

Thomas Thurm

Immer mehr Krankenhäuser vergüten variabel

Ergebnisse und Trends der 12. Kienbaum-Studie zur Vergütung von Führungs- und Fachkräften in Krankenhäusern

Die Vergütung von Krankenhausärzten ist in den vergangenen Jahren zu einem besonders beachteten Thema geworden. Wesentliche Gründe dafür liegen in der schwierigen Arbeitsmarktsituation und dem immensen Effizienzdruck, dem die Krankenhäuser seit Jahren ausgesetzt sind. Auf der Ebene der Chefarzte konzentrieren sich die Klinikunternehmen vor allem auf eine Erhöhung der Anreiz- und Steuerungsintensität der Vergütung. Bei den Oberärzten finden sich immer mehr über-tarifliche Leistungspakete, in denen auch Zielvereinbarungsmodelle zunehmend eine Rolle spielen, um sich als attraktive Arbeitgeber zu positionieren. Dies zeigt die aktuelle Vergütungsstudie „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern“ der Managementberatung Kienbaum, an der 221 Krankenhäuser teilgenommen haben.



Fotos: iStockphoto/Forolia

Krankenhausunternehmen stehen im Wettbewerb unverändert vor immensen Herausforderungen. Dies schlägt sich zum einen in den Verschiebungen am Markt nieder und zum anderen ganz besonders in den internen Strukturen und Prozessen der Einrichtungen. Vergütungssysteme weisen dabei zwar häufig eine gewisse Resistenz auf und reagieren mit zeitlichen Verzögerungen auf äußere Einflüsse. Auf den Leitungsebenen der Krankenhäuser wird jedoch inzwischen zunehmend die Notwendigkeit für eine Optimierung der Anreiz- und Steuerungssysteme deutlich, was sich

auch auf die Vergütungsstrukturen leitender Ärzte deutlich auswirkt.

Die Unternehmensberatung Kienbaum verfolgt diese Entwicklungen seit vielen Jahren in ihrer Vergütungsstudie „Führungs- und Fachkräfte in Krankenhäusern“. Seit 1997 werden jährlich Fragebogenerhebungen in deutschen Krankenhäusern durchgeführt, was einen sehr fundierten empirischen Überblick über die Vergütungssituation der Branche verschafft. An der aktuellen Neuauflage beteiligten sich 221 Kliniken verschiedener Größenordnungen und Trägerschaften und stellten Vergütungsinformationen zu mehr als 2000

Positionen bereit, mit einem Schwerpunkt auf den medizinischen Funktionen. Neben Angaben zur Ausgestaltung der Vergütung (unter anderem Höhe und Zusammensetzung der Bezüge, Ausgestaltung der variablen Vergütung, betriebliche Altersversorgung, Dienstwagen) werden Strukturmerkmale des Unternehmens (unter anderem Größe, Budget, Trägerschaft) und individuelle Merkmale der Positionsinhaber (zum Beispiel Ausbildung, Dauer der Positionszugehörigkeit, Personalverantwortung, Alter) erhoben, um angesichts der zahlreichen Einflussfaktoren auf die Vergütung ein möglichst diffe-

renziertes Bild von der Vergütungspraxis zu erzeugen.

Chefärzte in exponierter Stellung

Chefärzte rangieren im Vergütungsgefüge der Klinikunternehmen typischerweise an oberster Stelle, deutlich vor den Verantwortlichen der obersten Managementebene. Oberärzte liegen in der Gesamtbetrachtung noch vor den meisten anderen Schlüsselakteuren des Unternehmens, wie etwa den Verwaltungs- und Pflegedirektoren und den Führungskräften der ersten Berichtsebene der Verwaltung (unter anderem Personalleiter). Abbildung 1 zeigt die durchschnittlichen Jahresgesamtbezüge im Überblick.

Diese Betrachtung verdeutlicht in sehr aggregierter Form die spezifischen Wertigkeiten der Positionen im Krankenhaus. Zur Ableitung einer einzelfallbezogenen Gestaltungsmaßgabe ist sie hingegen nicht geeignet, da in der Praxis die Vergütungen eine sehr hohe Bandbreite aufweisen und von einer Vielzahl von Faktoren abhängen.

Auch aus diesem Blickwinkel zeigt sich ein Spezifikum der Chefarztvergütung, denn die Marktbandbreite ist hier außerordentlich ausgeprägt. Abbildung 2 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Gehaltsklassen, die von unter 100 000 Euro bis zu über 750 000 Euro reichen.

Die hohe Varianz wird von einer Vielzahl an Einflussfaktoren bedingt. Dabei handelt es sich statistisch einerseits um strukturelle Merkmale des jeweiligen Krankenhauses und der verantworteten Abteilung sowie andererseits um persönliche Merkmale des Positionsinhabers:

■ Der deutlichste Einfluss geht von der Fachgebietsausrichtung des Chefarztes aus. An der Spitze liegt die Urologie mit einem marktüblichen Vergütungsrahmen (statistisch: die Spanne vom unteren bis zum oberen Quartil der Einzelwerte) von 200 000 bis 480 000 Euro

Durchschnittliche Jahresgesamtbezüge in Tausend Euro 2010

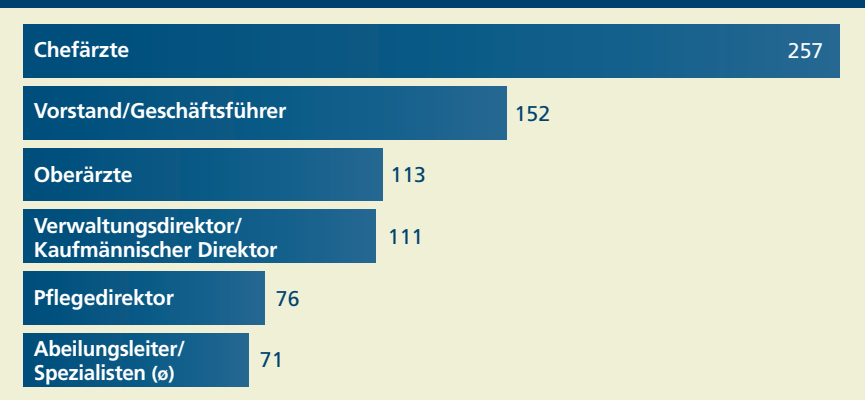


Abb. 1

(ähnliche Dimensionen erreichen auch Chefärzte der Radiologie und der Inneren Medizin). Am anderen Ende der Bandbreite findet sich die Geriatrie (90 000 bis 200 000 Euro). Zu erklären sind die beachtlichen Differenzen vor allem mit den sehr stark divergierenden Erlöspotenzialen insbesondere bei den Privatliquidationen sowie mit der jeweiligen Situation am ärztlichen Arbeitsmarkt.

■ Auch hinsichtlich der Größe eines Krankenhauses zeigen sich deutliche Unterschiede in der Chefarztvergütung. In Einrichtungen mit weniger als 250 Beschäftigten erstreckt sich die marktübliche Vergütung von 86 000 Euro bis 189 000 Euro (Durchschnitt: 159 000 Euro), in Häusern mit mehr als 2 000 Beschäftigten liegt diese Spanne bei 205 000 Euro bis 425 000 Euro (Durchschnitt: 257 000 Euro). Ähnliche Ergebnisse ergeben sich bei Analyse nach anderen gängigen Größenmaßstäben, wie etwa der Betten- oder Fallzahl oder dem Budget.

■ Ein deutlicher Unterschied zeigt sich bei dem Vergleich der Chefarztvergütung in den alten und den neuen Bundesländern: Die durchschnittliche Jahresgesamtvergütung beträgt in den alten Ländern 282 000 Euro, in den neuen Ländern etwa 40 Prozent weniger (172 000 Euro). Diese erhebliche Differenz liegt vor allem in der üblicherweise unterschiedlichen Vertragsgestaltung (in den neuen Bundesländern wird nur selten ein Pri-

vatliquidationsrecht eingeräumt) und dem im Osten deutlich niedrigeren Privatliquidationsvolumen begründet. In den vergangenen Jahren hat sich die „Lücke“ allerdings erkennbar verkleinert – im Jahr 2005 betrug der Abstand noch etwa 50 Prozent.

■ Auch persönliche Merkmale eines Chefarztes wirken sich auf die Vergütung aus, insbesondere das Alter. Chefärzte, die jünger als 45 Jahre sind, verdienen im Durchschnitt etwa 170 000 Euro bis 200 000 Euro, während Kollegen im Alter von 55 Jahren und darüber etwa 260 000 Euro bis 330 000 Euro erhalten. Neben der Tatsache, dass steigendes Lebensalter und damit zumeist zunehmende Berufserfahrung und Reputation typischerweise mit einer entsprechenden Gehaltsentwicklung verbunden sind, spielt auch die altersbedingt unterschiedliche Verbreitung verschiedener Vertragsmodelle eine maßgebliche Rolle.

Chefarztvergütung seit Jahren leicht rückläufig

Schon seit Jahren weist die Vergütung der Chefärzte einen rückläufigen Trend auf. In absoluten Werten gerechnet, das heißt ohne Berücksichtigung gleichzeitiger Kaufkraftverluste, ist die durchschnittliche Gesamtvergütung seit 2006 um etwa sechs Prozent gesunken. Dabei handelt es sich um eine positionsspezifische Entwicklung, denn das Vergütungsniveau der

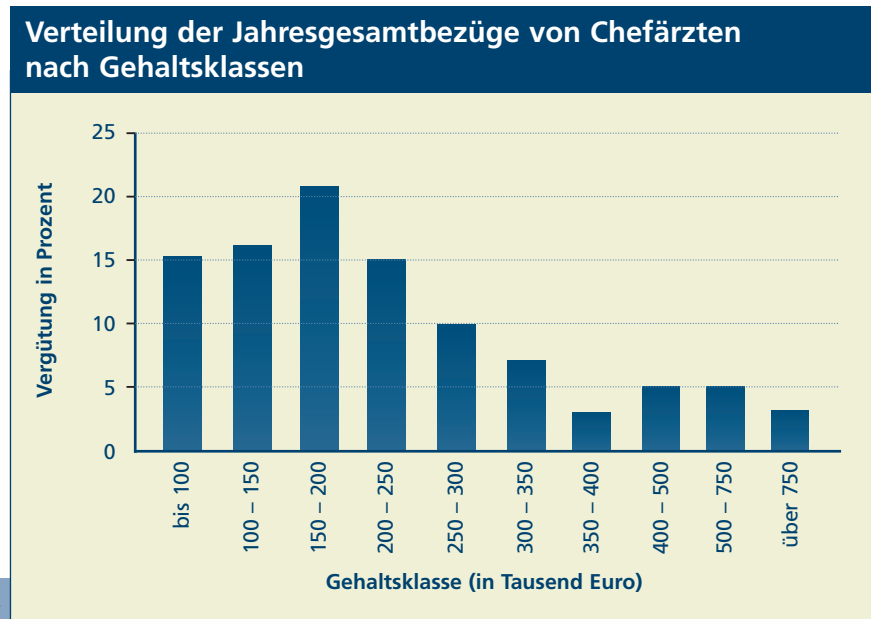


Abb. 2

Branche ist insgesamt eher gestiegen, insbesondere auch bei den (nachgeordneten) ärztlichen Funktionen. Ein wesentlicher Grund für die Entwicklung bei den Chefärzten ist die abnehmende Verbreitung „alter“ Vertragsmodelle, in denen das Privatliquidationsrecht den Chefärzten häufig sehr lukrative Verdienstmöglichkeiten bietet.

Bonusmodelle werden immer häufiger

Die Bedeutung der variablen Vergütung als wirksames Anreiz- und insbesondere auch Steuerungsinstrument nimmt kontinuierlich zu. In bloßen Zahlen betrachtet, könnte zwar der Eindruck einer abnehmenden Bedeutung der variablen Vergütung von Chefärzten entstehen, denn in den vergangenen fünf Jahren sind die Grundvergütungen um mehr als 20 Prozent angestiegen, während die variablen Bezügebestandteile in nahezu gleicher Größenordnung gesunken sind. Diese Betrachtung bildet die Realität aber nur unzureichend ab, denn es gibt parallel eine Entwicklung der zurückgehenden Bedeutung von Vergütungs- und Vertragsmodellen, die sich auf Privatliquidationserlöse konzentrieren. Seit dem Jahr 2006 ist die Verbreitung von Vergütungsmodellen, die allein auf der Einräumung des Liquidations-

rechts und einer Beteiligungsvergütung basieren, um rund 20 Prozent zurückgegangen. Immer häufiger finden sich stattdessen zielbasierte Bonusmodelle.

Einkünfte aus dem Liquidationsrecht werden im Allgemeinen zwar als variabel ausgewiesen, da ihre Höhe von der tatsächlichen Leistungserbringung des Chefarztes abhängt und somit nicht im Voraus bestimmt werden kann. Jedoch weist ein nicht unerheblicher Anteil der Liquidationseinnahmen zumeist einen eher fixgehaltsähnlichen Charakter auf, denn in der Regel kann ein „Erlössockel“ ohne besonders herausragende Leistungsanstrengungen erzielt werden (dies gilt entsprechend für eine Beteiligungsvergütung). Variable Bezüge in Form eines Zielbonus hingegen weisen, anspruchsvolle Zielsetzungen vorausgesetzt, einen gesamthaften stringenten Bezug zu den gezeigten Leistungen und erreichten Ergebnissen auf. Die insofern ausgeprägtere Risikohaltigkeit solcher „echt“ variablen Komponenten führt in der Praxis meist zu einer Verschiebung der Vergütungsstruktur in Richtung einer moderaten Erhöhung des fixen Anteils, die mit der deutlichen Erhöhung der „Variabilität“ der variablen Komponente einhergeht.

Bei anderen Schlüsselakteuren in Klinikunternehmen, insbesondere

re auf den oberen Führungsebenen und bei herausgehobenen Spezialisten, nimmt die Verbreitung variabler Vergütungskomponenten seit Jahren deutlich zu (zwischen zehn Prozent und 30 Prozent in den vergangenen fünf Jahren). Auch diese Entwicklung belegt, dass die Geschäftsführungen und Vorstände in den Einrichtungen die Potenziale des Instruments erkennen und sich zunehmend zunutze machen.

Zielbonusmodelle dienen zwar letztlich auch der Entgeltbemessung, sind aber vorrangig als ein Instrument der Unternehmenssteuerung anzusehen. Das Grundprinzip besteht darin, die übergeordneten (Gesamtunternehmens-) Ziele auf die einzelnen Organisationseinheiten und über die verschiedenen Führungsebenen hinweg so konsistent herunterzubrechen, dass die Erreichung der Einzelziele einen Beitrag zur Erreichung der Gesamtziele liefert. Die Verknüpfung von Zielerreichung und Vergütung fördert dabei die Verbindlichkeit und Stringenz, mit denen das Instrument praktiziert und Ziele verfolgt werden.

Da für den Erfolg eines Klinikunternehmens in erster Linie die effiziente Leistungserbringung der einzelnen medizinischen Einheiten maßgeblich ist, sind Zielvereinbarungen von Chefärzten von besonderer Relevanz. Ziele fokussieren dabei schwerpunktmäßig, aber keineswegs ausschließlich, auf ökonomische Aspekte, insbesondere das Erreichen vereinbarter Erlösvolumina und Fallzahlen, die Einhaltung von Kostenbudgets für Personal und medizinischen Sachbedarf oder auch aggregierte Kennzahlen wie etwa den Deckungsbeitrag. Häufig werden auch bestimmte Erlösbestandteile, insbesondere aus dem Segment der wahlärztlichen Leistungen und der ambulanten Selbstzahlerleistungen, gesondert fokussiert, um einen besonderen Anreiz auf dieses lukrative Leistungssegment zu lenken. Anders als in den klassischen Vergütungsmodellen mit Privatliqui-

dationsrecht und Beteiligungsvergütung, stehen entsprechende Zielsetzungen dann aber mit einer angemessenen Gewichtung neben anderen Zielsetzungen, sodass die Unternehmens- und Klinikinteressen ausgewogen berücksichtigt werden.

Nicht-finanzielle Ziele fokussieren häufig auf die strategische Weiterentwicklung der Kliniken (zum Beispiel Zentrenbildung, Einführung neuer Methoden), auf Prozesse, Qualität und Patientenorientierung sowie auf Personalthemen (unter anderem Führungsleistung, Weiterbildungsqualität, Teamentwicklung). Um nicht zu stark auf den eigenen Verantwortungsbereich zu fokussieren, sondern das Bewusstsein zugleich auf die Notwendigkeit des Gesamtklinikerfolgs zu lenken, finden sich zudem oft auch Gesamtunternehmensziele in den Chefarztzielvereinbarungen.

Angesichts der schwierigen Arbeitsmarktsituation ist die Vergütung von Ärzten in den vergangenen Jahren zu einem besonders beachteten Thema geworden. Während auf der Assistenzarztebene eine starke Prägung aufgrund tariflicher Regelungen zu verzeichnen ist, finden sich bei den Oberärzten

immer mehr auch übertarifliche Leistungspakete, mit denen die Kliniken in diesem umkämpften Segment Leistungsträger gewinnen, binden und motivieren sowie sich als attraktive Arbeitgeber positionieren möchten.

Zielvereinbarungen als Wettbewerbsvorteil

Lukrative Vergütungspakete sind zweifelsohne ein wichtiges Attraktivitätsattribut, genügen allein aber den Ansprüchen der Beschäftigten nicht. Vielmehr kommt es in besonderer Weise auch auf arbeitsorganisatorische Aspekte (unter anderem Vereinfachung von Arbeitsabläufen, bürokratische Entlastung, selbstständiges Arbeiten, Koordination durch Vorgesetzte, Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie zeitgemäße Führungsstrukturen (unter anderem Teamorientierung, offene Kommunikation auch über Leistungserwartungen, Feedbackkultur mit Anerkennung und Honorierung von Leistungen, Entwicklungsperspektiven) an. Mit einer intelligenten Gestaltung der Vergütungssysteme sind Krankenhäuser in der Lage, in vielen dieser

Themen zu punkten: Zielvereinbarungen geben Orientierung, indem sie das zu Erreichende definieren und auf dem Weg dorthin Freiräume gewähren und Eigenverantwortung fördern; sie lenken die Konzentration auf das Wesentliche, fördern die Kommunikation über Erwartungen und gezeigte Leistungen und ermöglichen es, Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen. Zielvereinbarungssysteme, die zwischen der obersten Managementebene und Chefarzten praktiziert werden, gewinnen zudem an Effizienz, wenn die Chefarzte ihrerseits über die Möglichkeit verfügen, Zielvereinbarungen mit ihrer nachgeordneten Ebene zu praktizieren. Klinikunternehmen breiten ihre Zielvereinbarungssysteme daher zunehmend auch auf die nachgeordneten Ebenen aus, um von einer optimalen Effektivität des Instruments auf dem Weg zum zukunfts- und wettbewerbsfähigen Krankenhaus zu profitieren.

Anschrift des Verfassers:

Diplom-Ökonom Thomas Thurm
Kienbaum Management Consultants GmbH
Ahlefelder Straße 47
51645 Gummersbach
E-Mail: thomas.thurm@kienbaum.de

Bücher



Das Rote Buch Hämatologie und internistische Onkologie.

Von Prof. Dr. Dietmar P. Berger, Prof. Dr. Rupert Engelhardt, Prof. Dr. Roland Mertelsmann (Hrsg.), 4. Auflage, Ecomed, Landsberg 2011, 1 262 S., ISBN 978-3-609-51214-3, 119,95 Euro.

Seit der ersten Auflage vor nunmehr zwölf Jahren hat sich das Buch zu einem Standardwerk entwickelt. Es wurde zu seiner neuen Auflage komplett überarbeitet, erweitert und dem aktuellen Wissens- und Erfahrungsstand angepasst. Es beruht weiterhin auf den Erfahrungen der onkologisch tätigen Bereiche des Universitätsklinikums Freiburg. Neben den Heraus-

gebern haben sich weitere 140 ärztliche Mitarbeiter an der Erarbeitung der Texte beteiligt. Das Werk gliedert sich in die Abschnitte Grundlagen, spezielle Diagnoseverfahren, medikamentöse Tumorthherapie, supportive Therapie, spezielle Therapieverfahren, Hämatologie, hämatologische Neoplasien, solide Tumoren, Notfälle, standardisierte Vorgehensweisen, Adressen und Chemotherapieprotokolle. In den knapp gefassten Texten ist eine riesige Fülle von Material verarbeitet, dessen Lektüre einschlägiges Interesse verlangt.

Das Buch kann jedem mit onkologischen Problemen befassten Arzt in Klinik und Praxis bestens empfohlen werden.

Prof. Dr. Karl Heinz Schriefers, Koblenz