen zehn Jahren kaum verändert. Im Jahr 2012 stand ein Bett für rund 630 Einwohner zur Verfügung (Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern 2013). Aus der amtlichen Statistik des Landes Mecklenburg-Vorpommern geht jedoch auch hervor, dass die Anzahl der Krankenhausfälle im Zeitverlauf kontinuierlich zugenommen hat. Im Jahr 2000 gab es 218 Krankenhausfälle pro 1.000 Einwohner, im Jahr 2012 waren es 250 Fälle (Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern 2013).

Konkrete Aussagen zum Ärztemangel in Mecklenburg-Vorpommern, zu den Arbeitsbedingungen aus Sicht der Fachärzte und der daraus resultierenden Arbeitsmotivation lassen sich aus den vorliegenden Studien und Statistiken nicht ablesen. Hierauf wird der empirische Teil dieser Arbeit Antworten liefern.

2.2.4. Zwischenfazit

Kurz gesagt: Der Bedarf an Ärzten und Ärztinnen kann in Deutschland insgesamt und besonders in Mecklenburg-Vorpommern nicht gedeckt werden, es besteht ein Mangel an medizinischem Fachpersonal. Dieser Befund ist insofern bemerkenswert, als dass die Anzahl der berufstätigen Ärzte und Ärztinnen im gesamten Bundesgebiet von 237.750 Personen im Jahr 1990 auf 348.695 Ärzte angestiegen ist (Bundesärztekammer 2013, S. 2).

Wieso kann es bei derartigen Steigerungen innerhalb relativ kurzer Zeit noch einen Ärztemangel geben? In den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen lassen sich Ursachen für den Ärztemangel identifizieren.

2.3. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen: Ursachen für den Ärztemangel in Deutschland

Die Ursachen des Ärztemangels sind vielfältig. Nachstehend werden die zentralen Ursachen beschrieben, da Managemententscheidungen im Kontext dieser gesellschaftlichen Rahmenbedingungen getroffen werden.⁶

2.3.1. Politische Vorgaben

Der Gesundheitssektor wird stark politisch reguliert. Im Jahr 1972 wurde das Krankenhausgesetz (KHG) verabschiedet. Die Krankenhausplanung erfolgt seitdem durch die Länder.

Blum und Löffert (2010) identifizieren die Novellierung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG) im Jahr 2004 als einen wesentlichen Grund für den Ärztemangel. „Eine maßgebliche Ursache des Ärztemangels im Krankenhaus ist das novellierte Arbeitszeitrecht: Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in den Jahren 2000 bzw. 2003 in zwei richtungsweisenden Urteilen entschieden, dass Bereitschaftsdienst vollumfänglich Arbeitszeit im Sinne der EU-Arbeitszeitrichtlinie 93/104 ist.“ (Blum & Löffert 2010, S. 38)

Ziel dieses Gesetzes war es unter anderem, der hohen Arbeitsbelastung von Ärzten gerecht

⁶ Dabei werden Faktoren, die für das Thema der Arbeit nicht von unmittelbarem Interesse sind vernachlässigt, wie etwa die relativ hohe Anzahl der Studienabbrecher im Medizinstudium oder der Trend zur Ambulantisierung ärztlicher Leistungen.

zu werden. Nach dieser Rechtssprechung sollten nun nicht nur die aktiven Zeiten des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit anerkannt werden, sondern auch die passiven. Vor dem Hintergrund gesetzlich vorgeschriebener täglicher und wöchentlicher Höchstarbeitszeiten konnten anfallende Überstunden nur noch in geringerem Umfang geleistet werden. Auch wenn durch Regelungen in Tarifverträgen bzw. in Betriebs- oder individuellen Dienstvereinbarungen die tägliche Arbeitszeit bzw. die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden umgangen werden kann (Opt-out), so sind im Ergebnis jedoch die Arbeitszeiten von Ärzten und Ärztinnen im Krankenhaus zurückgegangen. „So ist beispielsweise nach einer Ärztebefragung der Hamburger Ärztekammer die wöchentliche Arbeitszeit von Krankenhausärzten (inkl. Bereitschaftsdienstzeiten) von durchschnittlich 61,3 Stunden im Jahr 1997 auf 56,7 Stunden in 2007 gesunken (-7,5Prozent). Der Rückgang bei der Arbeitszeit je Arzt musste folglich durch Neueinstellungen kompensiert werden.“ (Blum & Löffert 2010, S. 41)

Vor diesem Hintergrund hatte „(d)as novellierte Arbeitszeitgesetz (...) erhebliche finanzielle und organisatorische Auswirkungen auf die Krankenhäuser“ (Blum et al. 2013, S. 48).

2.3.2. Gewandelte Aufgabenbereiche und Dokumentationspflichten

Im Jahr 2000 wurde die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 KHG zwischen dem Gesetzgeber und den Krankenkassen sowie den Krankenhausgesellschaften vertraglich geregelt (G-DRG-System⁷). Ziel war es, den Gesundheitsmarkt zu öffnen. Mit dem DRG-System sollte der Gesundheitssektor ökonomisiert und in seiner Effizienz gesteigert werden. Die Abrechnung der laufenden Kosten des Krankenhauses gegenüber den Kassen erfolgt bis heute auf Basis des DRG-Systems. Aus diesem Grund hat die Dokumentationspflicht im Krankenhaus an Relevanz gewonnen. Damit einher geht ein steigender bürokratischer Arbeitsaufwand. Während die Arbeitszeit der Ärzte und Ärztinnen gesunken ist, haben sich gleichzeitig die Aufgabenbereiche des medizinischen Fachpersonals verschoben: „Im Durchschnitt ist jeder Krankenhausarzt täglich rund drei Stunden mit Dokumentation und Administration beschäftigt. In den letzten Jahren und Jahrzehnten wurden die Dokumentationsanforderungen fortwährend ausgedehnt (...) zur Absicherung gegen haftungsrechtliche Risiken oder wegen erweiterter Auskunftspflichten

⁷ G-DRG steht für German Diagnosis Related Groups. Auf das DRG-System wird im Kapitel 2.3.1. Krankenhausfinanzierung noch genauer eingegangen.

gegenüber Kostenträgern, MDK, Behörden, weiterbehandelnden Leistungserbringern“.
(Blum & Löffert 2010, S. 118) Damit bleibt insgesamt weniger Zeit für die eigentliche ärztliche Tätigkeit.

Ärzte sind nach dem Heilberufsgesetz dazu verpflichtet, wesentliche Feststellungen und getroffene Maßnahmen zu dokumentieren (HeilBerG § 32 lit 1.5).⁸ Die Dokumentationspflicht ist durch steigenden Patientenzahlen und kürzere Verweildauern der Patienten im Krankenhaus deutlich zeitaufwendiger geworden. Zusätzlich nehmen durch DRG-Vorgaben entstandene Veränderungen der Prozessabläufe, wie z.B. vorstationäre, stationäre und nachstationäre Behandlungen, zusätzliche ärztliche Zeitressourcen in Anspruch.

Die Anzahl der Patientenbeschwerden gegen Ärzte und Ärztinnen steigt tendenziell, auch vor diesem Hintergrund müssen die Behandlungen umfassend dokumentiert sein, um die korrekte Vorgehensweise nachvollziehbar darzustellen. In 2012 wurden 12.200 Beschwerden bei der Bundesärztekammer eingereicht (vgl. Stern 2014). In Relation zu den rund „(...) 18 Millionen Klinikbehandlungen und etwa 540 Millionen Praxis-Fälle(n) pro Jahr (...)“ (Stern 2013) ist die Fehlerquote relativ gering. Nur ein kleiner Teil der Beschwerden endete vor Gericht bzw. führte zu einer Haftungspflicht der Krankenhäuser.

2.3.3. Demografischer Wandel

Mit einem Durchschnittsalter von 45,3 Jahren zählt die Bevölkerung Deutschlands zu den ältesten weltweit. Im Jahr 2012 waren weltweit nur die Menschen in Monaco und Japan älter als die Deutschen. Im Jahr 2010 geborene deutsche Mädchen werden im Durchschnitt 83 Jahre und die Jungen rund 78 Jahre alt. „Dabei hat sich der Anteil der ältesten Gruppe in den letzten Jahren stetig erhöht, während die Zahl der Jungen sinkt.“ (Statista 2014) Die Geburtenrate liegt bei 1,4 geborenen Kindern pro Frau. Damit würde die Bevölkerungszahl ohne Zuwanderung sinken (Statista 2014).

„Die (demografischen) Entwicklungen drohen die bestehende finanzielle Basis und damit die gesellschaftlichen Kontrakte über Finanzierungsmodalitäten zu sprengen: sie haben eine Diskussion über faire Kriterien der Ressourcenallokation in Gang gebracht.“ (Kappler & Theurl 2001, S. 47)

⁸ Das HeilBerG ist Ländersache. Im Rahmen der Arbeit wurde das HeilBerG des Landes Mecklenburg-Vorpommern zitiert.

Der demografische Wandel wirkt sich auch auf die Situation der Krankenhäuser aus. Auf der einen Seite steigt das Lebensalter stetig, Fachärzte und -ärztinnen in den Kliniken müssen immer mehr und immer älter werdende Patienten und Patientinnen versorgen. Damit einher geht eine steigende Behandlungsintensität im Laufe der vergangenen Jahre, wengleich die Verweildauer in den Kliniken marginal gesunken ist. Der demografische Wandel spiegelt sich auch in den steigenden Fallzahlen in den Krankenhäusern wider. Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2012 deutschlandweit 15,7 Millionen Operationen durchgeführt, von denen 42 Prozent auf Patienten und Patientinnen über 65 Jahre fielen (Statistisches Bundesamt 2013).

2.3.4. Neue Arbeitszeitmodelle

Die Freizeit sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind Werte, die in den vergangenen Jahrzehnten an Bedeutung gewonnen haben. Es gibt den Wunsch nach mehr Teilzeitarbeit, darauf weisen auch Blum und Löffert (2010) explizit hin. „So ist zwischen 2000 und 2008 die Teilzeitquote im Ärztlichen Dienst, also der Anteil der Ärzte und Ärztinnen mit Teilzeitarbeit an der Krankenhausärzteschaft insgesamt, von 7,6 Prozent auf 14,8 Prozent gestiegen. Der Trend zur Teilzeitarbeit hat insofern maßgeblich zum Ärztemangel in den letzten Jahren beigetragen.“ (Blum & Löffert 2010, S. 49)

Gleichzeitig hat auch die Anzahl der Frauen im Arztberuf zugenommen. Im Jahr 2011 sind 45,4 Prozent Frauen im ärztlichen Dienst in Krankenhäusern tätig. Im Jahr 2001 Jahren waren es lediglich 37,4 Prozent. (Bundesärztekammer 2014)

Mit der Einführung des Bundeselterngelds wurden gut Verdienende finanziell bessergestellt. Damit setzt das Elterngeld und die damit verbundene Elternzeit positive Anreize und macht die Verringerung der Arbeitszeit für einen bestimmten Zeitraum auch für Ärzte und Ärztinnen attraktiver.

Diese neuen Arbeitszeitmodelle führen jedoch auch dazu, dass in vielen Krankenhäusern ärztliche Arbeitszeit fehlt.

2.3.5. Ab- und Zuwanderung von medizinischem Fachpersonal

Laut Deutschem Krankenhausinstitut ist die Abwanderung von Fachärzten und -ärztinnen

ins Ausland⁹ ein weiterer Aspekt des Ärztemangels. Das Wanderungssaldo sei negativ, „(...) in den Jahren 2000 bis 2008 (seien) insgesamt rund 19.300 Ärzte aus Deutschland abgewandert, während im selben Zeitraum rund 13.900 Ärzte zugewandert sind.“ (Blum & Löffert 2010, S. 129)

Demary und Koppel (2013) vom Institut der deutschen Wirtschaft stellen hingegen in einer Studie fest, dass die Zuwanderung aus dem Ausland personelle Engpässe auf dem Ärztemarkt verhindert. Im Jahr 2010 seien 31.000 Ärzte in Deutschland beschäftigt, die einen Abschluss im Ausland erworben haben, darunter auch deutsche, die im Ausland studiert haben und nun zurückkehren. Dem gegenüber stehen 24.000 Ärzte, die in Deutschland ausgebildet wurden und im Ausland tätig seien.

Seit dem 1.1.2014 wurde die Beschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit für die EU-Mitgliedsländer Rumänien und Bulgarien aufgehoben. Nach Deutschland kommen auch hoch ausgebildete Menschen, um hier besser bezahlte Jobs zu suchen. Diese Entwicklung führt wiederum in den betroffenen Ländern zu einem Brain Drain und damit verbundenen Fachkräftemangel. Seit 1991 haben allein rund 30.000 rumänische Ärzte das Land verlassen (ARD Tagesschau 2013), wengleich diese Ärzte und Ärztinnen nicht alle nach Deutschland eingewandert sind. Darauf, dass zunehmend osteuropäische Ärzte und Ärztinnen an Krankenhäusern eingestellt werden, reagieren die ersten Kliniken, indem Sie Sprachkurse¹⁰ für Mediziner anbieten. Neben den privaten Angeboten von Kliniken hat das Bundesamt für Migration zusätzlich 100 berufsbegleitende Sprachkurse für ausländische Ärzte und Ärztinnen organisiert (Der Prignitzer 2014).

2.3.6. Technischer Fortschritt und Spezialisierung

Technischer Fortschritt ermöglicht medizinischen Fortschritt mit neuen Therapiemethoden und einer besseren medizinischen Versorgung mit modernen und leistungsfähigen Medizingeräten (MRT, etc.). Krankheiten können besser diagnostiziert und dank neuer

⁹ Seit dem Vertrag von Maastricht im Jahr 1992 besteht Arbeitnehmerfreizügigkeit in der Europäischen Union, im Jahr 2005 wurden erstmals auch die Berufsqualifikationen europaweit anerkannt (Europäische Union, 2013).

¹⁰ Seit 2014 sind qua Gesetz die Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzte und Ärztinnen bundesweit nach einheitlichen Vorgaben geregelt. Neben der inhaltlichen Eignung muss auch die Kommunikationsfähigkeit mit dem Patienten bzw. der Patientin gewährleistet sein. Auf einen deutschlandweiten Sprachtest wollen sich die Gesundheitsminister und -ministerinnen der Länder im Juni 2014 verständigen (Ärztezeitung 2014).

Medikamente auch besser behandelt werden, was letztlich auch zu einer Erhöhung des Lebensalters beiträgt.

Die statistische Auswertung großer Datenmengen ist leichter als noch vor 20 Jahren und die Bereitstellung dieser Daten erfolgt deutlich schneller. Beispielsweise gewinnt das Thema Telemedizin in der aktuellen Diskussion zunehmend an Bedeutung. Für mobile Endgeräte kommen immer mehr medizinische Anwendungen, z.B. für Ferndiagnosen bei Hauterkrankungen,¹¹ auf den Markt, die ein Teil der Fachärzte und -ärztinnen nutzt. Damit können mitunter mehr Leistungen erbracht und mehr Menschen pro Arzt versorgt werden. Mit der Spezialisierung steigt aber auch der Bedarf an spezialisierten Fachkräften.

2.3.7. Urbanisierung

Immer mehr Menschen leben in Städten und ziehen vom Land in die Stadt. Im Jahr 1970 lebten rund 72,3 Prozent der Deutschen in Städten, 2010 waren es 73,8 Prozent und für 2015 werden 74,6 Prozent prognostiziert (Statista 2014). Dieser Trend trifft auch auf junge Ärzte zu, wie Jacob (2012) darstellt. Angehende Ärzte und Ärztinnen möchten nicht in Dörfern oder kleineren Städten arbeiten, weil es weniger kulturelle Angebote auf dem Land gibt. Die Stellen im Osten Deutschlands (mit Ausnahme von Berlin) sind für angehende Mediziner am unattraktivsten (Jacob 2012, S. 15-25).

Insbesondere die kleinen Dörfer und Ortschaften in ländlichen Gebieten spüren den Fachärztemangel. In diesen Regionen wird es für das Krankenhausmanagement zunehmend zur Herausforderung, medizinisches Personal zu gewinnen sowie die bestehende Krankenhaus-Infrastruktur zu erhalten. In Mecklenburg-Vorpommern gibt es „erhebliche und großflächige potenzielle Verschlechterungen der Versorgungssituation im stationären Bereich (...)“ (Beivers & Spangenberg 2008, S. 92) So müssen beispielsweise in einigen Teilen Mecklenburg-Vorpommerns überdurchschnittlich lange Fahrstrecken zurückgelegt werden, um in das nächstgelegene Krankenhaus zu gelangen.

2.3.8. Zwischenfazit

Die Darstellung der Ursachen des Ärztemangels in Deutschland verdeutlicht, dass das Klinikmanagement von einer Umwelt beeinflusst wird, die es nicht steuern kann. Diese

¹¹ Siehe www.goderma.com, www.getemed.de, ect.

2.4. Zentrale Herausforderungen für das Management von Krankenhäusern

komplexen Rahmenbedingungen sollten dem Management bewusst sein, da sie wichtige Managemententscheidungen beeinflussen. Dies gilt für alle deutschen Krankenhäuser. Dennoch sind es offenbar vor allem „(...) die kommunalen ländlichen Kleinkrankenhäuser der Grund- und Regelversorgung in Deutschland“, die heute immer mehr unter Druck geraten (Beivers & Spangenberg 2008, S. 94) und die daher vor dem Hintergrund des Fachärztemangels besonderer Aufmerksamkeit bedürfen.

2.4. Zentrale Herausforderungen für das Management von Krankenhäusern

Aus den oben beschriebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen lassen sich zentrale Herausforderungen für das Management von Krankenhäusern ableiten.

Management bezeichnet die Führung und Leitung eines Unternehmens. Es wird verstanden als „(...) Gesamtheit der Institutionen, Prozesse und Instrumente, welche im Rahmen der Problemlösung durch eine Personengemeinschaft (mit komplexen zwischenmenschlichen Beziehungen) der Willensbildung (Planung und Entscheidung) und der Willensdurchsetzung (Anordnung und Kontrolle) dient.“ (Rühli 1985, S. 28)

Management hat damit auch funktionellen Charakter: Es handelt sich um „Tätigkeiten, die von Führungskräften in allen Bereichen der Unternehmung (Personalwirtschaft, Beschaffung, Absatz, Verwaltung, Finanzierung etc.) in Erfüllung ihrer Führungsaufgabe (Führung) zu erbringen sind. Häufig wird hier zwischen Plan, Realisierung und Kontrolle differenziert.“ (Gabler Wirtschaftslexikon 2014)

Der Verfasser wird sich im Rahmen dieser Arbeit auf das Personalmanagement konzentrieren. Ein wichtiger Aspekt sind dabei die Personalkosten und damit einhergehend die Krankenhausfinanzierung. Die Personalkosten machen den größten Posten bei den laufenden Kosten eines Krankenhauses aus: „An die 70 Prozent der Kosten eines Krankenhauses entfallen (...) auf das Personal.“ (Gehrmann, 2012, S. 2) Insofern sind die Personalkosten besonders relevant, denn diese Ausgaben müssen erwirtschaftet werden und stehen nur begrenzt zur Verfügung.

2.4.1. Krankenhausfinanzierung

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde 1972 erlassen und regelt, wie der Name schon sagt, die Krankenhausfinanzierung. Sie basiert auf dem dualen Prinzip¹² und unterscheidet zwischen Investitionskosten und laufenden Betriebskosten.

2.4.1.1. Investitionskosten

Investitionskosten für den Bau von Krankenhäusern und für die technische Ausstattung werden nach dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze von den Bundesländern, kurz Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), übernommen. Generell werden Investitionen von privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern finanziert. Im Jahr 1974 wurde die staatliche Krankenhausplanung eingeführt. Sie sollte eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung regeln (Rapp 2013, S. 10).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellte heraus, dass sich die Länder immer mehr aus der Finanzierung der Investitionen der Krankenhäuser zurückziehen (Sachverständigenrat 2007). „Seit dem Jahr 1991 sind die bereinigten Kosten der Krankenhäuser nominal um rund 52 % gestiegen, während die Länder die öffentliche Investitionsförderung nach § 9 KHG um mehr als 25 % reduziert haben (Stand: 2006). Offenbar gelingt es der öffentlichen Hand kaum noch, die vorhandene Krankenhausstruktur mit ausreichend Investitionsmitteln zu versorgen.“

Held arbeitete heraus, dass bei 18 Prozent der Krankenhäuser im Jahr 2009 erhöhte Insolvenzgefahr bestand (Held 2012). Diese Situation hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert. „Mit 2,67 Milliarden Euro erreichen die von den Bundesländern den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Investitionsmittel einen neuen absoluten Tiefstand. (...) 20 Prozent weniger innerhalb der letzten 10 Jahre. (...) die Investitionsmittelbereitstellungsquote der Länder von ca. 4 Prozent (ist) absolut unzureichend. Für die Krankenhäuser stellt sich die Lage als zunehmend katastrophales Dilemma dar.“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft weist darauf hin, dass es in den Krankenhäusern einen Investitionsstau von rund 50 Milliarden Euro gibt (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012, vgl. auch Prognos 2007, S. 24). Die Entwicklung der Krankenhaus-

¹² Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde 1972 erlassen

Fördermittel im Vergleich zum Brutto-Inlandsprodukt seit 1991 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009) in der folgenden Abbildung veranschaulicht.

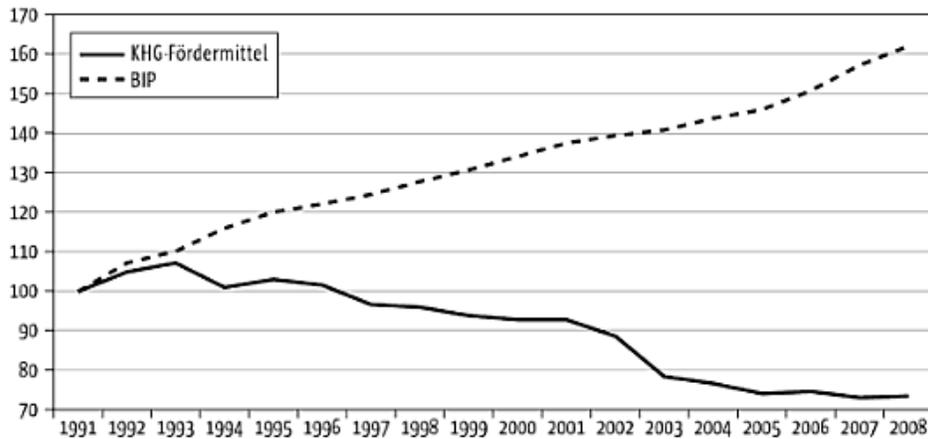


Abb 6. Vergleich der Entwicklungen der KHG-Fördermittel mit dem Bruttoinlandsprodukt (Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft 2009)

„Die Investitionsautonomie der Krankenhäuser mit privater Trägerschaft ist größer als bei öffentlichen und gemeinnützigen Häusern.“ (Held 2012, S. 101) Private Krankenhäuser haben einen besseren Zugang zum Kapitalmarkt und können notwendige Investitionen, die über die staatliche Hilfe hinaus erbracht werden, zusätzlich finanzieren.

Als Beispiel sei die Rhön Kliniken AG genannt. Sie finanziert ihre Investitionskosten nach eigenen Angaben vollkommen ohne Fördermittel. Der Verzicht auf Fördermittel bringt laut Pföhler (2010) einige positive Nebeneffekte, die den Nutzen der Förderung überwiegen. So koste die Beantragung von Fördermitteln viel Zeit, Expertise und Manpower. Es sei zudem nicht sicher, ob der Antrag erfolgreich sein wird. Außerdem müssten die Mittel vergaberechtskonform eingesetzt werden, das heißt Bauaufträge müssten mitunter europaweit ausgeschrieben werden. Die angebotenen Preise lägen dann oft über dem, was bei einem Direktkauf mit Verhandlung erzielt werden könne. Sofern die Vergabe nicht rechtskonform durchgeführt wird, bestünde für das Krankenhaus das Risiko der Rückforderung der eingesetzten Mittel. Die Investitionen der Rhön AG könnten so aus anderen (nicht-öffentlichen) Finanzquellen (Aktienverkäufe, etc.) schneller und flexibler getätigt werden, da keine öffentlichen Vergaben notwendig seien (Pföhler 2010, S. 281-284).

Im Durchschnitt weisen Krankenhäuser in privater Trägerschaft deutlich höhere Investitionsquoten auf als Kliniken in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft (Held 2012). Fehlende Investitionen hingegen führen zu Attraktivitäts- und Wettbewerbsnachtei-

len, die sich unter anderem in einer unzureichenden Gewinnung von geeignetem Personal widerspiegeln können.

2.4.1.2. Laufende Betriebskosten

Die Kosten für den laufenden Betrieb eines Krankenhauses werden durch die Krankenkassen übernommen. Die privaten und gesetzlichen Krankenkassen hatten im Jahr 2011 Ausgaben von 196 Milliarden Euro, davon entfielen rund 77 Milliarden Euro auf Krankenhausbehandlungen (Statistisches Bundesamt 2014). Die Vergütung der Krankenhausleistungen ist im Krankenhausentgeltgesetz von 2003 geregelt.

Die Krankenhausleistungen werden auf Basis des German Diagnosis Related Groups Systems (G-DRG bzw. DRG) vergütet. Im Zuge der Abrechnung werden die Diagnosen mit Fallpauschalen¹³ für die Behandlungen verknüpft (KHG § 17b). Das DRG-System wurde 2003/2004 eingeführt und erfordert eine umfassende Dokumentation über die erbrachten Leistungen von den Krankenhäusern (Rapp 2013, S. 11). Mit der Einführung des DRG-Systems in Deutschland veränderte sich die Situation in den Kliniken spürbar. Diagnosen sind nun bestimmten Codes zuzuordnen und können nur über diese Codierung bei den Krankenkassen abgerechnet werden. Je nach Diagnose und Codierung werden entsprechende Entgelte erstattet. Die Kosten für die Behandlung werden nach Fallpauschalen abgerechnet. Unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer der Patienten und Patientinnen im Krankenhaus können Pauschalbeträge abgerechnet werden. Diese decken die durchschnittlichen Kosten. Bleiben Patienten und Patientinnen jedoch länger im Krankenhaus als durchschnittlich geplant, entstehen dem Krankenhaus Kosten, die nicht erstattet werden.¹⁴ Die Fallpauschalen werden jährlich zwischen den privaten und gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart. Bei den Vereinbarungen werden ein Fallpauschalenkatalog sowie die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte verhandelt (Krankenhausentgeltgesetz § 9). Für jede Fallpauschale werden die Vollkosten anhand der tatsächlichen Ist-kosten berechnet.

Der Basisfallwert bildet die Kosten für einen durchschnittlichen Krankenhausfall ab. In Mecklenburg-Vorpommern liegt der Basisfallwert im Jahr 2013 beispielsweise bei 3.019

¹³ Fallpauschalen gab es bereits ab 1996, sie waren abhängig von der tatsächlichen Verweildauer.

¹⁴ Gegen Fallpauschalen gibt es eine Petition, die die Behandlung von kranken Kindern an Kliniken verbessern soll (<https://www.ichbinkeinefallpauschale.de>)

Euro. Dieser Basisfall multipliziert mit einem individuell berechneten Faktor¹⁵ ergibt dann den erstattbaren Preis.

Mit der Einführung des DRG-Systems kamen typische Probleme auf, die durch Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nur bedingt vermieden werden konnten. „Upcoding ist ein Problem jeder mit wirtschaftlichen Interessen verbundenen Informationsverschlüsselung. (...) Der Trend zur Kodierung von auf Pathologien – krankhafte oder abnorme Befunde – hinweisenden Diagnosen setzt sich 2004–2005 verstärkt fort, so dass 2005 nur noch jede 7. (im Krankenhaus erfolgte) Geburt als normal eingestuft wird.“ (Ulbrich 2012, S. 242) Zum Upcoding äußerte sich auch die Barmer-GEK. So sei es etwa aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass seit 2009 die bei der Kasse abgerechneten Wirbelsäuleneingriffe um 570 Prozent gestiegen sind (Ärzteblatt 2013).

Ein „(...) hervorstechendes Merkmal der Veränderungen in deutschen Krankenhäusern ist (...) eine Ökonomisierung und (...) Kommerzialisierung des Krankenhausesektors.“ (Sturm 2002, S. 81) Diese Beobachtung von Sturm aus dem Jahre 2002 trifft immer noch zu und hat sich weiter zugespitzt. Auch Beivers und Spagenberg (2008, S. 93) stellen fest, dass die deutsche Krankenhauslandschaft sich in einem Strukturwandel erheblichen Ausmaßes befinde. Dabei sei eine zunehmende Unternehmenskonzentration festzustellen. Die seit 2000 schrittweise eingeführte Diagnosebezogene Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern (DRG) würden hierbei als Akzelerator wirken und ließe rasche Veränderungen im Krankenhausmarkt erwarten, etwa die Schließung einzelner Krankenhausstandorte oder eine zunehmende Privatisierung der Krankenhausbetriebe.

2.4.1.3. Zwischenfazit

Mit Blick auf das Thema dieser Arbeit wird zusammenfassend festgehalten, dass private Krankenhäuser aufgrund höherer Investitionsquoten (etwa in moderne Geräte) ein attraktiveres Arbeitsumfeld bieten. Dies könnte ihnen Vorteile bei der Akquise von Fachärzten

¹⁵ Dieser Faktor setzt sich zusammen aus der ärztlichen Diagnose und den Leistungen, dem Geschlecht, Gewicht, Alter, Zahl der Stunden maschineller Beatmung, der Verweildauer im Krankenhaus und der Entlassungsart. Im Rahmen der DRG-Abrechnung werden Kataloge mit rund 12.000 Diagnosen (ICD-Codes) und 24.000 Prozeduren (OPS-Codes) bereitgestellt. Auf die ausführliche Darstellung des G-DRG mit einem konkreten Rechenbeispiel wird an dieser Stelle verzichtet. Sie kann beispielsweise auf der Webseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (INEK) nachvollzogen werden (INEK 2014).

und -ärztinnen verschaffen.

Ferner werden die Krankenhäuser durch das DRG-System zu effizientem Wirtschaften und Behandeln angehalten. Neben der ärztlichen Tätigkeit kommt der Abrechnung von Leistungen eine elementare Bedeutung zu, die über den Fortbestand einzelner Abteilungen oder ganzer Krankenhäuser entscheiden kann.

2.4.2. Personalmanagement

In diesem Kapitel werden die zentralen Herausforderungen des Personalmanagements vorgestellt. Personalmanagement wird grundlegend verstanden als „(...) die Summe der personellen Gestaltungsmaßnahmen zur Verwirklichung der Unternehmensziele“ (Gabler 2014). Folgt man dem amerikanischen Ökonom Peter Drucker, so ist das Personalmanagement eine zentrale, wenn nicht die zentrale, Tätigkeit eines jeden Managers. „Ein Manager bestimmt Richtungen, organisiert, motiviert, kommuniziert, misst, entwickelt Menschen und Personal. Dies verfolgt jeder Manager – ob wissentlich oder nicht. Ein Manager tut dies gut oder tut dies erbärmlich, aber er tut es.“ (Drucker zitiert nach Schreier 2009, S. 52).

Zur Darstellung und Analyse des Personalmanagements in Krankenhäusern orientiert sich diese Arbeit am Kreislauf der Personalwirtschaft nach Benz, Schlese und Schramm (2012), der aus Sicht des Verfassers eine geeignete Grundlage für die Auseinandersetzung mit dem Untersuchungsgegenstand darstellt (vergleiche auch Abbildung 7). Die Abhandlung folgt dabei den einzelnen Schritten des Kreislaufes Personalbedarfsplanung, Personalbeschaffung, Personaleinsatzplanung, Personalentwicklung sowie Personalfreisetzung und überträgt diese auf die konkrete Situation in den Kliniken. Dort wie auch in anderen Organisationen lässt sich das Vergütungs- und Leistungsmanagement symbolisch als das Fundament und Motivation und Führung als das Dach eines Hauses (einer Organisation) begreifen.

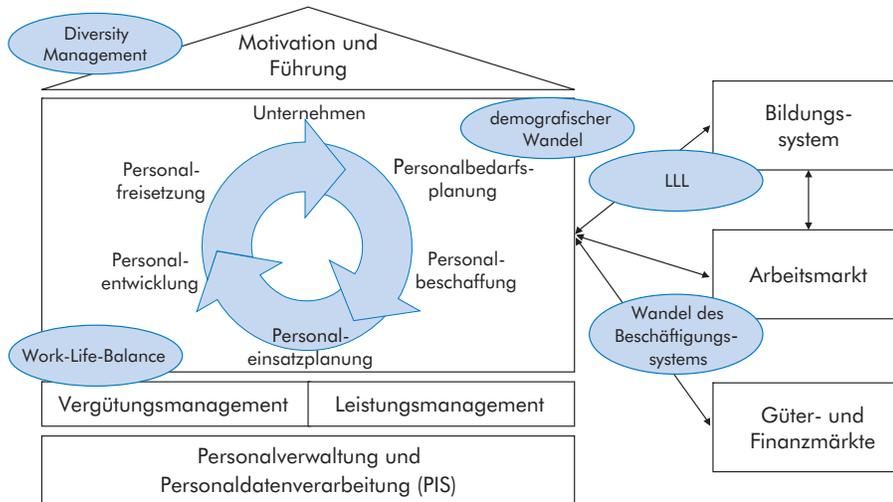


Abb 7. Kreislauf der Personalwirtschaft und die Elemente des Personalmanagements (nach Benz, Schlese & Schramm 2012, S. 5)

2.4.2.1. Personalbedarfsplanung

Der Kreislauf des Personalmanagements beginnt mit der Personalbedarfsplanung. Dabei gilt es, den Personaleinsatz möglichst effizient zu planen. Das Management muss den aktuellen und zukünftigen Personalbedarf qualitativ und quantitativ ermitteln. Hierfür müssen die vorhandenen Aufgaben und die besetzten Stellen mit den zukünftig benötigten Fähigkeitsprofilen abgeglichen werden, dabei sind Abgänge und Zugänge zu berücksichtigen.

Die Ermittlung des Personalbedarfs im Krankenhaus kann durch zusätzliche Instrumente lanciert werden, um eine möglichst abgewogene Analyse zu erstellen. Um den Bedarf festzustellen, können nationale Benchmarks als best-practice-Beispiele Orientierung bieten. Es können aber auch Vergleiche mit Abteilungen anderer Kliniken angestellt werden, die in einer ähnlichen Situation sind. Bei der Ermittlung des Personalbedarfs muss zwingend der Personaleinsatz berücksichtigt werden, denn möglicherweise kann der Bedarf durch eine Änderung von Tätigkeitsprofilen kompensiert werden. An einigen Krankenhäusern (etwa der Charité in Berlin) werden Ärzte beispielsweise von der DRG-Kodierung teilweise oder ganz befreit. Die Kodierung wird dort von geschultem Pflegepersonal übernommen. Das gibt dem Arzt mehr Zeit für eigentliche ärztliche Aufgaben und kann dazu beitragen, die Personalkosten zu senken.

2.4.2.2. Personalgewinnung

Sofern im Rahmen der Personalbedarfsplanung ein zusätzlicher Bedarf an Personal ermittelt wird, stellt sich die Aufgabe der Personalgewinnung. „Deutlich wird, dass im Vergleich zur vorhandenen Zahl der Ärzte die meisten Ärzte in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten gesucht werden. Größere Krankenhäuser ab 300 Betten schreiben, relativ gesehen, Arztstellen hingegen deutlich seltener aus.“ (DKI 2013, S. 15) Das Personalmanagement ist dabei für die Akquise von Mitarbeitern verantwortlich.

Die Personalgewinnung kann grundsätzlich intern oder extern erfolgen. Die internen Möglichkeiten der Personalgewinnung sind Anordnung von Mehrarbeit oder Versetzung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Für die externe Personalgewinnung kann das Management von Kliniken auf ein breites Bündel von Angeboten zurückgreifen. Maßnahmen mit geringen Kosten sind die Veröffentlichung von Stellenanzeigen auf der eigenen Webseite, die Nutzung des bestehenden Netzwerks, die Nutzung von sozialen Medien, die Präsenz an Hochschulen oder das Einschalten des Arbeitsamtes. Gegen Entgelt können auch Stellenanzeigen in Print oder Funk, auf Online-Jobportalen sowie in speziellen Stellenbörsen für Ärzte und Ärztinnen geschaltet werden. Auch die Präsenz auf Rekrutierungsmessen oder die Nutzung privater Personalvermittler kann zum Erfolg führen. Darüber hinaus kann das Management niedergelassene oder Honorarärzte bzw. -ärztinnen¹⁶ für den Dienst im Krankenhaus engagieren (Löffert & Blum, 2010).

2.4.2.3. Personaleinsatz

Der Personaleinsatz wird in Krankenhäusern i.d.R. direkt auf den Abteilungen geplant. Hierfür werden Einsatzpläne erstellt und unter den Kollegen der Abteilung abgestimmt. An dieser Stelle ist das Management nicht in der Verantwortung, es muss jedoch über die Einhaltung der gesetzlichen Ruhe- und Urlaubszeiten wachen. Die Arbeit muss so organisiert sein, dass sie in der vorgegebenen Zeit zu schaffen ist. Aufgabe des Klinikmanagements ist es daher auch zu prüfen, inwiefern Ärzte und Ärztinnen mit ihrem Tätigkeitsprofil ausgelastet beziehungsweise überfordert sind. Daran können Überlegungen zu Aufgabenumfang und Aufgabenverteilung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anschließen.

¹⁶ Laut Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) können niedergelassene Ärzte auch im Krankenhaus arbeiten.

2.4.2.4. Personalentwicklung

„Die Personalentwicklung bezeichnet die gezielte und systematische Entwicklung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiter. Durch Stärkung von Kompetenz, Motivation und Selbstverantwortung bildet sie einen zentralen Aspekt einer mitarbeiterorientierten Unternehmensführung.“ (Löffert & Blum 2010, S.122)

Für die systematische Personalentwicklung in den Kliniken werden verschiedene Maßnahmen genutzt; am häufigsten sind dabei verbindliche Stellenpläne, regelmäßige Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnengespräche oder Einarbeitungskonzepte. Abbildung 8 fasst die Maßnahmen nach der Häufigkeit ihres Einsatzes zusammen.

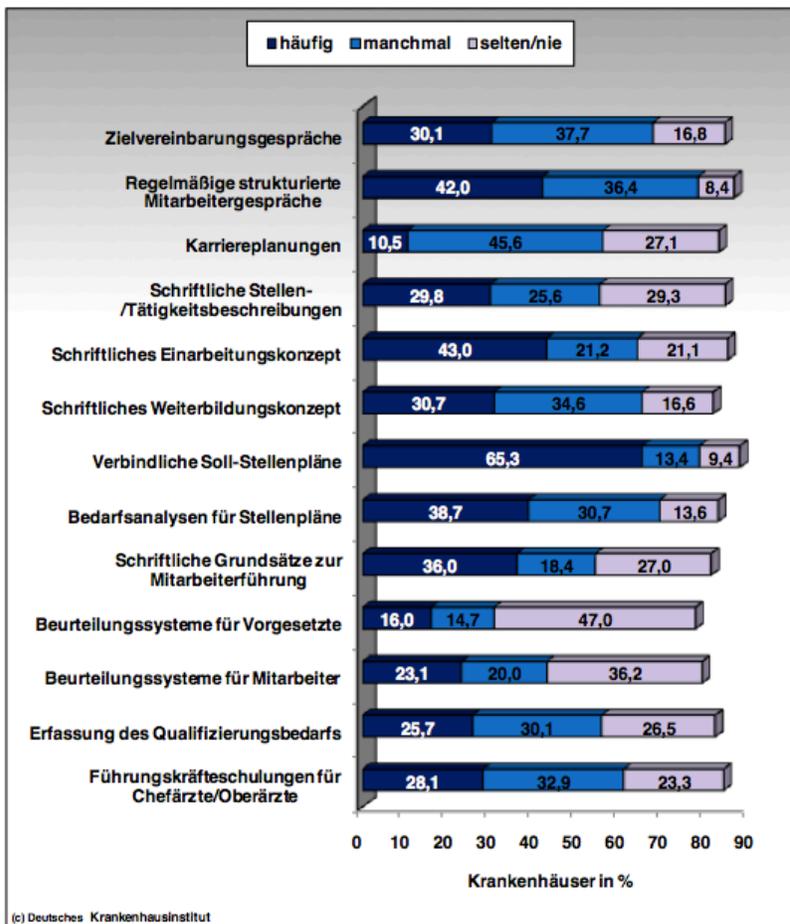


Abb 8. Maßnahmen einer systematischen Personalentwicklung (Quelle: Löffert & Blum 2010, S. 103)

Im Rahmen eines strukturierten und professionellen Personalmanagements sollten die Maßnahmen zur Personalentwicklung schriftlich formuliert und mit spezifischen, messbaren, akzeptierten, realistischen sowie terminierten Zielen unterlegt werden. Blum und

Löffert wiesen 2010 darauf hin, dass Krankenhäuser mit schriftlich fixierten Weiterbildungs- und Einarbeitungskonzepten signifikant weniger Ärztemangel haben, als Häuser ohne diese Konzepte. Dieser Zusammenhang konnte allerdings nicht für Personalentwicklungskonzepte allgemein festgestellt werden.

Diese Instrumente sind im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser aber weniger verbreitet als im Pflegedienst, daher besteht im ärztlichen Dienst im Bereich Personalentwicklung Nachholbedarf (Löffert & Blum 2010, S. 130).

2.4.2.5. Personalfreisetzung

Die Personalfreisetzung ist ein weiterer zentraler Bestandteil des Personalmanagements. Sofern beschäftigtes Personal nicht mehr benötigt wird, muss die Freisetzung geplant und entschieden werden. Grundlage hierfür ist das individuelle und kollektive Arbeitsrecht. Während das individuelle Arbeitsrecht die Rechte und Pflichten des Einzelnen regelt, bestimmt das kollektive Arbeitsrecht Rechte und Pflichten von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sowie ihren Vertretern, die bestimmten Tarifverträgen¹⁷ angehören. Die Personalfreisetzung kann durch natürliche Fluktuation erfolgen, beispielsweise weil Ärzte in den Ruhestand gehen. Andererseits stehen im Rahmen der rechtlichen Regulierungen Maßnahmen wie die Versetzung in andere Arbeitsbereiche, das Auslaufen befristeter Arbeitsverhältnisse, Kündigung oder Vertragsaufhebung als weitere Möglichkeiten zur Verfügung.

2.4.2.6. Personalmotivation

Aufgabe des Personalmanagements ist die personelle Wirksamkeit zu gewährleisten. Benz, Schlese und Schramm (2012) messen der Führung und der Mitarbeitermotivation eine herausragende Bedeutung bei. Sie sind ausschlaggebend dafür, ob Ärzte überhaupt bereit sind, langfristig an einem Krankenhaus zu bleiben. Dem Management sollte es gelingen das bestehende Personal durch extrinsische Anreize, wie einen adäquaten Führungsstil, gerecht empfundene Entlohnung oder ein ansprechendes Arbeitsumfeld zu motivieren. Dem Thema Arbeitsmotivation widmet sich das Kapitel 2.5. ausführlich.

¹⁷ In den Krankenhäusern gelten je nach Einrichtung unterschiedliche Tarifverträge. So werden öffentliche Krankenhäuser in der Regel nach dem Tarifvertrag für Ärzte im öffentlichen Dienst entlohnt, während private Krankenhäuser oft arzt-spezifische Tarifverträge anbieten. Auf die Vergütung wird im Kapitel 2.5.3.3. vertiefend eingegangen.

2.4.2.7. Employer Branding

Von Benz, Schlese & Schramm (2012) nicht erwähnt, aber im Rahmen eines professionellen Personalmanagements ebenfalls von Relevanz, ist das Employer Branding.¹⁸ Dieses kann u.a. bei der Personalgewinnung aber auch bei der Personalmotivation ein wichtiger Einflussfaktor sein und lässt sich damit als eine Querschnittsaufgabe zwischen den einzelnen Bereichen des Personalmanagementkreislaufs darstellen.

Nach der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DGFP 2012) zielt Employer Branding (engl. Arbeitgebervermarktung) darauf ab, die Attraktivität eines Unternehmens für potentielle Arbeitnehmer und -nehmerinnen zu steigern, die Rekrutierungsqualität zu verbessern und die Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu erhöhen. Die Employer Brand hilft potentiellen Arbeitnehmern und -nehmerinnen das gebrandete Unternehmen von anderen zu unterscheiden. Michaels, Handfield-Jones und Axelrod weisen (2001) in ihrem viel beachteten Aufsatz „The war for talents“ auf die Relevanz des Employer Brandings hin. Sie beschreiben dort einen Kampf um die besten Köpfe. Die Tatsache, dass mittlerweile zahlreiche deutschsprachige Bücher mit ähnlichem Titel erschienen, zeigt, dass Employer Branding in Zeiten des Fachkräftemangels und demografischen Wandels eine steigende Bedeutung zukommt.¹⁹ Der Kampf um die besten Köpfe findet auch im Gesundheitssektor und damit zwischen den Kliniken²⁰ statt.

2.4.2.8. Zwischenfazit

Personalmanagement ist eine elementare Managementaufgabe. Neben der Bereitstellung des Personals kommt dem Personalmanagement insbesondere die Aufgabe zu, die Wirk-

¹⁸ Die Employer Brand „bündelt alle Eigenschaften, die das Produkt ‚Arbeit‘ in dem jeweiligen Unternehmen kennzeichnen – vom Aufgabenzuschnitt bis hin zu den kulturellen Besonderheiten, die den Arbeitsalltag im Unternehmen auszeichnen.“ (DGFP 2012, S. 13)

¹⁹ Im Geschäftsbericht 2012 der Bank für Sozialwirtschaft heißt es „Der Verdrängungswettbewerb um die besten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird zunehmend stärker. Die Kunst, sich bei den relevanten Zielgruppen als Arbeitgeber mit Zukunft zu profilieren, gewinnt deshalb immer mehr an Bedeutung. Über gezieltes Personalmarketing wollen wir unsere Reputation weiter erhöhen und uns als Arbeitgeber differenzieren.“ (Bank für Sozialwirtschaft 2012, S. 31)

²⁰ Gerade im Internet besteht die Chance, eine Klinik als attraktive Marke darzustellen und potentielle Bewerber für eine Klinik zu begeistern. Daher wird an dieser Stelle beispielhaft auf Kliniken verwiesen, die das Thema Employer Branding erkannt haben und auf ihrer Webseite entsprechend berücksichtigen, wie etwa das Südstadt Krankenhaus in Rostock (www.kliniksued-rostock.de), die Rhön-Kliniken AG (www.rhoen-klinikum-ag.com), die Schön-Kliniken (www.schoen-kliniken.de/karriere/) oder die Helios-Kliniken (www.helios-kliniken.de/jobs/uebersicht.html).

samkeit des Personals zu gewährleisten. Die Abbildung 7 zeigte den Kreislauf der Personalwirtschaft nach Benz, Schlese und Schramm (2012). Wie im ersten Kapitel 2.4.2 benannt sind das Vergütungsmanagement und die Motivation entscheidende Elemente des Personalmanagements. In den folgenden Kapiteln werden Vergütung und Motivation von Ärzten in Krankenhäusern als wichtige Faktoren des Personalmanagements diskutiert.

2.5. Arbeitsmotivation von Ärzten und Ärztinnen

Vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Ärztemangels gewinnt die Personalmotivation zentrale Bedeutung für das Personalmanagement in Krankenhäusern. Warum dies so ist, wird im folgenden Kapitel erläutert. Zu Beginn werden die Begriffe Motiv und Motivation definiert. Darauf aufbauend werden Theorien zur Arbeitsmotivation vorgestellt und materielle und immaterielle Anreizsysteme diskutiert, die Ärzte für den Dienst im Krankenhaus motivieren können.

2.5.1. Motiv und Motivation

Das Wort Motiv leitet sich aus dem lateinischen Begriff *motivum* (Beweggrund, Antrieb) ab. Motive werden im Laufe des Lebens entwickelt und spiegeln die Verhaltensbereitschaften der Motivträger wider. Das Motiv bewegt Menschen zu bestimmten Handlungen, diese Handlungen bedürfen in der Regel bestimmter Anreize (Jung, Bruck & Quarg, 2013).

„Motivation, d. h. die ‚Begründung‘ oder der Antrieb zu einem gerichteten Verhalten, ist das Ergebnis einer situativen Aktivierung von Motiven. Dieser Vorgang der Aktivierung wird auch als ‚Motivierung‘ bezeichnet.“ (Jung, Bruck & Quarg 2013, S. 201)

Die Motivationsforschung aus Managementsicht versucht im Kern zwei Fragen zu beantworten. Erstens: Welche Motive sind in den Menschen als Verhaltensbereitschaft vorhanden? Wenn solche Motivstrukturen bzw. Prioritäten bekannt sind, kann das Management diese mit gezielten Anreizen ansprechen (Jung, Bruck & Quarg, 2013). Zweitens: Wie können vorhandene Motive aktiviert werden? Wenn es dem Management gelingt, bestimmte Motive zu aktivieren, kann es zielgerichtete Handlungen hervorrufen, um die Unternehmensziele zu verfolgen. „Motivation ist Voraussetzung für zielorientiertes Verhalten und deshalb aus Managementperspektive Hauptansatzpunkt für leistungssteigernde Beeinflussungsstrategien.“ (Stahle 1999, S. 218)

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit stellen sich somit folgende Fragen: Welche Motive haben Ärzte und Ärztinnen? Und wie können Ärzte und Ärztinnen vom Management für den Dienst in einem bestimmten Krankenhaus gewonnen werden? Um darauf eine zunächst theoretische Antwort zu finden, werden bestehende Motivationstheorien betrachtet und auf ihre Zweckmäßigkeit für die Beantwortung dieser Fragestellungen überprüft.

2.5.2. Theorien der Arbeitsmotivation

Die Erforschung der Arbeitsmotivation ist ein Spezialthema der Motivationsforschung. Grundlegend lassen sich Motivationstheorien in Inhalts- und in Prozesstheorien unterscheiden und wie folgt definieren: „Inhaltstheorien der Arbeitsmotivation spezifizieren die Art der zugrunde liegenden Bedürfnisse (...). Prozesstheorien der Arbeitsmotivation thematisieren den Vorgang der Motivaktualisierung und berücksichtigen wesentlich kognitive Variablen (...)“ (Gabler Wirtschaftslexikon 2014). Im Folgenden werden beide Theoriestränge umrissen.

2.5.2.1. Inhaltstheorien der Arbeitsmotivation

Inhaltstheorien konzentrieren sich im Wesentlichen, wie der Name auch schon vermuten lässt, auf den Inhalt, also auf die Motive der Akteure. Sie sind insgesamt hilfreich, um bestimmte Motive und individuelle Bedürfnisse zu erkennen.

Zu den Inhaltstheorien der Arbeitsmotivation werden die Reiss-Profile (2008), die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg (1959, 1968), die Bedürfnistheorie von Maslow (1943) und die Leistungsmotivationstheorie von McClelland (1961) gezählt.

Steven Reiss (2008) hat in zahlreichen empirischen Studien 16 elementare Lebensmotive herauskristallisiert, die bei jedem Menschen vorhanden und unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Mit Hilfe eines Fragebogens stellte er individuelle Motiv-Profile von Personen zusammen, die sogenannten Reiss Profile. Reiss kann mit seiner Methode mehrere Milliarden Kombinationen konstruieren und so der Komplexität des Menschen gerecht werden. Die erstellten Motivprofile sollen zeigen, was Menschen wichtig ist und dem Management helfen, motivierende Anreize zu setzen (vgl. Reiss 2008). Kritisiert wird an diesem modernen und managementnahen Ansatz, dass die Motive zu allgemein gehalten sind und der Aussagewert eines Profils damit relativ begrenzt ist.

Ein wichtiger Aspekt der Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg (1959) ist der Hinweis auf

die Unterscheidung zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation. Herzberg bezeichnet die intrinsische Motivation als Motivatoren und die extrinsische Motivation als Hygienefaktoren.

Maslow (1943) fasst die Motive der Menschen in bestimmten Bedürfnisklassen zusammen. Diese können, so seine Vorstellung in eine Rangfolge gebracht werden. Die materiellen Grundbedürfnisse von Ärzten sind gedeckt, sodass nach dieser Theorie andere höhere Motive bzw. Bedürfnisse aktiviert werden. Das höchste Bedürfnis nach Maslow wäre die Selbstverwirklichung. Zentraler Kritikpunkt an Maslows Bedürfnispyramide ist, dass Menschen die Pyramide linear durchwandern müssen. So geht Maslow davon aus, dass erst nachdem ein Bedürfnis befriedigt wurde, die nächsthöhere Ebene angestrebt wird. In der Realität muss die Rangfolge der Bedürfnisse allerdings nicht mit der von Maslow vorgeschlagenen Reihenfolge übereinstimmen.²¹ Außerdem kann eine Handlung, etwa die Bewerbung als Facharzt bzw. -ärztin an einer bestimmten Klinik, mehreren Motiven zugeordnet werden, z.B. Selbstverwirklichung, dem Streben nach sozialer Anerkennung durch die Arbeit als Arzt oder aber dem Bedürfnis nach materieller Sicherheit durch das Einkommen.

2.5.2.2. Prozesstheorien der Arbeitsmotivation

Mit den Prozesstheorien der Arbeitsmotivation vollzog die Motivationsforschung eine kognitive Wende. Im Zentrum der Betrachtung stand nun nicht mehr das Motiv bzw. das Bedürfnis, sondern die „Frage der Motivation um den individuellen Entscheidungsprozess.“ (Steinmann & Schreyögg 2005, S. 536) Diese Theorien versuchen zu erklären, wie Individuen ihren subjektiv erwarteten Nutzen maximieren können.

Die wichtigsten Theorien sind das Valenz-Instrumentalitäts-Erwartungs-Modell der Arbeitsmotivation von Vroom (1964), das Motivationsmodell von Porter und Lawler (1968), das Attributionstheoretische Modell von Weiner (1985) sowie die Zieltheorie der Arbeitsmotivation von Lee, Locke und Latham (1989).

Heckhausen (2010) entwickelte das erweiterte Kognitive Motivationsmodell, welches im Ansatz gut geeignet ist, um die Motivation von Ärzten und Ärztinnen zu analysieren. Der

²¹ Aus seiner Sicht muss erst eine Wertschätzung durch andere erfolgen, bevor das Motiv der Selbstverwirklichung verfolgt wird (Staehele 1999, S. 222).

größte Schwachpunkt dieser Theorie ist jedoch, dass Willensprozesse in diesem Modell nicht vorgesehen sind. Daher wurde dieses Modell von Heckhausen (2010) zum Rubikon-Modell der Handlungsphasen weiterentwickelt. Darin betrachtete er die vier Phasen: Abwägen, Planen, Handeln und Bewerten. Dieses Modell wurde um die Selbstregulation, auch „Volition“ genannt, erweitert. Der Begriff Volition war bereits von Kurt Lewin (1926) geprägt worden. Er bedeutet soviel wie Willenskraft und erklärt, wie Personen diese einsetzen, um ihre Ziele zu erreichen.

Auch das Job-Characteristics-Modell von Hackmann und Oldham (1980) eignet sich, um die Motivation von Ärzten und Ärztinnen zu analysieren. Im Zentrum steht folgende Frage „How can work be structured so that it is performed effectively and, at the same time, job-holders find the work personally rewarding and satisfying?“ (Hackmann & Oldham 1980, S. 71) Das Job-Characteristics-Modell berücksichtigt die Tätigkeitsmerkmale der Arbeit, den psychologischen Erlebniszustand und die Auswirkungen der Arbeit. Für die Messung dieser Elemente wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der Job Diagnostic Survey (van Dick 1999, S. 113). Fiedler stellt 2005 drei weitere Diagnostikinstrumente zur Messung der Arbeitsmotivation heraus, allerdings sind diese standardisierten Fragebögen nicht als generisches Instrument für die Erfassung der Motivation von Ärzten konzipiert (Fiedler 2005).²²

2.5.2.3. Zwischenfazit

Mit dieser kurzen Einführung in die Theorien zur Arbeitsmotivation wurde ein kurzer Überblick über die vielfältigen Ansätze der Arbeitsmotivation gegeben. Diese dienen als Grundlage für die empirische Untersuchung zur Motivation von Fachärzten und -ärztinnen in Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern. Dabei wird sich nicht auf eine einzelne Theorie beschränkt. Um den Untersuchungsgegenstand ganzheitlich zu erfassen soll vielmehr summarisch auf die verschiedenen Ansätze der Arbeitsmotivation zurückgegriffen werden.

2.5.3. Anreize und Motivation

Um funktionierende Anreizsysteme zu entwickeln, ist es nötig, die Arbeitsmotivation zu

²² Auch deshalb wurde für diese Arbeit ein eigener Fragebogen entwickelt, der den Untersuchungsgegenstand valide misst.

kennen, die Fachärzte und -ärztinnen zu Ihren Handlungen bewegen. Im Folgenden werden die wichtigsten Anreize diskutiert. Die empirischen Befunde zur Arbeitsmotivation unterscheiden im Wesentlichen zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation²³ sowie zwischen materiellen und immateriellen Anreizen. Die Grenzen zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation sind dabei fließend und unterscheiden sich von Person zu Person, sodass nicht immer eindeutig zugeordnet werden kann, ob ein Anreiz extrinsisch oder intrinsisch motiviert. In dieser Arbeit wird grundsätzlich der Auffassung von Benz, Schlese und Schramm (2012) gefolgt „..., dass immaterielle Anreize ganz wesentlich darauf setzen, die intrinsische, also die Selbstmotivation der Beschäftigten durch eine passende Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Rahmen des Managementsystems zu fördern. Im Gegensatz dazu sind monetäre Anreize als extrinsische Motivationsfaktoren einzustufen.“ (Benz, Schlese & Schramm 2012, S. 12)

2.5.3.1. Extrinsische Motivation

Im Kontext der Theorien zur Arbeitsmotivation können äußere Anreize eine extrinsische Motivation bewirken, die Angestellte zu bestimmten Handlung veranlassen. Der äußere Anreiz wirkt wie ein Magnet auf das Individuum und zieht es entweder an (Belohnung) oder stößt es ab (Bestrafung).

Stern kam 1996 in einer Studie mit der Berliner Ärztekammer zu dem bemerkenswerten Ergebnis, dass das Einkommen (extrinsisches Motiv) bei der Wahl des Arztberufes keine große Bedeutung hat. Von den 1.702 befragten Ärzten gaben nur rund 10 Prozent an, dass das Einkommen als Motiv²⁴ für die Berufswahl gedient habe.

2.5.3.2. Intrinsische Motivation

Intrinsische Motivation bezeichnet den inneren Antrieb eines Menschen, der ihn von sich aus dazu führt, bestimmte Handlungen anzustreben. Sie ist gewissermaßen ein innerer Druck. Nach Frey (1997) lassen sich bessere Arbeitsergebnisse und ein größeres Wohlbefinden bei der Arbeit feststellen, wenn die intrinsische Motivation hoch ist.

²³ Eine weitere Differenzierung externer und interner Motivation ist für diese Arbeit nicht zweckdienlich und wird daher nicht ausgeführt (weiterführend vgl. z.B. Barbuto & Scholl 1998).

²⁴ Aus Sicht des Verfassers hat Sturm (2002) hier eine sozial erwünschte Antwort erhoben. Ärzte sind ihrer Berufsordnung verpflichtet, das heißt sie müssen helfen. Hier das Geld über das helfen wollen zu stellen, widerspräche der allgemein bekannten Berufsordnung und verstieße damit gegen soziale Wert und Normvorstellungen, weshalb Ärzte zu der gegebenen Antwort tendieren.

Sturm fand heraus, dass „Erhebungen zur Motivation unter praktizierenden Ärzten (...) eine eher altruistische Grundhaltung (...)“ (Sturm 2002, S. 173) erkennen lassen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch Stern (1996) in seiner Studie mit der Berliner Ärztekammer. Er stellte fest, dass die Wahl des Arztberufes im Wesentlichen auf intrinsische Motive zurückgeht: Die wichtigsten Motive waren „Herausforderung, Entwicklung und Freiheit“ (55 Prozent), „Helfen können“ (48 Prozent), „gesellschaftliche Nützlichkeit“ (38 Prozent) und „Patientenbeziehung“ (40 Prozent).

2.5.3.3. Materielle Anreize

Unter materiellen Anreizen werden neben dem Gehalt auch Urlaubsansprüche, Altersvorsorge, der Dienstwagen oder sonstige Vergütungen verstanden, die den Angestellten gewährt werden. Diese Anreize können vom Management bewusst gesetzt und ausgesteuert werden, um wünschenswerte Soll-Zustände anzustreben.

Der wichtigste materielle Anreiz ist die Vergütung. Grundsätzlich wird sie in fixe und variable Gehaltsbestandteile unterschieden. Ärzte und Ärztinnen in Krankenhäusern erhalten ihr Entgelt in der Regel nach dem Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes, nach hauseigenem Tarifvertrag oder in herausgehobenen Positionen auch außertariflich. Hier gilt das Laufbahnprinzip: Mit Dauer der Klinikzugehörigkeit steigt die Entgeltstufe. Einen sehr guten Überblick über das durchschnittliche Gehalt von Ärzten und Ärztinnen in Krankenhäusern liefert die nachstehende Übersicht. Grundlage für die Analyse sind die fünf wichtigsten Tarifverträge für Krankenhausärzte und -ärztinnen.

Ärztliche Tätigkeit	Fixeinkommen in Euro		Variables Einkommen in Euro		Zusätzliches Einkommen in Euro		Bruttoeinkommen in Euro	
	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Einstieg	44.830	46.618	0,00	8.923	1.793	2.222	46.624	57.763
3-5 Jahre	51.241	58.426	0,00	7.923	2.050	2.654	53.291	69.004
5-8 Jahre	59.169	66.809	0,00	12.720	4.806	5.596	63.975	85.125
8-12 Jahre (mit teilweiser Leitungsfunktion)	74.113	87.180	0,00	29.060	5.404	7.117	79.517	123.358

Abb 9. Brutto-Einkommen deutscher Krankenhausärzte (Quelle: Blum & Offermanns 2011, S. 11)

Das Fixeinkommen ist das Festgehalt laut Tarifvertrag. Das variable Einkommen sind die Vergütungen für Ruf- und Bereitschaftsdienste. Unter zusätzlichem Einkommen werden betriebliche Altersvorsorge und gegebenenfalls Kindergeldzuschläge verstanden (Blum & Offermanns 2011). Die Analyse zeigt, dass Ärzte und Ärztinnen mit einem Bruttoeinkom-

men zwischen 46.624 bis 57.763 Euro einsteigen und im Durchschnitt nach 8-12 Jahren Zugehörigkeit zum Krankenhaus etwa doppelt so viel verdienen. Die außertariflichen Bruttoeinkommen sind in dieser Tabelle nicht dargestellt. Außerdem weisen die Autoren darauf hin, dass hier nur die Einkommen bis 48 Stunden Arbeitszeit pro Woche dargestellt sind. Alle darüber liegenden Einkünfte sind nicht dargestellt. Das tatsächliche Einkommen liegt damit über dem in der Abbildung 9 dargestellten (Blum & Löffert 2011, S. 4).

Auf den deutschlandweiten Ärztemangel reagieren Krankenhäuser, indem sie vermehrt höhere finanzielle Anreize setzen (Blum & Löffert 2010). So erfolgen bei 25 Prozent der Kliniken außer- und übertarifliche Zahlungen. Häufig werden Altersstufen vorweg gewährt und Sozial- und Nebenleistungen gezahlt, wie etwa die Übernahme von Umzugskosten. Mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser bieten finanzielle Unterstützung für Fort- und Weiterbildungen an. Es werden aber auch Erfolgsbeteiligungen in Form von Leistungsprämien und Boni gezahlt (Blum & Löffert 2010). In der folgenden Abbildung ist ersichtlich wie häufig materielle Anreize eingesetzt werden.

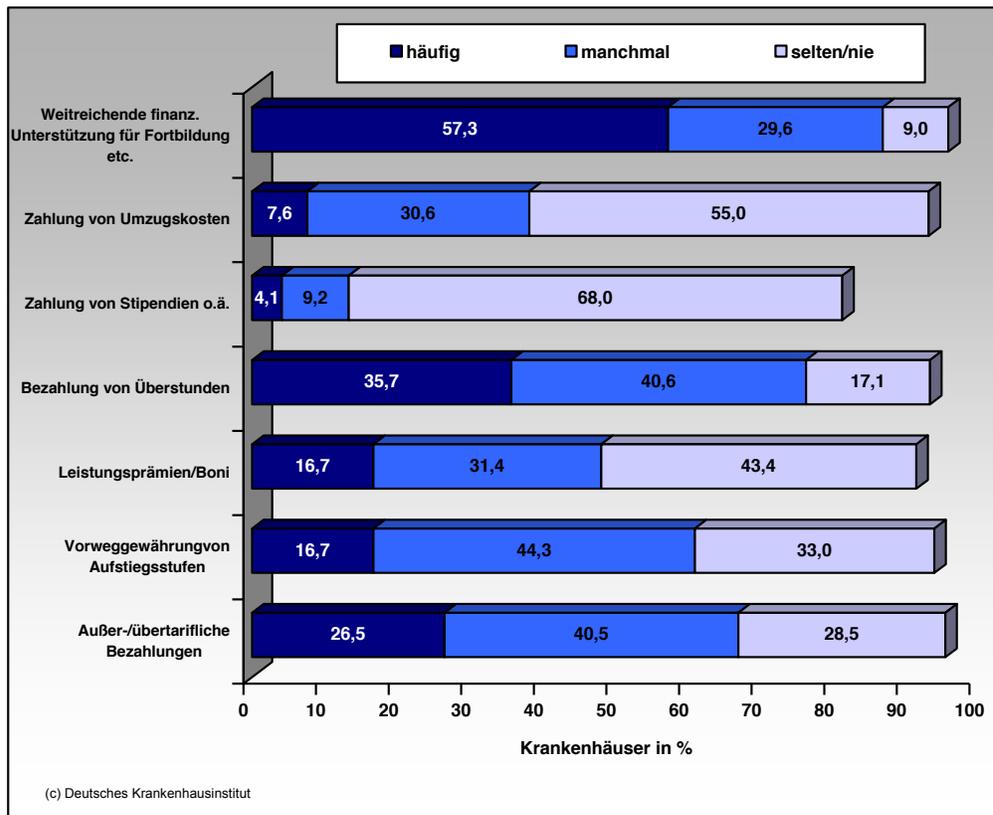


Abb 10. Finanzielle Anreize zur Ärzteakquise (Quelle: Blum & Löffert 2010, S. 87)

Wie Blum und Löffert (2010) zeigen, sind sowohl die weitreichende finanzielle Unterstüt-

zung für Fortbildung als auch die Bezahlung von Überstunden die beiden am häufigsten genutzten finanziellen Anreize zur Ärzteakquise. Erst an dritter Stelle steht eine außer- bzw. übertarifliche Bezahlung. Die dargestellten „finanziellen Anreizinstrumente werden überproportional von Krankenhäusern mit Stellenbesetzungsproblemen im Ärztlichen Dienst eingesetzt. (...) Einstweilen bildet ein breiter Einsatz finanzieller Instrumente somit eher eine Reaktion auf bzw. eine Folge des Ärztemangels als eine wirksame Gegenmaßnahme zu dessen Abbau.“ (Blum & Löffert 2010, S. 88)

Einige Studien betrachten die Wirksamkeit materieller Anreize kritisch und stellen folgende Aspekte heraus: Stille Boni, die nicht transparent und nachvollziehbar sind, werden die Motivation der gesamten Belegschaft nicht fördern (Robert Bosch Stiftung 2007, S. 175). Bei relativ hohen Einkommen haben weitere Einkommenszuwächse auf die Motivation und Zufriedenheit keine besonders große Auswirkung, da ihr Grenznutzen relativ gering ist (Pindyck & Rubinfeld 2009). Jung (2011) stellt heraus, dass materielle Anreize auf die Motivation im Allgemeinen kürzer wirken als immaterielle Anreize. Er konnte empirisch belegen, dass immaterielle Anreize stärker motivierten als materielle.

2.5.3.4. Immaterielle Anreize

Unter immateriellen Anreizen werden Arbeitsinhalte, Arbeitszeitregelungen, Führungskompetenz, Chancen zur beruflichen Weiterentwicklung oder das Arbeitgeberimage subsummiert. Immaterielle Anreize treffen auf die persönlichen Motive des Individuums, wie etwa den Wunsch nach Selbstverwirklichung, sozialer Anerkennung, nach Ordnung oder Macht. Hier ist das Verständnis der Reiss-Profile hilfreich. Wie gut die gesetzten Anreize auf einen Angestellten wirken, hängt von der Ausprägung seiner individuellen Motive ab. Reiss (2008) weist darauf hin, dass immaterielle Anreize je nach individueller Motivlage unterschiedlich wahrgenommen werden. Was den einen Angestellten motiviert, kann bei einem anderen möglicherweise nichts oder gar Frustration auslösen.

Im Folgenden werden wichtige immaterielle Anreize erläutert, die das Klinikmanagement gestalten kann. Die Arbeitszufriedenheit und Motivation von Ärzten dreht sich um eine zentrale Frage, die auch vom Klinikmanagement beantwortet werden muss: Was muss ein Arzt in einer bestimmten Zeit leisten? Diese Frage zielt auf die Gestaltung der Arbeitszeit und der Arbeitsinhalte ab.

„(...) im Zuge der Einführung des DRG-Systems und der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes (hat) die Arbeitszeitflexibilisierung in den deutschen Krankenhäusern merklich zugenommen (...)“. (Blum et al. 2013, S. 70) Im Rahmen der Arbeitszeitgestaltung hat die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (siehe Kapitel 2.3.4.). Eng damit verbunden ist auch der verantwortungsvolle Umgang mit Überstunden seitens des Managements. Entscheidend ist dabei, inwiefern Überstunden erfasst und vergütet werden.

Das typische Arbeitszeitmodell im Krankenhaus ist das traditionelle Bereitschaftsmodell, bei dem Ärzte und Ärztinnen neben ihren regulären Arbeitsphasen im Krankenhaus zusätzliche Arbeitsphasen in Rufbereitschaft absolvieren. Dieses praktizieren rund 80 Prozent der Kliniken. Daneben existieren weitere Arbeitszeitmodelle wie verlängerte Service- und Betriebszeiten sowie zwei zeitversetzte Tagdienste in rund jedem zweiten Krankenhaus. Seltener anzutreffen sind das 3-Schicht-Modell mit etwa gleich langen Schichten oder fachübergreifende Nachtdienste (Blum et al. 2013).

Laut Blum und Löffert (2010) sind größere Krankenhäuser deutlich offener als kleine hinsichtlich ihrer Angebote an flexiblen Arbeitszeiten. Sie bieten häufiger Weiterbildung in Teilzeit, abweichende Dienstzeitgestaltung, Möglichkeiten zur befristeten Auszeit, Arbeitszeitkonten oder Gleitzeit an (Blum et al. 2013). Die Autoren fanden außerdem heraus, dass in großen Kliniken ab 600 Betten am häufigsten Mehrarbeit anfällt und am ehesten gezielte Maßnahmen zur Vermeidung von Überstunden durchgeführt werden.

Neben der Gestaltung der Arbeitszeit ist die Gestaltung der Arbeitsinhalte²⁵ ein wichtiger immaterieller Anreiz. Mit der Einführung des DRG-Systems wurden in einigen Kliniken Aufgaben der Ärzte und Ärztinnen an Pflegepersonal abgegeben, so etwa die Kodierung der Diagnosen. Hierfür können sich Schwestern oder Arzthelfer im Rahmen von IHK-Zertifizierungen weiterbilden. Das führt unter anderem dazu, dass der Arzt von bürokratischem Aufwand entlastet wird und sich seiner eigentlichen ärztlichen Tätigkeit zuwenden kann, was sich bei den meisten Ärzten positiv auf die Motivation auswirken dürfte.

Auch die Chancen zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung sind wichtige immaterielle Anreize (Blum & Löffert 2010), da eine fünfjährige Fortbildung die notwen-

²⁵ Modelle zur Variation der Arbeitsinhalte sind: Job rotation (Arbeitsplatzwechsel), Job enlargement (Aufgabenerweiterung) und Job enrichment (Aufgabenbereicherung) (vgl. Thommen & Achleitner 1999).

dige Voraussetzung ist, um sich als Facharzt zu qualifizieren. Auch die Einrichtung eines Krankenhauses mit modernen Geräten, einer zeitgemäßen IT-Infrastruktur usw. wirkt sich auf die intrinsische Motivation aus, da Ärzte so die Möglichkeit erhalten, sich frei zu entfalten und Patienten und Patientinnen umfänglich zu behandeln. Nicht zu unterschätzen sind die Wirkung des Arbeitsklimas und der Kultur im Krankenhaus auf die Motivation der Ärzteschaft.

Neben den genannten immateriellen Anreizen gibt es auch Anreize, die außerhalb der Einflussosphäre des Klinikmanagements liegen. Hierunter fallen beispielsweise der Standort oder die Größe einer Klinik sowie die Selbstverwirklichung durch eine sinnstiftende Tätigkeit bzw. das Helfen wollen als eine Art Selbstzweck. Aber auch die gesellschaftliche Nützlichkeit und die mit dem Arztberuf verbundene soziale Anerkennung sind relevante immaterielle Anreize. So stellte das Institut für Demoskopie Allensbach für die vergangenen fünf Jahren in seiner Berufsprestige-Skala fest, dass ein Großteil der Deutschen die Arbeit als Arzt am meisten schätzt. Ärzte haben in diesem Ranking das höchste Prestige (Allensbach 2013).

2.5.3.5. Demotivation

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass immaterielle Anreiz auch demotivierend wirken können. Empfinden Ärzte und Ärztinnen dauerhaft übermäßigen Stress, Druck oder Zwang bei der Ausübung ihrer Tätigkeit, wird sich dies negativ auf ihre Motivation auswirken. Als eine Art Selbstschutz werden diese unerwünschten Zustände soweit wie möglich vermieden, mit der Folge, dass „Dienst nach Vorschrift“ absolviert wird oder Ärzte und Ärztinnen das Krankenhaus verlassen.

Vor dem Hintergrund des bestehenden Ärztemangels ist für das Krankenhausmanagement „(...) vor allem die Demotivationsprophylaxe von Bedeutung, da in diesem Sektor oft nicht die mangelnde Fähigkeit zur Motivation ein Manko der Krankenhausträger ist, sondern die zunehmende Demotivation der Mitarbeiter durch ein empfundenes Ungleichgewicht zwischen Attraktivität und Herausforderung des klinischen Arbeitsplatzes.“ (Robert Bosch Stiftung 2007, S. 167)

Wird das Anreizsystem als ungerecht empfunden, kann es demotivierend auf einzelne Angestellte wirken. Beispielsweise wird die Vergütung durch das DRG-System von Teilen

der Ärzteschaft als ungerecht empfunden, da sie – trotz enormer Arbeitsbelastung – für ihre Leistungen eine geringere Vergütung erhalten als Ärzte und Ärztinnen in anderen Abteilungen. Aber auch eine ständige einseitige Belohnung durch das Management oder unzureichende Anerkennung der Leistung kann demotivierend wirken. Aus Kosten-Nutzen-Aspekten wäre es günstiger alle zu motivieren, anstatt einige zu demotivieren, um sie anschließend wieder zu motivieren.

2.5.3.6. Zwischenfazit

„Insgesamt ist festzuhalten, dass zwar ein Zusammenhang zwischen monetären Anreizen, d.h. der Höhe des Entgelts, einerseits und Arbeitszufriedenheit andererseits besteht. Empirische Untersuchungen belegen allerdings, dass andere immaterielle Faktoren einen deutlich größeren Einfluss auf die Motivation der Beschäftigten haben.“ (Benz, Schlese & Schramm 2012, S. 15)

Materielle und immaterielle Anreize können vom Klinikmanagement bewusst eingesetzt werden, um Ärzte und Ärztinnen zu motivieren und intendierte Handlungen anzusteuern. Aus Managementsicht muss das Anreizsystem jedoch im Verhältnis zur Ertragslage des Krankenhauses stehen.

2.6. Hypothesengenerierung

Zum Abschluss des theoretischen Teils werden Nullhypothesen²⁶ zu dem beschriebenen Ärztemangel, zum Personalmanagement und zur Arbeitsmotivation von Ärzten in Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns aufgestellt, die sich aus den bisherigen Ausführungen der Arbeit ableiten lassen. Im anschließenden empirischen Teil werden die Nullhypothesen geprüft. Sofern diese falsifiziert werden, wird jeweils die Alternativhypothese²⁷ angenommen.

²⁶ Hypothesen sind Aussagen, Unterstellungen bzw. „kühne“ Vermutungen, welche ihre Wirkung erst durch die empirische Überprüfung entfalten. Sie sind unkonventionell, zukunftsorientiert und beziehen sich auf das Wie und Wozu von Handlungen (Popper 1966).

²⁷ Der Übersichtlichkeit halber werden die Alternativhypothesen nicht pauschal formuliert, sondern erst falls die Nullhypothese in der empirischen Prüfung verworfen wird.

Hypothese 1: Die Mehrheit der Fachärzte und -ärztinnen in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns spürt Auswirkungen des Ärztemangels.

Wie bislang beschrieben verweisen Studien in den ostdeutschen Bundesländern auf einen Mangel an Ärzten und Ärztinnen. Der Mangel wirkt sich konkret auf die tägliche ärztliche Arbeit aus. Das heißt für Fachärzte und -ärztinnen unter anderem, dass Sie nicht genügend Zeit für Patienten bzw. Patientinnen und Assistenten bzw. Patientinnen haben, dass die Notaufnahme keine 24 Stunden mit einem Facharzt oder einer Fachärztin besetzt ist oder, dass keine Unterstützung für die eigene Fort- und Weiterbildung (etwa in Form von Weiterbildungszeiten, der Übernahme der Weiterbildungskosten etc. durch das Krankenhaus) angeboten wird.

Hypothese 2: Die Besetzung offener Stellen ist in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns schwieriger als in den Städten.

Das Land hat nur wenige große Städte und der Grad der Urbanisierung ist im Verhältnis zum Rest der Republik gering. Wie in Kapitel 2.3.7 gezeigt arbeiten junge Ärzte und Ärztinnen nur ungern auf dem Land. Zudem sind die meisten Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern eher klein und bieten damit für Fachärzte und -ärztinnen scheinbar geringere Karrierechancen. Daher wird angenommen, dass insbesondere in den ländlichen Regionen Stellen schwerer besetzt werden können.

Hypothese 3: Die meisten Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken arbeiten weniger als 49,7 Stunden pro Woche.

Aufgrund des Ärztemangels arbeiten Klinikärzte und -ärztinnen deutlich länger als vertraglich vereinbart. Es wird angenommen, dass die überwiegende Mehrheit der Ärzte und Ärztinnen bereit ist, länger zu arbeiten als vertraglich vereinbart, da sie über eine ausgeprägte intrinsische Motivation verfügen.

Hypothese 4: Die meisten Fachärzte und -ärztinnen haben keine ausreichenden Ruhezeiten.

In dieser Situation kommen die meisten Ärzte und Ärztinnen nicht zu den gesetzlich vorgeschriebenen Ruhezeiten, was das Risiko von Fehlern begünstigt. Als ausreichende Ruhezeiten werden 11 Stunden und mehr definiert (ArbZG § 5 lit 1).

Hypothese 5: Bei den meisten Fachärzten und -ärztinnen werden die geleisteten Überstunden nicht vollständig vergütet.

Der wirtschaftliche Druck, der auf dem Klinikmanagement lastet, führt unter anderem dazu, dass nicht alle erbrachten Überstunden vollständig erfasst und vergütet werden. Diese Situation wirkt sich demotivierend auf Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken aus und kann dazu führen, dass qualifiziertes Fachpersonal abwandert, Dienst nach Vorschrift absolviert oder in die Niederlassung strebt.

Hypothese 6: Die Mehrheit der Fachärzte und -ärztinnen empfindet die eigene Entlohnung als nicht gerecht.

Die Entlohnung ist der wichtigste materielle Anreiz auf Seiten des Klinikmanagements. Fraglich ist, ob der Anreiz von den Ärzten und Ärztinnen als solcher gerecht empfunden wird. Folgt man den Annahmen der Prozesstheorien der Arbeitsmotivation, so sind Ärzte, die mit ihrer Vergütung unzufrieden sind weniger extrinsisch motiviert.

Hypothese 7: Die Mehrheit der Fachärzte und -ärztinnen ist mit der Arbeit in den Kliniken unzufrieden.

Es ist davon auszugehen, dass Ärzte dann mehr Freude an der Arbeit haben und zufriedener sind, wenn sie ihrer eigentlichen ärztlichen Tätigkeit nachgehen können, vom bürokratischen Aufwand entlastet sind, in einem modern ausgestatteten Krankenhaus arbeiten und ausreichend Zeit für Patienten und Patientinnen sowie Assistenten und Assistentinnen haben. Aufgrund des Fachärztemangels wird jedoch davon ausgegangen, dass diese Faktoren in den Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns nicht oder nur in Teilen erfüllt sind, so dass davon ausgegangen wird, dass unter den Fachärzten und -ärztinnen eher Unzufriedenheit herrscht.

Hypothese 8: Die langen Arbeitszeiten sind das wichtigste Motiv für den Austritt aus dem ärztlichen Dienst im Krankenhaus.

Aufgrund des bestehenden Ärztemangels gelingt es dem Klinikmanagement nicht, neue Stellen zu besetzen, sodass die im Krankenhaus tätigen Fachärzte und -ärztinnen eine dauerhaft hohe Arbeitsbelastung haben. Im Vergleich zu anderen materiellen und immateriellen Anreizen wird davon ausgegangen, dass Fachärzte und -ärztinnen Kliniken hauptsächlich verlassen, weil die Arbeitsbelastung und wöchentliche Arbeitszeit zu hoch sind.

3. Empirischer Teil

3.1. Beschreibung und Diskussion der Forschungsmethodik

Für die umfassende Beantwortung der Forschungsfrage wurden verschiedene Perspektiven eingenommen. Wie bereits eingangs dargelegt, liefert die amtliche Statistik viele Informationen zur medizinischen, personellen und ökonomischen Lage der Krankenhäuser. Sie bildet ein geeignetes Fundament für diese Studie.

Die amtliche Statistik liefert allerdings keine Informationen über Zufriedenheit, Einstellung und Motivation von Fachärzten und -ärztinnen. Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde eine quantitative Befragung von berufstätigen Fachärzten und Ärztinnen im Land Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Hierfür wurde mit der Ärztekammer des Landes Mecklenburg-Vorpommern kooperiert.²⁸ Im Rahmen der Kooperation war der Verfasser für die Inhalte und die Entwicklung des Fragebogens sowie des Anschreibens an die Fachärzte und -ärztinnen verantwortlich.

Der Fragebogen wurde vom Verfasser entwickelt und im Vorfeld der Befragung von einer kleinen Gruppe von Ärzten und Ärztinnen sowie dem Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern getestet. Im Rahmen des Pretest wurde der Fragebogen zudem von einem Psychometriker und dem Datenschutzbeauftragten geprüft und freigegeben.

Die Ärztekammer des Landes Mecklenburg-Vorpommern war für die technische Abwicklung zuständig. Sie veröffentlichte den Fragebogen auf der Webseite der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern unter dem Link www.aek-mv.de/fas2014. Insgesamt wurden 2.585 Fachärzte und -ärztinnen aus Mecklenburg-Vorpommern am 3. März 2014 von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern postalisch persönlich angeschrieben und gebeten, bis zum 24. März 2014 an der „Facharztstudie 2014“ teilzunehmen.²⁹

Mit dem Anschreiben wurde ein zufällig generierter Zugangscode verschickt. Eine Teilnahme an der Studie war nur nach Eingabe dieses Zugangscodes möglich. Auf Wunsch erhielten neun Teilnehmer den Fragebogen auch in ausgedruckter Form per Post.

²⁸ Der Geschäftsführer der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wurde vom Vorstand mit der Studie beauftragt. Die Forschungsmethodik wurde im Rahmen einer Vorstandssitzung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Januar 2014 präsentiert.

²⁹ Siehe Anhang 1 und 3.

Die erhobenen Daten wurden von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern in Papierform bzw. als verschlüsselte Excel-Datei zur Verfügung gestellt. Die Datenauswertung erfolgt mit SPSS und Excel 2010.³⁰ Der Datensatz wurde auf Plausibilität geprüft und bei der Datenaufbereitung um extreme Ausreißer bereinigt.

3.2. Erläuterung des Fragebogens

Der Fragebogen³¹ besteht aus drei Teilen. Im ersten Abschnitt „Allgemeiner Teil“ wurden soziodemografische Daten erfasst. Diesen Teil bekamen alle Befragten. Über eine Filterfrage wurde erfasst, ob die Befragten als Facharzt bzw. -ärztin in einem Krankenhaus tätig sind. Falls ja, gelangten die Teilnehmer zu Abschnitt 2 des Fragebogens. In diesem Hauptteil wurden die Arbeitssituation und die Motive von Krankenhausärzten und -ärztinnen erfasst. Falls die Befragten angaben, als niedergelassener Arzt bzw. Ärztin zu arbeiten, wurden sie zu Abschnitt 3 geleitet, um die Motive für das Verlassen des Krankenhauses zu erheben. Bei der Formulierung des Fragebogens wurden einige Fragen bewusst aus einer Umfrage der Ärztekammer des Landes Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2003 übernommen, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Zeitverlauf zu gewährleisten.

Abschnitt 2 des Fragebogens enthielt weitere Filterfragen; einzelne Teile des Fragenkatalogs richteten sich dabei explizit an einzelne Arztgruppen (z.B. Oberärzte/-ärztinnen, Honorarärzte/-ärztinnen etc.). Insgesamt umfasste der Fragebogen für Fachärzte in Krankenhäusern maximal 46 Fragen. Der Fragebogen für Oberärzte/-ärztinnen, Fachärzte/-ärztinnen und Honorarärzte/-ärztinnen in Krankenhäusern umfasste 40 Fragen. Die Einschätzung des Bedarfs einer Abteilung an Fachärzten und -ärztinnen sowie das Management der Bewerbungen, liegen im Kompetenzbereich des Chefarztes bzw. der Chefärztin. Um den Fragebogen für alle Befragten nutzerfreundlich und möglichst kompakt zu gestalten, wurden ausschließlich Chefarzte bzw. -ärztinnen, entsprechend ihres Kompetenzbereiches zur Stellenbesetzung in ihrer Abteilung befragt (Frage 17 bis 22).

Der Fragebogen für Fachärzte und -ärztinnen in der Niederlassung sowie in Medizinischen Versorgungszentren (Abschnitt 1 und 3) hatte einen Umfang von 13 Fragen.

³⁰ Sofern technisch möglich wurden die Tabellen wegen einer ansprechenderen Darstellung als MS-Office Grafiken dargestellt. Vereinzelt Grafiken konnten nur über SPSS ausgegeben werden.

³¹ Siehe Anhang 2 und 4.

3.3. Deskription der Grundgesamtheit

Da alle Ärzte und Ärztinnen des Landes Mecklenburg-Vorpommern Pflichtmitglied der Ärztekammer sind, konnte eine Vollerhebung der in Kliniken tätigen Fachärzte und -ärztinnen bzw. der Fachärzte und -ärztinnen, die in den vergangenen fünf Jahren aus dem Klinikdienst ausgeschieden sind, erfolgen. Dieser Personenkreis wurde als Grundgesamtheit definiert. Die empirischen Erkenntnisse sind damit repräsentativ für diese beiden Gruppen.³²

Insgesamt sind 9.661 Ärzte und Ärztinnen pflichtgemäß Mitglied der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommerns, davon sind 6.871 berufstätig. Im Rahmen dieser Master-Thesis wurden alle 2.200 berufstätigen Fachärzte und -ärztinnen in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns angeschrieben. Darüber hinaus wurden 380 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen befragt, die sich seit dem 01.01.2009 in der Niederlassung befinden sowie 5 Fachärzte bzw. -ärztinnen, die am Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. Insgesamt wurden 2.585 Personen angeschrieben.

Es wurden jedoch keine Assistenzärzte und -ärztinnen befragt, da explizit der Bedarf an ausgebildeten Fachärzten und -ärztinnen untersucht werden soll.³³

Wie im Kapitel 2.2.3. beschrieben unterscheidet sich die Trägerstruktur der Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern deutlich vom Rest der Bundesrepublik, weshalb die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit nicht ohne Weiteres auf andere Bundesländer übertragen werden können.

3.4. Deskription der antwortenden Fachärzte und -ärztinnen

3.4.1. Rücklauf und soziodemografische Daten

Die Rücklaufquote betrug 22,6 Prozent. An der Umfrage beteiligten sich 585 Fachärzte und -ärztinnen, davon waren 472 als Fachärzte und -ärztinnen im Krankenhaus tätig. 113 Fachärzte und -ärztinnen waren in den vergangenen fünf Jahren in einem Krankenhaus tätig

³² Für die Ausführungen im empirischen Teil stützt sich der Verfasser auf Benninghaus (1998), Diekmann (2000) und Thurman (2008).

³³ Für Assistenzärzte wird unabhängig von dieser Master-Arbeit eine eigenständige Befragung der Bundesärztekammer durchgeführt.

gewesen und hatten zwischenzeitlich in ein anderes Arbeitsverhältnis in Mecklenburg-Vorpommern gewechselt.

Die Geschlechterverteilung der Teilnehmer betrug 64 Prozent Männer und 36 Prozent Frauen. Ärztinnen waren in der Umfrage damit leicht unterrepräsentiert. Die meisten befragten Personen waren zwischen 46-50 Jahre alt. Die genaue Altersverteilung kann der folgenden Abbildung entnommen werden.

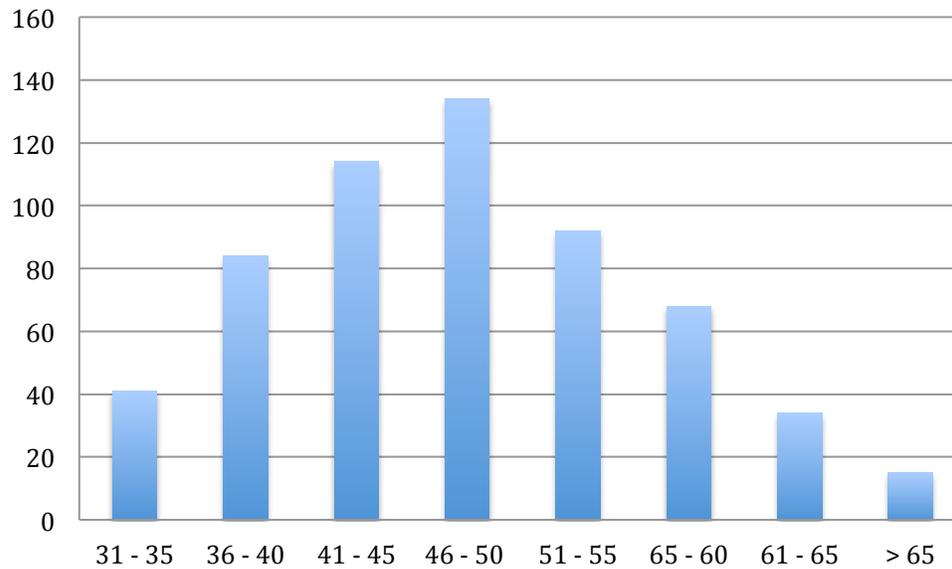


Abb 11. Alter der Befragten in Jahren (N = 583, keine Angabe = 2)

Nahezu alle Fachärzte und -ärztinnen kamen aus Deutschland, 19 gaben ihre Nationalität nicht an, 15 kamen aus dem Ausland (Polen, Österreich, Ungarn, Bulgarien, Slowakei, Schweiz, Griechenland, Spanien).

3.4.2. Angaben zum Krankenhaus

Die Mehrheit der Befragten kam aus Krankenhäusern in kleineren Ortschaften sowie aus Städten mit mehr als 40.000 Einwohnern.

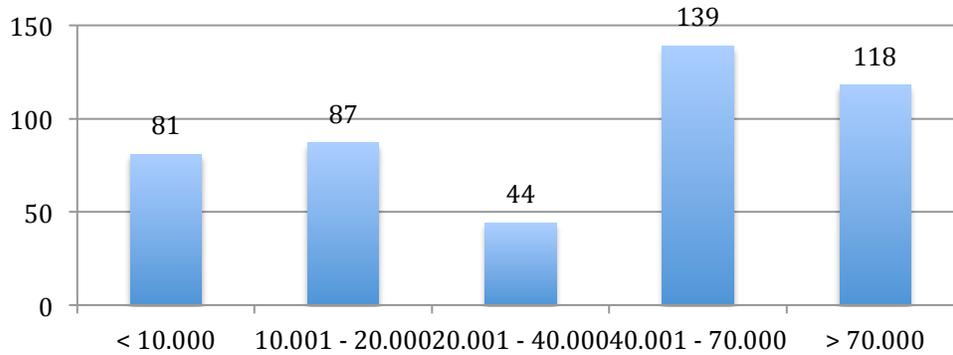


Abb 12. Fachärzte und -ärztinnen in Krankenhäusern nach Ortsgröße (Einwohnerzahl) (N = 469, keine Angabe = 3).

Mehr als die Hälfte der befragten Fachärzte gab an, in einem privatwirtschaftlich organisierten Krankenhaus zu arbeiten, etwas mehr als ein Viertel in öffentlichen Kliniken und ca. 16 Prozent in freigemeinnützigen Häusern. Unter „Sonstiges“ fallen Mischformen zwischen öffentlichen und kirchlichen Trägern. Die Ärzte aus öffentlichen Kliniken sind damit in der Studie unterrepräsentiert,³⁴ das wird beim Vergleich mit der amtlichen Statistik des Landes Mecklenburg-Vorpommern deutlich (vgl. Kapitel 2.2.3.).

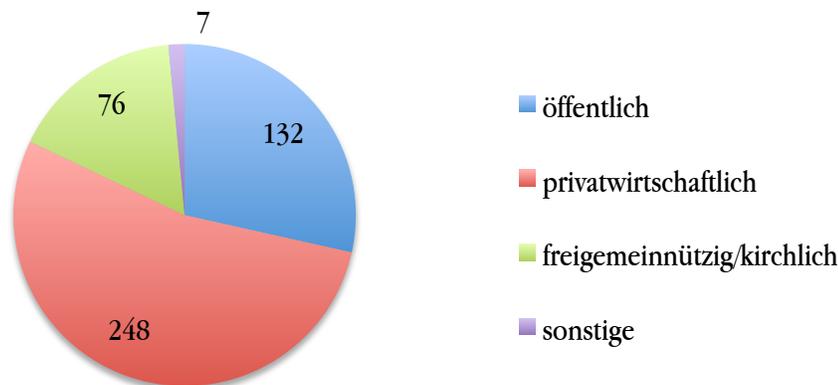


Abb 13. Verteilung der Fachärzte und -ärztinnen auf die Trägerschaft der Krankenhäuser (N = 463, keine Angabe = 9)

An der Umfrage nahmen Ärzte und Ärztinnen aus allen Krankenhaustypen in etwa gleichem Umfang teil. Befragte, die „Sonstiges“ antworteten, haben beispielsweise in Tageskliniken gearbeitet oder in Krankenhäusern mit Schwerpunktversorgung.

³⁴ Sofern Aussagen über die Trägerschaft der Klinik von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit übertragen werden sollen, müssen die Items entsprechend gewichtet werden.

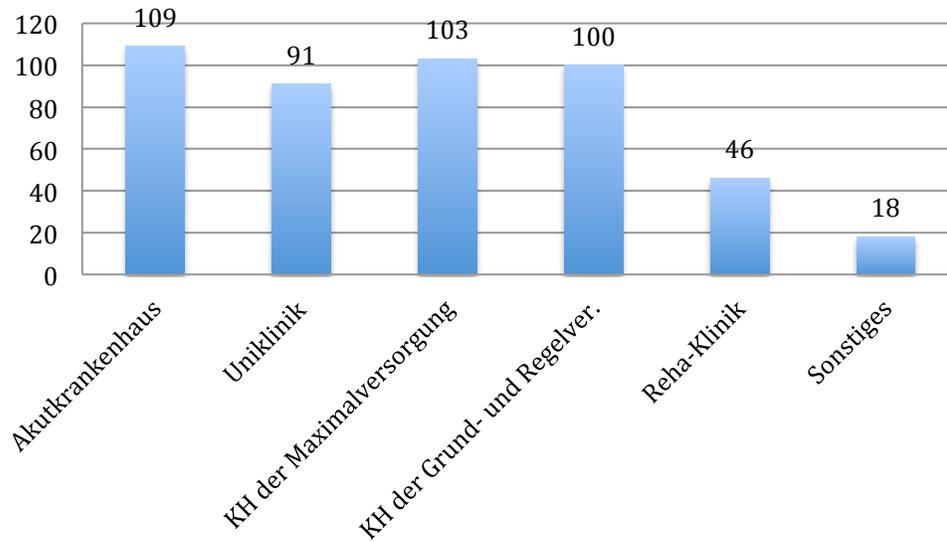


Abb 14. In der Umfrage repräsentierte Krankenhäuser nach Typen (N = 468, keine Angabe = 4)

Fachärzte und -ärztinnen in größeren Krankenhäusern mit 600 Betten und mehr haben am häufigsten an der Befragung teilgenommen, Fachärzte und -ärztinnen aus Krankenhäusern mit 100-200 Betten am zweithäufigsten.

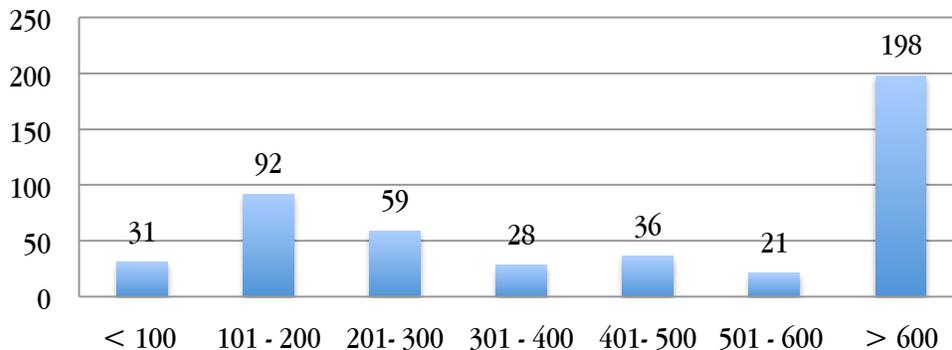


Abb 15. Zugehörigkeit der Fachärzte und -ärztinnen zu Krankenhäusern nach Anzahl der Betten (N = 465, keine Angabe = 7)

Von allen befragten Fachärzten und -ärztinnen im Krankenhaus waren die meisten als Oberärzte bzw. -ärztinnen tätig. Rund ein Viertel der Befragten gab an, als Chefarzt bzw. Chefarztin oder ausschließlich als Facharzt bzw. -ärztin (ohne weitere Funktion) zu arbeiten. An der Befragung nahmen keine Honorarärzte bzw. -ärztinnen teil. Von den fünf Ärzten und Ärztinnen die sonstige Berufspositionen angaben, arbeiteten drei als Stationsarzt bzw. Stationsärztin und zwei als Assistenzarzt bzw. Assistenzärztin.

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

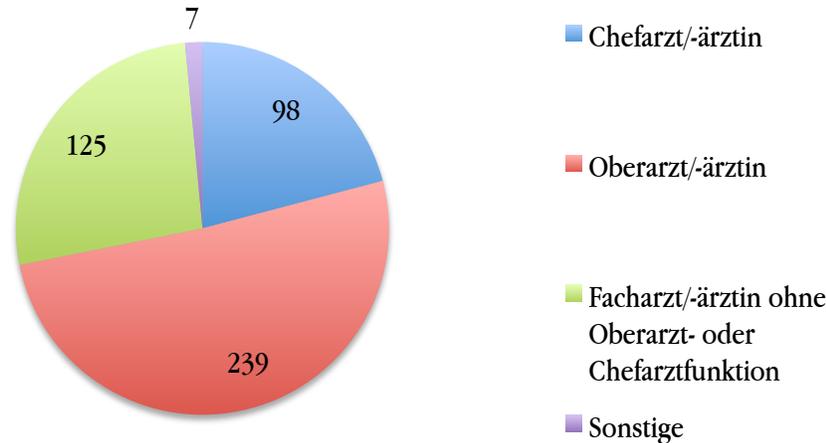


Abb 16. Befragte Fachärzte und -ärztinnen im Krankenhaus nach Position (N = 468, keine Angabe = 4)

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

Hypothese 1: Die Mehrheit der Fachärzte und -ärztinnen in den Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns spürt Auswirkungen des Ärztemangels.

Zur Beantwortung der Hypothese 1 wird in mehreren Schritten vorgegangen.

Im ersten Schritt wird geschaut, ob es im Jahr 2013 in den Krankenhäusern des Landes Mecklenburg-Vorpommern Stellenbesetzungsprobleme gab. Die im theoretischen Teil vorgestellten Studien haben Ärztemangel nur für Ostdeutschland allgemein dargestellt, nicht aber für das Land Mecklenburg-Vorpommern im Speziellen. Im zweiten Schritt wird dann untersucht, ob und wie Fachärzte und -ärztinnen die Auswirkungen des Ärztemangels wahrnehmen.

Den Bedarf an Fachärzten und -ärztinnen für eine bestimmte Abteilung können nur die Chefärzte und -ärztinnen zuverlässig beurteilen, da sie für Stellenausschreibungen und -besetzungen zuständig sind bzw. zumindest wesentlichen Einfluss auf das Personalmanagement haben. Zuerst werden die im Jahr 2013 zur Besetzung ausgeschriebenen Stellen, die eingegangenen Bewerbungen und die tatsächlich besetzten Stellen aus Sicht der Chefärzte und -ärztinnen gegenübergestellt. In der folgenden Abbildung wird deutlich, dass weniger Chef-, Ober- und Fachärzte und -ärztinnen ohne Chefarzt- und Oberarztfunktion eingestellt wurden als Stellen im Jahr 2013 ausgeschrieben waren. Darüber hinaus gab es für die ausgeschriebenen Positionen verhältnismäßig wenige Bewerber bzw. Bewerberin-

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

nen; so kamen auf eine ausgeschriebene Stelle für Fachärzte und -ärztinnen ohne Chef- bzw. Oberarztfunktion sowie für Oberärzte und -ärztinnen durchschnittlich weniger als 2 Bewerbungen. Unter den Assistenzärzten und -ärztinnen gab es mit großem Abstand die höchste Bewerberquote. Auf eine Stelle kamen etwa sechs Bewerber und Bewerberinnen. Bemerkenswert ist, dass im Jahr 2013 mehr Assistenzärzte bzw. -ärztinnen eingestellt wurden als Stellen ausgeschrieben waren. Insgesamt konnten von allen 53 ausgeschriebenen Stellen nur 40 Stellen besetzt werden. Möglicherweise wurden offene Facharztstellen, die aufgrund fehlender Bewerber bzw. Bewerberinnen nicht besetzt werden konnten, durch Assistenzärzte und -ärztinnen gedeckt.

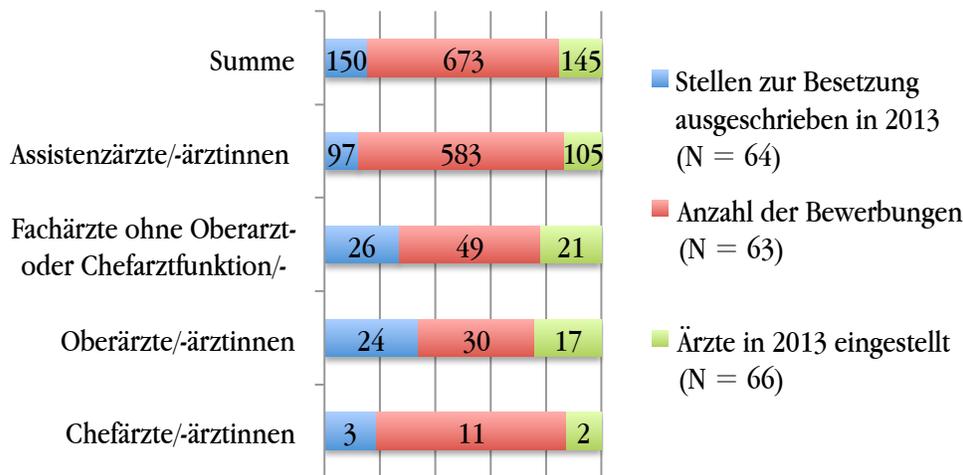


Abb 17. Darstellung der in 2013 ausgeschriebenen Stellen, der tatsächlich besetzten Stellen und der Anzahl der Bewerbungen, Angabe der befragten Chefärzte und -ärztinnen (N = 98)

Um die Hypothese weiter zu prüfen, wird analysiert, wie sich die Situation in den Abteilungen der Krankenhäuser darstellt. Hierzu wird die Anzahl der Abteilungen mit offenen Stellen den Abteilungen mit vollständig besetzten Stellen gegenübergestellt.³⁵ Mit Blick auf die Oberärzte bzw. -ärztinnen wird deutlich, dass in 25 Abteilungen Oberarztstellen vakant sind. Nur in 15 Abteilungen sind alle Oberarztstellen besetzt. Auch bei den Fachärzten und -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion und bei den Assistenzärzten und -ärztinnen gibt es mehr Abteilungen, die zu besetzende Stellen haben, als solche, in denen alle Stellen vollständig besetzt sind.

³⁵ Den Chefärzten und -ärztinnen wurde folgende Frage gestellt: „Wie viele Stellen sind derzeit in Ihrer Abteilung auf den jeweiligen Positionen unbesetzt?“

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

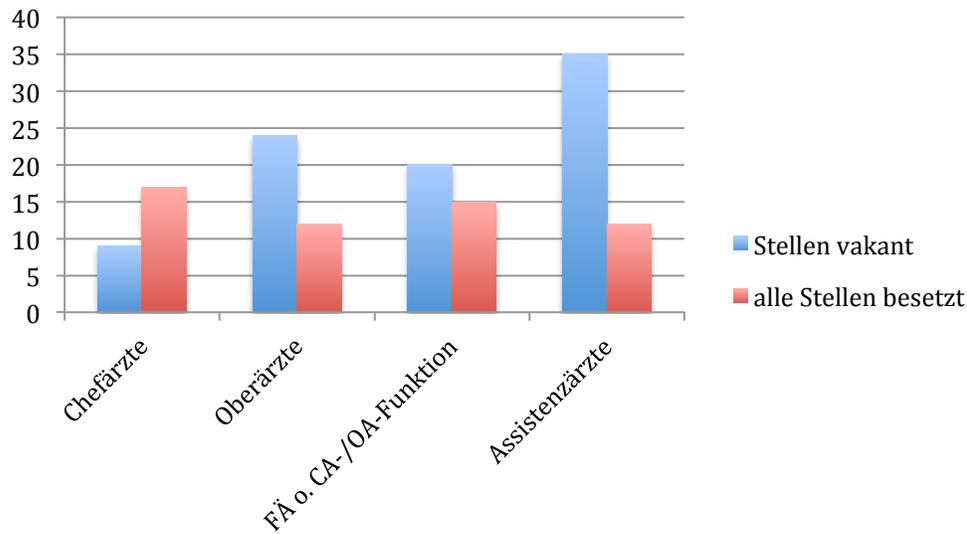


Abb 18. Stellenauslastung nach Arztfunktionen, Angabe der befragten Chefärzte und -ärztinnen zur Situation in ihren Abteilungen (N = 98)

Nach Angabe der 98 befragten Chefärzte und -ärztinnen waren in den betreffenden Krankenhäusern insgesamt die Positionen von 12 Chef- und 40 Oberärzten und -ärztinnen-, 40 Fachärzten bzw. -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion und 89 Assistenzärzten und -ärztinnen unbesetzt. Das bedeutet: Zum Zeitpunkt der Befragung bestand ein spürbarer Bedarf an ärztlichem Personal in Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern.

Im nächsten Schritt wird der Personaleinsatz in den Abteilungen betrachtet, um zu analysieren, ob sich der Ärztemangel auf die Arbeitssituation der beschäftigten Ärzte auswirkt. Hierzu wurden alle Fachärzte und -ärztinnen in den Kliniken befragt. Die Mehrheit der Befragten gab an, dass sowohl die Abteilung als auch die Notaufnahme nicht mit einer ausreichenden Anzahl an Fachärzten bzw. -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion besetzt ist. Somit kann sowohl auf der Station als auch in der Notaufnahme keine 24-Stunden-Besetzung durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin gewährleistet werden. Die Mehrheit der Befragten äußerte zudem, dass nicht jede Station in Vollzeit von einem Facharzt bzw. einer Fachärztin ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion geleitet wird.³⁶

³⁶ Ober- und Chefärzte und -ärztinnen sind i.d.R. für mehrere Stationen verantwortlich.

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

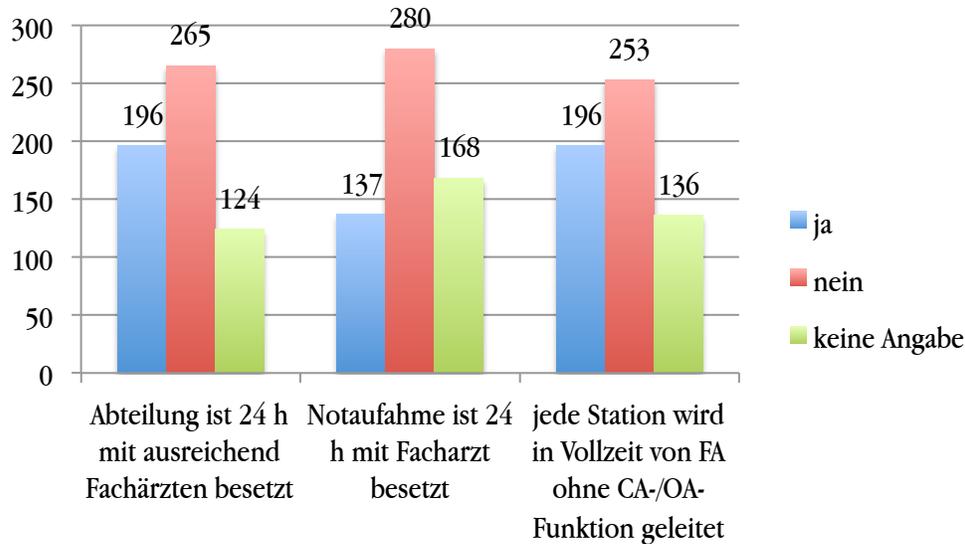


Abb 19. Besetzung der Abteilungen und der Notaufnahme mit Fachärzten bzw. -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion (N = 468, keine Angabe = 4)

Schließlich wurden die Fachärzte und -ärztinnen gefragt, ob Sie genügend Zeit für die Patienten und Patientinnen und für die Ausbildung und Betreuung der Assistenzärzte und -ärztinnen haben. Die meisten Befragten sind der Auffassung, dass dies nicht der Fall ist.

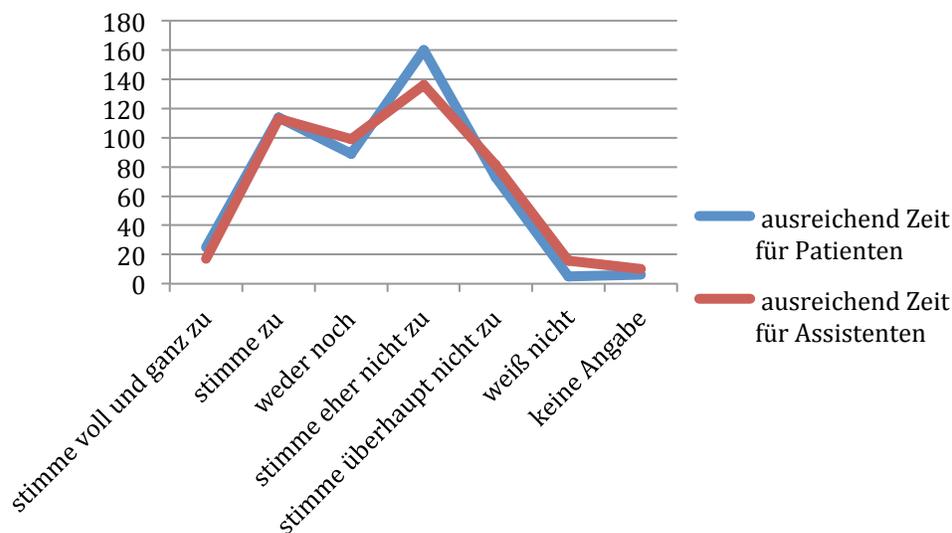


Abb 20. Zustimmung zu den Fragen, ob Ärzte bzw. Ärztinnen ausreichend Zeit für Patienten bzw. Patientinnen oder Assistenten bzw. Assistentinnen haben (N = 472; keine Angabe (Zeit für Patienten) = 6; keine Angabe (Zeit für Assistenten) = 10)

Fazit Hypothese 1: Mit Blick auf die dargestellten Befragungsergebnisse wird die Hypothese 1 bestätigt. Es gibt einen Fachärztemangel in Mecklenburg-Vorpommern, der sich in der

verhältnismäßig hohen Anzahl nicht besetzbarer Stellen äußert. Die Auswirkungen des Ärztemangels werden von den befragten Fachärzten und -ärztinnen mehrheitlich in ihrer täglichen Arbeit wahrgenommen.

Hypothese 2: Die Besetzung offener Stellen ist in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns schwieriger als in den Städten.

Um die Hypothese zu prüfen, wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Stellenbesetzung und dem Krankenhausstandort gibt.

Da ausschließlich Chefärzte und Chefärztinnen auf die Frage zur Stellenbesetzung geantwortet haben, wird zuerst die Verteilung dieser Ärztegruppe in Mecklenburg-Vorpommern betrachtet. Damit soll abgesichert werden, dass auf diese Frage nicht nur Chefärzte und -ärztinnen aus bestimmten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns geantwortet haben.

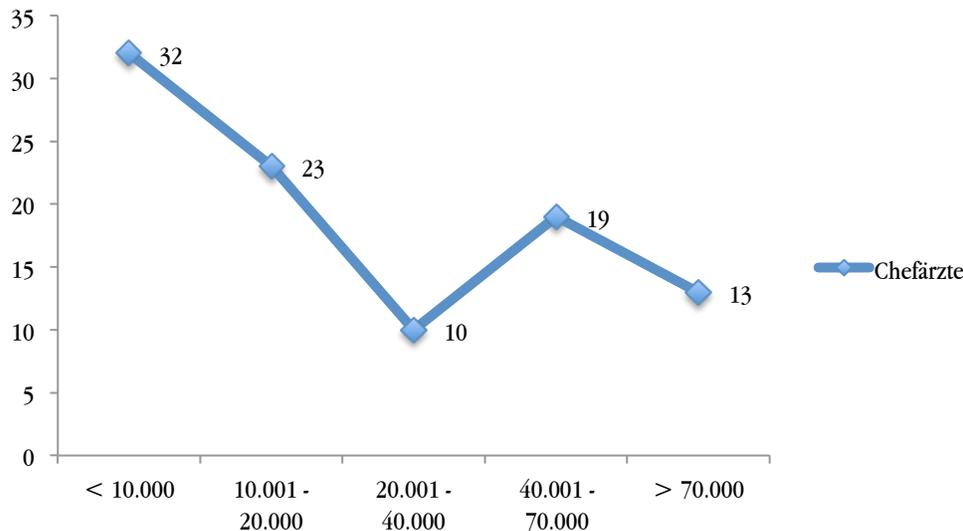


Abb 21. Verteilung der Chefärzte und -ärztinnen nach Einwohnerzahl der Orte, in denen sich das Krankenhaus befindet (N = 97, keine Angabe = 1)

Dies ist nicht der Fall, die Verteilung der Befragten erstreckt sich über das ganze Bundesland. Die meisten Chefärzte und -ärztinnen arbeiten in kleineren Städten mit weniger als 10.000 Einwohnern. Hier spiegelt sich die weitläufige Besiedlungsstruktur des Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern wider.

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen dem Standort des Krankenhauses

und der Anzahl der offenen Stellen für jeden Arzttyp untersucht.³⁷

		unbesetzte Chefarzt- Stellen	unbesetzte Oberarzt- Stellen	unbesetzte Facharzt- Stellen (ohne CA/OA- Funktion)	unbesetzte Assistenzarzt- Stellen
Standort des Krankenhauses (Einwohner- zahl)	Korrelation nach Pearson	0,551	0,378	0,277	0,251
	Signifikanz (2- seitig)	0,124	0,069	0,237	0,147
	N (97)	9	24	20	35

***.* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tab 1. Zusammenhang zwischen dem Krankenhausstandort und der Anzahl unbesetzter Stellen (N = 97, keine Angabe = 1)

Die Tabelle gibt Auskunft über die Anzahl der Chefärzte und -ärztinnen, die aussagen, offene Stellen in ihrer Abteilung zu haben. Es zeigt sich, dass zwischen dem Standort des Krankenhauses und der Anzahl an nicht besetzten Stellen kein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht, aufgrund der geringen Fallzahlen ist dieses Ergebnis jedoch nicht sonderlich belastbar. Dennoch wird deutlich, dass es in allen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns offene Stellen gibt, allerdings sind in kleineren Ortschaften nicht mehr Stellen vakant als in Städten.

Um die Hypothese zu prüfen wird weiterhin geschaut, wie sich die Anzahl der zur Besetzung ausgeschriebenen 150 Stellen und die 673 eingegangenen Bewerbungen auf die Klinikstandorte in Mecklenburg-Vorpommern verteilen. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Rahmenbedingungen zum Ärztemangel (v.a. Urbanisierung) wird angenommen, dass in ländlichen Regionen verhältnismäßig weniger Bewerbungen eingingen. Wegen der Übersichtlichkeit werden die Fach- und Assistenzärzte und -ärztinnen nacheinander betrachtet. Die Verteilung der Stellenausschreibungen für die verschiedenen Facharzt-

³⁷ Beide Variablen sind intervallskaliert, daher wird das Zusammenhangsmaß Pearsons r verwendet.

gruppen stellt sich wie folgt dar.

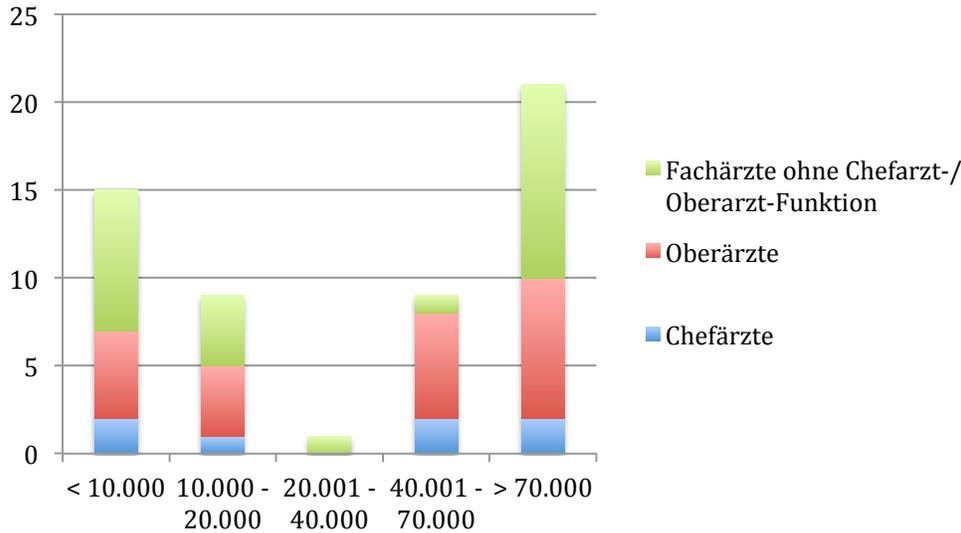


Abb 22. Verteilung der ausgeschriebenen Facharzt-Stellen auf Orte nach Einwohnerzahl, Angabe der befragten Chefarzte und -ärztinnen, n Stellen (CÄ: N = 7, OÄ: N = 19, FÄ: N = 16)

In Städten mit über 70.000 Einwohnern gibt es absolut die meisten Stellenausschreibungen für Fachärzte und -ärztinnen. Aber auch Städte mit weniger als 10.000 Einwohnern haben einen hohen Bedarf an fachärztlichem Personal.

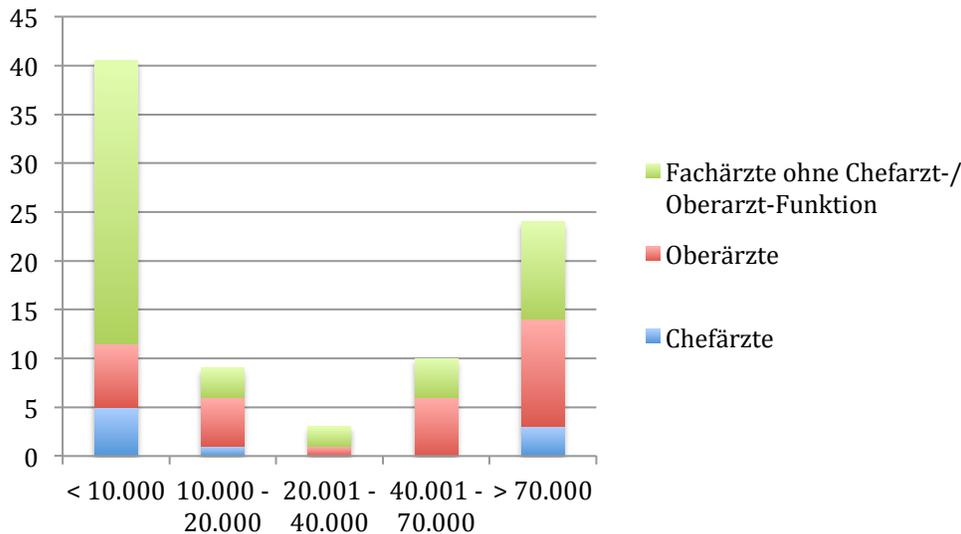


Abb 23. Verteilung der eingegangenen Bewerbungen auf Orte nach Einwohnerzahl, Angabe der befragten Chefarzte und -ärztinnen, n Bewerbungen (CÄ: N = 5, OÄ: N = 12, FÄ: N = 18)

Die meisten Bewerbungen für die ausgeschriebenen Facharzt-Stellen sind in Kliniken mit

weniger als 10.000 Einwohnern eingegangen, obwohl diese weniger Stellen ausgeschrieben hatten als Kliniken in Städten mit mehr als 70.000 Einwohnern. Somit haben Krankenhäuser in Städten relativ weniger Bewerbungen pro Stelle erhalten, als Krankenhäuser in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Das spricht erst einmal gegen Hypothese 2.

Bei den Assistenzärzten und -ärztinnen zeigen sich keine relevanten Unterschiede zwischen Kliniken in kleinen und großen Städten. Vielmehr setzt sich der bei den Fachärzten und -ärztinnen beschriebene Trend fort. Auch in kleineren Städten wurden in Summe weniger Stellen ausgeschrieben, auf diese kamen aber etwas mehr Bewerbungen als auf Stellen in größeren Städten.

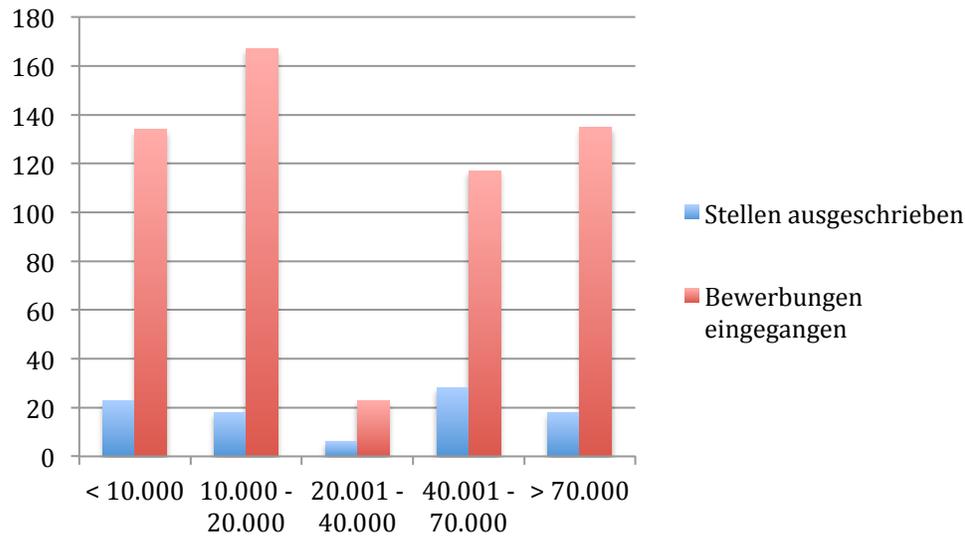


Abb 24. Anzahl der ausgeschrieben Stellen und eingegangenen Bewerbungen von Assistenzärzten und -ärztinnen in den Kliniken, Orte nach Einwohnerzahl (N (Stellen ausgeschrieben) = 53, N (Bewerbungen eingegangen) = 54)

Fazit Hypothese 2: Vor dem Hintergrund der vorliegenden Daten wird die Hypothese 2 verworfen und die folgende Alternativhypothese formuliert: Aufgrund der geringeren Bewerberzahlen ist es in den Städten schwieriger, Facharztstellen zu besetzen.

Hypothese 3: Die meisten Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken arbeiten weniger als 49,7 Stunden pro Woche.

Für die Überprüfung der Hypothese wird der Mittelwert der wöchentlich tatsächlich er-

brachten Arbeitszeit betrachtet. Die befragten Fachärzte und -ärztinnen arbeiten im Durchschnitt 52,5 Stunden pro Woche (arithmetisches Mittel). Die Standardabweichung beträgt 11,5 Stunden. Am häufigsten gaben die Befragungsteilnehmer und -teilnehmerinnen an, dass sie 60 Stunden pro Woche arbeiten (Modus). Die wöchentlich geleisteten Arbeitsstunden von Fachärzten und -ärztinnen in Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern sind in der Abbildung 25 dargestellt.

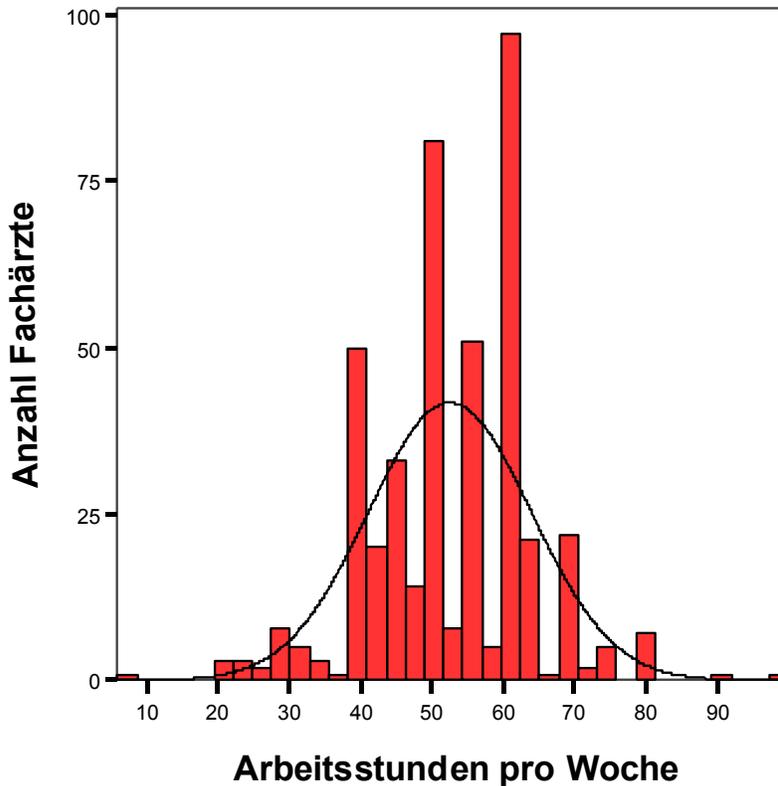


Abb 25. Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche ($N = 445$, keine Angabe = 5)

Wird die laut Tarifvertrag³⁸ vereinbarte Wochenarbeitszeit von 40 Stunden zugrunde gelegt, leisten Fachärzte in Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns rund 12,5 Stunden mehr pro Woche.³⁹ Bei dieser Betrachtung sind allerdings Nacht- und Bereitschaftsdienste mit-

³⁸ Üblicherweise werden in den Tarifverträgen Arbeitszeiten von ca. 40 Wochenstunden vereinbart bzw. sind laut Rechtsprechung wöchentliche Höchstarbeitszeiten von durchschnittlich 48 Stunden pro Woche zulässig. Diese können jedoch bei individueller Vereinbarung überschritten werden (Opt-out).

³⁹ Allerdings muss berücksichtigt werden, dass bei der Berechnung dieses Durchschnittes auch die Ergebnisse der befragten Ärzte und Ärztinnen, die in Teilzeit arbeiten, eingeflossen sind. Das bedeutet, dass die Höhe der erbrachten Überstunden unter Berücksichtigung der jeweiligen Arbeitswochenstunden laut Vertrag noch über dem Durchschnitt von 12,5 Stunden liegen dürfte.

eingeflossen. Um die wöchentliche Arbeitszeit genauer zu erfassen, wurde zusätzlich nach der Anzahl der geleisteten Überstunden pro Woche gefragt. Diese Frage beantworteten 432 Ärzte und Ärztinnen mit durchschnittlich 7,5 Überstunden pro Woche. In der folgenden Abbildung wird die Anzahl der Überstunden für die verschiedenen Arztgruppen dargestellt.

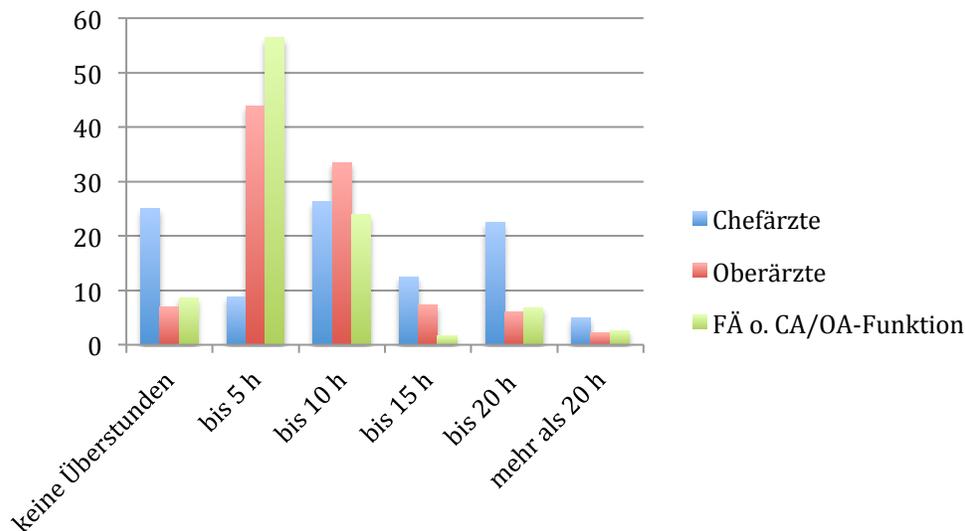


Abb 26. Anzahl der erbrachten Überstunden pro Woche nach Arzttyp (N = 427, keine Angabe = 45)

Es wird deutlich, dass der Großteil der Ober- und der Fachärzte und -ärztinnen ohne Chef-/Oberarztfunktion bis zu 5 Überstunden pro Woche macht. Es gibt aber auch einen erheblichen Teil an Fachärzten und Fachärztinnen, die bis zu 10 Überstunden oder mehr erbringen. Unter den Chefärzten und -ärztinnen gibt es neben einer Gruppe, die angibt, keine Überstunden zu machen, eine deutliche Mehrheit von Personen, die bis zu 20 Überstunden pro Woche leisten.

Fazit Hypothese 3: Die Hypothese wird falsifiziert, da Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns im Durchschnitt 52,5 Stunden pro Woche arbeiten.

Hypothese 4: Die meisten Fachärzte und -ärztinnen haben keine ausreichenden Ruhezeiten.

Neben der Wochenarbeitszeit und der Anzahl der geleisteten Überstunden wird nun untersucht, ob Fachärzte und -ärztinnen genügend Ruhezeiten haben. Die überwiegende

Mehrheit der Befragten gab an, dass sie Ruhezeiten von 11 Stunden und mehr zwischen zwei Arbeitsphasen haben. Mehr als ein Drittel der Ärzte und Ärztinnen sagte jedoch aus, dass sie weniger als 11 Stunden Ruhezeit bzw. keine Ruhezeiten zwischen zwei Diensten einlegen könnten.

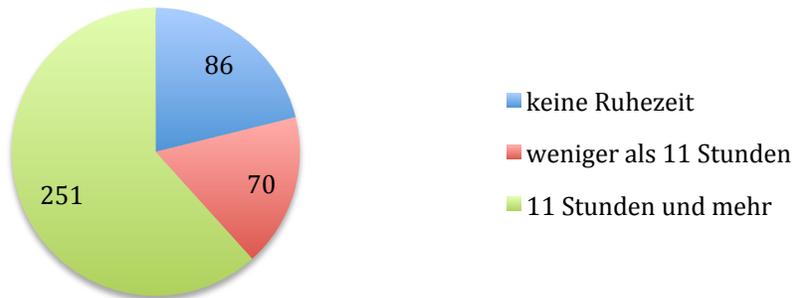


Abb 27. Ruhezeiten der Ärzte (N = 408, keine Angabe = 64)

Im nächsten Schritt werden die Ruhezeiten nach unterschiedlichen Facharztgruppen differenziert.

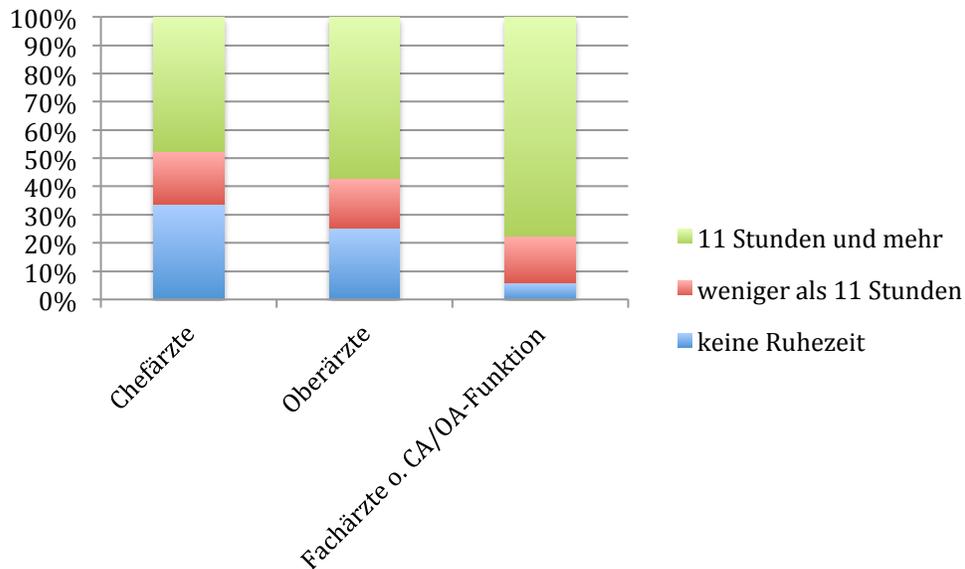


Abb 28. Ruhezeiten der unterschiedlichen Facharztgruppen (CÄ: N = 66, keine Angabe = 32, OÄ: N = 217, keine Angabe = 22, FÄ o. CA/OA-Funktion: N = 114, keine Angabe = 11)

Chefarzte und -ärztinnen bekommen im Vergleich zu den anderen Arztgruppen die wenigsten Ruhezeiten. Etwas mehr als die Hälfte dieser Befragten hat keine Ruhezeit bzw.

weniger als 11 Stunden Ruhezeit. Fachärzte und -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion haben die meisten Ruhezeiten. Hier zeigt sich, dass mit steigender Funktion offenbar auch die Arbeitsbelastung steigt, so dass Ruhezeiten teilweise nicht eingehalten bzw. wahrgenommen werden können.

Fazit Hypothese 4: Die Hypothese lässt sich nur für eine Gruppe der befragten Ärzte und Ärztinnen, die Gruppe der Chefarzte bzw. -ärztinnen bestätigen. Auf Basis der Ergebnisse für alle Fachärzte und -ärztinnen wird die Hypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen: Die Mehrheit aller Fachärzte und -ärztinnen hat ausreichende Ruhezeiten von mindestens 11 Stunden.

H5: Bei den meisten Fachärzten und -ärztinnen werden die geleisteten Überstunden nicht vollständig vergütet.

Zur Prüfung der Hypothese wird zunächst geschaut, ob die geleisteten Überstunden grundsätzlich erfasst werden, denn nur erfasste Überstunden können entsprechend vergütet werden.

Die Frage, ob die Überstunden erfasst werden, wird von einer knappen Mehrheit der Befragten bejaht. Für die andere Hälfte der Befragten werden die Überstunden nicht erfasst. In der folgenden Abbildung wird ersichtlich, dass vor allem bei den meisten Chefarzten und -ärztinnen und bei mehr als einem Drittel der Oberärzte und -ärztinnen keine Überstunden erfasst werden. Vermutlich sind die Überstunden bei diesen Gruppen auf Basis der Arbeitsverträge pauschal mit dem regulären Gehalt abgegolten. Im Gegensatz dazu werden die Überstunden der Fachärzte und -ärztinnen ohne Chefarzt/Oberarzt-Funktion aber auch die Überstunden eines großen Teils der Oberärzte und -ärztinnen überwiegend dokumentiert. Die Erfassung erfolgt bei allen Gruppen größtenteils handschriftlich.

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

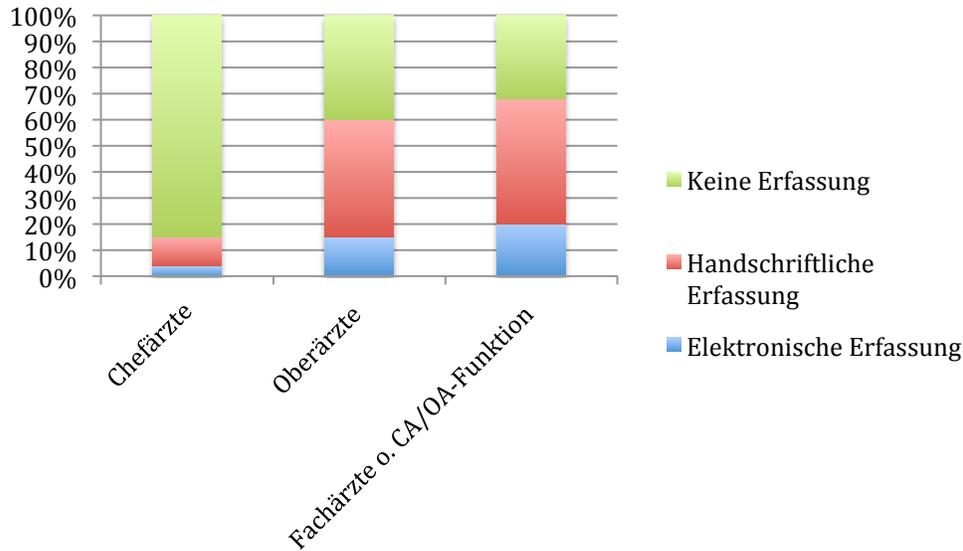


Abb 29. Erfassung der Überstunden von Fachärzten und -ärztinnen (CÄ: N = 95, keine Angabe = 3, OÄ: N = 237, keine Angabe = 2, FÄ o. CA/OA-Funktion: N = 123, keine Angabe = 2)

Bei insgesamt 38,6 Prozent der Fachärzte und -ärztinnen werden die Überstunden handschriftlich erfasst, bei nur 14,3 Prozent erfolgt die Erfassung der Überstunden elektronisch. Bei 47,1 Prozent der Befragten werden die Überstunden gar nicht erfasst.

Die anfallenden Überstunden werden auf unterschiedliche Weise vergütet.

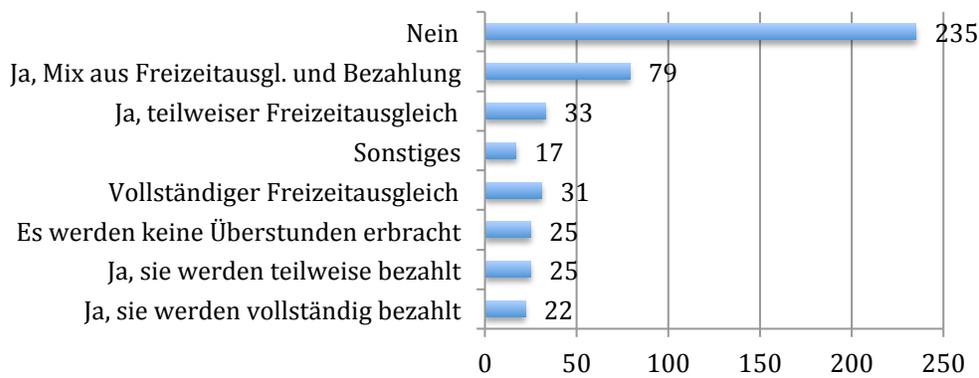


Abb 30. Formen der Vergütung von Überstunden bei Fachärzten und -ärztinnen (N = 467, keine Angabe = 5)

Bei 50,3 Prozent aller Fachärzte werden die Überstunden nicht vergütet. Bei der anderen Hälfte werden Überstunden teilweise oder ganz bezahlt bzw. es wird Freizeitausgleich gewährt. In 25 Fällen werden keine Überstunden erbracht. Unter „Sonstiges“ wurde zu- meist angegeben, dass die Überstunden auf Basis des Arbeitsvertrags pauschal abgegolten

sind. Einige Befragte gaben darüber hinaus an, dass Überstunden nur im Rahmen von Diensten vergütet werden oder Überstunden nicht dokumentiert werden sollen bzw. erst ab 80 Überstunden vergütet werden.

Fazit Hypothese 5: Auch wenn bei der Gruppe der Chefärzte und -ärztinnen überwiegend keine Vergütung erfolgt, kann Hypothese 5 für die Mehrheit aller befragten Fachärzte und -ärztinnen verifiziert werden, da die Überstunden bei weniger als der Hälfte aller Befragten vergütet werden.

Hypothese 6: Die Mehrheit der Fachärzte und -ärztinnen empfindet die eigene Entlohnung als nicht gerecht.

Zur Überprüfung der Hypothese wird die Entlohnung der Fachärzte und -ärztinnen allgemein analysiert. Daran anschließend wird gezeigt, ob die Entlohnung von den Befragten als gerecht empfunden wird.

Die Frage „Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher gesamter monatlicher Bruttoverdienst (inklusive Überstunden und Diensten)?“ beantworteten 442 Fachärzte und -ärztinnen. Die Analyse ergab, dass die Befragten im Durchschnitt ein Bruttoeinkommen von 7.001 – 8.000 Euro haben.

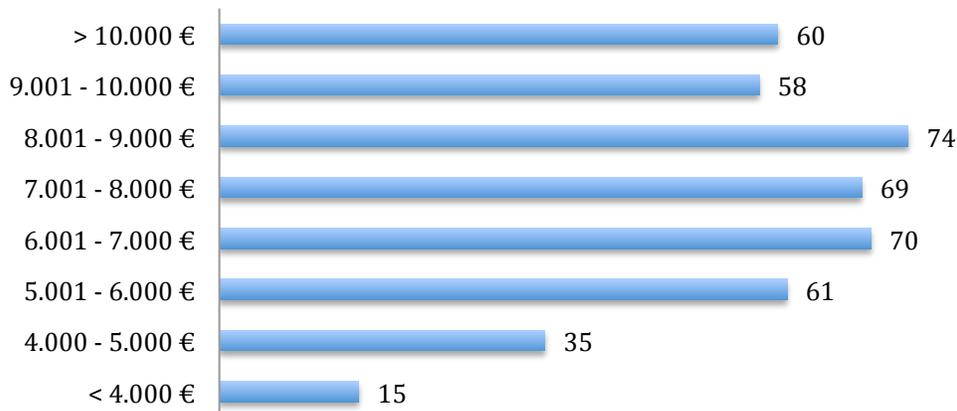


Abb 31. Bruttomonatsverdienst der Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern in Euro (N = 442, keine Angabe = 30)

Dabei verdienen die Chefärzte und Chefärztinnen durchschnittlich 9.001 – 10.000 €, die Oberärzte und -ärztinnen durchschnittlich 7.001 – 8.000 € und die befragten Fachärzte

und -ärztinnen ohne Chef-/Oberarztfunktion durchschnittlich 5.001 – 6.000 € im Monat.

In der folgenden Darstellung werden die Bruttomonatsverdienste einschließlich Überstunden und Diensten für die jeweilige Arztgruppe aufgeschlüsselt.

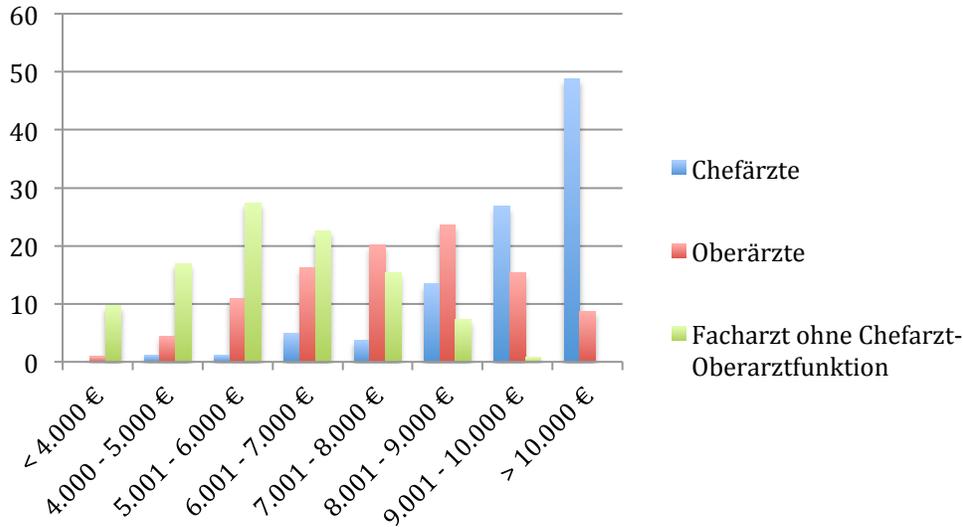


Abb 32. Bruttomonatsverdienst der Fachärzte und -ärztinnen in Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern in Euro nach Arztgruppe in Prozent (CÄ: N = 82, keine Angabe = 16, OÄ: N = 229, keine Angabe = 10, FÄ o. CA/OA-Funktion: N = 124, keine Angabe = 1)

Das bloße Monatsverdienst lässt allerdings noch keine Rückschlüsse darauf zu, ob sich die Ärzte und Ärztinnen für ihre geleistete Arbeit gerecht entlohnt fühlen. Dazu wurden die Befragten gebeten, anzugeben, inwiefern sie der Aussage „Ich fühle mich für meine Arbeit gerecht entlohnt“ zustimmen. In der folgenden Abbildung werden die Antworten nach Arztgruppen dargestellt.

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

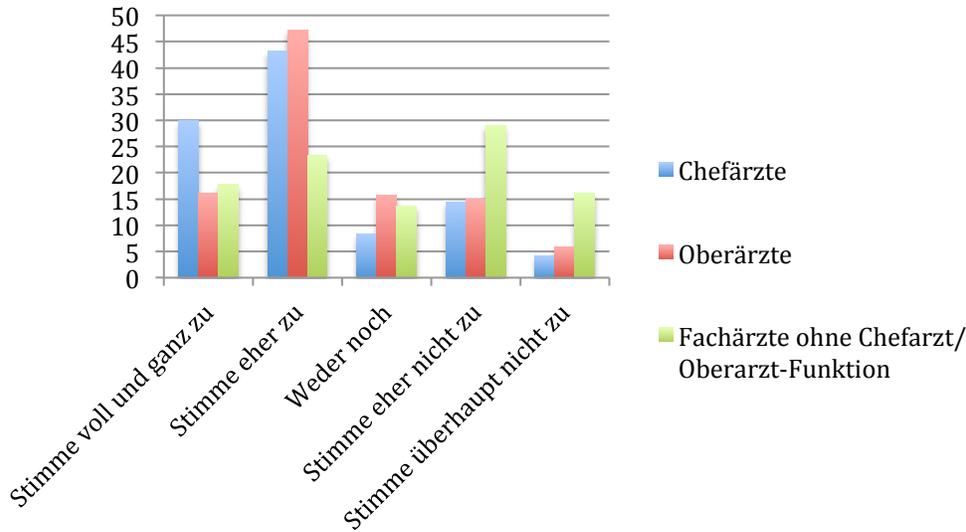


Abb 33. Gerecht empfundene Entlohnung nach Arztgruppen in Prozent (N = 456, keine Angabe = 16)

59,6 Prozent aller Fachärzte finden die eigene Entlohnung gerecht und stimmten der Frage voll und ganz zu bzw. eher zu. 18,6 Prozent waren der Meinung, dass ihre Entlohnung nicht gerecht ist und stimmten der Frage eher nicht zu. Der Meinung, dass ihre Entlohnung überhaupt nicht gerecht sei waren 8,6 Prozent aller Fachärzte und -ärztinnen. Mit Blick auf die verschiedenen befragten Arztgruppen sind es vor allem die Chefärzte und -ärztinnen, die ihre Entlohnung als gerecht empfinden. 73,2 Prozent stimmen hier voll und ganz oder eher zu, dass sie gerecht bezahlt werden. Bei den Oberärzten und -ärztinnen stimmen bewerten 63,4 Prozent der Befragten ihre Entlohnung positiv. Anders sieht es hingegen bei den Fachärzten und -ärztinnen ohne Chef-/Oberarztfunktion aus. Hier empfanden 29 Prozent ihre Entlohnung eher nicht als gerecht und 16,1 Prozent als überhaupt nicht gerecht.

Nachstehend wird analysiert, ob sich die gerecht empfundene Entlohnung zwischen den unterschiedlichen Krankenhausträgern unterscheidet.

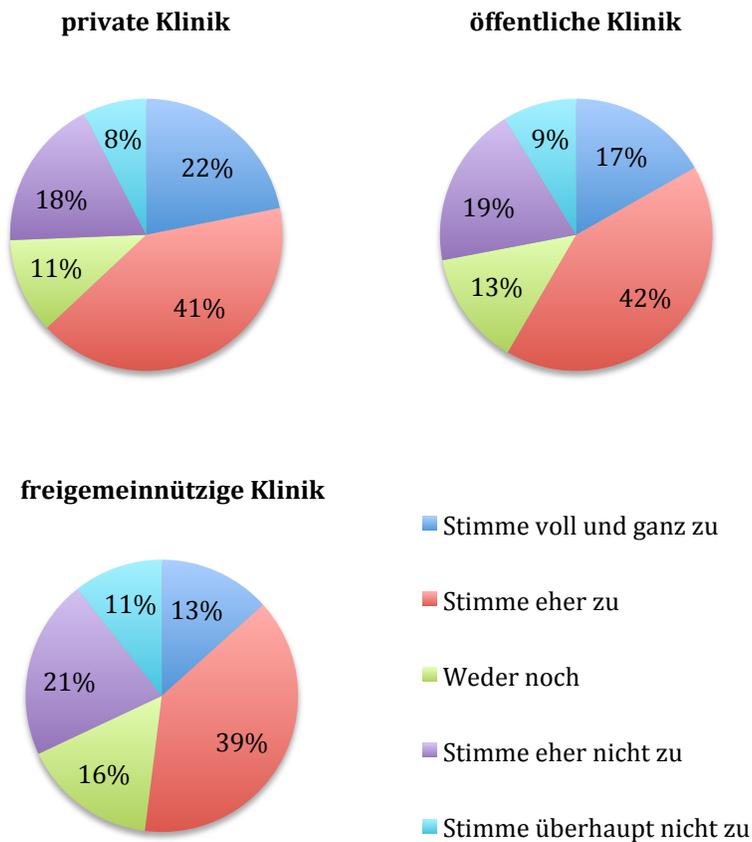


Abb 34. Gerecht empfundene Entlohnung nach Trägerschaft des Krankenhauses (N = 465, keine Angabe = 24)

Die Wahrnehmung der gerechten Entlohnung ist in den Krankenhäusern verschiedener Träger vergleichbar. Der größte Unterschied besteht zwischen den Ärzten und Ärztinnen in freigemeinnützigen und privaten Kliniken: In freigemeinnützigen Kliniken stimmen 13 Prozent der Befragten voll und ganz zu, dass sie gerecht entlohnt werden; in privaten Kliniken liegt der Anteil bei 22 Prozent.

Fazit Hypothese 6: Die Hypothese wird falsifiziert und folgende Alternativhypothese angenommen: Ein Großteil der Fachärzte und -ärztinnen empfindet die eigene Entlohnung als gerecht.

Hypothese 7: Die Mehrheit der Fachärzte und -ärztinnen ist mit der Arbeit in den Klini-

ken unzufrieden.

Die Zufriedenheit der Fachärzte und -ärztinnen wurde durch eine Fragebatterie von neun Fragen erfasst, um ein möglichst genaues Abbild der Arbeitssituation zu erhalten. Die einzelnen Fragen werden in der folgenden Abbildung für jede Facharztgruppe dargestellt. Je näher ein Punkt dem Zentrum ist, desto zufriedener sind die Befragten.

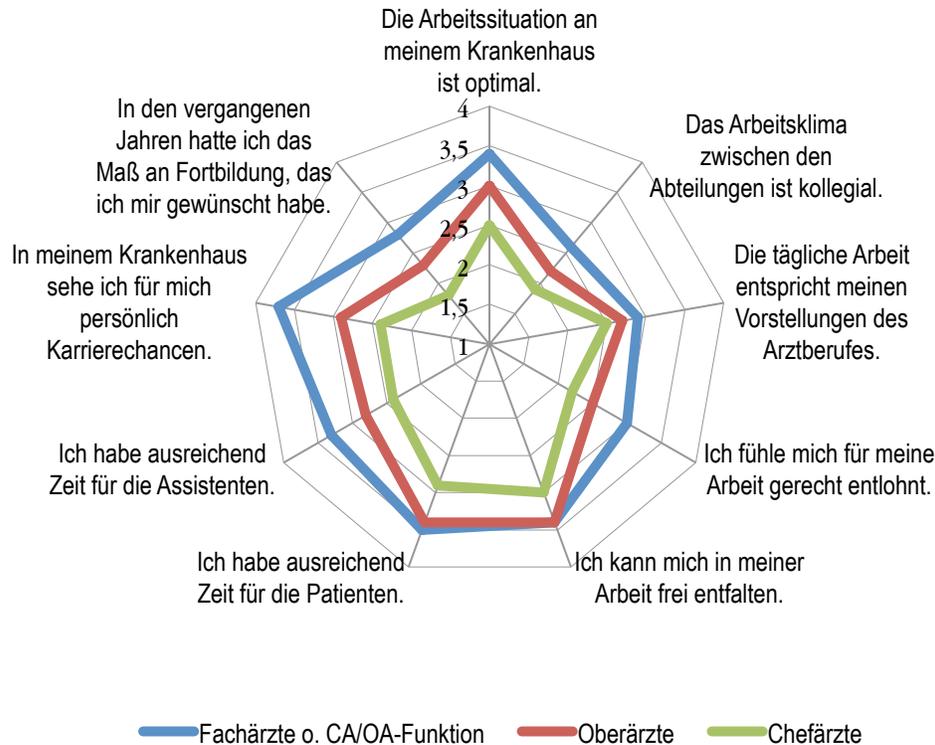


Abb 35. Darstellung der Zufriedenheit der jeweiligen Arztgruppe: 1 = stimme voll und ganz zu, 2 = stimme eher zu, 3 = weder noch, 4 = stimme eher nicht zu, 5 = stimme überhaupt nicht zu (Arithmetisches Mittel; CÄ: N = 95, OÄ: N = 233, FÄ: N = 112, keine Angabe = 32)

In der Abbildung wird auf einen Blick ersichtlich, dass die Zufriedenheit zwischen den verschiedenen Arztgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist. Kurz gesagt: Die Zufriedenheit steigt mit der Hierarchie, Chefärzte und -ärztinnen sind insgesamt am zufriedensten. Sie beurteilten die Einschätzung der Arbeitssituation und das Arbeitsklima im Krankenhaus sowie ihr Maß an Fortbildung positiver als die beiden anderen Gruppen. Sie bewerten auch ihre Karrierechancen im Krankenhaus deutlich besser als Fachärzte und -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion.

Interessanterweise stimmen die Gruppe der Fachärzte und -ärztinnen ohne Chefarzt-

/Oberarzt-Funktion und die Gruppe der Oberärzte und -ärztinnen in zwei Punkten überein. Beide Gruppen sind der Meinung, dass sie tendenziell nicht ausreichend Zeit für die Patienten und Patientinnen haben und sich in ihrer Arbeit nicht frei entfalten können. Diese Aussagen werden übrigens auch von den Chefärzten am schlechtesten bewertet.

Um im weiteren Verlauf mit der Zufriedenheit der Ärzte zu arbeiten, werden die Antworten der Fragebatterie in eine neue Variable überführt. Hierfür wird das arithmetische Mittel für jede Variable berechnet, diese Mittelwerte werden dann in einer Variablen zusammengefasst und als Kennzahl für die Zufriedenheit der Fachärzte in Kliniken ausgewiesen.

	Zufriedenheit	Anzahl der Ärzte	Fehlende Werte	Standardabweichung
Chefärzte	2,46	97	1	0,655
Oberärzte	2,82	238	1	0,734
Fachärzte ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion	3,22	125	0	0,873

Tab 2. Durchschnittliche Arbeitszufriedenheit der Fachärzte und -ärztinnen in Krankenhäusern; Arithmetisches Mittel der Aussagen zur Zufriedenheit mit der Arbeitssituation für die einzelnen Arztgruppen. Skala von 1 = sehr große Zufriedenheit bis 5 = sehr große Unzufriedenheit.

Die Kennzahlen fassen noch einmal zusammen, was oben bereits erläutert wurde: Chefärzte und -ärztinnen sind am zufriedensten. In dieser Gruppe ist die Standardabweichung am geringsten, das Bild innerhalb der Gruppe ist damit recht homogen – die Ansichten der Chefärzte und -ärztinnen liegen näher beieinander als bei den anderen beiden Gruppen. Fachärzte und -ärztinnen ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion hingegen sind in ihrer Gesamtheit unzufriedener. Unter ihnen ist die Varianz am höchsten. Einige dieser Befragten sind eher unzufrieden, während ein anderer Teil eher zufrieden ist.

Im Kapitel 2.5.3.3. wurde ausgeführt, dass das Gehalt nur eine kurzfristig motivierende Wirkung hat. Vor diesem Hintergrund wird nun geschaut, inwiefern sich die Höhe des Lohnes auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt. Im folgenden Boxplot werden hierzu die Arbeitszufriedenheit und das Gehalt dargestellt.

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

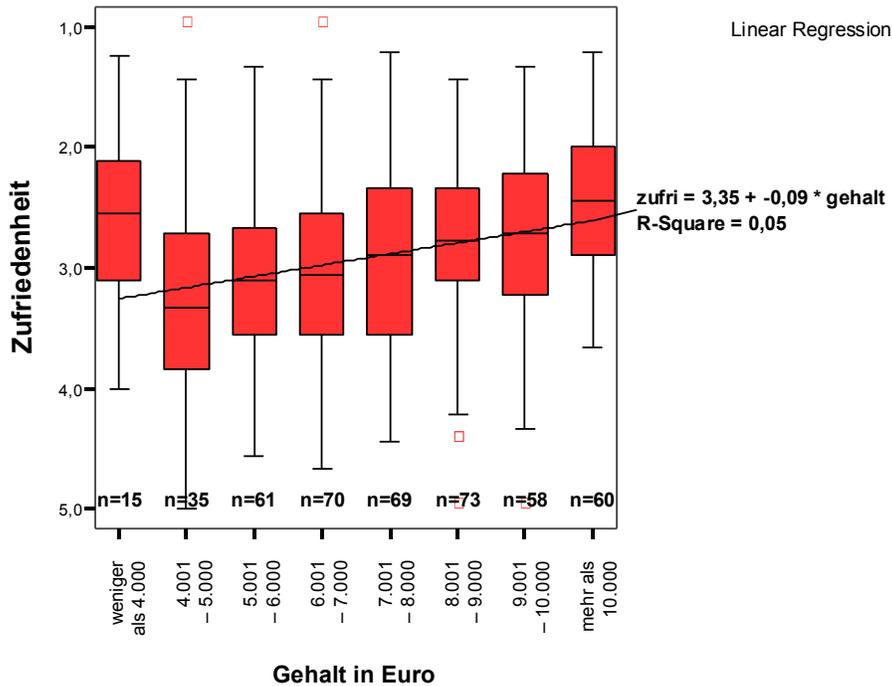


Abb 36. Arbeitszufriedenheit (1 = sehr große Zufriedenheit, 5 = sehr große Unzufriedenheit) in Abhängigkeit des Gehaltes in Euro, (N = 441, keine Angabe = 31)

In der Abbildung wird deutlich, dass die Arbeitszufriedenheit mit dem Einkommen steigt. Das bedeutet, dass die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen die 4.001 – 5.000 Euro verdienen im Durchschnitt bei 3,35 liegt. Sie sind also eher unzufrieden. Fachärzte und -ärztinnen mit einem Gehalt von 10.000 Euro und mehr sind am zufriedensten. Die lineare Regression sagt aus, dass mit der Erhöhung des Gehaltes um eine Einheit die Bewertung der Arbeitszufriedenheit um 0,09 steigt. Das Bestimmtheitsmaß R-Quadrat ist allerdings relativ gering, das heißt, dass nur 5 Prozent der Arbeitszufriedenheit durch das Gehalt erklärt werden können.

Eine Ausnahme bildet die relativ kleine Gruppe der Fachärzte und -ärztinnen, die unter 4.000 Euro verdienen, weil sie hauptsächlich in Teilzeit arbeiten bzw. Berufsanfänger sind. Sie beurteilen ihre Arbeitssituation ebenso gut wie Ärzte und Ärztinnen mit einem Einkommen von mehr als 10.000 Euro. Wenn Ärzte und Ärztinnen in Teilzeit nicht in die Berechnung einfließen würden, sondern nur solche, die Vollzeit arbeiten, würde die Regressionsgerade deutlich stärker steigen.

Auf die Arbeitszufriedenheit wirken aber auch immaterielle Anreize wie etwa die Arbeitszeit.

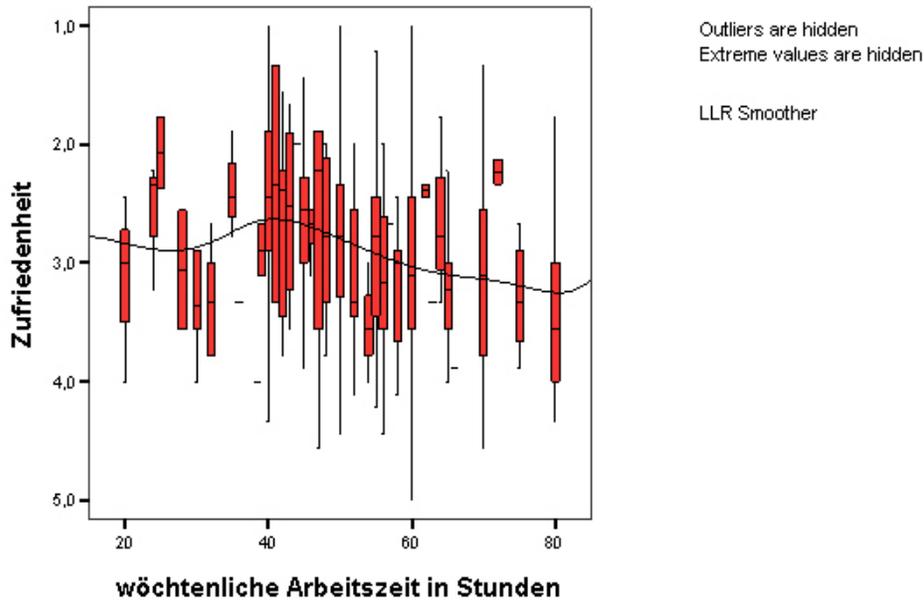


Abb 37. Darstellung der Arbeitszufriedenheit (1 = sehr große Zufriedenheit, 5 = sehr große Unzufriedenheit) in Abhängigkeit von der wöchentlichen Arbeitszeit in Stunden ($N = 450$, keine Angabe = 135)

Die Kurve (LLR Smoother) stellt den Mittelwert der Zufriedenheit für die wöchentliche Arbeitszeit dar. In der Grafik wird deutlich, dass Fachärzte und -ärztinnen mit einer Arbeitszeit von etwa 40 Stunden pro Woche am zufriedensten sind. Je mehr Arbeitsstunden pro Woche anfallen, desto höher ist im Allgemeinen auch die Unzufriedenheit.

Weitere Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit sind in den beiden folgenden Abbildungen aufgezeigt. Im Mittelwert unterscheidet sich die Zufriedenheit zwischen den unterschiedlichen Krankenhausträgern nicht. Auch nicht wenn man den Median oder Modus betrachtet. Auch die Varianz ist in allen Krankenhäusern nahezu gleich. Allerdings wirkt sich die technische Ausstattung auf die Zufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen aus.

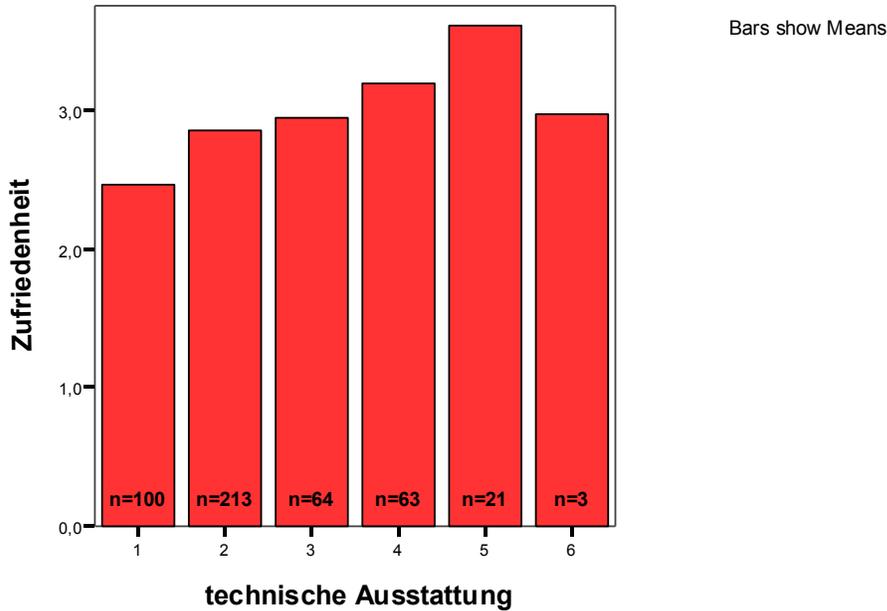


Abb 38. Zufriedenheit der Fachärzte in Abhängigkeit von der technischen Ausstattung des Krankenhauses, Bewertung der technischen Ausstattung auf Basis der Aussage „Die technische Ausstattung in meinem Krankenhaus ist auf dem neuesten Stand.“, Skala von 1 = stimme voll und ganz zu bis 5 = stimme überhaupt nicht zu, 6 = weiß nicht (N = 464, keine Angabe = 8)

Je schlechter die technische Ausstattung des Krankenhauses bewertet wurde, desto geringer war auch die Zufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen.

Ein weiterer Aspekt mit Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit betrifft die Arbeitsaufgaben der Befragten: Je mehr Zeit Ärzte und Ärztinnen mit Kodieraufgaben für die DRG-Abrechnung zubringen, desto unzufriedener sind sie im Allgemeinen. Befragte, die keine Zeit mit DRG-Kodierung verbringen, geben an, eher zufrieden zu sein. Jede Stunde, die pro Woche zusätzlich mit der DRG-Kodierung zugebracht wird, erhöht die Unzufriedenheit um 0,05 Einheiten.

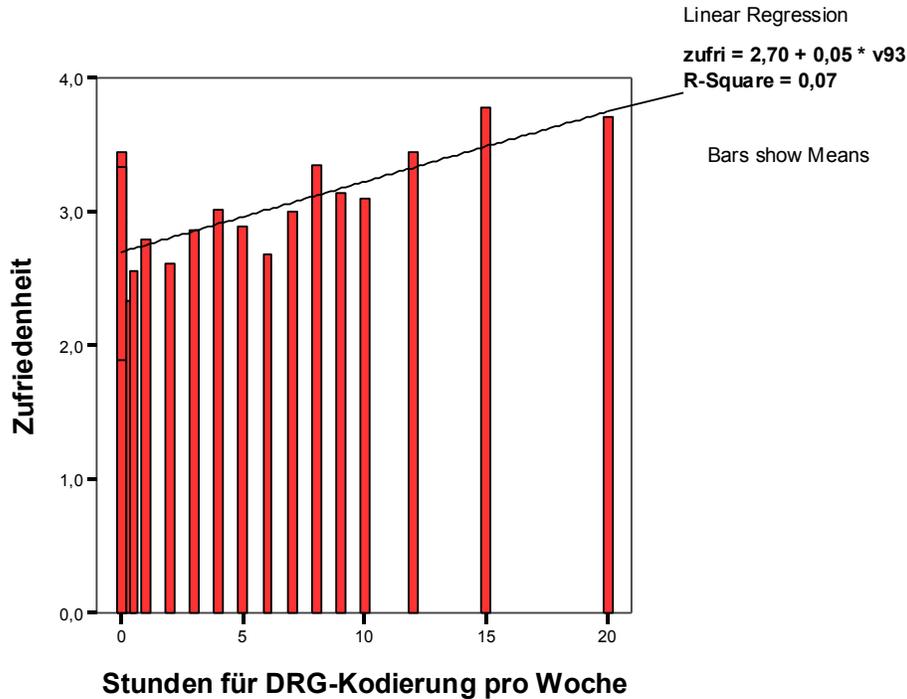


Abb 39. Zufriedenheit der Fachärzte in Abhängigkeit der Zeit in Stunden, die pro Woche für DRG-Kodierung aufgewendet werden ($N = 328$, keine Angabe = 144)

Fazit Hypothese 7: Auf Basis der vorliegenden Daten wird die Hypothese falsifiziert. Zwar sind einige Ärzte und Ärztinnen eher unzufrieden, diese Einschätzung trifft aber nicht für die Mehrheit der Befragten zu. Es wird die folgende Alternativhypothese angenommen: Die Arbeitszufriedenheit von Fachärzten und -ärztinnen sinkt, wenn sie viele Überstunden leisten oder viel Arbeitszeit mit der DRG-Kodierung verbringen.

Hypothese 8: Die langen Arbeitszeiten sind das wichtigste Motiv für den Austritt aus dem ärztlichen Dienst im Krankenhaus.

Nun wird betrachtet, welche Faktoren als unangenehmer Druck empfunden werden und zum Ausscheiden aus dem Krankenhaus führen (Push-Faktoren) und welche Motive eine Sogwirkung auf die knappe Ressource Facharzt entfalten können (Pull-Faktoren).

Im Rahmen der Umfrage wurden niedergelassene Fachärzte und -ärztinnen befragt, weshalb sie aus dem Krankenhausdienst ausgeschieden sind. Die Antworten sind in der folgenden Abbildung zusammengefasst.

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten



Abb 40. Motive von Fachärzten und -ärztinnen für das Ausscheiden aus dem Klinikdienst, 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = weder noch, 4 = kaum von Bedeutung, 5 = hatte überhaupt keine Bedeutung (N = 104, keine Angabe = 9)

Als wichtigstes Motiv wurden zu viele Überstunden angegeben. Weitere Gründe für den Austritt aus der ärztlichen Tätigkeit an Kliniken waren die starren Hierarchien am Krankenhaus und die Nichtvereinbarkeit von kaufmännischen mit medizinischen Auffassungen. Kaum bzw. nicht von Bedeutung waren hingegen zu geringe Weiterbildungsmöglichkeiten, die Befristung des Arbeitsverhältnisses oder die Auflösung der Abteilung.

Den Motiven für den Austritt aus dem Krankenhaus werden im Folgenden die Motive für den Eintritt gegenübergestellt.

3.5. Hypothesenprüfung auf Basis der erhobenen Daten

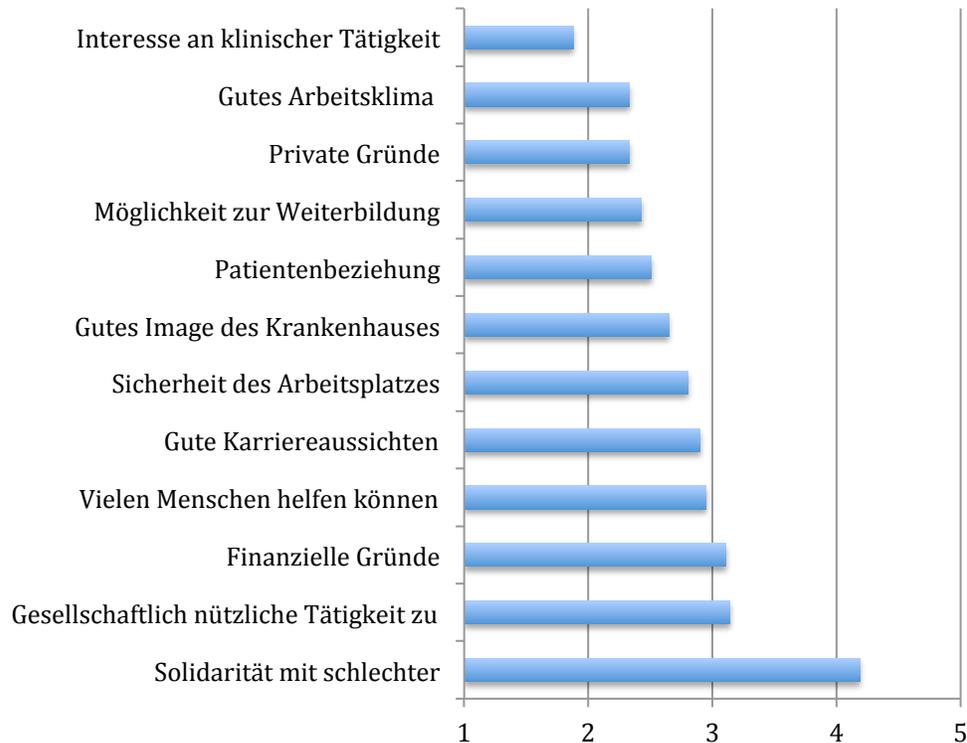


Abb 41. Motive für die Bewerbung von Fachärzten und -ärztinnen für die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus, 1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = weder noch, 4 = kaum von Bedeutung, 5 = hatte überhaupt keine Bedeutung (N = 99, keine Angabe = 373)

Besonders relevant waren laut Einschätzung der Fachärzte und -ärztinnen das Interesse an der klinischen Tätigkeit, private Gründe, das gute Arbeitsklima und die Möglichkeit zur Weiterbildung und Spezialisierung. Auch die Patientenbeziehung hat die Entscheidung für die Bewerbung in einem Krankenhaus positiv beeinflusst. Bemerkenswerterweise wird das gute Image des Krankenhauses als relativ wichtig eingeschätzt.

Die Motive vielen Menschen Helfen können, guten Karriereaussichten, finanzielle Gründe und Sicherheit des Arbeitsplatzes wurden bei der Entscheidung für die Tätigkeit in einem Krankenhaus als weniger wichtig eingeschätzt. Nahezu keine Bedeutung für die Bewerbung spielt die Solidarität mit der schlechten Personalsituation an einem Krankenhaus.

Fazit Hypothese 8: Die Hypothese wird verifiziert, da die langen Arbeitszeiten als wichtiger Grund für den Austritt aus dem ärztlichen Dienst im Krankenhaus benannt wurden.

3.6. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen für das Personalmanagement

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Befragung unter Rückgriff auf andere Forschungsergebnisse, insbesondere die Umfrage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Situation der Ärzteschaft in Mecklenburg-Vorpommern⁴⁰ aus dem Jahr 2002, diskutiert und Schlussfolgerungen für das Personalmanagement von Kliniken gezogen.

Auf Basis der Befragungsergebnisse lässt sich schlussfolgern: Die Chefärzte und -ärztinnen in Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern spüren den Ärztemangel deutlich stärker als in den oben aufgeführten Studien von Blum und Löffert (2010, 2012, 2013) im Durchschnitt für Ostdeutschland angenommen wurde. Gut 25 Prozent der offenen Facharzt-Stellen sind nicht besetzt. Zweitens: Blum und Löffert hatten in ihrer Studie zum Ärztemangel dargestellt, dass der Mangel an Assistenzärzten bundesweit größer sei als der an Fachärzten (Blum & Löffert 2010, S. 127). Genau das Gegenteil ist in der vorliegenden Untersuchung der Fall. Im Rahmen der Arbeit konnte weiterhin gezeigt werden, dass sowohl in den Städten als auch in ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns ausgeschriebene Facharzt-Stellen nicht vollständig besetzt werden können.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Bereitstellung eines attraktiven Arbeitsumfeldes für Ärzte und Ärztinnen und das Employer Branding an Bedeutung, um Fachärzte und -ärztinnen für die Tätigkeit in einem Krankenhaus zu motivieren, der Abwanderung von qualifiziertem Personal vorzubeugen und neue Fachkräfte für das Unternehmen zu gewinnen. Das Klinikmanagement muss die Employer Brand daher glaubwürdig vermitteln, beispielsweise durch die transparente Darstellung der wichtigsten Personalmanagement-Instrumente auf der Webseite der Klinik.

Schlussfolgerung: Das Management muss geeignete Maßnahmen ergreifen, um das Krankenhaus als attraktiven Arbeitgeber auf dem Arbeitsmarkt zu positionieren und so, den Bedarf an hochqualifiziertem medizinischen Personal zu decken. In diesem Zusammenhang gewinnt das Employer Branding auch im Gesundheitssektor zunehmend an Bedeutung.

⁴⁰ In beide Erhebungen wurden alle Fachärzte und -ärztinnen des Landes Mecklenburg-Vorpommern befragt, sodass die Ergebnisse vergleichbar sind.

Im Rahmen der Befragung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahr 2002 antworteten 76,9 Prozent der Befragten, dass sie ihre Vergütung als nicht leistungsgerecht empfinden. Die Einkommen der Ärzte und Ärztinnen haben sich in den vergangenen Jahren spürbar gesteigert. In Folge dessen empfindet die Mehrheit der Befragten heutzutage die eigene Entlohnung als gerecht. 59,6 Prozent aller Fachärzte und -ärztinnen stimmten der Aussage zu, dass ihre Entlohnung gerecht ist (Hypothese 6). Somit kann an der Gehaltsschraube nicht mehr viel gedreht werden, um die Motivation zu steigern. Als zentraler Faktor für die Arbeitsmotivation hat sich eher die Arbeitszeitregulierung erwiesen. Blum und Löffert haben 2010 darauf hingewiesen, dass die Anzahl der Überstunden von Fachärzten und -ärztinnen in Deutschland mit der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes zurückgingen (vgl. Kap. 2.3.1). Für den konkreten Fall Mecklenburg-Vorpommern trifft diese Feststellung nicht zu.

Die tatsächlichen Arbeitszeiten in Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern haben sich seit der Befragung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2002 erhöht. Im Jahr 2002 arbeiteten die Ärzte und Ärztinnen im Durchschnitt 49,7 Stunden pro Woche⁴¹ (Büttner & Crusius 2002, S. 3 - 4). In der aktuellen Befragung gaben die Fachärzte und -ärztinnen an, im Durchschnitt 52,5 Stunden pro Woche zu arbeiten. Dieser Wert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit bezieht auch die in Teilzeit tätigen Befragten mit ein, somit liegt die tatsächliche Arbeitszeit von Fachärzten und -ärztinnen mit einer vertraglich vereinbarten 40-Stunden-Woche über diesen 52,5 Wochenstunden.

Die geleisteten Überstunden wurden 2002 nur in 5,5 Prozent elektronisch bzw. in 29,1 Prozent der Fälle handschriftlich erfasst. Damals erhielten 58,7 Prozent der Ärzte und Ärztinnen keine Vergütung für die erbrachten Überstunden. Seither haben die Erfassung und Vergütung der Überstunden zum Positiven gewandelt. Die Überstunden werden häufiger erfasst und auch häufiger vergütet. Es konnte auch gezeigt werden, dass zu viele Überstunden das wichtigste Motiv für das Ausscheiden aus dem ärztlichen Dienst im Krankenhaus waren.

⁴¹ Fast die Hälfte aller Fachärzte und -ärztinnen arbeiten bis zu 45 Stunden, ein Drittel bis zu 50 Stunden in der Woche. Nur 9,7 Prozent der Befragten gaben an, eine 40-Stunden-Woche zu haben. Mehr als ein Drittel der (leitenden) Oberärzte und -ärztinnen arbeiten wöchentlich bis zu 50 Stunden und mehr als ein Drittel der Chefärzte und -ärztinnen leisten in der Woche bis zu 60 Stunden (und mehr) (Büttner & Crusius 2002, S. 4).

3.6. Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen für das Personalmanagement

Aus Sicht der Prozesstheorie der Arbeitsmotivation kann die dargestellte Situation wie folgt interpretiert werden: Die Erwartungen der Fachärzte und -ärztinnen bei der Einstellung an den Job sind in der Regel: eine leistungsgerechte Vergütung, Überstunden in Maßen und entsprechend der gesetzlichen Vorschriften, ausreichend Ruhezeiten. Wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden, droht Enttäuschung und Demotivation und als Folge dessen möglicherweise die Abwanderung aus dem Krankenhaus.

Schlussfolgerung: Überstunden sollten nach Möglichkeit erfasst und vergütet werden, ansonsten besteht das Risiko Fachärzte und -ärztinnen dauerhaft zu demotivieren und für den Krankenhausdienst zu verlieren. Die Vergütung kann dabei materielle als auch immaterielle Anreize umfassen.

Held (2012) verwies darauf, dass private Krankenhäuser höhere Investitionsquoten haben und damit besser ausgestattet sind als Kliniken in öffentlicher Trägerschaft. Das kann ein Indiz dafür sein, dass die Arbeitszufriedenheit von Fachärzten und -ärztinnen in privaten Kliniken höher ist als die Arbeitszufriedenheit von Kollegen und Kolleginnen in häufiger schlechter ausgestatteten öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern. Wie gezeigt werden konnte, unterscheidet sich die Arbeitszufriedenheit zwischen den unterschiedlichen Klinikträgern allerdings nicht. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass die Arbeitszufriedenheit von Fachärzten und -ärztinnen sinkt, wenn sie viele Überstunden leisten oder viel Arbeitszeit mit der DRG-Kodierung verbringen. Eine Möglichkeit, Ärzte zu entlasten und die Effizienz der Leistungsabrechnung zu erhöhen, ist die stärkere Einbindung von zertifizierten DRG-Assistenten für die Kodierung und Abrechnung der Leistungen. Sie sollten sehr eng und aus abrechnungstechnischer Sicht beratend mit den Fachärzten zusammenarbeiten. Wie eine Studie von BDO zeigt, steigt dadurch die Effizienz der Abrechnung (BDO 2011). Außerdem würde sich die Entlastung auf Seiten des Arztes positiv auf die Motivation auswirken.

Je nach Lebenssituation und Persönlichkeit wirken sich materielle und immaterielle Anreize und Arbeitsinhalte unterschiedlich auf die jeweiligen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus. Um dieser Situation gerecht zu werden, kann das „Cafeteria-System“ eingesetzt werden, dass Angestellten ermöglicht, individuelle materielle und immaterielle Anreize aus einem Angebot an bereitstehenden unternehmensseitigen Angeboten auszuwählen. Dieses

Cafeteria-System könnte ggf. auch auf bestimmte Arbeitsinhalte ausgeweitet werden. Im Ergebnis können sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit dem Cafeteria-System eigene Anreizsysteme zusammenstellen, die an ihren individuellen Präferenzen ausgerichtet sind und sie damit besser motivieren (Seitz 2013, 84).

Schlussfolgerung: Die Arbeitsinhalte wirken sich auf Arbeitszufriedenheit aus, daher sollte die Arbeit von Ärzten und Ärztinnen primär ärztliche Aufgaben enthalten. Alle weiteren (bürokratischen) Aufgaben sollten soweit wie möglich von qualifiziertem Fachpersonal übernommen werden. Durch eine Reorganisation der Arbeitsinhalte könnten die Personalkapazitäten von Fachärzten und -ärztinnen geschont werden.

4. Fazit

Mit Blick auf die eingeführte Unterteilung in Makro-, Meso, und Mikroebene⁴² lassen sich folgende Aussagen treffen. Auf der Makroebene stellt die Thesis die aktuelle Situation des deutschen Gesundheitswesens heraus mit einem spezifischen Fokus auf die Situation in Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern. Dabei wurde insbesondere das Problem des Fachärztemangels in den Blick genommen, der in Krankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns stärker ausgeprägt ist als sich auf Basis von Vergleichsstudien (insbesondere Blum & Löffert 2010) annehmen ließ.

Auf Basis der wichtigsten Kennzahlen und der zentralen Ursachen für den Fachärztemangel wurden auf der Mesoebene die zwei großen Herausforderungen für das Management von Kliniken dargestellt, die Finanzierung und das Personalmanagement. Die Elemente des Personalmanagements im Krankenhaus wurden im Detail erläutert, wobei insbesondere die Arbeitsmotivation von Fachärzten und Fachärztinnen Gegenstand der Analyse war. Auf Organisationsebene gilt es daneben, ein professionelles Personalmanagement noch stärker in den Fokus rücken, um Krankenhäuser auch zukünftig konkurrenzfähig zu erhalten. Neue Instrumente des Personalmanagements, etwa innovative Anreizsysteme oder das Employer Branding gewinnen so neben bestehenden Werten wie der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie vertretbaren Überstundenregelungen auch im Gesundheitssektor an Relevanz.

⁴² Die verschiedenen Ebenen gehen ineinander über und bedingen sich gegenseitig.

Auf der Mikroebene konnte mit der Befragung von knapp 600 Fachärzten und -ärztinnen in Mecklenburg-Vorpommern vielschichtige Einblicke in die Wahrnehmung der Arbeitssituation dieser Berufsgruppe gewonnen werden. Mit Blick auf die Ergebnisse zur ärztlichen Arbeitsmotivation für den Krankenhausdienst konnte die Studie bestätigen, dass intrinsische Motive (Arbeitszeit, Interesse an der Tätigkeit im Krankenhaus) für die Fachärzte und -ärztinnen wichtiger sind als extrinsische (insbesondere Gehalt). Darauf hatten auch Benz, Schlese und Schramm (2012) hingewiesen. Diese Arbeit lieferte daneben ein bemerkenswertes Ergebnis im Hinblick auf die Veränderung der Relevanz bestimmter Motive. Während bei Stern (1996) das Motiv „helfen können“ für Fachärzte relativ wichtig war, spielt es in der aktuellen Befragung eher eine untergeordnete Rolle. Dieses Motiv wird in etwa genauso wichtig eingeschätzt wie finanzielle Gründe oder soziale Anerkennung für die gesellschaftlich nützliche Tätigkeit.

Insgesamt zeigt die Arbeit, dass die Personalsituation in einigen Kliniken Mecklenburg-Vorpommerns grundlegend überdacht werden muss. Nur so kann eine langfristige Sicherstellung von qualifiziertem medizinischen Personal ermöglicht werden. In diesem Zuge muss es auch darum gehen, das Arzt-Patienten-Verhältnis neu zu bewerten, da die steigende Arbeitsverdichtung der Ärzte und Ärztinnen eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung zunehmend erschwert. Hier gilt es auch, im Rahmen der Governance des Gesundheitssektors, neue Wege zu gehen.

5. Literatur

Bank für Sozialwirtschaft Aktiengesellschaft (2012): *Geschäftsbericht 2012*, Berlin und Köln.

Barbuto, John E./Scholl, Richard W. (1998): *Motivation sources inventory: development and validation of new scales to measure an integrative taxonomy of motivation*, in: *Psychological Reports*, 1998, Vol. 82 (3), S. 1011–1022.

Benninghaus, Hans (1998): *Deskriptive Statistik*, Stuttgart: Teubner.

Benz, Helge/Schlese, Michael/Schramm, Florian (2012): *Personalmanagement und Kompetenzen*, Deutsche Universität für Weiterbildung, Berlin.

Blum, Karl/ Löffert, Sabine (2010): *Ärztmangel im Krankenhaus*, Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (DKI).

Blum, Karl/ Offermanns, Matthias (2011): *Gehaltssituation deutscher Krankenhausärzte. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*, Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (DKI).

Blum, Karl et al. (Hg.) (2013): *Krankenhaus Barometer Umfrage 2013*, Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut (DKI).

Bundesärztekammer (2013): *Ausgewählte Daten zur Gesundheitspolitik*, Ausgabe 2013, Berlin.

Colemann, James S. (1986): *Social Theory, Social Research, and a Theory of Action*, in: *American Journal of Sociology* 91, S. 1309-1335.

Demary, Vera/Koppel, Oliver (2013): *Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verbindet Engpässe*, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (Hg.) (2012): *Employer Branding. Die Arbeitgebermarke gestalten und im Personalmarketing umsetzen*, Bertelsmann Verlag, Bielefeld.

Diekmann, Andreas (2000): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendung*, 6. Auflage, Hamburg.

- Dick, Rolf van (1999): *Stress und Arbeitszufriedenheit im Lehrerberuf*, Tectum Verlag, Marburg.
- Drucker, Peter Ferdinand (1998): *Die Praxis des Managements*, Econ Verlag, Düsseldorf. englischsprachige Originalausgabe (1954): *The Practice of Management*, Harper & Row, New York.
- Frey, Bruno (1997): *Markt und Motivation. Wie ökonomische Anreize die (Arbeits-)Moral verdrängen*, Verlag Vahlen, München.
- Hackman, J. Richard/ Oldham, Greg R. (1980): *Work Redesign (Organization Development)*, Upper Saddle River (New Jersey): Prentice Hall.
- Heckhausen, Jutta/ Heckhausen, Heinz (Hg) (2010): *Motivation und Handeln*, 4. Auflage, Berlin: Springer.
- Held, Bärbel (2012): *Nachhaltiges Gesundheitswesen in Deutschland-Trends im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf die Struktur der Gesundheitsversorgung unter Anwendung der Szenarioanalyse*, Wissenschaftliche Schriftenreihe New Public Management, Steinbeis-Edition, Stuttgart, Band 2, S. 1-284.
- Hersey, Paul/Blanchard, Kenneth H./Johnson, Dewey E. (2007): *Management of organizational behaviour*, 9th edition, Englewood Cliffs, NJ (Prentice Hall).
- Herzberg, Frederick/Mausner, Bernard/Bloch Snydermann, Barbara (1959): *The Motivation to Work*, 2. Auflage, New York (Wiley).
- Jung, Hans (2011): *Personalwirtschaft*, 9. aktualisierte und verbesserte Auflage, München.
- Lee, T. W./Locke, E. A./Latham, G. P. (1989): *Goal setting theory and job performance*. In L. A. Pervin in: *Goal concepts in personality and social psychology*, S. 291–326, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kappler, Ekkehard/ Theurl, Engelbert (2001): *Demographische Entwicklung, veränderte Morbiditätsstrukturen und Personalbedarf im Krankenhaus* in: *Krankenhaus-Report 2001, Schwerpunkt Personal*, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart.
- Maslow, Abraham H. (1943): *A Theory of Human Motivation*, in: *Psychological Review* 50. Jg., S. 370–396.

- McClelland, David C. (1967): *The Achieving Society*, New York und London: Free Press. (first published 1961).
- Michaels, Ed/Handfield-Jones, Helen/Axelrod, Beth (2001): *The war for talent*, Harvard Business School Press, Boston.
- Pföhler, Wolfgang (2010): *Krankenhausfinanzierung bei privaten Trägern* in Jörg F. Debatin, J. F./Ekkernkamp, A. / Schulte, B. (Hg.): *Krankenhausmanagement: Strategien, Konzepte, Methoden*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- Pindyck, Robert S./Rubinfeld, Daniel L. (2009): *Mikroökonomie*, 7., aktualisierte Auflage, Pearson Studium, München.
- Popper, Karl (1966): *Logik der Forschung*, 2. Auflage, Tübingen: Mohr (Siebeck).
- Porter, L.W./Lawler, E.E. (1968): *Managerial Attitudes and Performance*. Homewood, Ill.
- Rapp, Boris (2013): *Fallmanagement im Krankenhaus. Grundlagen und Praxistipps für erfolgreiche Klinikprozesse*. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart.
- Reiss, Steven (2008): *The Normal Personality*, Cambridge University Press, New York.
- Rühli, Edwin (1985): *Unternehmensführung und Unternehmenspolitik 1*, 2. Auflage, Bern.
- Schreiter, Daniel Paul (2009): *Der Event als Projekt*, 1. Auflage. Coverport, Hamburg.
- Seitz, Helmut (2010): *Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. Dargestellt am Beispiel operativ und nicht operativ tätiger Krankenhausärzte*, Facultas Verlag, Wien.
- Staehele, Wolfgang (1999): *Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive*. 8. Auflage, überarbeitet von Conrad, P./Sydow, J., München: Vahlen.
- Steinman, Horst/Schreyögg, Georg/ Koch, Jochen (2005): *Management, Grundlagen der Unternehmensführung*, 6. Auflage, Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler, Wiesbaden.
- Stern, Klaus (1996): *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*, Waxmann Verlag, Münster/New York.
- Sturm, Hilmar (2002): *Krankenhausreform und Personalwirtschaft. Voraussetzungen und Auswirkungen der Ökonomisierung im Krankenhauswesen*, 1. Auflage, Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden.

Thommen, Jean-Paul/Achleitner, Ann-Kristin (2003): *Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Umfassende Einführung aus managementtheoretischer Sicht*, 4. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden.

Thurman, Paul W. (2008): *MBA Fundamentals Statistics*, New York: Kaplan Publishing.

Vroom, Victor Harold (1964): *Work and motivation*, New York (Wiley).

Weiner, Bernhard (1985): *An attributional theory of achievement motivation and emotion* in: *Psychological Review*, 92, S. 548–573.

Wendt, Andreas (5.2.2014): *Ausländische Ärzte auf der Schulbank*, Der Prignitzer, Schwe-
rin.

Online

Altiner, Attila (2012): *Hausärztliche Berufszufriedenheit in MV. Bedeutung für die Nach-
wuchsgewinnung*, [http://www.gha-
info.de/mediapool/46/461942/data/Muenchen_2012/altiner.pdf](http://www.gha-
info.de/mediapool/46/461942/data/Muenchen_2012/altiner.pdf), zuletzt besucht am
27.2.2014

Amtsblatt der Europäischen Union (): *Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlamen-
tes und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über
die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012
über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt- Informationssystems
(„IMI-Verordnung“)*, [http://eur-
lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:de:PDF](http://eur-
lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:de:PDF), zuletzt
besucht am 12.2.2014

ARD Tagesschau (30.12.2013): *Rumänen wollen arbeiten*,
<http://www.tagesschau.de/ausland/freizuegigkeit108.html>, zuletzt besucht am 24.01.2014

ARD Tagesschau, 20.01.2014: *Jede zweite Klinik macht laut Studie Verluste*
<http://www.tagesschau.de/inland/krankenhausbericht100.html>, zuletzt besucht am
12.02.2014

Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern (1993): *Heilberufsgesetz*,

<http://www.aek-mv.de/upload/file/aerzte/Recht/Rechtsquellen/Heilberufsgesetz.pdf>, zuletzt besucht am 12.04.2014

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hg.) (2013): *Krankenhausstudie 2013 – Neue Wege der Partnersuche*, <http://www.bdo.de/publikationen/krankenhausstudie-2013-neue-wege-der-partnersuche/>, zuletzt besucht am 23.02.2014

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hg.), Metzenmacher, Jürgen/ Schäfer, Carsten (2011): *Studie zur DRG-Abrechnung. Aufwand und Abrechnungsverhalten der Krankenhäuser*, http://www.bdo.de/uploads/media/Studie_DKG-Krankenhaus_Befragung.pdf, zuletzt besucht am 23.02.2014

Beerheide, Rebecca (2.1.2014): *Die sechs Neuerungen im Gesundheitswesen* http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/852757/2014-sechs-neuerungen-gesundheitswesen.html, zuletzt besucht am 12.02.2014

Beivers, Andreas/Spangenberg, Martin (2008): *Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung* http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/IzR/2008/1_2/Inhalt/DL_beiversspangenberg.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt besucht am 10.2.2014

Bundesärztekammer (2012): *Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2012 Kein Widerspruch - Ärztemangel trotz moderat steigender Arztzahlen*, <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.11372>, zuletzt besucht am 21.01.2014

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (1972): *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG)*, <http://www.gesetze-im-internet.de/khg>, zuletzt besucht am 21.04.2014

Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (1994): *Arbeitszeitgesetz (ArbZG)*, <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbzg/gesamt.pdf>, zuletzt besucht am 21.04.2014

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2012): *DKG Zur abnehmenden Klinik-Investitionsförderung der Länder 200 Millionen Euro weniger Investitionen geben zu Lasten der Sicherheit*, http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/9537/title/DKG_zur_abnehmenden_Klinik-

[Investitionsfoerderung_der_Laender](#), zuletzt besucht 21.01.2014

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (14.04.2014): *Krankenhausinvestitionsmittel der Bundesländer: Verfahren für Neuausrichtung liegt vor*,

http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/11738/title/Gemeinsame_Pressemitteilung_von_D_KG_PKV_und_GKV-Spitzenverband, zuletzt besucht am 12.02.2014

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Website ohne Datumsangabe),

<http://www.g-drg.de>, zuletzt besucht am 25.4.2014

Fiedler, Rolf G. (et al) (2005): *Arbeitsmotivation - Diagnostikinstrumente und ihre Relevanz in der Patientenversorgung*, [http://foerderkreis-herzzentrum-](http://foerderkreis-herzzentrum-muens-ter.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/psychosomatik/forschung/reha/artikel_ueberblick_amoti_diagnostik.pdf)

[muens-](http://foerderkreis-herzzentrum-muens-ter.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/psychosomatik/forschung/reha/artikel_ueberblick_amoti_diagnostik.pdf)

[ter.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/psychosomatik/forschung/reha/artikel_ueberblick_amoti_diagnostik.pdf](http://foerderkreis-herzzentrum-muens-ter.de/fileadmin/ukminternet/daten/kliniken/psychosomatik/forschung/reha/artikel_ueberblick_amoti_diagnostik.pdf), zuletzt besucht am 10.02.2014

Flintrop, Jens/Osterloh, Falk (2013): *Krankenhäuser: Qualität ganz oben auf der Agenda*,

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/151696/Krankenhaeuser-Qualitaet-ganz-oben-auf-der-Agenda>, zuletzt besucht am 12.02.2014

Gabler Wirtschaftslexikon (Website ohne Datumsangabe): *Management*,

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/management.html>, zuletzt besucht am 13.2.2014

Gabler Wirtschaftslexikon (Website ohne Datumsangabe): *Personalmanagement*,

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/personalmanagement.html>, zuletzt besucht am 13.2.2014

Gehrmann, Wolfgang (2012): „*Krankenhauskonzerne machen mit der Gesundheit gutes Geld. Das schadet nicht zwangsläufig den Patienten*“,

<http://www.zeit.de/2012/37/Krankenhauskonzerne-Rendite/seite-2>, zuletzt besucht am 11.02.2014

Institut für Demoskopie Allensbach (Hg.) (2013): *Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013*,

http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2013_05.pdf, zuletzt besucht am 10.4.2014

Jacob, Rüdiger (2012): *Traumberuf Landarzt? Berufliche Perspektiven von Medizinstu-*

dentem. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, http://www.gha-info.de/mediapool/46/461942/data/Muenchen_2012/jacob.pdf, zuletzt besucht am 10.02.2014,

Kienbaum (Hg.) (2013): *Ärztmangel in Deutschland*, http://www.kienbaum.de/desktopdefault.aspx/tabid-501/649_read-1874/, zuletzt besucht am 23.02.2014

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hg.) (2013): *Qualität und Wirtschaftlichkeit im deutschen Gesundheitssystem*, http://www.kpmg.de/docs/Untersuchung_Health_Care_final_02-2013_V2_copy_sec.pdf, zuletzt besucht am 23.02.2014

Offermanns, Matthias/Sudkamp, Ralph/Miekley, Falk H. (2014): *Ärztstellen Barometer Winter 2013*, http://www.medirandum.de/pdf/2014_03_12_Stellen%20Barometer%202013.pdf, zuletzt besucht am 29.3.2014

Regierungsportal Mecklenburg-Vorpommern, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (Webseite ohne Datumsangabe): *Gesundheitsberichterstattung des Landes Mecklenburg-Vorpommern*, http://www.regierung-mv.de/cms2/Regierungsportal_prod/Regierungsportal/de/sm/Aufgaben_und_Themen/Gesundheitsberichterstattung/index.jsp, zuletzt besucht am 10.03.2014

Roland Berger (Hg.) (2013): *2015 fehlen 175.000 Ärzte und Pflegekräfte*, <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2013-10/aerztmangel-pfleger-gesundheitswesen>, zuletzt besucht am 24.02.2014

Sachverständigenrat (2007): *Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*, <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=82>, zuletzt besucht am 21.01.2014

Staeck, Florian (21.01.2014): *Qualität zahlt sich nicht aus*, http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/qualitaetsmanagement/article/853488/krank

[enhaus-studie-qualitaet-zahlt-nicht.html?sh=3&h=374190675](#), zuletzt besucht am 12.02.2014

Statista, Das Statistik-Portal (2014): *Durchschnittsalter der Bevölkerung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union im Jahr 2012 (Altersmedian in Jahren)*,
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/248994/umfrage/durchschnittsalter-der-bevoelkerung-in-den-eu-laendern/> zuletzt besucht am 06.02.2014

Statista, Das Statistik-Portal (2014): *Anteil der in Städten lebenden Bevölkerung von 1950 bis 2030 in Deutschland und weltweit*,
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/152879/umfrage/in-staedten-lebende-bevoelkerung-in-deutschland-und-weltweit/>, zuletzt besucht am 10.02.2014

Statista, Das Statistik-Portal (2014): *Bevölkerung in Deutschland*,
<http://de.statista.com/statistik/faktenbuch/338/a/1-nder/deutschland/bevoelkerung-in-deutschland/>, zuletzt besucht am 10.02.2014

Statistisches Bundesamt (2013): *51 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren bei stationären Patienten im Jahr 2012*,
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/10/PD13_359_231.html;jsessionid=EF1EAA20CA3C901A37667F9C7EAC9D01.cae2, zuletzt besucht am 12.02.2014

Statistisches Bundesamt (2014): *Gesundheitsausgaben*,
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>, zuletzt besucht 21.01.2014

Statistisches Bundesamt (2014): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*,
http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=16201&p_sprache=d&p_uid=&p_aid=&p_lfd_nr=1, zuletzt besucht 15.01.2014

Stern (17.06.2013): *12.000 Beschwerden gegen Ärzte im vergangenen Jahr*,
<http://www.stern.de/gesundheit/vermutete-behandlungsfehler-12000-beschwerden-gegen-aerzte-im-vergangenen-jahr-2026016.html>, zuletzt besucht am 24.01.2014

Via medici (Hg.): *Motivationsbarometer*, Teil 2. 2006, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
<https://m.thieme.de/viamedici/mitmachen/1660.htm?article=/viamedici/mitmachen/5349.h>

[tm](#), zuletzt besucht am 8.3.2014

Wirtschaftswoche (2014): *Welche Länder überaltern,*

[http://www.wiwo.de/politik/ausland/bevoelkerung-welche-laender-](http://www.wiwo.de/politik/ausland/bevoelkerung-welche-laender-ueberaltern/7238510.html?slp=false&p=8&a=false#image)

[ueberaltern/7238510.html?slp=false&p=8&a=false#image](http://www.wiwo.de/politik/ausland/bevoelkerung-welche-laender-ueberaltern/7238510.html?slp=false&p=8&a=false#image), zuletzt besucht am

24.01.2014

6. Anhang

6.1. Abkürzungsverzeichnis

AEMV	Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
ARD	Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland
DGFK	Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V.
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>englisch</i> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
EuGH	Europäische Gerichtshof
HeilBerG	Heilberufsgesetz
IW	Institut der deutschen Wirtschaft
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MRT	Magnetresonanztomographie
MV	Mecklenburg-Vorpommern
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OPS	Operationen und Prozedurenschlüssel
RBS	Robert Bosch Stiftung
RWI	Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung
TNS	Meinungsforschungsinstitut TNS Emnid
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

6.2. Anschreiben Fachärzte in Kliniken

Rostock, xx. Februar 2014

Facharztstudie 2014 der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Sehr geehrte/r Frau/Herr <Nachname einfügen>,

seit einigen Jahren wird die Arbeitssituation von Fachärzten in den Kliniken – nicht nur in Fachkreisen, sondern auch öffentlich – diskutiert. Inwiefern die Entscheidungen der Politik und die Berichte der Medien den tatsächlichen Bedingungen an den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern gerecht werden, ist dabei jedoch eine offene Frage.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern möchte die Situation der Fachärzte in den Kliniken analysieren, um, auf den Ergebnissen aufbauend, die Interessen der Fachärztinnen und Fachärzte zielgerichtet vertreten zu können.

Aus diesem Grund führt die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern die **Facharztstudie 2014**, die im Rahmen einer Masterarbeit an der Deutschen Universität für Weiterbildung erstellt wird, durch.

Damit möchten wir ein adäquates Bild über die Arbeitssituation in den Kliniken, über Ihre Motivation und Arbeitszufriedenheit erlangen. Unterstützen Sie uns bitte in diesem Anliegen und beteiligen Sie sich bis zum **23. März 2014** an der Umfrage.

Die Befragung finden Sie im **Internet** unter www.aek-mv.de/FAS2014. Auf dem beiliegenden Blatt befindet sich Ihr persönlicher Zugangscode. Er wurde nach dem Zufallsprinzip vergeben, ein Rückschluss mit Hilfe des Codes auf Ihre Angaben im Fragebogen ist also keinesfalls möglich.

Nach Eingabe des Zugangscodes gelangen Sie sofort in den Fragebogen. Die Teilnahme an der Umfrage dauert etwa **10 Minuten**. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt.

Erste Ergebnisse präsentieren wir voraussichtlich Anfang April 2014.

Gern stellen wir Ihnen die Studie nach deren Abschluss per Download auf unserer Website zur Verfügung.

Wir danken für Ihr Engagement und verbleiben

collegialiter

Dr. med. Andreas Crusius

6.3. Fragebogen Fachärzte in Kliniken

Facharztstudie 2014 – Umfrage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Facharzt-Situation an den Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern

Teil I: Allgemeiner Teil

Zunächst bitten wir Sie um einige soziodemografische Daten.

- 1) Bitte nennen Sie uns Ihre Facharztbezeichnung: _____

- 2) Wann haben Sie Ihre Facharztweiterbildung abgeschlossen (bitte Jahr angeben)? _____

- 3) Bitte kreuzen Sie Ihre Altersgruppe an?
 - < 30 Jahre
 - 31 – 35 Jahre
 - 36 - 40 Jahre
 - 41 – 45 Jahre
 - 46 – 50 Jahre
 - 51 – 55 Jahre
 - 56 – 60 Jahre
 - 61 – 65 Jahre
 - > 65 Jahre

- 4) Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. weiblich männlich

- 5) Bitte geben Sie Ihre Nationalität an. _____

- 6) In welchem Arbeitsverhältnis stehen Sie? angestellt freiberuflich

- 7) Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie laut Vertrag (falls vorhanden)? _____

Teil II: Bitte geben Sie uns folgende Informationen zu Ihrem Tätigkeitsort.

8) Wie viele Einwohner leben in dem Ort, in dem das Krankenhaus steht?

- weniger als 10.000
- 10.000 – 20.000
- 20.001 – 40.000
- 40.001 – 70.000
- mehr als 70.000

9) Über wie viele Betten verfügt das Krankenhaus?

- weniger als 100
- 101 – 200
- 201 – 300
- 301 -400
- 401 – 500
- 501 - 600
- mehr als 600

10) In welcher Trägerschaft befindet sich die Einrichtung?

- öffentlich
- privatwirtschaftlich
- freigemeinnützig/kirchlich
- sonstige: _____

11) In welchem Krankenhaustyp sind Sie tätig?

- Akutkrankenhaus
- Universitätsklinik
- KH der Maximalversorgung
- KH der Grund und Regelversorgung
- REHA-Klinik
- Tagesklinik
- Sonstiges

12) In welcher Abteilung/welchem Fachbereich sind Sie tätig? _____

13) Wie groß ist Ihre Abteilung? Bitte geben Sie die Anzahl der Betten an. _____

Teil III: Im folgenden Abschnitt möchten wir näheres über Ihr persönliches Tätigkeitsprofil erfahren.

Filterfrage:

14) Welche Position besetzen Sie derzeit?

- Chefarzt/-ärztin
- Oberarzt/-ärztin
- Facharzt/-ärztin ohne Oberarzt- oder Chefarztfunktion
- Honorararzt/-ärztin
- Sonstiges: _____

15) Seit wann haben Sie diese Position inne?

- weniger als 1 Jahr
- 1-5 Jahre
- mehr als 5 Jahre

Wenn Sie Chefarzt/Chefärztin oder Oberarzt sind, dann setzen Sie den Fragebogen bitte direkt mit Frage 16 fort.

Wenn Sie Facharzt/-ärztin ohne Oberarzt- oder Chefarztfunktion beziehungsweise Honorararzt sind, dann setzen Sie den Fragebogen bitte mit Frage 22 fort.

16) Wie ist die Abteilung personell ausgestattet? (sofern bekannt)

Chefärzte/-ärztinnen _____

Oberärzte/-ärztinnen _____

Fachärzte/-ärztinnen ohne Oberarzt- oder Chefarztfunktion _____

Assistenzärzte/-ärztinnen _____

Honorarärzte _____

17) Wie viele Stellen sind derzeit in Ihrer Abteilung auf den jeweiligen Positionen unbesetzt?

(sofern bekannt)

Chefärzte/-ärztinnen _____

Oberärzte/-ärztinnen _____

Fachärzte/-ärztinnen ohne Oberarzt- oder Chefarztfunktion _____

Assistenzärzte/-ärztinnen _____

keine

18) Wie viele Stellen wurden in Ihrer Abteilung im Jahr 2013 zur Besetzung ausgeschrieben?

(sofern bekannt)

Chefärzte/-ärztinnen _____

Oberärzte/-ärztinnen _____

Fachärzte ohne Oberarzt- oder Chefarztfunktion/-ärztinnen _____

Assistenzärzte/-ärztinnen _____

keine

19) Wie viele Bewerbungen gingen etwa pro Ausschreibung ein? *(sofern bekannt)*

Chefärzte/-ärztinnen _____

Oberärzte/-ärztinnen _____

Fachärzte/-ärztinnen ohne Oberarzt- oder Chefarztfunktion _____

Assistenzärzte/-ärztinnen _____

keine

20) Wie viele Bewerbungen stammten etwa von ausländischen Ärzten? _____

21) Wie viele Ärzte/Ärztinnen wurden im Jahr 2013 eingestellt?

Chefärzte/-ärztinnen _____

Oberärzte/-ärztinnen _____

Fachärzte/-ärztinnen ohne Oberarzt- oder Chefarztfunktion _____

Assistenzärzte/-ärztinnen _____

keine

22) Wie viele Honorarärzte/-ärztinnen (Fachärzte) wurden in Ihrer Abteilung im Jahr 2013 beschäftigt? _____

23) Wie viele ausländische Fachärzte/-ärztinnen werden in Ihrer Abteilung beschäftigt?

Fachärzte/-ärztinnen aus EU-Staaten _____

Fachärzte/-ärztinnen aus Nicht-EU-Staaten _____

24) Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher gesamter monatlicher Bruttoverdienst (inklusive Überstunden und Diensten)?

weniger als 4.000 Euro

4.000 – 5.000 Euro

5.001 – 6.000 Euro

6.001 – 7.000 Euro

7.001 – 8.000 Euro

8.001 – 9.000 Euro

9.001 – 10.000 Euro

mehr als 10.000 Euro

25) Seit wann sind Sie in Ihrer jetzigen Position tätig? Bitte geben Sie das Jahr an. _____

26) Wie sind Sie an Ihre gegenwärtige Position gelangt?

Externe Bewerbung

Interne Bewerbung

Berufung

Sonstiges: _____

27) Wie haben Sie von Ihrer derzeitigen Position erfahren?

Anzeige in der Zeitung

Soziale Medien

Internetportale für Stellenanzeigen

Webseiten Ihres Arbeitgebers

Empfehlung von Kollegen / Freunden

Sonstiges: _____

28) Wie bewerten Sie gegenwärtig die Arbeitssituation an Ihrem Krankenhaus? Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen (1 = stimme voll und ganz zu, 2 = stimme eher zu, 3 = weder noch, 4 = stimme eher nicht zu, 5 = stimme überhaupt nicht zu, 6 = weiß nicht).

	1	2	3	4	5	6
Die Arbeitssituation an meinem Krankenhaus ist optimal.						
Die Arbeitsverdichtung und -belastung ist anhaltend zu hoch.						
Die Wirtschaftlichkeit dominiert den Versorgungsauftrag.						
Der Kodierungsaufwand hat sich seit Einführung des DRG-Systems zu Ungunsten der eigentlich ärztlichen Aufgaben erhöht.						
Die Kodiervorgaben des MDK greifen zu stark in die Entscheidungen des behandelnden Arztes ein (z.B. Vorgaben der Grenzverweildauer).						
Die kaufmännischen Abteilungen berücksichtigen den Sachverstand des ärztlichen Personals bei ihren Entscheidungen.						
Das Arbeitsklima zwischen den Abteilungen ist kollegial.						
Die Etablierung neuer Arbeitszeitmodelle ist notwendig.						
Bei der aktuellen Aufgabenverdichtung des einzelnen Arztes muss das FA/Patientenverhältnis an einem Krankenhaus definiert werden.						
Die tägliche Arbeit entspricht meinen Vorstellungen des Arztberufes.						
Ich fühle mich für meine Arbeit gerecht entlohnt.						
Ich habe ausreichend Zeit für die Patienten.						
Ich habe ausreichend Zeit für die Assistenten.						
Ich kann mich in meiner Arbeit frei entfalten.						
Die technische Ausstattung des Krankenhauses ist auf dem neuesten Stand.						
In meinem Krankenhaus sehe ich für mich persönlich Karrierechancen.						
In den vergangenen Jahren hatte ich das Maß an Fortbildung, das ich mir gewünscht habe.						
Ich würde meine wöchentliche Arbeitszeit gern verkürzen.						
Sonstiges:						

29) Für wie viele Patienten/Patientinnen sind Sie in Ihrer Funktion durchschnittlich pro Tag verantwortlich? _____

30) Für wie viele Assistenzärzte/-ärztinnen sind Sie in Ihrer Funktion durchschnittlich pro Tag verantwortlich? _____

31) Sind Sie von der Ärztekammer zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung vom 20. Juni 2005 in der aktuell gültigen Fassung befugt?

- Ja
- Nein

32) Wie viele Stunden arbeiten Sie in der Regel wöchentlich? _____

33) Wie viele Überstunden fallen bei Ihnen in der Regel wöchentlich an? _____

34) Werden Ihre Überstunden erfasst? Falls ja, wie erfolgt dies?

- Elektronisch
- Handschriftlich
- Keine Erfassung

35) Werden Ihre Überstunden vergütet?

- Ja, sie werden vollständig bezahlt.
- Ja, sie werden teilweise bezahlt.
- Ja, als Mischung aus Freizeitausgleich und Bezahlung.
- Nein.
- Es werden keine Überstunden erbracht.
- Sonstiges: _____

36) Wie viele Stunden sind Sie wöchentlich durchschnittlich mit folgenden Aufgabenbereichen befasst?

- Stationsarbeit _____
- Funktion/OP _____
- Notaufnahme _____
- Rettungsdienst _____
- Forschung _____
- Aus- und Weiterbildung _____
- eigene Fort- und Weiterbildung _____
- Qualitätssicherung _____
- Kodierfunktion/MDK-Gutachten _____
- Sonstiges: _____

37) Wie viele Nacht- und Wochenenddienste absolvieren Sie durchschnittlich im Monat?

Anwesenheitsdienste _____

Rufdienste _____

Rettungsdienste _____

38) Haben Sie ausreichend Ruhezeiten zwischen Ihren Diensten?

Keine Ruhezeit

Weniger als 11 Stunden

11 Stunden und mehr

39) Die Abteilung ist für 24 Stunden Stationsarbeit mit ausreichend Fachärzten ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion besetzt.

Ja

nein

40) Die Notaufnahme ist 24 Stunden durch einen Facharzt ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion besetzt.

Ja

nein

41) Jede Station wird in Vollzeit von einem Facharzt ohne Chefarzt-/Oberarzt-Funktion geleitet.

Ja

Nein

42) Sind Sie im Laufe Ihrer Berufskarriere aus einer anderen ärztlichen Tätigkeit in ein Krankenhaus gewechselt?

a. Ja (Bitte weiter mit **Frage 43**)

b. Nein (Bitte weiter mit **Frage 45**)

43) Wo waren Sie tätig (Mehrfachnennungen möglich)?

- Niederlassung
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Privatärztlich
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Behörde
- Qualitätssicherungs-Institution
- Sonstiges: _____

44) Was hat Sie veranlasst, sich aus einer anderen Tätigkeit heraus an einem Krankenhaus als Facharzt/-ärztin zu bewerben? Bitte geben Sie an, wie wichtig die folgenden Faktoren für Ihre Entscheidung waren (1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = weder noch, 4 = kaum von Bedeutung, 5 = hatte überhaupt keine Bedeutung, 6 = weiß nicht).

	1	2	3	4	5	6
Interesse an klinischer Tätigkeit						
Gute Karriereaussichten						
Möglichkeit zur Weiterbildung/Spezialisierung						
Finanzielle Gründe						
Aus Solidarität mit der schlechten Personalsituation des Krankenhauses						
Sicherheit des Arbeitsplatzes						
Private Gründe						
Vielen Menschen helfen können						
Patientenbeziehung						
Gesellschaftlich nützliche Tätigkeit zu verrichten						
Gutes Arbeitsklima						
Gutes Image des Krankenhauses						
Sonstiges:						

45) Abschließend haben Sie hier Raum für Kommentare, Fragen oder Ergänzungen. An dieser Stelle können Sie auch einen Vorschlag unterbreiten, wie Sie persönlich in Ihrer täglichen Arbeit am besten entlastet werden könnten.

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert. Personenbezogene Daten, wie etwa die Facharztbezeichnung, werden nur in Gruppen veröffentlicht, sodass die Anonymität jedes Befragten vollumfänglich gewahrt ist. Mit dem Absenden des Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Daten gespeichert und der statistisch ausgewertet werden.

Ja

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

SENDEN BUTTON

6.4. Anschreiben Fachärzte in der Niederlassung

Rostock, xx. Februar 2014

Facharztstudie 2014 der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

Sehr geehrte/r Frau/Herr <Nachname einfügen>,

seit einigen Jahren wird die Arbeitssituation von Fachärzten in den Kliniken – nicht nur in Fachkreisen, sondern auch öffentlich – diskutiert. Inwiefern die Entscheidungen der Politik und die Berichte der Medien den tatsächlichen Bedingungen an den Krankenhäusern in Mecklenburg-Vorpommern gerecht werden, ist dabei jedoch eine offene Frage.

Nach Ihrer Tätigkeit als Facharzt in einer Klinik haben Sie sich für die Niederlassung entschieden und sind nun in einer Praxis tätig. Das hat mit Sicherheit persönliche, aber auch berufliche Gründe gehabt.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern möchte die Situation der Fachärzte in den Kliniken analysieren, um, auf den Ergebnissen aufbauend, die Interessen der Fachärztinnen und Fachärzte zielgerichtet vertreten zu können.

Aus diesem Grund führt die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern die **Facharztstudie 2014**, die im Rahmen einer Masterarbeit an der Deutschen Universität für Weiterbildung erstellt wird, durch.

Damit möchten wir ein adäquates Bild über die Arbeitssituation in den Kliniken, über Ihre Motivation und Arbeitszufriedenheit erlangen. Unterstützen Sie uns bitte in diesem Anliegen und beteiligen Sie sich bis zum **23. März 2014** an der Umfrage.

Die Befragung finden Sie im **Internet** unter www.aek-mv.de/FAS2014. Auf dem beiliegenden Blatt befindet sich Ihr persönlicher Zugangscodes. Er wurde nach dem Zufallsprinzip vergeben, ein Rückschluss mit Hilfe des Codes auf Ihre Angaben im Fragebogen ist also keinesfalls möglich.

Nach Eingabe des Zugangscodes gelangen Sie sofort in den Fragebogen. Die Teilnahme an der Umfrage dauert etwa **10 Minuten**. Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt.

Erste Ergebnisse präsentieren wir voraussichtlich Anfang April 2014.

Gern stellen wir Ihnen die Studie nach deren Abschluss per Download auf unserer Website zur Verfügung.

Wir danken für Ihr Engagement und verbleiben

collegialiter

Dr. med. Andreas Crusius

6.5. Fragebogen Fachärzte in der Niederlassung

Facharztstudie 2014 – Umfrage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Facharzt-Situation an den Kliniken in Mecklenburg-Vorpommern

Teil I: Allgemeiner Teil

Zunächst bitten wir Sie um einige soziodemografische Daten.

- 1) Bitte nennen Sie uns Ihre Facharztbezeichnung: _____

- 2) Wann haben Sie Ihre Facharztweiterbildung abgeschlossen (bitte Jahr angeben)? _____

- 3) Bitte kreuzen Sie Ihre Altersgruppe an?
 - < 30 Jahre
 - 31 – 35 Jahre
 - 36 - 40 Jahre
 - 41 – 45 Jahre
 - 46 – 50 Jahre
 - 51 – 55 Jahre
 - 56 – 60 Jahre
 - 61 – 65 Jahre
 - > 65 Jahre

- 4) Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. weiblich männlich

- 5) Bitte geben Sie Ihre Nationalität an. _____

- 6) In welchem Arbeitsverhältnis stehen Sie? angestellt freiberuflich

- 7) Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie laut Vertrag (falls vorhanden)? _____

Teil II: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer ärztlichen Tätigkeit.

8) Wie viele Jahre waren Sie an einem Krankenhaus tätig? _____

9) Wann sind Sie aus dem Krankenhausdienst ausgeschieden? _____

10) Wo sind Sie jetzt tätig?

- Niederlassung
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Privatärztlich
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Behörde
- Qualitätssicherungs-Institution
- Sonstiges: _____

11) Welche Gründe gab es für das Ausscheiden aus der klinischen Tätigkeit? Bitte geben Sie an, wie wichtig die folgenden Faktoren für Ihre Entscheidung waren (1 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 3 = weder noch, 4 = kaum von Bedeutung, 5 = hatte überhaupt keine Bedeutung, 6 = weiß nicht).

	1	2	3	4	5	6
Arbeitszeiten, zu viele Überstunden						
Schlechte Karriereaussichten						
Geringe Möglichkeiten zur Weiterbildung/Spezialisierung						
Zu geringer Verdienst						
Hoher Anteil an bürokratischen Aufgaben						
Starre Hierarchien am Krankenhaus						
Nichtvereinbarkeit von kaufmännischen mit medizinischen Auffassungen						
Schlechtes Arbeitsklima						
Wunsch nach freiberuflicher Tätigkeit						
Auflösung der Abteilung/Einrichtung						
Befristetes Arbeitsverhältnis						
Sonstiges:						

12) Abschließend haben Sie hier Raum für Kommentare, Fragen oder Ergänzungen:

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert. Personenbezogene Daten, wie etwa die Facharztbezeichnung, werden nur in Gruppen veröffentlicht, sodass die Anonymität jedes Befragten vollumfänglich gewahrt ist. Mit dem Absenden des Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Daten gespeichert und der statistisch ausgewertet werden.

Ja

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

SENDEN BUTTON