

Anaesthesist 2011 · 60:507–516
 DOI 10.1007/s00101-011-1885-0
 Online publiziert: 3. April 2011
 © Springer-Verlag 2011

Redaktion

E. Martin, Heidelberg
 M. Bauer, Göttingen

C.E. Schmidt¹ · M.U. Gerbershagen² · J. Salehin¹ · M. Weiß³ · K. Schmidt⁴ · F. Wolff⁵ · F. Wappler²

¹ Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Akademische Lehrkrankenhäuser der Universität zu Köln, Universität Witten-Herdecke, Köln

² Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Lehrstuhl für Anästhesiologie II, Universität Witten-Herdecke, Klinikum Köln, Merheim

³ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit SPZ und Perinatalzentrum, Kinderklinik Amsterdamer Strasse, Kliniken der Stadt Köln

⁴ Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Universitätsklinikum Köln

⁵ Frauenklinik mit Perinatalzentrum, Krankenhauses Holweide, Kliniken der Stadt Köln

Von der Personalverwaltung zur Personalentwicklung

„Demographic risk management“ in Krankenhäusern

Demografiefeste Personalplanung und ausgestaltete Personalmanagementkonzepte, die Alterung, Feminisierung und Generationenthemen sinnvoll berücksichtigen, bilden die Herausforderung für das Unternehmen der Zukunft. Im vorliegenden Beitrag werden Theorie, Konzepte und Umsetzung der prospektiven Personalentwicklung am Beispiel der operativen Medizin der Kliniken der Stadt Köln gGmbH vorgestellt.

Grundlagen

Deutsche Unternehmen werden im Jahr 2020 von einem starken Arbeitskräftemangel betroffen sein [16]. Nach Analysen der International Labour Organisation wird für den Gesundheitssektor der größte Mangel an hochqualifizierten Arbeitskräften prognostiziert [16]. Treiber dieses Fachkräftemangels finden sich in der Alterung der Belegschaft, im zunehmenden Frauenanteil und konsekutiv der damit verbundenen Erhöhung des Anteils der Teilzeitbeschäftigten sowie in den An-

forderungen einer Generation von jungen Mitarbeitern, die den traditionellen Führungs- und Weiterbildungskonzepten kritisch gegenübersteht [3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 18, 19, 22, 34, 35]. Von den genannten Treibern hat nach Analysen der International Labour Organisation (ILO, [16]) die alternde Belegschaft die größten Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit eines Krankenhauses. Dies ist v. a. deshalb bedeutsam, weil in den üblichen Planungszeiträumen von 1 bis 2 Jahren die drohende Personalunterdeckung nicht transparent wird. Die Situation trifft in besonderem Maß für die operative Funktionspflege zu

[17, 26]. Als Konsequenz muss die Ermittlung des Alterungs- bzw. Kapazitätsrisiko ein wichtiges Handlungsfeld für das Personalmanagement von Krankenhäusern sein [29, 34]. Dies stellt Krankenhäuser jedoch vor eine schwierige Aufgabe, denn nach einer aktuellen Studie ist eine strukturierte Personalentwicklung bisher nur in etwa 20% der Krankenhäuser vorhanden [4]. Betrachtet man den stärker werdenden Wettbewerb um Fachkräfte, v. a. in operativen Fächern, ist ein proaktives Personalmanagement unverzichtbar, um im Markt zu bestehen [26]. Die Herausforderung für das Unternehmen liegt al-

Infobox 1 Maßnahmen für den effizienten und langfristigen Einsatz von älteren Mitarbeitern

- Vorsorge treffen, dass Mitarbeiter kontinuierlich ihre Kompetenzen aktualisieren können
- Schlüsselwissen im Unternehmen halten, bevor es verloren geht
- Wichtige Mitarbeiter mit besonderen Kompetenzen auch über das Ausscheiden hinaus, beispielsweise als Berater, an das Unternehmen binden
- Die produktive Koexistenz von alten und jungen Mitarbeitern in einem Arbeitsteam erleichtern
- Sicherstellen, dass ältere Mitarbeiter in der Lage sind, neue Technologien (v. a. IT) am Arbeitsplatz effizient zu nutzen
- Ältere Mitarbeiter (zweite Lebenshälfte) in die Anwerbungs- und Bindungsaktivitäten einbeziehen

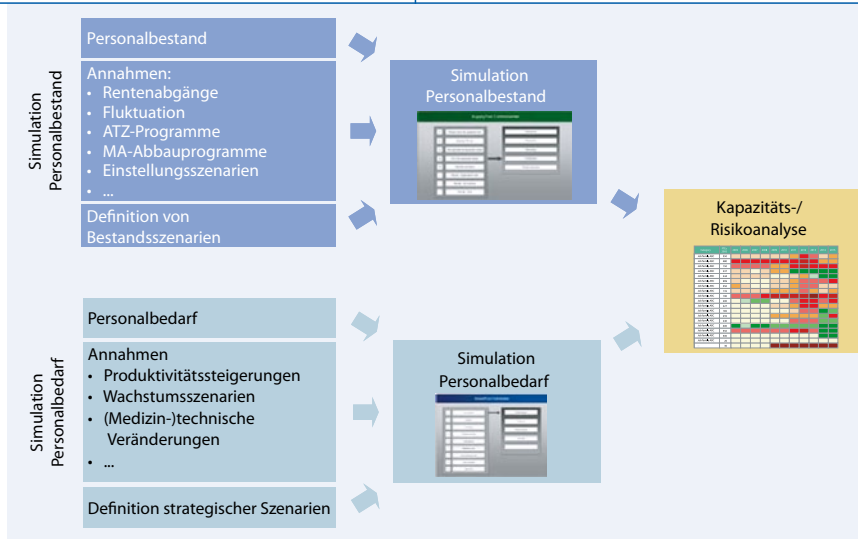


Abb. 1 ▲ Modelllogik „demographic risk management“, Kliniken der Stadt Köln gGmbH 2010. ATZ Altersteilzeit, MA Mitarbeiter

so in einer demografiefesten Personalplanung und in ausgestalteten Personalmanagementkonzepten, die Alterung, Feminisierung und Generationenthemen sinnvoll berücksichtigen [1, 8, 26].

Prospektive Personalentwicklung in der operativen Medizin

Methode

Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH sind ein Klinikverbund mit 3 Häusern, 1500 Betten, einem Jahresumsatz von über EUR 300 Mio. und etwa 3000 vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern. Der Betriebsteil Merheim ist Klinikum der Universität Witten-Herdecke; das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße und das Krankenhaus Holweide sind akademische Lehrkrankenhäuser der Universität zu Köln. Im Rahmen einer langfristigen strategischen Ausrichtung wurde in Zusammenarbeit mit der Boston Consulting Group (BCG) eine Methode zur prospektiven Personalentwicklung aus der Industrie an die spezifischen Bedürfnisse der Kliniken adaptiert. Das Modell wird in **Abb. 1** vorgestellt.

Zur Betrachtung der langfristigen Personalsituation wurde geprüft, wie sich Personalbestand und -bedarf in den nächsten 10 Jahren entwickeln werden. Aus dieser Simulation wurde dann eine Risiko- bzw. Kapazitätsanalyse erstellt. Dazu wurde in folgenden Schritten vorgegangen:

1. Als Schnellanalyse wurde überprüft, wie sich der Personalbestand in den nächsten Jahren entwickeln wird, um die Auswirkungen der Demografie darzustellen. Hierbei wurden ausschließlich der ärztliche und pflegerische Dienst (Pflege und Funktionsdienst) über einen Zeitraum von 10 Jahren ohne Berücksichtigung von Maßnahmen oder Zugängen betrachtet. Lediglich die altersbedingten Abgänge waren Bestandteil der Analyse.

2. Als Nächstes wurden Annahmen für das Simulationsmodell erstellt, die **Abb. 2** wiedergibt. Hier konnten Rentenabgänge, Fluktuation und Altersteilzeitprogramme aufgenommen werden. Die differenzierte Bestandsanalyse auf Basis der vorhandenen Personalstammdaten einer Klinik erfordert ferner die Definition von „Jobfamilien“. Zu einer Jobfamilie gehören Tätigkeiten, die aufgrund ähnlicher Aufgaben und vergleichbarer Anforderungen miteinander verwandt sind [14, 30]. Zunächst ist dies unabhängig von Hierarchien und Strukturen. Die Aggregationsmethodik ermöglicht später eine Harmonisierung und Optimierung der zu identifizierenden Personalmaßnahmen. Während man bei der übergeordneten „Jobfamiliengruppe“ (z. B. ärztlicher Dienst) davon ausgehen kann, dass eine Austauschbarkeit durch Weiterbildung und Weiterqualifizierung innerhalb von 5 Jahren erreicht werden kann, trägt die Dauer bis zur Austauschbarkeit innerhalb der „Jobfamilien“ (z. B. opera-

tive Fachabteilung bzw. Anästhesiologie) in der Regel rund 3 Jahre. Die Detailebene bilden die „Funktionen“ (z. B. Anästhesie in bestimmten operativen Bereichen). Auf Funktionsebene ist eine Austauschbarkeit üblicherweise kurzfristiger zu erreichen, wie **Abb. 3** zeigt.

3. Im folgenden Schritt wurde eine strategische Personalplanung für jede Klinik durchgeführt und der Personalbedarf für die nächsten Jahre mit den Leitern der Abteilung eruiert. Hier waren beispielsweise in Merheim der Bau 5 neuer Operationsäle (OP), die Erweiterung der interventionellen Radiologie mit Konsequenz eines zusätzlichen Außenteams für die Anästhesie und der Ausbau operativer Geschäftsfelder (z. B. Wirbelsäulenchirurgie), für die wiederum speziell qualifiziertes Personal benötigt wird, Gegenstand der Gespräche. Auch Annahmen über technologische Veränderungen (z. B. intraoperative Bestrahlung) mit Auswirkung auf den erforderlichen Personalbedarf wurden berücksichtigt. Die Kapazitätsrisiken konnten auf diese Weise in unterschiedlichen Detailtiefen und unter Zugrundelegung diverser Szenarien analysiert werden.

4. Aus dieser Kapazitätsanalyse wurden Maßnahmen zur strategischen Personalplanung abgeleitet. Ziel war es, den Demografieeffekt durch die vorherige Analyse präzise zu beschreiben, auf diesem Ergebnis die Personalentwicklungsmaßnahmen (PE) aufzusetzen und schließlich spezifisch als Projekt auszugestalten. Die Vorgehensweise illustriert **Abb. 4**.

5. Die aufgelisteten Maßnahmen wurden im Hinblick auf Ziel, Zielgruppe, „key performance indicators“ (KPI), Auswirkung und Budget beschrieben. Dabei wurden die Arbeitsschritte bis zur Einführung, einschließlich Ressourcen- und Kostenabschätzung, aufgelistet und ein Template für „status reporting“ der Maßnahmeneinführung u. a. mit Hinweisen auf Entscheidungsbedarf, Abhängigkeiten und Risiken erstellt. Nach der spezifischen Ausgestaltung erfolgte die Bewertung nach relevanten Kriterien. In die Bewertung wurden die folgenden Kategorien einbezogen:

- Ziel/Zielgruppe,
- Inhalt/Arbeitsschritte,
- KPI,

- Auswirkung,
- Risiken,
- Kosten/Budget und
- Ressourcen.

Die Maßnahmen wurden dann von insgesamt 43 Leitungskräften aus Medizin, Pflege und Verwaltung im Hinblick auf „Auswirkung“ und „Durchführbarkeit“ gewichtet. Ziel war ein Fünfjahresmaßnahmenplan. Die Bewertungssystematik ist in **Abb. 5** skizziert.

Ergebnisse

Als größtes Risiko konnten die hohe Fluktuation im ärztlichen Bereich und die alternde Belegschaft identifiziert werden:

1. Ohne Personalmaßnahmen halbiert sich der Personalbestand innerhalb von 10 Jahren, wie **Abb. 6** demonstriert.

2. In der detaillierten Analyse wurde der Fokus auf operative Disziplinen gelegt. Für die Kapazitätsanalyse des ärztlichen und des Funktionsdienstes findet sich eine Unterdeckung in einzelnen Kliniken, die in **Abb. 7** und **8** dargestellt ist. Hier zeigt sich im Bereich der Anästhesie bereits nach 3 Jahren eine 25%ige Unterdeckung (**Abb. 7**). In der Funktionspflege sind die Fluktuationen deutlich geringer; dies spiegelt sich in **Abb. 8** wider.

3. Die Bedarfsplanung markierte für jede Abteilung die wichtigsten Personalmaßnahmen der kommenden 3 Jahre. Hier war der Ausbau des OP und der Intensivstationen für einen Mehrbedarf von etwa 45 Pflegekräften und etwa 15 Ärzten über alle operativen Disziplinen verantwortlich. Dieser Mehrbedarf fand Eingang in die Planung.

4. Die Maßnahmen zur Personalbeschaffung ließen sich in vier Hauptkategorien ordnen:

- Qualifizierung durch Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Rahmenbedingungen,
- Mitarbeiterbindung und
- Personalbeschaffung.

Die Maßnahmen wurden dann in das in **Abb. 9** dargestellte Modell eingefügt. Das Modell mit den Säulen Ausbildung, Rahmenbedingungen und Mitarbeiterbindung fußt auf einer professio-

Zusammenfassung · Abstract

Anaesthesist 2011 · 60:507–516 DOI 10.1007/s00101-011-1885-0
© Springer-Verlag 2011

C.E. Schmidt · M.U. Gerbershagen · J. Salehin · M. Weiß · K. Schmidt · F. Wolff · F. Wappler
**Von der Personalverwaltung zur Personalentwicklung.
„Demographic risk management“ in Krankenhäusern**

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Gesundheitsbranche wird im Jahr 2020 von einem starken Arbeitskräftemangel betroffen sein. Die Alterung der Belegschaft ist hier ein wichtiger Treiber für den Fachkräftemangel. Dieses Alterungsrisiko wird jedoch in den bisherigen Zeithorizonten der Personalplanung von 1 bis 2 Jahren nicht sichtbar. Daher ist die prospektive Personalplanung bedeutsam, um Kompetenzverluste zu vermeiden.

Methode. Bei den Kliniken der Stadt Köln wurde zur Betrachtung der langfristigen Personalsituation geprüft, wie sich Personalbestand und -bedarf in den nächsten 10 Jahren entwickeln werden. Dabei wurde ein Simulationsmodell erstellt, das Fluktuation, Berentung, Mutterschutz, Krankenstand, Altersteilzeit und Neueinstellungen pro Fachabteilung bzw. Berufsgruppe berücksichtigt. Parallel wurde der Bedarf für die nächsten 10 Jahre mit den Chefärzten ermittelt. Aus dieser Kapazitätsanalyse wurden Maßnahmen zur strategischen Personalplanung abgeleitet.

Ergebnisse. Als größtes Risiko konnten die hohe Fluktuation im ärztlichen Bereich und die alternde Belegschaft identifiziert wer-

den. Ohne Personalmaßnahmen halbiert sich der Personalbestand innerhalb von 10 Jahren. In der Anästhesie ist bereits nach 2 Jahren eine Unterdeckung von 25% zu verzeichnen, die Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit von OP und Intensivstationen hat. Qualifizierung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Rahmenbedingungen der Arbeit sind die wichtigsten Handlungsfelder der Personalentwicklung.

Schlussfolgerung. Der wesentliche Nutzen der prospektiven Personalentwicklung für operative Bereiche liegt in der rechtzeitigen Erkennung von Unterdeckungen und Kompetenzverlusten. Da zahlreiche andere Wirtschaftsunternehmen seit Jahren ihren Personalbedarf erfolgreich prospektiv planen, sollten Krankenhäuser diesem Beispiel folgen, denn der Wettbewerb um qualifiziertes Personal wird zunehmen.

Schlüsselwörter

Bereitstellung von Gesundheitsfürsorge · Personalmanagement · Personalfuktuation · Berentung · Prognostizierung

From personnel administration to human resource management. Demographic risk management in hospitals

Abstract

Background. The healthcare market is facing a serious shortage of qualified personnel in 2020. Aging of staff members is one important driver of this human resource deficit but current planning periods of 1–2 years cannot compensate the demographic effects on staff portfolio early enough. Therefore, prospective human resource planning is important to avoid loss of competence.

Methods. The long range development (10 years) of human resources in the hospitals of the City of Cologne was analyzed. The basis for the analysis was a simulation model that included fluctuation of staff, retirement, maternity leave, status of employee illness, partial retirement and fresh engagements per department and profession. The model was matched with the staff requirements for each department. The results showed a capacity analysis which was used to convey strategic measures for staff recruitment and retention.

Results. The greatest risk for shortage of qualified staff was found in the fluctuation of doctors and in the aging work force. Without strategic human resource management the

hospitals would face a 50% reduction of the work force within 10 years and after 2 years there would be a 25% deficit of anesthesiologists with impact on the function of operation rooms (OR) and intensive care units. Qualification and continuous training of staff members as well as process optimization are the most important spheres of activity for human resource management in order to recruit and retain qualified staff members.

Conclusion. Prospective human resource planning for the OR and intensive care units can help to detect shortage of staff and loss of competence early enough to apply effective personnel development measures. A growing number of companies have started to plan ahead of the current demand of human resources. Hospitals should follow this example because the competition for qualified staff members is increasing rapidly.

Keywords

Delivery of health care · Personnel management · Personnel turnover · Retirement · Forecasting

	Definition Parameter	Ausprägung der Parameter im Bestandsmodell
Fluktuation	• Anteil der Abgänge der Stammbesellschaft pro Jahr	• Differenzierung nach ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsdienst
Renteneintrittsalter	• Durchschnittliches Renteneintrittsalter	• 65-67 Jahre üblich, für 2010 und 2011 mit 66 Jahren gerechnet • Erhöhung der gesetzlichen Altersgrenze berücksichtigt durch Zugabe von 1 Jahr ab inkl. 2012 auf 67
Mutterschutz/ Elternzeit	• Anteil der Frauen im Mutterschutz/ Elternzeit pro Jahr und ihre Rückkehr	• Anteil Frauen in Mutterschutz/Elternzeit an 20- bis 45-jährigen Frauen, Annahmen: 1 Jahr Abwesenheit, 80% Rückkehrquote in 75%ige Beschäftigung (gerechnet mit jährl. 6,95% Einschr.)
Krankenstand	• Anteil der Fehltage bezogen auf Solltage	• Einheitswert von 5,1% verwendet
Altersteilzeit	• Anzahl Austritte in die ATZ-Passivphase	• Keine Berücksichtigung in Bestandssimulation, da der TV ATZ am 31.12.2009 ausläuft
Neueinstellungen	• Anzahl der Neueinstellungen der Stammbesellschaft pro Jahr	• Bestandssimulation ohne Neueinstellungen

Abb. 2 ◀ Annahmenblatt des Modells, adaptiert an die Kliniken der Stadt Köln gGmbH 2010. ATZ Alters-teilzeit, TV Tarifvertrag

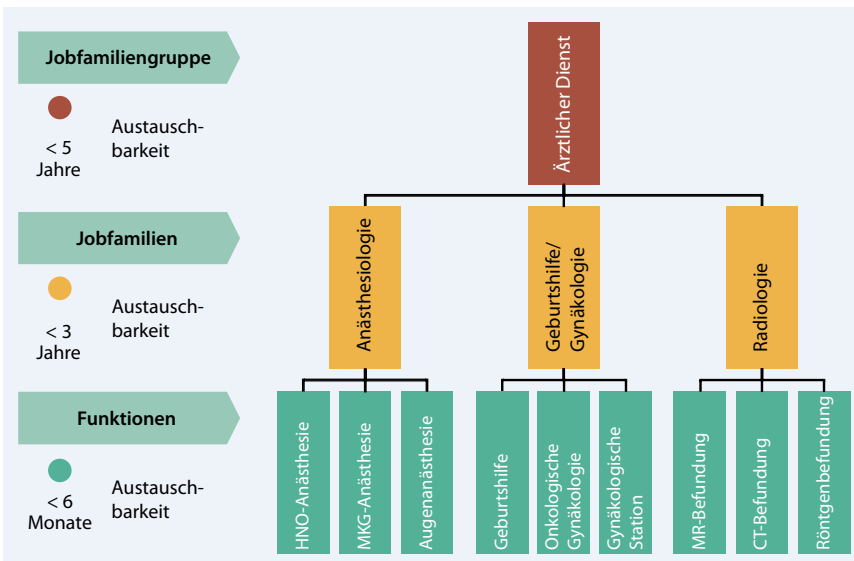


Abb. 3 ▲ Ableitung von Jobfamilien im ärztlichen Dienst. CT Computertomographie, MKG Mund-Kiefer-Gesicht, HNO Hals-Nasen-Ohren, MR Magnetresonanz

nellen Personalrekrutierung mit „assessment center“ für neue Führungskräfte sowie einer in der Unternehmensstrategie verankerten Personalentwicklung. In den 3 Säulen sind von allen Führungskräften nach Priorität bewertete Themen aufgelistet.

5. Die Bewertung dieser Maßnahmen im Hinblick auf Umsetzbarkeit und Wirksamkeit spiegelt sich in der Vierfeldermatrix wider, die **Abb. 10** zeigt. Hier waren neben der Ausbildung v. a. die Wertschätzung und die Unternehmenskultur von Bedeutung.

Diskussion

Treiber des Fachkräftemangels

Der Mangel an Fachkräften ist in fast allen westlichen Industrienationen ein Problem [16]. Hier ist in den USA und Europa v. a. der Gesundheitssektor stark betroffen. Bis 2030 soll diese Branche in Deutschland der Wirtschaftszweig mit dem größten Mangel an hoch qualifizierten Arbeitskräften werden, wie eine Studie der ILO feststellen konnte [16]. Auch die Zuwanderung von Ärzten und Pflegekräften aus Osteuropa kann diesen Trend nicht kompensieren, denn bereits im Jahr 2008 überstieg die Abwanderung von

Ärzten aus Deutschland die Einwanderung um 127% [12, 18]. Die Ab- bzw. Zuwanderung von Pflegekräften ist dagegen statistisch nicht erfasst. Lediglich Rheinland-Pfalz hat die Zahl ausländischer Pflegekräfte offengelegt. Hier arbeiten rund 200 registrierte Pflegekräfte aus Osteuropa; dies entspricht etwa 0,7% der Pflegekräfte in dem Bundesland [17]. Für den OP hat die Einführung von operationstechnischen Assistenten (OTA) und anderen technischen Assistenzberufen eine leichte Abhilfe des Fachkräftemangels geschaffen, die jedoch den erhöhten Bedarf nicht kompensieren kann [6].

Ein wesentlicher Treiber für den Fachkräftemangel ist die demografische Alterung der Belegschaft. Vor allem im ärztlichen Bereich hat die Überalterung nach einer Untersuchung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dramatische Ausmaße angenommen [19]. Das Durchschnittsalter der Vertragsärzte ist seit 1993 um etwa 3 Jahre auf rund 49,5 Jahre im Jahr 2000 gestiegen. Auch bei den Krankenhausärzten ist das Durchschnittsalter im selben Zeitraum um knapp 2 Jahre gestiegen. Unter den Facharztgruppen stehen bundesweit die Chirurgen mit 50,6 Jahren an der Spitze der Alterspyramide, gefolgt von Internisten und Kinderärzten mit jeweils 50,4 Jahren. In den neuen Bundesländern bilden die Kinderärzte mit 51,5 Jahren die älteste Arztgruppe [19]. Parallel zum Anstieg des Durchschnittsalters sinkt der Anteil jüngerer Ärzte. Waren 1991 noch 27,4% aller berufstätigen Ärzte unter 35 Jahre alt, so waren dies im Jahr 2000 nur noch 18,8% [19]. Es fehlt da-

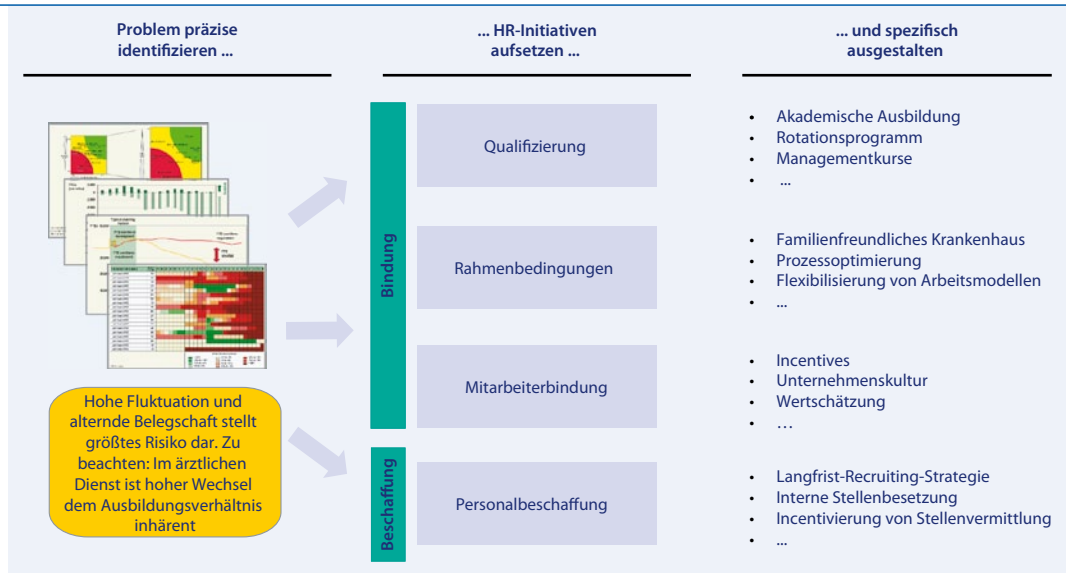


Abb. 4 ▶ Ableitung von Maßnahmen zur strategischen Personalplanung aus der Kapazitätsanalyse. HR „human resources“

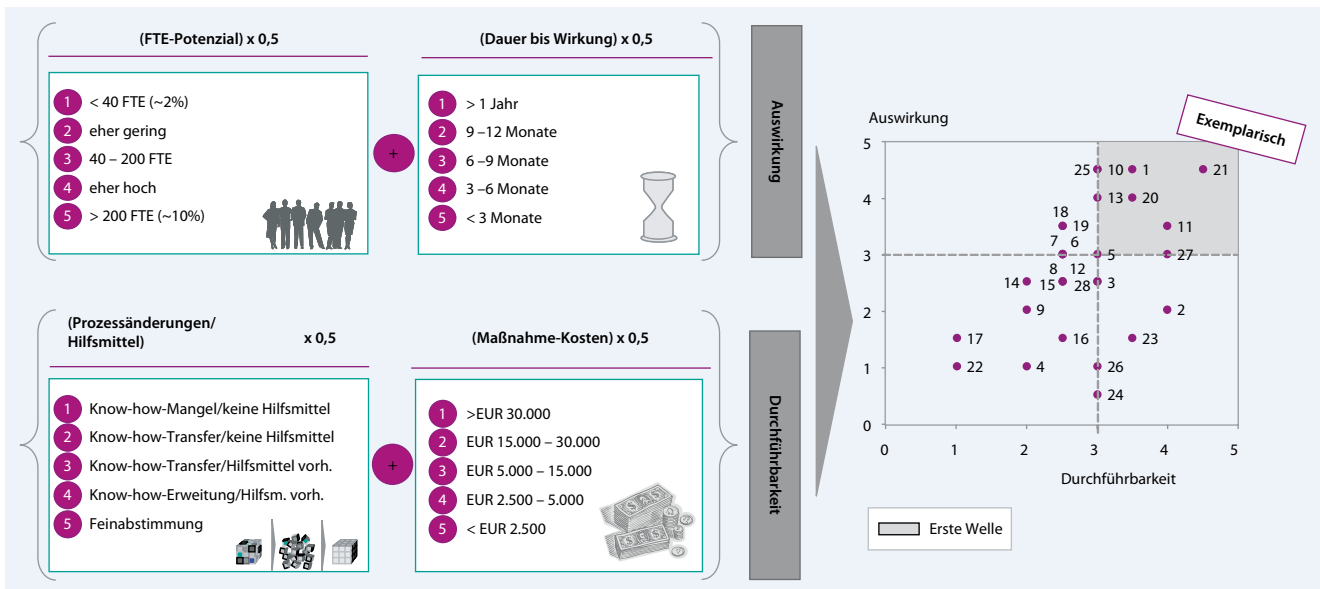


Abb. 5 ▶ Priorisierung der Maßnahmen vor dem Hintergrund der Unternehmensstrategie. FTE „full time equivalent“, Vollkraft

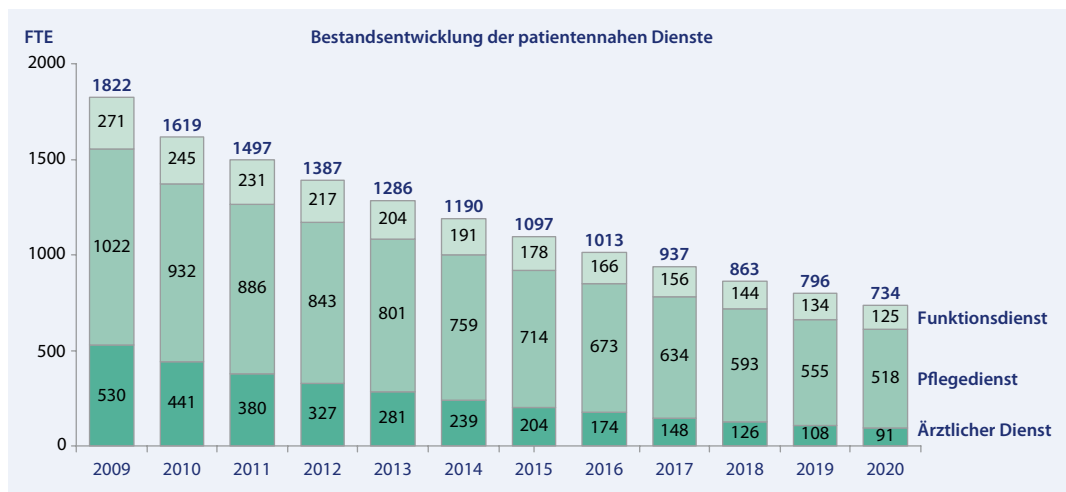


Abb. 6 ▶ Grobe Bestandsanalyse zeigt Halbierung des Bestands innerhalb von 10 Jahren. FTE „full time equivalent“, Vollkraft

Trends und Medizinökonomie

Fachgebiet/Jobfamilie	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anästhesiologie	92,56	-15,03	-25,79	-35,13	-43,17	-50,71	-56,96	-62,64	-67,34	-71,09	-74,24	-77,05
Augenheilkunde	18,42	-3,10	-5,25	-7,09	-8,65	-10,02	-11,19	-12,20	-13,28	-14,00	-14,61	-15,15
Chirurgische Klinik	22,63	-3,53	-6,21	-8,51	-11,03	-12,66	-14,03	-15,41	-16,72	-17,54	-18,25	-18,87
Geburtshilfe/Gynäkologie	16,91	-3,07	-5,01	-6,68	-8,11	-9,78	-10,78	-11,62	-12,36	-13,00	-13,54	-14,01
Hals-Nasen-Ohren Heilkunde	13,00	-2,18	-3,69	-5,00	-6,12	-7,08	-7,88	-8,92	-9,49	-9,98	-10,39	-10,76
Kinder- und Jugendmedizin	37,45	-6,54	-10,86	-14,59	-17,75	-20,47	-22,85	-24,90	-26,65	-28,15	-29,43	-30,56
Kinderchirurgie	17,70	-3,08	-5,13	-6,86	-8,38	-9,68	-10,81	-11,76	-12,59	-13,29	-13,91	-14,44
Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychotherapie	14,00	-2,53	-4,13	-5,52	-6,70	-7,72	-8,60	-9,36	-10,01	-10,55	-11,02	-11,43
Lungen- und Bronchialheilkunde	19,60	-3,91	-6,11	-7,99	-9,58	-10,98	-12,59	-13,55	-14,69	-15,61	-16,28	-16,74
Medizinische Klinik (Holweide)	36,48	-7,02	-11,14	-14,67	-17,72	-20,30	-22,55	-24,50	-26,14	-27,58	-29,27	-30,44
Medizinische Klinik I (Merheim)	29,00	-4,78	-8,17	-11,08	-13,59	-15,75	-18,01	-19,52	-21,13	-22,49	-23,40	-24,18
Medizinische Klinik II (Merheim)	28,25	-4,66	-7,96	-10,80	-13,21	-15,31	-17,12	-18,66	-20,00	-21,15	-22,36	-23,18
Neurochirurgie	22,25	-3,35	-6,00	-8,23	-10,19	-11,88	-13,33	-14,58	-15,63	-16,56	-17,36	-18,03
Neurologie	25,00	-4,35	-7,24	-9,73	-11,87	-14,18	-15,69	-17,32	-18,40	-19,31	-20,08	-20,77
Pathologie	6,50	-0,97	-1,74	-2,41	-2,98	-3,47	-3,90	-4,26	-4,58	-4,85	-5,08	-5,28
Perinatalzentrum Holweide	4,50	-0,75	-1,27	-1,73	-2,11	-2,45	-2,74	-2,98	-3,20	-3,38	-3,53	-3,67
Plastische Chirurgie	14,50	-2,24	-3,96	-5,43	-6,70	-8,26	-9,14	-9,89	-10,83	-11,35	-11,78	-12,15
Radiologie	33,48	-5,57	-9,48	-12,84	-15,70	-18,19	-20,30	-22,15	-24,33	-25,61	-26,71	-28,23
Sozialpädiatrisches Zentrum	4,90	-0,83	-1,38	-1,87	-2,30	-2,66	-2,95	-3,22	-3,46	-3,65	-3,83	-3,98
Transfusionsmedizin	4,85	-0,71	-1,29	-1,77	-2,20	-2,57	-2,89	-3,16	-3,40	-3,60	-3,78	-4,12
Unfallchirurgie	28,70	-4,14	-7,58	-10,53	-13,08	-15,26	-17,15	-18,76	-20,15	-21,35	-22,38	-23,26
Urologie	13,00	-2,00	-3,54	-4,86	-6,00	-6,98	-7,82	-8,55	-9,17	-9,71	-10,15	-10,55
Viszeralchirurgie	26,00	-3,88	-6,98	-9,64	-11,93	-13,90	-16,00	-17,40	-18,60	-19,64	-20,73	-21,46



Abb. 7 ▲ Kapazitäts-/Risikoanalyse im ärztlichen Bereich. FTE, „full time equivalent“, Vollkraft

Fachgebiet/Jobfamilie	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anästhesiologie	64,90	-4,85	-7,74	-10,47	-13,13	-16,49	-19,65	-21,86	-24,02	-28,53	-30,31	-32,23
Augenheilkunde	10,69	-0,76	-1,55	-2,00	-2,43	-2,83	-3,73	-4,08	-4,41	-4,72	-5,46	-5,72
Chirurgische Klinik	73,95	-6,49	-9,80	-12,97	-15,84	-18,73	-22,04	-25,40	-28,05	-30,61	-33,78	-35,87
Geburtshilfe/Gynäkologie	67,58	-6,39	-9,41	-12,09	-14,72	-17,28	-20,89	-24,42	-26,50	-30,77	-34,55	-37,05
Hals-Nasen-Ohren Heilkunde	20,82	-1,59	-2,55	-3,45	-5,13	-5,92	-6,62	-8,03	-8,67	-9,28	-10,42	-10,90
Kinder- und Jugendmedizin	87,53	-8,37	-12,20	-15,72	-19,23	-22,53	-25,68	-29,68	-33,58	-37,16	-39,65	-41,98
Kinderchirurgie	59,71	-5,64	-8,28	-10,77	-12,95	-15,22	-17,33	-19,35	-23,17	-25,41	-28,29	-30,79
Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychotherapie	52,66	-5,26	-7,63	-9,88	-11,90	-13,90	-15,83	-17,67	-19,42	-21,08	-22,62	-24,01
Lungen- und Bronchialheilkunde	44,97	-3,69	-6,67	-8,54	-10,99	-12,67	-14,15	-15,66	-17,56	-19,96	-21,79	-23,61
Medizinische Klinik (Holweide)	106,24	-8,84	-13,44	-18,05	-22,31	-27,26	-32,05	-36,49	-41,00	-45,13	-48,47	-52,84
Medizinische Klinik I (Merheim)	75,59	-5,93	-9,35	-12,55	-15,62	-18,61	-22,87	-25,40	-28,05	-30,98	-33,81	-36,97
Medizinische Klinik II (Merheim)	67,72	-5,05	-7,99	-10,92	-13,64	-16,94	-20,30	-23,34	-25,69	-28,40	-30,37	-34,05
Neurochirurgie	38,72	-3,40	-5,21	-6,83	-8,39	-9,90	-12,19	-14,22	-15,65	-16,76	-18,01	-19,59
Neurologie	58,29	-4,89	-7,46	-9,77	-12,19	-14,44	-17,87	-20,00	-21,93	-23,71	-26,32	-28,33
Perinatalzentrum Holweide	17,95	-1,88	-2,66	-3,40	-4,13	-4,82	-5,42	-5,96	-6,53	-7,02	-7,56	-8,08
Plastische Chirurgie	41,21	-3,55	-5,31	-7,00	-8,61	-10,19	-11,65	-13,12	-14,68	-15,97	-17,22	-19,28
Pool	56,93	-5,68	-8,17	-10,54	-12,81	-15,01	-17,10	-19,05	-20,81	-22,59	-24,27	-25,81
Radiologie	8,77	-0,66	-1,06	-1,45	-1,82	-2,14	-2,48	-3,28	-3,79	-4,04	-5,00	-5,16
Unfallchirurgie	34,35	-3,33	-4,78	-6,24	-7,57	-8,91	-10,12	-11,20	-12,67	-13,97	-15,32	-16,28
Urologie	9,77	-0,77	-1,20	-1,61	-2,02	-2,40	-2,76	-3,16	-3,47	-3,78	-4,13	-4,71
Viszeralchirurgie	23,30	-2,19	-3,21	-4,18	-5,12	-6,03	-6,82	-7,63	-8,39	-9,13	-9,82	-10,71

Endoskopie	13,87	-0,96	-1,74	-2,41	-3,09	-3,74	-4,35	-4,92	-5,46	-6,96	-8,22	-8,56
Intensiv	122,61	-12,80	-19,17	-25,19	-30,84	-37,00	-42,07	-46,74	-51,17	-55,33	-59,34	-63,02
Notaufnahme	32,90	-3,03	-4,76	-6,42	-8,00	-9,47	-11,56	-13,77	-14,88	-15,96	-16,94	-18,35
OP	101,51	-8,90	-14,34	-19,51	-25,12	-30,00	-34,88	-39,42	-43,75	-48,32	-51,99	-56,09



Abb. 8 ▲ Kapazitäts-/Risikoanalyse im Pflege- und Funktionsdienst

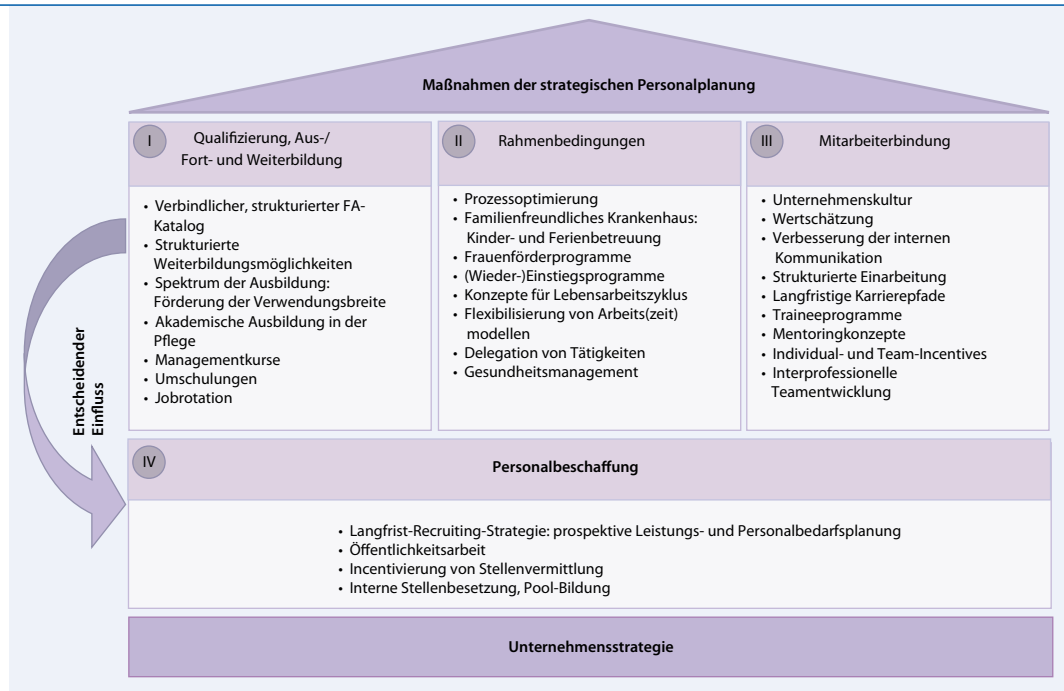


Abb. 9 ► Maßnahmen der strategischen Personalentwicklung, Kliniken der Stadt Köln gGmbH 2010. FA Facharzt

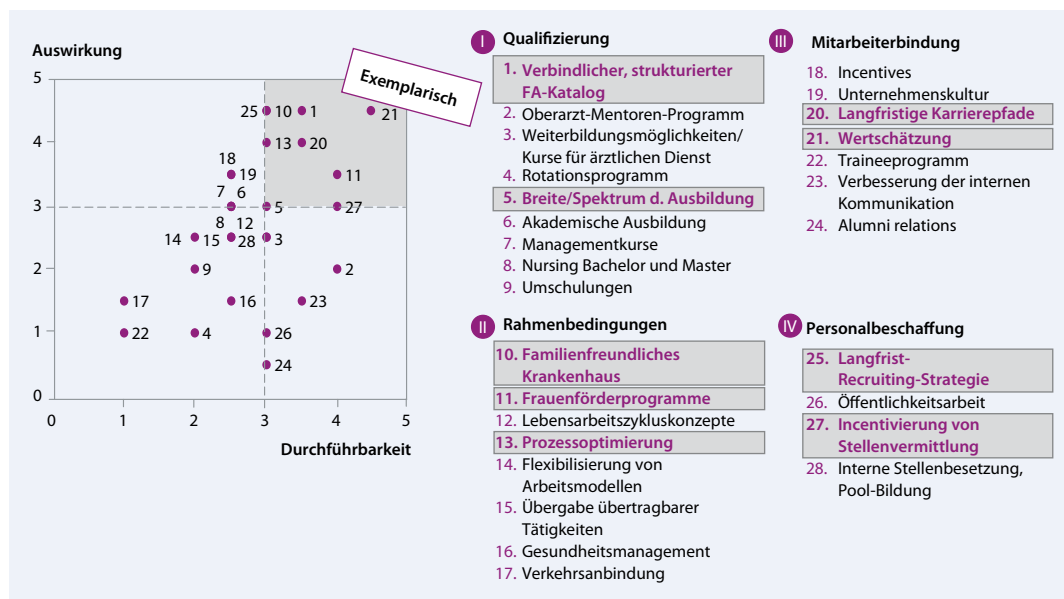


Abb. 10 ► Mit den Führungskräften abgestimmte Bewertung der Maßnahmen. FA Facharzt

mit an ärztlichem Nachwuchs, denn zum einem wurde die Zahl der Studienplätze für Humanmedizin in den 90er Jahren um ca. 10% gekürzt und zum anderen ist die Abbrecherquote im Studium der Humanmedizin inzwischen auf 44% angewachsen [18, 19, 26].

Als Folge des geringen Angebots an Ärzten haben 80% der Häuser Probleme bei der Stellenbesetzung und gleichzeitig größer werdende Ausfallzeiten älterer Mitarbeiter [19]. Unterdessen steigt die Zahl der leistungsgewandelten Mitarbeiter, was mit einer eingeschränkten

Personaleinsatzflexibilität einhergeht [21, 22, 28]. Dieser Trend findet sich v. a. in der Funktionspflege und stellt Führungskräfte vor eine Herausforderung, denn das Risiko der abnehmenden Produktivität, geringeren Motivation und sinkenden Innovationsfreudigkeit kann für Unternehmen existenziell gefährdend sein [8]. Dies betrifft v. a. erlösrelevante Bereiche, wie den OP und die Intensivstationen. Eine Studie der European Association for Personnel Management kommt daher zu dem Schluss, dass Demografiemanagement ein Thema mit hohem Hand-

lungsdruck in Unternehmen geworden ist [8]. Eine weitere Studie der Organisation konnte jedoch auch feststellen, dass nur ca. 15% der europäischen Unternehmen ihren Personalbestand mehr als 3 Jahre im Voraus planen [8]. Dies trifft ebenfalls für den Krankenhausbereich zu, da hier 80% der Krankenhäuser kein Personalmanagement, sondern lediglich eine Personalverwaltung haben [4]. Als Konsequenz ist die demografiefeste und prospektive Personalplanung ein wesentlicher Eckpfeiler, um Bereiche, wie den OP und die Intensivstation, zukünftig aus-

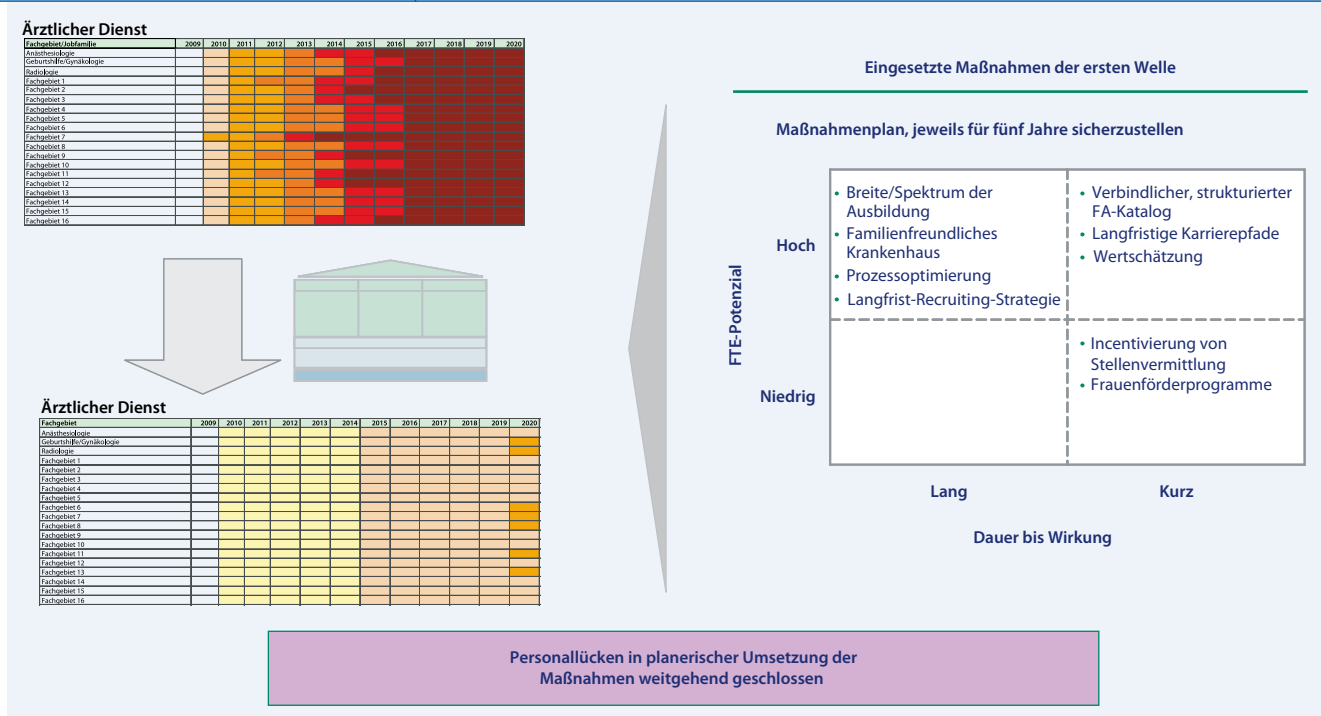


Abb. 11 ▲ Prognose der positiven Auswirkung der ersten Welle auf die Personallücke. FA Facharzt, FTE „full time equivalent“, Vollkraft

reichend mit Personal zu versorgen. Um Engpässe zu vermeiden, müssen selbige so lange vorher bekannt sein, dass geeignete Maßnahmen Wirkung gezeigt haben. Folglich ist das Management des Alters- und Kapazitätsrisikos eine wichtige Führungsaufgabe [2, 5, 8, 20].

Ausarbeitung von Maßnahmen

Die hier vorgestellte Methode ist bereits in anderen Industrien, wie der Energie-, Chemie- und Technologiebranche erfolgreich eingesetzt worden [8]. Die Einteilung der Jobfamilien und Ableitung der Maßnahmen war einfach auf das Krankenhaus übertragbar. Die Definition der Jobfamilien ist für die Ausarbeitung von Maßnahmen von entscheidender Bedeutung, da hier Schlüsselqualifikationen von Mitarbeitern und deren Ersetzbarkeit analysiert werden. Gepaart mit dem Alter der Mitarbeiter kann auf diese Weise geklärt werden, wo in Zukunft ein Kompetenzverlust entstehen könnte und frühzeitig gegengesteuert werden muss. Somit ist die Jobfamilie die zentrale Plattform zur Integration zahlreicher Personalinstrumente und hilft, Wissen im Unternehmen zu halten [15, 25].

Karrierestufen

Die Kapazitätsanalyse berücksichtigt in der jetzigen Fassung keine Karrierestufen, d. h. es wird noch nicht zwischen Ober- und Assistenzarzt, sondern nur nach Berufsgruppen differenziert. Das ist von Bedeutung, da die Fluktuationsraten zwischen den Gruppen sehr stark variieren und entsprechende Personalbindungsmaßnahmen unterschiedliche Ansatzpunkte haben [27]. Während für den Assistenzarzt die Breite und Verbindlichkeit der Ausbildung im Vordergrund stehen, sind für den Oberarzt die Karriere- und Gehaltsoptionen im Unternehmen wichtiger. Dies wurde im jetzigen Modell noch nicht berücksichtigt, sodass die Ergebnisse differenziert übertragen werden sollten. Ferner wurden bei den Jobfamilien nur die primären Qualifikationen (z. B. Facharzt und Zusatzbezeichnungen) geprüft. Nicht betrachtet wurden individuelle Verträge, Managementkompetenzen oder Fremdsprachenkenntnisse. Eine tiefer gehende Analyse kann daher wertvolle Information für individuelle Maßnahmen identifizieren.

Im Ergebnis sind die hohe Fluktuation von fast 14% im ärztlichen Bereich und die alternde Belegschaft das größte Risiko für das Krankenhaus. Daraus ergeben

sich klare Handlungsfelder: die Erarbeitung gezielter und nach Karrierestufen abgestimmter Maßnahmen zur Personalrekrutierung bzw. -bindung im ärztlichen Bereich und eine ausgewogene Mischung von jungen und älteren Mitarbeitern in den Abteilungsteams. Auf diese Weise kann Schlüsselwissen, wie beispielsweise Erfahrungen in der Kardioanästhesie, durch kompetente Anleitung weitergegeben werden. Dies ist in operativen Disziplinen für die Weiterbildung der Berufsanfänger in Pflege und ärztlichem Bereich von großer Bedeutung, denn jüngere Mitarbeiter akzeptieren fachliche Kompetenz mehr als Hierarchien [10, 11, 27].

Personalbindende Faktoren

Die 4 identifizierten Stoßrichtungen für wirksame Maßnahmen der strategischen Personalplanung und -bindung sind mit denen anderer Branchen und anderer Krankenhäuser vergleichbar und haben dort zur Retention von qualifizierten Mitarbeitern geführt [27]. Auch die Bewertung der Führungskräfte für besonders wirksame Maßnahmen findet sich in anderen Studien [13, 24, 31, 35]. Die hier vorgestellten Personalentwicklungsmaßnahmen werden demnach greifen und der hohen Fluktuation entgegenwirken. Dies

ist wichtig, da am Beispiel der Anästhesie bei einer Unterdeckung von 25% nach 2 bis 3 Jahren ein Ausfall im OP mit erheblichen wirtschaftlichen Konsequenzen auftreten würde. Daher sind kurz- und langfristige Maßnahmen sinnvoll. Für den ärztlichen Dienst stellen die Verbindlichkeit bzw. Breite der Weiterbildungskonzepte und Rotationen die wichtigsten kurzfristigen Elemente für junge Mitarbeiter dar [26]. In der OP- und Anästhesiepflege sind effiziente Einarbeitungsprogramme, homogene und störungsarme Prozesse sowie attraktive Arbeitszeitmodelle als besonders entscheidende Faktoren zu nennen [36]. Für alle Berufsgruppen sind ferner die Zugehörigkeit zu einer Abteilung und wertschätzende Führung als personalbindende Faktoren anerkannt [26, 36]. Abschließend muss auch erwähnt werden, dass alle Maßnahmen der Mitbestimmung unterliegen. Daher sollte der Personalrat rechtzeitig in diese Überlegungen einbezogen werden.

Betrachtet man die Altersentwicklung in der operativen Fachpflege, so lag das Mitarbeiteralter im Bundesdurchschnitt bei etwa 44 Jahren. Hier droht in den nächsten Jahren das größte Risiko für eine Überalterung bzw. einen Kompetenzverlust, da die Mehrheit der Fachpflegekräfte nicht bis zum 65. Lebensjahr in diesen Funktionsbereichen arbeiten wird [17, 35]. Daher ist neben der Durchmischung der Belegschaft mit jungen Mitarbeitern für den Wissenstransfer auch eine gezielte betriebliche Gesundheitsvorsorge von Bedeutung. Kostenlose Vorsorgemaßnahmen, altersadaptierte Dienstpläne, ausreichende Pausen und ständige Weiterqualifikation sind hilfreich, um krankheitsbedingte Ausfallraten im OP und auf den Intensivstationen gering zu halten. US-Unternehmen haben zu diesem Thema 6 Punkte identifizieren können, die diesen Prozess unterstützen und die in **Infobox 1** zusammengefasst sind [8, 15]. Wesentliche Elemente davon finden sich auch in den vorgestellten Ansätzen.

Fazit für die Praxis

Der wesentliche Nutzen der prospektiven Personalentwicklung für operative Bereiche liegt in der rechtzeitigen Erkennung von Unterdeckungen und Kompe-

tenzverlusten. Als Konsequenz können Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet und bewertet werden, denn, bis neue Mitarbeiter nach Stellenausschreibungen im Unternehmen ankommen, vergehen häufig mehr als 6 Monate. Prognoserechnungen und vorausschauende Betrachtungen des Personalrisikos sind mit diesem Modell möglich, wie **Abb. 11 darstellt. Die Betrachtung ermöglicht auch gezielte, nach Karrierestufen und Altersgruppen ausdifferenzierte Maßnahmen. Entscheidend ist, dass sich die leitenden Ärzte der operativen Disziplinen mit den Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen ihrer Mitarbeiter noch mehr als bisher auseinandersetzen. Auf diese Weise kann der Personalbedarf zusammen mit der Personalabteilung vorausschauend und im Hinblick auf mögliche Personalrisiken entwickelt werden [8, 14, 16]. Zahlreiche andere Wirtschaftsunternehmen planen ihren Personalbedarf seit Jahren erfolgreich mit vergleichbaren Instrumenten [8, 15]. Die mitarbeiterstärkste Branche Deutschlands, der Gesundheitssektor und allen voran die Krankenhäuser, sollten diesen Weg ebenfalls beschreiten, denn der Krankenhausmarkt entscheidet sich in den nächsten Jahren im Wettbewerb um qualifiziertes Personal [23, 33]. Das Personal für operative Bereiche wird dabei am stärksten umworben. Das vorgestellte Modell bietet eine gute Vorlage, um sich zu positionieren.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C.E. Schmidt
Kliniken der Stadt Köln gGmbH,
Akademische Lehrkrankenhäuser der
Universität zu Köln, Universität Witten-Herdecke
Neufelder Straße 34, 51067 Köln
schmidtc@kliniken-koeln.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Barrett J (2002) An impending work crisis. Newsweek September 20
- Bauer M, Bach A, Martin E, Böttiger BW (2001) Cost optimization in anaesthesia. *Minerva Anesthesiol* 67:284–289
- Böhm K (2010) Demographic change as a chance for the health care industry. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53:460–473

- Blum K, Offermanns M (2009) Krankenhaus Barometer Umfrage 2009. Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Eigenverlag, Düsseldorf
- Blum K, Löffert S (2010) Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen – Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Deutsches Krankenhausinstitut, Eigenverlag, Düsseldorf
- Blum K, Grohmann J (2009) Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Deutsches Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Eigenverlag, Düsseldorf, 92–122
- Borges NJ, Manuel RS, Elam CL, Jones BJ (2010) Differences in motives between Millennial and Generation X medical students. *Med Educ* 44:570–576
- Boston Consulting Group and European Association for Personnel Management (2008) Talent Management Emerges as Top European HR Challenge. Online Publikation der European Association for Personnel Management unter <http://www.eapm.org/publications/2010>. Zugegriffen 10 Januar 2011
- Brussig M (2009) Changes in labor market participation of older employees in Germany: the perspective of labor market research. *Z Gerontol Geriatr* 42:281–286
- Dodd J, Saggars S, Wildy H (2009) Retention in the allied health workforce: boomers, generation X, and generation Y. *J Allied Health* 38:215–219
- Fuss I, Nübling M, Hasselhorn HM et al (2008) Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: psychosocial and organizational predictors and consequences. *BMC Public Health* 8:353
- Goddemeier C (2009) Demografie: Sterben die Deutschen wirklich aus? *Dtsch Arztebl* 106:A-134–A-135
- Heller AR, Heller SC (2009) The family-friendly hospital: (how) does it work? *Anaesthetist* 58:571–581
- Hentze J, Graf A, Kammel A, Lindert K (Hrsg) (2005) Personalführungslehre, 4. Aufl. Haupt, Bern
- IBM Corporation (Hrsg) (2004) Addressing the challenges of an aging workforce. IBM business consulting services, Eigenverlag, Somers, USA
- International Institute for Labour Studies (Hrsg) (2010) World of Work Report 2010. From one crisis to the next? Eigenverlag, Genf
- Isfort M, Weidner F, Neuhaus A et al (2009) Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln, 2010 und <http://www.dip.de>. Zugegriffen 10 Januar 2011
- Kopetsch T (2002) Überaltert und zu wenig Nachwuchs. *Dtsch Arztebl* 99:A 544–A 547
- Kopetsch T (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlageentwicklung, 5. akt und kompl. überarb. Aufl. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Eigenverlag, Berlin
- Leuzinger A, Luterbacher T (Hrsg) (2000) Mitarbeiterführung im Krankenhaus, 3. Aufl. Huber, Bern
- Lutz T, Lengen RH van, Wickenkamp A et al (2010) Operational availability of ground-based emergency medical services in Rheinland-Palatinate: State-wide web-based system for collation, display and analysis. *Anaesthetist*, doi 10.1007/s00101-010-1826-3

22. Mackay A (2003) Mature age workers: sustaining out future labor force. An ageless workforce – Opportunities for business' symposium conference paper, August 27, 2003. <http://www.ageing.health.gov.au/ofoa/wlplan/aawpapers.htm>. Zugegriffen 10 Januar 2011
23. Martin W (2010) Der Ärztemangel verfestigt sich, die Situation auf dem ärztlichen Stellenmarkt hat sich nicht verschärft. Dtsch Arztebl 107:161–162
24. Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J, Joos S (2010) What factors aid in the recruitment of general practice as a career? An enquiry by interview of general practitioners. Dtsch Med Wochenschr 135:1011–1015
25. Neubauer W (2009) Leadership und Wertemanagement. In: Eurich J, Brink A (Hrsg) Leadership in sozialen Organisationen. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 47–59
26. PriceWaterhouseCoopers (Hrsg) (2010) Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030, Eigenverlag, Frankfurt und http://www.pwc.de/files/Repository/Item/Studie_Fachkr%C3%A4ftemangel_Gesundheit.pdf?itemld=43638020. Zugegriffen 10 Januar 2011
27. Schlitzkus LL, Schenarts KD, Schenarts PJ (2010) Is your residency program ready for Generation Y? J Surg Educ 67:108–111
28. Schmalzried H, Fallon LF Jr (2007) Succession planning for local health department top executives: reducing risk to communities. J Community Health 32:169–180
29. Schöbel J, Rester D, Them C, Seeberger B (2010) About the turning point in a nurse's life when giving up the profession. A qualitative-empirical study on the willingness to continue to work and on the conditions for continuing to work in the post-professional phase of life. Pflege Z 63:616–621
30. Steiger T, Lippmann E (Hrsg) (2008) Handbuch Angewandte Psychologie für Führungskräfte, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
31. Strack R, Baier J, Fahlander A (2008) Managing demographic risk. Harvard Business Rev 2:1–13
32. Swanson JA, Antonoff MB, D'Cunha J, Maddaus MA (2010) Personality profiling of the modern surgical trainee: insights into generation X. J Surg Educ 67:417–420
33. Tivig T, Frosch K, Kühntopf S (2008) Mapping regional demographic change and regional demographic location risk in Europe. Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels. Eigenverlag, Rostock
34. Schaffartzik W (2009) Wettbewerb zwischen Krankenhäusern – aus Sicht des ärztlichen Leiters. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 103:653–657
35. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiO) (2007) Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. Eigenverlag, Bonn
36. Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht (Hrsg) (2009) OP-Barometer 2009. Arbeitssituation und Arbeitsumfeld der Funktionspflege im OP-Bereich. Eigenverlag, Frankfurt a.M.

Deutscher Richterbund unterstützt Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Der Deutsche Richterbund unterstützt die Forderung der Deutschen PalliativStiftung, den Paragraf 13 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zu ändern und damit eine wesentliche Lücke in der ambulanten Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Patienten zu schließen. In einem Schreiben vom 7. Juni an die Deutsche PalliativStiftung, das Bundesjustizministerium und das Bundesgesundheitsministerium fordert das Präsidium des Richterbundes die „Entkriminalisierung der kurzzeitigen Abgabe von Opioiden durch Ärzte im Rahmen der palliativen Patientenversorgung zum nicht-unmittelbaren Gebrauch“.

„Denn nach geltendem Recht macht sich ein Arzt strafbar, wenn er ein mitgeführtes Medikament aus dem Arztkoffer nachts oder am Wochenende bei einem Patienten lässt, bis eine Apotheke es wieder liefern kann“, erklärt Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung. Daher hat der stellvertretende Vorsitzende der Stiftung, Dr. Eckhard Eichner, im Frühjahr eine Petition an den Deutschen Bundestag gerichtet, um eine gesetzliche Regelung zu erreichen, dass Ärzte sterbenden Patienten Schmerzmittel zur Überbrückung überlassen dürfen. Eichner sagt: „Wie kann es sein, dass ein Arzt nach geltendem Recht bis zu fünf Jahre Haft drohen, wenn er einem Patienten in einer Notlage die richtige Therapie zur Verfügung stellt?“

Es kommt Bewegung in die Debatte

Mit dem Schreiben von Stefan Caspari, Vorsitzender Richter des Landgerichts Magdeburg und Präsidiumsmitglied des Deutschen Richterbundes, kommt erneut Bewegung in die Debatte. In dem Brief, in dem die Richter in deutlichen Worten an den Gesetzgeber appellieren, für eine schnelle Behebung der „derzeit unbefriedigenden Rechtslage“ zu gewinnen, heißt es: „Dass Ärzte, die sich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet fühlen, in die Gefahr gebracht werden, gegen die Vorschriften des BtMG bzw. BtMVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung) zu verstoßen, erscheint stark verbesserungswürdig. Die Missbrauchsmöglichkeiten etwa

dadurch, dass Angehörige des Patienten die Betäubungsmittel konsumieren könnten, erscheinen theoretischer Natur und dürften wegen der kleinen Mengen an Betäubungsmitteln und der Ausnahmesituationen, die mit der Abgabe der Mittel überbrückt werden sollen, zu vernachlässigen sein.“

Caspari verweist dabei auf die bereits in § 5 Abs. 6 Satz 3 BtMVV gesetzlich geregelte Ausnahme bei der Medikamenten-Verschreibung für die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger. Denn danach darf der Arzt dem Patienten nach der Überlassung jeweils einer Dosis zum direkten Verbrauch die für einen Tag zusätzliche benötigte Menge des Mittels in abgeteilten Einzeldosen aushändigen und ihm die eigenverantwortliche Einnahme gestatten.

Die Richter schlagen zwei Lösungen vor: Zum einen wäre ihrer Ansicht nach eine Absatzergänzung des BtMG § 13 denkbar, wonach die zeitlich eingeschränkte Abgabe von Schmerzmitteln zur Überbrückung straffrei bleibt oder eine Anpassung an die Regeln zur Substitutionsbehandlung in der BtMVV.

Hintergrund

Im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) §13 ist festgelegt, dass nur Apotheker Schmerzmittel nach Verordnung des Arztes abgeben dürfen. Dieses Dispensierrecht stellt die deutschen Palliativmediziner vor ein schwerwiegendes Dilemma: Entweder der Arzt verstößt in Notfällen außerhalb der Apothekenöffnungszeiten gegen das BtMG und macht sich strafbar oder er macht sich strafbar wegen Körperverletzung.

Daher kommt es an Wochenenden oder in den Nachtstunden immer wieder zu Versorgungsproblemen, und viele Schwerstkranken müssen unnötige Schmerzen erdulden. Mindestens 10.000 Mal im Jahr gerät aus diesem Grund ein schwerstkranker oder sterbender Patient in die Situation, dass er entweder ins Krankenhaus überwiesen werden muss, um medikamentös versorgt werden zu können – oder sich sein Arzt bei angemessener ambulanter Versorgung strafbar macht.

Quelle:

Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender
Deutsche PalliativStiftung, Fulda