



WHZ Westsächsische
Hochschule Zwickau
Hochschule für Mobilität

Masterthesis zur Erlangung des Grades Master of Science
im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Best-Practice-Ansatz zum Controlling der Personalkosten eines kommunalen Krankenhauses

Band 1

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. pol. René Schubert
Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Professor für Finanzierungs- und Nachhaltigkeitsmanagement
Westsächsische Hochschule Zwickau

Zweitprüfer : Prof. Dr. rer. medic. Tom Schaal
Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Professor für Management im Gesundheitswesen
Westsächsische Hochschule Zwickau

Verfasser: Lea Unger
Matrikelnummer: 39909
Seminargruppe: 212233

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund	2
2.1 Personalcontrolling	2
2.1.1 Historie des Personalcontrollings	2
2.1.2 Definition Personalcontrolling	2
2.1.3 Arten des Personalcontrollings.....	6
2.2 Personalkosten	8
2.2.1 Begriffsbestimmung	8
2.2.2 Ärztlicher Dienst.....	10
2.2.3 Nichtärztlicher Dienst.....	12
2.2.4 Personalkostencontrolling	13
2.3 Budgetierung	15
2.4 Personalplanung.....	17
2.4.1 Allgemeines	17
2.4.2 Personalbedarfsplanung.....	18
2.4.3 Personalkostenplanung	21
2.4.4 Personalplanungszyklus	22
2.5 Finanzierung und gesetzliche Grundlagen	24
2.5.1 Krankenhausfinanzierung bis zur Gesundheitsreform im Jahr 2000.....	24
2.5.2 Krankenhausfinanzierung ab der Gesundheitsreform im Jahr 2000	25
2.6 Aktueller Stand der Entwicklung	28
3 Ziel- und Fragestellung	31
4 Methodik.....	32
4.1 Vorstellung des Unternehmens.....	32
4.2 Semistrukturiertes Experteninterview	33
4.2.1 Begründung der Wahl des Erhebungsinstrumentes	33
4.2.2 Beschreibung des Erhebungsinstrumentes	34
4.2.3 Vorgehen zur Datenerhebung	35
4.2.4 Aufbereitung des Datenmaterials	37
4.2.5 Methode zur Datenauswertung	38
4.3 Gütekriterien qualitativer Forschung	39

4.4 Methodendiskussion.....	42
5 Ergebnisse.....	45
5.1 Vorstellung der befragten Krankenhäuser und deren Methoden der Personalkostenplanung und -hochrechnung	45
5.1.1 Krankenhaus 1.....	45
5.1.2 Krankenhaus 2.....	49
5.1.3 Krankenhaus 3.....	53
5.1.4 Krankenhaus 4.....	55
5.2 Ergebnisdiskussion.....	59
6 Best-Practice-Ansatz.....	66
6.1 Personalbedarfsermittlung	66
6.2 Personalkostenplanung.....	69
6.3 Personalkostenhochrechnung.....	71
7 Fazit und weiterer Forschungsbedarf	75
8 Zusammenfassung.....	76
Literaturverzeichnis	IV
Anlagenverzeichnis	A
Eidesstattliche Erklärung.....	X

Hinweis

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in der nachfolgenden Arbeit bei geschlechtsbezogenen Bezeichnungen die männliche Schreibweise verwendet. Alle maskulinen Personen- und Funktionsbezeichnungen in dieser Arbeit gelten gleichermaßen für jedes Geschlecht.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Personalcontrolling-Prozess	3
Abbildung 2 Ablauf Soll-Ist-Vergleich	5
Abbildung 3 Hierarchie Ärztlicher Dienst	11
Abbildung 4 Budgetierungsablauf	17
Abbildung 5 Prozess der Personalplanung	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Umgang mit Abweichungen im Soll-Ist-Vergleich	4
Tabelle 2 Unterscheidungskriterien Quantitatives und Qualitatives Personalcontrolling	8
Tabelle 3 Struktur der Personalkosten nach Dienstart.....	10
Tabelle 4 Einflussmöglichkeiten auf Personalkosten	13
Tabelle 5 Quartalsweiser Plan-Ist-Vergleich mit Abweichungsanalyse	23
Tabelle 6 Quartalsweise Budgeterstellung mit Plan-Ist-Vergleich und Hochrechnung	23
Tabelle 7 Budgeterstellung mit Plan-Ist-Vergleich, Hochrechnung und Vorscheurechnung..	24
Tabelle 8 Zeitplan zur Einführung der DRGs.....	26
Tabelle 9 Methodologische Aspekte des qualitativen Interviews	37
Tabelle 10 Hauptschritte der Datenauswertung	38

Abkürzungsverzeichnis

DGFP	<i>Deutsche Gesellschaft für Personalführung</i>
FPG	<i>Fallpauschalengesetz</i>
KHG	<i>Krankenhausfinanzierungsgesetz</i>
KHRG	<i>Krankenhausfinanzierungsreformgesetz</i>
SGB	<i>Sozialgesetzbuch</i>
VZÄ.....	<i>Vollzeitäquivalent</i>

1 Einleitung

In sozialen Einrichtungen stellt die Planung der Personalkosten eine Herausforderung dar und gilt als „entscheidende[] Steuerungsgröße für das Controlling“ (Baumüller, Klein, & Wilfinger, 2012, S. 32). Die Aufwendungen für das Personal in Unternehmen des Gesundheitssektors betragen meist zwischen 60 und 70 Prozent der Gesamtkosten, wobei 90 Prozent als fixe Kosten gelten (Hentze & Kehres, 2010, S. 65; Gerlach, 2022, S. 246).

„Mitarbeitende sind das Kostbarste Vermögen des Unternehmens, nicht die Bankkonten und auch nicht die Gebäude.“

(Franz Josef Stoffer, 1999)

Aufgrund der Notwendigkeit der personellen Ressource in Krankenhäusern ergibt sich die Wichtigkeit der effektiven Steuerung dieses Bestandes. Das Personal- und Personalkostencontrolling nimmt dabei eine Schlüsselfunktion ein, um eine optimale Mitarbeiterbesetzung und eine effiziente Kostenstruktur sicherzustellen (Breinlinger-O'Reilly & Krabbe, 1998, S. 142). Als Voraussetzung des Personalkostencontrollings gilt das Controlling des Personalbestandes und -bedarfs. Erst die Ermittlung der benötigten Vollzeitäquivalenten (VZÄ) ermöglicht eine gesamthafte Personalkostenplanung in Form einer Budgetierung. Im Anschluss daran erfolgt die Überwachung der Aufwendungen für das Personal durch den Personalcontroller. Dafür werden beispielsweise Plan-Ist-Vergleiche, Abweichungsanalysen und die Erstellung von Hoch- und Vorscheurechnungen verwendet. Dieses Vorgehen ermöglicht einen optimalen Personaleinsatz im Unternehmen (Prof. Dr. Seebacher, 2003-2004, Teil 19-21).

Die vorliegende Arbeit thematisiert zunächst die theoretisch erforderlichen Kenntnisse der Begriffe Personalcontrolling und Personalplanung. Daran schließen sich Erläuterungen zum Budgetierungs- und Personalplanungsverfahren an, bevor die Historie der Krankenhausfinanzierung dargestellt wird. Im dritten Teil der Arbeit wird die Relevanz des Themas aufgeführt. Dem hinzu kommt die Formulierung der Ziel- und Fragestellung des Masterprojektes. Danach erfolgt die Erläuterung des Erhebungsinstrumentes sowie die Beschreibung der Vorgehen zur Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung. Im direkten Anschluss werden die Einhaltung der qualitativen Gütekriterien sowie die methodische Verfahrensweise diskutiert. Die Darstellung der Forschungsergebnisse mit nachfolgender Diskussion sind die Bestandteile des fünften Teils der Arbeit. Der aus dem theoretischen Kontext und den Ergebnissen abgeleitete Best-Practice-Ansatz, wird in dem darauffolgenden Kapitel thematisiert. Abgeschlossen wird die Masterarbeit mit einem Fazit, einschließlich der Abbildung des weiteren Forschungsbedarfs, und einer Zusammenfassung zur verkürzten Darstellung des Gesamttextes.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Personalcontrolling

2.1.1 Historie des Personalcontrollings

Das Personalcontrolling, oder auch HR-Controlling, stellt eine bedeutende Abteilung des Personalmanagements dar (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 624). Der Ursprung liegt in den 1960er Jahren des amerikanischen Human Resource Accounting. Die Ermittlung des Humanvermögens aus dem Wert einer Investition galt als Grundgedanke des Personalcontrollings. Diese Idee konnte sich in der Unternehmenspraxis jedoch nicht durchsetzen. Darauf folgte eine Diskussion in der Wissenschaft und Praxis zum Thema Controlling, mit dem Ergebnis, im Fachgebiet Personal ein Controlling-Konzept einführen zu wollen. In Deutschland begann die Entwicklung in den 1980er Jahren durch Erich Potthoff und Karl Trescher, welche mit Hilfe von theoretischen Analysen die Funktionen Planung, Kontrolle und Abweichungsanalyse beschrieben haben. Rolf Wunderer und Martin Sailer identifizierten im Folgejahr drei Ebenen, auf denen das Controlling operiert:

- Kosten-Controlling,
- Effizienz- bzw. Wirtschaftlichkeits-Controlling und
- Effektivitäts- bzw. Rentabilitäts-Controlling (Wunderer & Jaritz, 2006, S. 13).

Weitere Erkenntnisse wurden 1989 durch Christof Schulte gewonnen. Dieser erkannte, dass das Personalcontrolling „durch eine ausgeprägte Kennzahlenorientierung“ (Wunderer & Jaritz, 2006, S. 13) definiert wird. Anhand fortführenden, theoretischen und empirischen Analysen charakterisierte André Papmehl 1990 das HR-Controlling erstmalig als strategisches Plan- und Steuerungsinstrument im Personalbereich. Nach weiteren Spezifizierungen in den folgenden Jahren, wurde 1998 das Personalcontrolling auch aus anderweitigen Perspektiven betrachtet. Dazu zählen beispielsweise verhaltenswissenschaftliche und organisationale sowie ökonomische und politische Sichtweisen (Wunderer & Jaritz, 2006, S. 13 zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 40 ff.).

2.1.2 Definition Personalcontrolling

Aus den vielseitigen Forschungsergebnissen in 2.1.1 Historie des Personalcontrolling wird deutlich, dass eine einheitliche Definition für den Begriff Personalcontrolling nicht existiert. Dieser Auffassung waren auch die Mitgliedsfirmen des Deutsche Gesellschaft für Personalführung (DGFP) e.V., die in dem Gemeinschaftsprojekt „Personalcontrolling in der Praxis“ verschiedene Definitionen erarbeiteten. Im Folgenden wird ein Auszug dargestellt:

- „Das Personalcontrolling der heutigen Zeit ist der Erfolgsfaktor der Human Resources.“
- „Personalcontrolling ist ein Instrument zur Unterstützung der Personalarbeit und für alles, was dem Personalbereich hilft, seinen optimalen Beitrag zum Unternehmenserfolg zu leisten.“
- „Personalcontrolling ist die Steuerung der Wertschöpfung.“ (Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V., 2001, S. 19 zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 44 f.)

Außerdem definierte der Wirtschaftswissenschaftler Jürgen Berthel 2004 das Personalcontrolling im Handbuch des Personalwesens als „die auf den Erfolg der Unternehmung ausgerichtete Planung, Kontrolle und Steuerung personalwirtschaftlicher Maßnahmen.“ (Gaugler, Oechsler, & Weber, 2004, S. 1441). Dabei ist die Verfolgung der strategischen und ökonomischen Orientierung von Bedeutung. Dies gilt für die Gesamtheit der Personalmanagementbereiche (Gaugler, Oechsler, & Weber, 2004, S. 1441 zitiert nach Schmeisser, Sobierajczyk, & Zinn, 2014, S. 19). Eine weitere Begriffsbestimmung legt dar, dass „Personalcontrolling [...] die systematische Verzahnung von Planung, Kontrolle, Analyse und Steuerung aller Aktivitäten im Personalbereich, und zwar unter Verwendung geeigneter Informationssysteme und Methoden, [ist]“ (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 625).

Die zwei zuletzt genannten Begriffsdefinitionen verdeutlichen, dass das Personalcontrolling einen Prozess darstellt, welcher ein Ziel anstrebt (ebd.). Zu diesen Bestrebungen zählen zum Beispiel die Optimierung der Struktur- und Entwicklungsübersicht der Personalkosten sowie deren Senkung, die Reduzierung der Personalfuktuation und die Verbesserung der Basis für personalwirtschaftliche Entscheidungen (Berthel, 2000, S. 449). Anhand unterschiedlicher Methoden wird regelmäßig geprüft, ob die ursprünglich geplante Absicht noch verfolgt wird (Abbildung 1) (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 625).

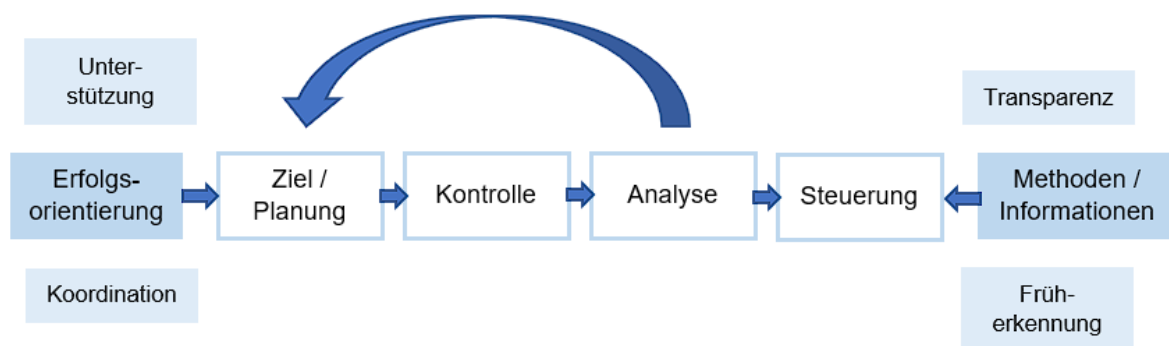


Abbildung 1 Personalcontrolling-Prozess (in Anlehnung an Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 626)

Der Personalcontroller agiert dabei als „Steuermann im Personalbereich“ (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 625) und hat einen Einblick in alle Teilbereiche sowie auf die Ausrichtungen des Personalmanagements (Zdrowomyslaw, 2007, S. 47). Dabei kommen folgende Leitlinien zum Einsatz:

„Nur das, was man messen kann, kann man auch managen.“

„Nicht alles, was zählbar ist, zählt – nicht alles, was zählt, ist auch zählbar.“

(Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 625)

In Gesundheitsbetrieben stellt der Personalcontroller einen speziellen Teil des allgemeinen Controllings dar, welcher unter anderem personalwirtschaftliche Entscheidungen vorbereitet und kontrolliert sowie den Informationsfluss der Personalabteilung steuert und koordiniert (Frodl, 2012, S. 100, Breinlinger-O'Reilly & Krabbe, 1998, S. 142). Zur Erfüllung der Aufgaben ist die Bearbeitung einer Vielzahl von Teilaufgaben notwendig. Dazu gehört beispielsweise das Controlling der Personalbeschaffung, des Personalbestandes und -einsatzes, aber auch der Fehlzeiten und Kosten der Mitarbeiter (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 627). Folglich stellt das Personalcontrolling ein System dar, welches die Aufgaben der Personalabteilung stetig in den Aspekten Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Flexibilität optimiert. Im Zuge dessen, können die Interessen der Mitarbeiter weiterentwickelt und optimal eingesetzt werden (Breinlinger-O'Reilly & Krabbe, 1998, S. 142). Zur Datengenerierung und Aufgabenerfüllung werden verschiedene Methoden und Instrumente angewendet. Hierzu zählen zum Beispiel Kennzahlen, das frühzeitige Feststellen von Entwicklungstendenzen sowie die Entwicklung, Planung, Durchführung und Kontrolle von Personalstrategien (Frodl, 2012, S. 100, Breinlinger-O'Reilly & Krabbe, 1998, S. 155). Als wichtigstes Steuerungs- und Kontrollinstrument im Personalcontrolling gilt der Soll-Ist-Vergleich (Zdrowomyslaw, 2007, S. 196). Mit dieser Methode werden festgelegte Ziele von Abteilungen oder Bereichen, wie beispielsweise Budgets oder Pläne, kontrolliert. Dies erfolgt anhand der Nominal-, Rang-, Intervall- und/oder Kardinalskala (Breinlinger-O'Reilly & Krabbe, 1998, S. 166 f.). Führt der Vergleich zum Erkennen von Differenzen, werden Maßnahmen veranlasst (Tabelle 1).

Tabelle 1 Umgang mit Abweichungen im Soll-Ist-Vergleich

Kleinere Abweichungen	Gegensteuerung durch die Personalabteilung
Mittlere Abweichungen	Gegensteuerung durch das Personalcontrolling
Große Abweichungen	Einbezug der Geschäftsführung

(Prof. Dr. Zdrowomyslaw, 2007, S. 207 f.)

In der Nachbetrachtung ist eine Abweichungs- und Ursachenanalyse unabdingbar. Zusätzlich können Vergleichsgrößen einbezogen werden (Abbildung 2) (Zdrowomyslaw, 2007, S. 197).

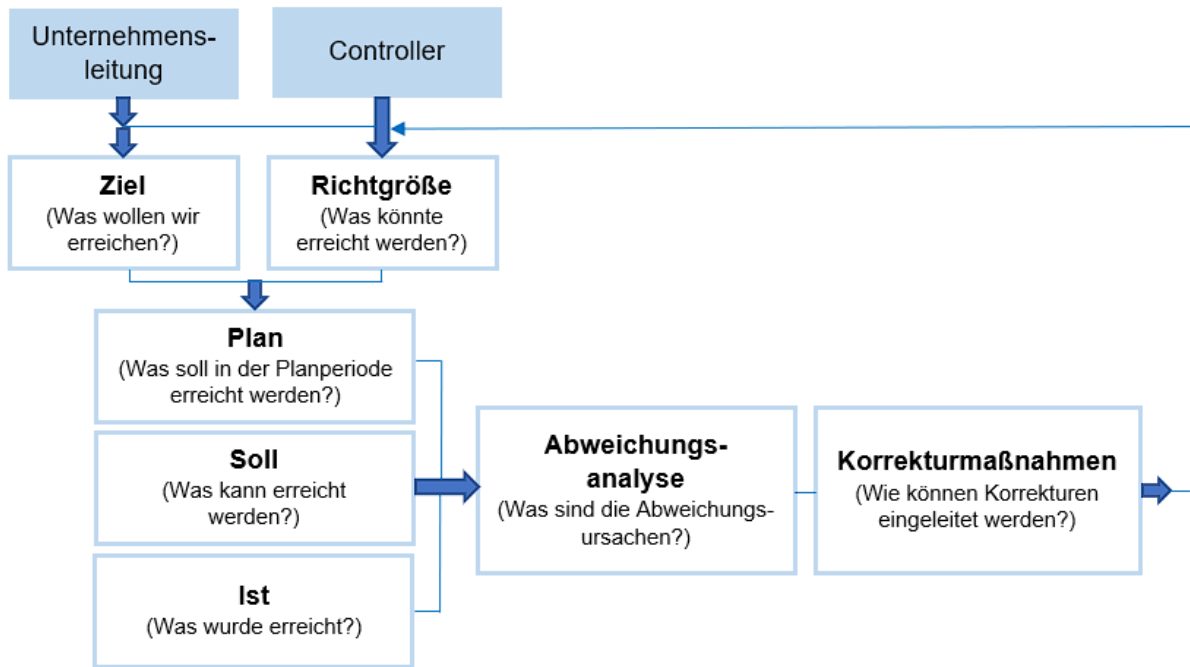


Abbildung 2 Ablauf Soll-Ist-Vergleich (in Anlehnung an Preißler, 1998, S. 96)

Die Bearbeitung des Aufgabenspektrums benötigt eine Vielzahl an Kompetenzen seitens des Personalcontrollers. Analyse- und Organisationsfähigkeiten sowie die Offenheit für neue Technik und Innovationsbereitschaft stellen einen wichtigen Teil der Methodenkompetenz dar. Des Weiteren ist Fachkompetenz, in Form eines ausgeprägten personalwirtschaftlichen Wissens, gefordert. Ein Personalcontroller sollte außerdem Sozial- und Persönlichkeitskompetenzen aufweisen. Diese Kompetenzart findet besonders in der Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie Überzeugungskraft Anwendung, aber auch im kritischen und unternehmerischen Denken (Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V., 2001, S. 40 f.).

Das Personalcontrolling erfordert eine stetige Bewertung der Personalaktivitäten und des Mitarbeiterverhaltens. Aufgrund dessen wird das Controlling oftmals mit der Überwachung des Unternehmens assoziiert und obliegt folglich Vorurteilen und geringer Akzeptanz seitens der Beschäftigten (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 624 f., 628). Die Funktion des HR-Controllings gewinnt dennoch stetig an Bedeutung. Als mögliche Ursachen sind beispielsweise zunehmende Einflussgrößen auf den Personalbereich und die Vielzahl an Entscheidungsalternativen zu nennen. Dadurch sind die Handlungskonsequenzen schwer vorhersehbar. Weitere Gründe stellen hohe Personalkosten, die das Betriebsergebnis belasten, und der Wunsch nach mehr Transparenz in den Unternehmen dar. Demnach übernimmt der Personalcontroller die wirtschaftliche Steuerung der Personalabteilung im Betrieb (Schulte, 2002, S. 1 f. zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 58 f.).

2.1.3 Arten des Personalcontrollings

Das Personalcontrolling kann in verschiedenen Formen ausgeführt werden. Die erste Variante stellt das faktororientierte und prozessorientierte Personalcontrolling dar, welches in deutschen Betrieben explizit oder implizit angewendet wird. Der Schwerpunkt des faktororientierten HR-Controllings ist die Optimierung des Personaleinsatzes. Mit der überwiegend quantitativ ausgerichteten Vorgehensweise werden Entscheidungsträger und Abteilungen mit Daten versorgt. Zusätzlich gehören zu den quantitativen Aspekten die Controllingbestandteile Planung, Steuerung und Kontrolle. Der Fokus des prozessorientierten Controllings besteht in der Verbesserung der betrieblichen Personalarbeit. Das eher qualitativ ausgerichtete Vorgehen berücksichtigt dabei besonders die Bedürfnisse der Beschäftigten und Führungskräfte sowie die der externen Organisationen. Hinzu kommt die stetige Optimierung von unternehmensinternen Prozessen, um eine bestimmte Wirkung, wie beispielsweise die Schaffung von Transparenz bezüglich Kosten und Leistungen im Personalbereich, zu schaffen (Zdrowomyslaw, 2007, S. 50 f.).

Die zweite Unterscheidung erfolgt zwischen dem operative und strategische Personalcontrolling, die sich in der Praxis wechselseitig ergänzen (ebd. S. 51). Das operative Personalcontrolling ist in den Unternehmen weiterverbreitet (Wunderer & Jaritz, 2006, S. 18 f. zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 51 f.). Im quantitativen Bereich stehen die Kosten- und Wirtschaftlichkeitsgrößen im Fokus, die beispielsweise mit Soll-Ist-Vergleichen identifiziert werden. Im Gegensatz dazu steht im qualitativen Bereich die Wirksamkeit von Prozessen oder dem Führungs- und Personalverhalten im Vordergrund (Jung, 2006, S. 947 f. zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 52). Zu den Aufgaben des operativen Personalcontrollers gehören weiterführend:

- Ausarbeitungen von Planungsgrundlagen aus internen und externen Bedingungen,
- die Prüfung der Übereinstimmung von operativen und strategischen Personalplänen und -zielen,
- das Durchführen von Soll-Ist-Vergleichen und damit verbundenen Abweichungs-, Ursachen- und Auswirkungsanalysen,
- die Aufklärung des Personalmanagements bezüglich Planeinhaltung und Zielerreichung sowie
- die Entwicklung von Personalkennzahlen (Eschenbach & Siller, 2011, S. 244 f. zitiert nach Stierle, Glasmachers, & Siller, 2017, S. 335 f.).

Insgesamt agiert das operative Personalcontrolling vorrangig gegenwartsbezogen und dient als Grundlage für strategische Überlegungen (Zdrowomyslaw, 2007, S. 52). Dabei wird die Leitlinie „Die Dinge richtig tun“ verfolgt (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 626). Die Ausrichtung

des strategischen Personalcontrollings liegt in der Zukunft, wobei die langfristige Unternehmensentwicklung und Sicherung der Betriebsexistenz im Fokus stehen. Erst in den vergangenen Jahren wurde die Art des Personalcontrollings intensiv in die Unternehmenspraxis implementiert. Gründe dafür sind der internationale und nationale Wettbewerb sowie die Entwicklung zu anpassungs- und zukunftsfähigen Betrieben, durch beispielsweise Strukturveränderungen. Zu den Aufgabenfeldern des strategischen HR-Controllings gehören unter anderem die fortwährende Personalplanung, die Evaluation von Zielen und Programmen bezüglich der Personalstrategie und die „Integration der personellen Dimensionen in die Unternehmensstrategie“ (Wunderer & Jaritz, 2006, S. 18) (ebd. zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 52). Fortführende Aufgaben des strategischen Personalcontrollers sind:

- Analysen von Stärken und Schwächen der Mitarbeiterpotenziale sowie deren Chancen und Risiken für den Betrieb,
- die Unterstützung bei der Erarbeitung von strategischen Personalzielen,
- das Formalisieren von methodischen Soll-Ist- und Soll-Wird-Vergleichen sowie die Ableitung von Regelungs- und Steuerungsmaßnahmen und
- der Aufbau eines Systems zur Früherkennung von unternehmensinternen Signalen und deren Weiterleitung (Eschenbach & Siller, 2011, S. 171 zitiert nach Stierle, Glasmachers, & Siller, 2017, S. 331).

Der Leitsatz „Die richtigen Dinge tun“ (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 627) wird im strategischen Personalcontrolling angewendet (ebd.).

Die Differenzierung in quantitatives und qualitatives Personalcontrolling stellt die dritte Unterscheidung dar. In Folge der wachsenden Bedeutung des strategischen HR-Controllings hat auch der Stellenwert des qualitativen Personalcontrolling zugenommen (Bisani, 1997, S. 361 ff. zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 53). In diesem Bereich müssen qualitative Daten erfasst, aufbereitet und bereitgestellt werden. Demnach erfolgt der Einsatz von direkt messbaren Faktoren. Das quantitative Personalcontrolling erhebt und verarbeitet dem gegenüber quantitative Daten und leitet daraus Steuerungsmaßnahmen ab, wobei die Informationen nicht direkt messbar sind (Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V., 2001, S. 22 zitiert nach Zdrowomyslaw, 2007, S. 54). Weitere Unterscheidungskriterien können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2 Unterscheidungskriterien Quantitatives und Qualitatives Personalcontrolling

Quantitatives Personalcontrolling	Qualitatives Personalcontrolling
Kurzfristige Gewinnmaximierung	Langfristige Existenzsicherung
Quantitatives Wachstum	Qualitatives Wachstum
Kennzahlen-Controlling	Leitbild-Controlling
Gewinnsteuerung	Potenzialsteuerung
Tendenziell operativ	Tendenziell strategisch

(in Anlehnung an Wunderer & Jaritz, 2006, S. 17)

2.2 Personalkosten

2.2.1 Begriffsbestimmung

Als Kosten wird „der bewertete sachzielbezogene Güterverbrauch einer Abrechnungsperiode“ (Schweitzer & Küpper, 2011, S. 17) definiert. Diese obliegen den Eigenschaften des zahlenmäßigen Verbrauchs von Gütern, der Sachzielbezogenheit des Gütereinsatzes und der Bewertung dessen, wobei in einen wertmäßigen und einen pagatorischen Kostenbegriff unterschieden wird (ebd.). Die Bestimmung des Kostenwertes ist das Ziel des wertmäßigen Kostenbegriffs. Als Basis dafür dient die Steuerung der Wirtschaftsgüter in deren idealen Verwendungsformen. Daraus resultiert der zunehmende Fokus auf die „Gewichtung des sachzielbezogenen Güterverbrauchs“ (Schweitzer & Küpper, 2011 zitiert nach Zapp, Dues, Kempenich, & Oswald, 2017, S. 131). Die Werte, welche der Güterverbrauch beispielhaft annehmen kann, sind Tages- oder Verrechnungswerte (Zapp, Dues, Kempenich, & Oswald, 2017, S. 31). Den Ausgangspunkt des pagatorischen Kostenbegriffs stellen die anfänglichen Anschaffungskosten dar. Zusätzlich werden Ausgaben berücksichtigt (Wöhe & Döring, 2013 zitiert nach Zapp, Dues, Kempenich, & Oswald, 2017, S. 130).

Personalkosten sind ein bedeutender Teil des HR-Controllings und werden zur strategischen Positionierung eines Betriebes angewendet (Gerlach, 2022, S. 241). Dabei kommen folgende Fragestellungen zum Einsatz:

- „Wie hoch ist der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten des Unternehmens?“
- „Welche Personalkosten sind für die Existenz und Leistungserstellung des Unternehmens notwendig?“
- „Welche Personalkosten werden in der laufenden Planungsperiode entstehen?“ (ebd.).

Hentze, Kehres, & Maier, 2022, definieren Personalkosten als „Kosten, die durch den Personaleinsatz mittelbar oder unmittelbar entstehen“ (Hentze, Kehres, & Maier, 2022, S. 55).

Erweitert werden kann die Definition damit, dass „Personalkosten [...] für den Einsatz und Verbrauch menschlicher Arbeitsleistung [entstehen]“ (Reim, 2019, S. 45). Die Grundlage dafür bildet ein bestehender Arbeitsvertrag zwischen dem Unternehmen und dem Arbeitnehmer (ebd.). Die Kennzahlen, die in Bezug auf Personalkosten angewendet werden, sind beispielsweise die Personalkosten pro Mitarbeiter oder Stunde, die Nachwuchskosten sowie die Personalkostenquote oder -entwicklung (Gerlach, 2022, S. 246).

Die Systematisierung der Personalkosten für den Personalaufwand erfolgt nach Kontengruppen. Die erste Kontengruppe ist das Arbeitsentgelt, das in Löhne und Gehälter unterschieden wird. Für Mitarbeiter, „deren Arbeitsleistungen in den ausführenden Tätigkeiten bestehen“ (Reim, 2019, S. 45), existiert ein Anspruch auf Lohn. Zusammengesetzt wird dieser aus einem monatlich konstanten und garantierten Grundentgelt sowie Zusatzentgelten aus beispielsweise Nacht- oder Sonn- und Feiertagsarbeit. Gehälter hingegen sind Arbeitsentgelte für Angestellte, deren Arbeitsleistungen zum Beispiel in planenden und verwaltenden Tätigkeiten bestehen. Die Auszahlung erfolgt monatlich in konstanter Höhe und wird nach den im Mittel geleisteten Arbeitsstunden pro Jahr bemessen (ebd., S. 45 f.). Eine weitere Kontengruppe stellen die Personalnebenkosten dar, die gesetzlich, tariflich und freiwillig aufkommen. Ein Bestandteil der gesetzlichen Personalzusatzkosten sind die Sozialversicherungsbeiträge für Renten-, Kranken-, Arbeitslosen-, Pflege- und Unfallversicherung. Kosten für die betriebliche Altersvorsorge bestehen hinsichtlich der tariflichen Personalnebenkosten und Sondervergütungen, wie beispielsweise vermögenswirksame Leistungen, bezüglich freiwilliger Personalnebenkosten. Des Weiteren können in Unternehmen sonstige Personalkosten anfallen. Eine Unterscheidung erfolgt in regelmäßige Kosten, wie Fahrtkostenzuschüsse pro Monat, und einzelfallspezifische Kosten, die während des Prozesses der MitarbeiterEinstellung anfallen (ebd., S. 46 f.).

In den genannten Kontengruppen erfolgt eine zusätzliche Untergliederung nach Dienstarten (Hentze & Kehres, 2010, S. 103). Die Strukturierung der Dienstarten in Krankenhäusern sowie deren prozentualer Anteil an den Personalkosten ist in Tabelle 3 für das Jahr 2019 dargestellt.

Tabelle 3 Struktur der Personalkosten nach Dienstart

Dienstart	Personalkosten in %	Dienstart	Personalkosten in %
Ärztlicher Dienst	32,0	Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2,3
Pflegedienst	30,9	Technischer Dienst	1,4
Medizinisch- Technischer Dienst	13,7	Verwaltungsdienst	6,2
Funktionsdienst	10,0	Sonderdienste	0,5
Klinisches Hauspersonal	0,5	Sonstige Dienste	1,1

(Statistisches Bundesamt (Destatis) a), 2021)

Zu den in der Tabelle 3 aufgeführten prozentualen Angaben kommen 1,4 Prozent für nicht zurechenbare Personalkosten hinzu (Statistisches Bundesamt (Destatis) a), 2021). Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten eines Krankenhauses in Deutschland beträgt insgesamt 60 bis 70 Prozent (Hentze & Kehres, 2010, S. 65).

Die Erfassung sowie Analyse der Personalkosten erfolgt in einem Gliederungsschema nach der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) und kann an die Unternehmensbedürfnisse angepasst werden (Hentze & Kehres, 2010, S. 102; Zdrowomyslaw, 2007, S. 195). In Krankenhäusern empfiehlt sich eine weiterführende Differenzierung in den Dienstarten, um die Nachvollziehbarkeit für Kontrollen seitens der Wirtschaftsprüfung und die Steuerung des Unternehmens zu optimieren. Diese Empfehlung besteht beispielhaft aufgrund der nicht vorhandenen Auswirkung von Bereitschaftsdiensten auf die Ist-Besetzung und der dennoch steigenden Kosten auf Dienstartenebene, durch die Vergütung von Bereitschaftsdiensten in Entgelte (Hentze, Kehres, & Maier, 2022, S. 57 f.).

2.2.2 Ärztlicher Dienst

Der ärztliche Dienst in einer Klinik ist hierarchisch aufgebaut und gilt als allgemeingültig (Abbildung 3). Dennoch kann die Struktur individuell angepasst werden. Die Klassifikation und Vergütung sind dabei von der Qualifikation des Arbeitnehmers abhängig. Des Weiteren sind die Löhne und Gehälter an die Tarifverträge, denen das Krankenhaus zugehört, gebunden. Die Steigerung des Entgeltes erfolgt in einem Stufensystem, in Abhängigkeit von der Berufserfahrung oder Betriebszugehörigkeit (Engelhardt, 2021).

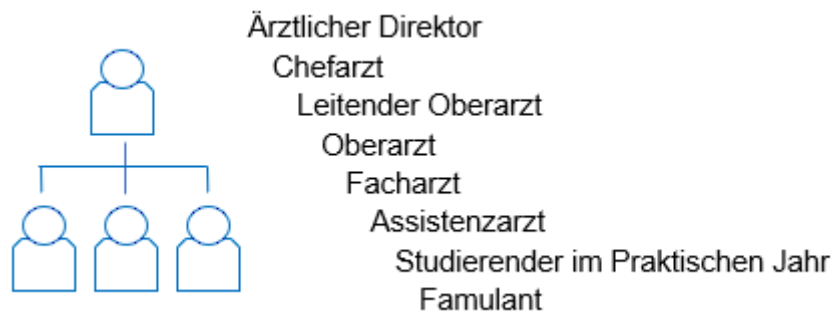


Abbildung 3 Hierarchie Ärztlicher Dienst (in Anlehnung an Engelhardt, 2021)

Die Gliederung eines Krankenhauses erfolgt in Kliniken und Abteilungen wie beispielsweise Innere Medizin, Unfallchirurgie oder Gynäkologie und Geburtshilfe. Dem Ärztlichen Direktor obliegt die Leitung des Klinikums, in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, und wird mit jährlich 147.000€ vergütet (Thurm, Koll, & Kienbaum Consulting International GmbH, 2020, S. 3). Unterstellt sind dieser Position die Chefärzte, die als leitende Funktion einer Klinik agieren. Als Voraussetzung für diese Tätigkeit gilt der Titel als Facharzt. Zu den Aufgaben eines Chefarztes gehören besonders das Tragen von Verantwortung und Verwaltungsarbeiten. Das Gehalt unterliegt keinem Tarif und ist fachgebietsabhängig. Der Durchschnitt beträgt 300.000€ pro Jahr. In den Kliniken sind zusätzlich Oberärzte beschäftigt, um die Abteilungen oder Fachbereiche zu leiten. Das Aufgabenspektrum ist vielseitig und schließt die Durchführung von Visiten, die Anleitung der Fach- und Assistenzärzte sowie die Übernahme schwieriger Behandlungen und Operationen ein. Der Verdienst dafür umfasst jährlich rund 100.000€. Als leitender Oberarzt wird der Chefarzt dauerhaft vertreten und mit mehr als 120.000€ pro Jahr vergütet. Um eine derartig leitende Tätigkeit ausführen zu dürfen, bedarf es einem Facharztstitel. Dieser wird in einem Fachgebiet erworben und ermöglicht die Durchführung von medizinischen Aufgaben. Das Gehalt beträgt bis zu 90.000€ im Jahr. Assistenzärzte, oder auch Ärzte in Weiterbildung genannt, benötigen für die Tätigkeit in einem Krankenhaus ein abgeschlossenes Medizinstudium sowie eine erteilte Approbation. Nach der Wahl eines Fachgebiets folgt die fünf- bis sechsjährige Facharztausbildung in der gewählten Klinik und umfasst Aufgaben wie zum Beispiel die Diagnosefeststellung und Therapie von Patienten. In dieser Zeit liegt der Verdienst zwischen 55.000€ und 70.000€ jährlich. Das Praktische Jahr ermöglicht den Studenten Erfahrungen in der Praxis zu sammeln und die Fachgebiete eines Klinikums besser kennenzulernen. Die maximale Vergütung dafür beträgt 597€ pro Monat. Im Rahmen des Medizinstudiums wird außerdem ein Krankenpflegepraktikum über drei Monate

sowie eine viermonatige Famulatur¹ gefordert, die meist ohne Bezahlung bleiben (Engelhardt, 2021).

2.2.3 Nichtärztlicher Dienst

Die hierarchische Anordnung ist auch im Pflegedienst eines Krankenhaus zu verzeichnen. Als Vorgesetzter der Pflegekräfte gilt die Pflegedienstleitung, die verwaltende und organisatorische Aufgaben bearbeitet. Dazu gehören neben der Personal- und Dienstplanung auch die Überprüfung von Qualitätsstandards. Eine enge Zusammenarbeit mit den Bereichs- und Stationsleitern, den Ärzten und der Geschäftsführung sind ein weiterer Bestandteil des Tätigkeitsspektrums als Pflegedienstleitung (MEDWING GmbH, 2021). Das durchschnittliche Jahresgehalt liegt bei 49.800€ (The Stepstone Group GmbH a), 2023). Die Bereichs- und Stationsleitungen sind dem untergeordnet und verantworten den Pflegebereich einer gesamten Abteilung oder einer Station (MEDWING GmbH, 2021). Das personal- und betriebswirtschaftliche Management sowie die Pflegepraxis werden in dieser Position kombiniert. Zu den Aufgabenfeldern gehören sowohl die Teilnahme an Bewerbungsgesprächen als auch Pflegevisiten und -dokumentationen (Bundesagentur für Arbeit, 2023 zitiert nach Deutsches Pflegeportl DPP GmbH, 2023). Das Mediangehalt für die Tätigkeit beträgt 49.300€ pro Jahr (The Stepstone Group GmbH b), 2023). Die Voraussetzung für die genannten Führungspositionen ist eine dreijährige Ausbildung zum Pflegefachmann. In Kliniken sind dem der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpfleger sowie der Altenpfleger gleichzusetzen, da dies die Berufsbezeichnungen vor der Generalisierung der Pflegeausbildung im Jahr 2020 sind. Das Aufgabenspektrum einer Pflegefachkraft ist vielseitig und enthält beispielsweise die Versorgung von Wunden, Ausgabe der Medikamente, das Legen von Infusionen, aber auch die Unterstützung der Ärzte (MEDWING GmbH, 2021; Maier, 2020). Während der Ausbildung steigt die Vergütung und beträgt nach dem Tarifvertrag für Auszubildende des öffentlichen Dienstes Besonderer Teil Pflege monatlich 1.190,69€ im ersten, 1.252,07€ im zweiten und 1.353,38€ im dritten Ausbildungsjahr (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, o.J.). Als examinierte Pflegefachkraft wird ein durchschnittliches Jahresgehalt von 39.700€ erwartet (The Stepstone Group GmbH c), 2023). Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie, Onkologie oder Anästhesie und Intensivpflege (MEDWING GmbH, 2021). Damit steigt das jährliche Gehalt auf durchschnittlich 42.400€ bis 44.200€ (The Stepstone Group GmbH d) e) f) g), 2023). Dem Pflegefachmann ist der Krankenpflegehelfer

¹ „Die Famulatur ist ein in Deutschland durch die Approbationsordnung für Ärzte vorgeschriebenes Praktikum von viermonatiger Dauer, das den Medizinstudierenden eine Übung für die im Studium erlernten praktischen Fähigkeiten verschaffen soll. Die Famulatur muss vollständig während der vorlesungsfreien Zeit abgeleistet werden und wird prinzipiell nicht finanziell entlohnt.“ (Julius-Maximilians-Universität Würzburg, 2023)

untergeordnet. Zu den Aufgaben, nach der zweijährigen Ausbildung, gehören beispielweise die Unterstützung der Patienten bei der Hygiene und Nahrungsaufnahme, Dokumentationen sowie das Überwachen von Blutdruck und Puls. Die medizinische Versorgung des Patienten darf demnach nicht von einem Krankenpflegehelfer getätigt werden (MEDWING GmbH, 2021; Maier, 2020). Das durchschnittliche Jahresgehalt für diese Berufsgruppe liegt bei 34.500€ (The Stepstone Group GmbH, 2023).

Wie in Tabelle 3 aufgeführt, gibt es noch weitere Dienstarten in einem Krankenhaus, auf die in Anbetracht des begrenzten Umfangs der Arbeit nicht weiter eingegangen wird.

2.2.4 Personalkostencontrolling

Das Personalkostencontrolling ist ein bedeutender Bestandteil des HR-Controllings. Die Durchführung erfolgt auf operativer, taktischer sowie strategischer Ebene. Der Schwerpunkt auf zuletzt genannter Ebene liegt in der Personalkostenstrukturierung, die sich aus der strategischen Ausrichtung des Unternehmens ableiten lässt. Die Bestimmung passiert in drei Dimensionen. Zuerst erfolgt die Betrachtung der geleisteten Arbeitsmengen, die unter Einfluss von Arbeitszeitmodellen und Personalstrukturen stehen. Eine Steuerung der Komponente auf gesetzlicher und struktureller Ebene ist möglich. Simultan werden Kosten für Leistungserbringungen und Zusatzaufwendungen bewertet, deren Lenkung schwer umsetzbar ist (Tabelle 4) (Scholz, 2014, S. 802 f.).

Tabelle 4 Einflussmöglichkeiten auf Personalkosten

	Einflussmöglichkeiten		
	Niedrig	Mittel	Hoch
Preis	Lohnsätze Altersversorgung Beitragsbemessungsgrenzen der Sozialversicherung	Zulagen (Schichten, Sonn- und Feiertage) Zusatzleistungen	Prämien
Menge	Arbeitstage Personalbedingte Ereignisse wie Krankheit Zusatzleistungen	Alter und Geschlecht Arbeits-, Schicht- oder Kurzarbeit Personaleinsatz Belegschaftsstruktur	Mehrarbeit

(in Anlehnung an Scholz, 2014, S. 804)

Die Einordnung der Personalkosten in interne oder externe Kosten findet nachfolgend statt (ebd. S. 803). Abgeschlossen wird die Strukturierung mit einer Differenzierung in Kosten-

gruppen. Als Grundlage dafür dienen der aktuelle Mitarbeiterbestand, das Veränderungsmanagement und weitere Einflussfaktoren, die das Personal eines Betriebes betreffen. Dem Personalcontroller obliegt demnach beispielsweise die Aufgabe, die Einhaltung der Kostenstruktur in Bezug auf die definierten Strukturkennzeichen zu kontrollieren (Scholz, 2014, S. 806). Insgesamt verfolgt das strategische Personalkostencontrolling das Ziel einer optimalen Kosten-Nutzen-Relation (Stierle, Glasmachers, & Siller, 2017, S. 333). Die Personalkostenbudgetierung ist Hauptbestandteil auf taktischer Ebene und agiert als Bindeglied zwischen operativen und strategischen Personalkostencontrolling (ebd. S. 829). Das Verfahren wird in 2.3 Budgetierung und 2.4.3 Personalkostenplanung näher erläutert. Im Fokus des operativen Bereichs stehen die Mitarbeiter und deren Entlohnung (Gerlach, 2022, S. 241). Die grundlegenden Fragestellungen bestehen in Bezug auf die Form des Arbeitsentgeltes für Beschäftigte oder Mitarbeitergruppen und der Festlegung von individuellen Entlohnungen. Zur Beantwortung werden die sechs Einflussfaktoren Anforderungen, Leistung, Sozialstatus, Lebensabschnitt, Hierarchie und Markt beachtet (Scholz, 2014, S. 846).

Im Personalkostencontrolling kommen verschiedene Modelle, Prozesse und Methoden zum Einsatz. Auf strategischer Ebene erfolgen beispielsweise Personalkostenkalkulationen. Die Erstellung einer Mitarbeitermatrix aus Tarifgruppe, Betriebszugehörigkeit und Entgelt der Beschäftigten bildet die Grundlage für eine Personalkostenanalyse. Anhand dieser können Soll-Ist-Vergleiche durch- und die Personalbedarfsplanung fortgeführt werden (Scholz, 2014, S. 807 ff.). Ein weiteres Instrument ist das Life-Cycle Costing (Bogensberger, Messner, Zühr, & Ziehr, 2012, S. 268 ff. zitiert nach Stierle, Glasmachers, & Siller, 2017, S. 333). Das Konzept betrachtet die Kostenstrukturen, -verläufe sowie -niveaus für eine langfristige und zielführende Personalwirtschaft. Die Erfassung der Kosten und Leistungen für den Zeitraum der geplanten Betriebszugehörigkeit auf Mitarbeiterebene bildet die Grundlage. Auf Basis dessen können Maßnahmen zur Kostenreduzierung und Optimierung der Kosten-Nutzen-Verhältnisse abgeleitet werden (Stierle, Glasmachers, & Siller, 2017, S. 333). Im Weiteren ist die Fehlzeitenanalyse eine strategische Methode zur Identifikation von Ursachen für ungeplante Abwesenheiten. Das Personal verfügt über einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung, weshalb trotz Fehlzeiten und der Nicht-Erbringung von Leistungen, auf Seiten des Unternehmens Kosten anfallen. Die Durchführung derartiger Analysen erfolgt differenziert nach objektiven Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Alter oder Familienstand, und subjektiven Impulsen, wie die Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Als Ergebnisausprägung sind unfallbedingte, gesetzliche oder vertragliche, medizinisch-biologische oder motivationale Fehlzeiten möglich (Scholz, 2014, S. 814 ff.). Dem Gegenüber finden auf der operativen Ebene des Personalkostencontrollings Beteiligungsmodelle, wie beispielhaft die Erfolgsbeteiligung, Anwendung. Die Grundlage für

eine Erfolgsbeteiligung bildet ein wirtschaftlicher Erfolg durch die Leistungserbringung. Für die Beteiligten bedeutet dies eine zusätzliche Vergütung zum vertraglich definierten Arbeitsentgelt. Die Ziele, welche mit einer Erfolgsbeteiligung verfolgt werden, weisen einen betrieblichen, wirtschafts- oder sozialpolitischen Ursprung auf (Berthel & Becker, 2010, S. 569 ff. zitiert nach Scholz, 2014, S. 867 f.; Olfert, 2016, S. 190). Eine Differenzierung in Ertrags-, Leistungs- und Gewinnbeteiligung ist möglich (Olfert, 2016, S. 190). Der Beschluss für eine derartige Beteiligung erfolgt auf strategischer und die Umsetzung auf operativer Ebene (Scholz, 2014, S. 868). Ein weiteres Instrument stellen zukunftsweisende Modelle dar, in denen eine Anpassung der Vergütung an die tatsächliche Leistung erfolgt. Für die Umsetzung müssen die Leistungsbestandteile genau erfasst und bewertet werden. Entsprechend des Ergebnisses ist die Vergütung anzupassen (Scholz, 2014, S. 879). Ein ganzheitliches Konzept, das strategische, taktische und operative Ebene vereint, stellt die Total Compensation dar. Die Abbildung der Gesamtvergütung „ergibt sich aus den fixen und variablen Vergütungsbestandteilen, ergänzt um Zusatzleistungen“ (Scholz, 2014, S. 883). Zu beachten ist, ob die Komponenten monetär oder nicht-monetär auftreten (ebd. S. 884). Zusätzlich ermöglicht der Einsatz von variablen Kosten die Steuerung und Flexibilität des Personalmanagements (Ivancevich, 2010, S. 330. zitiert nach Scholz, 2014, S. 884).

Zusammenfassend steht der hohen Planbarkeit der Personalkosten eine geringe Beeinflussbarkeit gegenüber (Scholz, 2014, S. 884).

2.3 Budgetierung

Das Budget wird als „eine zielorientierte und monetäre Größe, die für eine bestimmte Zeit (meistens zwölf Monate) verbindlich als Sollgröße vorgegeben wird“ (Gerlach, 2022, S. 243) definiert. Für die Mehrheit der allgemeinen Krankenhausleistungen stellt das Budget die Grundlage dar (Behrends & Vollmöller, 2020, S. 96). Den gesamten Budgeterstellung- und Budgetkontrollprozess sowie die Beabsichtigung einer „effektiven und effizienten Prognose, Koordination, Kontrolle und Motivation im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses“ (Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 58) bildet die Budgetierung ab. Der reguläre Planungszeitraum beträgt ein Jahr und ist Gegenstand des operativen Personalcontrollings und des taktischen Personalkostencontrollings. Zusätzlich dient die Budgetüberwachung als System der Problemerkennung und Frühwarnung, wodurch eine Unterstützung der operativen Steuerung erfolgt (ebd.).

Für die Budgetierung können drei Vorgehensweisen angewendet werden. Die am häufigsten verwendete Technik ist die Top-Down-Methode, bei der die Geschäftsleitung das Gesamtbudget vorgibt. Eine weiterführende Aufgliederung des Kapitals erfolgt durch den Controller und die Bereichsleitungen, da diese für die Umsetzung verantwortlich sind (Fleßa,

2018, S. 557; Gerlach, 2018, S. 132). Der Vorteil dieses Verfahrens ist die schnelle Umsetzungsmöglichkeit. Im Gegensatz dazu stellt die geringe Akzeptanz, seitens der wenig einbezogenen Personengruppen, eine Herausforderung dar (Gerlach, 2018, S. 132). Als zweite mögliche Vorgehensweise fungiert die Bottom-Up-Methode. Durch Abstimmungen zwischen den Bereichsleitungen werden Teilbudgets entwickelt. Der Controller unterstützt die Verhandlungen mit Fachwissen und fasst die Ergebnisse in ein Gesamtbudget zusammen. Als problematisch wird die Koordination mit dem extern konferierten Budget sowie den Plänen der Klinikleitung auf strategischer Ebene angesehen (Fleßa, 2018, S. 557). Einen weiteren kritischen Aspekt stellt die unzureichende Koordination und damit verbunden eine langwierige Prozessdauer dar. Die besondere Akzeptanz seitens der Belegschaft und die hohe Bereitschaft zur Umsetzung sind hingegen als Vorteile zu nennen (Gerlach, 2018, S. 133). Eine Kombination aus den beschriebenen Methoden bildet das Gegenstromverfahren, bei dem das Kapital in einem Regelkreis entwickelt wird. Auf allen Unternehmensebenen werden widerkehrend Verhandlungen durchgeführt, bis die Teilbudgets und das Gesamtbudget klar definiert sind. Einige Nachteile des Top-Down- und Bottom-Up-Prozesses können mit dieser Vorgehensweise bewältigt werden. Der hohe Aufwand hinsichtlich Zeit und Koordination bleibt jedoch bestehen (Fleßa, 2018, S. 557).

Für den Budgetierungsablauf (Abbildung 4) wird zusätzlich in interne und externe Budgetierung unterschieden. In Krankenhäusern erfolgt eine bereichsbezogene interne Budgetierung. Das dafür erforderliche interne Budget basiert auf der Kostenplanung für die Leistungserbringung in den einzelnen Kliniken. Die Planung beinhaltet Einflussfaktoren wie beispielsweise die strategische Ausrichtung des Unternehmens sowie quantitative und qualitative Mittel. Des Weiteren haben Marktanalysen und die Entwicklung der Medizintechnik Einfluss auf das Vorgehen. Das externe Budget bildet die dafür vorgesehene finanzielle Rahmenbedingung. Die vorangegangene Leistungsplanung stellt den Ausgangspunkt für die Verhandlungen dieser Budgetart dar, die oftmals erst im gegenwärtigen Budgetjahr abgeschlossen werden. Hinsichtlich dieser Verschiebung erfolgt eine vorsichtig-realistische Betrachtung des externen Budgets, um die interne Budgetierung in Form von Klinikbudgets nicht einzuschränken. Daraus kann die Möglichkeit der Budgetanpassung nach Verhandlungsabschluss entstehen (Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 58 ff.).

Aufgrund des vorab festgelegten externen Budgets erfolgt die allgemeine Budgetierung in einem Krankenhaus mittels des Top-Down-Verfahrens. Die daraus resultierenden Vorgaben können anhand der Bottom-Up-Methode bereichsbezogen korrigiert werden (ebd.).



Abbildung 4 Budgetierungsablauf (in Anlehnung an Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 58)

Eine weitere Budgetierungsart ist die flexible Budgetierung, deren Basis „die tatsächlich erbrachten Leistungen“ (Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 63) darstellen. Zur Anwendung der flexiblen Budgetierung bedarf es einer Abspaltung der variablen von den fixen Kosten. Während des Budgetjahres können daraufhin Anpassungen der variablen Kosten vorgenommen werden, um die Entwicklung der Leistungen realistisch abzubilden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Vereinbarung von Ausgleichssätzen bei Unter- oder Überschreitungen. Das Budget dient demnach als Motivation zur Leistungsentwicklung (Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 63).

2.4 Personalplanung

2.4.1 Allgemeines

Die Personalplanung umfasst alle Hauptaufgaben der Personalwirtschaft und ist ein Bereich des betrieblichen Planungssystems (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 610 f.). Eine Differenzierung in strategische und operative sowie in quantitative und qualitative Personalplanung ist möglich. Auf strategischer Ebene erfolgt die Planung mittel- bis langfristig. Dies entspricht zwei bis fünf Jahre. Infolge des langen Planungszeitraums nimmt die Genauigkeit der Konzeption jedoch ab. Dem gegenüber ist die operative Personalplanung kurzfristig und

beruft sich auf das aktuelle und folgende Geschäftsjahr. Als vorgesehene Betrachtungszeiträume dienen Quartale oder Monate. Zur Bestimmung der benötigten Menge an Beschäftigten für die Leistungserbringung dient die quantitative Personalplanung. Die benötigten Kompetenzen zur Zielerfüllung auf Unternehmens-, Beschäftigungs- oder persönlicher Karriereebene werden hingegen mit der qualitativen Personalkonzeption abgebildet (Rumpf & Eilers, 2020, S. 96 f.).

Außerdem unterliegt die Personalplanung diversen Einflussfaktoren, die intern oder extern auftreten. Die internen Einflussgrößen umfassen beispielsweise die Unternehmens- und Bereichsplanung, die Alters- und Qualifikationsstruktur, Arbeitszeitregelungen, Fehlzeiten und Personalkosten. Die externen Determinanten schließen Entwicklungen in der Technik und auf dem Arbeitsmarkt, aber auch in Bezug auf die Bevölkerung und auf gesamtwirtschaftlicher Ebene ein (Olfert, 2016, S. 31).

Das Aufgabenspektrum der Personalplanung beinhaltet die:

- Personalbestandsplanung,
- Personalbedarfsplanung,
- Personalentwicklung und
- Personalkostenplanung (Workwise GmbH, 2023).

Mit den Tätigkeitsfeldern strebt ein Krankenhaus den idealen Personalzustand an (ebd.). Aufgrund der Thematik der Arbeit und der direkten Abhängigkeit der Personalkostenplanung von der Personalbedarfsplanung werden nur diese Bestandteile der Personalplanung näher betrachtet.

2.4.2 Personalbedarfsplanung

Der Personalbedarf beschreibt die benötigte Art und Anzahl von Beschäftigten für einen definierten Zeitraum im Krankenhaus (Spengler, Metzger, & Volkmer, 2019, S. 20). Die Summe der Mitarbeiter zur Leistungserfüllung ist, wie bereits in 2.4.1 Allgemeines beschrieben, das Ergebnis des quantitativen Personalbedarfs und wird in VZÄe oder alternativ in Personentage aufgeführt (Frodl, 2012, S. 103, 105). Für die Berechnung ist eine Differenzierung nach Personalbedarfsarten notwendig. Dazu gehören der Brutto- und Nettopersonalbedarf (Frodl, 2012, S. 103 f.). Der Brutto-Personalbedarf bildet die zukünftig benötigte Gesamtstellenzahl ab und wird als Soll-Stellenplan dokumentiert (Olfert, 2016, S. 33). Die Ermittlung dieses Bedarfs erfolgt mittels einem der folgenden Verfahren. Die Befragung der Fachbereiche im Krankenhaus zum benötigten Personal in einer festgelegten Zeitperiode ist Bestandteil des einfachen Schätzverfahrens. Tritt ein Zusatzbedarf nach der Erhebung auf, bedarf dieser einer ausführlichen Argumentation seitens des Leiters der

betreffenden Abteilung gegenüber einem Personalsachbearbeiter. Die Geschäftsleitung erteilt daraufhin in einem Genehmigungsverfahren die Personalnotwendigkeit. In der Praxis ist das Verfahren erprobt und einfach einsetzbar. Die systematische Expertenbefragung stellt eine weitere Methode dar, die zu mehrjährigen Planungen mit Ungewissheiten Anwendung findet. Zur Erstellung eines detaillierten Überblicks werden unternehmensexterne oder -interne Experten einbezogen. Aufgrund der hohen Aufwendungen wird das Verfahren nur selten und vorzugsweise in großen Firmen durchgeführt. Die dritte Alternative ist die Kennzahlenmethode, deren Grundlage die Kennzahl Arbeitsproduktivität bildet. Die Voraussetzung für die Anwendung ist eine konstante Ausgangslage. Bei Erfüllung der Bedingung ist das Verfahren vielseitig einsetzbar. Die Stellenplanmethode ist ein Mischverfahren aus der Schätz- und Kennzahlenmethode. Anhand eines aktuellen Stellenplans werden die zwei genannten Verfahren angewendet. Besonders in großen Unternehmen erweist die Stellenplanmethode Ansehen. Bei wirtschaftlich problematischen Rahmenbedingungen wird häufig die monetäre Methode eingesetzt. Zur Umsetzung erfolgt eine Neugestaltung der Planungslogistik. Auf Grundlage des verbindlichen Personalbudgets diskutiert die Personalabteilung, wieviel Personal sich der Betrieb erlauben darf. In Anbetracht der Menge an Verfahrensmöglichkeiten sowie der jeweiligen Komplexität stellt die Brutto-Personalbedarfsplanung eine der schwierigsten Tätigkeiten in der Personalplanung dar (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 615 ff.; Eisele & Doyé, 2010, S. 55 ff.). Der Brutto-Personalbedarf ist außerdem ein Bestandteil zur Berechnung des Netto-Personalbedarf. Dieser ergibt sich aus dem erwähnten Brutto-Personalbedarf abzüglich des aktuellen oder zu erwartenden Personalbestands. Das Ergebnis verdeutlicht eine Über- oder Unterdeckung und hat demnach Beschaffungs- oder Freisetzungsmaßnahmen zur Folge (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 619 ff.). Weitere Personalbedarfsarten sind der Reserve-, Ersatz- und Zusatzbedarf. Aufgrund von Kündigungen, Renten oder Mutterschafts- und Erziehungsurlauben entsteht beispielsweise ein Ersatzbedarf. Der Zusatzbedarf hingegen tritt bei Arbeitszeitreduzierungen oder Kapazitätserweiterungen in der Pflege ein. Dieser kann befristet oder unbefristet auftreten (Frodl, 2012, S. 103 f.).

Die Ermittlung des quantitativen Gesamtpersonalbedarf passiert abschließend anhand folgender Formel (Frodl, 2012, S. 104):

Quantitativer
Gesamtpersonalbedarf = Personalbestand (aktuell) + Zugänge - Abgänge + Zusatzbedarf

Der qualitative Brutto-Personalbedarf gibt, wie in 2.4.1 Allgemeines erläutert, an, welche Qualifikationen seitens des Personals zur Leistungserbringung erforderlich sind. Die Ermittlung erfolgt mittels einer Arbeitsanalyse, in der Arbeitsplätze und -vorgänge sowie die persönlichen Kennzeichen systematisch untersucht werden. Daraus hervor gehen beispielsweise Skizzen für Arbeitsplatzbeschreibungen oder die Anforderungen an den jeweiligen Arbeitsplätzen, aus denen die Ableitung der persönlichen und fachlichen Qualifikationen passiert (Frodl, 2012, S. 109 f.). Die quantitativen und qualitativen Personalbedarfe können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden und dienen als Arbeitsgrundlage für den Personalplanungsprozess (Abbildung 5).

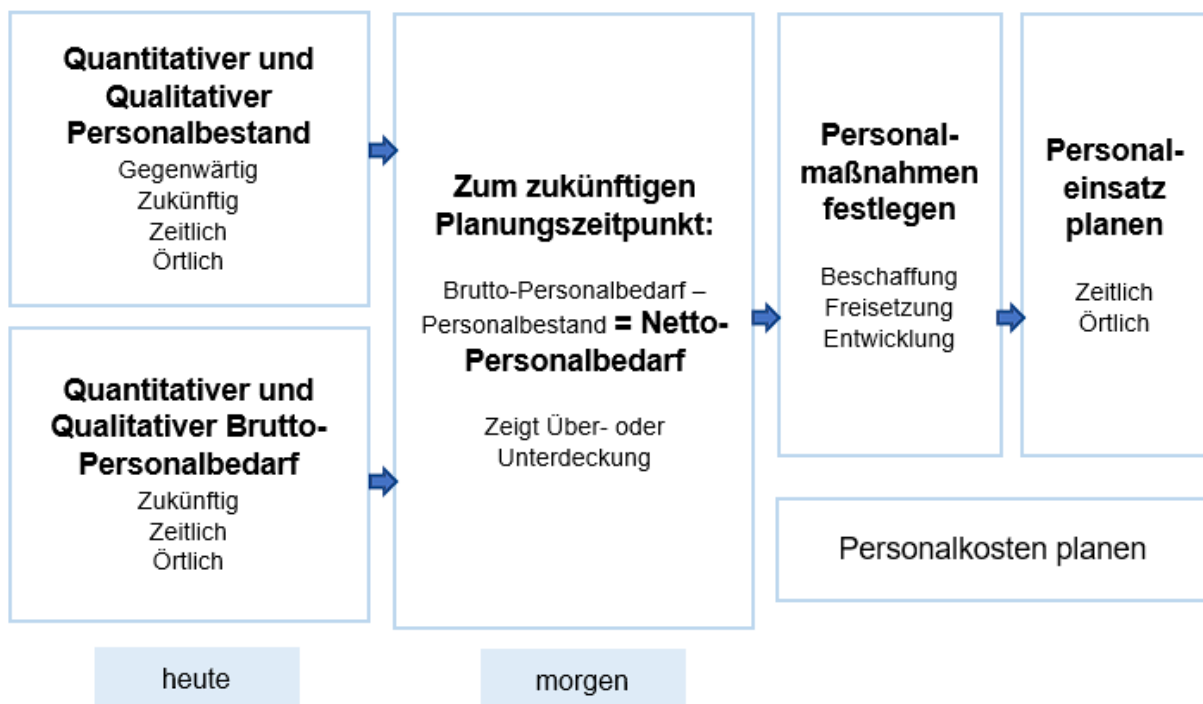


Abbildung 5 Prozess der Personalplanung (in Anlehnung an (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 620)

Die Abbildung des Gesamtpersonalbedarfs erfolgt in einem Stellenplan und gilt als Soll-Vorgabe für einen vorab definierten Zeitraum. Ergänzend zu dieser Planung führen Betriebe einen Stellenbesetzungsplan, der die Ist-Situation des Unternehmens sowie die unternehmensinterne Position des Mitarbeiters zeigt. Wenn die Feststellung einer Differenz aus einem Vergleich der beiden Pläne resultiert, verzeichnet das Unternehmen einen Personalüberhang oder -beschaffungsbedarf und leitet entsprechende Maßnahmen ab (Personal-Wissen.de, 2023).

2.4.3 Personalkostenplanung

Das Ergebnis aus dem in 2.4.2 Personalbedarfsplanung beschriebenen Vorgehen stellt den mengenmäßigen Rahmen für die Personalkostenplanung dar (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 621). Zur Ermittlung der Preiskomponente wird der Personalbedarf monetär bewertet (Hentze, Kehres, & Maier, 2022, S. 187). Der erste Schritt besteht aus der Planung der direkten Arbeitsentgelte auf Mitarbeiter- oder Planstellenebene. In Unternehmen mit einer Vielzahl von Arbeitnehmern ist diese Vorgehensweise mit einem hohen Aufwand verbunden. Aufgrund dessen werden in derartigen Betrieben die Personalbasiskosten für Personengruppen geplant. Im Anschluss erfolgt die Konzeption der indirekten Personalkosten, auch Personalzusatzkosten genannt, in identischer Form (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 621; Personio SE & Co. KG, 2023). Die Verfahrensweise für beide Schritte ist analytisch oder summarisch möglich. Zur Anwendung des analytischen Vorgehens werden die Personalkosten in Kostenarten und anschließend in Kostenblöcke gegliedert. Da diese verschiedenen Einflussfaktoren unterliegen, ist eine separate Prognose erforderlich. Ein Beispiel dafür stellt die nicht identische Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge und der tariflichen Vertragsbedingungen dar. Nachdem die Schätzungen abgeschlossen sind, erfolgt die erneute Zusammenfassung der Kostenblöcke. Das summarischer Verfahren ist hingegen weniger aufwendig, da die Kostenarten durch die Anwendung eines prozentualen Aufschlags pauschal erhöht werden. Die Summe aus der Planung der direkten und indirekten Personalkosten ergibt das Personalkostenbudget (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 622; Personio SE & Co. KG, 2023).

Exkurs: Budgetierung auf Fortführungs- oder Nullbasis

Die Erstellung des Personalkostenbudgets kann auf Fortführungs- oder Nullbasis passieren. Hinsichtlich der zuerst genannten Vorgehensweise erfolgt die Betrachtung vergangenheitsbezogen. Die Überprüfung der Aufgaben und Leistungen erfolgt nicht. Daraus können Verzerrungen der Kosten resultieren, da eine zu hohe Personalausstattung nicht korrigiert wird (Männel, 1992 zitiert nach Scholz, 2014, S. 833; Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 74). Um dies zu verhindern wird das Verfahren mit Kontrollmechanismen unterstützt (Scholz, 2014, S. 834). Die Basis der Zero-Base-Budgetierung, oder Budgeterstellung auf Nullbasis, bildet die Neuplanung aller Aktivitäten. Mit den Zielen, wie beispielsweise der Optimierung von Arbeitsprozessen oder der Personalplanung, verfolgt die Zero-Base-Budgetierung eine vollumfängliche „Effizienzverbesserung des Mitteleinsatzes hauptsächlich im Gemeinkostenbereich“ (Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 75) (Burger, 1995 zitiert nach Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 75). Besonders für Krankenhäuser ergibt sich die Frage nach der Zielsetzung des Unternehmens und den

Abteilungen, die zur Umsetzung benötigt werden. Weitere Einflussfaktoren stellen die Qualität und Leistungen für die Zielerreichung sowie zur Verfügung stehende Mittel und erforderliche Maßnahmen dar (Preuß, 1996 zitiert nach Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 75 f.). Vor der Umsetzung erfolgt die Bestimmung der strategischen Zielausrichtung für die Leistungserbringung durch die oberste Führungsebene. Diese dient in der Analyse- und Planungsphase als Entscheidungsgrundlage. Für die weitere Vorgehensweise sind folgende Schritte vorgesehen: Zuerst werden die Entscheidungseinheiten aus den Untersuchungsbereichen definiert. Diese untersuchen anschließend die gegenwärtige Unternehmenssituation und nutzen das Ergebnis als Ausgangspunkt für die Konzeptionserstellung. Im dritten Schritt legen die Entscheidungseinheiten Leistungsniveaus fest und ermitteln Alternativen. Zur Abbildung und Verdichtung dieser erfolgt der Einsatz von Entscheidungspaketen. Die Ergebnisebenen können die Ausprägungen „Funktionsminimum“, „Verfahrensrationalisierung“ oder „Erhöhung und Verbesserung des Leistungsniveaus“ (Burger, 1995 zitiert nach Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 78) annehmen. Daraufhin werden die Ergebnispakete priorisiert und ein Kosten-Nutzen-Verhältnis abgewägt. Der Budgetschnitt, also die Gegenüberstellung der verfügbaren Mittel, sowie die Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen schließen sich an. Die Übertragung der resultierenden Budgetvorgaben erfolgt zum Abschluss der Zero-Base-Budgetierung. Deren Realisierung obliegt einer ständigen Kontrolle (Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 76 ff.; Burger, 1995 zitiert nach Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 76 ff.; Scholz, 2014, S. 835). Mit dieser Methode kann die Fortführung unwirtschaftlicher Vorgehensweisen vermieden werden. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes findet die Budgetierung auf Nullbasis jedoch eher in Ausnahmesituationen statt (Scholz, 2014, S. 834).

Der erprobte und unternehmerische Ablauf der Personalkostenplanung ist demnach fortführend und summarisch. Eine analytische Konzeption sowie die Planung auf Nullbasis kommen bei erheblichen Veränderungen zum Einsatz. Außerdem ist eine umgekehrte Vorgehensweise möglich. Wie in 2.4.2 Personalbedarfsplanung bereits beschrieben, wird dafür ein Personalkostenbudget vorgegeben. Anschließend prüft das Unternehmen, welchen Personalbedarf es „sich leisten“ kann (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 623).

2.4.4 Personalplanungszyklus

Um die Planungsinstrumente, wie Plan-Ist-Vergleiche, Hoch- und Vorscheurechnungen, umsetzen zu können, wird das geplante Personalkostenbudget zu Beginn eines Geschäftsjahres in Betrachtungszeiträume aufgeschlüsselt (Seebacher, 2003-2004, Teil 19).

Im direkten Anschluss an die Beendigung des ersten Betrachtungszeitraums erfolgt die Erstellung einer Abweichungsanalyse in Form eines Plan-Ist-Vergleichs. Das Ziel ist die

frühzeitige Ableitung von notwendigen Maßnahmen (Binder, 2022, S. 179). Zusätzlich bildet der Vergleich die Basis für eine künftige Budgetanpassung in der aktualisierten Vorschau-rechnung. Für die erste Umsetzung im Geschäftsjahr erfolgt eine Gegenüberstellung der Plan-Daten des Wirtschaftsjahres mit den Ist-Zahlen (Tabelle 5) (Seebacher, 2003-2004, Teil 19).

Tabelle 5 Quartalsweiser Plan-Ist-Vergleich mit Abweichungsanalyse

Planungszeitraum	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Budgeterstellung	Plan	Plan	Plan	Plan
Ist-Werte	Ist			
Plan-Ist-Vergleich	Vergleich			
Abweichungsanalyse	Analyse			

(Seebacher, 2003-2004, Teil 19)

Zur Schaffung eines Gesamtüberblicks über das Geschäftsjahr wird die Hochrechnung angewandt. Die Daten aus der Budgeterstellung bilden die Basis. Im Jahresverlauf erfolgt die Aktualisierung der Plan-Daten sobald Ist-Daten vorliegen (Seebacher, 2003-2004, Teil 20). Die zukünftigen Plan-Zahlen bleiben für beispielsweise Plan-Ist- und Soll-Ist-Vergleiche bestehen und ermöglichen eine Evaluation von Effekten der Ist-Werte auf das geplante Geschäftsjahr (ebd.; Binder, 2022, S. 189). Als Voraussetzung dafür gilt eine übereinstimmende Entwicklung zum Planbudget. Insgesamt dient die Hochrechnung als statisches Element, da keine Korrektur des Budgets erfolgt. Zusätzlich erhalten neben vermuteten oder planmäßigen Entwicklungen, auch gegenwärtige Informationen keine Beachtung (Tabelle 6) (Seebacher, 2003-2004, Teil 20).

Tabelle 6 Quartalsweise Budgeterstellung mit Plan-Ist-Vergleich und Hochrechnung

Planungszeitraum	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Budgeterstellung	Plan	Plan	Plan	Plan
Ist-Werte	Ist			
Plan-Ist-Vergleich	Vergleich			
Abweichungsanalyse	Analyse			
Hochrechnung	Ist	Plan	Plan	Plan

(Seebacher, 2003-2004, Teil 20)

Die aktualisierte Vorschau-rechnung oder auch Forecast bildet eine Erweiterung der Hochrechnung. Zur Überarbeitung werden die in der Hochrechnung noch ausgeschlossenen Aspekte, wie Budgetanpassungen oder neuartige Erkenntnisse, einbezogen. In meist quartalsweisen oder monatlichen Abständen erfolgt eine Analyse der genannten Aspekte sowie der abgeleiteten Tendenzen aus den Ist-Zahlen und unternehmensintern abgestimmten

Überlegungen und Entwicklungen (Seebacher, 2003-2004, Teil 21; Binder, 2022, S. 189 ff.). Nach dem Abschluss der aktualisierten Vorscheurechnung bildet diese die Grundlage für die wiederkehrende Planungsschritte Plan-Ist-Vergleiche, Hochrechnung und erneuter Forecast (Tabelle 7) (Seebacher, 2003-2004, Teil 21).

Tabelle 7 Budgeterstellung mit Plan-Ist-Vergleich, Hochrechnung und Vorscheurechnung

Planungszeitraum	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Budgeterstellung	Plan	Plan	Plan	Plan
Ist-Werte	Ist			
Plan-Ist-Vergleich	Vergleich			
Abweichungsanalyse	Analyse			
Hochrechnung	Ist	Plan	Plan	Plan
Vorscheurechnung	Ist	Vorschau	Vorschau	Vorschau

(Seebacher, 2003-2004, Teil 21)

2.5 Finanzierung und gesetzliche Grundlagen

2.5.1 Krankenhausfinanzierung bis zur Gesundheitsreform im Jahr 2000

Die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung ist von Kompromissen und Vereinbarungen geprägt. Eine Chancengleichheit für alle Beteiligten scheint nahezu unmöglich (Fleßa, 2018, S. 107).

Bis zur Gesundheitsreform im Jahr 2000 wird die Finanzierung von Krankenhäusern in drei Phasen gegliedert. Im ersten Entwicklungsabschnitt, bis 1936, fand die freie Krankenhausfinanzierung Anwendung. Diese stand unter besonderem Einfluss des Liberalismus, der vertragliche Freiheiten zwischen Patienten und Krankenkassen sowie Ärzten vorgab. Die Finanzierung erfolgte hauptsächlich durch Pflegesätze, um beispielsweise Investitions- und Betriebskosten zu decken. Aufgrund zunehmender Reduzierung der Freiheit und den damit verbundenen Ärztestreiks wurde in dieser Phase die Kassenärztliche Vereinigung gegründet. Zusätzlich nahm der Einfluss auf den Gesundheitssektor seitens des Gesetzgebers zu. Mit der Preisstoppverordnung am 16. November 1936 endete die erste Phase. Das Verbot der Preiserhöhungen hatte eine Krankenhausstagnation sowie ein Haushaltsdefizit des Gesundheitssystems zur Folge und gilt somit als vorbereitender Schritt für den zweiten Weltkrieg (Fleßa, 2018, S. 107 f.).

Die zweite Phase, von 1936 bis 1972, wurde durch eine monistische Finanzierung und verstärkte Einwirkung des Staates ab 1945 geprägt. Mit der Einführung der Preisfreigabeverordnung sollte das Finanzierungssystem der ersten Phase reaktiviert werden. Diesem Vorgehen widersprachen jedoch die Sozialversicherungsträger. Der Erlass der Pflegesatz-

anordnung im Dezember 1948 stellte dahingehend einen Kompromiss dar und umfasste Regelungen zur Preiskalkulation sowie die Fixierung von Preisen. Diverse Bestimmungen, wie beispielsweise die Verordnung über Pflegesätze von Krankenanstalten, beeinträchtigten die Krankenhausfinanzierung anhaltend, wodurch die Stagnation der Kliniken anhielt. Im Mai 1969 reagierte die Politik auf die abfallende Entwicklung des Gesundheitswesens und beauftragte die Krankenhaus-Enquête² (Fleßa, 2018, S. 108 f.).

Die Delegierten entwickelten auf der Grundlage von Analysen die duale Finanzierung, welche im dritten Entwicklungsabschnitt, ab 1972, eingesetzt wurde. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) konnte im gleichen Jahr erlassen werden und beabsichtigte eine Mischfinanzierung aus Bund und Ländern. Die Zielsetzung bestand außerdem darin, die Krankenhäuser auf wirtschaftlicher Ebene und die Bevölkerung in deren bedarfsgerechter Versorgung zu sichern. Mit der Einführung des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes erlosch die Mischfinanzierung und wurde alleinig den Ländern übertragen. Zudem basierten die Pflegesätze ab dem Erlass des Gesetzes auf spezifischen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und Kliniken. Die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips stellte eine weitere Änderung dar. Das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz sah Budgetvorgaben und ein pauschalisiertes Vergütungssystem vor. Aufgrund finanzieller Belastungen der Krankenhäuser, durch beispielsweise steigende Personal- und Instandhaltungskosten, war das Gesetz erfolglos. Ein Entgegenwirken konnte mit dem „Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben“ erzielt werden. Vier Jahre später wurde das „Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung“ in der gesetzlichen Krankenversicherung rechtsverbindlich. Der erste Entwurf scheiterte am Bundesrat. Mit dem Gesetz einher ging der widerkehrend individuelle Verhandlungsprozess für Krankenhäuser und das Ende der Pflegepersonalregelungen. Die ab 1998 tätige Regierung verabschiedete im Folgejahr das Vorschaltgesetz, das als Provisorium bis zur Gesundheitsreform im Jahr 2000 diente (Fleßa, 2018, S. 110 f.).

2.5.2 Krankenhausfinanzierung ab der Gesundheitsreform im Jahr 2000

Die Initiative zur Gesundheitsreform im Jahr 2000 oblag dem Bundestag und verfolgte das Ziel, die Krankenhausfinanzierung zu reformieren. Die Vorhaben, wie beispielsweise die Initiierung eines umfangreichen Fallpauschalensystems und die Umwandlung des Finanzierungssystems in eine monistische Form, scheiterten am Bundesrat. Das im gleichen Jahr in Kraft getretene „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung“ stellte eine abgeschwächte Fassung des ursprünglichen Vorhabens des Bundestags dar. Für Kranken-

² „Enquete-Kommissionen bereiten Entscheidungen zu umfangreichen und bedeutenden Themen vor [und] [...] bestehen aus Abgeordneten und Sachverständigen aus Wissenschaft und Praxis“ (Deutscher Bundestag c), o.J.).

häuser sah die Reform vielfältige Regelungen, zum Beispiel in Bezug auf ambulante Operationen oder der Sicherstellung von Qualitätsstandards, vor. Als entscheidendste Norm galt die Bestimmung eines pauschalisierten Entgeltsystems, um unter anderem die Vergütung für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlungen festzulegen. Die bundesweite Umsetzung, des an dem internationalen DRG³-System angelehnten Schemas, sollte bis zum 1. Januar 2003 stattfinden (Fleßa, 2018, S. 112 f.). Ergänzend zu der Verordnung wurde im Jahr 2003 das „Fallpauschalengesetz“ (FPG) rechtsverbindlich und enthielt die Umgestaltungen des Sozialgesetzbuch (SGB) V und des KHGes. Der Artikel fünf des FPG bestimmte die Entgelte für voll- und teilstationär erbrachte Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz) und sah den in Tabelle 8 aufgezeigten Zeitplan vor:

Tabelle 8 Zeitplan zur Einführung der DRGs

Bis 1. Oktober 2002	Fertigstellung der Entgeltkataloge
Bis 1. Januar 2003	Einführung der DRGs als Entgeltsystem
Ab 1. Januar 2004	Verpflichtende Einführung der DRGs als Entgeltsystem
Ab 1. Januar 2007	Echtbetrieb der DRGs

(in Anlehnung an Fleßa, 2018, S. 112 ff.)

Die Einführung der DRGs als Entgeltsystem in die Krankenhäuser erfolgte im Jahr 2003 selbstbestimmt sowie im folgenden Jahr auf budgetneutraler Ebene. Der Plan für das Jahr 2007 umfasste den endgültigen und vollständigen Einsatz des DRG-Systems. Aufgrund von Differenzen bezüglich der Budgets in vielzähligen Kliniken wurde die Konvergenz ausgeweitet. Zusätzlich erfolgte in Artikel fünf des FPGes die Bestimmung der Zuschläge zur Qualitätssicherung und zu den DRGs. Die Initiierung des Sicherstellungszuschlags sollte beispielsweise den Erhalt der Versorgung in gering bevölkerten Regionen garantieren. Außerdem wurden die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen eingeführt. Die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt seitdem in Form von Qualitätsberichten (Fleßa, 2018, S. 113 ff.).

In der Phase bis zur Einführung des DRG-Systems trat im Jahr 2005 das „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ in Kraft. Die bedeutende Reform enthielt Innovationen für den ambulanten Sektor und Krankenhäuser. Im nicht stationären Bereich kam es im Rahmen des Krankenhauswandels zur Einführung von Medizinischen Versorgungszentren. Seitens der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgte eine Bewilligung für die Gründung, wenn eine Versorgungslücke existierte. Die Einführung der elektronischen

³ Diagnosis Related Groups: „Diagnosebezogene Fallgruppen bilden die Grundlage für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen, in dem alle Behandlungsfälle nach pauschalisierten Preisen vergütet werden.“ (AOK-Bundesverband a), 2024)

Gesundheitsakte stellte eine weitere Neuerung im Zuge des Gesetzesbeschlusses dar. Anhand der genannten Bestimmungen sollte die gesetzliche Krankenversicherung entlastet werden (Fleßa, 2018, S. 115 f.).

Das ab dem Jahr 2009 geltende „Krankenhausfinanzierungsreformgesetz“ (KHRG) enthielt erneut umfangreiche Änderungen für Krankenhäuser und deren Finanzierung. Die Konvergenzphase für die Einführung des DRG-Systems wurde beispielsweise bis zum Jahr 2010 verlängert. Außerdem lockerte das Gesetz die Abhängigkeit der Krankenhausausgaben von den Grundlohnsummen. Dafür berechnet das Statistische Bundesamt bis heute einen jährlichen Orientierungswert. Dieser beschreibt die im Mittel veränderten Krankenhauskosten pro Jahr in Prozent. Zusätzlich sollten im Rahmen des KHRG 21.000 neue Arbeitsplätze für Pflegepersonal, in einem Wertumfang von 220 Millionen Euro, geschaffen werden. Die Vereinheitlichung der Landesbasisfallwerte⁴ auf Bundesebene galt als bedeutendste Neuregelung für Krankenhäuser. Insgesamt verfolgte die Reform das Ziel der finanziellen Entlastung von Kliniken. Die gesetzlichen Anpassungen wurden mit dem Versorgungsstärkungsgesetz und dem Krankenhausstrukturgesetz in den Jahren 2015 und 2016 fortgeführt. Der Erhalt sowie die Förderung der ländlichen Versorgung standen im Vordergrund. Zur Umsetzung erfolgte die Schaffung von Fonds. Der Strukturfonds beinhaltete die Förderung von Niederlassungen und die Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren in ländlichen Gebieten, ohne eine Bewilligung vonseiten der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Förderung von Innovationen und Forschung in Bezug auf die Versorgung waren Bestandteil des Innovationsfonds, der in den Jahren von 2016 bis 2019 mit jährlich 300 Millionen Euro unterstützt wurde. Zu den Vorhaben speziell für Krankenhäuser gehörten unter anderem eine wirtschaftlichere Entlohnung für Hochschulambulanzen sowie ein verbessertes Entlassmanagement mit einem Plan zur Vorgehensweise. Weiterhin erfolgte der Einbezug des Qualitätskriteriums in den Landeskrankenhausplan und die Bindung der Vergütung an die Qualität. Das Krankenhausstrukturgesetz strebte damit eine Qualitäts- und Finanzierungssteigerung an (Fleßa, 2018, S. 117 ff.).

Für eine weitere Optimierung der Krankenhausfinanzierung sowie zur Schaffung einer fortschrittlichen und leistungsstarken Krankenhauslandschaft, wurden fünf Vorhaben definiert. Der erste Beschluss bestand darin, dass das Pflegestellen-Förderprogramm 660 Millionen Euro für die Jahre 2016 bis 2018 und ab 2019 jährlich 330 Millionen Euro zur Verfügung stellt. Des Weiteren sollten für den Erhalt von Sicherstellungszuschlägen bundeseinheitliche Voraussetzungen bestimmt werden. Als drittes Vorhaben galt die Verbesserung der

⁴ „Der Landesbasisfallwert dient im Rahmen der Krankenhausfinanzierung der Berechnung der Kosten, die die Krankenkassen den Krankenhäusern für stationäre Leistungen erstatten.“ (AOK-Bundesverband b), 2024)

Finanzierung von Krankenhäusern mit Notfallversorgung. Für die Teilnahme an der Betreuung von Notfällen erhielten die Kliniken Zuschläge. Die Nicht-Teilnahme wurde mit Abschlägen sanktioniert. Hinzu kam die weitere Eingrenzung der Spannweite des Landesbasisfallwertes. Die Aufstockung des Strukturfonds, mit jeweils 500 Millionen Euro von Staat und Bundesländern, stellte das fünfte Vorhaben dar. Mit dieser Unterstützung sollten beispielsweise Überkapazitäten reduziert werden (Fleßa, 2018, S. 120).

Seit dem Jahr 2020 erfolgt die Finanzierung der Behandlungskosten mittels Fallpauschalen und dem Pflegebudget. Der Fallpauschalenkatalog umfasst 1.200 abrechenbare Behandlungen. Anhand des Landesbasisfallwertes werden die Grundpreise der DRG-Leistungen individuell bestimmt und jährlich zwischen den Krankenhausgesellschaften und Kassen auf Länderebene verhandelt. Das Pflegebudget ermöglicht eine kostendeckende Finanzierung des Pflegepersonals, das in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig ist. Für psychiatrische Einrichtungen gilt das „Psych-Entgeltgesetz“. Das aktuelle Krankenhausfinanzierungssystem führt jedoch zu einer steigenden Ökonomisierung (Bundesministerium für Gesundheit a), 2023).

„Fest steht: Ohne Reform werden viele Krankenhäuser ungesteuert Insolvenz anmelden müssen. Mit der Reform bekommen Krankenhäuser wieder eine Perspektive.“

(Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach, 2023)

Aufgrund dessen strebt die Regierung eine Krankenhausreform an, die ab 1. Januar 2024 in Kraft treten soll. Als Ziele werden die Entökonomisierung sowie die Entbürokratisierung definiert. Zusätzlich bedarf es des Erhalts und der Erhöhung von Behandlungsqualitäten (Bundesministerium für Gesundheit b), 2023).

2.6 Aktueller Stand der Entwicklung

Die vorgesehene Finanzierung des Gesundheitswesens für das Jahr 2024 unterscheidet sich deutlich von der bisherigen Finanzierung. Der Gesamthaushalt des Bundesministerium für Gesundheit erfährt eine Reduktion von 24,48 Milliarden Euro auf 16,22 Milliarden Euro. Dies resultiert insbesondere aus der Reduzierung der Zuweisungen und Zuschüsse um etwa 7,6 Milliarden Euro sowie der Senkung der Investitionen um rund eine Milliarde Euro. Darüber hinaus entfällt ab 2024 der bisherige Zuschuss an die soziale Pflegeversicherung in Höhe von einer Milliarde Euro. Insgesamt spiegelt sich im Gesundheitsetat eine Abnahme der finanziellen Belastung durch das Nachlassen der Corona-Pandemie wider, indem beispielsweise die Beschaffung von Impfstoffen auf zentraler Ebene nicht mehr bezuschusst wird. Des Weiteren beabsichtigt der Gesundheitsetat die Gesamtausgaben für Vorhaben und Einrichtungen in der Forschung sowie die finanzielle Unterstützung für die Digitalisierung des

öffentlichen Gesundheitswesens um 31 Millionen Euro auf 126 Millionen Euro zu verringern. Zusätzlich zu den Mittelkürzungen im Gesundheitshaushalt reduziert der Bund die Zuschüsse an die Gesetzliche Krankenversicherung für das Jahr 2024 auf 14,5 Milliarden Euro, welche die „Posten für die pauschalen Abgeltungen und Aufwendungen der Krankenkassen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ (Deutscher Bundestag a), 2023) betreffen. Weiterführend sind Veränderungen in Bezug auf den Gesundheitsfonds geplant, die unter anderem den Wegfall des Bundeszuschusses in Höhe von zwei Milliarden Euro beinhalten. Außerdem verringern sich die finanziellen Zuwendungen an den Gesundheitsfonds aufgrund der durch die Corona-Pandemie verursachten Belastungen (ebd.).

Am 7. September 2023 wurde erstmals über das Vorhaben im Gesundheitsetat beraten. Die beteiligten Parteien sowie deren Mitglieder äußerten deren Sichtweisen zu dem beschriebenen Bestreben. Der Bundesgesundheitsminister, Karl Lauterbach, sieht die Reduzierung des Etats als Beitrag zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes an, da die hohen Pandemiekosten entfallen. In einer vergleichenden Betrachtung zu der Zeit vor der Pandemie, wachse der Haushalt und der Etat stabilisiere sich. Dennoch sieht der Gesundheitsminister umfassende Reformen als erforderlich und strebt ein zügiges Vorgehen an (Deutscher Bundestag b), 2023).

„Leider ist das Gesundheitssystem chronisch krank“
(Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, 2023)

Das erwähnte Zitat nimmt Bezug auf die schlechte Ergebnisqualität trotz der hohen Gesundheitsausgaben in allen Bereichen. Daraus resultierte zuletzt eine gesunkene Lebenserwartung (Deutscher Bundestag b), 2023).

Der Vertreter der Partei Bündnis90/Die Grünen hob in der Beratung die Unzufriedenheit mit dem vorgeschlagenen Haushalt hervor. Das Verständnis bestände jedoch in Bezug auf Anpassungen in Folge des nachlassenden Einflusses der Corona-Pandemie. Die Freie Demokratische Partei betonte besonders die jährlich steigenden Ausgaben der Kranken- und Pflegeversicherung. Im Zuge dessen forderte die Partei Abstimmungen zu Kostenstrukturen und Leistungsumfängen im System. Die Union hingegen fordert eine ganzheitliche Gesundheitswende und kritisiert ebenso wie die Partei Bündnis 90/Die Grünen die Kürzungen im Gesundheitsetat. Um besonders den Herausforderungen in der Pflegeversorgung zu begegnen, schlägt die Union den „Pakt für die Pflege“ vor, welcher unter anderem verbesserte Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte fokussiert. Die Sozialdemokratische Partei Deutschland weist die Kritik der anderen Parteien zurück und betrachtet den Haushaltsentwurf als solide im Kontext der finanziell angespannten Situation. Zudem sei die Zusammenarbeit in der Koalition zielorientiert und ermögliche die Umsetzung neuer Ideen. Allumfänglich befürchtet die

Opposition, dass sich die Versorgung der Patienten mit der Umsetzung des Gesundheitsetats verschlechtern könnte. Zusätzlich stellt der demografische Wandel eine erhebliche Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem dar (Deutscher Bundestag b), 2023).

Auch die geplante Krankenhausreform wurde seitens der Parteien thematisiert, da dieses Vorhaben zwar eine Qualitätssteigerung anstrebt, aber die Details stark umstritten sind. Die Union unterstützt im Grundsatz die Krankenhausreform, jedoch betont sie, dass die Versorgung sowohl in ländlichen und städtischen Gebieten identisch sein sollte. Zusätzlich sicherte der Bundesgesundheitsminister kleinen Krankenhäusern eine Perspektive für deren Existenz zu (ebd.). Im Rahmen der Tagung des Bundesgesundheitsministers mit den Gesundheitsministern der Länder am 23. November 2023, wurde eine Einigung zum Umsetzungszeitplan der Krankenhausreform erzielt. Das weitere Vorgehen sieht einen Referentenentwurf vor. Die abschließende Umsetzung der Reform soll in den Jahren 2025 und 2026 mit der Zuweisung der Krankenhäuser in Leistungsgruppen passieren (Bundesministerium für Gesundheit c), 2023).

3 Ziel- und Fragestellung

Das Statistische Bundesamt veröffentlicht jährlich einen Orientierungswert für Krankenhäuser, mit der Angabe, um wieviel Prozent sich die Krankenhauskosten im Durchschnitt ändern. Dabei ist seit 2016 ein stetiger Anstieg festzustellen. Für das zweite Halbjahr von 2015 und das erste Halbjahr von 2016 wurde ein Wert von 1,54 Prozent angegeben. Für den gleichen Zeitraum in den Jahren 2021 und 2022 betrug der Wert 6,07 Prozent. Mit der Betrachtung der Verdienständerungen des Pflegepersonals stieg der Wert auf 6,10 Prozent (Statistisches Bundesamt (Destatis) d), 2023).

Die Personalkosten in einem Krankenhaus umfassen bis zu 70 Prozent der Gesamtkosten. (Hentze & Kehres, 2010, S. 65). Zusätzlich sind 90 Prozent dieser Kosten fixe Größen (Gerlach, 2022, S. 246). Das Personalkostencontrolling erhält dadurch eine bedeutende Position zum Erhalt der Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens. Im Jahr 2021 umfassten die Kosten für das Personal in deutschen Krankenhäusern 77,6 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt (Destatis) c), 2022). Dem gegenüber steht eine sinkende Zahl der Krankenhäuser von 2.064 im Jahr 2010 auf 1.893 im vergangenen Jahr (Statistisches Bundesamt (Destatis) b), 2023).

Das Ziel des Masterprojektes war die Erstellung eines Best-Practice-Ansatzes für die Personalkostenplanung- und hochrechnung in einem kommunalen Krankenhaus. Aus dem theoretischen Hintergrund geht zwar hervor, wie eine derartige Planung in der Theorie beschrieben wird, die praktische und klinische Umsetzung kann jedoch abweichen. Auf Grundlage einer Analyse der Vorgehensweisen in anderen Einrichtungen sollte ein realitätsnaher und optimaler Prozess entstehen.

Ableitend von der Zielsetzung ergibt sich folgende Fragestellung:

- Wie ist die Vorgehensweise der Personalkostenplanung in Krankenhäusern?
- Wie erfolgt die Hochrechnung der Personalkosten in Krankenhäusern?

4 Methodik

4.1 Vorstellung des Unternehmens

Die Erzgebirgsklinikum gGmbH ist eine kommunale Krankenhausgesellschaft, die 2021 durch die Fusion von drei regionalen Kliniken entstand. Auf Basis der Regelversorgung bietet der Klinikkonzern stationäre, teilstationäre und ambulante medizinische Versorgung. Die vier Standorte Annaberg-Buchholz, Stollberg, Zschopau und Olbernhau sind im Erzgebirge verteilt und ermöglichen somit wohnortnahe Versorgung auf 1.000 stationären Betten (Erzgebirgsklinikum gGmbH a), o.J.). Insgesamt verfügt das Klinikum über mehr als 20 Bereiche, die das Spektrum von Allgemein- und Viszeralchirurgie über Psychiatrie- und Psychotherapie bis hin zu Palliativmedizin umfassen (Erzgebirgsklinikum gGmbH b), o.J.). Im Jahr 2022 wurden rund 35.000 Patienten vollstationär und knapp 35.000 Patienten ambulant versorgt (Anonym 1). Außerdem gehören dem Klinikum drei gemeinnützige Tochtergesellschaften an. Die nichtmedizinischen Dienstleistungen für die Standorte erbringt die Erzgebirgsklinikum Service gGmbH. Dazu gehören beispielsweise Transportdienste und der zentrale Schreibdienst. Die Erzgebirgsklinikum Dienstleistungs gGmbH führt die Krankenhausreinigung in den Standorten Annaberg und Stollberg durch. Die dritte Gesellschaft ist die Erzgebirgsklinikum MVZ gGmbH mit Praxen in den Bereichen Allgemeinmedizin, Chirurgie und Orthopädie bis hin zu Gynäkologie und Geburtshilfe (Erzgebirgsklinikum gGmbH c), o.J.).

Beschäftigt werden in der Erzgebirgsklinikum gGmbH aktuell rund 2.200 Mitarbeiter, wobei im November 2023 234,55 VZÄe dem Ärztlichen Dienst und 1.479,09 VZÄe dem Nichtärztlichen Dienst angehörten (Anonym 2). Die Vergütung des Pflegedienstes sowie Funktions- und Medizinisch-Technischen-Dienstes erfolgt in Anlehnung an die entsprechenden Tabellen des Tarifvertrages des öffentlichen Dienstes. Das ärztliche Personal erhält mindestens den Tarif des Marburger Bundes.

Die Hochrechnung der Personalkosten erfolgte seit der Fusion im Jahr 2021 einmalig im Rahmen der Wirtschaftsplanung für 2022. Seitens der Geschäftsführung und der Konzernbereichsleitung für Personalwesen gibt es neue Forderungen für das Geschäftsjahr 2024. Die Bewertung der Personalkosten soll quartalsweise durchgeführt werden. Die geplanten Aufwendungen können den angefallenen Kosten gegenübergestellt werden, wodurch gegebenenfalls Maßnahmen zur Kosteneinsparung abgeleitet werden können. Ziel des Unternehmens ist eine wöchentliche Hochrechnung der Ausgaben für das Personal (Anonym 3).

4.2 Semistrukturiertes Experteninterview

4.2.1 Begründung der Wahl des Erhebungsinstrumentes

Aus der Forschungsfrage geht hervor, dass die klinische Planung und Hochrechnung der Personalkosten keinem Standard unterliegt (Gläser & Laudel, 2010, S. 63). Die Herangehensweise zur Erschließung des Untersuchungsfeldes erfolgte konkret-inhaltlich offen, wobei die Fragestellung zunächst abstrakt formuliert wurde. Im Verlauf der Forschung konnte diese konkretisiert werden (ebd. S. 268). Um einen Best-Practice-Ansatz entwickeln zu können, wurde eine qualitative Erhebungsmethode gewählt, da mit einem rekonstruktiven Verfahren ein praxis- und erfahrungsbezogenes Wissen erhoben werden kann. Mit einem quantitativen Erhebungsverfahren hätten die komplexen Zusammenhänge, welche in der Planung und Hochrechnung von Personalkosten angewendet werden, nicht generiert werden können, da vor der Datenerhebung unklar war, wie kongruent die praktische Umsetzung in den Kliniken ist (Baur & Blasius, 2014, S. 118 ff., 571).

Zur Datenerhebung wurde das semistrukturierte Experteninterview gewählt. Die Grundlage dafür bildete ein Leitfaden, der als Steuerungs- und Strukturierungselement fungierte (Misoch, 2019, S. 13, 65). Dieser wird in 4.2.2 Beschreibung des Erhebungsinstrumentes näher erläutert. Experteninterviews definieren sich durch eine spezielle Zielgruppe, die vorab mit Kriterien definiert werden muss (Baur & Blasius, 2014, S. 559 ff.). Für den Expertenstatus wurden folgende Merkmale festgelegt:

- Tätigkeit als Controller
- Bearbeitung der Personalkostenplanung und -hochrechnung
- Tätigkeit in einem Krankenhaus

Die Tätigkeit als Controller wurde gewählt, da die Personen spezielle Fachkenntnisse zu einem bestimmten Unternehmensbereich aufweisen und dahingehend bestmögliche Auskunft geben können. Die Bearbeitung der Personalkostenplanung und -hochrechnung stellte ein zusätzliches Kriterium dar, da im Fokus der Datenerhebung die Vorgehensweise zur Konzeption von Personalkosten sowie deren Hochrechnung stand. Aus dem thematischen Rahmen der Arbeit sowie der Forschungsfrage ergab sich das dritte Expertenmerkmal.

Das Ziel eines Experteninterviews ist das Generieren von speziellem Wissen aus einem spezifischen Unternehmensbereich. Im Fokus der Interviews mit den Personalcontrollern aus deutschen Krankenhäusern stand aufgrund dessen die Erhebung der Vorgehensweise und Strukturierung der Personalkostenplanung sowie -hochrechnung. Dieses Betriebswissen ermöglichte die Rekonstruktion der Prozesse (Misoch, 2019, S. 119 ff.).

„Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“

(Hopf 1993, S. 15)

Das semistrukturierte Experteninterview obliegt drei Grundprinzipien. Das Prinzip der Offenheit impliziert, dass der Leitfaden im Studienverlauf dynamisch gestaltet und angepasst werden kann. Zudem besteht die Möglichkeit, die Reihenfolge der Fragen individuell festzulegen. Die Bearbeitung aller Themen des Leitfadens am Ende der Befragung ist bedeutend. Das zweite Prinzip liegt in der Prozesshaftigkeit, da die Ermittlung von Deutungs- und Handlungsmustern erst im Verlauf der sozialen Interaktion im Rahmen eines Interviews erfolgt. Die Kommunikation beschreibt das dritte Prinzip. Während des Interviews empfiehlt es sich, das Sprachniveau an das des Experten anzupassen. Die Annäherung an ein Alltagsgespräch vermeidet zudem eine starre Abfrage des Fragenkatalogs aus dem Leitfaden und bringt den Interviewpartner in einen Redefluss, wodurch die Realitätsnähe der Aussagen stärker in den Vordergrund rückt (Misoch, 2019, S. 66 f.).

4.2.2 Beschreibung des Erhebungsinstrumentes

Zur Gestaltung und Strukturierung der Interviewsituation wurde ein Leitfaden entwickelt (Baur & Blasius, 2014, S. 560). Dieser diente als Grundlage der Befragung und stellte sicher, dass die untersuchungsrelevanten Daten erhoben werden (Gläser & Laudel, 2010, S. 111, 143). Auf Basis des theoretischen Wissens wurden zunächst Fragen formuliert, die Teilaspekte des Forschungsinteresses beinhalten. Nach kritischer Prüfung der Fragestellungen konnten diese nach inhaltlicher Zusammengehörigkeit und zeitlicher Abfolge sortiert werden. Daraufhin erfolgte eine weitere Bündelung nach Haupt- und Vertiefungsfragen (Baur & Blasius, 2014, S. 567). Für den Leitfaden wurden sieben Hauptfragen erarbeitet, die teilweise mit einer bis vier Vertiefungsfragen ergänzt wurden, um bezüglich nicht- oder unzureichend erläuterten Aspekten nachzufragen (ebd. S. 566). Bei der Gestaltung galt der Grundsatz „So offen wie möglich, so strukturiert wie nötig“ (Anlage 7) (ebd. S. 560).

Der finale Interviewleitfaden begann mit der Informationsphase. In dieser erhielt der Experte Informationen über den Interviewer sowie die Zielsetzung der Studie. Außerdem wurden Hinweise zur Interviewsituation und zum Umgang mit vertraulichen Daten sowie der Wahrung der Anonymität gegeben (Anlage 2) (Misoch, 2019, S. 68; Gläser & Laudel, 2010, S. 144). Mit der Unterzeichnung einer Einverständniserklärung zur Tonaufnahme des Interviews wurde die erste Phase beendet. Mit der darauffolgenden Aufwärm- und Einstiegsphase sollte der Beginn des Interviews für den Befragten erleichtert werden. Um einen Erzählfluss seitens des Experten zu erzeugen, wurde eine Erzählanregung gewählt, in der die Vorgehensweise der

Personalkostenhochrechnung in dem jeweiligen Klinikum beschrieben werden musste. Die Vertiefungsfrage zu dieser Hauptfrage bezog sich auf die Gliederung der Personalkosten (Misoch, 2019, S. 68).

„The first minutes of an interview are decisive. The interviewees will want to have a grasp of the interviewer before they allow themselves to talk freely and expose their experiences and feelings to a stranger.“

(Kvale, 2012, S. 55)

In der Hauptphase wurden die inhaltlich relevantesten Fragen gestellt (Misoch, 2019, S. 68). Begonnen hat die Phase mit der Faktfrage nach der Häufigkeit der Personalkostenhochrechnung. Daran schloss sich die Frage an, wann und von wem die Hochrechnungen der Personalkosten erfolgt. Dieser Komplex erhielt vier Vertiefungsfragen, die sich auf retrospektive Veränderungen und den Einsatz einer Software bezogen. Im Zentrum der dritten Phase stand die Erzählanregung, wie der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt wird. Darauf folgten drei Faktfragen, welche die Themen Zweck der Hochrechnung, geplante Anpassungen und Tipps bei der Neueinführung der Personalkostenhochrechnung umfassen. In der vierten Phase, der Ausklang- und Abschlussphase, sollte das Interview reflektiert werden. Der Experte erhielt die Möglichkeit, unerwähnte, aber bedeutsame Informationen der Befragung hinzuzufügen. Außerdem konnten Fragen seitens des Befragten an den Interviewer gestellt werden (Anlage 7) (Misoch, 2019, S. 68 f.).

Die Gestaltung des Leitfadens erfolgte übersichtlich, indem die Hauptfragen optisch hervorgehoben wurden und das Fragengerüst eine A4-Seite betrug. Dem Interviewer ist somit ein schnelles zurechtfinden in der Interviewsituation gewährleistet (Gläser & Laudel, 2010, S. 144 f.). Die Fragen wurden konkret vorformuliert, um dem Experten während des Interviews die nötige Sicherheit zu geben. Der Interviewer war indessen nicht verpflichtet, die Fragen in der zuvor formulierten Struktur zu verwenden. Zur Herstellung einer natürlichen Gesprächsatmosphäre konnte die Reihenfolge der Hauptfragen und den dazu gehörigen Vertiefungsfragen individuell gewählt werden. Dabei musste jedoch darauf geachtet werden, dass alle Themen angesprochen werden, um die Vergleichbarkeit der Interviews zu ermöglichen (Misoch, 2019, S. 66, 126; Gläser & Laudel, 2010, S. 144).

4.2.3 Vorgehen zur Datenerhebung

Die Ermittlung der potenziellen Interviewpartner erfolgte anhand der in 4.2.1 Begründung der Wahl des Erhebungsinstrumentes festgelegten Expertenkriterien und den Homepages von sächsischen Krankenhäusern. Die ausgewählten Personen erhielten ein informiertes Anschreiben per E-Mail, in dem allgemeine Angaben und das Forschungsinteresse verdeutlicht wurden (Anlage 1) (Gläser & Laudel, 2010, S. 159 f.). Angesichts der

Rückmeldungsquote wurde deutlich, dass die Anfrage häufig ignoriert wurde. Zudem führten geringe zeitliche Kapazitäten, die Unterbesetzung der Controllingabteilung oder die Angst vor unzureichendem Wissen zur Absage des Interviews (Kaiser, 2021, S. 91). Auf Grundlage dieser Vorgehensweise konnte ein Interviewteilnehmer generiert werden. Seitens der sächsischen Krankenhäuser der Maximalversorgung gab es keine Rückmeldung, weshalb die Anfrage an weitere Kliniken mit dieser Versorgungsstufe versendet wurde. Somit konnte der zweite Experte für die Datenerhebung gewonnen werden. Ein weiterer Interviewteilnehmer konnte durch persönliche Kontakte seitens eines Betreuers der Masterarbeit generiert werden. Außerdem erfolgte eine erneute Kontaktaufnahme per E-Mail mit Krankenhäusern. Der Befragungsradius wurde dafür auf die Bundesländer Bayern, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg erweitert. Die Bereitschaft zur Interviewteilnahme hatte daraufhin ein Experte.

Die Terminvereinbarung für die Interviews erfolgte per E-Mail, direkt mit dem Interviewteilnehmer oder dem jeweiligen Sekretariat. Die semistrukturierten Experteninterviews fanden ausschließlich als Einzelinterviews statt und wurden in der dienstlichen Umgebung der Befragten durchgeführt (Gläser & Laudel, 2010, S. 165). Aufgrund von zeitlichen Kapazitäten und räumlicher Distanz wurden zwei Interviews online durchgeführt. Um dem Face-to-Face-Interview möglichst nah zu kommen, fanden die Interviews in Form einer Videokonferenz statt (Kaiser, 2021, S. 59).

Um das Erhebungsinstrument, den Interviewleitfaden, zu optimieren, wurde vor der Datenerhebung ein Pretest durchgeführt. Die Konzernbereichsleitung des Personalwesens, welche die Personalkostenplanung der Erzgebirgsklinikum gGmbH umsetzt, stellte sich dafür zur Verfügung. Aus dem Pretest konnten Umformulierungen zur offeneren Fragengestaltung abgeleitet werden (Kaiser, 2021, S. 83). Zusätzlich konnten die technische Umsetzung sowie die Durchführung des Interviews getestet werden (Baur & Blasius, 2014, S. 299).

Während des Experteninterviews fand eine Tonaufzeichnung statt, um Informationsverluste zu umgehen. Der Interviewende konnte dadurch die Aussagen des Experten analysieren und prüfen, ob die Antworten ausreichend oder Nachfragen nötig sind (Gläser & Laudel, 2010, S. 157 f.).

Die Gestaltung der Interviewsituation erfolgte nach den in 4.2.1 Begründung der Wahl des Erhebungsinstrumentes genannten Grundprinzipien sowie den methodologischen Aspekten des qualitativen Interviews nach Lamnek & Krell, 2016, S. 332 (Tabelle 9):

Tabelle 9 Methodologische Aspekte des qualitativen Interviews

Prinzip der Zurückhaltung	Der Experte kann sich äußern.
Prinzip der Relevanzsysteme der Betroffenen	Die Wirklichkeitsdefinition des Experten ist gefragt.
Prinzip der Flexibilität	Auf die Bedürfnisse des Experten wird variabel eingegangen.
Prinzip der datenbasierten Theorie	Ziel des Interviews ist die Entwicklung von Theorien.
Prinzip der Explikation	Die getätigten Aussagen werden im Bezug zur Theorie interpretiert.

(in Anlehnung an Lamnek & Krell, 2016, S. 332)

Weiterführend könnte eine Machtrelation, durch die Zuschreibung des Expertenstatus für den Befragten, entstehen. Während der Befragungen lag ein hierarchisches Gefälle vor, da der Interviewer als Laie betrachtet wurde (Baur & Blasius, 2014, S. 572). Ausgehend von dieser Wahrnehmung bestand die Gegebenheit von ausführlicheren und detaillierteren Erläuterungen seitens des Experten (Bogner, Littig, & Menz, 2014, S. 52 f.).

Unmittelbar nach den einzelnen Befragungen wurde die Interviewsituation protokolliert, indem der Interviewer beispielsweise Informationen über den Experten und zum Gesprächsklima notierte. Außerdem enthielt das Protokoll Angaben über den Ablauf der Befragung und die Reaktionen des Experten, die eventuell für die Interpretation und Auswertung der Daten relevant sein können. Die Möglichkeit der wiederholten Kontaktaufnahme im Forschungsprozess wurde am Ende des Protokolls mit den Kontaktdaten notiert (Kaiser, 2021, S. 101 f.).

4.2.4 Aufbereitung des Datenmaterials

Die semistrukturierten Experteninterviews wurden mittels einer Audioaufzeichnung dokumentiert, welche dem Forscher in MP3-Format vorlagen (Baur & Blasius, 2014, S. 386). In den sieben Tagen nach der Durchführung der Interviews wandelte der Forscher die Audiodateien in Textdateien um, da diese die Grundlage für die folgende Inhaltsanalyse darstellten (Kaiser, 2021, S. 106 ff.). Dieses Vorgehen wird als Transkription bezeichnet (Baur & Blasius, 2014, S. 386, Misoch, 2019, S. 263). Die Interviews wurden vollständig transkribiert, da die getätigten Aussagen somit im Kontext erneut nachgelesen werden können und die Rekonstruktion des Prozesses vereinfacht (Gläser & Laudel, 2010, S. 193; Mayring, 2016, S. 89).

„The spoken flies away; the written abides.“

(O’Connell & Kowal, 1999, S. 103)

Jede Transkription erhielt einen Transkriptionskopf mit relevanten Informationen zum Interview. Dazu gehören beispielsweise:

- Gesprächsdaten zur Kommunikationssituation,
- Name des Transkribierenden sowie
- Ort und Dauer des Interviews (Misoch, 2019, S. 273 f.).

Zur Verschriftlichung der Daten fand die Standardorthografie Anwendung. Dabei wird die aktuell geltende Rechtschreibung angewendet und es erfolgt die Korrektur von dialektalen und volksmundartigen Ausdrücke, da der Inhalt der Interviews im Fokus der Erhebung stand (Mayring, 2016, S. 89 ff.; Misoch, 2019, S. 266). Die Transkriptionsregeln und das Transkriptionssystem, welches angewendet wurde, beziehen sich auf Kuckartz, 2016, S. 166-169. Zusätzlich wurden die Fragen kursiv veranschaulicht, um diese aus dem Text hervorzuheben (Kaiser, 2021, S. 115). Insgesamt erfolgte die Darstellung der Transkription in Zeilenform, da die mündliche Kommunikation inhaltlich analysiert werden sollte (Misoch, 2019, S. 272).

4.2.5 Methode zur Datenauswertung

Die Auswertung des gesammelten Datenmaterials erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser & Laudel, 2010. Diese Methode wird in vier Hauptschritte gegliedert (Tabelle 10).

Tabelle 10 Hauptschritte der Datenauswertung

Vorbereitung der Extraktion	Extraktion	Aufbereitung der Daten	Auswertung
<ul style="list-style-type: none">• Festlegung der auszuwertenden Texte• Festlegung der Analyseeinheiten	<ul style="list-style-type: none">• Filtern der Transkripte• Zuordnen von Kategorien	<ul style="list-style-type: none">• Reduzierung des Rohmaterials• Strukturierung der Daten nach inhaltlichen Aspekten	<ul style="list-style-type: none">• Beantwortung der Forschungsfrage

(Gläser & Laudel, 2010, S. 206-215, 229-231, 246-251)

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser & Laudel, 2010 wird nicht der gesamte Text „als geschlossene[...] Erzähleinheit“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 204) betrachtet, sondern das Material wird nach relevanten Informationen gefiltert, wobei die Position im Text nicht berücksichtigt wird. Für das systematische Vorgehen konnten alle Transkripte ausgewählt

werden (Anlage 8, Anlage 9, Anlage 10, Anlage 11). Als Analyseeinheiten wurden Absätze und in Ausnahmefällen Sätze festgelegt, wodurch eine sinnvolle Interpretation im Nachgang möglich ist. Für dieses Vorgehen zur Extraktion wurde während der Transkription darauf geachtet, dass Themenwechsel während einer Expertenantwort durch einen Absatzwechsel gekennzeichnet wurden (Gläser & Laudel, 2010, S. 209 f.).

Für die Extraktion wurden die Absätze oder Sätze mit forschungsrelevanten Informationen Kategorien zugeordnet und folglich in Form eines Extraktionsschemas extrahiert. Als Kategoriensystem dienten die bereits bei der Erstellung des Interviewleitfadens genutzten Ausprägungen (ebd. S. 212). Außerdem konnten neue Kategorien gebildet werden, wenn die Information aus den Transkripten dem bisherigen Kategoriensystem nicht eindeutig zugeordnet werden konnte (ebd., S. 217).

Zur Verbesserung der Qualität wurden die gesammelten Daten zusammengefasst und nach inhaltlichen Aspekten gegliedert. Dafür erfolgte die Neuanlage einer Datei, um die Zwischenschritte weiterhin nachvollziehen zu können. Die Strukturierung wurde für jede Auswertungskategorie nach den Techniken von Gläser & Laudel, 2010, S. 230 vorgenommen (Gläser & Laudel, 2010, S. 229 f.).

Da für die Datenerhebung eine geringe Anzahl an Interviews durchgeführt wurde, mussten für die Auswertung zuerst die Kausalmechanismen der einzelnen Fälle identifiziert werden. Darauf folgte eine vergleichende Analyse nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden, sowie der Ergebnisse mit den theoretischen Grundlagen (ebd. S. 246 ff.). Aus diesen Untersuchungen wurde der Best-Practice-Ansatz abgeleitet.

4.3 Gütekriterien qualitativer Forschung

Das Bestreben neuartiger Ansätze in der qualitativen Forschung beinhaltet das Ersetzen der klassischen Gütekriterien wie Validität und Reliabilität. Zur Gewährleistung der wissenschaftlichen Gültigkeit ist es dennoch notwendig, diese Kriterien in einem gewissen Umfang einzubeziehen. Philipp Mayring teilt die Ansicht, dass die klassischen Kriterien für die qualitative Forschung nicht anwendbar sind. Basierend darauf entwickelte der Soziologe sechs Gütekriterien, speziell für die qualitative Forschung (Lamnek & Krell, 2016, S. 144). Anhand dieser Maßstäbe, welche das Resultat aus der Vorgehensweise und Zielsetzung des Forschungsvorhabens darstellen, wird die Ergebnisqualität gemessen (Flick, 1987 zitiert nach Mayring, 2016, S. 140).

Das erste Gütekriterium der qualitativen Forschung, die Verfahrensdokumentation, fordert eine detaillierte Beschreibung des Forschungsvorgehens, um die Nachvollziehbarkeit des Prozesses für Dritte zu gewährleisten (Lamnek & Krell, 2016, S. 145). Der Vorgang ist

notwendig, da in der qualitativen Forschung keine standardisierten Erhebungsinstrumente angewendet werden, sondern das Instrument zur Datengenerierung entsprechend dem Forschungsgegenstand entwickelt wird (Kirk & Miller, 1986 zitiert nach Mayring, 2016, S. 144f.). Die Verfahrensdokumentation umfasst theoretisches Vorverständnis, die Gestaltung und Entwicklung der Analyseinstrumente sowie die Ausführung und -wertung der Datenerhebung (Mayring, 2016, S. 145).

Die theoretischen Erläuterungen für das Vorverständnis erfolgten in Kapitel 2 Theoretischer Hintergrund, woran sich das Kapitel 3 Ziel- und Fragestellung mit der Aufführung der Relevanz des Themas sowie des Forschungsziels anschloss. Die Begründung für das gewählte Erhebungsinstrument einschließlich der Entwicklung dessen sowie die Generierung und Aufbereitung des Datenmaterials mit anschließender Auswertungsmethodik wurden daraufhin in Kapitel 4.2 Semistrukturiertes Experteninterview und den Unterkapiteln beschrieben.

Die Argumentative Interpretationsabsicherung stellt das zweite qualitative Gütekriterium dar. In Anbetracht dessen müssen die dokumentierten Interpretationen für Dritte nachvollziehbar und argumentativ begründbar sein (Lamnek & Krell, 2016, S. 145; Terhart, 1987 zitiert nach Mayring, 2016, S. 145). Diese Voraussetzungen gewährleisten eine Gültigkeit und unterliegen folgenden Kriterien:

- Adäquates Vorverständnis zur Sicherung theoriebasierter Deutungen,
- Schlüssige und kohärente Interpretationen einschließlich Erläuterungen bei auftretenden Differenzen,
- Recherche und Prüfung alternativer Deutungen, „die Widerlegung von [...] Negativdeutungen kann ein wichtiges Argument der Geltungsbegründung von Interpretationen sein“ (Mayring, 2016, S. 145) (ebd.).

In den Kapiteln 5.1.1 Krankenhaus 1 bis 5.1.4 Krankenhaus 4 werden die Ergebnisse der Datenerhebung abgebildet. Der Vergleich mit den theoretischen Grundlagen erfolgt in 5.2 Ergebnisdiskussion und bildet die Grundlage für den in Kapitel 6 beschriebenen Best-Practice-Ansatz.

Das bedeutendste Gütekriterium für Philipp Mayring ist die Regelgeleitetheit, welche ein systematisches Vorgehen vorsieht. Im Fokus stehen die identischen Vorgehensweisen zur Datenerhebung und -auswertung. In Bezug auf die Auswertungsmethodik ist es erforderlich, vorab Analyseverfahren zu definieren sowie das Datenmaterial zu differenzieren und systematisch zu evaluieren. Die Bereitschaft zur Modifizierung des Vorgehens bleibt dennoch bestehen (Mayring, 2016, S. 145f.).

„Keine Regel ohne Ausnahme! Ohne Regeln jedoch wird qualitative Forschung wertlos bleiben.“

(Mayring, 2016, S. 146)

Als Grundlage der Datenerhebung diente für alle Experteninterviews der identische Interviewleitfaden mit Haupt- und Vertiefungsfragen. Diese Fragenarten wurden gleichermaßen als Auswertungskategorien genutzt und ermöglichten durch die schrittweise Bearbeitung der einzelnen Kategorien eine zielorientierte Ergebnisanalyse und Auswertung des Datenmaterials.

Das vierte Gütekriterium der qualitativen Forschung, die Nähe zum Gegenstand, gilt als methodologisches Grundprinzip und Leitgedanke. Dabei ist der Gang „ins Feld“ (Mayring, 2016, S. 146) und das Handeln in der Umgebung des Forschungsinteresses von Bedeutung. Durch Interessensannäherungen kann dem zuletzt genannten Aspekt am nächsten gekommen werden (ebd., Lamnek & Krell, 2016, S. 145).

Die Experten hielten sich zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung in den eigenen Büroräumen des Unternehmens auf. In zwei der vier Befragungen befand sich der Interviewer in seiner privaten Wohnung, da die Interviews, aufgrund einer großen räumlichen Distanz, in Form einer Videokonferenz stattfanden. Die Möglichkeit der Entstehung von Bedenken seitens des Experten bei einer derartigen Interviewdurchführung wurde seitens des Interviewers nicht festgestellt (Döring & Bortz, 2016, S. 366). Die zu erwartende Machtrelation zwischen den Interviewpartnern trat bei einem Interview auf. Trotz einer umfangreichen thematischen Einarbeitung seitens des Forschers kamen Unstimmigkeiten in Bezug auf Begrifflichkeiten auf und führten zu Missverständnissen in diesem Interview. (Baur & Blasius, 2014, S. 572; Anlage 11).

Das qualitative Gütekriterium der kommunikativen Validierung nimmt Bezug auf die Verständlichkeit des Messinstrumentes für die Befragten (Mayring, 2016, S. 147). Dafür werden die Ergebnisse seitens der Forschungsteilnehmer diskutiert und die Bestätigung dieser wird angestrebt (Heinze & Thiemann, 1982 zitiert nach Mayring, 2016, S. 147). Die Reintegration der Befragten stellt ein Argument zur Gewährleistung der Ergebnissicherheit dar (Scheele & Groeben, 1988 zitiert nach Mayring, 2016, S. 147).

Zur Überprüfung der Verständlichkeit des Interviewleitfadens fand ein Pretest mit einer den Experten ähnelnden Person statt. Auf Grundlage dessen wurden Anpassungen in der Fragenformulierung vorgenommen. Die Reintegration der Experten in die Ergebnis- und Interpretationsanalysen konnte jedoch infolge der zeitlichen Rahmenbedingungen zur Erstellung der Arbeit nicht durchgeführt werden.

Die Triangulation beschreibt das sechste Gütekriterium und umfasst die Erweiterung des Forschungsansatzes. Das Ziel besteht in einem umfangreichen Verständnis des Forschungsgegenstandes durch die Darstellung einer Diversität in den Lösungsansätzen, welche die vorab definierte Fragestellung gleichermaßen beantworten (Mayring, 2016, S. 147f.).

In Kapitel 5.2 Ergebnisdiskussion erfolgte die Gegenüberstellung der gewonnenen Ergebnisse mit den in Kapitel 2 Theoretischer Hintergrund aufgeführten grundlegenden Informationen sowie weiterführender Literatur.

Anhand der Anwendung der sechs Gütekriterien erfolgte die Qualitätssicherung der Forschungsergebnisse sowie der Auswertung und Ableitung des Best-Practice-Ansatzes.

4.4 Methodendiskussion

Die Grundlagen zur Erstellung des Interviewleitfadens bildeten theoretische Recherchen und Kenntnisse des Forschers. Daraus wurden Fragen formuliert und nach thematischer Zusammengehörigkeit gebündelt sowie gegliedert. Die Anwendung des CIPP-Evaluationsmodells nach Daniel L. Stufflebeam hätte sich als praktikable Methode zur Systematisierung des Erstellungsprozesses erwiesen. Das strukturierte Rahmenkonzept aus Kontext, Input, Prozess und Produkt fungiert als Rahmenbedingung für die Evaluation und ermöglichen eine wissenschaftliche Vorgehensweise (Stufflebeam, 2007). Die erste und für die Ergebnisse relevante Frage des Interviewleitfadens, nach der Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung, wäre gemäß dem CIPP-Evaluationsmodell erst in der Kategorie Prozess angemessen gewesen. Um den Experten in die Interviewsituation einzuführen, hätte sich die alternative Frage nach Einflussfaktoren in die Hochrechnung der zukünftigen Personalkosten geeignet.

Für die Datenerhebung wurde eine Zielgruppe von Experten ausgewählt, die definierte Kriterien erfüllen mussten. Das erste Merkmal bestand in der Tätigkeit als Controller. Diese Eigenschaft wurde zusätzlich in dem Anschreiben an die Krankenhäuser (Anlage 1) betont. Daraus lässt sich die Möglichkeit ableiten, dass die Anfrage von den Unternehmen missachtet wurde, in denen die Personalkostenplanung und -hochrechnung nicht von einem Controller durchgeführt wird; wie in der Erzgebirgsklinikum gGmbH. Das genannte Expertenkriterium wäre demnach nicht unabdingbar erforderlich gewesen. Mit dem Verzicht hätte außerdem potentiell eine höhere Anzahl an Interviewteilnehmer generiert werden können.

Die Kontaktaufnahme zu den ausgewählten Krankenhäusern erfolgte anhand der auf den Krankenhaushomepages ausgewiesenen Ansprechpartner in den Bereichen Personalwesen, Controlling oder Unternehmenskommunikation. In einigen Kliniken hingegen konnte die Herstellung eines Kontaktes ausschließlich über ein Kontaktformular passieren. Diese Formen

der Expertengenerierung zeigten, dass die Anfragen in den häufigsten Fällen nicht beantwortet wurden. Nach Gläser & Laudel, 2010 wird empfohlen, den ersten Kontakt schriftlich zu initiieren, wobei eine postalische Anfrage besonders empfehlenswert ist und die Seriosität des Forschungsvorhabens unterstreicht. Nach dem erwarteten Erhalt des Briefes, sollte ein Telefonat mit dem potenziellen Interviewpartner stattfinden, in welchem beispielsweise Nachfragen seitens des Experten sowie das Einholen der Einverständnis zur Interviewdurchführung getätigt werden. In dem telefonischen Gespräch besteht auch die Möglichkeit einer Interviewabsage mit einer entsprechenden Begründung (Gläser & Laudel, 2010, S. 160-163). Anhand der beschriebenen Art der Kontaktaufnahme hätten mehr Interviewteilnehmer generiert sowie die Rückmeldung jeder kontaktierten Einrichtung sichergestellt werden können.

Trotz der gewählten Kontaktmethode konnten Interviewteilnehmer aus jeder Versorgungsstufe von Krankenhäusern durch E-Mail-Benachrichtigungen generiert werden. Dies ermöglichte eine vielseitige Ergebnisdarstellung und vermied den Fokus auf eine Versorgungsstufe.

Insgesamt wurden die vier Experten zur Ermittlung der Vorgehensweisen der Personalkostenplanung und -hochrechnung in den jeweiligen Unternehmen befragt. Hinsichtlich der Teilnehmerzahl in der qualitativen Forschung ist ein Stichprobenumfang im ein- bis zweistelligen Bereich empfehlenswert (Döring & Bortz, 2016, S. 302). Aufgrund der zeitlichen Ressourcen der Arbeit fanden allein vier Interviews statt, da somit eine ordnungsgemäße Auswertung erfolgen konnte (Baur & Blasius, 2014, S. 277). Für zukünftige Forschungen in diesem Themengebiet ist der Einschluss weiterer Vertreter aus den Versorgungsstufen zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen würde auch Vergleiche innerhalb der entsprechenden Krankenhausversorger ermöglichen.

Die Audioaufzeichnung der Interviews fand mit dem Smartphone des Forschers statt und lag zur Transkription in einem MP3-Format vor. In wissenschaftlichen Interviews ist jedoch die Aufnahme mit einem Aufzeichnungsgerät vorgesehen (Gläser & Laudel, 2010, S. 158). Zusätzlich gefährdet die Tonaufzeichnung die natürliche Gesprächsatmosphäre und beeinflusst das Antwortverhalten des Experten. Es bestand die Möglichkeit, dass der Interviewte aufgrund der Aufzeichnung des Interviews sozial erwünschte Antworten äußerte oder relevante Informationen zurückhielt. Während der Interviewdurchführung achtete der Forscher auf derartige Verhaltensmuster und stellte fest, dass die Experten ihre Aufmerksamkeit nicht auf das Smartphone richteten und somit die Aufzeichnung der Befragung kein Hindernis darstellte (Gläser & Laudel, 2010, S. 157 f.).

Vor den Interviews fand für den Interviewer keine Schulung statt, wodurch unbewusste Fehler seitens des Interviewenden auftreten konnten. Der unerfahrene qualitative Forscher konnte

demnach keine Kenntnisse zu Interviewtechniken und -instrumenten aufweisen. Zusätzlich bestand die Herausforderung im nicht erlernten Umgang mit Interviewproblematiken, wozu beispielsweise das dominante Redeverhalten wie in Interview 1 (Anlage 8) oder das heterogene Begriffsverständnis wie in Interview 4 (Anlage 11) gehören (Döring & Bortz, 2016, S. 360, 362).

Während der Interviewdurchführung fanden die drei Grundprinzipien eines semistrukturierten Interviews Anwendung. Das Prinzip der Offenheit wurde durch zusätzliche Fragen, die sich in der Interviewsituation ergaben und bedeutend zum Verständnis des Kontext waren, umgesetzt. In Interview 2 entstand beispielsweise die Zusatzfrage „Also das ist dann wie eine Art Stellenplan, den Sie dann pflegen?“ (Anlage 9; B2, 2023, Z. 118), um ein besseres Verständnis für die Personalbedarfsplanung und -ermittlung des Unternehmens zu erlangen. In vereinzelt Situationen wurden auch Fragen ausgelassen, wenn die Antwort bereits in der Erklärung einer anderen Frage enthalten war. Das zweite Prinzip, die Prozesshaftigkeit, wurde verwendet, indem die Erfassung der Vorgehensweisen zur Planung und Hochrechnung der Personalkosten durch die durchgeführten Interviews passierte. Die Umsetzung des Prinzips der Kommunikation konnte teilweise erfüllt werden. Obwohl eine natürliche Gesprächsatmosphäre geschaffen werden konnte, erfolgte seitens des Interviewenden oftmals eine starre Abfrage des Fragenkatalogs aus Sicherheitsgründen. Die realitätsnahe Beschreibung der Prozesse in den Krankenhäusern wurde durch die Verwendung von Beispielen in den Interviews verdeutlicht (Anlage 8, Anlage 9, Anlage 10, Anlage 11).

Des Weiteren konnten während der Interviews die methodologischen Aspekte des qualitativen Interviews eingehalten werden. Der Interviewer ermöglichte den Experten, frei und ohne Unterbrechung zu sprechen. Zusätzlich erhielten die Befragten den Vorrang bei einem gleichzeitigen Beginn des Sprechens. Das Prinzip der Zurückhaltung wurde demnach eingehalten. Die Ausrichtung der Fragen auf die Erfahrungen der Experten bestätigt das zweite Prinzip nach der Relevanzsysteme der Betroffenen. Während des Forschungsprozesses wurde Flexibilität seitens der Interviewteilnehmer gefordert und erbracht. Der Interviewbeginn musste beispielsweise für ein Interview verschoben werden (Anlage 8, Anlage 12). Zugleich erstreckte sich das Interview wesentlich über die ursprünglich anvisierte Zeitdauer hinaus (Anlage 8). Das Prinzip der datenbasierten Theorie fand in der Form Anwendung, dass auf Grundlage der Forschungsergebnisse der Best-Practice-Ansatz entwickelt werden konnte. Zugleich erfolgte die Prüfung, ob die theoretischen Annahmen mit der praktischen Umsetzung konform sind. Das fünfte Prinzip der methodologischen Ansätze, die Explikation, wird in 5.2 Ergebnisdiskussion dargelegt und ist demnach auch ausgeführt.

In Anbetracht einer weiterführenden Forschung ist ein Mixed-Method-Ansatz in Betracht zu ziehen und ermöglicht die Veranschaulichung und ein besseres Verständnis des Unternehmensprozesses (Döring & Bortz, 2016, S. 184 f.). Das Handlungs- und Praxiswissen wird demnach mit der Einsicht in das bestehende System der Personalkostenplanung und -hochrechnung sowie die realitätsnahe Vorgehensweise erweitert. Die Beobachtung einer Simulation der Personalkostenhochrechnung könnte zusätzlich Verzerrungen bei der Wiedergabe der Wirklichkeit ausschließen, da während des Interviews die Vorgehensweisen aus der Erinnerung geäußert wurden. Eine Prüfung der Aussagen war demnach nicht möglich.

5 Ergebnisse

5.1 Vorstellung der befragten Krankenhäuser und deren Methoden der Personalkostenplanung und -hochrechnung

5.1.1 Krankenhaus 1

Das Krankenhaus 1 ist Bestandteil der deutschen Maximalversorger und wird unter öffentlicher Trägerschaft geführt (Anonym 4). Für die Betreuung von stationären und ambulanten Patienten in mehr als 30 Kliniken steht eine internationale Belegschaft, bestehend aus knapp 7.000 Mitarbeitern, zur Verfügung. Die Einrichtung bietet zudem Studierenden die Möglichkeit, die ärztliche Wissenschaft in den Bereichen Medizin oder Zahnmedizin zu erlernen. Darüber hinaus wird an zahlreichen Instituten in diesen Fachgebieten geforscht (Anonym 5). Daraus ergeben sich die Struktureinheiten des Krankenhaus 1, Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre. Dem hinzu kommt der Bereich Dritte, der beispielsweise für Kooperationen vorgesehen ist, aber in den Prozessbeschreibungen des Experten zu einem großen Teil ungeachtet blieb (Anlage 8; B1, 2023, Z. 146). Insgesamt verfügte der befragte Experte über ein umfangreiches Fachwissen und beschrieb die Prozesse im Unternehmen, auch zum besseren Verständnis, häufig mit Beispielen und zusätzlichen Erläuterungen.

Als Voraussetzung für die Planung der Personalkosten gelten in Krankenhaus 1 Kenntnisse über die Finanzierung von universitären Kliniken. Für Einrichtungen der Maximalversorgung ist die Leistungserbringung in der Krankenversorgung verpflichtend. Derartige Leistungen werden durch die Krankenkassen vergütet (Anlage 8; B1, 2023, Z. 93-96). Die Vergütung der Beschäftigten in der Struktureinheit Forschung und Lehre erfolgt in Form von Landeszuschüssen. Zur Ermittlung des Umfangs der Zuschüsse wird in Krankenhaus 1 das Integrationsmodell angewendet. Dafür bedarf es einer Nebenrechnung in Form der Trennungsrechnung, da oftmals keine eindeutige Differenzierung zwischen Beschäftigten in der Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre besteht (Anlage 8; B1, 2023, Z. 96-106). Der erste Schritt besteht in der Kostenermittlung und damit verbunden der individuelle Ein-

oder Ausschluss von Kostenarten. Für Mitarbeiter, die ausschließlich in der Forschung und Lehre tätig sind, fallen beispielsweise keine Nachtzuschläge an (Anlage 8; B1, 2023, Z. 109-120). Im zweiten Schritt erfolgt die Betrachtung der Struktureinheiten sowie die Durchführung einer Verhältnisrechnung, wenn Beschäftigte in zwei Organisationseinheiten tätig sind (Anlage 8; B1, 2023, Z. 130-133). Das Ergebnis bildet die Ist-Personalkosten im Bereich Forschung und Lehre ab, die seitens des Landes bezuschusst werden (Anlage 8; B1, 2023, Z. 143). Zusätzlich zu den Vergütungen durch die Krankenkassen und den Landeszuschüssen verfügt das Krankenhaus 1 über eigenmittelfinanzierte Anteile, wie beispielhaft Gebäude, für die Kredite notwendig sind (Anlage 8; B1, 2023, Z. 376-378).

Die Strukturierung der Personalkosten in Krankenhaus 1 erfolgt gemäß den Vorgaben der KHBV in Dienstarten (Anlage 8; B1, 2023, Z. 17-18). Hervorzuheben ist jedoch, dass der medizinisch-technische Dienst eine Untergliederung aufweist, die den naturwissenschaftlichen Dienst umfasst. Dieser beinhaltet beispielsweise Physiker und Biologen, die eine deutlich höhere Durchschnittsvergütung im Vergleich zu anderen Beschäftigten des medizinisch-technischen Dienstes aufweisen. In Anbetracht der potenziellen Verfälschung der Durchschnittskosten durch diese Differenz erfolgte die gezielte Ausgliederung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 253-263).

Anhand dieser Gliederung wird zudem die Ermittlung des Personalbedarfs auf Ebene der Struktureinheiten durchgeführt. Die Planung der Krankenversorgung erfordert die Erstellung einer Gewinn- und Verlust-Rechnung bezüglich der für die erforderlichen Leistungen benötigten Ressourcen. Durch die Leistungsplanung kann der notwendige Personaleinsatz ermittelt werden. Im Anschluss erfolgen klinik- und dienstartenbezogene VZÄ-Anpassungen (Anlage 8; B1, 2023, Z. 172-178). Derartige Modifikationen werden ebenso in der Planung für Forschung und Lehre berücksichtigt. Die Ursachen für Abweichungen liegen indes in spezifischen Projekten, Sondersachverhalten oder leistungsorientierten Mitteln (Anlage 8; B1, 2023, Z. 156-163). Die VZÄ-Planungen für beide Bereiche erfolgen, aufgrund der variierenden Durchschnittskostensätze, getrennt (Anlage 8; B1, 2023, Z. 179-180).

„[...] wie die Personalbesetzung dann stattfindet ist für die Personalkostenhochrechnung erstmal irrelevant.“

(Anlage 8; B1, 2023, Z. 289-290)

Für die jährliche Personalkostenplanung des Folgejahres sind dienstartenbezogene Durchschnittskostensätze zu ermitteln. Hinzu kommen separate VZÄ-Planungen in den drei Struktureinheiten, anhand derer Planungsgespräche, beispielsweise mit den Klinikdirektoren zur Umsetzbarkeit, stattfinden. Die daraus resultierenden Anpassungen werden nachträglich in die Planung eingearbeitet (Anlage 8; B1, 2023, Z. 3-4, 152-158, 188-196). Für die Planung

des Pflegedienstes muss zu den Betten- und Betreuungszahlen auf den Stationen auch die Refinanzierung des Personals durch das Pflegebudget beachtet werden. Zu diesem Sachverhalt erfolgt eine gesonderte Rechnung, aufgrund definierter Gegebenheiten, wie die Ausgliederung der Psychiatrie (Anlage 8; B1, 2023, Z. 322-332). Um die Planung auf Gesamthausebene vorzunehmen und einen unrealistischen VZÄ-Wert sowie damit verbundene fehlerhafte Personalkostenwerte zu vermeiden, dürfen die geplanten dienstartenbezogenen VZÄ-Werte in den Struktureinheiten nicht kumuliert werden (Anlage 8; B1, 2023, Z. 198-200). Die Begründung ergibt sich aus den Konsequenzen, die sich durch die unzureichende Besetzung von über 4.500 Planstellen im Versorgungskontext infolge des Fachkräftemangels ergeben. Auf Grundlage dieser Erkenntnis bildet das Krankenhaus 1 Abschlüsse, um eine betriebswirtschaftliche Planung vornehmen zu können. Das Unternehmen interveniert zusätzlich in den Planungsprozess, indem es die kumulierten VZÄ-Zahlen der Struktureinheiten auf Grundlage empirischer Erkenntnisse modifiziert und dementsprechend auch die Personalkosten anpasst. Außerdem vermeidet das Krankenhaus 1 durch die Eingriffe deutliche Plan-Ist-Abweichungen (Anlage 8; B1, 2023, Z. 220-231). Die Beendigung der Planungsphase erfolgt durch den Personalcontroller, indem dieser eine retrograde Rechnung sowie einen Abgleich der Personalkosten durchführt und das Ergebnis auf Validität und Plausibilität prüft (Anlage 8; B1, 2023, Z. 243-248).

„Das heißt, ich kontrolliere mich dann tatsächlich selber [...]“

(Anlage 8; B1, 2023, Z. 244-245)

Um eine valide Personalkostenplanung vorzunehmen, ist eine Personalkostenhochrechnung auf Gesamthausebene erforderlich. Die Terminologie für dieses Vorgehen lautet in Krankenhaus 1 auch Personalkostenprognose oder Forecast (Anlage 8; B1, 2023, Z. 9-11). Auf Basis der Ist-Personalkosten des zuletzt abgeschlossenen Monats erfolgt die dienstartenbezogene Hochrechnung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 20-21, 28). Der erste Schritt besteht in der Ermittlung der Kosten einer VZÄen pro Dienstart auf Grundlage der Gesamtpersonalkosten. Die höchsten Durchschnittspersonalkosten weist dabei der ärztliche Dienst auf (Anlage 8; B1, 2023, Z. 32-39). Daran schließen sich monatliche Kalkulationen zu Ein- und Austritten an. Einen erheblichen Einfluss darauf haben die im Juli und August vorgenommenen Absolventenübernahmen, die der Maximalversorger ermöglicht (Anlage 8; B1, 2023, Z. 40-42, 48-52). Weitere Einflussfaktoren auf das monatliche Vorgehen sind beispielsweise Sondereffekte, Umstrukturierungen oder betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten (Anlage 8; B1, 2023, Z. 53-54). Im abschließenden Schritt erfolgt die Multiplikation der Durchschnittspersonalkosten mit den durchschnittlichen VZÄen. In die Berechnung werden zusätzlich unterjährige Tarifsteigerungen, in Form abgestimmter und begründeter Werte, sowie Jahressonder- und sonstige Einmalzahlungen einkalkuliert (Anlage

8; B1, 2023, Z. 61-69). Für Hilfskräfte, wie beispielsweise Auszubildende, Bundesfreiwilligendienstler sowie studentische oder wissenschaftliche Aushilfen werden in Krankenhaus 1 separate Personalkostenhochrechnungen vorgenommen (Anlage 8; B1, 2023, Z. 281-284). Der identische Sachverhalt gilt für außertariflich vergütete Beschäftigte, zu denen die Chefarzte gehören. Die Begründung liegt in der realistischen Abbildung der Durchschnittspersonalkosten, die durch die gesonderte Hochrechnung gegeben ist. Hinsichtlich der Personalkostenplanung sind die Kosten wiederum den Kliniken zugeordnet (Anlage 8; B1, 2023, Z. 301-305, 447-448). Weitere Zwecke der Personalkostenhochrechnung sind die unterjährige Betrachtung des zu erwartenden Betriebsergebnis sowie zur Kapitalflussrechnung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 374-379).

Insgesamt wird der Hochrechnungsprozess quartalsweise, letztmalig im dritten Quartal zum Jahresende durchgeführt (Anlage 8; B1, 2023, Z. 22-23). Die Bearbeitung der Personalkostenplanung sowie -hochrechnung erfolgt durch das Personalcontrolling-Team, welches aus sieben Mitarbeitern besteht. Darunter befinden sich zwei Experten für die Pflegeplanung und das Pflegebudget sowie ein Spezialist zur Bearbeitung der Trennungsrechnung. Der Interviewpartner leitet das Team und trägt die Verantwortung für Abgaben aufgrund seiner Expertise (Anlage 8; B1, 2023, Z. 333-344, 349). Die Vorgehensweise besteht in Krankenhaus 1 seit zwölf Jahren und wurde seitens des interviewten Experten erarbeitet und bei Auffälligkeiten fortlaufend verbessert (Anlage 8; B1, 2023, Z. 354-358). Zusätzlich programmierte dieser eine Datenbank für die Bearbeitung der Planung und Hochrechnung, die jährlich „neu aufgesetzt“ (Anlage 8; B1, 2023, Z. 242) wird (Anlage 8; B1, 2023, Z. 359-362). Ein ähnliches IT-System soll aktuell für die Trennungsrechnung programmiert werden (Anlage 8; B1, 2023, Z. 335-337). Weitere Anpassungen sind aufgrund der geringen Plan-Ist-Abweichungen nicht vorgesehen. Ausschließlich die Einführung einer Software zur Abbildung des Gesamtprozesses mit einer Verknüpfung zur Software SAP⁵ könnte das vorhandene System ersetzen (Anlage 8; B1, 2023, Z. 388-393).

Hinsichtlich der Neueinführung der Personalkostenplanung und -hochrechnung rät das Krankenhaus 1 zu einer detaillierten Betrachtung der Struktureinheiten. Anhand grober Überlegungen können Vorahnungen getroffen werden. Die Kontaktaufnahme zu beispielsweise den einzelnen Kliniken ist jedoch unabdingbar, um Informationen zu Sondersachverhalten oder Änderungen in der Leistungserbringung zu generieren. Darüber

⁵ „SAP ist einer der weltweit führenden Anbieter von Software für die Steuerung von Geschäftsprozessen und entwickelt Lösungen, die die effektive Datenverarbeitung und den Informationsfluss im Unternehmen erleichtert“ (SAP b), o.J.).

hinaus sind Erfahrungswerte, ein gutes Bauchgefühl sowie „das Ohr an der Zeit“ (Anlage 8; B1, 2023, Z. 429) für die Planung von Bedeutung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 413-429).

„Ansonsten, es ist kein Hexenwerk“

(Anlage 8; B1, 2023, Z. 424)

Bezüglich der Ergebnisbetrachtung ist eine ganzheitliche Analyse erforderlich, in der nicht ausschließlich das betriebswirtschaftliche Ergebnis fokussiert wird. Eine erweiterte Perspektive entsteht durch die Integration des Dienstsystems in die vorliegende Planung, dessen Besetzung dem jeweiligen Leiter obliegt. Zusätzlich bedarf der Prozess einer Berücksichtigung von Sondersachverhalten (Anlage 8; B1, 2023, Z. 397-412).

5.1.2 Krankenhaus 2

Das Krankenhaus 2 ist ein sächsischer Schwerpunktversorger und zählt zu den größten Arbeitgebern der Region. Als akademisches Lehrkrankenhaus einer Universität der neuen Bundesländer, unter privater Trägerschaft, verfügt das Klinikum über eine Vielzahl medizinischer Fachbereiche. Dazu gehören beispielsweise chirurgische, geriatrische oder psychiatrische Fachrichtungen (Anonym 6; Anonym 7). Zusätzlich betreut das Krankenhaus eine dem angehörige Gesellschaft mit einer geringen Mitarbeiteranzahl und führt für diese beispielhaft quartalsweise Personalkosten-hochrechnungen durch (Anlage 9; B2, 2023, Z. 36-37). Für Tätigkeiten in diesem Aufgabenspektrum verfügt das Krankenhaus 2 über einen Personalcontroller, der sowohl die Personalkostenplanung als auch -hochrechnungen und damit verbunden die Erstellung von Forcasts erarbeitet (Anlage 9; B2, 2023, Z. 48-49).

Die Voraussetzung für derartige Berechnungen ist eine Personalbedarfsermittlung, die in Krankenhaus 2 unterschiedlich und mit verschiedenen Grundlagen passiert. Als Begründung wurden die Strukturvoraussetzungen genannt, die erfüllt werden müssen, aber heterogen sind. Als Beispiel gilt die Verordnung zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen, die ausschließlich in der Pflege Anwendung findet (Anlage 9; B2, 2023, Z. 93-97). Aufgrund dieser Gegebenheiten wird der Personalbedarf innerhalb der Fachbereiche ermittelt. Dem Pflegedirektor obliegt demnach die Verantwortung des Pflegedienstes. Die Ermittlung erfolgt einmal pro Jahr für die Wirtschaftsplanung, unter Berücksichtigung diverser Einflussfaktoren wie beispielsweise räumlichen Gegebenheiten und Gesetzmäßigkeiten. Im Anschluss legt die Bereichsleitung die Planung fest und übermittelt das Ergebnis, den Personalplan, der Personalabteilung. Diese erarbeitet aus den Plänen die Gesamt-VZÄe auf Dienstartenebene, die das Endergebnis sowie Idealbesetzung für das Krankenhaus 2 darstellt (Anlage 9; B2, 2023, Z. 98-106). Zur Veranschaulichung dessen werden die VZÄ-Anteile in einer Statistik auf Personenebene, in Form eines Stellenplans, strukturiert. Der Personalcontroller erfasst in dieser Übersicht Einflussfaktoren auf die VZÄ-Anteile wie beispielsweise Arbeitszeit-

änderungen, Elternzeit oder Langzeiterkrankungen. Zusätzlich erfolgt die Dokumentation von geplanten Ein- und Austritten, der Auszubildendenanzahl und intendierten Übernahmen. Durch das beschriebene Vorgehen ist eine Vorausschau in den Jahresverlauf möglich. Außerdem können monatliche Veränderungen festgestellt sowie das Erlangen der geplanten Idealbesetzung frühzeitig erkannt werden (Anlage 9; B2, 2023, Z. 107-114).

„Die Statistik ist heute wieder ganz anders als morgen, weil ich wieder eine Info bekommen habe [...]. Und so wird das dann immer fortgetragen und wirkt sich quasi auf die Hochrechnung jeden Monat wieder aus.“

(Anlage 9; B2, 2023, Z. 114-117)

Zu den Aufgaben des Personalcontrollers in Krankenhaus 2 gehören die monatlichen Personalkostenhochrechnungen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 11-12, 32). Die Gliederung der dafür benötigten Personalaufwände erfolgt nach der KHBV. Diese bestimmt einen Aufbau nach Dienstarten, weshalb jeder Mitarbeiter einer Dienstart zugeordnet werden muss. Anhand dessen finden die Verbuchungen auf die entsprechenden Kostenarten statt. Weiterführend unterscheidet das Krankenhaus 2 in Lohn- und Gehaltskosten, Sozialversicherungsbeiträge sowie sonstige Kosten, die beispielhaft für Fort- und Weiterbildungen entstehen. Auf Grundlage der abgerechneten Lohnarten des Lohnabrechnungssystems bildeten sich zusätzliche Konten. Deren Verbuchung erfolgt gleichermaßen nach der KHBV (Anlage 9; B2, 2023, Z. 17-26).

„Das ist alles ganz streng festgelegt“

(Anlage 9; B2, 2023, Z. 27)

Die Personalkostenhochrechnung erfolgt am Anfang eines jeden Monats, nach dem Buchungsschluss des Vormonats (Anlage 9; B2, 2023, Z. 34). Die tatsächlich gebuchten Kosten eines abgeschlossenen Buchungsmonats, auch Ist-Kosten genannt, bilden daraufhin die Basis für den Prozess. Dem hinzu kommen die abgerechneten Vollkräfte mit den entsprechenden Kosten, deren Übereinstimmung verpflichtend ist. Der genannte Sachverhalt nimmt Bezug auf Beschäftigte, die beispielsweise aufgrund einer Langzeiterkrankung für einen definierten Zeitraum weniger oder kein Entgelt beziehen. Daraus resultieren Anpassungen der VZÄ-Anteile und Personalkosten (Anlage 9; B2, 2023, Z. 3-9). Für die Hochrechnung werden die vorgeschriebenen Konten der KHBV sowie die mit Personalkosten zusammenhängenden zusätzlichen Konten verwendet. Dies umfasst zum Beispiel die betriebsärztliche Untersuchung, Berufsgenossenschaftsbeiträge und spezielle Umlagen (Anlage 9; B2, 2023, S. 49-54).

Die Hochrechnung des ärztlichen Dienstes erfolgt in Krankenhaus 2 gesamt für alle betreffenden Berufsgruppen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 220). Für das Vorgehen stehen

Benchmarks⁶ zur Verfügung, welche die Durchschnittskosten pro Dienstart darstellen. Zur Gewährleistung höchster Präzision und zur Vermeidung einer Überrepräsentation hoher Kosten erfolgen separate Berechnungen. Zum Beispiel wird der hohe Benchmark bei einem Aufbau von Assistenzärzten und einem gegenüberstehendem Abbau eines Oberarztes nicht benötigt. Für einen derartigen Sachverhalt wird der tatsächliche Aufbau berechnet und damit verbunden eine genaue Abbildung der Personalkosten gewährleistet (Anlage 9; B2, 2023, Z. 228-233). Im Gegensatz dazu werden für die Einstellung eines Chefarztes höhere Kosten als der definierte Benchmark geplant, um nicht zu geringe Kosten abzubilden (Anlage 9; B2, 2023, Z. 236-237). Aufgrund der hohen Auswirkungen der Summen im ärztlichen Dienst auf die Personalkostenhochrechnung ist die monatliche Betrachtung von Bedeutung. In den verbleibenden Dienstarten bleibt der Mittelwert in Krankenhaus 2 nahezu konstant, weshalb die Benchmarks sehr gut angewendet werden können (Anlage 9; B2, 2023, Z. 221-222, 237-239). Zusätzlich erfolgen im ärztlichen Dienst die meisten Korrekturen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 220-221).

Seitens des Personalcontrollers erfordert die Hochrechnung der Personalkosten umfangreiche Kompetenzen. Dies trifft beispielhaft in Bezug auf die Berücksichtigung von Effekten zu, die bereits gebucht oder noch zu erwarten sind. Derartige Effekte, wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld, müssen abgebildet werden. Die Hochrechnung kann nicht pauschalisiert werden, da die einmalige Auszahlung eines Betrags im Januar, hochgerechnet, eine deutlich höhere Summe ergibt, als wenn die Zahlung zu einem späteren Zeitpunkt im Jahr passiert. Außerdem erfolgen die Berechnungen jährlich und individuell anhand des entsprechend gültigen Tarifvertrags. Einen weiteren Effekt stellen tarifliche Stufensteigerungen dar, die in der Personalkostenhochrechnung Beachtung finden. Erfolgt eine derartige Situation unterjährig, bedarf es besonderer Beachtung in den Berechnungen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 165-168). Um eine annähernd genaue Personalkostenhochrechnung abbilden zu können, berücksichtigt Krankenhaus 2 derartige Effekte und trifft jährliche Überlegungen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 12-13, 67-77, 171-172). Zusätzlich finden monatliche Abstimmungen zu der beschriebenen Thematik mit dem kaufmännischen Controlling statt, da die erkennbaren Effekte einen Einfluss auf deren Arbeit haben können (Anlage 9; B2, 2023, Z. 54-56).

Insgesamt wird mit jedem zusätzlichen Monat die Hochrechnung sowie Abbildung des Jahres realistischer abgebildet (Anlage 9; B2, 2023, Z. 10-11). Der Abschluss einer Personalkostenhochrechnung in den Sommermonaten bildet außerdem die Basis der Personalkostenplanung für das folgende Wirtschaftsjahr (Anlage 9; B2, 2023, Z. 41-45).

⁶ Benchmarks dienen dem Vergleich mit anderen Unternehmen oder als Maßstab. Kennzahlen, wie Kostendaten, werden hinsichtlich des Benchmarkings im Personalmanagement eingesetzt (Haufe Group, o.J.).

Die Vorgehensweise wird seit etwa fünf Jahren im Unternehmen angewendet und ist seitdem nahezu identisch. Veränderungen gibt es ausschließlich durch die abweichenden Jahresabläufe, beispielsweise aufgrund von Tarifabschlüssen. Dafür sind individuelle und manuelle Korrekturen vorzunehmen, da Tarifverträge bereits abgeschlossen sein können, jedoch noch nicht umgesetzt sind. Unter der möglichen Voraussetzung, dass dem Krankenhaus 2 zum Planungszeitpunkt kein Tarifabschluss vorliegt, können begründete Planwerte für buchhalterische Zwecke verwendet werden (Anlage 9; B2, 2023, Z. 58-67). Die Hochrechnung erfolgt in Anwendung einer „gebaut[en]“ (Anlage 9; B2, 2023, Z. 83) Microsoft Excel®-Datei mit Automatismen, in die das manuelle Eingreifen durch den Personalcontroller möglich ist. Die dafür benötigten Daten entstammen dem Lohnabrechnungsprogramm P&I LOGA®⁷ und dem Krankenhausinformations-system SAP® (Anlage 9; B2, 2023, Z. 80-83). Zur Identifikation von Schwankungen erfolgt beispielhaft die Betrachtung der Kostenarten auf Personenebene in P&I LOGA® (Anlage 9; B2, 2023, Z. 85-90). Das zuletzt genannte Programm soll zukünftig über die Funktion einer Personalkostenhochrechnung verfügen. Aufgrund der ständigen Abbildung individueller Effekte, die auch außerhalb des Lohnabrechnungsprogramms passieren, sowie der bisherigen Genauigkeit der Forecast-Erstellung, präferiert Krankenhaus 2 die menschlichen Kompetenzen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 181-194).

Anhand der Hochrechnungen finden monatliche Prüfungen der Zielerreichung statt. Damit einher gehen die Ermittlung von Gründen und Ableitung von Maßnahmen sofern das Ziel verfehlt wurde, da die Personalkosten im direkten Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen. Der beschriebene Sachverhalt besteht beispielsweise bei der Abnahme stationärer Eingriffe in einem Fachgebiet aufgrund der Änderung gesetzlicher Bedingungen, die präventive Behandlungen fördern. Aus diesen Gegebenheiten kann die Eröffnung eines Spezialgebietes zur Erfüllung von Bedingungen geschlussfolgert werden. Derartige Situationen sowie die Hochrechnung dessen fließen in die Wirtschaftsplanung ein und gestalten die Zukunft des Krankenhaus 2 (Anlage 9; B2, 2023, Z. 122-138). Zusätzlich führt das Unternehmen Soll-Ist-Vergleiche in monatlichen Abständen durch. Den ermittelten Plan-VZÄ-Zahlen werden dafür die Ist-Daten gegenübergestellt. Aus der Erkenntnis eines beispielsweise zu geringen Personalbestands können wiederkehrend Maßnahmen, wie die Einstellung neuer Mitarbeiter oder ein Leistungsnachlass begründet werden (Anlage 9; B2, 2023, Z. 141-152).

Das Krankenhaus 2 sieht für die Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung keine Änderungen vor, da das erarbeitete System als „sehr ausgereift“ (Anlage 9; B2, 2023, Z. 158) gilt und die Personalkosten realistisch abbildet (Anlage 9; B2, 2023, Z. 178-179). In der nahen

⁷ P&I LOGA® „[...] ist eine modular aufgebaute Software, welche in vielen Bereichen der Personalverwaltung und -abrechnung genutzt werden kann“ (ZV DIKOM, 2020).

Vergangenheit wurde einzig ein System für die Korrekturen zur Prozessoptimierung entwickelt (Anlage 9; B2, 2023, Z. 157-161).

„Das System ist grundsätzlich das Gleiche und es wird auch sicher so bleiben, weil es die realistischste Abbildung ist.“

(Anlage 9; B2, 2023, Z. 178-179)

Hinsichtlich der Etablierung einer Personalkostenhochrechnung in einem Unternehmen rät das Krankenhaus 2 zu einer zielgerichteten Kommunikation. Außerdem empfiehlt sich eine enge Vernetzung in der Abteilung und besonders zur Sachbearbeitung und Lohnabrechnung, da deren Aufgaben in die Hochrechnung eingreifen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 198-206).

„Das ist halt eine wichtige Grundvoraussetzung auch, dass diese Kommunikation da ist. Das muss erst mal eine Basis sein, damit man wirklich an die ganzen Infos als Personalcontroller rankommt.“

(Anlage 9; B2, 2023, Z. 200-202)

Die erforderlichen Daten für den Personalcontroller zur Hochrechnung der Personalkosten umfassen sämtliche Einflussfaktoren auf Personalkosten. Demnach reichen diese von Gehaltserhöhungen über Arbeitszeitänderungen bis hin zu Ein- und Austritten und sollten dem Bearbeiter fortlaufend berichtet werden (Anlage 9; B2, 2023, Z. 213-215). Zusätzlich besteht die Empfehlung zu monatlichen Betrachtungen der durchschnittlichen Personalkosten, da auf Grundlage dessen weiterführende Hochrechnungen passieren. Außerdem erlangt der Personalcontroller somit Kenntnisse zum aktuellen Stand und bevorstehenden Änderungen. Der dritte Ratschlag besteht hinsichtlich der genauen Betrachtung von Korrekturen, da diese erhebliche Auswirkungen auf Kostensummen haben (Anlage 9; B2, 2023, Z. 207-211).

5.1.3 Krankenhaus 3

Das Krankenhaus 3 ist ein dem Landkreis angehöriges Unternehmen und versorgt jährlich rund 35.000 ambulante und stationäre Patienten. Die Leistungserbringung erfolgt in den neun Fachkliniken, zu denen beispielsweise die Innere Medizin und Frauenheilkunde gehören, sowie dem Gesundheits-zentrum. Für die Versorgung stehen mehr als 300 Betten zur Verfügung sowie zusätzliche tagesklinische Plätze (Anlage 10; B3, 2023, Z. 20; Anonym 8). Dementsprechend ist das Krankenhaus 3 der Regelversorgung zugeordnet (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, 2022). Weiterführend entschied die Unternehmensleitung den Austritt aus dem Arbeitgeberverband und wodurch Krankenhaus 3 keiner Tarfbindung, mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes, unterliegt. Dies hat zur Folge, dass für alle Mitarbeiter individuelle Verträge vorliegen (Anlage 10; B3, 2023, Z. 13-14). Außerdem erfolgt gegenwärtig die Implementierung des Personalcontrollings innerhalb

der Unternehmensstruktur, wodurch systematische Analysen, etwa hinsichtlich Fehlzeiten oder VZÄ-Zahlen, ermöglicht werden (Anlage 10; B3, 2023, Z. 73-74, 99).

Aufgrund der erwähnten Neueinführung des Personalcontrollings in Krankenhaus 3 sind aktuell keine regelmäßigen Vorgehensweisen, wie beispielhaft für Personalkostenhochrechnungen, vorhanden (Anlage 10; B3, 2023, Z. 3, 7-8).

„Ansonsten sind das aktuell eher ad-hoc-Abfragen, um ehrlich zu sein“

(Anlage 10; B3, 2023, Z. 7)

Für die Wirtschaftsplanung des Folgejahres führt der Experte im Sommer eine einmalige Personalkostenhochrechnung durch (Anlage 10; B3, 2023, Z. 6, 68, 85). Im Rahmen dessen finden außerdem Abstimmungen zu zukünftigen Vorhaben statt (Anlage 10; B3, 2023, Z. 27-28). Die Gliederung der Personalkosten erfolgt im Unternehmen nach Dienstarten (Anlage 10; B3, 2023, Z. 12). Die Personalkostenhochrechnung hingegen passiert zu einem großen Teil auf Mitarbeiterebene, da die Beschäftigten des Unternehmens individuelle Verträge und keine einheitlichen Steigerungsfaktoren aufweisen. Als positiver Aspekt dieses Umstandes wird der erhöhte Handlungsspielraum betrachtet. Dem gegenüber steht die erschwerte Personalkostenprognose, die aufgrund der Individualität nahezu nicht möglich ist. Mitunter muss das Krankenhaus 3 „so prognostizieren, dass das Ergebnis [...] passt“ (Anlage 10; B3, 2023, Z. 18-19) (Anlage 10; B3, 2023, Z. 15-19, 37-38). Für die Hochrechnung besteht teilweise die Möglichkeit einer Clusterbildung gemäß der Tarif- oder Vergütungssystematik (Anlage 10; B3, 2023, Z. 25-26, 37-41). Dem hinzu kommt der dauerhafte Neubeginn der Hochrechnung, wofür zeitaufwendige Abfragen zu den Ist-Kosten, tariflichen Rahmenbedingungen sowie geplanten Anpassungen der Entgeltsystematik erforderlich sind (Anlage 10; B3, 2023, Z. 87-92). Eine weitere Schwierigkeit stellte die Datengrundlage für die Hochrechnungen dar. Die Umstellung des Lohnprogramms auf die Software P&I LOGA[®] ermöglicht jedoch zukünftig einheitliche und fortlaufende Daten und damit verbunden regelmäßige Personalkostenprognosen (Anlage 10; B3, 2023, Z. 42-44, 70-71).

Die Ermittlung des erforderlichen Personalbedarfs erfolgt mit einer Stellenübersicht, da ein Stellenplan noch nicht ausgearbeitet wurde. Für den Prozess ergibt sich die Frage nach der Besetzung der Stellen anhand der Ist-VZÄen. Bei Abweichungen wird eine Nachbesetzung geplant. Ein analoger Prozess findet beispielsweise bei der Etablierung eines Unternehmensbereichs Anwendung. Die dahingehende Neu- oder Nachbesetzung erfolgt auf Grundlage der Ermittlung der erforderlichen Qualifikationen für die entsprechenden Positionen in den Dienstarten. Demnach ist auch die Personalbedarfsermittlung sehr individuell (Anlage 10; B3, 2023, Z. 110-118).

Das Erarbeiten und Dokumentieren des Personalkostenhochrechnungsprozesses erfolgt gegenwärtig mittels Microsoft Excel®. Das Krankenhaus 3 beabsichtigt, auch zukünftig dieses Format beizubehalten, wenngleich die Lohnabrechnungssoftware Loga einer derartigen Funktion obliegt. Die Ursache liegt in der bisher fehlenden Grundlage des Stellenplans (Anlage 10; B3, 2023, Z. 104-108).

„Loga hat ja die Personalkostenhochrechnung auch als Teil des Programms, ich glaube aber nicht, dass wir das vordergründig damit einführen werden, weil das auch noch viele andere Parameter erstmal voraussetzt, [...], und so weit sind wir einfach noch nicht.“

(Anlage 10; B3, 2023, Z. 104-108)

Mit der Implementierung des Personalcontrollings verfolgt Krankenhaus 3 das Ziel, „vorausschauend und strategisch arbeiten zu können“ (Anlage 10; B3, 2023, Z. 134). Die künftige Bereitstellung aussagekräftiger und valider Basisdaten durch die Software P&I LOGA® stellt die Grundlage für eine derartige Vorgehensweise dar. Der Experte beabsichtigt ergänzend die Konzeption eines Microsoft Excel®-Systems für die Planung und Hochrechnung der Personalkosten, um eine kontinuierliche Bearbeitung zu ermöglichen. Die daraus resultierende Darstellung eines Forcasts kann wiederum als Grundlage für weiterführende Analysen dienen. Die Realisierung des Vorhabens erfordert eine periodische Bearbeitung gemäß eines vorab definierten Rhythmus‘ als grundlegende Voraussetzung (Anlage 10; B3, 2023, Z. 124-135). Anschließend sollen, nach Rücksprache mit der Geschäftsführung, quartalsweise Personalkostenhochrechnungen stattfinden (Anlage 10; B3, 2023, Z. 68-72).

Hinsichtlich der Einführung des Personalcontrollings in ein Unternehmen rät das Krankenhaus 3 zur Berücksichtigung von Vorgaben seitens der Geschäftsleitung sowie einem regelmäßigen Austausch (Anlage 10; B3, 2023, Z. 139-140). Der Aspekt der Kommunikation ist allumfänglich von Bedeutung und gilt gleichermaßen für die Entwicklung von Auswertungen, wie beispielsweise der Überstunden von Beschäftigten. Dafür sollten Abstimmungen mit den betreffenden Mitarbeitern getätigt und der Verwendungszweck vorab geklärt werden. Trotz der gemeinschaftlichen Absprachen bedarf es jedoch Selbstreflektion (Anlage 10; B3, 2023, Z. 142-154).

5.1.4 Krankenhaus 4

Der zuletzt befragte Experte ist Personalcontroller einer Unternehmensgruppe mit sieben Unternehmen. Diesem gehören unter anderem Rettungsdienste, ein medizinisches Dienstleistungszentrum und ein Krankenhaus mit zwei Standorten, welches gleichzeitig die größte Gesellschaft darstellt, an (Anlage 11; B4, 2023, Z. 7-9). Das Krankenhaus 4 ist der Regelversorgung sowie dem Landkreis zugehörig und steht demnach unter öffentlicher Trägerschaft (Anlage 11; B4, 2023, Z. 123). Zusätzlich dienen die Krankenhausstandorte als

akademische Lehrkrankenhäuser einer ostdeutschen Universität (Anonym 9, siehe Band 2). Die Personalabteilung des Konzerns ist zentralisiert für alle Gesellschaften. In dieser ist auch das Personalcontrolling vertreten und führt beispielsweise Personalkostenplanungen durch (Anlage 11; B4, 2023, Z. 9-12).

Die Personalkosten sind in Krankenhaus 4 in den ärztlichen und nichtärztlichen Dienst differenziert. Dem nichtärztlichen Dienst obliegt eine weitere Gliederung nach Dienstarten. Zusätzlich ist die Konzernverwaltung dem Krankenhaus 4 zugeordnet, für die jedoch eine gesonderte und detailgenaue Hochrechnungen stattfindet (Anlage 11; B4, 2023, Z. 58-61).

Für die beispielhaft genannte Aufgabe des Personalcontrollers, die Personalkostenplanung, ist die Zuarbeit seitens des Krankenhaus 4 in Form eines Formblattes erforderlich, aus dem die Planung des Folgejahres hervorgeht. Der erste Teil umfasst strukturelle Gegebenheiten wie den Personalbestand mit geplanten Änderungen sowie die mögliche Eröffnung oder Schließung einer Abteilung. Daran schließen sich Aspekte zu den Personalkosten an. Ein möglicher Bestandteil ist die Anwendung oder der Wegfall eines Tarifvertrages und die damit verbundenen Änderungen der Personalkosten. Im dritten Teil können sonstige Anmerkungen getätigt werden (Anlage 11; B4, 2023, Z. 16-24). Bis Ende Mai erfolgt die Fertigstellung des Formblattes seitens Krankenhaus 4 und wird anschließend dem Personalcontroller für die Planung vorgelegt (Anlage 11; B4, 2023, Z. 15, 28-29). Der erste Schritt für die Personalkostenplanung besteht daraufhin in der Ermittlung des Personalbestandes. Dafür werden die im Formblatt aufgeführten geplanten Änderungen eingearbeitet. Auf Grundlage des Ergebnisses erfolgen bis Ende November Verhandlungen, aus denen sich stetige Anpassungen ergeben (Anlage 11; B4, 2023, Z. 35-42). In diesem Zeitraum ist der Personalcontroller im engen Austausch mit der Verwaltungsleitung (Anlage 11; B4, 2023, Z. 51-53). Die daraus resultierende Personalzahl dient als Basis für die Wirtschaftsplanung sowie Verhandlungen mit diversen Trägern, wie den Krankenkassen betreffs der Pflegeverhandlungen (Anlage 11; B4, 2023, Z. 43-44, 125-126). Zusätzlich erhalten die Personengruppen mit finanzieller Beteiligung Einsicht in die Planung der Personalkosten (Anlage 11; B4, 2023, Z. 129-130). Insgesamt erfolgt die Bearbeitung des Prozesses in der Software Microsoft Excel®, da die Planung sehr detailreich und individuell ist (Anlage 11; B4, 2023, Z. 33-34). Zusätzlich verwendet Krankenhaus 4 die Software Corporate Planning zur Veranschaulichung der Entwicklung von Personalkosten und VZÄ-Zahlen. Daraus können wiederum Gründe für starke Mehrausgaben abgeleitet werden (Anlage 11; B4, 2023, Z. 145-149).

„Corporate Planning ist eine Software, die nutzen inzwischen einige Unternehmen in Deutschland, aber da gibt es ja Hunderte. So können die Geschäftsführer auf einen Blick besser sehen, wo stehen wir denn.“

(Anlage 11; B4, 2023, Z. 150-152)

Die für die Personalkostenplanung benötigte Personalbedarfsermittlung ist Aufgabe der jeweiligen Leiter. Bezüglich des Pflegedienstes trägt beispielhaft der Pflegedirektor die Verantwortung und berechnet den Bedarf auf Grundlage der Pflegepersonaluntergrenzen und Anzahl der Betten pro Station. Die Leistungen werden hingegen nicht in die Betrachtung einbezogen. Eine Unsicherheit seitens des interviewten Experten bestand hinsichtlich der Annahme einer Vollbelegung oder 90 prozentigen Auslastung (Anlage 11; B4, 2023, Z. 102-106). Für die Personalbedarfsermittlung im ärztlichen Dienst beauftragt Krankenhaus 4 einen externen Gutachter. Dieser berechnet auf Grundlage der geplanten Leistungserbringung die notwendigen Ärzte unter Berücksichtigung der Arbeitszeit- und Bereitschaftsdienstabdeckung. Das Ergebnis dient anschließend als Basis für weitere Planungen und Berechnungen (Anlage 11; B4, 2023, Z. 107-110).

Ein weiterer Bestandteil des Aufgabenspektrums des Personalcontrollers in Krankenhaus 4 ist die Personalkostenhochrechnung (Anlage 11; B4, 2023, Z. 79). Die Hochrechnung zur Ermittlung des erwarteten Betriebsergebnis zum Jahresende erfolgt quartalsweise oder häufiger, insbesondere in finanziell kritischen Situationen. Dieses Vorgehen passiert auf Grundlage einer bestehenden Planung (Anlage 11; B4, 2023, Z. 69-73). Nach dem Abschluss eines Quartals werden zur Erstellung des Forecast die Grunddaten aus dem Abrechnungssystem SAP® herangezogen. Diese ermöglichen zusätzlich eine zukünftige Betrachtung, beispielsweise der Entgeltstufen (Anlage 11; B4, 2023, Z. 97-99). Anhand der abgerechneten Ist-Daten erfolgt ein händisches Vorgehen zur Forecast-Erstellung auf Dienststartenebene (Anlage 11; B4, 2023, Z. 137-140, 61). Dabei ist anzumerken, dass nicht jede Dienststart einzeln hochgerechnet wird und für den Pflegedienst eine Clusterung nach Entgeltgruppen und -stufen vorgesehen ist (Anlage 11; B4, 2023, Z. 63, 86-87). Zusätzlich stehen Sondersachverhalte wie Jahressonderzahlungen unter besonderer Beachtung. Hinsichtlich buchhalterischer Aspekte wird die genannte Einmalzahlung monatlich abgegrenzt und demnach linear als Personalkosten hochgerechnet. Für die Liquidität hingegen „ist es natürlich wichtig, die als Spitze darzustellen“ (Anlage 11; B4, 2023, Z. 204-205). In Bezug auf derartige Sachverhalte bedarf es im Unternehmen frühzeitige Verständigung und Absprachen (B4, 2023, S. 203-205). Die 200 bis 300 Beschäftigten im ärztlichen Dienst werden außerdem separat, aufgrund von individuellen Absprachen, hochgerechnet (Anlage 11; B4, 2023, Z. 90-92).

„Da geht es ja auch um richtig viel Geld am Ende.“

(Anlage 11; B4, 2023, Z. 91)

Des Weiteren führt Krankenhaus 4 monatliche Plan-Ist-Vergleiche durch, die in der Software SAP® abgebildet werden können. Die Veröffentlichung der gegenüberstellenden Analyse der im Programm ausgewerteten Ist-Kosten im Vergleich zu den geplanten Kosten erfolgt in monatlichen Abständen im Krankenhausreport. Derartige Vergleiche werden aufgrund der kontinuierlichen Anpassungen nicht mit hochgerechneten Personalkosten durchgeführt (Anlage 11; B4, 2023, Z. 133-136, 141).

Die beschriebenen Vorgehensweisen der Personalkostenhochrechnung und -planung werden in Krankenhaus 4 seit sechs Jahren angewendet (Anlage 11; B4, 2023, Z. 81-82). Ausschließlich die Hochrechnung einzelner Mitarbeiter wurde in diesem Zeitraum eliminiert und durch Prognosen anhand von Durchschnittskostensätzen ersetzt (Anlage 11; B4, 2023, Z. 85-89). Weitere Anpassungen sind zukünftig nicht geplant (Anlage 11; B4, 2023, Z. 167).

In Bezug auf die Implementierung der Personalkostenhochrechnung empfiehlt Krankenhaus 4 die Etablierung eines regelmäßigen Vorgehens. Die periodische Darstellung in monatlichen Abständen gewinnt an Relevanz, um Spitzenwerte zu identifizieren. Dies trifft beispielsweise für die Zahlung der Jahressonderzahlung im November zu (Anlage 11; B4, 2023, Z. 172-175). Weiterführend sind Automatismen hinsichtlich der Kommunikation und Bearbeitung von Bedeutung. Dafür können Formeln erarbeitet und abgesprochen sowie der abgeschlossene Vormonat als Bezugsgröße genutzt werden. Dem hinzu kommt das Ablesen und Umsetzen von Trends (Anlage 11; B4, 2023, Z. 185-194). Andererseits ist eine ständige Anpassungsbereitschaft in bestimmten Situationen nötig. Dazu gehört zum Beispiel die Erhöhung der Hochrechnungshäufigkeit bei stetig überschreitenden Kosten zur Identifikation der Gründe (Anlage 11; B4, 2023, Z. 198-200). Des Weiteren vertritt Krankenhaus 4 die Ansicht, dass eine Gliederung der Personalkosten entsprechend der Dienstarten ausreichend ist und betrachtet eine zusätzliche detaillierte Untergliederung für die Planung und Prognose als nicht erforderlich (Anlage 11; B4, 2023, Z. 176).

5.2 Ergebnisdiskussion

Die nahezu identische Interviewdauer für den Vergleich von Befragungen ist der Literatur zu Folge empfehlenswert. Für Experteninterviews stellt das Ideal nach Döring & Bortz, 2016 eine Dauer von 30 bis 45 Minuten dar (Döring & Bortz, 2016, S. 366). In der durchgeführten Datenerhebung und den daraus entwickelten Transkripten der Interviews sind deutliche Unterschieden in der Interviewdauer festzustellen (Anlage 8, Anlage 9, Anlage 10, Anlage 11). Die Spannweite umfasst 15 bis 75 Minuten und resultiert aus der differenzierten Umsetzung der Personalkostenplanung und -hochrechnung in den befragte Krankenhäusern. Dahingehend standen sich ein erprobter Unternehmensprozess und die Entwicklung des Vorgehens gegenüber. Zur Reduzierung der Dauer, besonders in der Befragung mit Krankenhaus 1, wäre das Eingreifen seitens des Interviewers erforderlich gewesen (Döring & Bortz, 2016, S. 366). Diese Methodenkompetenz ist Bestandteil von Interviewschulungen, die, wie in 4.4 Methodendiskussion beschrieben, im Rahmen des Forschungsvorhabens nicht stattfanden.

Die Abschlussphase des Interviews, in der die Reflektion der Befragung passiert, fand in zwei der vier durchgeführten Experteninterviews keine Anwendung. Der Experte hätte in dieser Phase erweiterte Anregungen geben sowie seines Erachtens nach wichtige und bisher unberücksichtigte Aspekte äußern können (Misoeh, 2019, S. 68 f.). Insgesamt kann ein Informationsverlust aufgrund des Verzichtes nicht ausgeschlossen werden.

Das Aufnehmen des Interviews endete bei allen Befragungen mit der Danksagung des Forschers (Anlage 8, Anlage 9, Anlage 10, Anlage 11). Im direkten Anschluss fanden kurze Gespräche sowie ein Erfahrungsaustausch zwischen den Interviewteilnehmern statt. Zusätzlich bot sich nach der Expertenbefragung in Krankenhaus 2 die Möglichkeit, einen Einblick in die Excel-Systematik zur Personalkostenhochrechnung zu erlangen. Aufgrund derartiger Gegebenheiten ist die Aufzeichnung oder Dokumentation des Gesprächs nach dem eigentlichen Interview von Bedeutung und bringt oftmals weitere Informationen (Döring & Bortz, 2016, S. 366).

Nach Frodl, 2012, S. 103 und 105 erfolgt die Angabe des quantitativen Personalbedarfs in VZÄe. In den befragten Kliniken wird in Zusammenhang mit dem Personalbedarf sowie dem -bestand von Vollzeitäquivalenten berichtet. Für die Ermittlung des Brutto-Personalbedarfs sind, wie in 2.4.2 Personalbedarfsplanung beschrieben, diverse Vorgehensweisen möglich. In Krankenhaus 1 lässt sich die Stellenplanmethode, ein Mischverfahren aus Schätz- und Kennzahlenmethode, erahnen. Dieses Vorgehen ist vorzugsweise für große Unternehmen, wie beispielsweise Maximalversorger konzipiert (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 617). Dem zu Folge entspricht die theoretische Empfehlung der praktischen Umsetzung. In den

Krankenhäusern 2 und 4, diese entsprechen den Regel- und Schwerpunktversorgern, wird das einfache Schätzverfahren angewendet. Diese Methode ist praxiserprobt und wird demnach am Häufigsten angewendet (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 615). Dem hinzu kommt in Krankenhaus 4 die systematische Expertenbefragung zur Ermittlung des Personalbedarfs im ärztlichen Dienst.

Die Planung des Personalbedarfs ist Bestandteil des Aufgabenspektrums der Führungspositionen, die sich aus den Strukturvoraussetzungen des Krankenhauses ergeben. In den Experteninterviews erfolgte die Bestätigung dieser Annahme, da in den Kliniken 1, 2 und 4 die Planung auf Ebene der Struktureinheiten durchgeführt wird (Anlage 8; B1, 2023, Z. 13-14; Anlage 9; B2, 2023, Z. 93-94; Anlage 11; B4, 2023, Z. 102-103). Der Pflegedirektor plant beispielsweise den Pflegedienst unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren wie den Pflegepersonaluntergrenzen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 95; Anlage 11; B4, 2023, Z. 103). Die Anwendung des einfachen Schätzverfahrens oder einer Modifikation dieser Methode zur Personalbedarfsermittlung in den befragten Krankenhäusern bestätigt sich durch dieses Vorgehen. Aufgrund der Durchführung in drei der vier befragten Unternehmen besteht die Mutmaßung, dass die Planung des Personalbedarfs durch die Leitungen der Struktureinheiten einen Praxis- und Leistungsbezug aufweisen. Die Annahme ist jedoch für Krankenhaus 4 nicht zutreffend, da die Planung unabhängig von den Leistungen passiert (Anlage 11; B4, 2023, Z. 105-106).

In Anbetracht der allgemeinen Personalplanung ist ein Austausch zwischen den Planern und der Geschäftsleitung sowie mit dem Personalcontroller des Unternehmens notwendig (Breinlinger-O'Reilly & Krabbe, 1998, S. 142). In Krankenhaus 1 erfolgen derartige Planungsgespräche über zukünftige Vorhaben und deren Umsetzbarkeit mit den Leitern der Struktureinheiten (Anlage 8; B1, 2023, Z. 187-188). Das Krankenhaus 4 sieht für den Datenaustausch ein Formblatt, mit Aspekten zu Veränderung der Struktur und Personalkosten sowie sonstigen Anmerkungen, vor. Anhand dessen finden wiederum Planungsgespräche und Verhandlungen mit der Geschäftsführung statt (Anlage 11; B4, 2023, Z. 16-24, 35-40). Die Notwendigkeit derartiger Gespräche ergibt sich aus dem Wirtschaftlichkeitsvorhaben, welches die Geschäftsführung anstrebt. Seitens der Planungspersonen wird oftmals ein Überschuss geplant, um beispielsweise Ausfälle intern kompensieren zu können (Schmidt, 2023).

Das Ergebnis der Personalbedarfsplanung ist eine Gesamt-VZÄ-Zahl (Frodl, 2012, S. 104). In den Krankenhäusern 2 und 4 ist von einer kumulierten Vorgehensweise auszugehen. Aus den Personalplanungen und -anpassungen der Bereichsleitungen resultieren dienstartenbezogene VZÄ-Zahlen, die zu einer Gesamt-VZÄ-Zahl aufsummiert werden. Das Ergebnis stellt die Idealbesetzung dar und dient als Grundlage für die Wirtschaftsplanung (Anlage 9; B2,

2023, Z. 103-106; Anlage 11; B4, 2023, Z. 36-37, 43). Dieses Vorgehen kann in Krankenhaus 1 nicht angewendet werden, da das Ergebnis zu hoch wäre. Das Unternehmen hat erkannt, dass die adäquate Besetzung aller Planstellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht möglich ist. Infolgedessen bildet der Experte Abschlüsse zur Gewährleistung einer realistischen und betriebswirtschaftlichen Darstellung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 207-208, 211-216). Hinsichtlich des Umfangs der benötigten Mitarbeiterzahl sowie Komplexität der Personalplanung eines Maximalversorgers, wie Krankenhaus 1, und des Fachkräftemangels auf dem Arbeitsmarkt erschließt sich das Vorgehen des Unternehmens. Die Personalplanung in Regel- und Schwerpunktversorgern, wie Krankenhäuser 2 und 4, ist womöglich durch die geringere Komplexität einfacher, weshalb die VZÄ-Zahlen summiert werden können.

Die Darstellung des ermittelten Personalbedarfs erfolgt anhand eines Stellenplans (Olfert, 2016, S. 33). In dem Experteninterview in Krankenhaus 2 wurde diese Darstellungsform erwähnt. Zusätzlich führt das Unternehmen einen Ist-Stellenplan, in welchem beispielsweise VZÄ-Anpassungen oder Langzeiterkrankungen erfasst werden. Diese Planung verzeichnet Auswirkungen auf die monatlichen Hochrechnungen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 107-119). In Anbetracht der Entwicklung des Personalcontrollings in Krankenhaus 3 liegt aktuell eine Stellenübersicht vor. Zukünftig ist die Einführung eines Stellenplans beabsichtigt (Anlage 10; B3, 2023, Z. 110-112). Während der Interviews mit Krankenhaus 1 und 4 wurde die Darstellungsform des Personalbedarfs und/oder -bestandes nicht betrachtet. Das vermutete Personalbedarfsermittlungsverfahren für Krankenhaus 1, die Stellenplanmethode, lässt jedoch annehmen, dass ein Stellenplan existiert. Demnach erfolgt die Anwendung des Stellenplans in der klinischen Praxis.

Das Budgetierungsverfahren im Rahmen der Personalkostenplanung ist auf Fortführungs- oder Nullbasis möglich. Anhand der Interviewergebnisse wurde deutlich, dass die zuerst genannte Möglichkeit in der Praxis bevorzugt wird. Die Experten der Krankenhäuser 1 und 4 erwähnten, dass VZÄ-Änderungen das Resultat aus der Leistungsplanung bilden. In diesem Zusammenhang wurde die Überprüfung der Aufgaben und Leistungen nicht thematisiert (Anlage 8; B1, 2023, Z. 193-195; Anlage 11; B4, 2023, Z. 18-22). In Krankenhaus 2 diente die zuletzt abgeschlossene Hochrechnung als Grundlage für die Planung der Personalkosten (Anlage 9; B2, 2023, Z. 43-44). Demnach ist davon auszugehen, dass auch in diesen Unternehmen keine erneute Untersuchung des Aufgaben- und Leistungsspektrums erfolgt. Die Anwendung der Budgetierung auf Fortführungsbasis in den befragten Einrichtungen entspricht den theoretischen Annahmen, da für die Personalkostenplanung zumeist ein fortführender und summarischer Ablauf vorgesehen ist (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 623). Das summarische Vorgehen konnte innerhalb der Datenerhebung ausschließlich in Krankenhaus 1 belegt werden. Da diese Thematik kein Bestandteil des Interviewleitfadens war

und seitens des Interviewenden diesbezüglich keine Nachfrage erfolgte, wurde dieser Fakt während der Untersuchung nicht bestätigt.

Zur Verringerung des Aufwandes der Personalkostenplanung werden die Personalbasiskosten für Mitarbeitergruppen geplant (Personio SE & Co. KG, 2023). Für die Umsetzung dieses Vorgehens sind Durchschnittskostensätze zu bilden. In Krankenhaus 1 findet dieses Vorgehen für die Planung der Personalkosten Anwendung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 150, 154-155). Das zweite befragte Unternehmen unterliegt Benchmarks für jede Dienstart, die der kompletten Klinikgruppe als Vorgaben dienen. Der Experte des Krankenhaus 2 nutzt diese Richtlinie jedoch nicht im ärztlichen Dienst, um eine genaue Berechnung zu gewährleisten (Anlage 9; B2, 2023, Z. 228-234). Das Krankenhaus 4 verwendet derartige Durchschnittskostensätze auch für die Hochrechnung des nichtärztlichen Personals (Anlage 11; B4, 2023, Z. 88-89). Demnach erfolgt die Umsetzung der theoretischen Vorgaben in der Praxis.

Die Gliederung der Personalkosten nach der KHBV und den entsprechenden Dienstarten wurde in drei der vier befragten Krankenhäuser benannt. In Krankenhaus 4 erfolgte der Personalkostenaufbau nach dem ärztlichen und nicht-ärztlichen Dienst, wobei letzterer nach weiteren Dienstarten untergliedert wurde. Demnach ist davon auszugehen, dass auch in Krankenhaus 4 die KHBV Anwendung findet. Zusätzlich nahmen drei Unternehmen für die Personalkostenplanung und -hochrechnung individuelle und an die Unternehmensbedürfnisse angepasste Änderungen hinsichtlich der Personalkostengliederung vor. Die wissenschaftliche Literatur unterstützt die Umsetzung dieses Prozesses (Hentze & Kehres, 2010, S. 102; Prof. Dr. Zdrowomyslaw, 2007, S. 195). Das Krankenhaus 1 führte beispielsweise eine Unterdienstart für die Naturwissenschaftler im medizinisch-technischen Dienst oder die Ausgliederung der Chefarzte aus dem ärztlichen Dienst ein. Als Begründung für dieses Vorgehen wurden die Differenzen der Durchschnittsvergütungen zu den verbleibenden Berufsgruppen in den Dienstarten genannt (Anlage 8; B1, 2023, Z. 259-264, 302-305). In Krankenhaus 3 erfolgt zwar die Gliederung der Personalkosten nach Dienstarten, doch für die Planung und Hochrechnung derer ist eine Betrachtung auf Personengruppen- oder Mitarbeitererebene erforderlich. Die Gründe dafür sind die individuellen Verträge der Beschäftigten (Anlage 10; B3, 2023, Z. 12-13, 25-26). Das Krankenhaus 4 hingegen führt keine individualisierte Hochrechnung für jede Dienstart des nicht-ärztlichen Personals durch, sondern betrachtet diese kumulativ (Anlage 11; B4, 2023, Z. 58-63). Trotz des Vorgehens in Krankenhaus 4 findet die theoretische Empfehlung auch in der klinischen Praxis Anwendung.

Die Bearbeitung der Personalkostenplanung und -hochrechnung erfolgte durch die interviewten Experten und demnach von den Personalcontrollern oder der Personalcontrolling-

abteilung des entsprechenden Krankenhauses. In der wissenschaftlichen Literatur ist der identische Bearbeiter aufgrund seiner Position als „Steuermann im Personalbereich“ (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 625), seines umfassenden Einblicks in die Teilbereiche des Unternehmens und der Ausrichtung des Personalmanagement vorgesehen (Prof. Dr. Zdrowomyslaw, 2007, S. 47).

Die Personalkostenhochrechnung läuft in den befragten Krankenhäusern digital ab. Der Experte des Krankenhaus 1 programmierte dafür eine gesonderte Datenbank, die im Unternehmen Anwendung findet und Schnittstellen zu anderen Softwareprogrammen aufweist (Anlage 8; B1, 2023, Z. 182, 237-238). In den verbleibenden Krankenhäusern erfolgt, oder besteht das Vorhaben, die Hochrechnung der Personalkosten in Microsoft Excel[®], durchzuführen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 82-83; Anlage 10; B3, 2023, Z. 104-108; Anlage 11; B4, 2023, Z. 34-35, 185). In dieser Software erstellten die Personalcontroller Systematiken und hinterlegten Formeln für Berechnungen. Dieses Vorgehen gewährleistet das manuelle Eingreifen durch den Bearbeiter (Anlage 9; B2, 2023, Z. 82-83). Die digitale Vorgehensweise vereinfacht den Prozess durch das Hinterlegen von Formeln und der daraus resultierenden automatischen Berechnungen. Anhand des Diskussionsaspektes lässt sich die Präferenz einer unternehmensindividuellen Systematik ableiten, deren Umsetzung in der Praxis in Microsoft Excel[®] erfolgt.

Für die Hochrechnung der Personalkosten sind Betrachtungszeiträume in quartalsweisen oder monatlichen Abständen bestimmt (Rumpf & Eilers, 2020, S. 96 f.; Prof. Dr. Seebacher, 2003-2004, Teil 21). Die Umsetzung dieser Vorgaben erfolgt in der Praxis. Die Krankenhäuser 1 sowie 4 nehmen quartalsweise und das Krankenhaus 2 monatliche Hochrechnungen vor. Aufgrund der Neueinführung des Personalcontrollings in Krankenhaus 3 ist eine Regelmäßigkeit nicht gegeben. Das Ziel des Experten ist jedoch, nach Absprache mit der Geschäftsführung, ein quartalsweises Vorgehen (Anlage 10; B3, 2023, Z. 71-73).

Die Datengrundlage für die unterjährigen Hochrechnungen bilden die Ist-Personalkosten (Prof. Dr. Seebacher, 2003-2004, Teil 20). Diese liegen den Krankenhäusern mit dem Abschluss des Buchungsmonates vor. Das Krankenhaus 2 erhält die benötigten Daten aus dem im Unternehmen verwendeten Lohnabrechnungsprogramm P&I LOGA[®] sowie dem Krankenhausinformationssystem SAP[®] (Anlage 9; B2, 2023, Z. 81). Die Planung in Krankenhaus 3 sieht eine Datenbasis aus P&I LOGA[®] vor (Anlage 10; B3, 2023, Z. 124-125). Das Softwareprogramm SAP[®] wird zur Generierung der Daten in Krankenhaus 4 und vermutlich in Krankenhaus 1 verwendet (Anlage 11; B4, 2023, Z. 97). Die erforderliche Schnittstelle zu SAP[®] im Rahmen einer möglichen Softwareeinführung zur Personalkostenhochrechnung lässt die Verwendung dieser Software als aktuelle Datenbasis in Krankenhaus 1 annehmen (Anlage 8;

B1, 2023, Z. 382-384). Da SAP® mit einer Erweiterung zu SAP® Human Resources auch die Lohnabrechnung vornehmen und damit verbunden die Ist-Personalkosten eines Unternehmens abbilden kann (SAP a), o.J.), bestätigt sich die theoretische Annahme. Zusätzlich entstammen die zur Hochrechnung verwendeten Daten in allen vier Krankenhäusern einer Software, dem Lohnabrechnungsprogramm des entsprechenden Unternehmens.

Das Vorgehen zur Hochrechnung der Personalkosten erfolgt in den Krankenhäusern 1, 2 und 4 dienstartenbezogen. In Krankenhaus 1 werden dafür die Kosten für eine VZÄe pro Dienstart auf Basis der Gesamtpersonalkosten berechnet. Die Multiplikation der durchschnittlichen Personalkosten mit den durchschnittlichen VZÄen, unter Berücksichtigung der monatlichen Kalkulationen wie beispielsweise Ein- und Austritte, ergibt das Ergebnis der Hochrechnung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 20, 39-42, 61-62). Der Experte in Krankenhaus 2 erwähnte zwar die dienstartenbezogene Vorgehensweise, aber erläuterte das gesamthafte Vorgehen nicht ausführlich (Anlage 9; B2, 2023, Z. 20). In Anbetracht der privaten Trägerschaft lässt sich die Pflicht zur Geheimhaltung von Unternehmensprozessen vermuten. Das Interview mit dem Experten des Krankenhaus 4 weist widersprüchliche Aussagen zu diesem Sachverhalt auf. Der Interviewte erwähnte eine Hochrechnung auf Dienstartenebene, das Vorgehen erfolgt jedoch nicht für jede einzelne Dienstart (Anlage 11; B4, 2023, Z. 61-63). In Krankenhaus 3 wird die Personalkostenhochrechnung auf Mitarbeiterebene vorgenommen, da im Unternehmen individuelle Verträge angewendet werden (Anlage 10; B3, 2023, Z. 25-26). Aufgrund der Divergenz des Beschreibungsausmaßes zur Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung kann keine einheitliche Verfahrensweise in der Praxis festgestellt werden.

In einem Wirtschaftsjahr treten vermehrt Sachverhalte, auch Effekte genannt, wie beispielsweise Ein- und Austritte, Umstrukturierungen oder Sondersachverhalte wie Jahressonderzahlungen auf (Prof. Dr. Seebacher, 2003-2004, Teil 21). In den Krankenhäusern 1 und 2 werden derartige Effekte in die Hochrechnung der Personalkosten integriert. Dies passiert sobald ein derartiger Effekt zu erwarten oder eingetreten ist (Anlage 8; B1, 2023, Z. 54, 63-70; Anlage 9; B2, 2023, Z. 68, 170-173). Der Experte des Krankenhaus 4 nannte dafür den Effekt der Jahressonderzahlung, welcher für die Buchhaltung monatlich abgegrenzt wird (Anlage 11; B4, 2023, Z. 174, 203-204). In der wissenschaftlichen Literatur des Personalplanungszykluses erfolgt eine Differenzierung zwischen der Hochrechnung und Vorscheurechnung. Demnach werden derartige Effekte erst in der Vorscheurechnung beachtet und nicht, wie in den Interviews beschrieben, im Hochrechnungsprozess (Prof. Dr. Seebacher, 2003-2004, Teil 21). In Anbetracht der durchgeführten Interviews lässt sich die Annahme der Interviewpartner vermuten, dass die Hochrechnung implizit auch die

Vorschaurechnung umfasste. Folglich wäre die Betrachtungsweise der Experten nicht fehlerhaft.

Seitens der befragten Experten wurde deutlich, dass die Kommunikation im Prozess der Personalkostenplanung und -hochrechnung einen bedeutenden Aspekt darstellt. In allen Interviews äußerten die Befragten Personengruppen, die Einfluss auf das Vorgehen haben. Der Austausch mit den Kliniken zur Informationsgenerierung (Anlage 8; B1, 2023, Z. 415) sowie mit den Lohn- und Sachbearbeitern zur Aktualisierung des Stellenplans und Gewährleistung einer genauen Hochrechnung (Anlage 9; B2, 2023, Z. 198-200) beschreiben Beispiele für genannte Empfehlungen. Demnach ist davon auszugehen, dass die Kommunikation innerhalb des Krankenhauses und besonders mit den Beschäftigten, dessen Arbeit Auswirkungen auf die Planung und Hochrechnung der Personalkosten aufweist, die Grundlage für ein aktuelles und genaues Vorgehen darstellt.

Zusätzlich betonten die Befragten der Krankenhäuser 1 und 4 die Notwendigkeit des Ablesens von Trends (Anlage 11; B4, 2023, Z. 187-188) und eines stetigen „Ohr[s] an der Zeit“ (Anlage 8; B1, 2023, Z. 429). Der Experte des Maximalversorgers erwähnte außerdem Erfahrungswerte, die der Personalcontroller eines Unternehmens aufweisen oder sammeln sollte und auf Grundlage dessen Entscheidungen treffen kann (Anlage 8; B1, 2023, Z. 425-426). Aus diesen Erkenntnissen resultiert die Anpassungsbereitschaft, die seitens des Unternehmens und Bearbeiters der Personalkostenplanung und -hochrechnung aufgebracht werden sollte. Hinzu kommt die dauerhafte Beachtung von Einflussfaktoren, um die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses zu wahren.

Aus den beiden zuletzt genannten Diskussionsaspekten lässt sich die Notwendigkeit einer Regelmäßigkeit in diversen Aspekten ableiten. Dies umfasst beispielsweise den erwähnten ständigen Kontakt mit den Lohn- und Sachbearbeitern (Anlage 9; B2, 2023, Z. 198-200) sowie die wiederholte Analyse von Einflussfaktoren (Anlage 11; B4, 2023, Z. 187-188). Dieses Vorgehen ermöglicht eine regelmäßige, jährliche Personalkostenplanung sowie quartalsweise oder monatliche Personalkostehochrechnung.

6 Best-Practice-Ansatz

6.1 Personalbedarfsermittlung

Zur Ermittlung des Brutto-Personalbedarfs ist für die Erzgebirgsklinikum gGmbH das einfache Schätzverfahren vorgesehen. Die Umsetzung dieser Methode ist in zwei Formen möglich. Das erste Vorgehen sieht Gespräche zwischen dem Personalcontroller und den jeweiligen Leitern der Struktureinheiten des Krankenhauses, wie beispielsweise mit dem ärztlichen Direktor, Chefärzten oder dem Pflegedirektor, vor (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 615). In den Beratungen erfolgt ein Austausch hinsichtlich der zukünftigen Vorhaben und der dafür benötigten personellen Ressourcen. Zusätzlich werden mögliche Leistungsverschiebungen oder veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen thematisiert. Seitens der Geschäftsleitung besteht die Möglichkeit, Vorgaben für die Strukturgespräche zu geben, deren Einhaltung zwingend erforderlich ist. Im Anschluss an die Gespräche erhält die Geschäftsleitung einen Bescheid über die Vorhaben der Struktureinheiten sowie die Umsetzbarkeit im Unternehmen. Den Ergebnissen der Masterarbeit zu Folge, wird die beschriebene Vorgehensweise in der Praxis angewendet. Außerdem ermöglichen die Gespräche einen persönlichen Austausch zwischen den Beteiligten und erlaubt Diskussionen und Argumentationen (Anlage 8; B1, 2023, Z. 187-192; Breinlinger-O'Reilly & Krabbe, 1998, S. 142). Für das zweite Vorgehen ist die Anfertigung eines Formblattes zur Abfrage der Vorhaben erforderlich. Die Festlegung der Kriterien, wie zum Beispiel strukturelle oder personelle Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Kosten, erfolgt in Abstimmung mit der Geschäftsführung, Personalabteilung und den Leitern der Struktureinheiten. Die Bereichsleitungen sind demnach dazu verpflichtet, das Formblatt bis zu einem definierten Zeitpunkt auszufüllen und den Mitarbeitern des Personalwesens auszuhändigen oder vorzulegen. Auf Grundlage dessen führen diese Gespräche mit der Unternehmensführung zur Umsetzbarkeit der Vorhaben, woraus weiterführende Verhandlungen resultieren können (Anlage 11; B4, 2023, Z. 15-38). Das zweite beschriebene Verfahren stellt einen beschleunigten Prozess dar, da die Terminfindung für ein gemeinsames Gespräch umgangen wird.

Insgesamt ist das einfache Schätzverfahren zur Ermittlung des Brutto-Personalbedarfs einfach einsetzbar und praxiserprobt (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 615 f.). Die Datenerhebung belegt die Umsetzung in der Praxis der Regel- und Schwerpunktversorger und lässt schlussfolgern, dass der Einsatz innerhalb der einzelnen Standorte der Erzgebirgsklinikum gGmbH empfehlenswert ist. Zusätzlich sollte das Unternehmen Strukturgespräche führen, um Missverständnisse zu vermeiden und den Bereichsleitungen die Möglichkeit für Erläuterungen zu geben. Der persönliche Austausch

ermöglicht außerdem die Beschleunigung von Kompromissen und Verhinderung von nachträglichen Unstimmigkeiten.

In Anbetracht der Krankenhausfusion zur Erzgebirgsklinikum gGmbH ist auch die systematische Expertenbefragung zur Ermittlung des Brutto-Personalbedarfs denkbar. Mit der Anwendung dieser Methode erhalten die Klinikstandorte eine einheitliche und fundierte Grundlage, auf welcher weitere Ermittlungen aufbauen können. Um Kosten für übermäßiges Personal zu vermeiden, ist die Anwendung im ärztlichen Dienst besonders wichtig, da diese Dienstart die höchsten Kosten verursacht. Das Vorgehen ist kostenintensiv, weshalb der Forscher zu einer einmaligen Durchführung der systematischen Expertenbefragung und anschließendem Einsatz des einfachen Schätzverfahrens rät.

Mit der Anwendung des einfachen Schätzverfahren geht die Planung des Personalbedarfs durch den entsprechenden Leiter der Struktureinheit einher. Zugleich ist die Erzgebirgsklinikum gGmbH ein Krankenhauskonzern mit verschiedenen Standorten und demnach auch unterschiedlichen Bereichsleitungen. Folglich bestehen für die durchführenden Personen der Bedarfsplanung zwei Auswahlmöglichkeiten. Die erste Option ist eine hausinterne Planung. Somit trägt beispielsweise der Pflegedirektor des Klinikstandortes die Verantwortung für den Pflegedienst in dem jeweiligen Haus. Die Möglichkeit des Austausches zwischen den Bereichsleitungen, einschließlich standortübergreifender Interaktion, besteht fortwährend. Alternativ dazu kann die Planung standortübergreifend auf Konzernebene passieren. Diese Vorgehensweise ermöglicht einen Kenntnisstand über Personalbedarf und -bestand in allen Häusern. Demnach hätte eine Person den Gesamtüberblick über die entsprechende Dienstart oder Struktureinheit. Dem hinzu kommt ein zunehmend rationales Arbeiten, da persönliche Kontakte mit dem Personal, aufgrund der Verantwortung für alle Standorte, vermehrt ausgeschlossen werden können.

Für die praktische Umsetzung in der Erzgebirgsklinikum gGmbH ist das zuerst genannte Vorgehen zu priorisieren. Die hausinterne Planung ermöglicht die Berücksichtigung von individuellen Gegebenheiten im Unternehmenskontext, da die entsprechende Planungsperson direkt in die Tätigkeiten involviert ist. Die Bereichsleitung kann somit am besten die Abläufe sowie die erforderlichen Ressourcen beurteilen. Ein rationaler Ansatz, wie in der zweiten Option beschrieben, birgt das Risiko der Vernachlässigung individueller Bedürfnisse und damit verbunden der Schädigung des Unternehmensklimas.

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt üblicherweise auf Ebene der Dienstarten. Es existieren zwei Methoden zur Bestimmung des Gesamtpersonalbedarfs, abhängig von der

jeweiligen Perspektive. Die erste Variante besteht in der Aggregation der geplanten personellen Bedürfnisse pro Dienstart zu einer Gesamt-VZÄen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 105-106; Anlage 11; B4, 2023, Z. 109-110). Dieses Vorgehen passiert in jedem Krankenhausstandort des Klinik Konzerns und stellt die Idealbesetzung dar. Das Ergebnis dient anschließend für die Planung des folgenden Wirtschaftsjahres. Die zweite Betrachtungsweise erfolgt auf Konzernebene, in der die Gesamt-VZÄe nicht kumulativ ermittelt wird. Das summierende Vorgehen zur Ermittlung des standortübergreifenden Gesamtpersonalbedarfs würde einen sehr hohen Wert darstellen, der nicht erreicht werden kann. Der vorherrschende Fachkräftemangel erschwert die adäquate Besetzung aller Planstellen und erfordert die Bildung von Abschlägen für eine realistische Planung des Personals und deren Kosten (Anlage 8; B1, 2023, Z. 199-200, 214-217).

Für die Gesamtpersonalbedarfsermittlung in der Erzgebirgsklinikum gGmbH rät der Forscher zu einem kumulierten Vorgehen auf Standortebene. Die geographische Verteilung der Krankenhäuser im Erzgebirgskreis bedingt eine Varianz im Einzugsgebiet potenzieller Arbeitskräfte. Dies ermöglicht die Realisierung einer optimalen Besetzung an den jeweiligen Standorten. Ungeachtet der geographischen Standortunterschiede ermöglicht die Bedarfszusammenführung eine optimale Ressourcennutzung und den interklinischen Austausch von Personalressourcen in Notfallsituationen.

Die Darstellung des ermittelten Personalbedarfs erfolgt in einem Stellenplan. In diesem werden VZÄ-Angaben und Qualifikationsanforderungen hinterlegt (Olfert, 2016, S. 33). Die Dokumentation des Stellenplans kann in der Praxis in zwei Versionen ausgeführt werden, wobei in der ersten Option zwei Pläne konzipiert sind. Das Resultat der Personalbedarfsermittlung wird als Soll-Vorgabe für das Unternehmen in einem Stellenplan erfasst und repräsentiert die als ideal erachtete Besetzung. Zusätzlich bedarf es einen Stellenbesetzungsplan zur Abbildung der personellen Ist-Situation. Der Vergleich der Pläne ermöglicht die Ableitung von Maßnahmen zur Personalfreisetzung oder -suche (Personal-Wissen.de, 2023). Die alternative Möglichkeit sieht die Implementierung eines Stellenplans vor, in welchem die offenen und besetzten Planstellen dokumentiert werden. Insbesondere im Hinblick einer potenziellen Anwendung einer Software zur Personalkostenplanung und -hochrechnung erweist sich ein solcher Plan als unerlässlich. Die Anwendung der zweiten Option ermöglicht gleichermaßen das frühzeitige Erkennen von personeller Über- oder Unterdeckung, wobei die Übersichtlichkeit in einem Plan besser gewährleistet ist (Anlage 9; B2, 2023, Z. 107-114, 118-119; Anlage 10; B3, 2023, Z.110; Olfert, 2016, S. 33).

In Anbetracht des Führens eines Stellenplans in den Standorten der Erzgebirgsklinikum gGmbH ist die Weiterführung dieses Vorgehens der bestmögliche Ansatz. Außerdem bietet die Verfahrensweise eine erhöhte Übersichtlichkeit und garantiert die frühzeitige Ableitung von Maßnahmen zur Personalfreisetzung oder -suche. Insgesamt ist der Forscher jedoch der Auffassung, dass die Auswahl einer der Optionen auf der persönlichen Präferenz des Personalcontrollers basiert und beide Vorgehensweisen in gleichem Maße anwendbar sind.

6.2 Personalkostenplanung

Das Ergebnis der Personalbedarfsermittlung bildet den mengenmäßigen Rahmen für die Personalkostenplanung (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 621). Für die Planung der Personalbasiskosten der Erzgebirgsklinikum gGmbH ist zwischen drei Möglichkeiten abzuwägen. Die erste Variante stellt die Konzeption auf Mitarbeiter- oder Planstellenebene dar. Dafür ist ein aktueller Stellenplan mit Qualifikationsanforderungen erforderlich, der eine genaue Konzeptionierung ermöglicht. Das Verfahren ist jedoch sehr zeitaufwendig und verlangt stetige Anpassung der geplanten Gesamtpersonalkosten, wenn beispielsweise während eines Bewerbungsgesprächs eine höhere Entgeltgruppe verhandelt wurde als dafür vorgesehen war. Das zweite mögliche Verfahren sieht die Bildung von Durchschnittskostensätzen für Personengruppen vor. Diese können auf Dienstartenebene, wie für den Pflegedienst, oder nach Qualifikationen, für beispielsweise Pflegefachkräfte, berechnet werden. Im Anschluss daran erfolgt eine gleichartige Kalkulation für die Personalzusatzkosten (Anlage 8; B1, 2023, Z. 154-155). Anhand der gebildeten Durchschnittskostensätze erfolgt daraufhin die Planung der Personalkosten auf Standortebene. Das identische Vorgehen auf Konzernebene stellt die dritte Variante dar. Dafür ist die Bildung von Benchmarks notwendig, die für den Krankenhauskonzern verpflichtend und einzuhalten sind (Anlage 9; B2, 2023, Z. 228-229).

Für die Personalkostenplanung der Erzgebirgsklinikum gGmbH ist die Bildung von dienstartenbezogenen Durchschnittskostensätzen in Form von Benchmarks auf Konzernebene empfehlenswert. Dieses Vorgehen entspricht der zuletzt beschriebenen Variante und ermöglicht die Gleichberechtigung aller Konzernmitarbeiter. Zusätzlich vereinfacht und beschleunigt diese Verfahrensweise den Planungsprozess. Für die Planung des ärztlichen Dienstes empfiehlt sich die Konzeption nach Qualifikationen, da die Gehälter dieser Dienstart eine hohe Spannweite aufweisen (2.2.2 Ärztlicher Dienst). Insgesamt wird mit der stetigen Anpassung der Durchschnittskostensätze nach Tarifänderungen eine genau und realitätsnahe Personalkostenplanung gewährleistet.

Für die Personalkostenplanung ist die analytische oder summarische Verfahrensweise vorgesehen. Die zuerst genannte Option ermöglicht eine sehr genaue Planung der Personalkosten. Dafür werden derartige Kosten in Kostenblöcke mit verschiedenen Einflussfaktoren gegliedert. Als Beispiele sind die sich jährlich ändernden Sozialversicherungsbeiträge zu nennen. Dem gegenüber erfolgen tarifliche Anpassungen meist in Abständen von zwei Jahren. Abschließend erfolgt die Zusammenfassung der Kostenblöcke für die Planung (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 621 f.). Das analytische Verfahren wird vorzugsweise in finanziell kritischen Situationen angewendet, um eine genaue Planung zu gewährleisten und eventuelle Einsparpotenziale hinsichtlich der Personalkosten zu erkennen. Das summarische Vorgehen ist hingegen weniger aufwendig, da für die Personalkosten ein pauschalisierter Aufschlag in Prozent definiert wird (ebd.). Außerdem erfolgt, den Ergebnissen der Masterarbeit zur Folge, die Umsetzung der Personalkostenplanungsmethode in der unternehmerischen Praxis.

Die Budgetierung für die Personalkosten ist gleichermaßen in zwei Formen möglich. Der Budgetierungsprozess auf Nullbasis wird aufgrund des Zeitaufwandes in der Praxis selten eingesetzt. Anhand dieses Verfahrens ist jedoch eine Effizienzverbesserung in allen Strukturbereichen eines Krankenhauses möglich. Die Potenziale reichen von der Optimierung der Arbeitsprozesse bis zur Überarbeitung der Personalplanung. Zusätzlich bietet das Verfahren die Möglichkeit, unwirtschaftliche Unternehmensprozesse zu erkennen und zu verbessern. Dies hat zur Folge, dass Gelder eingespart oder besser genutzt werden können. Die Budgetierung auf Fortführungsbasis ist dem gegenüber ein vergangenheitsbezogenes und in der unternehmerischen Praxis etabliertes Verfahren. Für die Anwendung ist ein geringerer Zeitaufwand nötig, da die Leistungen und Aufgaben sowie der Einsatz der personellen Ressourcen nicht überprüft wird (Zapp, Oswald, Neumann, & Wacker, 2015, S. 74 ff.).

In Anbetracht der Fusion der Krankenhäuser zu einem Klinikkonzern, der sich ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen und eventuellen Leistungsverchiebungen durch die Krankenhausreform, empfiehlt der Forscher eine nullbasierte und analytische Personalkostenplanung. Dieser Prozess ermöglicht die Etablierung einer fundierten und einheitlichen Ausgangssituation für alle Standorte sowie die Optimierung des Personal- und Kosteneinsatzes. Für die weiterführenden Planungen der Personalkosten ist ein summarisches Vorgehen auf Fortführungsbasis vorgesehen. Die eventuell aus dem zuerst beschriebenen Planungsprozess resultierenden erheblichen Veränderungen haben sich zum Normalzustand entwickelt und sind als unternehmerischer Ablauf erprobt. Aus diesem Grund kann für weitere Planungen das weniger zeitaufwendige summarische und fortführende Verfahren genutzt werden.

6.3 Personalkostenhochrechnung

Die Personalkosten bedürfen einer definierten Gliederung für die Planung und Hochrechnung. Dahingehend besteht die Möglichkeit einer Differenzierung in Dienstarten, wie in der KHBV festgelegt (Tabelle 3). Die ausnahmslose Anwendung dieser, stellt das erste methodische Vorgehen dar (Anlage 9; B2, 2023, Z. 17, 27). Alternativ dazu kann die Kategorisierung der KHBV an die unternehmensindividuellen Bedürfnisse angepasst werden. Das beschriebene Vorgehen ermöglicht beispielsweise die Ausgliederung der Chefärzte aus dem ärztlichen Dienst, wodurch eine realistische dienstartenbezogene Personalkostenhochrechnung gewährleistet wird. Eine fehlerhafte Betrachtung, die aus einer gesamthaften Hochrechnung dieser Dienstart resultieren könnte und durch die hohen Vergütungsunterschiede entsteht, wird auf diese Weise umgangen. Zusätzlich ermöglicht dieses Vorgehen eine weiterführende Differenzierung in den Dienstarten mit Bereitschaftsdiensten. Der in Krankenhäusern vertretene Sachverhalt der steigenden Kosten auf Dienstartenebene und beständig bleibenden Ist-Situation durch den Einsatz von Bereitschaftsdiensten (Hentze, Kehres, & Maier, 2022, S. 57 f.) kann mit der erläuterten Vorgehensweise präziser dargestellt werden (Anlage 8; B1, 2023, Z. 253-262).

Für die Ausführung in der Erzgebirgsklinikum gGmbH ist die zweite beschriebene Option vorgesehen. Infolge der bestehenden unternehmensindividuellen Anpassungsmöglichkeit, können die finanziellen Ressourcen effektiv und optimal genutzt werden. Außerdem ermöglicht diese Methode das flexible Reagieren auf betriebliche Anforderungen und eine transparente Budgetierung. Insgesamt kann durch die weiterführende Gliederung der Personalkosten die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses verbessert werden.

Als Datengrundlage für die Hoch- und Vorscheurechnung der Personalkosten dienen die Plandaten aus der Budgeterstellung sowie die Gesamtpersonalkosten nach dem Abschluss eines Buchungsmonats (Seebacher, 2003-2004, Teil 20). Die erforderlichen Ist-Daten entstammen dem im Unternehmen angewendeten Lohnabrechnungssystemen und können für die Hochrechnung in zwei Betrachtungszeiträumen analysiert werden. Das erste mögliche Vorgehen sieht quartalsweise Personalkostenhoch- und Vorscheurechnungen vor. Demnach wird der Prozess dreimal jährlich, mit Abrechnungsabschluss der Monate März und Juni sowie mit Beendigung des Buchungsmonats September zum Jahresende, durchgeführt. Den Ergebnissen der Masterthesis zur Folge wird diese Vorgehensweise in den Krankenhäusern praktisch umgesetzt (Anlage 8; B1, 2023, Z. 22-23, 310; Anlage 11; B4, 2023, Z. 72-73). Die zweite Option besteht in der monatlichen Betrachtung, die eine schnellere Reaktion auf einen veränderten Personalbedarf sowie die Berücksichtigung von Schwankungen ermöglicht.

Gleichermaßen wird auch die monatliche Verfahrensweise in der Praxis umgesetzt (Anlage 9; B2, 2023, Z. 11-12).

Im Hinblick auf die Umsetzung von regelmäßigen Personalkostenhoch- und Vorscheurechnungen in der Erzgebirgsklinikum gGmbH rät der Forscher zu einem quartalsweisen Vorgehen. Der gewählte Betrachtungszeitraum zeichnet sich durch eine hinreichende Flexibilität aus, die es ermöglicht, kurzfristige Anpassungen vorzunehmen und auf fluktuierende personelle Gegebenheiten adäquat zu reagieren. In kritischen finanziellen Situationen oder durch die Anordnung der Geschäftsleitung ist auch eine monatliche Durchführung denkbar. Mit diesem Vorgehen können detaillierte Analysen zur Effizienzsteigerung vorgenommen und schnelle Reaktionen auf unvorhergesehene Ereignisse gewährleistet werden. Die seitens der Krankenhaus-Geschäftsleitung geäußerten Zielsetzung einer wöchentlichen Betrachtung wird in der wissenschaftlichen Literatur nicht empfohlen und in der unternehmerischen Praxis nicht umgesetzt. Aufgrund dessen rät der Forscher von diesem Vorhaben ab.

Für die Erstellung der Vorscheurechnung empfiehlt sich ein dienstartenbezogenes Vorgehen. Dieser Rat basiert auf der praktischen Umsetzung in den befragten Krankenhäusern und der Empfehlung, die Durchschnittskostensätze auf Dienstartenebene zu bilden. Aufgrund der Anwendung von Tarifverträgen in der Erzgebirgsklinikum gGmbH stellt diese Option die ideale Verfahrensweise dar. Zur Initiierung im Unternehmen ist die Orientierung an einem etablierten System eines deutschen Maximalversorgers denkbar. Dafür erfolgt die Berechnung der Kosten für eine Vollkraft pro Dienstart auf Basis der Gesamt-Personalkosten. Aus der Multiplikation der Personaldurchschnittskosten mit den durchschnittlichen VZÄen pro Dienstart ergibt sich anschließend der Forecast (Anlage 8; B1, 2023, Z. 184-185). Dieses Vorgehen bedarf jedoch der Beachtung von Effekten. In die Vorscheurechnung können diese in Form von zwei Möglichkeiten integriert werden. Die erste Option bezieht die Effekte ein, sobald sie zu erwarten sind. Dies umfasst beispielsweise Ein- und Austritte sowie Umstrukturierungen oder neuartige Erkenntnisse im Unternehmensbezug. Alternativ dazu, stellt das Einbeziehen der Effekte nach der Umsetzung, die zweite Option dar. Demnach wird beispielhaft ein verhandelter Tarifvertrag erst nach dem Abschluss in die Vorscheurechnung einbezogen.

Die Integration von Effekten, sobald diese zu erwarten sind, ist für die Umsetzung im Klinikkonzern empfehlenswert. Mit diesem Vorgehen kann ein realitätsnahes Betriebsergebnis wiedergegeben werden. Zusätzlich bietet sich die Möglichkeit, Abweichungen von der Planung zu analysieren und strategische Gegenmaßnahmen einzuleiten. Mit diesem Vorgehen kann eine finanzielle Stabilität gefördert und unerwartete Kostenüberschreitungen minimiert werden. Der Ausschluss derartiger

Informationen birgt das Risiko einer ungenauen Kostenprognose und kann unerwartete finanzielle Belastungen verursachen. Dies hat zur Folge, dass das Unternehmen in eine wirtschaftlich kritische Situation gerät.

Das Erkennen derartiger Effekte erfordert eine umfassende Kommunikation innerhalb der Abteilung des Personalwesens, besonders mit den Personalsachbearbeitern und Lohnrechnern. Diese weisen Kenntnisse über beispielsweise Ein- und Austritte sowie Langzeiterkrankungen auf, die wiederum Einfluss auf den Stellenplan des Unternehmens und demnach auf die Hoch- und Vorscheurechnung haben. Weiterführende Gespräche mit den Bereichsleitern und der Geschäftsleitung gewährleisten die Generierung von Wissen bezüglich zukünftiger Vorhaben, Umstrukturierungen und sich ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen (Anlage 9; B2, 2023, Z. 198; Anlage 10; B3, 2023, Z. 145-146; Anlage 11; B4, 2023, Z. 177).

Die Realisierung des umfangreichen Informationsaustauschs ist auch für die Erzgebirgsklinikum gGmbH ein bedeutender Bestandteil zur Umsetzung der regelmäßigen Personalkostenhochrechnungen und der Implementierung des Personalcontrollings. Eine ausgeprägte Kommunikation stellt sicher, dass alle relevanten Informationen korrekt erfasst sind und vermeidet zusätzlich Missverständnisse. Der Verzicht auf derartige Gespräche führt zu fehlerhaften Datenerfassungen und Ergebnissen der Hoch- und Vorscheurechnung, die nicht der Realität entsprechen. Außerdem kann die Hochrechnung, in Anbetracht möglicher Fehlerhaftigkeiten, nicht als Grundlage für strategische Unternehmensentscheidungen genutzt werden.

Die Umsetzung des Personalkostenhoch- und Vorscheurechnungsprozesses kann mittels einer speziell darauf ausgelegten Software erfolgen. Derartige Systeme verfügen über Automatismen, die den zeitlichen Aufwand zur Bearbeitung verringern. Dem gegenüber stehen erhebliche Aufwendungen sowohl für die Akquisition als auch möglicherweise für die Verwendung. Alternativ dazu kann die Hoch- und Vorscheurechnung der Personalkosten in Microsoft Excel® umgesetzt werden. Diese Vorgehensweise wird, entsprechend den Ergebnissen der Masterarbeit, in den meisten Unternehmen angewendet. Das Tabellenkalkulationsprogramm ist Bestandteil vieler vorinstallierter Softwarepakete auf Computern und kann demnach einfach eingesetzt werden. Die Erstellung eines Systems zur Prozessgestaltung ist zwar zeitaufwendig, doch das Vorgehen ermöglicht die Anpassung an die Unternehmensbedürfnisse.

Für die Umsetzung in der Erzgebirgsklinikum gGmbH rät der Forscher zur Verwendung von Microsoft Excel®. In Anbetracht der potenziellen Anpassbarkeit des Systems an die

betrieblichen Anforderungen und der damit verbundenen Möglichkeit zur Aufwandskostenreduktion manifestiert sich die vorliegende Empfehlung. Zur Entwicklung und Realisierung des Systems bedarf es eines Projektes oder der Entlastung des Bearbeiters von anderen Tätigkeiten, da eine Vielzahl von Abstimmungen, Datenanalysen und eventuelle Weiterbildungen zu aktuellen Excel-Funktionen notwendig sind.

Die Planung sowie Bearbeitung der Hoch- und Vorscheurechnung sollte durch den Personalcontroller des Klinikkonzerns erfolgen. Aufgrund der fundierten Kenntnisse und der Einblicke in die Teilbereiche des Unternehmens wird der Personalcontroller als die optimal qualifizierte Person für den Bearbeitungsprozess betrachtet (Zdrowomyslaw, 2007, S. 47). Als Voraussetzung für ein genaues Ergebnis dient die bereits erläuterte funktionierende Kommunikation zwischen den beteiligten Abteilungen. Hinsichtlich eines Personalcontrolling-Teams empfiehlt sich die Zuteilung von Fachbereichen an die Teammitglieder, wodurch jeder Mitarbeiter als Experte für einen spezifischen Prozessschritt fungiert. Dennoch ist das Vorhandensein einer Führungsperson von Nöten, um die Gesamtkoordination zu gewährleisten.

7 Fazit und weiterer Forschungsbedarf

Die Ergebnisse der Masterthesis verdeutlichen, dass die Umsetzung der Personalbedarfs- und kostenplanung sowie Erstellung der Hoch- und Vorscheurechnung in der klinischen Praxis eine Vielzahl an Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede, aufweist. Der formulierte Best-Practice-Ansatz (6 Best-Practice-Ansatz) stellt die optimale Vorgehensweise für die Erzgebirgsklinikum gGmbH dar. Insgesamt wurde jedoch während der Ergebnisdarstellung und Diskussion dieser deutlich, dass die unternehmensindividuellen Bedürfnisse einen großen Einfluss auf die Prozesserstellung haben. Ein allgemeingültiges Verfahren für alle deutschen Krankenhäuser ist demnach nicht realisierbar.

Für eine weiterführende Forschung wird die Ausdehnung der Stichprobe empfohlen. Die Befragung zusätzlicher Experten innerhalb der gegenwärtig gültigen Versorgungsebenen ermöglicht Vergleiche innerhalb der Versorgungsstufen. Infolgedessen können individuelle Best-Practice-Ansätze entwickelt werden. Zusätzlich ist die Anwendung eines Mixed-Method-Ansatzes für zukünftige Forschungen in diesem Unternehmensbereich denkbar. Das semistrukturierte Interview kann beispielsweise mit einer Beobachtung ergänzt werden, um Einblicke in die im Unternehmen angewendeten Systeme zu erlangen. Für das beschriebene Vorgehen sind jedoch zwei Forscher notwendig, da somit der Fokus auf das Interview oder die Beobachtung gewährleistet werden kann. In Anbetracht des Umstandes, dass ausschließlich ein Forscher zur Verfügung steht, bietet sich die Möglichkeit, das Interview unabhängig von der Beobachtung durchzuführen. Den optimalen Zeitpunkt für die Beobachtung stellt die tatsächliche Ausübung des Planungs- und Hochrechnungsprozess im Krankenhaus dar.

Die internationale Betrachtung der Verfahrensweisen zur Ermittlung des Personalbedarfs, zur Planung der Personalkosten sowie Erstellung einer Hoch- und Vorscheurechnung könnte zusätzlich in einer separaten Studie vorgenommen werden. Für dieses Studienvorhaben ist es unabdingbar, die spezifischen Bedingungen des jeweiligen Landes zu berücksichtigen.

8 Zusammenfassung

Das Personalcontrolling eines Unternehmens verfolgt mit der Planung, Kontrolle und Steuerung von personalwirtschaftlichen Maßnahmen das Ziel des Unternehmenserfolgs (Gaugler, Oechsler, & Weber, 2004, S. 1441; Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 625). Als Rolle des „Steuermann[s] im Personalwesen“ (Kolb, Burkart, & Zundel, 2010, S. 625) obliegen dem Personalcontroller Aufgaben wie das Controlling der Personalbedarfsplanung sowie der Personalkosten (ebd. S. 627). Anhand der Tätigkeitsfelder wird in einem Krankenhaus der ideale Personalzustand angestrebt (Workwise GmbH, 2023). Die Personalkosten stellen dabei einen Aspekt zur strategischen Positionierung des Krankenhauses dar und umfassen einen Anteil von 60 bis 70 Prozent an den Gesamtkosten (Gerlach, 2022, S. 241; Hentze & Kehres, 2010, S. 65). Mithilfe des Personalplanungszykluses können die Personalkosten des Unternehmens sowie deren Einsatz überwacht werden (Prof. Dr. Seebacher, 2003-2004, Teil 19-21).

Das Ziel der Masterarbeit war es, die Vorgehensweisen zur Personalkostenplanung und -hochrechnung in deutschen Krankenhäusern zu analysieren. Auf Grundlage dessen sollte ein Best-Practice-Ansatz, zur Umsetzung in einem kommunalen Krankenhaus, entwickelt werden.

Zur Generierung von Informationen erfolgte eine qualitative Datenerhebung in Form von semistrukturierten Experteninterviews. Die Befragung der Personalcontroller, welche als Experten der Planung und Hochrechnung von Personalkosten galten, basierte auf einem Interviewleitfaden. Dieser umfasste sieben Hauptfragen zuzüglich möglicher Vertiefungsfragen. Anhand der Interviewtranskripte und der Anwendung eines Kategoriensystems erfolgte die Reproduktion der klinischen Vorgehensweisen.

Die wiedergegebenen Prozesse wurden anschließend diskutiert. Aus den theoretischen Kenntnissen, den Ergebnissen sowie der Diskussion derer konnte daraufhin der Best-Practice-Ansatz für die Erzgebirgsklinikum gGmbH abgeleitet werden. Im Vordergrund der Prozessgestaltung stand die Anwendung von unternehmensindividuellen Bedürfnissen und die Berücksichtigung der strukturellen Gegebenheiten des Klinik Konzerns mit vier Standorten. Daraus ergab sich unter anderem die Empfehlung der Schaffung einer fundierten und einheitlichen Grundlage zur Personalbedarfsermittlung, für alle Klinikstandorte, anhand der systematischen Expertenbefragung. Für das weiterführende Vorgehen ist das einfache Schätzverfahren mithilfe von Strukturgesprächen zwischen den Bereichsleitern, der Geschäftsleitung und dem Personalcontroller vorgesehen. Die Darstellung des ermittelten Personalbedarfs sollte daraufhin in einem Stellenplan dokumentiert werden. Auch für die Planung der Personalkosten ist ein einheitlicher Prozess vorgesehen. Hinsichtlich der Krankenhausfusion und der sich ändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen durch die

Krankenhausreform empfiehlt sich ein analytisches und nullbasiertes sowie anschließendes summarisches und fortführendes Verfahren. Zusätzlich ist die Entwicklung von konzerneinheitlichen Benchmarks vorgesehen. Die darin etablierten Durchschnittskostensätze für die Dienstarten ermöglichen ein vereinfachtes Vorgehen und die Gleichberechtigung aller Mitarbeiter. Eine Empfehlung zur Hoch- und Vorscheurechnung der Personalkosten besteht in der Verwendung von Microsoft Excel[®], um ein unternehmensindividuelles System zu entwickeln. Der Prozess sollte anschließend quartalsweise durchgeführt werden, um eine präzise Analyse zu ermöglichen. Fortführend ist es ratsam, aufkommende Effekte in die Berechnungen einzubeziehen, sobald diese antizipiert werden.

Literaturverzeichnis

Anonym 1. (siehe Band 2).

Anonym 2. (siehe Band 2).

Anonym 3. (siehe Band 2).

Anonym 4. (siehe Band 2).

Anonym 5. (siehe Band 2).

Anonym 6. (siehe Band 2).

Anonym 7. (siehe Band 2).

Anonym 8. (siehe Band 2).

Anonym 9. (siehe Band 2).

AOK-Bundesverband a). (2024). *Diagnosis Related Groups*. Abgerufen am 02. Januar 2024 von AOK: <https://www.aok.de/pp/lexikon/diagnosis-related-groups/>

AOK-Bundesverband b). (2024). *Landesbasisfallwert*. Abgerufen am 02. Januar 2024 von AOK: <https://www.aok.de/pp/lexikon/landesbasisfallwert/>

B1. (11. Juli 2023). (L. Unger, Interviewer)

B2. (20. Juli 2023). (L. Unger, Interviewer)

B3. (26. September 2023). (L. Unger, Interviewer)

B4. (2. Oktober 2023). (L. Unger, Interviewer)

Baumüller, J., Klein, T., & Wilfinger, S. (April 2012). Personalkosten planen und steuern. *SOZIALwirtschaft*, S. 32-33.

Baur, N., & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Behrends, B., & Vollmöller, T. (2020). *Praxishandbuch Krankenhausfinanzierung - Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausentgeltgesetz, Bundespflegegesetzverordnung 3. Auflage*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Berthel, J. (2000). *Personal-Management - Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit 6. Auflage*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Berthel, J., & Becker, F. (2010). *Personal-Management - Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit 9. Auflage*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Binder, U. (2022). *Schnelleinstieg Controlling - Verständlich und praxisnah auf den Punkt gebracht 7. überarbeitete und erweiterte Auflage*. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH & Co. KG.

Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Breinlinger-O'Reilly, J., & Krabbe, M. (1998). *Controlling für das Krankenhaus - Strategisch - Operativ - Funktional*. Neuwied, Kriftel, Berlin: Hermann Luchterhand Verlag GmbH.

- Bundesagentur für Arbeit. (2023). *Stationsleiter/in - Kranken-/Alten-/Kinderkrankenpflege*
Version: 1.193.230927-2334-12c8d62. Abgerufen am 29. September 2023 von
Bundesagentur für Arbeit bringt weiter.:
<https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/beruf/14790>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (o.J.). *Die
Ausbildungsvergütung*. Abgerufen am 02. Oktober 2023 von Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend: [https://www.pflegeausbildung.net/dein-weg-
in-den-pflegeberuf/verguetung.html](https://www.pflegeausbildung.net/dein-weg-in-den-pflegeberuf/verguetung.html)
- Bundesministerium für Gesundheit a). (25. April 2023). *Krankenhausfinanzierung*. Abgerufen
am 13. Oktober 2023 von
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung>
- Bundesministerium für Gesundheit b). (13. Juli 2023). *Krankenhausreform*. Abgerufen am
13. Oktober 2023 von
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausref
orm.html](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform.html)
- Bundesministerium für Gesundheit c). (23. November 2023). *Lauterbach:
Krankenhausreform ist ein Stück vorangekommen*. Abgerufen am 1. Dezember 2023
von Bundesministerium für Gesundheit:
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/lauterbach-
krankenhausreform-ist-ein-gutes-stueck-vorangekommen.html](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/lauterbach-krankenhausreform-ist-ein-gutes-stueck-vorangekommen.html)
- Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. (2001). *Personalcontrolling in der Praxis*.
Stuttgart.
- Deutscher Bundestag a). (21. August 2023). *Haushalt 2024: Gesundheitsetat soll deutlich
sinken*. Abgerufen am 1. Dezember 2023 von Deutscher Bundestag:
<https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-963266>
- Deutscher Bundestag b). (2023). *Streit über geschrumpftes Gesundheitsetat 2024*.
Abgerufen am 1. Dezember 2023 von Deutscher Bundestag:
<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw36-de-gesundheit-957806>
- Deutscher Bundestag c). (o.J.). *Enquete-Kommission*. Abgerufen am 27. Dezember 2023
von Deutscher Bundestag:
<https://www.bundestag.de/services/glossar/glossar/E/enquete-444734>
- Deutsches Pflegeportal DPP GmbH. (2023). *Weiterbildung: Stationsleitung*. Abgerufen am 29.
September 2023 von Deutsches Pflegeportal - Für deine Karriere:
[https://www.deutsches-pflegeportal.de/magazin/weiterbildung-
stationsleitung#:~:text=Stationsleiter%2Finnen%20%C3%BCbernehmen%20%2D%20je%20nach,Nachwuchskr%C3%A4ften%20sowie%20die%20Qualit%C3%A4tssiche
rung%20zust%C3%A4ndig.](https://www.deutsches-pflegeportal.de/magazin/weiterbildung-stationsleitung#:~:text=Stationsleiter%2Finnen%20%C3%BCbernehmen%20%2D%20je%20nach,Nachwuchskr%C3%A4ften%20sowie%20die%20Qualit%C3%A4tssicherung%20zust%C3%A4ndig.)
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und
Humanwissenschaften 5. Auflage*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Eisele, D., & Doyé, T. (2010). *Praxisorientierte Personalwirtschaftslehre:
Wertschöpfungskette Personal 7., vollständig überarbeitete Auflage*. Stuttgart: W.
Kohlhammer GmbH.
- Engelhardt, F. (17. Dezember 2021). *Klinik Hierarchie: Positionen in einem Krankenhaus*.
Von Jungmediziner: <https://www.jungmediziner.de/klinik->

hierarchie/2021/12/17/#:~:text=Im%20Medizinstudium%20absolvierst%20du%20als,s
tehen%20dir%20viele%20Wege%20offen. abgerufen

Erzgebirgsklinikum gGmbH a). (o.J.). *Ihr Gesundheitsversorger im Erzgebirge*. Abgerufen
am 2. Dezember 2023 von Erzgebirgsklinikum: <https://www.erzgebirgsklinikum.de/>

Erzgebirgsklinikum gGmbH b). (o.J.). *Unsere medizinischen Fachbereiche*. Abgerufen am 2.
Dezember 2023 von Erzgebirgsklinikum: <https://www.erzgebirgsklinikum.de/medizin/>

Erzgebirgsklinikum gGmbH c). (o.J.). *Unsere Tochtergesellschaften*. Abgerufen am 2.
Dezember 2023 von Erzgebirgsklinikum:
<https://www.erzgebirgsklinikum.de/klinikum/tochtergesellschaften/>

Fleßa, S. (2018). *Systematisches Krankenhausmanagement*. Berlin/Boston: Walter de
Gruyter GmbH.

Frodl, A. (2012). *Controlling im Gesundheitsbetrieb - Betriebswirtschaft für das
Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Gabler Verlag | Springer Fachmedien Wiesbaden
GmbH.

Gaugler, E., Oechsler, W., & Weber, W. (2004). *Handbuch des Personalwesens*. Stuttgart:
Schäffer-Poeschel Verlag.

Gerlach, D. (2018). *Crashkurs Personalplanung: Instrumente - Maßnahmen - Kosten 1.
Auflage*. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH & Co. KG.

Gerlach, D. (2022). *Crashkurs Personalcontrolling - Grundlagen, Werkzeuge und
Praxisbeispiele 2. Auflage*. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH & Co. KG.

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als
Instrument rekonstruierender Untersuchungen 4. Auflage*. Wiesbaden: VS Verlag für
Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien.

Haufe Group. (o.J.). *Personalcontrolling - Kennzahlen / 3 Benchmarking im Personalwesen*.
Abgerufen am 27. Dezember 2023 von HAUFE.:
[https://www.haufe.de/personal/haufe-personal-office-platin/personalcontrolling-
kennzahlen-3-benchmarking-im-personalwesen_idesk_PI42323_HI1427077.html](https://www.haufe.de/personal/haufe-personal-office-platin/personalcontrolling-kennzahlen-3-benchmarking-im-personalwesen_idesk_PI42323_HI1427077.html)

Hentze, J., & Kehres, E. (2010). *Krankenhaus-Controlling - Konzepte, Methoden und
Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis 4., vollständig überarbeitete und erweiterte
Auflage*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Hentze, J., Kehres, E., & Maier, B. (2022). *Kosten- und Leistungsrechnung in
Krankenhäusern - Systematische Einführung 6., überarbeitete Auflage*. Stuttgart: W.
Kohlhammer GmbH.

Julius-Maximilians-Universität Würzburg. (Dezember 2023). *Famulatur*. Abgerufen am 27.
Dezember 2023 von Julius-Maximilians-Universität Würzburg: [https://www.med.uni-
wuerzburg.de/fachschaft/studium-klinik/famulatur/](https://www.med.uni-wuerzburg.de/fachschaft/studium-klinik/famulatur/)

Kaiser, R. (2021). *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische
Durchführung 2., aktualisierte Auflage*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
GmbH, ein Teil von Springer Nature.

Kolb, M., Burkart, B., & Zundel, F. (2010). *Personalmanagement - Grundlagen und Praxis
des Human Resources Managements 2. Auflage*. Wiesbaden: Gabler Verlag |
Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung 3. Auflage*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung 6., überarbeitete Auflage*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Maier, J. (22. März 2020). *Wie ist die Hierarchie in der Krankenpflege?* Abgerufen am 29. September 2023 von Medi-Karriere: <https://www.medi-karriere.de/magazin/hierarchie-krankenpflege/#:~:text=Gesundheits%2D%20und%20Krankenpfleger%2Fin%20,Krankenpflegepraktikanten>
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken 6. überarbeitete Auflage*. Weinheim : Beltz Verlag.
- MEDWING GmbH. (10. Oktober 2021). *Karriere als Pflegekraft: So steigst du im Krankenhaus auf*. Abgerufen am 29. September 2023 von MEDWING: <https://medwing.com/de/de/magazine/artikel/karriere-und-aufstieg-als-pflegekraft>
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews 2., erweiterte und aktualisierte Auflage*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter.
- Olfert, P.-K. (2016). *Personalwirtschaft 10. Auflage*. Herne: NWB Verlag GmbH & Co. KG.
- Personal-Wissen.de. (2023). *Personalplanung*. Abgerufen am 25. Oktober 2023 von Personal-Wissen.de: <https://www.personal-wissen.de/grundlagen-des-personalmanagements/personalentwicklung/personalplanung/>
- Personio SE & Co. KG. (2023). *Personalkostenplanung in 5 Schritten*. Abgerufen am 25. Oktober 2023 von Personio: <https://www.personio.de/hr-lexikon/personalkostenplanung/#personalkostenplanung-definition>
- Preißler, P. (1998). *Controlling - Lehrbuch und Intensivkurs 10. Auflage*. München/Wien: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Preuß, O. (1996). *Kosten- und Deckungsbeitragsmanagement im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen und Sonderentgelten*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.
- Prof. Dr. Seebacher, W. (2003-2004). *Unternehmen - Der BTV Kompass für Bank und Wirtschaft: Budgetierung und Controlling*.
- Prof. Dr. Zdrowomyslaw, N. (2007). *Personalcontrolling - Der Mensch im Mittelpunkt: Erfahrungsberichte, Funktionen und Instrumente*. Gernsbach: Deutscher Betriebswirte-Verlag.
- Reim, J. (2019). *Kosten- und Leistungsrechnung: Instrumente, Anwendung, Auswertung - Anschaulicher Einstieg für Studium und Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature.
- Rumpf, J., & Eilers, S. (2020). *Strategische Personalplanung - Aktuelle Trends und Entwicklungen*. Berlin: Springer-Gabler Verlag GmbH.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. (2022). *Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, Stand 1. Juli 2022, 12. Fortschreibung - aktualisierte Fassung*. Dresden.

- SAP a). (o.J.). *Was ist SAP Human Resources (SAP HR)?* Abgerufen am 22. Dezember 2023 von SAP: <https://www.sap.com/germany/products/hcm/what-is-sap-hr.html>
- SAP b). (o.J.). *Was ist SAP?* Abgerufen am 27. Dezember 2023 von SAP: <https://www.sap.com/germany/about/what-is-sap.html>
- Schmeisser, W., Sobierajczyk, P., & Zinn, A. (2014). *Personalcontrolling*. Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Schmidt, F. (30. Juni 2023). *Effektive Personalbedarfsplanung in Zeiten des Fachkräftemangels*. Abgerufen am 02. Januar 2024 von Heyjobs: <https://hire.heyjobs.co/de-de/blog/personalbedarfsplanung>
- Scholz, C. (2014). *Personalmanagement - Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen 6., neubearbeitete und erweiterte Auflage*. München: Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
- Schweitzer, M., & Küpper, H.-U. (2011). *Systeme der Kosten- und Erlösrechnung 10., überarbeitete und erweiterte Auflage*. München: Vahlen.
- Spengler, T., Metzger, O., & Volkmer, T. (2019). *Moderne Personalplanung - Modelle, Methode und Fallbeispiele*. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) a). (2021). *Kostenaufstellung der Krankenhäuser, 2019*.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) b). (2023). *Krankenhäuser - Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung*.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) c). (2022). *Kostennachweis der Krankenhäuser*.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) d). (2023). *Pressemitteilung Nr. 416 vom 30. September 2022*. Wiesbaden.
- Stierle, J., Glasmachers, K., & Siller, H. (2017). *Praxiswissen Personalcontrolling - Erfolgreiche Strategien und interdisziplinäre Ansätze für die Ressource Mensch*. Wiesbaden: Springer Gabler | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Stufflebeam, D. (März 2007). *Checkliste für das CIPP-Evaluationsmodell übersetzt von Wolfgang Beywl*. Von <http://www.wmich.edu/evalctr/checklists> abgerufen
- The Stepstone Group GmbH a). (2023). *Pflegedienstleiter/in Gehälter in Deutschland*. Von stepstone: <https://www.stepstone.de/gehalt/Pflegedienstleiter-in.html> abgerufen
- The Stepstone Group GmbH b). (2023). *Stationsleiter/in Gehälter in Deutschland*. Von stepstone: <https://www.stepstone.de/gehalt/Stationsleiter-in.html> abgerufen
- The Stepstone Group GmbH c). (2023). *Examinierte Pflegefachkraft Gehälter in Deutschland*. Abgerufen am 29. September 2023 von stepstone: <https://www.stepstone.de/gehalt/Examinierte-Pflegefachkraft.html>
- The Stepstone Group GmbH d). (2023). *Krankenpfleger/schwester Onkologie Gehälter in Deutschland*. Abgerufen am 29. September 2023 von stepstone: <https://www.stepstone.de/gehalt/Krankenpfleger-schwester-Onkologie.html#:~:text=Die%20Gehaltsspanne%20als%20Krankenpfleger%2Fschwester,37.400%20%E2%82%AC%20und%2053.800%20%E2%82%AC>.
- The Stepstone Group GmbH e). (2023). *Krankenpfleger/schwester Geriatrie Gehälter in Deutschland*. Abgerufen am 29. September 2023 von stepstone:

<https://www.stepstone.de/gehalt/Krankenpfleger-schwester-Geriatrie.html#:~:text=Die%20Gehaltsspanne%20als%20Krankenpfleger%2Fschwester,36.000%20%E2%82%AC%20und%2049.800%20%E2%82%AC>.

The Stepstone Group GmbH f). (2023). *Fachkrankenpfleger/schwester Psychiatrie Gehälter in Deutschland*. Abgerufen am 29. September 2023 von stepstone: <https://www.stepstone.de/gehalt/Fachkrankenpfleger-schwester-Psychiatrie.html>

The Stepstone Group GmbH g). (2023). *Fachkraft Intensivpflege Gehälter in Deutschland*. Abgerufen am 29. September 2023 von stepstone: <https://www.stepstone.de/gehalt/Fachkraft-Intensivpflege.html>

The Stepstone Group GmbH h). (2023). *Krankenpflegehelfer/in Gehälter in Deutschland*. Abgerufen am 02. Oktober 2023 von stepstone: <https://www.stepstone.de/gehalt/Krankenpflegehelfer-in.html>

Thurm, T., Koll, P., & Kienbaum Consulting International GmbH. (Januar 2020). *Chefarztvergütung im Fokus: Ergebnisse des Kienbaum-Vergütungsreport 2019*. *CB Management*, S. 3-7.

Workwise GmbH. (18. August 2023). *Personalplanung: Definition, Aufgaben, Ziele und Excel-Vorlage [2023]*. Von workwise: <https://hire.workwise.io/hr-praxis/organisationsentwicklung/personalplanung#individuell> abgerufen

Wunderer, R., & Jaritz, A. (2006). *Unternehmerisches Personalcontrolling - Evaluation der Wertschöpfung im Personalcontrolling 3., aktualisierte und erweiterte Auflage*. Neuwied, Kriftel: Hermann Luchterhand Verlag.

Zapp, W., Dues, C., Kempenich, E., & Oswald, J. (2017). *Rechnungswesen und Finanzierung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen 1. Auflage*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Zapp, W., Oswald, J., Neumann, S., & Wacker, F. (2015). *Controlling und Reporting im Krankenhaus 1. Auflage*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

ZV DIKOM. (2020). *Fachanwendungen - Entgeltabrechnung P & I LOGA*. Abgerufen am 27. Dezember 2023 von DIKOM: <https://www.dikom-bb.de/dienstleistungen/fachanwendungen/entgeltabrechnung>

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Anschreiben zur Rekrutierung der Experten	B
Anlage 2 Einverständniserklärung	C
Anlage 3 Einverständniserklärung Krankenhaus 1	D
Anlage 4 Einverständniserklärung Krankenhaus 2	E
Anlage 5 Einverständniserklärung Krankenhaus 3	F
Anlage 6 Einverständniserklärung Krankenhaus 4	G
Anlage 7 Interviewleitfaden	H
Anlage 8 Transkript Krankenhaus 1	I
Anlage 9 Transkript Krankenhaus 2	T
Anlage 10 Transkript Krankenhaus 3	Z
Anlage 11 Transkript Krankenhaus 4	DD
Anlage 12 Interviewprotokoll Krankenhaus 1	JJ
Anlage 13 Interviewprotokoll Krankenhaus 2	KK
Anlage 14 Interviewprotokoll Krankenhaus 3	LL
Anlage 15 Interviewprotokoll Krankenhaus 4	MM
Anlage 16 Kategoriensystem zur Auswertung.....	NN
Anlage 17 Kategorisierung Transkript Krankenhaus 1	OO
Anlage 18 Kategorisierung Transkript Krankenhaus 2.....	ZZ
Anlage 19 Kategorisierung Transkript Krankenhaus 3.....	FFF
Anlage 20 Kategorisierung Transkript Krankenhaus 4.....	JJJ

Anlage 1 Anschreiben zur Rekrutierung der Experten

Sehr geehrte Frau/Herr,

mein Name ist Lea Unger und ich studiere aktuell Gesundheitswissenschaften an der Westsächsischen Hochschule Zwickau. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den Personalkostenhochrechnungen in Krankenhäusern. Um einen Best-Practice-Ansatz entwickeln zu können, möchte ich ein Interview mit einem Controller aus Ihrem Klinikum führen, welcher die Thematik bearbeitet. Das Interviews soll eine Zeitspanne von 30-45 Minuten aufweisen. Mit Hilfe des Interviews können Sie mir einen Einblick in die Verfahrensweise Ihres Klinikums geben. Dabei sind für mich absolute Zahlen der Personalkosten nicht relevant, sondern das Gesamtverfahren. Natürlich können Ihre Angaben auf Wunsch anonymisiert werden.

Über eine Rückmeldung, ob ein Interview in Ihrer Einrichtung möglich ist, würde ich mich sehr freuen.

Bei Rückfragen stehe ich gern unter der E-Mail [REDACTED] oder [REDACTED] zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Lea Unger

Studiengang: Gesundheitswissenschaften

Seminargruppe: 212233

Matrikelnummer: 39909

Einverständniserklärung

Mein Name ist Lea Unger und ich bin aktuell Masterstudentin an der Westsächsischen Hochschule Zwickau im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den Personalkostenhochrechnungen in Krankenhäusern und verfolge das Ziel, einen Best-Practice-Ansatz entwickeln zu können. Dafür führe ich qualitative Experteninterviews mit Controllern durch. Im Vorfeld möchte ich mich schön einmal für Ihre Bereitschaft bedanken.

Das Interview wird mittels eines Tonaufnahmegeräts aufgezeichnet. Anhand der Aufnahmen kann im Nachgang an die Interviews die Auswertung erfolgen.

Es kann vorkommen, dass während des Interviews Notizen seitens des Interviewer getätigt werden. Davon sollen Sie sich nicht irritieren lassen. Die Notizen dienen der besseren Aufbereitung der Daten.

Personenbezogene Daten werden anonymisiert verarbeitet, d.h. Ihr Name wird in „Befragter X“ umgewandelt. Außerdem werden keine Daten erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Bezüglich unternehmerischer Daten (wie zum Beispiel den Namen oder Träger) frage ich Sie, ob diese auch anonymisiert werden sollen?

Ja

Nein

Die erhobenen Daten werden ausschließlich vom Interviewer bearbeitet. Die Audiodatei wird nach erfolgreicher Transkription gelöscht.

Das Interview wird zwischen 30 und 45 Minuten dauern und kann jederzeit abgebrochen werden.

Mit Unterschrift wird das Einverständnis der Tonaufnahme und Verarbeitung der Daten gegeben. Die Einwilligung kann jederzeit zurückgezogen werden.

Gibt es eventuelle Rückfragen?

Datum

Unterschrift (Experte)

Anlage 3 Einverständniserklärung Krankenhaus 1

Einverständniserklärung

Mein Name ist Lea Unger und ich bin aktuell Masterstudentin an der Westsächsischen Hochschule Zwickau im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den Personalkostenhochrechnungen in Krankenhäusern und verfolge das Ziel, einen Best-Practice-Ansatz entwickeln zu können. Dafür führe ich qualitative Experteninterviews mit Controllern durch. Im Vorfeld möchte ich mich schön einmal für Ihre Bereitschaft bedanken.

Das Interview wird mittels eines Tonaufnahmegeräts aufgezeichnet. Anhand der Aufnahmen kann im Nachgang an die Interviews die Auswertung erfolgen.

Es kann vorkommen, dass während des Interviews Notizen seitens des Interviewer getätigt werden. Davon sollen Sie sich nicht irritieren lassen. Die Notizen dienen der besseren Aufbereitung der Daten.

Personenbezogene Daten werden anonymisiert verarbeitet, d.h. Ihr Name wird in „Befragter X“ umgewandelt. Außerdem werden keine Daten erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Bezüglich unternehmerischer Daten (wie zum Beispiel den Namen oder Träger) frage ich Sie, ob diese auch anonymisiert werden sollen?

Ja

Nein

Die erhobenen Daten werden ausschließlich vom Interviewer bearbeitet. Die Audiodatei wird nach erfolgreicher Transkription gelöscht.

Das Interview wird zwischen 30 und 45 Minuten dauern und kann jederzeit abgebrochen werden.

Mit Unterschrift wird das Einverständnis der Tonaufnahme und Verarbeitung der Daten gegeben. Die Einwilligung kann jederzeit zurückgezogen werden.

Gibt es eventuelle Rückfragen?

11.07.23

Datum

S. Ti

Unterschrift (Experte)

Anlage 4 Einverständniserklärung Krankenhaus 2

Einverständniserklärung

Mein Name ist Lea Unger und ich bin aktuell Masterstudentin an der Westsächsischen Hochschule Zwickau im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den Personalkostenhochrechnungen in Krankenhäusern und verfolge das Ziel, einen Best-Practice-Ansatz entwickeln zu können. Dafür führe ich qualitative Experteninterviews mit Controllern durch. Im Vorfeld möchte ich mich schön einmal für Ihre Bereitschaft bedanken.

Das Interview wird mittels eines Tonaufnahmegeräts aufgezeichnet. Anhand der Aufnahmen kann im Nachgang an die Interviews die Auswertung erfolgen.

Es kann vorkommen, dass während des Interviews Notizen seitens des Interviewer getätigt werden. Davon sollen Sie sich nicht irritieren lassen. Die Notizen dienen der besseren Aufbereitung der Daten.

Personenbezogene Daten werden anonymisiert verarbeitet, d.h. Ihr Name wird in „Befragter X“ umgewandelt. Außerdem werden keine Daten erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Bezüglich unternehmerischer Daten (wie zum Beispiel den Namen oder Träger) frage ich Sie, ob diese auch anonymisiert werden sollen?

Ja

Nein

Die erhobenen Daten werden ausschließlich vom Interviewer bearbeitet. Die Audiodatei wird nach erfolgreicher Transkription gelöscht.

Das Interview wird zwischen 30 und 45 Minuten dauern und kann jederzeit abgebrochen werden.

Mit Unterschrift wird das Einverständnis der Tonaufnahme und Verarbeitung der Daten gegeben. Die Einwilligung kann jederzeit zurückgezogen werden.

Gibt es eventuelle Rückfragen?

20.07.2023

Datum

S. Unger

Unterschrift (Experte)

Einverständniserklärung

Mein Name ist Lea Unger und ich bin aktuell Masterstudentin an der Westsächsischen Hochschule Zwickau im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den Personalkostenhochrechnungen in Krankenhäusern und verfolge das Ziel, einen Best-Practice-Ansatz entwickeln zu können. Dafür führe ich qualitative Experteninterviews mit Controllern durch. Im Vorfeld möchte ich mich schön einmal für Ihre Bereitschaft bedanken.

Das Interview wird mittels eines Tonaufnahmegeräts aufgezeichnet. Anhand der Aufnahmen kann im Nachgang an die Interviews die Auswertung erfolgen.

Es kann vorkommen, dass während des Interviews Notizen seitens des Interviewer getätigt werden. Davon sollen Sie sich nicht irritieren lassen. Die Notizen dienen der besseren Aufbereitung der Daten.

Personenbezogene Daten werden anonymisiert verarbeitet, d.h. Ihr Name wird in „Befragter X“ umgewandelt. Außerdem werden keine Daten erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Bezüglich unternehmerischer Daten (wie zum Beispiel den Namen oder Träger) frage ich Sie, ob diese auch anonymisiert werden sollen?

Ja

Nein

Die erhobenen Daten werden ausschließlich vom Interviewer bearbeitet. Die Audiodatei wird nach erfolgreicher Transkription gelöscht.

Das Interview wird zwischen 30 und 45 Minuten dauern und kann jederzeit abgebrochen werden.

Mit Unterschrift wird das Einverständnis der Tonaufnahme und Verarbeitung der Daten gegeben. Die Einwilligung kann jederzeit zurückgezogen werden.

Gibt es eventuelle Rückfragen?

26.09.2023

Datum



Unterschrift (Experte)

Anlage 6 Einverständniserklärung Krankenhaus 4

Einverständniserklärung

Mein Name ist Lea Unger und ich bin aktuell Masterstudentin an der Westsächsischen Hochschule Zwickau im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit den Personalkostenhochrechnungen in Krankenhäusern und verfolge das Ziel, einen Best-Practice-Ansatz entwickeln zu können. Dafür führe ich qualitative Experteninterviews mit Controllern durch. Im Vorfeld möchte ich mich schon einmal für Ihre Bereitschaft bedanken.

Das Interview wird mittels eines Tonaufnahmegeräts aufgezeichnet. Anhand der Aufnahmen kann im Nachgang an die Interviews die Auswertung erfolgen.

Es kann vorkommen, dass während des Interviews Notizen seitens des Interviewer getätigt werden. Davon sollen Sie sich nicht irritieren lassen. Die Notizen dienen der besseren Aufbereitung der Daten.

Personenbezogene Daten werden anonymisiert verarbeitet, d.h. Ihr Name wird in „Befragter X“ umgewandelt. Außerdem werden keine Daten erhoben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Bezüglich unternehmerischer Daten (wie zum Beispiel den Namen oder Träger) frage ich Sie, ob diese auch anonymisiert werden sollen?

Ja

Nein

Die erhobenen Daten werden ausschließlich vom Interviewer bearbeitet. Die Audiodatei wird nach erfolgreicher Transkription gelöscht.

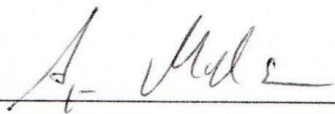
Das Interview wird zwischen 30 und 45 Minuten dauern und kann jederzeit abgebrochen werden.

Mit Unterschrift wird das Einverständnis der Tonaufnahme und Verarbeitung der Daten gegeben. Die Einwilligung kann jederzeit zurückgezogen werden.

Gibt es eventuelle Rückfragen?

25.9.2023

Datum



Unterschrift (Experte)

Interviewleitfaden

Frage	Vertiefungsfragen	Notizen
<p>Wie ist die Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung in Ihrem Unternehmen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie gliedern Sie die Personalkosten zur Hochrechnung? <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach Krankenhausbuchführungsverordnung (ÄD, PD, MTD, FD, etc.) ○ Erfolgt eine weitere Gliederung (Vollzeit- und Teilzeitkräfte und/oder nach Kliniken und/oder nach Fach- und Hilfskraft im PD und/oder Chef-, Ober-, Fach oder Assistenzarzt) 	
<p>Wie häufig werden die Personalkosten hochgerechnet?</p>		
<p>Die Bearbeitung der Personalkostenhochrechnung erfolgt wann und von wem?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sind mehrere Personen involviert? • Seit wann führen Sie Hochrechnungen nach dieser Vorgehensweise durch? • Hat sich die Hochrechnung im Laufe der Jahre verändert/verfeinert? • Erfolgt die Software mit Hilfe einer Software? 	
<p>Wie wird der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt?</p>		
<p>Für welche Zwecke werden die Hochrechnungen verwendet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Soll-Ist-Vergleiche durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn Ja, in welchen Abständen? ○ Wie wird mit Abweichungen umgegangen? 	
<p>Welche Änderungen/Anpassungen planen sie?</p>		
<p>Welche Tipps/Hinweise würden Sie einem Klinikum bei der Neueinführung geben?</p>		

Anlage 8 Transkript Krankenhaus 1

Versorgungsstufe Maximalversorgung	Träger Öffentlich	Geschlecht des Experten männlich
--	-----------------------------	--

Gesprächsdaten

Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Büro, Unterbrechung durch Ablauf der Aufnahmezeit in Zoom
-------------------------	---

Aufnahmedaten

Name des Aufnehmenden	Lea Unger
Name des Transkribierenden	Lea Unger
Aufnahmestatus	
Datum/Zeit	11. Juli 2023/15:09-16:32
Ort	Büro des Experten
Dauer	58:51 Minuten

Bemerkungen

- Interview online via Zoom
- Vielseitiges Fachwissen für Erläuterungen

1 I: Also meine erste Frage wäre *wie ist denn die Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung in*
2 *Ihrem Unternehmen?*

3 B1: Wir nehmen für die Personalkostenplanung eine Hochrechnung vor für das folgende
4 Wirtschaftsjahr. Wir nehmen aber auch unterjährig für die so genannten For-Casts oder
5 Personalprognosen Personalkostenhochrechnungen vor. Beides ist ein bisschen unterschiedlich.
6 Deswegen können Sie mir vielleicht die Frage beantworten. Wollen Sie jetzt für das Folgejahr die
7 Personalkostenhochrechnung oder soll ich vielleicht beide erklären. Was möchten Sie?

8 I: Gerne beide

9 B1: Gerne beide. Dann fang ich mal an mit den For-Casts, mit den Personalkostenprognosen. Das ist
10 relativ, relativ einfach, muss man dazu sagen. Wir nehmen das auf Gesamthausebene vor. Nicht auf
11 Klinikebene oder Institutsebene. Also das Uniklinikum hat eine ganze Anzahl, ich habe es nie gezählt,
12 aber ich würde so sagen 25 Kliniken, noch mal so viele Institute. Darüber hinaus noch
13 Arbeitsgruppen, Geschäftsbereiche, die die Verwaltung so zu sagen machen. Also eine ganze Reihe
14 von Struktureinheiten, so nennt es sich nach dem [REDACTED] Hochschulgesetz, die da geplant werden
15 wollen. Und in der Personalkostenprognose wird aber auf Gesamthausebene prognostiziert, nicht auf
16 Ebene der einzelnen Struktureinheit.

17 Es ist so, wir haben am Haus mehrere Dienstarten. Also das ist nach
18 Krankenhausbuchführungsverordnung vorgeschrieben so zu sagen, in welche einzelnen Konten oder
19 Kostenarten sag ich jetzt mal die Verbuchung stattfinden soll. So gesehen wird auch die
20 Personalkostenprognose gestaltet. Also sprich wir haben eine dienstartenbezogene Hochrechnung
21 und die basiert tatsächlich immer auf den Ist-Personalkosten. Also das heißt wir schauen uns an, wir
22 machen die drei Mal im Jahr, also quartalsweise. Also beginnend mit dem ersten Quartal, letztmalig
23 im dritten Quartal zum Jahresende jeweils. Um dann auch eine gewisse Plan-Ist-Abweichung
24 logischerweise festzustellen, um zu schauen zumindest was die Personalkosten betrifft, wie sind die
25 Abweichungen, wie passt das Ganze zum betriebswirtschaftlichen Ergebnis. Das sind so die
26 Hintergründe. Die Kapitalflussrechnung und so weiter muss ich Ihnen ja bestimmt nicht erklären, das
27 hängt dann alles hinten mit dran.

28 Jetzt ist es so, wir ziehen die aktuellste Basis heran, also sprich immer den Monat der da grade
29 abgeschlossen wurde. Also nehmen wir beispielhaft das erste Quartal, dann ist es dann eben der
30 März und auf dessen Basis sozusagen, wird dann die Hochrechnung gemacht. Und zwar so, dass wir,
31 jetzt muss ich ganz kurz die einzelnen Schritte. Und zwar so gestaltet, dass wir die
32 Gesamtpersonalkosten runterbrechen auf die einzelnen VK, also wieviel hinter den Ist-
33 Personalkosten steht ja immer eine gewisse Anzahl von bezahlten Vollkräften oder
34 Vollzeitäquivalenten, je nach dem wie man es ausdrückt. Dieser Wert wird dienstartenbezogen
35 runtergerechnet, weil die Dienstarten doch durchaus unterschiedlich hohe Vergütungen haben. Die
36 schwanken doch zum Teil erheblich. Also ich mach es mal beispielhaft, der Ärztliche Dienst ist mit
37 Abstand die teuerste Dienstart. Und dann gibt es eben auch andere Dienstarten, die eben in den
38 Durchschnittspersonalkosten deutlich, deutlich geringer sind. Wenn wir das haben, dann haben wir
39 erst mal den Betrag was uns eine durchschnittliche VK kostet sag ich jetzt mal. Das Ganze wird dann,
40 auch an Abgängen zu verzeichnen haben. Also sowohl als auch. Monatlich deswegen, weil ja jeder
41 einzelne Monat logischerweise erheblichen Einfluss darauf hat, wie das Endergebnis aussieht.
42

43 Ich mache es mal beispielhaft, würde ich das jetzt nicht monatlich machen und sage einfach eine VK
44 kommt on top, dann ist das wenn ich das Ganze am Jahresanfang mache und sage eine VK kommt on
45 top im Januar, dann habe ich da was weiß ich 100.000€ an Personalkosten. Kommt sie aber im
46 Dezember dann hätte ich auch 100.000€. So kann ich natürlich nicht kalkulieren, deswegen
47 monatsweise.

48 Das spielt auch eine Rolle unter anderem darin, dass man Absolventenübernahmen hat, die an
49 einem Haus wie unserer Größe doch erheblichen Einfluss hat. Also ich sag mal wir haben eine ganze
50 Reihe an Auszubildenden in der Pflege beispielsweise, was unter Umständen durchaus mal 60 VK sein
51 können oder 60 Personen sein können, die dann auf einmal im Juli, je nach dem wann die
52 Absolventen kommen, oder August oder so dann aufschlagen. Das ist dann schon auch noch mal ein
53 erheblicher. Das Ganze steht natürlich auch unter gewissen Einflüssen sag ich jetzt mal. Also
54 Sondereffekte, Umstrukturierungen, betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten, wo man sagt, nein wir
55 wollen das eigentlich jetzt gar nicht diesen hohen VK-Einsatz, wir prognostizieren das weiter und
56 sehen zu, dass wir gewisse Einstellungen gestreckt bekommen, also sprich einfach die Einstellung
57 später beispielsweise vornehmen etc. Oder auch in umgekehrter Art und Weise sag ich jetzt mal,
58 dass man sagt ok die Notwendigkeit besteht aber jetzt, diese Dienstart oder diese VK-Werte in die
59 Höhe zu pushen, um eben dann auch zukünftige Leistung vornehmen zu können. Also das sind so erst
60 mal die Hintergründe in der gedanklichen Abwägung zur VK-Prognose.

61 Wenn wir die ganzen VK. Dann haben wir natürlich dann durchschnittliche VK daraus entwickelt und
62 multiplizieren die dann letztendlich auch mit den durchschnittlichen Personalkosten. Dann kommen
63 noch Sondereinflussfaktoren dazu, sprich wir haben ja in Abhängigkeit sicherlich des jeweiligen
64 Hauses, unser Tarifvertrag sagt aus, dass wir im November beispielsweise eine Jahressonderzahlung
65 haben. Die wird natürlich einkalkuliert. Es werden, wenn es denn anfällt, unterjährige
66 Tarifsteigerungen mit einkalkuliert, wenn die Tarifverträge unterjährig auslaufen, aber die
67 Verhandlungen noch nicht begonnen haben, wird da auch ein Wert angesetzt, der letztendlich
68 natürlich abgestimmt ist, aber sich in irgendeiner Art und Weise sich begründen lässt. Dann haben
69 wir auch schon so Sondereffekte gehabt aus den Tarifverträgen, also wie Einmalzahlungen usw. die
70 dann gekommen. Das spielt da auch mit eine Rolle.

71 Dann haben wir erst mal in der Hochrechnung die Personalkosten für die Beschäftigten. Darüber
72 hinaus gibt es noch andere Mitarbeitergruppen, ich sag jetzt mal beispielsweise
73 Bundesfreiwilligendienstler, FSJ, Azubis. Wie gesagt sonstige Kosten. Das sind auch alles
74 Personalkosten, auch die werden kalkuliert und hochgerechnet letztendlich. Es gibt Kosten, wo man

75 keine Anhaltspunkte hat unterjährig. Ich mach es mal beispielsweise, Pension und Nachversicherung.
76 Professoren sind zum Teil verbeamtet und da spielen Pension und Nachversicherung doch eine Rolle.
77 Zumindest was die Personalkosten anbelangt, eine erhebliche Rolle, weil man dafür Rückstellungen
78 bilden muss. Die werden ermittelt einmal jährlich, im Zuge des Jahresabschlusses, gibt es
79 finanzmathematische Gutachten, die da erstellt werden müssen. Die werden nicht durch uns erstellt,
80 sondern durch externe Dienstleister, der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die da angehalten wird,
81 die Dienstleistung also eine Rechnung zu erbringen für uns. Das machen die im Zuge des
82 Jahresabschlusses, aber dort im Zuge dessen lassen wir uns auch immer prognostizieren sozusagen,
83 was wird denn im Folgejahr möglicherweise da an Rückstellungsbildung notwendig sein. Auch die
84 können das nicht hundertprozentig sagen, weil natürlich da Sterbetafeln dahinter hängen, eine
85 Zinsentwicklung dahinter liegt usw. Das kann zum Teil sogar erheblich davon abweichen, Es kommt
86 auch darauf an, wieviel Neuzugänge man hat oder gegebenenfalls Sterbefälle also dem zu Folge
87 Abgänge, wo man Rückstellungen auflösen muss etc. Aber diesen Prognosewert, der wird unterjährig
88 nicht geändert. Also das ist dann fix, der wird dann auch im Rahmen der Personalkostenprognose
89 angezogen und eben (unv.). Also das ist dann letztendlich die Personalkostenprognose für die
90 unterjährige Hochrechnung zum 31.12. des laufenden Jahres. Und dann würde ich jetzt mal
91 umschwenken, wie wir eine Personalkostenplanung machen. Dazu sind ja auch
92 Personalkostenhochrechnungen wieder notwendig, ansonsten ist eine Planung nicht valide.

93 Als universitäres Haus muss man wissen wie es finanziert wird. Der große Brocken ist natürlich die
94 Krankenversorgung. Als Maximalversorger sind wir hier verpflichtet auch Leistungen in der
95 Krankenversorgung zu erbringen. Dem zu Folge werden diese Leistungen auch durch die Kassen
96 vergütet. Das ist aber nur ein Teil. Ein zweiter Teil sind Zuschüsse, also sprich Landeszuschüsse die
97 gewährt werden, um letztendlich Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre erbringen zu
98 können. Also sprich die ganzen Beschäftigten, die für Forschung und Lehre tätig sind müssen ja auch
99 irgendwie vergütet werden und das ist dann natürlich nicht Kassenangelegenheit sondern
100 letztendlich Landesangelegenheit im Rahmen der Ausbildung. Da muss man wissen auch dort gibt es
101 zwei verschiedene Modelle in Deutschland, wie solche Zuschüsse letztendlich untersetzt werden. Bei
102 uns ist es das Integrationsmodell. Es gibt noch das Kooperationsmodell. Das Integrationsmodell
103 besagt eben, man kann keine klare Trennung vornehmen, zumindest oftmals nicht, von
104 Beschäftigten. Sind die jetzt in der Krankenversorgung tätig oder sind die für Forschung und Lehre
105 zuständig. Deswegen gibt es da eine separate Nebenrechnung. Das Ding nennt sich
106 Trennungsrechnung, diese Nebenrechnung. Jetzt schweife ich ganz kurz ab für Sie, das
107 Kooperationsmodell läuft ein bisschen anders. Da wird gesagt, ich kann ganz klar definieren, wenn
108 ich jetzt jemanden einstelle, der ist für Forschung und Lehre zuständig. Dem zu Folge wird er auch
109 aus den Zuschüssen heraus bezahlt. Da gibt es eine strikte Trennung. Bei uns ist diese Trennung nicht
110 möglich, sodass es die so genannte Trennungsrechnung gibt. Das heißt wir müssen erst mal
111 ermitteln, in einem ersten Schritt sozusagen, welche Kosten, um letztendlich eine Planung
112 vornehmen zu können, weil die Kosten nämlich auch unterschiedlich sind. Wenn jemand nicht in der
113 Krankenversorgung oder nur für die Forschung und Lehre zuständig ist, dann werden andere
114 Kostenarten mit angezogen oder auch ausgeschlossen, als wenn jemand in der Krankenversorgung
115 tätig ist. Das heißt, wenn jemand der in der Forschung und Lehre tätig ist, arbeitet beispielsweise
116 keine Dienste. Das bedeutet in der Nacht wird nicht gearbeitet für jemanden der in der Forschung
117 und Lehre tätig ist. Demzufolge werden solche Dienstkosten von vorn herein ausgeschlossen. Da gibt
118 es eine ganze Anzahl von Dingen, die da zu beachten sind. Dafür muss man die ganzen Kostenarten
119 einzeln durchgehen. Und letztendlich nimmt man über die so genannte Trennungsrechnung die
120 Trennung vor. Das heißt da schweife ich, ich weiß nicht, wenn ich da zu ausführlich bin, wenn ich da
121 zu weit ausschweife, dann fangen Sie mich da bitte ein.

122 I: Alles gut. Ich habe lieber die Informationen.

123 B1: Dann würde ich jetzt die Trennungsrechnung noch mal erklären. Zumindest versuchen, die Ihnen
124 in Kürze rüber zu bringen. Vielleicht nützt es Ihnen was.

125 Es ist so, es gibt Struktureinheiten, die voll zuständig sind für die Forschung und Lehre und nicht in
126 der Krankenversorgung tätig sind. Das sind gewisse Institute, Arbeitsgruppen oder sowas, für die ist
127 das unstrittig. Sämtliche Kosten die dort anfallen, die werden auch angezogen so zu sagen und
128 werden für die Zuschüsse abgerechnet und man hat erst mal den einen Teil für den Teil Forschung
129 und Lehre, für die Institute. Die das betrifft, also die 100% für die Forschung und Lehre tätig sind. Für
130 den zweiten Teil, also sprich das betrifft sämtliche Kliniken, das betrifft nur eine Hand voll Institute,
131 die da eben auch Leistungen in der Krankenversorgung erbringen, ist das ein bisschen komplexer. Ich
132 breche das mal runter, weil da gibt es noch ein bisschen mehr zu beachten, das würde aber zu
133 komplex werden. Sodass ich jetzt mal ganz trivial sage, es wird eine Verhältnisrechnung
134 durchgeführt. Also sprich, machen wir es mal an einem Beispiel, ich habe einen Planwert für eine
135 Klinik, der da lautet gesamthaft sind 10 VK im ärztlichen Dienst beispielsweise geplant. Und von den
136 10VK sind eben 2 VK in der Forschung und Lehre und 8VK in der Krankenversorgung tätig. Das ist erst
137 mal Plan. Dann kann man ja sagen es ist ein Verhältnis, 20% der geplanten Vollkräfte sind für
138 Forschung und Lehre zuständig. Dann ziehe ich den Ist-Wert an und da steht beispielsweise 9VK
139 haben sie im Ist-Personaleinsatz, im Ist. Dann wird dieses Verhältnis aus dem Planwert genommen,
140 also diese 20%, auf die 9VK gerechnet. Von 9VK 20% sind 1,8VK. Die sind für die Forschung und
141 Lehre, werden dort verordnet und der Rest eben in der Krankenversorgung. Wie machen wir dann
142 jetzt die Personalkostenplanung.

143 Jetzt switchen wir wieder. Jetzt haben wir erst mal unsere Ist-Personalkosten ermittelt für die
144 Forschung und Lehre. Für die Krankenversorgung ist das dann der gesamte Rest. Dass es noch einen
145 Bereich Dritte gibt, also sprich es gibt noch neben der Krankenversorgung, Forschung und Lehre gibt
146 es tatsächlich noch eine Sparte für Dritte, also das heißt wenn irgendwelche Kooperationen
147 eingegangen wurden sind, wo man dann im Zuge dessen wieder irgendwelche Erlöse erhält, aber der
148 Personaleinsatz natürlich auch geplant werden muss. Das ist aber wirklich ein ganz ganz kleines Feld
149 und darauf sollten wir jetzt nicht unser Hauptaugenmerk legen und die Planung ist genau so wie in
150 der Krankenversorgung. Auch da werden Durchschnittskosten ermittelt und die werden
151 hochgerechnet.

152 Bleiben wir mal bei den ermittelten Kosten, das heißt wir haben jetzt zwei unterschiedliche
153 Kostensätze. Immer Dienstartenbezogen, das muss ich jetzt nicht immer dazu sagen. Wir haben jetzt
154 für die Forschung und Lehre einen eigenen Durchschnittskostensatz, als auch in der
155 Krankenversorgung einen eigenen Durchschnittskostensatz. Und dann ist es doch so, dass eine
156 separate VK-Planung, also Vollkraft-Planung letztendlich gemacht werden muss und zwar für jeden
157 dieser Bereiche die ich genannt habe. Also für die Krankenversorgung, für die Forschung und Lehre
158 und auch für den Bereich Dritte den wir jetzt mal außer Acht lassen. Das bedeutet, wir schauen uns
159 als allererstes wieder die Forschung und Lehre-Planung an. Woraus können Änderungen resultieren.
160 VK, erst mal wieder Vollzeitäquivalente. Es können Berufungszusagen sein, es können
161 Sondersachverhalte sein, es gibt bestimmte Projekte für die wenn man sie einwirkt bestimmte VK
162 gewehrt werden, es gibt leistungsorientierte Mittel. Also Sachverhalte derer gibt es viele, woraus
163 Änderungen in der VK-Planung für die Forschung und Lehre resultieren können. Dann haben wir die
164 VK-Planung gemacht für die Forschung und Lehre und gucken uns jetzt die Krankenversorgung an.
165 Also dort die VK-Planung und die ist ein bisschen anders. Da muss man natürlich schon auf das
166 betriebswirtschaftliche Ergebnis auch achten, weil so wie ich gesagt habe, also das was
167 Zuschussfinanziert ist, auch dort muss natürlich geprüft werden, ist der VK-Einsatz den wir dann
168 haben in Forschung und Lehre auch zuschussgedeckt. Das ist aber eine relativ triviale Rechnung. Man
169 guckt einfach passen diese Aufwendungen zu den Zuschüssen. Muss man da gewisse Anpassungen

170 noch vornehmen oder so, wobei man Anpassungen nur in gewisser Art und Weise vornehmen kann,
171 wenn man Prüfungszusagen schon getätigt hat oder sowas dann kann man höchstens anders planen.
172 Also wie müsste man mit zukünftigen Sachverhalten anders umgehen. Und die Krankenversorgung ist
173 bisschen anders. Also da wird tatsächlich wie so eine kleine G und V erstellt. Erstmal gucken wir uns
174 den Personaleinsatz an, wie hoch muss denn der Personaleinsatz für die zu erbringende Leistung
175 sein. Also das heißt es gibt hier eine Leistungsplanung seitens der Betriebswirtschaft, die uns
176 zugespielt wird. Und wir schauen sozusagen, wie hoch muss dieser Personaleinsatz sein, um diese
177 Leistung, die geplanten Leistungen, zu erbringen. Wenn wir das ermittelt haben, daraus resultiert
178 dann immer, und zwar Klinik- und auch wieder Dienstleistungsbezogen, eine Änderung, eine VK-
179 Änderung, auch die wird separat geplant. Weil wir hatten ja zwei unterschiedliche
180 Durchschnittskostensätze, sowohl im F und L als auch in der Krankenversorgung. Dem zu Folge auch
181 zwei separate VK-Planungen, Krankenversorgung und Forschung und Lehre. Wenn wir das Ganze
182 eingegeben haben, also sprich es gibt eine Datenbank dafür, das haben wir selber programmiert
183 erstellt, anders bekommt man das nicht so einfach gewuppt. Dann ergibt sich daraus letztendlich aus
184 der Multiplikation zwischen den zukünftig geplanten VK in der Krankenversorgung multipliziert mit
185 den Durchschnittskostensatz in der Krankenversorgung einen Wert. Das Ganze für die Forschung und
186 Lehre eben auch noch mal. Beides kumuliert, zusammen habe ich einen Gesamtkostenplanwert in
187 der jeweiligen Dienstleistung für die jeweilige Klinik. Dann geht man in die Planungsgespräche mit den
188 jeweiligen Direktoren. Das ist der ganze Planungsprozess, das ist jetzt nicht die
189 Personalkostenhochrechnung und keine Personalkostenplanung, aber das ist der Prozess sage ich
190 jetzt mal. Dann wird das Ganze besprochen mit den Direktoren ist das ganze was man zu Papier
191 gebracht hat und geplant hat auch umsetzbar. Gegebenenfalls resultieren aus den
192 Planungsgesprächen auch wieder diverse Änderungen, dass es noch irgendwo in den Leistungen
193 Leistungsverschiebungen gibt und auch dass man manche Sachen die eben geplant worden sind so
194 nicht umsetzbar sind, weil interveniert wird. Beispielsweise der VK wird stimmt nicht, das ist ein
195 anderer, dann resultieren daraus gegebenenfalls noch Änderungen, die im Nachgang noch
196 eingearbeitet werden.

197 Abschweifend mal noch ein Thema. Dann haben wir jetzt aber unsere Personalkosten für die
198 jeweilige Struktureinheit. Wie kommt man aber auf die Personalkostenplanung des Hauses. Da ist es
199 so, dass wir nicht sämtliche Werte die wir hier einzeln geplant haben auf Struktureinheitenebene
200 kumulieren können, weil dann kommen ehrlich gesagt ganz utopische Werte raus. Der Klinikdirektor
201 für sich, will ja wissen, wieviel VK hat er, womit kann er planen und rechnen, weil der muss sagen,
202 jetzt beantrage ich eine Personalmaßnahme, weil ich möchte zum 01.07., dass die Stelle besetzt
203 wird. Dann muss der das wissen, sozusagen wieviel VK er unterjährig oder über das Gesamtjahr über
204 besetzen kann. Es obliegt aber in seiner Verantwortung und es obliegt seiner Steuerung so zu sagen,
205 das zu tun.

206 Wenn wir jetzt das Gesamthaus sehen, dann ist es schon so, dass ich sag mal man kann Stellen
207 ausschreiben, aber aufgrund des Arbeitskräftemangels, also sprich Fachkräftemangels, muss man
208 ganz klar sagen, bekommt man Stellen nicht immer adäquat besetzt. Also nicht zu dem Zeitpunkt
209 besetzt, die da beantragt sind. Das bedeutet und das macht über so ein Haus wie uns doch einen
210 erklecklichen Betrag aus. Also wir haben, je nach dem wie man es sieht, 4.800 Vollzeitäquivalente die
211 wir hier planen. Und dann, wenn man nicht alle Stellen besetzt bekommt, das ist erheblich. Das heißt
212 wenn ich alle Werte kumuliere, bilde ich, ich nenne es jetzt einfach mal Abschlüge. Ich brauche ja
213 irgendwo einen Wert, mit dem ich dann auch betriebswirtschaftlich planen kann, weil es nützt mir
214 überhaupt nix, wenn ich alle Struktureinheiten kumuliere, habe dann einen wahnsinnig hohen
215 Personalkostenwert, aber verausgabt wird der nicht, weil wir die Stellen beispielsweise nicht besetzt
216 bekommen. Das bringt mir nix, weil dann immer der Ist-Wert ganz ganz erheblich an der Planung
217 vorbeirauscht. Dann wird sich irgendwann jeder fragen, der dann gegebenenfalls so eine

218 Personalkostenhochrechnung liest, wo dann eben der Plan-Wert auch daneben steht und
219 abgeglichen wird mit dem Ist, was rechnet man hoch, woraus resultieren denn diese Abweichungen.
220 Das heißt was machen wir, wir greifen natürlich da in die Planung ein. Das heißt, wir kumulieren als
221 erstes mal die Ergebnisse von den Struktureinheiten, aber schauen im Nachgang dann was ist denn
222 realistisch. Also sprich, das macht man dann auf Basis von Erfahrungswerten muss ich dazu sagen,
223 dass man sich anschaut, wie viele dieser Stellen können tatsächlich jetzt besetzt werden oder sowas.
224 Das passiert aber dann auf Gesamthausebene, nicht für den einzelnen Klinikdirektor. Der würde mir
225 glaube ich an den Hals springen, wenn er sagt, hier Personalcontroller, wer hat mir hier noch drei
226 Stellen runtergerechnet, weil er meint, ich bekomme die nicht besetzt oder sowas. Das heißt der hat
227 seine Zahl, der Klinikdirektor, dann ist für den alles schick. Aber auf Gesamthausebene haben wir
228 eben da noch mal eingegriffen und die Personalkosten da nochmal angepasst, sowohl VK als auch
229 natürlich dann letztendlich auch die Personalkosten die daraus resultieren. Das Ganze wird dann
230 noch mal abgeglichen mit der Leistungsplanung auf Gesamthausebene, ob das alles trotzdem noch
231 passfähig ist, also ob diese VK die dann geplant sind auch die Leistung erbringen können. Es wird
232 auch noch mal in Nebenrechnungen geprüft, letztendlich muss ich dazu sagen, wie beispielsweise
233 Tarifsteigerungen. Ich schweif noch mal ganz kurz ab, Tarifsteigerungen werden auch auf Klinik- oder
234 Institutsebene geplant. Das heißt der Klinikdirektor, der erfährt natürlich seinen Personalkostenwert,
235 der sachgerecht ist, für die Personalkostenplanung für seine Klinik oder für seine Struktureinheit.
236 Letztendlich prüfe ich das Ganze nachher wirklich nochmal auf Gesamthausebene auf Plausibilität,
237 stimmen denn diese Werte auch überein. Nicht dass mir irgendwo in der Datenbank irgendwelche
238 Fehler passiert sind, durch Fehleingaben, durch eine Falschprogrammierung, was durchaus auch
239 immer mal vorkommen kann. Die Datenbank wird nicht jedes Jahr fortgeschrieben, zwar ist der
240 Planungsprozess an sich immer derselbe, aber wenn er mal geändert wird, gab es auch schon, ist
241 aber relativ selten, aber letztendlich ist es doch eine Datenbank und man muss sagen die wird immer
242 wieder neu aufgesetzt. Es können immer wieder aufgrund der Trennungsrechnung etc. irgendwelche
243 (uvm.) passieren, die nicht passieren sollten, da sind wir d'accord, aber letztendlich muss ich
244 trotzdem sicherstellen, dass mein Ergebnis was ich rauskriege plausibel und valide ist. Das heißt, ich
245 kontrolliere mich dann tatsächlich selber, rechne das Ganze noch mal retrograd runter, rückwärts,
246 und schaue mir an, wenn ich die Tarifsteigerung abziehe, komme ich dann auf dieselben
247 durchschnittlichen Personalkosten, die ich beispielsweise prognostiziert habe zum 31.12. Stimmt das
248 überein. Wenn ich das gemacht habe, dann ist die Planungsphase letztendlich auch abgeschlossen.

249 I: Ok.

250 B1: Gibt es Fragen erstmal? Und wenn ja, dann versuche ich mal die zu beantworten.

251 I: Ja. Also ganz am Anfang hatten Sie erwähnt, Sie gliedern das alles nach
252 Krankenhausbuchführungsverordnung.

253 B1: Ja es gibt eine Ausnahme zur KHBV bei uns am Haus. Und zwar im MTD, dem Medizinisch-
254 technischen Dienst. Da zählen auch Naturwissenschaftler drunter.

255 I: Ok.

256 B1: Naturwissenschaftler, also was weiß ich Physiker, Biologen, etc. Die sind zumeist in der Forschung
257 tätig, wenn sie nicht grade wirklich im Labor stehen und dann die Laborproben machen für die
258 Patienten oder sowas. Aber ich sag mal das Pro ist tatsächlich in der Forschung tätig. Wir haben die
259 ausgegliedert, das ist eine Unterdienststart, das kann man im SAP anlegen, es gibt die Dienststart MTD,
260 man kann aber auch zu jeder Dienststart Unterdienststarten anlegen, das haben wir in diesem Fall
261 gemacht. Es gibt die Unterdienststart Naturwissenschaftler, naturwissenschaftlicher Dienst nennt sich
262 das. Hat den Hintergrund, dass es mir nicht die Durchschnittskosten zerhaut. Sprich der
263 Naturwissenschaftler an sich hat eine deutlich höhere Durchschnittsvergütung als ein medizinisch-

264 technischer Dienst Mitarbeiter. Und wenn ich eine Planung mache, wo ich das alles zusammen
265 betrachten würde, dann hätte ich ein Problem, wenn ich so Sondersachverhalte drin habe. Also
266 sprich wenn es immer eine Gleichverteilung wäre. Das heißt wir sagen im MTD sind nächstes Jahr
267 10VK zusätzlich erforderlich und es wäre eine Gleichverteilung gewährleistet. Also von diesen 10VK
268 wären 5 VK Naturwissenschaftler und 5VK im medizinisch-technischen Dienst verordnet, also
269 Laboranten beispielsweise oder sowas. Dann hätte ich damit ja kein Problem. Ist es aber nicht, denn
270 ich habe ja wie ich vorhin ausgeführt habe, habe ich diese ganzen Sondersachverhalte wie
271 Prüfungszusagen. Letztes Jahr gab es für das Land [REDACTED] eine 10-prozentige
272 Studienplatzverweigerung für das Haus, also wir sollen 10% mehr Studenten aufnehmen. Das hat
273 natürlich einen gewissen Einfluss auf Forschung und Lehre. Das heißt letztendlich muss ich auch
274 zusätzliches Personal dort einsetzen und dieses Personal muss ja in der Lehre tätig sein, das heißt es
275 sind zumeist Naturwissenschaftler. Und wenn ich dann sage, ich hätte so eine
276 Durchschnittssatzbetrachtung, dann wird es tatsächlich erhebliche Plan-Ist-Abweichungen geben. Die
277 kann man damit ausschließen. Das ist eigentlich der größte Hintergrund davon, dass wir das getrennt
278 haben.

279 I: Ok. Gut. *Also gibt es jetzt nicht noch weitere Gliederungen noch mal in der Hochrechnung nach*
280 *Vollzeit und Teilzeit oder Hilfskräfte und Fachkräfte?*

281 B1: Nein. Hilfskräfte schon. Da hab ich vorhin gesagt wir haben die Azubis, wir haben die FSJler, die
282 BFDler, wir haben wissenschaftliche Hilfskräfte, studentische Aushilfen, also wir haben schon weitere
283 Berufsgruppen. Die zählen ja nicht als Beschäftigte im engeren Sinne des Arbeitsgesetzes. Also wir
284 haben natürlich dort einzelne Hochrechnungen für diese einzelnen Mitarbeitergruppen, so nennen
285 ich die jetzt mal, aber eine Unterscheidung oder Differenzierung in Voll- oder Teilzeit wird nicht
286 gemacht, weil was bringt es mir. Ich brauche letztendlich zwei Teilzeitkräfte à 0,75VK sind in Summe
287 1,5 VK. Ich habe natürlich einen VK-Wert am Ende, einen summarischen, oder auch auf die Klinik
288 habe ich, da steht dann wirklich die Klinik erhält 10,5VK im Ärztlichen Dienst als Personaleinsatz. Aber
289 wie die Personalbesetzung dann stattfindet ist für die Personalkostenhochrechnung erst mal
290 irrelevant. Das würde eine Rolle spielen, wenn man sich die Dienstplanung anschaut, also das heißt
291 ich brauche um den Dienstbetrieb aufrecht zu erhalten nicht 10,5VK sondern 10 Köpfe und eine
292 halbe Vollkraft, sondern ich brauche 15 Köpfe.

293 Unterbrechung des Interviews

294 B1: Wo war ich denn stehen geblieben?

295 I: Es ging darum, dass Berufsfelder wie Azubis, Bundesfreiwilligendienst extra gerechnet werden.

296 B1: Ja das war das eine. Das denke ich aber hatten wir abgehandelt. Nein nein wir hatten da noch
297 was. Jetzt muss ich ganz kurz mal überlegen. Achso, wir hatten es mit der Voll- und Teilzeit. Und ich
298 hatte Ihnen erläutert, warum es aus meiner Sicht nicht sinnvoll ist, eine Differenzierung für die
299 Personalkostenplanung vorzunehmen in Voll- und Teilzeit. Weil ich brauche einen Dezimalwert den
300 ich mit dem Durchschnittskostensatz multiplizieren kann.

301 Ein was hatte ich noch vergessen und zwar bei der Personalkostenplanung. Sondersachverhalte sind
302 Athene. Also außertariflich vergütete Beschäftigte. Die werden gesondert berechnet. Auch gesondert
303 betrachtet in der Personalkostenplanung. Das sind nicht viele, die man da betrachten muss, aber in
304 den Durchschnittspersonalkosten würde es dann doch auch erhebliche Ausreißer geben, zumindest
305 teilweise, wenn man die nicht gesondert berücksichtigt.

306 I: Ok.

307 B1: Dann war es das damit.

308 I: Ich hatte noch wie häufig die Personalkosten hochgerechnet werden, aber das hatten Sie ja schon
309 erwähnt. Einmal jährlich und dann quartalsweise.

310 B1: Genau quartalsweise und für die Planung einmal für das Folgejahr und wir erstellen auch noch
311 eine Mittelfristplanung, also die ist für drei Jahre. Machen wir auch einmal jährlich und die ist für die
312 folgenden drei Jahre gültig. Allerdings wird die jedes Jahr halt angepasst. Einmal hatte ich es bislang
313 gehabt, in meiner Tätigkeit hier am Haus, dass wir auch eine Langfristplanung machen mussten. Die
314 betraf dann glaube ich 15 Jahre. Wir mussten dann über 15 Jahre eine Personalkostenplanung
315 machen. Das war aber die absolute Ausnahme.

316 I: Ok. Dann *die Bearbeitung der Personalkosten erfolgt wann und von wem genau. Nur von Ihnen?*

317 B1: Also es sind immer viele, wir sind hier ein ganzes Team. Wir sind hier sieben Leute im
318 Personalcontrolling tätig. Nicht in der Betriebswirtschaft, sondern im Personalcontrolling. Nicht alle
319 dieser Mitarbeiter sind da involviert, aber der Großteil. Weil jeder sein spezielles Fachgebiet hat. Das
320 heißt beispielsweise die Planung für die Pflege, die ist noch mal besonders, um es mal vorsichtig
321 auszudrücken. Was ich Ihnen vorhin gesagt habe das war die Planung für die einzelne Klinik, aber
322 Pflegepersonal muss nochmal ein bisschen anders geplant werden. Da wird tatsächlich geschaut, wie
323 viele Betten auf der jeweiligen Station müssen geöffnet sein, wie viele Fälle werden daraus
324 letztendlich betreut und wieviel Personal ist da noch mal erforderlich. Da spielen noch weitere
325 Themen eine Rolle, sprich für die Personalkostenplanung des Folgejahres spielt da eine Rolle. Die
326 Refinanzierung des Pflegepersonals läuft ja über das Pflegebudget und das will extra berechnet
327 werden, weil das natürlich nicht die Vollkräfte sind, die ich da summarisch ausweise. Was weiß ich im
328 Pflegedienst haben wir 1.200 Leute, das ist eine geschossene Zahl, und ich bekomme ja nicht
329 komplett 1.200 Leute im Pflegebudget unter, sondern das Pflegebudget die Refinanzierung läuft ja
330 ganz anders. Von den 1.200 Leuten habe ich ja die Psychiatrie muss ich ja raus rechnen, andere
331 Sachverhalte darf ich da wieder einbeziehen. So, dass ich sage das Pflegebudget will ja extra
332 berechnet werden, das ist zwar eine Erlösposition, aber letztendlich unsere Betriebswirtschaft kann
333 das nicht. So, dass ich sage, da haben wir einen Spezialisten oder mittlerweile zwei dafür, die sich mit
334 diesem Pflegebudget beschäftigen und die Pflegeplanung machen. Genau so ist das mit der
335 Trennungsrechnung. Die Trennungsrechnung ist eine relativ komplexe Nebenrechnung, die wir zwar
336 versuchen grade in ein IT-System zu überführen, wo man das gelinde gesagt auf Knopfdruck
337 rausbekommt. Ist uns aber bislang tatsächlich noch nicht ganz gelungen, das zu schaffen. Einfach
338 auch zeitlich. Hat auch andere Gründe aber maßgeblich zeitlich haben wir es noch nicht ganz
339 geschafft. Wir sind sehr weit, aber auch Knopfdruck bekommen wir es nicht raus und wahrscheinlich
340 ist es auch so, dass man auch da immer noch mal Hand anlegen muss. Das heißt auch da gibt es einen
341 Experten bei uns, der sich mit dieser Trennungsrechnung beschäftigt. Letztendlich ist es schon so,
342 dass ich den Hut aufhabe für das was wir hier produzieren und letztendlich auch abgeben, aber es ist
343 doch ein Zusammenspiel aus vielen. Und wenn da ein Rädchen klemmt, dann knallt die ganze
344 Personalkostenplanung, sodass ich da wirklich auf die anderen angewiesen bin und froh bin, dass ich
345 sie habe.

346 Bei der Personalkostenprognose ist das nicht ganz so schwierig sag ich jetzt mal, aber auch dort ist es
347 natürlich so, auch die erstelle ich nicht komplett alleine. Machbar ist alles, aber das ist einfach auch
348 nicht zu schaffen. Auch dort wird die Personalkostenprognose vorbereitet, ich trage die
349 Verantwortung, ich schaue darüber, ich kenne mich in den einzelnen Details aus, aber letztendlich
350 das Ganze alleine zu erstellen ist einfach zeitlich nicht drin.

351 I: Und *seit wann führen Sie die Hochrechnung genau so durch wie Sie mir die jetzt beschrieben haben?*
352 *Also ist das jetzt schon bewährt über mehrere Jahre?*

353 B1: Ja, seit ich hier am Haus bin. Also die Übergabe hat nicht mit dem Renteneintrittsalter gepasst
354 damals, sodass ich diese Personalkostenhochrechnung tatsächlich erarbeitet habe. Aber seitdem ich
355 hier am Haus bin, seit 12 Jahren wird die so gemacht.

356 I: Ok. *Also hat sie sich auch nicht verändert oder verfeinert?*

357 B1: Ja, sie verfeinert sich, natürlich. Sie verfeinert sich jedes Jahr, wenn irgendwelche Auffälligkeiten
358 sind oder sowas, aber der Ansatz was ich Ihnen gesagt habe, der bleibt tatsächlich immer gleich.

359 I: Ok. Und wie Sie erwähnt haben erfolgt das über eine Datenbank, die Sie programmiert haben.

360 B1: Ja genau.

361 I: *Selbst entwickelt dann?*

362 B1: Ja. Es gibt auch da mittlerweile Werkzeuge am Markt, die das können und abdecken könnte. Wir
363 hatten uns da als Haus auch schon mal was angeschaut. Da muss man aber sagen, wir konnten uns
364 noch nicht dazu durchringen, das zu erwerben.

365 I: Ok. Wie der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt wird haben Sie grob angeschnitten, relativ
366 am Anfang.

367 B1: Naja es ist ja getrennt. Getrennt sag ich jetzt mal so für die Forschung und Lehre, für die
368 Krankenversorgung habe ich es dargestellt. Fehlt Ihnen was? Weil Sie sagen grob angeschnitten. Ich
369 dachte, dass ich es relativ detailliert gemacht habe.

370 I: Zählt zu der Krankenversorgung dann sozusagen ärztlicher Dienst, medizinisch-technischer Dienst.
371 Das alles und Forschung und Lehre und der dritte Aspekt.

372 B1: Genau so ist es.

373 I: Ok gut. Dann noch *für welche Zwecke die Hochrechnungen dann letzten Endes verwendet werden?*

374 B1: Zum einen natürlich für das Betriebsergebnis, weil wir ja auch immer unterjährig schauen, wo
375 steht man, auch im Zuge zur Planung. Für eine Kapitalflussrechnung. Wir als Haus wir bekommen
376 nicht 100% dessen bezuschusst, was man bezuschusst bekommen müsste, vom Land. Sodass wir
377 einen gewissen Teil an Eigenmittel finanzierten Dingen, also Gebäude, Investitionen, etc. aufbringen
378 müssen. Dafür sind auch Kredite notwendig geworden. Sprich auch da sind diese ganzen Planungen
379 bei der Bank mit hinterlegt. Auch Soll-Ist-Vergleiche. Die wollen das natürlich immer wissen.

380 I: *Planen Sie Änderungen oder Anpassungen oder soll es so bleiben wie es jetzt ist?* Also Ihre
381 Vorgehensweise.

382 B1: Wenn sich das Haus dazu entschließt, die Personalkostenplanung mit einer Software
383 vorzunehmen, die angedockt ist an unser SAP-System, dann kann man eine andere
384 Personalkostenplanung erstellen. Man könnte differenzierter sagen, man kann letztendlich auf
385 Mitarbeitererebene runterbrechen. Also auf einzelne Stellen. Man könnte sagen, ich plane die Vakanz
386 so und so lange ein und nehme da eine Stellenbesetzung vor etc. und könnte da auch die
387 Personalkosten auf Mitarbeitererebene planen. Ob das dann genauer ist muss man dann sehen, aber
388 mutmaßlich schon. Aber ehrlich gesagt sind unsere Abweichungen nicht groß, von Plan zu Ist. Da sind
389 wir schon sehr gut aufgestellt. Wie gesagt, wenn wir hier eine Unterstützung Softwareseitig erfahren,
390 dann wird es noch mal Änderungen geben, aber solange das nicht der Fall ist, nein. Es sei denn es
391 kommt jetzt irgendwas Neues auf den Markt und eine neue Schulung und ich lerne hier was ganz
392 ganz Neues. Aber grundsätzlich ist die Personalkostenplanung wie wir sie machen, so valide, dass ich
393 sagen muss, eine Änderung auf die nächste Sicht ist nicht erforderlich.

394 I: Ok. *Meine letzte Frage wäre, ob Sie irgendwelche Tipps oder Hinweise hätten, wen jetzt ein*
395 *Krankenhaus das neu einführen würde. Was zu beachten ist oder ob es da irgendwelche Dinge gibt,*
396 *die notwendig sind zu beachten bei der Einführung?*

397 B1: Man sollte nicht nur auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis schauen. Sprich wenn man so eine
398 Personalkostenplanung macht, das hatte ich vorhin nur ganz kurz angerissen, sollte man natürlich
399 auch schauen, kann mit diesen Planwerten auch das Dienstsysteem abgedeckt werden. Natürlich
400 obliegt die Besetzung dem jeweiligen Leiter und der Leiter muss sagen ich brauche jetzt mal 15VK
401 oder sowas. Also das wird natürlich berechnet werden, das muss nicht der Leiter machen, der wird
402 sicherlich seine Angestellten haben, die ihm da Zuarbeit leisten. Aber letztendlich ist es doch, ich
403 übertreibe jetzt bewusst, wenn ich eine VK-Planung mache für eine ganz ganz kleine Klinik, wo ich
404 sage die brauchen nur fünf Ärzte, um diese Leistung zu erbringen. Aber das Dienstsysteem, was sie
405 etabliert haben, stimmt damit überhaupt nicht überein, weil sie beispielsweise Konsiliardienste auf
406 irgendeiner Klinik machen müssen etc. Die bekommen sie ja nicht vergütet. Oder gewisse Schichten
407 sind abzudecken etc. wo dann letztendlich laut Dienstsysteem herauskommt, hier sind mindestens 12,
408 13 VK oder Personen erforderlich. Dann sag ich Ihnen ganz ehrlich, ist diese VK-Planung für die
409 Tonne, weil versuchen Sie mal mit 5VK, 13 Personen zu besetzen, Da wird jeder Angestellte Ihnen
410 sagen, es tut mir leid, bei Ihnen fange ich nicht an, weil der Arbeitszeitanteil den ich bei Ihnen habe
411 mit dem Vertrag, der ist ja viel zu gering. Davon kann ich meinen Lebensunterhalt gar nicht
412 bestreiten oder so. Also solche Sondersachverhalte sind natürlich zu berücksichtigen.

413 Man muss sich sicherlich auch die Struktureinheit im Einzelnen anschauen, wenn man sowas
414 aufsetzt. Man kann sowas beginnen und grob erst mal ahnen, aber letztendlich bedarf es doch immer
415 wieder eines Miteinanders. Also sprich den Kontakt in die einzelne Klinik, was sind gegebenenfalls
416 noch Sondersachverhalte die es da gibt, sind irgendwelche anderen Leistungen zu erbringen, die über
417 die Krankenversorgung beispielsweise gar nicht abgedeckt werden. Nehmen wir beispielsweise den
418 Bereich Dritte, wo so Sondersachverhalte bei uns abgebildet werden. Das heißt, ich mache es jetzt
419 nur mal beispielhaft, für die Klinik für Anästhesie haben wir bei uns im Haus Verträge mit der Stadt
420 geschlossen, dass wir die Notarztwagen bespielen, die werden über die Krankenversorgung
421 nicht finanziert. Letztendlich ist aber dafür ein Personaleinsatz zu planen, weil ich muss ihn ja
422 vorhalten, um die Rettungswagen besetzen zu können. Das sind solche Themen, die kann man
423 stemmen mit Erfahrung, mit viel reden und dann bekommt man auch eine ganz gute VK-Planung hin,
424 glaube ich. Ansonsten, es ist kein Hexenwerk. Es ist nichts, wo ich sage, es ist nicht umsetzbar, es ist
425 nicht schaffbar. Aber man wird über die Laufzeit und die Erfahrung, die man sich erwirbt, auch besser
426 und man segelt dann einfach näher am Wind. Am Anfang hab ich beispielsweise eine
427 Fluktuationsrate nicht so eingeschätzt wie sie dann letztendlich gekommen ist. Damit gibt es dann
428 schon Abweichungen oder sowas, aber das macht wirklich ein gutes Bauchgefühl, das macht
429 Erfahrung, das macht auch immer wenn man das Ohr an der Zeit hat. Jetzt zurzeit ist der
430 Arbeitsmarkt ein Arbeitnehmermarkt, das heißt wenn man Fachkräfte gewinnt kann man froh sein.
431 Ich übertreibe bewusst jetzt ein bisschen. Kann man froh sein, dass man sie bekommt. Da haben sich
432 natürlich auch Raten geändert, Abschlüsse beispielsweise, die wir vorgenommen haben, weil man die
433 Stellen nicht mehr so adäquat besetzt bekommt und so weiter. Das meine ich mit dem Ohr am Lauf
434 der Zeit haben. Da bekommt man dann schon alles hoffentlich gestemmt, glaube ich.

435 I: Ok, gut. *Hätten Sie noch Fragen oder Anmerkungen zu unserem Interview zu geben?*

436 B1: Nein, eine Anmerkung zum Interview nicht. Es war sehr gut aufgebaut und ich hoffe, dass ich
437 Ihnen die ganzen Fragen beantworten konnte. Sollten Sie Fragen haben, dann klingeln Sie einfach
438 noch mal durch oder mailen mich an. Was machen Sie damit letztendlich? Also ja die Masterarbeit
439 und wie geht das weiter, wenn ich das so fragen darf.

440 I: Das freut mich. Also ich will mit unterschiedlich großen Krankenhäusern Interviews durchführen
441 und halt versuchen einen Best-Practice-Ansatz zu entwickeln, wie vorgegangen wird. Also zum
442 Beispiel wie Sie jetzt gesagt haben, dass der Medizinische Dienst bei Ihnen noch mal untergliedert ist.
443 Einfach einen Aspekt mit reinbringen, wie der ärztliche Dienst. Es gibt Chefärzte, es gibt
444 Assistenzärzte, die werden trotzdem gesammelt hochgerechnet. Also solche Dinge.

445 B1: Die sind ausgegliedert. Die Chefärzte sind bei uns Athela. Das sind außertariflich vergütete
446 Beschäftigte. Das hatte ich ja noch mal als Anmerkung mitgegeben. Auch die sind separat
447 ausgegliedert und werden separat hochgerechnet. Die sind natürlich letztendlich mit verordnet in
448 der Klinik, in der Personalkostenplanung, aber ja.

449 I: Ja genau also das habe ich so als Ziel und dann mal sehen wo es mich hin verschlägt.

450 B1: Super. Ja, es ist ein interessantes Feld. Vielleicht haben Sie das Glück im Personalcontrolling
451 irgendwo beginnen zu können. Es ist ein spannendes Feld kann man nur sagen, Aus meiner Sicht
452 auch noch ganz zukunftssträftig. Stellen gibt es genug, vakante Stellen. Personal wird gesucht und
453 selbst wenn es das nicht ist und sie haben ein gutes betriebswirtschaftliches Verständnis, glaube ich,
454 kommen Sie überall gut an.

455 I: Ich hoffe.

456 B1: Mit Ihrer Ausbildung, doch. Da bin ich ganz zuversichtlich. Ich drücke Ihnen auf jeden Fall die
457 Daumen und wünsche Ihnen privat auch alles Gute.

458 I: Vielen Dank. Und noch mal Danke für Ihre Zeit und die Ganzen Informationen.

459 B1: Sehr gerne. Machen Sie es gut.

Anlage 9 Transkript Krankenhaus 2

Versorgungsstufe Schwerpunktversorgung	Träger Privat	Geschlecht des Experten weiblich
Gesprächsdaten		
Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Büro, keine Störungen	
Aufnahmedaten		
Name des Aufnehmenden	Lea Unger	
Name des Transkribierenden	Lea Unger	
Aufnahmestatus		
Datum/Zeit	20. Juli 2023/10:58-11:47	
Ort	Büro des Experten	
Dauer	26:46 Minuten	
Bemerkungen		
<ul style="list-style-type: none">• Unsicherheit des Befragten zu Beginn des Interviews• Häufiges Versprechen seitens des Experten• Zunehmender Redefluss im Verlauf des Interviews von dem Befragten		

1 I: Die erste Frage wäre, *wie ist die Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung in ihrem*
2 *Unternehmen? Also wie gehen Sie dabei vor?*

3 B2: Also grundsätzlich ist es ja erst mal so, dass die Basis für die Personalkostenhochrechnung die
4 tatsächlich gebuchten Kosten eines jeden abgeschlossenen Buchungsmonats ist. Das ist die Basis. Zu
5 dieser Basis gehören im Gegenzug auch wieder die abgerechneten Vollkräfte der Mitarbeiter und die
6 dazugehörigen Kosten. Das muss eben miteinander übereinstimmen, eben sodass wenn
7 beispielsweise jemand gerade weniger Entgelt bezieht oder kein Entgelt bezieht aufgrund von einer
8 Langzeiterkrankung, ist dann der Vollkräftewert so zu sagen entsprechend reduziert und somit ja
9 auch im gleichen Zug die gebuchten Personalkosten. Das ist quasi die Basis für die Hochrechnung.
10 Und mit jedem Monat, der quasi dazu kommt, der gebucht wird, wird das Jahr realistischer abbildbar
11 und realistischer hochzurechnen. Somit wird bei uns dann monatlich eine
12 Personalkostenhochrechnung erstellt und die Effekte, die im Ist schon gebucht sind, sowohl diese
13 Effekte als auch die, die man noch erwartet, werden dabei berücksichtigt.

14 I: Ok. Und *wie gliedern Sie die Personalkosten zur Hochrechnung?*

15 B2: Von den Konten her?

16 I: Ja genau.

17 B2: Bei uns wird ja die Krankenhausbuchführungsverordnung angewendet und somit haben wir die
18 verschiedenen Dienstarten, denen die Mitarbeiter zugeordnet werden. Genau so baut sich dann die
19 entsprechende Verbuchung auf den jeweiligen Kostenarten auf. So ist die Hochrechnung bei uns
20 auch aufgegliedert. Immer quasi nach Dienstart, also dienstartenbezogen, und die Lohn- und
21 Gehaltskosten, Sozialversicherungsbeiträge und sonstige nicht zurechenbare Kosten wie Fort- und
22 Weiterbildungen. Das sind ja alles extra Positionen auch. Es gibt auch eine Reihe an Konten, die
23 zusätzlich noch sind zu den normalen Lohn- und Gehaltskonten. Und die Basis davon sind quasi
24 wieder, für die Lohn- und Gehaltskonten, die abgerechneten Lohnarten in unserem
25 Lohnabrechnungssystem. Weil auch da genau vorgegeben ist, welche Lohnart muss auf welches
26 Konto. Ich sag immer nicht so gern Konto. Auf welche Kostenart der
27 Krankenhausbuchführungsverordnung gebucht werden. Das ist alles ganz streng festgelegt.

28 I: Ok. Also erfolgt die Gliederung wirklich nur auf Basis der Krankenhausbuchführungsverordnung.
29 Keine weitere Untergliederung, nur die, die dort festgeschrieben sind.

30 B2: Genau.

31 I: Ok. Und *wie häufig werden denn die Personalkosten im Unternehmen hochgerechnet?*

32 B2: Also das machen wir einmal im Monat.

33 I: Einmal im Monat.

34 B2: Immer wenn der Buchungsschluss dann Anfang des Monats für den Vormonat vorbei ist, dann
35 machen wir eine Hochrechnung.

36 Wir betreuen hier noch eine andere kleine Gesellschaft, wo nur elf Mitarbeiter drin sind, beschäftigt
37 sind. Da zum Beispiel mache ich es immer vierteljährlich. Da ist nicht so viel Bewegung.

38 I: Also erfolgt es monatlich. *Und auch einmal für das komplette nächste Jahr oder wirklich nur in*
39 *diesen monatlichen Abständen?*

40 B2: Also wir haben einmal die monatliche Hochrechnung fürs Jahr, Gesamtjahr, und dann im
41 Sommer, das ist jetzt auch bald wieder so weit, machen wir einen Wirtschaftsplan für das Folgejahr.
42 Also wir würden jetzt Ende Juli Anfang August, wir wissen jetzt gerade noch keinen Zeitplan, hier den
43 Wirtschaftsplan aufstellen für 2024. Und da ist halt auch immer die Basis, die
44 Personalkostenhochrechnung, die ich jetzt gerade habe, weil die Basis muss stimmen, weil darauf
45 baut der Wirtschaftsplan 24 wieder auf.

46 I: Ok. Alles klar. Und *die Bearbeitung der Personalkostenhochrechnung erfolgt dann von wem? Nur*
47 *von Ihnen?*

48 B2: Also das ist immer in enger Abstimmung auch mit dem kaufmännischen Controlling. Ich bin quasi
49 verantwortlich für die Hochrechnung der Personalkosten an sich. Das sind ja diese festgelegten
50 Konten in der Krankenhausbuchführungsverordnung. Ich hab dann auch noch ein paar sonstige
51 Konten zugeteilt, die einfach mit Personalkosten zusammenhängen, wo ich ja am ehesten auch eine
52 Aufschluss darüber geben kann wo kommen wir hin. Also Fort- und Weiterbildung, betriebsärztliche
53 Untersuchung ist auch bei uns angesiedelt, Berufsgenossenschaftsbeiträge und diverse andere
54 Umlagen, was eben im Personal angesiedelt ist. Und die Hochrechnung wird dann auch monatlich
55 gemeinsam mit dem kaufmännischen Controlling eben noch mal abgestimmt, weil viele von meinen
56 Effekten auch in das kaufmännische Controlling eingreifen.

57 I: Ok. Und *seit wann führen Sie die Hochrechnung nach genau dieser Herangehensweise durch?*

58 B2: Das ist eine sehr gute Frage. Also das ist jetzt schon so etwa seit 2018, 2019 auf jeden Fall schon.

59 I: Und *hat sich die Hochrechnung im Laufe der bislang vier, fünf Jahre verändert oder verfeinert oder*
60 *wird die seitdem wirklich genau in der gleichen Art und Weise durchgeführt?*

61 B2: Also die Basis des Ganzen ist eigentlich gleich geblieben. Es ist nur eben so, man kann einen
62 Standard in einer gewissen Weise machen, aber es gibt dadurch, dass das Jahr immer unterschiedlich
63 ist, muss man manuell eingreifen. Also ich muss ja in dieser Hochrechnung jedes Jahr Korrekturen
64 machen, weil jedes Jahr eben anders ist. Ein Jahr hat man einen Tarifabschluss schon, da weiß man
65 wieviel, der aber noch nicht gezahlt wurde. In dem nächsten Jahr ist das alles schon im laufenden
66 gebucht. Im nächsten Jahr hat man noch gar keinen Tarifabschluss, aber muss ja buchhalterisch
67 trotzdem was einplanen. Das erfordert alles immer ein bisschen Geschick. Auch wie man die ganzen
68 Effekte abbildet, wie Einmalzahlungen, die sind jedes Jahr auch anders. Die kann ich auch nicht

69 einfach hochrechnen. Die rechnet es mit hoch und so sinnlose Sachen sieht man in der
70 Hochrechnung auch. Da denkt man sich hoch was ist denn hier los. Wenn man Januar 10.000€
71 Einmalzahlung, die jemand bekommen hat, hochrechnet, kommt man ja schnell mal auf 120.000.
72 Wenn ich das aber im August habe, ist das ja wieder deutlich geringer. Da wird es ja durch acht mal
73 zwölf gerechnet. Ist sicher auch eine Korrektur zu machen, aber bei großen Summen ist das Ausmaß
74 geringer.

75 Wir müssen jedes Jahr gucken, in welcher Summe das Urlaubsgeld anfallen wird, das ansteht laut
76 Tarifvertrag, in welcher Summe das Weihnachtsgeld ungefähr fließen wird. Das muss man alles
77 ziemlich genau abbilden, damit man eben eine realistische Hochrechnung auch hat. Und der
78 Grundstock ist immer gleich, aber trotzdem muss man jedes Jahr individuell betrachten.

79 I: Ok. Und *erfolgt das alles anhand einer Software?*

80 B2: Also wir nutzen ja SAP für das Krankenhausinformationssystem und für die Buchungsdaten. Die
81 Kosten von unserem Loga werden ja in das SAP reingebucht. Dort ziehe ich dann halt die Excel-
82 Dateien raus. Also letztendlich die Hochrechnung erfolgt dann in Excel an sich. Da haben wir halt eine
83 Datei quasi gebaut, die dann viel selber macht und wo man dann noch händisch eingreifen kann.

84 I: Ok. Also haben Sie SAP und Loga und daraus ziehen Sie dann die Daten in einer Excel-Datei

85 B2: Genau. Für die Hochrechnung ist SAP erst mal die Basis, weil das ist ja wirklich der gebuchte
86 Monat mit den Kosten. Wenn man dann aber in die Tiefe schauen muss auf einem Konto, ich sehe ja
87 auf einem Konto nicht, was ist personenbezogen passiert. Das kommt ja in der Summe bei Loga an
88 pro Konto. Und wenn ich dann doch mal sehen will, was ist hier los, warum ist hier jetzt so eine
89 Schwankung oder was, dann schaue ich in die Auswertungen von Loga rein, wo ich dann wirklich
90 nochmal Kostenart auf Personenebene sehe. Das greift quasi alles ineinander über.

91 I: Alles klar. Die nächste Frage wäre, *wie wird denn der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt,*
92 *weil das ist ja so in einer gewissen Weise die Voraussetzung?*

93 B2: Also der Personalbedarf an sich ist bei uns auch in ganz unterschiedlicher Weise berechnet. Das
94 kommt auch drauf an, auf die Strukturvoraussetzungen, die ein Haus haben muss oder erfüllen muss,
95 Zertifizierungen, alles solche Dinge. Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung muss eingehalten
96 werden. Das ist ja jetzt mehr oder weniger nur in der Pflege. Man kann jetzt nicht grundsätzlich
97 sagen, dass die Planung oder die so genannten Plan-VK überall auf der gleichen Grundlage basieren.

98 Die Planung wird von den Fachbereichen vorgegeben und unsere Pflegedirektorin, gerade in der
99 Pflege, schaut halt auch jedes Jahr zum Wirtschaftsplan, welche Gesetzlichkeiten müssen eingehalten
100 werden und auf Grund dessen, und auch welche räumlichen Gegebenheiten hat man, dass eine
101 Station links und rechts bedient werden muss, das aber in einem Gesetz so vielleicht gar nicht
102 wiedergespiegelt wird. Das muss sie alles betrachten und uns dann quasi den Personalplan dazu
103 vorgeben. Schlussendlich ergibt das über alle Dienstarten, also für jede Dienstgruppe, eine Gesamt-
104 VK-Zahl.

105 Die Hochrechnung basiert dann eben darauf, es ist ja immer erstmal geplant diese Gesamt-VK-Zahl,
106 die man auch mal geplant hatte, zu erreichen, weil das die Idealbesetzung ist, bestenfalls.

107 Ich habe dann noch eine Statistik auf Personenebene, wo ich sehe, wer hat welchen VK-Anteil und
108 wann geht jemand mit der Arbeitszeit hoch, wann geht jemand in Elternzeit oder es ist jemand
109 Langzeitkrank und man weiß, den müsste man jetzt länger ausplanen. In dieser Personenstatistik
110 kann man eben dann ablesen, wo kommen wir hin, auch wenn man dann im Laufe des Jahres schon
111 weiß, wir erreichen jetzt eigentlich nicht den geplanten Wert. Und da kann man dann ablesen, wo

112 kommen wir hin. Da sieht man alle Neueinstellungen, die geplant sind, Austritte, die geplant sind,
113 Azubizahlen, die geplant sind, Übernahmen, neue Azubis. Und da kann ich monatlich auch die
114 Veränderungen ablesen, weil da ist ja so ganz viel Bewegung drin. Die Statistik ist heute wieder ganz
115 anders als morgen, weil ich wieder eine Info bekommen habe, dass jemand schwanger geworden ist
116 oder wie auch immer. Und so wird das immer fortgetragen und wirkt sich quasi auf die
117 Hochrechnung jeden Monat wieder aus.

118 I: Also das ist dann wie eine Art Stellenplan, den Sie dann pflegen?

119 B2: Ja, genau.

120 I: Ok. Für welche Zwecke werden denn die Hochrechnungen dann letzten Endes verwendet? Also Sie
121 hatten jetzt erwähnt für die Wirtschaftsplanung für das folgende Jahr

122 B2: Genau. Die Hochrechnung, zum einen hat man den Plan ja irgendwann mal aufgestellt. Also mein
123 Wirtschaftsplan in den Personalkosten der hängt ja unmittelbar auch mit der Leistungserbringung
124 der Kliniken zusammen. Irgendwo muss ja auch ein Erlös reinkommen. Und die Personalkosten dazu
125 zieht es halt ab. Da kommen noch Sachkosten und was da alles noch kommt. Unten bleibt irgendwas
126 stehen. Der Zweck dieser Hochrechnung ist ja das jeden Monat abzubilden, erreichen wir den Plan
127 und wenn nicht warum. Und wo muss man vielleicht gegensteuern oder wo kann man das
128 begründen. Das ist auch wichtig für die Zukunft einer Klinik, um die einzelnen Fachbereiche auch zu
129 betrachten. Wo gehen die mal hin. Oder da ist ein Fachbereich, beispielsweise der viele stationäre
130 Eingriffe hatte in der Vergangenheit und jetzt sieht man zum Beispiel irgendwie nimmt das ab, das
131 kommt irgendwie nicht mehr so. Woran liegt das. Und dann stellt sich raus, dass da aufgrund von
132 Gesetzlichkeiten oder so präventive Eingriffe jetzt mehr gemacht werden und die in der Bewertung
133 jetzt anders sind. Dann bekommt man weniger Erlös deswegen oder wie auch immer. Da hängt ja so
134 viel dran, dass man dann schaut, ok dann müsste man mal schauen, müsste man da beim Personal
135 auch mal gegensteuern oder auch in die andere Richtung. Könnte man da eine Fachrichtung oder ein
136 Spezialgebiet aufbauen, erfüllen wir die Bedingungen dafür. Und für all das braucht man ja
137 letztendlich die Hochrechnung, was wieder in den Wirtschaftsplan mündet. Wie die Zukunft der
138 Klinik halt aussieht.

139 I: Und führen Sie damit so zu sagen auch die Soll-Ist-Vergleiche durch, als Vergleich, passt das mit
140 dem, was ich errechnet habe oder geplant habe?

141 B2: Ja. Wir schauen da schon, dadurch dass jeden Monat Schwankungen sind immer zum Vormonat,
142 schaue ich dann auch schon was ist das eigentliche Soll und was ist das Ist. Ein gutes Beispiel wäre,
143 wenn eine Klinik in der ärztlichen Besetzung eigentlich eine VK-Zahl von 10 Vollkräften geplant hat
144 und die haben aber einfach, weil es der Arbeitsmarkt nicht hergibt, gerade mal 8 VK, dann kann das
145 auch in der Leistung genau so aussehen, sich niederschlagen. Das greift halt alles ineinander über.
146 Wenn die Leistung nicht so gut ist und man sieht die sind aber auch nicht voll besetzt, dann kann das
147 zusammenhängen. Wenn Personal fehlt, kann die gleiche Leistung selten auf weniger Leute verteilt
148 werden.

149 I: Also machen Sie die sozusagen auch monatlich, wenn Sie sagen ich schaue dann auch immer auf
150 den Vormonat?

151 B2: Genau. Auch für die Personalplanung selber schaut man da ja auch. Wo könnte man noch
152 jemanden einstellen und so.

153 I: Ok. Und welche Änderungen und Anpassungen planen Sie gegebenenfalls, wenn Sie welche jetzt
154 vorhaben oder soll es so bleiben wie es ist?

155 B2: Die Vorgehensweise meinen Sie?

156 I: Ja, genau.

157 B2: Da muss ich mal schauen, ob mir da gleich was einfällt. Nein, also grundsätzlich ist das System,
158 was wir machen, schon sehr ausgereift. Ich habe dieses Jahr nur mal die Korrektur, alle Korrekturen,
159 die ich machen muss, hab ich in der Vergangenheit immer mal einzeln reingeschaut und bei den
160 einzelnen Personen mal. Da habe ich mir jetzt ein System entwickelt, wie ich die Korrekturen
161 einfacher machen kann. Aber grundsätzlich ist das System immer gleich. Man muss immer schauen,
162 wenn man eine Korrektur macht, ist das eine Einmalzahlung oder wie viele Monate sind denn aktuell
163 gebucht und was würde meine Hochrechnung jetzt platt machen, mit dem Wert und was muss aber
164 eigentlich rauskommen.

165 Wir hatten zum Beispiel zum 01.03. eine tarifliche Stufensteigerung und da würde ja die
166 Hochrechnung für den nächsten Monatsabschluss sieben Monate, also durch sieben mal zwölf
167 rechnen, also linear so zu sagen. Ist aber so nicht richtig, weil die Steigerung erst ab März drin war.
168 Da müsste ich theoretisch durch fünf mal zehn rechnen. Solche Korrekturen, weil das schon essentiell
169 ist, dafür was dann am Ende in der Hochrechnung für ein Betrag rauskommt. Je nach dem welche
170 Summen da fließen, könnten es große Differenzen werden. Das ist aber auch schwierig, dass immer
171 alles im Blick zu behalten, die ganzen Effekte. Man muss jedes Jahr überlegen, was haben wir denn
172 dieses Jahr alles. Es gibt Effekte die jedes Jahr kommen wie Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld. Tarif,
173 das ist dann schon wieder so eine Geschichte, kommt das unterjährig. Früher war das mal immer so,
174 da haben die das wirklich immer zu einem klaren Kalenderjahr abgeschlossen. Dann galt der
175 Tarifvertrag vom 01.01. bis 31.12. Das war immer schön für eine Hochrechnung. Das ist jetzt nicht
176 mehr so schön, weil dann immer unterjährig die (uvm.) anfangen, da muss man immer rechnen und
177 überlegen. Das macht es nicht einfacher.

178 Das System ist grundsätzlich das Gleiche und es wird auch sicher so bleiben, weil es die realistischste
179 Abbildung ist.

180 I: Also ziehen Sie jetzt nicht in Erwägung irgendwie eine Software dafür einzuführen?

181 B2: Ja es ist tatsächlich so, dass unser Loga Programm sowas irgendwann mal haben soll. Aktuell sehe
182 ich das aber noch nicht, weil eben diese ganzen Effekte, wenn jemand, also unser For-Cast für die
183 Personalstatistik ist so genau, und ich weiß nicht ob so eine Software das abbilden kann. Man müsste
184 ständig eingreifen, dass man eine ErsatzEinstellung hat auf jemanden der Langzeitkrank ist. Das
185 Programm kommt dann auch einfach an seine Grenzen, weil die ErsatzEinstellung, die würde
186 theoretisch das Beschäftigungsverhältnis würde wieder enden, wenn die Mitarbeiterin aus dem
187 Langzeitkrank wieder zurückgekehrt ist zum Beispiel. Das Langzeitkranke beendet unsere
188 Lohnabrechnung, das Beschäftigungsverhältnis beendet aber unser Personalmanagement. Wann
189 passiert das. Da ist immer Zeit dazwischen und da geht es schon los. Das kann sicher auch keine
190 Effekte abbilden, die außerhalb von Loga laufen. Also Rückstellungen oder sowas. Das muss ja auch
191 Effekte und Beträge abbilden, die nicht direkt aus Loga kommen und das sehe ich aktuell noch nicht.
192 Schön wäre das, ich würde mich aktuell aber nicht drauf verlassen.

193 I: Also wäre das menschliche Geschick da doch zu bevorzugen.

194 B2: Ja, genau.

195 I: Ok. Meine abschließende Frage wäre, welche Tipps oder Hinweise Sie denn hätten, wenn man die
196 Personalkostenhochrechnung neu einführen möchte in ein Klinikum oder Unternehmen? Worauf man
197 dabei besonders achten sollte beziehungsweise was so Vorgehensweisen sind, die Sie empfehlen?

198 B2: Was eine ganz wichtige Grundvoraussetzung ist, ist die Kommunikation innerhalb der Abteilung.
199 Nahezu alle Themen die Sachbearbeiter bearbeiten oder auch Lohn, die greifen in meine
200 Hochrechnung ein. Wenn das jetzt größere oder kleinere Effekte sind. Das ist halt eine wichtige
201 Grundvoraussetzung auch, dass diese Kommunikation da ist. Das muss erst mal eine Basis sein, damit
202 man wirklich an die ganzen Infos als Personalcontroller rankommt. Man braucht diese Infos, dass
203 man die Hochrechnung auch realistisch anstellen kann. Es kommt mal vor, dass man eine Info nicht
204 aktuell hat oder dass man mal Urlaub hat oder so. Da ist dann auch immer schwierig, aber
205 grundsätzlich muss das eine Basis sein, dass die Kommunikation stimmt und dass man eng vernetzt
206 ist innerhalb der Abteilung. Genau, das ist vielleicht ein wertvoller Tipp.

207 Vielleicht dass man sich immer aktuell jeden Monat die durchschnittlichen Personalkosten anschaut
208 mit denen man dann wieder weiter hochrechnet. Dass man die immer auf dem laufenden hält, weil
209 die sich eben auch permanent ändern können. Das zum Beispiel.

210 Und mit den Korrekturen halt. Bei den Korrekturen muss man immer ziemlich genau hinschauen,
211 weil das eben eine große Auswirkung hat auf die Summen, die da vielleicht fälschlicherweise
212 hochgerechnet werden oder so. Das ist schon wichtig, dass man da wirklich eingreift.

213 Aber wie gesagt, das ist eine Kommunikationssache. Man muss das wissen. Da sind wir hier aber sehr
214 vernetzt. Ich bekomme da alle Infos immer zugespielt, wo eine Gehaltserhöhung ist oder die
215 Arbeitszeit geändert wird oder alle Einstellungen bekomme ich, alle Austritte bekomme ich. Das läuft
216 schon gut bei uns.

217 I: Das ist schön. Mir fällt jetzt noch etwas ein bezüglich der Hochrechnung im ärztlichen Dienst.
218 *Rechnen Sie jegliche Arztgruppen zusammen, also vom Chefarzt bis zum Assistenzarzt, gesammelt als*
219 *ärztlicher Dienst hoch?*

220 B2: Ja, das auf jeden Fall innerhalb der Dienststart. Das ist halt auch die Dienststart, wo ich die meisten
221 Korrekturen machen muss. Hat von den Summen her, können Sie sich ja vorstellen, auch die größten
222 Auswirkungen. Da ist es eben so, wenn ich jetzt die Hochrechnung im ärztlichen Dienst anstelle und
223 schaue wo komme ich von den VK Ende des Jahres raus, dann ist der Aufbau in den unterschiedlichen
224 Berufen ja unterschiedlich. Ich kann jetzt im Durchschnitt 15 Oberärzte haben und komme aber zum
225 Jahresende auf 16VK, also baue ich eine VK auf, die ich in der Hochrechnung betrachten muss. Im
226 Gegenzug bei den Assistenzärzten, baue ich aber zu dem kumulierten gebuchten Ist jetzt 3VK auf.
227 Deswegen muss ich mir da jeden Monat eben die Kosten anschauen, weil ich kann da nicht platt
228 sagen, ich rechne das jetzt alles mit Benchmarkwert hoch. Wir haben so ein Benchmark, was die
229 durchschnittlichen Kosten über alle Dienststarten sind. Das kann ich nicht einfach nehmen den Wert,
230 weil wenn ich bei den Assistenzärzten mehr aufbaue und bei der teuren Berufsgruppe im ärztlichen
231 Dienst abbaue zum Beispiel oder weniger aufbaue, brauche ich diesen hohen Ansatz von dem
232 Benchmarkwert nicht. Dann rechne ich das aus, wieviel Aufbau ich tatsächlich habe, von den Kosten
233 her, und steuere das gegen. Weil sonst bilde ich teilweise viel zu viele Kosten ab, weil sich doch ja ein
234 großer Teil im ärztlichen Dienst um die Assistenzärzte dreht.

235 Also man muss auch immer schauen, wie rechne ich das Zukünftige hoch. Wenn man jetzt natürlich
236 plant einen Chefarzt einzustellen, dann muss ich schon mal höher rangehen, sonst bilde ich zu wenig
237 ab. Gerade im ärztlichen Dienst ist es schon wichtig, dass ich mir das jeden Monat anschau. In den
238 anderen Dienststarten passt das vom Durchschnitt, weil da ist erstens viel Bewegung in der Pflege und
239 da ist der Durchschnitt ungefähr gleich. Da sind nicht die riesen Schwankungen drin.

240 I: Ok. *Haben Sie jetzt noch irgendwelche Anmerkungen oder Fragen?*

241 B2: Nein, eigentlich nicht.

242 I: Ok. Dann bedanke ich mich für Ihre Zeit.

243 B2: Gerne.

Anlage 10 Transkript Krankenhaus 3

Versorgungsstufe Regelversorgung	Träger Öffentlich	Geschlecht des Experten weiblich
Gesprächsdaten		
Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Büro, keine Störungen	
Aufnahmedaten		
Name des Aufnehmenden	Lea Unger	
Name des Transkribierenden	Lea Unger	
Aufnahmestatus		
Datum/Zeit	26. September 2023/9:56-10:11	
Ort	Beratungsraum	
Dauer	14:30 Minuten	
Bemerkungen		
<ul style="list-style-type: none">• Von Beginn an offene und angenehme Gesprächssituation• Möchte Informationen zu Ergebnissen der Arbeit		

1 I: Und zwar würde ich mit der ersten Frage beginnen, wie die Vorgehensweise der
2 Personalkostenhochrechnung in Ihrem Unternehmen ist?

3 B3: Also man kann noch gar nicht von Vorgehensweise sprechen. Bei uns sind es eher Ad-hoc-
4 Auswertungen zu verschiedenen Fragestellungen. Die Personalkostenhochrechnung an sich, wie man
5 es vielleicht von größeren Unternehmen jetzt kennt, so monatlich, findet nicht statt. Also wir müssen
6 natürlich eine Wirtschaftsplanung machen, dazu gehört eine Hochrechnung immer im Sommer.
7 Ansonsten sind das aktuell eher Ad-hoc-Abfragen, um ehrlich zu sein. Also wir machen keine
8 monatliche Personalkostenhochrechnung.

9 I: Ok. Und wenn Sie die dann einmal jährlich für die Wirtschaftsplanung machen, wie gliedern Sie
10 dann so zu sagen Ihre Hochrechnung, nach Dienstart oder nach Kostenstelle? Wie gehen Sie da dann
11 vor?

12 B3: In der Regel erst mal nach Dienstart, dann kann man sehr gut in die Tarifverträge oder
13 Vertragsvereinbarungen schauen. Wir sind ja nicht einem Tarifvertrag angehörig, außer im ärztlichen
14 Bereich. Sind nicht mehr Mitglied im Arbeitgeberverband, haben also Individualverträge, das heißt es
15 wird auch sehr individuell hochgerechnet, weil die Steigerungsfaktoren nicht einheitlich sind. Also für
16 TV-Ärzte, wenn man so einen ganz klaren Tarifvertrag hat, ist das sehr einfach, da weiß man auch
17 was einen erwartet. Wenn man aber sehr viel individualvertraglich abgebildet hat, hat man auch
18 Spielraum. Mitunter ist die Prognose da sehr schwierig. Mitunter muss man dann so prognostizieren,
19 dass das Ergebnis auch passt. Da muss man halt schauen, wie weit kann man überhaupt gehen.
20 Generell jetzt in der Situation sehr schwierig. Ich meine wir gehören ja trotzdem dem Landkreis an,
21 als Haus, aber wie gesagt, wir sind ja nicht dem TVöD zugehörig. Trotzdem kann man natürlich nicht
22 mit Scheuklappen durch die Welt gehen, man weiß ja was links und rechts passiert. Also ist das mit
23 sehr sehr vielen Absprachen und im Prinzip Anpassungen auch der Parameter verbunden, wenn was
24 außerhalb der reinen Tarifverträge ist.

25 Und dann wirklich fast auf Mitarbeiterebene, weil es sehr individuell ist beziehungsweise dann
26 gruppenspezifisch für die Tarifsystematik. Das sind mal Zehnergruppen, das sind aber mitunter bei
27 den Einzelverträgen, dass man auch wirklich gucken muss, was wollen wir da nächstes Jahr machen,
28 wie weit können wir gehen. Muss dann ja wieder im Gesamtkontext gesehen werden mit den

29 anderen wirtschaftlichen Parametern. Wissen Sie ja, dass man da im Krankenhaus sehr limitiert ist
30 von seinen Möglichkeiten. Und da ist das zumindest dieses Jahr auf sehr individueller Basis gewesen.

31 I: Das klingt auch nach einem hohen Aufwand, gerade wenn es so individuell ist.

32 B3: Ja. Das war enorm aufwendig, sehr individuell. Also wie gesagt, alles was außerhalb der Ärzte
33 läuft ist sehr individuell.

34 I: *Also wenn ich das jetzt richtig verstehe, haben Sie schon so diese*
35 *Krankenhausbuchführungsverordnung oben drüber stehen, mit ärztlicher Dienst, Pflegedienst und so*
36 *weiter, aber gehen dann richtig bis auf Mitarbeiterebene, dass sie das gliedern?*

37 B3: Ja. Also man kann auch Bereichsweise kostenstellenbezogen das machen, aber in der Regel ist es
38 auf Mitarbeiterebene. Mitarbeiterebene oder Tarifgruppenebene, also man kann das dann schon
39 clustern bei uns, wir sagen jetzt mal nach Tarifgruppen obwohl es kein Tarif ist, oder
40 Vergütungssystematiken die gleich sind. Dann kann man schon Mitarbeitergruppen auch
41 zusammenfassen.

42 Dann haben wir aber auch das Problem der Datengrundlage gehabt. Wir haben jetzt gerade unser
43 Lohnprogramm auch umgestellt, weil die Datengrundlage im alten System nicht sehr gut war. Ein
44 Umstellungsprozess ist immer mit Druck verbunden, das geht gar nicht anders.

45 I: Das glaube ich. *Wenn ich fragen darf, auf was haben Sie umgestellt?*

46 B3: Wir sind jetzt auf Loga gewechselt. Vorher hatten wir kidicap. Kennen Sie beide Programme?

47 I: Ich kenne Loga.

48 B3: Loga. Und?

49 I: Ich finde es gut. Tatsächlich sehr gut.

50 B3: Es ist halt eine völlig andere Welt. Also wir kamen aus einem sehr sehr starren System. Kidicap
51 hat sehr viel vorgegeben, hat sehr viel selbst programmiert und selbst gemacht. Und Loga setzt ja die
52 Verantwortung schon auf den Kunden über, also da bestimmen wir alles. Das ist sehr schön, so viele
53 Freiheiten zu haben, ist aber auch mit einem enormen Lernprozess verbunden. Auch viel
54 Prozessanpassung, die wir jetzt einfach durchführen müssen. Hinsichtlich Digitalisierung sind wir halt,
55 ich glaube auch hier im Gesundheitssektor, noch nicht sooo weit.

56 I: Nein, aber ich finde es tatsächlich ein ganz gutes Programm .

57 B3: Ich finde es auch gut. Es geht viel, aber es ist halt nicht selbsterklärend, das muss man auch
58 sagen. Man braucht da jemanden, der einen an die Hand nimmt und einführt. Und da das Programm
59 ja auch gewachsen ist, ich hab ja doch ein großes Controllerherz, mich mit den ganzen
60 Auswertungssystemen dort auseinandersetzen. Scout habe ich jetzt schon gelernt, ist schon wieder
61 veraltet, jetzt ist es Deltamining. Aber da sieht man auch anhand dieser Bezeichnungen der Tabellen
62 im Loga, wie das Programm eigentlich gewachsen ist. Man muss wirklich die Struktur des
63 Programmes richtig verstehen, um dort richtige Daten zu erhalten. Und das war, um zum Controlling
64 zurück zu kommen auch in diesem Jahr ein enormes Problem für uns, weil wir erst mal wissen
65 mussten, wie wir unsere richtigen Daten koppeln.

66 I: Ja, das glaube ich. *Meine Frage wäre jetzt gewesen, wie häufig die Personalkosten hochgerechnet*
67 *werden, aber sagen wir mal einmal jährlich für die Wirtschaftsplanung?*

68 B3: Ja, für die Wirtschaftsplanung einmal jährlich. Das soll sich aber ändern. Meine Stelle gibt es ja
69 noch nicht so lange. Ich verantworte ja den Lohnbereich und führe jetzt das Programm ein, wir

70 denken die Prozesse neu. Wenn das ins laufen kommt, übernehme ich dann die monatlichen
71 Berichte. Ob dann die Personalkostenhochrechnung wirklich monatlich oder dann quartalsweise
72 gemacht wird müssen wir mal sehen. Das findet dann in Absprache mit dem Geschäftsführer statt,
73 aber es soll schon. Es muss auch mehr kontrollt werden, auch unsere anderen Themen wie Fehlzeiten
74 und VK-Auswertungen, die zählen dann natürlich auch mit rein. Es müsste monatlich sein, aber da
75 hingen wir jetzt auch, auch aufgrund von Personalmangel, ganz lange hinterher.

76 I: Aber sie verfolgen eine Vision wo Sie hinwollen.

77 B3: Ja, die habe ich und es wird auch. Ich löse mich jetzt sukzessive raus aus dem täglichen Geschäft.
78 Weil wir halt auch grade auf Loga umgestellt haben, bin ich auch Systemadministrator und muss da ja
79 auch noch viele Prozesse mit anschieben und betreuen. Aber es wird. Wir sind jetzt auch ein gutes
80 Team von insgesamt fünf Mitarbeitern. Das ist schon eine ordentliche Stärke für eine solche Größe
81 vom Haus. Da denke ich können wir schon gut was bewegen.

82 I: *Also fünf Personen im Personalcontrolling?*

83 B3: Im Lohn. Und Personalcontrolling mache dann eigentlich nur noch ich.

84 I: Ok, alles klar. *Die Bearbeitung der Personalkostenhochrechnung erfolgt wann und von wem?*

85 B3: Von mir. Und ich sitze gerade auch, wir haben jetzt das neue Gesundheitszentrum, haben Sie
86 vielleicht auch in den Medien mitbekommen, da sind auch Teilbereiche wo man sagt ich brauche
87 jetzt mal eine Hochrechnung, ich muss mal wissen wo das hinkommt. Da ist halt das Problem, wir
88 fangen immer wieder von Null an. Ich schaue dann wie sind die Ist-Kosten aktuell, welche
89 Tarifstruktur haben wir, wie denken wir, werden wir nächstes Jahr anpassen die Entgeltsystematik
90 und denke das dann immer wieder neu. Hilft mir vielleicht in den Prozess jetzt irgendwann, wenn wir
91 das etablieren wollen über ganze Haus, macht es aber trotzdem ein bisschen zäher und kostet viel
92 mehr Zeit.

93 I: *Das glaube ich. Sie haben ja gesagt, Sie sind noch nicht so lange im Unternehmen, also führen Sie*
94 *die Hochrechnung jetzt auch noch nicht so lange in der Art und Weise durch? Seitdem Sie hier im*
95 *Unternehmen sind oder?*

96 B3: Genau. Ich bin ja schon seit 2019 hier, ich war dann noch in Elternzeit, also ja, ich habe schon
97 vorher im Controlling gearbeitet im Krankenhaus, auch im Personalcontrolling, da war das aber auch
98 immer eher viel Statistiken. Geburtstagslisten gehören auch dazu, Ein- und Austrittslisten die wir hier
99 auch führen, die sind aber eher im Personal angesiedelt. Aber hier ist das schon so neu aufzubauen
100 ein ganz anderes Thema, weil oft übernimmt man ja auch schon Strukturen, die da sind. Es ist
101 spannender das selbst zu machen, weil man viel mehr dahinter steigt, welche Auswirkungen es sind
102 und kann viel besser drüber sprechen und Aussagen treffen.

103 I: Ok. *Erfolg die Hochrechnung dann jetzt schon mit einer Software oder machen Sie das händisch?*

104 B3: Excel. Excel wird es wahrscheinlich auch erst mal bleiben. Loga hat ja die
105 Personalkostenhochrechnung auch als Teil des Programms, ich glaube aber nicht, dass wir das
106 vordergründig damit einführen werden, weil das auch noch viele andere Parameter erstmal
107 voraussetzt, wie einen Stellenplan, der dort hinterlegt sein muss, und so weit sind wir einfach noch
108 nicht. Also wird es wahrscheinlich erst mal Excel sein.

109 I: Alles klar. *Wie wird denn der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt?*

110 B3: Wir haben ja eine Stellenübersicht. Wir nennen es mal Stellenübersicht, weil es kein Stellenplan
111 ist. Wir müssen uns dahingehend jetzt vielleicht erst mal selbst disziplinieren, da anhand welcher

112 Parameter ist noch nicht festgelegt, ob einen richtigen Stellenplan zu entwickeln und festzulegen. Es
113 gibt natürlich für den Wirtschaftsplan oder für die Personalkostenentwicklung einen Stellenplan und
114 dann schaut man, haben wir alle Stellen besetzt anhand der Ist-VK, die wir jetzt haben wo alle Stellen
115 besetzt sind. Wenn nein, geht es erst mal nur um die Nachbesetzung oder wir bauen schauen uns
116 Teilbereiche an, wie wir bauen einen neuen Unternehmensbereich auf, müssen dann in den und den
117 Dienstarten, die und die Qualifikationen nachbesetzen. Also es ist wirklich auf sehr individueller
118 Basis.

119 I: Ok. *Für welche Zwecke benutzen Sie da noch die Hochrechnungen? Nur für die Wirtschaftsplanung*
120 *aktuell?*

121 B3: Aktuell ja.

122 I: Alles klar. *Sie haben ja schon angedeutet, dass Sie Anpassungen, Änderungen, Ihre Vision haben.*
123 *Wie soll die aussehen?*

124 B3. Die Grundlage für alles sind aussagekräftige Daten. Also mit Scout und den ganzen Parametern
125 die Loga jetzt bietet sind wir schon an einem Punkt, an dem man valide Daten hat, mit denen man
126 arbeiten kann. Dann muss es irgendwann in einen Rhythmus kommen. Der Plan ist eigentlich wirklich
127 ein System, eine Excel-Tabelle, wie auch immer die dann aussieht, zu entwerfen, die uns nicht jeden
128 Monat oder bei neuen Zielen oder Projekten immer an den Punkt Null bringt. Sondern einfach wir
129 haben hier schon was und darauf können wir aufbauen. Nicht wie jetzt, ich muss für das
130 Gesundheitszentrum eine Analyse machen, dass ich von Null anfangen, wer arbeitet da überhaupt und
131 was sind die Kosten aktuell und wie muss ich die Hochrechnung machen. Sondern einfach ich hab da
132 den Unternehmensbereich, ich habe da schon eine Vorausschau und kann das im Prinzip nutzen, für
133 weitere Analysen, um mal irgendwann dahin zu kommen, nicht nur in die Vergangenheit zu schauen,
134 sondern auch vorausschauend strategisch arbeiten zu können. Das ist, so wie es jetzt ist, einfach
135 nicht möglich. Dass man in eine Routine kommt, ins arbeiten und vielleicht auch in einen For-Cast,
136 den wir aktuell nicht abbilden können.

137 I: Ok. *Die letzte Frage ist oder wäre, welche Tipps Sie haben, wenn ein Klinikum das neu einführen*
138 *möchte?* Sie sind ja gerade eigentlich das perfekte Beispiel.

139 B3: Ja. Es ist wirklich schwierig. Eigentlich muss die Richtung oder Ansage von der Geschäftsführung
140 kommen. Also ich sage auch beim Aufbau des Personalcontrolling generell, bringt es nix in seinem
141 stillen Kämmerchen an seinem Schreibtisch irgendwas zu entwerfen, was man selbst für gut
142 empfindet, weil man in der Regel ja nicht alleine damit arbeitet. Man muss es dann doch
143 veröffentlichen in irgendeiner Form, jetzt vielleicht nicht die Personalkostenhochrechnung, aber
144 wenn man andere VK-Statistiken, Abwesenheiten oder Überstunden, zusammen mit den Bereichen
145 aufbauen, die es auch nutzen wollen. Also vorne weg sind immer Kommunikation, Kommunikation,
146 Kommunikation. Wenn man dann eine Richtung hat, auch immer wieder einmal selbst zu
147 hinterfragen. Am Anfang wissen in welche Richtung es hingeht und dann auch mit den Leuten
148 sprechen, die es betrifft. Mitunter ist man so in seine Gebieten drin, dass man selbst denkt es ist
149 doch alles selbsterklärend, es ist doch klar. Das hatte ich jetzt zum Beispiel bei der
150 Wirtschaftsplanung. Ich hatte Überschriften gefunden, weil die ja kein Muster haben, die aber für
151 den Geschäftsführer nicht aussagekräftig waren. Für mich war klar, was das bedeutet, aber er hat
152 etwas ganz anderes reininterpretiert. Deshalb ist es wichtig darüber zu sprechen zunächst und dann
153 zu wissen, der Empfänger der Daten, was möchte der damit machen und wo wollen wir hin und dann
154 anzufangen. Das sind zumindest die Probleme, die mir sofort einfallen.

155 I: Ok. Dann wären wir jetzt schon am Ende.

156 B3: Ah schon am Ende.

Anlage 11 Transkript Krankenhaus 4

Versorgungsstufe Regelversorgung	Träger Öffentlich	Geschlecht des Experten weiblich
Gesprächsdaten		
Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Büro, kurzzeitige Störung durch Telefonklingeln	
Aufnahmedaten		
Name des Aufnehmenden	Lea Unger	
Name des Transkribierenden	Lea Unger	
Aufnahmestatus		
Datum/Zeit	02. Oktober 2023/10:03-10:25	
Ort	Büro des Experten	
Dauer	20:40 Minuten	
Bemerkungen		
<ul style="list-style-type: none">• Interview online via Kliniksoftware• Ungenauigkeit zwischen Personalkostenhochrechnung und Personalkostenplanung• Kontaktmöglichkeit besteht für aufkommende Fragen		

1 I: Dann würde ich mit der ersten Frage beginnen und zwar wie die Vorgehensweise der
2 Personalkostenhochrechnung in Ihrer Einrichtung ist?

3 B4: Also mit Hochrechnung meinen Sie jetzt, um für das nächste Jahr die Personalkosten festzulegen?

4 I: Genau.

5 B4: Die Vorgehensweise ist folgendermaßen. Wir fangen immer im Mai des Vorjahres bereits an und
6 fragen ab. Vielleicht sollten Sie auch noch wissen, wie meine Stellung hier im Unternehmen ist. Wir
7 sind ja eine Unternehmensgruppe mit sieben Unternehmen, darunter ist ja ein Krankenhaus mit zwei
8 Standorten. Das ist so die größte Gesellschaft. Dann gibt es noch Rettungsdienste, Medizinisches
9 Dienstleistungszentrum, alles drum herum. Wir haben so eine Konzernzentrale mit einer zentralen
10 Personalabteilung, in der auch das Personalcontrolling angesiedelt ist. Das ist ja nicht immer so.
11 Manchmal ist das Personalcontrolling auch im Controlling angesiedelt. Bei uns ist das also in der
12 Personalabteilung und wir begleiten alle Gesellschaften bei der Personalkostenermittlung für das
13 nächste Jahr. Beziehungsweise manche machen ja auch gleich fünf Jahre. Für manche kann man ja
14 auch schon fünf Jahre im Voraus planen.

15 Der Prozess ist so, dass uns die Gesellschaften, also auch das Krankenhaus, bis Ende Mai vorlegt,
16 anhand eines Formblattes. Das haben wir mal entwickelt, wo festgeschrieben wird, was die nächstes
17 Jahr alles planen. Das geht meistens so los, dass man sagt ok, man möchte zumindest mit dem
18 Personalbestand den man hat weiter fahren und dann müsste man sich verständigen, was gibt es für
19 Änderungen, gibt es vielleicht neue Abteilungen im nächsten Jahr, wird auch was geschlossen. Also
20 erst mal strukturell, was soll da passieren. Und dann was soll passieren mit den Personalkosten, also
21 gibt es Erhöhungen, soll ein Tarifvertrag angewendet werden oder vielleicht nicht mehr angewendet
22 werden. Also alles was die bestehenden Bezahlungen praktisch beeinflussen würde, das würden wir
23 dort abfragen. Dann gibt es so eine schöne Kategorie Sonstiges, da kommen die Dinge rein, die in die
24 vorhergehenden Kategorien nicht reinfallen. Das würden wir dann dort abfragen. Weil wir sehen das
25 ja nicht, da wir ja nicht richtig im Geschäft drin sind, was da jetzt geplant ist und was da passiert.
26 Manchmal weiß man es schon, ja. Es ist einfach gut, eine gemeinsame Grundlage zu haben, wie man
27 plant. Es gibt nix schlimmeres, man plant tagelang und dann habt ihr vergessen etwas zu sagen. Also

28 da gibt es das Formblatt, das ist relativ kurz gehalten, das erhalten wir halt und dann geht es in die
29 Planung. Die ist bei uns händisch, wie die meisten Krankenhäuser das auch machen. Ich weiß nicht
30 mit vielen Sie jetzt schon gesprochen haben?

31 I: Ich habe bislang mit vier anderen Kliniken gesprochen.

32 B4: Ja, also ich kenne kein Krankenhaus, was die Planung irgendwie automatisiert hat, weil es
33 einfach, wie ich grade erzählt habe, es gibt so viele Details, die da mit reinfließen, die in Systemen
34 meistens nicht abbildbar sind und ehe ich das programmiert habe, kann ich es dann auch in Excel
35 machen. So ist es dann halt. Ja wir gehen dann halt in die Personalplanung rein und setzen den
36 Personalbestand auf, den wir halt haben, und dann werden diese ganzen Änderungen berücksichtigt.
37 Dann hat man irgendwie eine Zahl für das nächste Jahr, mit der man dann in die ersten
38 Verhandlungen geht. Also was heißt Verhandlungen, wir bekommen den Auftrag ja von der
39 Verwaltungsleitung des Krankenhauses und die schauen sich das erstmal an und dann gibt es Fragen
40 und Ergänzungen und in diesem ganzen Prozess, der läuft ja seit Mai, Juni los und bis November
41 muss das dann stehen. Da gibt es dann noch drei vier Änderungen, dann kommen doch noch mehr
42 Azubis und solche Sachen. Das wird ständig in diesem Dokument weitergerechnet, bis man dann
43 Ende November eine Personalzahl hat mit der man dann in die Wirtschaftsplanung geht. Und mit der
44 man dann mit den Trägern verhandelt und was dann alles da noch folgt.

45 Ja so wäre der Prozess. Wir planen auch wirklich immer nur für ein Jahr im Voraus, zumindest für das
46 Krankenhaus. Ich weiß, manche haben auch Fünfjahrespläne oder so, aber die sind dann so grob. In
47 der Krankenhauslandschaft ändert sich ja so vieles und ständig, dass es wahrscheinlich nicht viel Sinn
48 macht, da schon viel Zeit zu verwenden, die nächsten fünf Jahre zu planen.

49 I: Ja, ok. *Also verteilt sich die Planung für die Wirtschaftsplanung auf ein halbes Jahr, von Mai bis
50 November?*

51 B4: Genau, ehe die dann steht. Man arbeitet da jetzt nicht wirklich ein halbes Jahr dran, aber einmal
52 im Monat fasst man es sicher an. Ich bin da immer mit unserer Verwaltungsleitung im engen Kontakt,
53 wo wir uns dann austauschen. Ma muss auch manchmal ein bisschen abwägen, ist das jetzt so
54 wichtig, ob da noch zwei Azubis mehr dazu komme oder nicht. Ja die Verwaltungsleitung ist das sehr
55 penibel und möchte auch die dann noch hochgerechnet haben. Wir haben ja paar Millionen
56 Personalkosten, da spielt das dann auch keine Rolle mehr.

57 I: Ok. *Und wie gliedern Sie da die Hochrechnungen für Ihre Einrichtung?*

58 B4: Also wir haben die grobe Gliederung, wir rechnen die Ärzte extra hoch. Den Rest nennen wir
59 dann nichtärztlicher Dienst. Auch da unterscheiden wir nach den einzelnen Dienstarten. Dann haben
60 wir noch für die Verwaltung, also für die Konzernverwaltung, die ist auch im Krankenhaus
61 angesiedelt, da gibt es auch noch einmal eine detailgenaue Hochrechnung. Also nach Dienstarten
62 kann man schon sagen, wobei wir alle nichtärztlichen schon zusammenfassen. Da wird jetzt nicht
63 jede Dienstart einzeln hochgerechnet. Das ergibt sich halt dann. Man wertet ja die Mitarbeiter nach
64 Dienstart aus und kann sie dann auch clustert am Ende, dass man weiß wie viele Kosten pro Dienstart
65 auf einen zukommen.

66 I: Ok. Alles klar. *Und habe ich das jetzt richtig verstanden, dass Sie einmal pro Jahr machen die
67 Personalkostenhochrechnung oder machen Sie das auch noch einmal unterjährig für verschiedenen
68 Dienstarten?*

69 B4: Naja eins ist ja die Personalkostenplanung für das nächste Jahr und Hochrechnung, da verstehe
70 ich etwas anderes drunter. Das ist halt wenn ich schaue, wo kommen wir Ende dieses Jahres raus.
71 Ich habe eine bestehende Planung und würde jetzt einen For-Cast machen, ob das passt. Das machen

72 wir eigentlich, also je nach dem wie eng gerade die finanzielle Situation ist, aber zum Quartal
73 eigentlich jedes Mal. Wenn ein Quartal zu Ende ist mache ich einen For-Cast, wo wir Ende des Jahres
74 rauskommen.

75 I: Ok. *Und die Bearbeitung der Personalkostenhochrechnung erfolgt dann von Ihnen allein für die*
76 *Kliniken oder sind Sie da ein Team?*

77 B4: Meinen Sie jetzt Personalkostenplanung?

78 I: Ja.

79 B4: Ja, das mache nur ich. Wir haben leider kein Team.

80 I: *Und seit wann führen Sie die in dieser Art und Weise durch?*

81 B4. Also ich bin selber erst seit acht Jahren hier. Wie wir das jetzt machen, machen wir so seit sechs
82 Jahren.

83 I: Ok. *Und hat sich die Hochrechnung innerhalb der letzten sechs Jahre verändert oder angepasst oder*
84 *wird das seitdem schon in der Art und Weise durchgeführt?*

85 B4: Also grundsätzlich ist es immer noch in Excel. Wo wir ein bisschen auch weggekommen sind
86 einzelne Personalfälle hochzurechnen. Also gerade in der Pflege haben wir ein Paar hundert
87 Mitarbeiter und dass wir die dann schon clustern nach Entgeltgruppen und Stufen. Dass man sagt ok
88 jetzt haben wir 300 in der Entgeltgruppe und dann haben wir 350 geplant. Da macht man ein
89 Durchschnittsgehalt und rechnet damit dann hoch.

90 Bei den Ärzten klappt das leider nicht. Da machen wir wirklich immer noch individuell, weil da gibt es
91 so viele individuelle Absprachen. Da geht es ja auch um richtig viel Geld am Ende. Ja da haben wir so
92 200 bis 300 Ärzte und die machen wir wirklich noch manuell, jeden einzelnen.

93 I: Ok. Klingt nach viel Aufwand.

94 B4: Ja, ist es auch.

95 I: *Und wie ich jetzt schon herausgehört habe, verwenden Sie keine Software, sondern machen das*
96 *wirklich über Excel, Ihre Planung?*

97 B4: Also wir ziehen uns die Grunddaten aus unserem Abrechnungssystem, wir benutzen da SAP. Da
98 kann man sich jetzt auch schon mal die Daten für den 01.01.2024 anzeigen lassen. Also da muss ich
99 jetzt nicht noch händisch abrechnen, wo ist der nächstes Jahr mit welcher Stufe. Aber genau, mit den
100 Grunddaten wird dann weiter gerechnet.

101 I: Ok. *Und wie wird denn Ihr Personalbedarf, der für das kommende Jahr besteht, ermittelt?*

102 B4: Das machen wir jetzt auch nicht selber, also das rechnen schon die vor Ort. Also in der Pflege ist
103 es so, der Pflegedirektor rechnet das mit den PpUGs. Er schaut, wie viele Betten sind pro Station, und
104 wieviel braucht er, er geht glaube ich sogar von Vollbelegung aus, oder 90%. Er rechnet mir auf jeden
105 Fall den For-Cast, wieviel er braucht, pro Station. Die macht sich rein an den Betten ab, da ist erstmal
106 keine Leistung hinterlegt.

107 Bei den Ärzten ist es so, da haben wir jetzt gerade wieder ein Gutachten in Auftrag gegeben, wo ein
108 Gutachter ermittelt, wie viele Ärzte brauche ich, um die Leistung zu erbringen, aber auch bei den
109 Ärzten ist es ja auch wichtig, die Arbeitszeiten abzudecken, ja Bereitschaftsdienste. Daraus ergibt sich
110 dann eine VK-Zahl und mit der rechnen wir dann.

111 In der Verwaltung ist es dann wieder ganz anders. Da heißt es dann, ja wir wolle nächstes Jahr einen
112 Welcome-Manager einstellen, da gibt es halt dann eine neue Stelle für bzw. entscheidet das dann die
113 Geschäftsleitung.

114 I: Alles klar. *Für welche Zwecke werden denn die Hochrechnungen oder die Planung verwendet? Nur
115 für die Wirtschaftsplanung oder gibt es da noch weitere Verwendungszwecke?*

116 B4: Meinen Sie jetzt die Personalkostenplanung oder die Hochrechnung?

117 I: *Die Hochrechnung machen Sie ja quartalsweise, wenn ich es richtig verstanden habe?*

118 B4: Machen wir im Jahr immer fortlaufend. Um die geht es jetzt?

119 I: Ja. Und um die Planung. Wir können gern beides beantworten.

120 B4: Die Personalkostenplanung wird natürlich hauptsächlich für den Wirtschaftsplan gemacht, der
121 dann in verschiedenen Gremien auch vorgestellt wird und auch da erklärt werden muss. Also ich
122 habe damit nix weiter zu tun, wenn die Zahlen stehen ist es für mich eigentlich abgeschlossen. Aber
123 ich weiß halt dass der Landkreis, wir sind ja ein kommunales Kreiskrankenhaus, das sehen möchte
124 und wenn die Personalkosten jetzt unheimlich steigen im Vergleich zum jetzigen Jahr, dann muss
125 natürlich erklärt werden, woran es liegt. Ja dann wollen die Krankenkassen bei den
126 Pflegeverhandlungen auch schauen, die schauen sich die Zahlen halt auch an. Also wie werden noch
127 an vielen Stellen weiter verwendet.

128 Personalkosten sind natürlich der größte Einzelkostenfaktor im Krankenhaus und die möchte man
129 schon gut im Blick haben. Da schauen natürlich alle die finanziell bei uns mit dran hängen sehr genau
130 drauf.

131 Selbst die Chefarzte selber schauen wie viele Ärzte sie nächstes Jahr noch planen dürfen.

132 I: *Ok. Und werden dann auch Soll-Ist-Vergleiche durchgeführt? Von Ihnen zum Beispiel?*

133 B4: Also für Soll-Ist, das machen wir dann mit der Software. Wir können ja in SAP die Ist-Kosten
134 auswerten und die Plan-Kosten gegenüberstellen. Das wird monatlich im Krankenhausreport
135 veröffentlicht. Soll- und Ist-Personalkosten die Gegenüberstellungen was wir mal hochgerechnet
136 haben machen wir jetzt nicht direkt, weil wir das jeden Monat wieder anpassen bzw. jedes Quartal.
137 Ja aber das muss man halt nicht händisch machen. Die abgerechneten Zahlen, den For-Cast, das ist
138 dann wieder klar, den kann man dann wieder hochrechnen, dass man bis 30.06. so und so viel
139 ausgegeben hat. Weiß ich, das verdoppelt sich dieses Jahr noch mal. Also sowas muss man dann
140 schon wieder händisch machen, weil wir haben keine Software, die unseren For-Cast mit erstellen
141 kann. Aber die monatlichen Soll-Ist-Vergleiche, die machen wir natürlich im System.

142 I: Ok. Dann ist das also im SAP möglich.

143 B4: Ja, also wir nutzen nicht HCM, für die Abrechnung schon, aber für das Controlling
144 [unverständlich]. Können sie ja sehen, Personalkostenplanung, Soll-Ist-Abweichung wird alles
145 dargestellt. Wir haben auch noch so ein anderes Programm, das nennt sich Corporate Planning. Da
146 werden auch alle möglichen Kennzahlen aus einem Krankenhaus abgebildet, die ein bisschen schöner
147 aufbereitet sind als Bericht. Da sieht man auch die Personalkostenentwicklung und die VK-
148 Entwicklung. Es ist ja immer wichtig, beides zu betrachten. Es bringt ja nix zu sagen ich habe jetzt
149 eine Million mehr ausgegeben, sondern muss ja auch schauen woran es lag, vielleicht auch an den
150 mehr Mitarbeitern. Corporate Planing ist eine Software, die nutzen inzwischen einige Unternehmen
151 in Deutschland, aber da gibt es ja Hunderte. So können die Geschäftsführer auf einen Blick besser
152 sehen, wo stehen wir denn.

153 I: *Ok. Planen Sie jetzt Änderungen oder Anpassungen in der Planung bzw. Hochrechnung?*

154 B4: Also die Planung verändern wir nicht mehr. Wenn die im Wirtschaftsplan drinstand, dann wird
155 die übernommen. Also zumindest haben wir das in den letzten acht Jahren so gemacht. Man muss
156 natürlich immer wieder erklären. Also es passieren ja während des Jahres immer Sachen, die nicht
157 geplant waren, meinetwegen eine Station ist dann doch geschlossen, dann muss man halt immer
158 wieder erklären, warum auf der Station keine Personalkosten angefallen sind. Aber wir haben uns
159 dazu entschieden, die Planung dann wirklich so zu lassen, weil es steht dann so im Wirtschaftsplan
160 drin und es ist einfacher am Jahresabschluss zu erklären, warum die Kosten über- oder unterschritten
161 wurden. Unterschritten will meistens keiner wissen. Überschritten ist eher das Thema und als
162 Grundlage hat man halt die Planung vom Vorjahr. Das ist auch der Grund, weshalb die Planung sehr
163 detailliert gemacht wird, wo alles drinsteht, was man berücksichtigt hat für die Planung. Damit dann
164 entsprechend auch das angepasst werden kann.

165 I: *Ok. Und aber an der Vorgehensweise planen Sie in Zukunft keine Änderungen? Weil es gibt ja
166 Software zum hochrechnen oder so etwas. Da bleiben Sie Ihrem aktuellen System treu?*

167 B4: Also erstmal ja. Ich habe noch nix überzeugendes gefunden, was das ersetzen könnte.

168 I: *Ok. Ich komme jetzt schon zu abschließenden Frage. Welche Tipps oder Hinweise Sie für eine Klinik
169 haben, die die Hochrechnungen oder Planung bzw. eher die Hochrechnungen neu einführen wollen, in
170 zum Beispiel quartalsweisen Abständen?*

171 B4: Also in einer gewissen weise machen wir das schon und ich denke viele machen das auch so. Man
172 sollte auf jeden Fall eine Regelmäßigkeit drin haben. Nicht mal im Februar macht man es mal und im
173 September nicht. Also eine monatliche Abbildung ist wichtig, um auch die einzelnen Spitzen in den
174 Monaten zu sehen. Im November gibt es bei uns immer eine Jahressonderzahlung, die sollte man
175 natürlich dann auch berücksichtigen für den For-Cast.

176 Nicht zu detailliert werden. Nach Dienstarten ist es für uns immer ausreichend, das zu machen.

177 Und sich verständigen, was wollen die Leute von einem sehen am Ende. Für mich als
178 Personalcontroller ist ja die Personalkostenplanung ja nur ein kleiner Teil. Vieles ist ja Auswertungen
179 machen und da ist halt wichtig, man verständigt sich vorher was der Zweck ist und was soll am Ende
180 rauskommen. Und am besten gleich vorstellen, so könnte es am Ende aussehen und dann erst
181 losläuft und schaut, wie man die Zahlen zusammen bekommt. Für wen es ist, ist bei jeder
182 Auswertung wichtig, was wollen die am Ende sehen. Wenn denen das reicht, am Ende eine Zahl zu
183 sehen, ist es auch gut. Wenn sie es in allen Details haben wollen, kann man das auch machen. Je nach
184 dem wie der Anspruch ist.

185 Möglichst mit irgendwelchen Formeln arbeiten, über die man sich verständigt hat. Das man sagt,
186 man nimmt immer den Vormonat und rechnet den hoch. Oder je nach dem, man sieht ja wie sich das
187 Personal entwickelt, man setzt jeden Monat ein paar Prozent vielleicht drauf. Kann man nur aus dem
188 Trend ablesen. Bei uns ist es eher so, dass wir eher jeden Monat einen Prozent abziehen werden,
189 weil Personal weggeht.

190 Also versuchen so viel wie möglich zu automatisieren, um nicht jeden Monat bei Null anzufangen.
191 Und dann auch immer den Abgleich, nehmen wir jetzt mal den September, der ist ja jetzt
192 abgeschlossen, würde ich jetzt für den Oktober nicht wieder an den Hochrechnungen der letzten
193 Monate anknüpfen, sondern direkt bei September ansetzen. Also da habe ich eine Ist-Zahl und
194 genauer wird's natürlich dann auch mit jedem Monat. Selbst dann gibt es immer noch
195 Abweichungen. Wenn wir den Dezember hochrechnen, dann ist Jahresende, da muss man noch
196 beachten, da gibt es Rückstellungen zu beachten, die sich eventuell ändern.

- 197 Ja viele Kleinigkeiten.
- 198 Als wir mit den Kosten immer drüber lagen haben wir auch monatlich hochgerechnet. Aktuell liegen
199 wir eher drunter. Wenn wir jeden Monat drüber sind, fragt der Geschäftsführer schon, wo geht das
200 denn jetzt noch hin.
- 201 I: *Wie machen Sie das mit der Jahressonderzahlung? Bleibt das als Spitze im For-Cast drin oder*
202 *brechen Sie das auf die Monate runter?*
- 203 B4: Kommt auf die Betrachtung an. In der Buchhaltung haben wir es so hinterlegt, dass es monatlich
204 abgegrenzt ist, also als Personalkosten durchlaufen. Für die Liquidität ist es natürlich wichtig, die als
205 Spitze darzustellen. Ganz wichtig sich darüber zu verständigen, auch wie die hochgerechnet wird.
- 206 I: Alles klar. Dann bedanke ich mich schon mal für den Einblick.
- 207 B4: Ja. Sehr gern.

Interviewprotokoll Krankenhaus 1

Informationen zum Experten

- Männlicher Experte
- Verfügt über ein umfangreiches Fachwissen
- Ist der Chef der Abteilung Personalcontrolling

Gesprächsatmosphäre

- Späterer Beginn, da Experte noch in unternehmensinterne Gespräche verwickelt
- Detaillierte Erläuterungen zum gesamten Prozess → dem Interviewenden jegliche Informationen geben, die er benötigt
- Experte empfand das Thema als sehr interessant und wichtig
- Interviewender wurde akzeptiert und nicht als Laie betrachtet
- Interviewender generierte umfangreiches Wissen, welches für die folgenden Interviews als bedeutend und gute Grundlage angesehen wurde

Auffälligkeiten während des Interviews

- Zwischenzeitliche Nebengeräusche aus anderem Büro → jedoch keine Ablenkung des Experten
- Unterbrechung, aufgrund des Ablaufs des Zeitlimits von Zoom → kurzes Telefonat über Umstände → Fortführung des Interviews via Zoom

Erneute Kontaktmöglichkeit

- Kontaktmöglichkeit besteht per E-Mail oder Telefon
- Bereitschaft zur weiteren Informationsvergabe vorhanden

Interviewprotokoll Krankenhaus 2

Informationen zum Experten

- weiblicher Experte
- ist noch sehr jung
- ist der einzige Personalcontroller im Unternehmen
- war zuerst in der Abrechnung im Unternehmen tätig → Wechsel zum Personalcontroller, als vorhergehender Unternehmen verlassen hat

Gesprächsatmosphäre

- zu Beginn des Interviews Schüchternheit seitens des Experten → ggf. durch geringen Altersunterschied zwischen den Interviewteilnehmern
- kurze Antworten → erst im Verlauf des Interviews ein Gesprächsflow entstanden
- Experte schaute während des Interviews vermehrt in den Bildschirm am Arbeitsplatz → auf diesem war das im Unternehmen angewendete Excel-System zu sehen
→ ermöglichte Erläuterungen im Praxisbezug und half dem Experten ggf. beim Antworten
- Im Anschluss an die Beendigung des Interviews erhielt der Interviewende einen Einblick in das verwendete Excel-System

Auffälligkeiten während des Interviews

- Schwierigkeiten beim Halten des Augenkontaktes seitens des Experten → vermehrter Blick in den Bildschirm des Computers
- Häufige Versprecher und unvollendete Sätze seitens des Experten → erschwerte das Verständnis des Prozesses während des Interviews

Erneute Kontaktmöglichkeit

- Erneute Kontaktmöglichkeit wurde nicht thematisiert

Interviewprotokoll Krankenhaus 3

Informationen zum Experten

- weiblicher Experte
- wirkte sehr aufgeschlossen
- hat Familie und Kinder
- ist der einzige Personalcontroller im Unternehmen
- war zuerst im allgemeinen Controlling des Unternehmens tätig → Wechsel zum Personalcontroller, da Etablierung dieser Abteilung/Stelle im Unternehmen

Gesprächsatmosphäre

- sehr aufgeschlossene und lockere Gesprächsatmosphäre
- Experte „brennt“ für das Thema Personalcontrolling → hat große Freude an der Implementierung und Umsetzung des wichtigen Unternehmensbereichs → verfolgt eine Vision und ein Ziel
- Umfangreiche Prozessbeschreibungen konnten nicht gegeben werden → ist in Anbetracht der Einführung des Personalcontrolling nachvollziehbar

Auffälligkeiten während des Interviews

- Interview fand auf Augenhöhe statt → Experte sah auch den Interviewenden als informierte und thematisch eingearbeitete Person an
- Umfang der Antworten gering → unternehmerische Erfahrung noch nicht so ausgeprägt
- Zwischenzeitliches Abschweifen vom Hauptthema → Austausch über Lohnabrechnungssystem P&I LOGA

Erneute Kontaktmöglichkeit

- Erneute Kontaktmöglichkeit wurde im Anschluss an die Interviewaufzeichnung thematisiert
- Zusätzliches Interesse an den Ergebnissen der Masterarbeit → würde Arbeit gern lesen

Interviewprotokoll Krankenhaus 4

Informationen zum Experten

- weiblicher Experte
- wirkte eher zurückhaltend
- sah sich selbst als Experte und den Interviewenden als Laie an
- ist der einzige Personalcontroller im Unternehmen bzw. für alle sieben Gesellschaften

Gesprächsatmosphäre

- etwas starre Gesprächsatmosphäre
- Machtgefälle spürbar während der Interviewdurchführung
- Unstimmigkeit hinsichtlich Begriffsdefinitionen erschwerte das Interview und Verständnis

Auffälligkeiten während des Interviews

- Häufiges aus dem Fenster schauen → kann mit der ungewohnten Situation eines Interview zusammenhängen
- Teilweise schlechte Verbindung, da Interview online stattfand → erschwerte teilweise das Verständnis
- Zwischenzeitliche Unterbrechung durch Klingeln des Telefons

Erneute Kontaktmöglichkeit

- Kontaktmöglichkeit wurde nicht thematisiert

Kategoriensystem

Vorgehensweise

Gliederung der Personalkosten

Häufigkeit der Personalkostenhochrechnung

Bearbeiter der Personalkostenberechnung

Seit wann Vorgehensweise in dieser Form

Veränderungen der Vorgehensweise

Softwareinsatz

Personalliefermittlung

Zweck der Hochrechnung

Soll-Ist-Vergleiche

geplante Änderungen / Anpassungen

Tipps zur Neueinführung

Vorgehensweise For-Casts

Finanzierung

* For-Casts

Anmerkungen

Anlage 17 Kategorisierung Transkript Krankenhaus 1

Versorgungsstufe Maximalversorgung **Träger** Öffentlich **Geschlecht des Experten** männlich

Gesprächsdaten

Kommunikationssituation Keine weitere Person im Büro, Unterbrechung durch Ablauf der Aufnahmezeit in Zoom

Aufnahmedaten

Name des Aufnehmenden Lea Unger
Name des Transkribierenden Lea Unger
Aufnahmestatus
Datum/Zeit 11. Juli 2023/15:09-16:32
Ort Büro des Experten
Dauer 58:51 Minuten

Bemerkungen

- Interview online via Zoom
- Vielseitiges Fachwissen für Erläuterungen

1 I: Also meine erste Frage wäre *wie ist denn die Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung in*
2 *Ihrem Unternehmen?*

3 B1: Wir nehmen für die Personalkostenplanung eine Hochrechnung vor für das folgende
4 Wirtschaftsjahr. Wir nehmen aber auch unterjährig für die so genannten For-Casts oder
5 Personalprognosen Personalkostenhochrechnungen vor. Beides ist ein bisschen unterschiedlich. *Beschreibung*
6 Deswegen können Sie mir vielleicht die Frage beantworten. Wollen Sie jetzt für das Folgejahr die *Personalkosten -*
7 Personalkostenhochrechnung oder soll ich vielleicht beide erklären. Was möchten Sie? *planung und - hochrechn.*

8 I: Gerne beide

9 B1: Gerne beide. Dann fang ich mal an mit den For-Casts, mit den Personalkostenprognosen. Das ist
10 relativ, relativ einfach, muss man dazu sagen. Wir nehmen das auf Gesamthausebene vor. Nicht auf
11 *Klinikebene oder Institutsebene*. Also das Uniklinikum hat eine ganze Anzahl, ich habe es nie gezählt,
12 aber ich würde so sagen 25 Kliniken, noch mal so viele Institute. Darüber hinaus noch
13 Arbeitsgruppen, Geschäftsbereiche, die die Verwaltung so zu sagen machen. Also eine ganze Reihe
14 von Struktureinheiten, so nennt es sich nach dem *Hochschulgesetz*, die da geplant werden
15 wollen. Und *in der Personalkostenprognose* wird aber *auf Gesamthausebene prognostiziert*, nicht auf
16 Ebene der einzelnen Struktureinheit.

*

17 Es ist so, wir haben *am Haus mehrere Dienstarten*. Also das ist nach
18 *Krankenhausbuchführungsverordnung vorgeschrieben* so zu sagen, in welche einzelnen Konten oder
19 Kostenarten sag ich jetzt mal die Verbuchung stattfinden soll. So gesehen wird auch die
20 Personalkostenprognose gestaltet. Also sprich wir haben eine *dienstartenbezogene Hochrechnung*
21 und die *basiert tatsächlich immer auf den Ist-Personalkosten*. Also das heißt wir schauen uns an, wir
22 machen die drei Mal im Jahr, also *quartalsweise*. Also *beginnend mit dem ersten Quartal, letztmalig*
23 *im dritten Quartal zum Jahresende* jeweils. *Um dann auch eine gewisse Plan-Ist-Abweichung*
24 logischerweise festzustellen, um zu schauen zumindest was die Personalkosten betrifft, *wie sind die*
25 *Abweichungen, wie passt das Ganze zum betriebswirtschaftlichen Ergebnis*. Das sind so die
26 Hintergründe. Die Kapitalflussrechnung und so weiter muss ich Ihnen ja bestimmt nicht erklären, das
27 hängt dann alles hinten mit dran.

*

*

28 Jetzt ist es so, wir ziehen die aktuellste Basis heran, also sprich immer den Monat der da grade
29 abgeschlossen wurde. Also nehmen wir beispielhaft das erste Quartal, dann ist es dann eben der
30 März und auf dessen Basis sozusagen, wird dann die Hochrechnung gemacht. Und zwar so, dass wir,
31 jetzt muss ich ganz kurz die einzelnen Schritte. Und zwar so gestaltet, dass wir die
32 Gesamtpersonalkosten runterbrechen auf die einzelnen VK, also wieviel hinter den Ist-
33 Personalkosten steht ja immer eine gewisse Anzahl von bezahlten Vollkräften oder
34 Vollzeitäquivalenten, je nach dem wie man es ausdrückt. Dieser Wert wird dienstartenbezogen
35 runtergerechnet, weil die Dienstarten doch durchaus unterschiedlich hohe Vergütungen haben. Die
36 schwanken doch zum Teil erheblich. Also ich mach es mal beispielhaft, der Ärztliche Dienst ist mit
37 Abstand die teuerste Dienstart. Und dann gibt es eben auch andere Dienstarten, die eben in den
38 Durchschnittspersonalkosten deutlich, deutlich geringer sind. Wenn wir das haben, dann haben wir
39 erst mal den Betrag was uns eine durchschnittliche VK kostet sag ich jetzt mal. Das Ganze wird dann,
40 und zwar monatsbezogen wird kalkuliert, was wir vermutlich an Vollkräften gewinnen können oder
41 auch an Abgängen zu verzeichnen haben. Also sowohl als auch, Monatlich deswegen, weil ja jeder
42 einzelne Monat logischerweise erheblichen Einfluss darauf hat, wie das Endergebnis aussieht.

43 Ich mache es mal beispielhaft, würde ich das jetzt nicht monatlich machen und sage einfach eine VK
44 kommt on top, dann ist das wenn ich das Ganze am Jahresanfang mache und sage eine VK kommt on
45 top im Januar, dann habe ich da was weiß ich 100.000€ an Personalkosten. Kommt sie aber im
46 Dezember dann hätte ich auch 100.000€. So kann ich natürlich nicht kalkulieren, deswegen
47 monatsweise.

48 Das spielt auch eine Rolle unter anderem darin, dass man Absolventenübernahmen hat, die an
49 einem Haus wie unserer Größe doch erheblichen Einfluss hat. Also ich sag mal wir haben eine ganze
50 Reihe an Auszubildenden in der Pflege beispielsweise, was unter Umständen durchaus mal 60 VK sein
51 können oder 60 Personen sein können, die dann auf einmal im Juli, je nach dem wann die
52 Absolventen kommen, oder August oder so dann aufschlagen. Das ist dann schon auch noch mal ein
53 erheblicher. Das Ganze steht natürlich auch unter gewissen Einflüssen sag ich jetzt mal. Also
54 Sondereffekte, Umstrukturierungen, betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten, wo man sagt, nein wir
55 wollen das eigentlich jetzt gar nicht diesen hohen VK-Einsatz, wir prognostizieren das weiter und
56 sehen zu, dass wir gewisse Einstellungen gestreckt bekommen, also sprich einfach die Einstellung
57 später beispielsweise vornehmen etc. Oder auch in umgekehrter Art und Weise sag ich jetzt mal,
58 dass man sagt ok die Notwendigkeit besteht aber jetzt, diese Dienstart oder diese VK-Werte in die
59 Höhe zu pushen, um eben dann auch zukünftige Leistung vornehmen zu können. Also das sind so erst
60 mal die Hintergründe in der gedanklichen Abwägung zur VK-Prognose.

61 Wenn wir die ganzen VK. Dann haben wir natürlich dann durchschnittliche VK daraus entwickelt und
62 multiplizieren die dann letztendlich auch mit den durchschnittlichen Personalkosten. Dann kommen
63 noch Sondereinflussfaktoren dazu, sprich wir haben ja in Abhängigkeit sicherlich des jeweiligen
64 Hauses, unser Tarifvertrag sagt aus, dass wir im November beispielsweise eine Jahressonderzahlung
65 haben. Die wird natürlich einkalkuliert. Es werden, wenn es denn anfällt, unterjährige
66 Tarifsteigerungen mit einkalkuliert, wenn die Tarifverträge unterjährig auslaufen, aber die
67 Verhandlungen noch nicht begonnen haben, wird da auch ein Wert angesetzt, der letztendlich
68 natürlich abgestimmt ist, aber sich in irgendeiner Art und Weise sich begründen lässt. Dann haben
69 wir auch schon so Sondereffekte gehabt aus den Tarifverträgen, also wie Einmalzahlungen usw. die
70 dann gekommen. Das spielt da auch mit eine Rolle.

71 Dann haben wir erst mal in der Hochrechnung die Personalkosten für die Beschäftigten. Darüber
72 hinaus gibt es noch andere Mitarbeitergruppen, ich sag jetzt mal beispielsweise
73 Bundesfreiwilligendienstler, FSJ, Azubis. Wie gesagt sonstige Kosten. Das sind auch alles
74 Personalkosten, auch die werden kalkuliert und hochgerechnet letztendlich. Es gibt Kosten, wo man

75 keine Anhaltspunkte hat unterjährig. Ich mach es mal beispielsweise, Pension und Nachversicherung.
76 Professoren sind zum Teil verbeamtet und da spielen Pension und Nachversicherung doch eine Rolle.
77 Zumindest was die Personalkosten anbelangt, eine erhebliche Rolle, weil man dafür Rückstellungen
78 bilden muss. Die werden ermittelt einmal jährlich, im Zuge des Jahresabschlusses, gibt es
79 finanzmathematische Gutachten, die da erstellt werden müssen. Die werden nicht durch uns erstellt,
80 sondern durch externe Dienstleister, der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die da angehalten wird,
81 die Dienstleistung also eine Rechnung zu erbringen für uns. Das machen die im Zuge des
82 Jahresabschlusses, aber dort im Zuge dessen lassen wir uns auch immer prognostizieren sozusagen,
83 was wird denn im Folgejahr möglicherweise da an Rückstellungsbildung notwendig sein. Auch die
84 können das nicht hundertprozentig sagen, weil natürlich da Sterbetafeln dahinter hängen, eine
85 Zinsentwicklung dahinter liegt usw. Das kann zum Teil sogar erheblich davon abweichen, Es kommt
86 auch darauf an, wieviel Neuzugänge man hat oder gegebenenfalls Sterbefälle also dem zu Folge
87 Abgänge, wo man Rückstellungen auflösen muss etc. Aber diesen Prognosewert, der wird unterjährig
88 nicht geändert. Also das ist dann fix, der wird dann auch im Rahmen der Personalkostenprognose
89 angezogen und eben (unv.). Also das ist dann letztendlich die Personalkostenprognose für die
90 unterjährige Hochrechnung zum 31.12. des laufenden Jahres. Und dann würde ich jetzt mal
91 umschwenken, wie wir eine Personalkostenplanung machen. Dazu sind ja auch
92 Personalkostenhochrechnungen wieder notwendig, ansonsten ist eine Planung nicht valide.

Einfluss auf Prognosewert

93 Als universitäres Haus muss man wissen wie es finanziert wird. Der große Brocken ist natürlich die
94 Krankenversorgung. Als Maximalversorger sind wir hier verpflichtet auch Leistungen in der
95 Krankenversorgung zu erbringen. Dem zu Folge werden diese Leistungen auch durch die Kassen
96 vergütet. Das ist aber nur ein Teil. Ein weiterer Teil sind Zuschüsse, also sprich Landeszuschüsse die
97 gewährt werden, um letztendlich Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre erbringen zu
98 können. Also sprich die ganzen Beschäftigten, die für Forschung und Lehre tätig sind müssen ja auch
99 irgendwie vergütet werden und das ist dann natürlich nicht Kassenangelegenheit sondern
100 letztendlich Landesangelegenheit im Rahmen der Ausbildung. Da muss man wissen auch dort gibt es
101 zwei verschiedene Modelle in Deutschland, wie solche Zuschüsse letztendlich untersetzt werden. Bei
102 uns ist es das Integrationsmodell. Es gibt noch das Kooperationsmodell. Das Integrationsmodell
103 besagt eben, man kann keine klare Trennung vornehmen, zumindest oftmals nicht, von
104 Beschäftigten. Sind die jetzt in der Krankenversorgung tätig oder sind die für Forschung und Lehre
105 zuständig. Deswegen gibt es da eine separate Nebenrechnung. Das Ding nennt sich
106 Trennungsrechnung, diese Nebenrechnung. Jetzt schweife ich ganz kurz ab für Sie, das
107 Kooperationsmodell läuft ein bisschen anders. Da wird gesagt, ich kann ganz klar definieren, wenn
108 ich jetzt jemanden einstelle, der ist für Forschung und Lehre zuständig. Dem zu Folge wird er auch
109 aus den Zuschüssen heraus bezahlt. Da gibt es eine strikte Trennung. Bei uns ist diese Trennung nicht
110 möglich, sodass es die so genannte Trennungsrechnung gibt. Das heißt wir müssen erst mal
111 ermitteln, in einem ersten Schritt sozusagen, welche Kosten, um letztendlich eine Planung
112 vornehmen zu können, weil die Kosten nämlich auch unterschiedlich sind. Wenn jemand nicht in der
113 Krankenversorgung oder nur für die Forschung und Lehre zuständig ist, dann werden andere
114 Kostenarten mit angezogen oder auch ausgeschlossen, als wenn jemand in der Krankenversorgung
115 tätig ist. Das heißt, wenn jemand der in der Forschung und Lehre tätig ist, arbeitet beispielsweise
116 keine Dienste. Das bedeutet in der Nacht wird nicht gearbeitet für jemanden der in der Forschung
117 und Lehre tätig ist. Demzufolge werden solche Dienstkosten von vorn herein ausgeschlossen. Da gibt
118 es eine ganze Anzahl von Dingen, die da zu beachten sind. Dafür muss man die ganzen Kostenarten
119 einzeln durchgehen. Und letztendlich nimmt man über die so genannte Trennungsrechnung die
120 Trennung vor. Das heißt da schweife ich, ich weiß nicht, wenn ich da zu ausführlich bin, wenn ich da
121 zu weit ausschweife, dann fangen Sie mich da bitte ein.

1 Kassen durch Vergütung

2 Zuschüsse durch Vergütung

Modelle
→ Integrationsmodell
→ Kooperationsmodell

122 I: Alles gut. Ich habe lieber die Informationen.

123 B1: Dann würde ich jetzt die Trennungsrechnung noch mal erklären. Zumindest versuchen, die Ihnen
124 in Kürze rüber zu bringen. Vielleicht nützt es Ihnen was.

125 Es ist so, es gibt Struktureinheiten, die voll zuständig sind für die Forschung und Lehre und nicht in
126 der Krankenversorgung tätig sind. Das sind gewisse Institute, Arbeitsgruppen oder sowas, für die ist
127 das unstrittig. Sämtliche Kosten die dort anfallen, die werden auch angezogen so zu sagen und
128 werden für die Zuschüsse abgerechnet und man hat erst mal den einen Teil für den Teil Forschung
129 und Lehre, für die Institute. Die das betrifft, also die 100% für die Forschung und Lehre tätig sind. Für
130 den zweiten Teil, also sprich das betrifft sämtliche Kliniken, das betrifft nur eine Hand voll Institute,
131 die da eben auch Leistungen in der Krankenversorgung erbringen, ist das ein bisschen komplexer. Ich
132 breche das mal runter, weil da gibt es noch ein bisschen mehr zu beachten, das würde aber zu
133 komplex werden. Sodass ich jetzt mal ganz trivial sage, es wird eine Verhältnisrechnung
134 durchgeführt. Also sprich, machen wir es mal an einem Beispiel, ich habe einen Planwert für eine
135 Klinik, der da lautet gesamthaft sind 10 VK im ärztlichen Dienst beispielsweise geplant. Und von den
136 10VK sind eben 2 VK in der Forschung und Lehre und 8VK in der Krankenversorgung tätig. Das ist erst
137 mal Plan. Dann kann man ja sagen es ist ein Verhältnis, 20% der geplanten Vollkräfte sind für
138 Forschung und Lehre zuständig. Dann ziehe ich den Ist-Wert an und da steht beispielsweise 9VK
139 haben sie im Ist-Personaleinsatz, im Ist. Dann wird dieses Verhältnis aus dem Planwert genommen,
140 also diese 20%, auf die 9VK gerechnet. Von 9VK 20% sind 1,8VK. Die sind für die Forschung und
141 Lehre, werden dort verordnet und der Rest eben in der Krankenversorgung. Wie machen wir dann
142 jetzt die Personalkostenplanung.

143 Jetzt switchen wir wieder. Jetzt haben wir erst mal unsere Ist-Personalkosten ermittelt für die
144 Forschung und Lehre. Für die Krankenversorgung ist das dann der gesamte Rest. Dass es noch einen
145 Bereich Dritte gibt, also sprich es gibt noch neben der Krankenversorgung, Forschung und Lehre gibt
146 es tatsächlich noch eine Sparte für Dritte, also das heißt wenn irgendwelche Kooperationen
147 eingegangen wurden sind, wo man dann im Zuge dessen wieder irgendwelche Erlöse erhält, aber der
148 Personaleinsatz natürlich auch geplant werden muss. Das ist aber wirklich ein ganz ganz kleines Feld
149 und darauf sollten wir jetzt nicht unser Hauptaugenmerk legen und die Planung ist genau so wie in
150 der Krankenversorgung. Auch da werden Durchschnittskosten ermittelt und die werden
151 hochgerechnet.

152 Bleiben wir mal bei den ermittelten Kosten, das heißt wir haben jetzt zwei unterschiedliche
153 Kostensätze. Immer Dienststellenbezogen, das muss ich jetzt nicht immer dazu sagen. Wir haben jetzt
154 für die Forschung und Lehre einen eigenen Durchschnittskostensatz, als auch in der
155 Krankenversorgung einen eigenen Durchschnittskostensatz. Und dann ist es doch so, dass eine
156 separate VK-Planung, also Vollkraft-Planung letztendlich gemacht werden muss und zwar für jeden
157 dieser Bereiche die ich genannt habe. Also für die Krankenversorgung, für die Forschung und Lehre
158 und auch für den Bereich Dritte den wir jetzt mal außer Acht lassen. Das bedeutet, wir schauen uns
159 als allererstes wieder die Forschung und Lehre-Planung an. Woraus können Änderungen resultieren.
160 VK, erst mal wieder Vollzeitäquivalente. Es können Berufungszusagen sein, es können
161 Sondersachverhalte sein, es gibt bestimmte Projekte für die wenn man sie einwirkt bestimmte VK
162 gewährt werden, es gibt leistungsorientierte Mittel. Also Sachverhalte derer gibt es viele, woraus
163 Änderungen in der VK-Planung für die Forschung und Lehre resultieren können. Dann haben wir die
164 VK-Planung gemacht für die Forschung und Lehre und gucken uns jetzt die Krankenversorgung an.
165 Also dort die VK-Planung und die ist ein bisschen anders. Da muss man natürlich schon auf das
166 betriebswirtschaftliche Ergebnis auch achten, weil so wie ich gesagt habe, also das was
167 Zuschussfinanziert ist, auch dort muss natürlich geprüft werden, ist der VK-Einsatz den wir dann
168 haben in Forschung und Lehre auch zuschussgedeckt. Das ist aber eine relativ triviale Rechnung. Man
169 guckt einfach passen diese Aufwendungen zu den Zuschüssen. Muss man da gewisse Anpassungen

I
II
Erklärung Trennungsrechnung

170 noch vornehmen oder so, wobei man Anpassungen nur in gewisser Art und Weise vornehmen kann,
171 wenn man Prüfungszusagen schon getätigt hat oder sowas dann kann man höchstens anders planen.
172 Also wie müsste man mit zukünftigen Sachverhalten anders umgehen. Und die Krankenversorgung ist
173 bisschen anders. Also da wird tatsächlich wie so eine kleine G und V erstellt. Erstmal gucken wir uns
174 den Personaleinsatz an, wie hoch muss denn der Personaleinsatz für die zu erbringende Leistung
175 sein. Also das heißt es gibt hier eine Leistungsplanung seitens der Betriebswirtschaft, die uns
176 zugespielt wird. Und wir schauen sozusagen, wie hoch muss dieser Personaleinsatz sein, um diese
177 Leistung, die geplanten Leistungen, zu erbringen. Wenn wir das ermittelt haben, daraus resultiert
178 dann immer, und zwar Klinik- und auch wieder Dienststellenbezogen, eine Änderung, eine VK-
179 Änderung, auch die wird separat geplant. Weil wir hatten ja zwei unterschiedliche
180 Durchschnittskostensätze, sowohl im F und L als auch in der Krankenversorgung. Dem zu Folge auch
181 zwei separate VK-Planungen, Krankenversorgung und Forschung und Lehre. Wenn wir das Ganze
182 eingegeben haben, also sprich es gibt eine Datenbank dafür, das haben wir selber programmiert
183 erstellt, anders bekommt man das nicht so einfach gewuppt. Dann ergibt sich daraus letztendlich aus
184 der Multiplikation zwischen den zukünftig geplanten VK in der Krankenversorgung multipliziert mit
185 den Durchschnittskostensatz in der Krankenversorgung einen Wert. Das Ganze für die Forschung und
186 Lehre eben auch noch mal. Beides kumuliert, zusammen habe ich einen Gesamtkostenplanwert in
187 der jeweiligen Dienststelle für die jeweilige Klinik. Dann geht man in die Planungsgespräche mit den
188 jeweiligen Direktoren. Das ist der ganze Planungsprozess, das ist jetzt nicht die
189 Personalkostenhochrechnung und keine Personalkostenplanung, aber das ist der Prozess sage ich
190 jetzt mal. Dann wird das Ganze besprochen mit den Direktoren ist das ganze was man zu Papier
191 gebracht hat und geplant hat auch umsetzbar. Gegebenenfalls resultieren aus den
192 Planungsgesprächen auch wieder diverse Änderungen, dass es noch irgendwo in den Leistungen
193 Leistungsverschiebungen gibt und auch dass man manche Sachen die eben geplant worden sind so
194 nicht umsetzbar sind, weil interveniert wird. Beispielsweise der VK wird stimmt nicht, das ist ein
195 anderer, dann resultieren daraus gegebenenfalls noch Änderungen, die im Nachgang noch
196 eingearbeitet werden.

197 Abschweifend mal noch ein Thema. Dann haben wir jetzt aber unsere Personalkosten für die
198 jeweilige Struktureinheit. Wie kommt man aber auf die Personalkostenplanung des Hauses. Da ist es
199 so, dass wir nicht sämtliche Werte die wir hier einzeln geplant haben auf Struktureinheitenebene
200 kumulieren können, weil dann kommen ehrlich gesagt ganz utopische Werte raus. Der Klinikdirektor
201 für sich, will ja wissen, wieviel VK hat er, womit kann er planen und rechnen, weil der muss sagen,
202 jetzt beantrage ich eine Personalmaßnahme, weil ich möchte zum 01.07., dass die Stelle besetzt
203 wird. Dann muss der das wissen, sozusagen wieviel VK er unterjährig oder über das Gesamtjahr über
204 besetzen kann. Es obliegt aber in seiner Verantwortung und es obliegt seiner Steuerung so zu sagen,
205 das zu tun.

206 Wenn wir jetzt das Gesamthaus sehen, dann ist es schon so, dass ich sag mal man kann Stellen
207 ausschreiben, aber aufgrund des Arbeitskräftemangels, also sprich Fachkräftemangels, muss man
208 ganz klar sagen, bekommt man Stellen nicht immer adäquat besetzt. Also nicht zu dem Zeitpunkt
209 besetzt, die da beantragt sind. Das bedeutet und das macht über so ein Haus wie uns doch einen
210 erklecklichen Betrag aus. Also wir haben, je nach dem wie man es sieht, 4.800 Vollzeitäquivalente die
211 wir hier planen. Und dann, wenn man nicht alle Stellen besetzt bekommt, das ist erheblich. Das heißt
212 wenn ich alle Werte kumuliere, bilde ich, ich nenne es jetzt einfach mal Abschlüsse. Ich brauche ja
213 irgendwo einen Wert, mit dem ich dann auch betriebswirtschaftlich planen kann, weil es nützt mir
214 überhaupt nix, wenn ich alle Struktureinheiten kumuliere, habe dann einen wahnsinnig hohen
215 Personalkostenwert, aber verausgabt wird der nicht, weil wir die Stellen beispielsweise nicht besetzt
216 bekommen. Das bringt mir nix, weil dann immer der Ist-Wert ganz ganz erheblich an der Planung
217 vorbeirauscht. Dann wird sich irgendwann jeder fragen, der dann gegebenenfalls so eine

218 Personalkostenhochrechnung liest, wo dann eben der Plan-Wert auch daneben steht und
219 abgeglichen wird mit dem Ist, was rechnet man hoch, woraus resultieren denn diese Abweichungen.
220 Das heißt was machen wir, wir greifen natürlich da in die Planung ein. Das heißt, wir kumulieren als
221 erstes mal die Ergebnisse von den Struktureinheiten, aber schauen im Nachgang dann was ist denn
222 realistisch. Also sprich, das macht man dann auf Basis von Erfahrungswerten muss ich dazu sagen,
223 dass man sich anschaut, wie viele dieser Stellen können tatsächlich jetzt besetzt werden oder sowas.
224 Das passiert aber dann auf Gesamthausebene, nicht für den einzelnen Klinikdirektor. Der würde mir
225 glaube ich an den Hals springen, wenn er sagt, hier Personalcontroller, wer hat mir hier noch drei
226 Stellen runtergerechnet, weil er meint, ich bekomme die nicht besetzt oder sowas. Das heißt der hat
227 seine Zahl, der Klinikdirektor, dann ist für den alles schick. Aber auf Gesamthausebene haben wir
228 eben da noch mal eingegriffen und die Personalkosten da nochmal angepasst, sowohl VK als auch
229 natürlich dann letztendlich auch die Personalkosten die daraus resultieren. Das Ganze wird dann
230 noch mal abgeglichen mit der Leistungsplanung auf Gesamthausebene, ob das alles trotzdem noch
231 passfähig ist, also ob diese VK die dann geplant sind auch die Leistung erbringen können. Es wird
232 auch noch mal in Nebenrechnungen geprüft, letztendlich muss ich dazu sagen, wie beispielsweise
233 Tarifsteigerungen. Ich schweif noch mal ganz kurz ab, Tarifsteigerungen werden auch auf Klinik- oder
234 Institutsebene geplant. Das heißt der Klinikdirektor, der erfährt natürlich seinen Personalkostenwert,
235 der sachgerecht ist, für die Personalkostenplanung für seine Klinik oder für seine Struktureinheit.
236 Letztendlich prüfe ich das Ganze nachher wirklich nochmal auf Gesamthausebene auf Plausibilität,
237 stimmen denn diese Werte auch überein. Nicht dass mir irgendwo in der Datenbank irgendwelche
238 Fehler passiert sind, durch Fehleingaben, durch eine Falschprogrammierung, was durchaus auch
239 immer mal vorkommen kann. Die Datenbank wird nicht jedes Jahr fortgeschrieben, zwar ist der
240 Planungsprozess an sich immer derselbe, aber wenn er mal geändert wird, gab es auch schon, ist
241 aber relativ selten, aber letztendlich ist es doch eine Datenbank und man muss sagen die wird immer
242 wieder neu aufgesetzt. Es können immer wieder aufgrund der Trennungsrechnung etc. irgendwelche
243 (uvm.) passieren, die nicht passieren sollten, da sind wir d'accord, aber letztendlich muss ich
244 trotzdem sicherstellen, dass mein Ergebnis was ich rauskriege plausibel und valide ist. Das heißt, ich
245 kontrolliere mich dann tatsächlich selber, rechne das Ganze noch mal retrograd runter, rückwärts,
246 und schaue mir an, wenn ich die Tarifsteigerung abziehe, komme ich dann auf dieselben
247 durchschnittlichen Personalkosten, die ich beispielsweise prognostiziert habe zum 31.12. Stimmt das
248 überein. Wenn ich das gemacht habe, dann ist die Planungsphase letztendlich auch abgeschlossen.

249 I: Ok.

250 B1: Gibt es Fragen erstmal? Und wenn ja, dann versuche ich mal die zu beantworten.

251 I: Ja. Also ganz am Anfang hatten Sie erwähnt, Sie gliedern das alles nach
252 Krankenhausbuchführungsverordnung.

253 B1: Ja es gibt eine Ausnahme zur KHBV bei uns am Haus. Und zwar im MTD, dem Medizinisch-
254 technischen Dienst. Da zählen auch Naturwissenschaftler drunter.

255 I: Ok.

256 B1: Naturwissenschaftler, also was weiß ich Physiker, Biologen, etc. Die sind zumeist in der Forschung
257 tätig, wenn sie nicht grade wirklich im Labor stehen und dann die Laborproben machen für die
258 Patienten oder sowas. Aber ich sag mal das Pro ist tatsächlich in der Forschung tätig. Wir haben die
259 ausgegliedert, das ist eine Unterdienststart, das kann man im SAP anlegen, es gibt die Dienststart MTD,
260 man kann aber auch zu jeder Dienststart Unterdienststarten anlegen, das haben wir in diesem Fall
261 gemacht. Es gibt die Unterdienststart Naturwissenschaftler, naturwissenschaftlicher Dienst nennt sich
262 das. Hat den Hintergrund, dass es mir nicht die Durchschnittskosten zerhaut. Sprich der
263 Naturwissenschaftler an sich hat eine deutlich höhere Durchschnittsvergütung als ein medizinisch-

264 technischer Dienst Mitarbeiter. Und wenn ich eine Planung mache, wo ich das alles zusammen
265 betrachten würde, dann hätte ich ein Problem, wenn ich so Sondersachverhalte drin habe. Also
266 sprich wenn es immer eine Gleichverteilung wäre. Das heißt wir sagen im MTD sind nächstes Jahr
267 10VK zusätzlich erforderlich und es wäre eine Gleichverteilung gewährleistet. Also von diesen 10VK
268 wären 5 VK Naturwissenschaftler und 5VK im medizinisch-technischen Dienst verordnet, also
269 Laboranten beispielsweise oder sowas. Dann hätte ich damit ja kein Problem. Ist es aber nicht, denn
270 ich habe ja wie ich vorhin ausgeführt habe, habe ich diese ganzen Sondersachverhalte wie
271 Prüfungszusagen. Letztes Jahr gab es für das Land [REDACTED] eine 10-prozentige
272 Studienplatzverweigerung für das Haus, also wir sollen 10% mehr Studenten aufnehmen. Das hat
273 natürlich einen gewissen Einfluss auf Forschung und Lehre. Das heißt letztendlich muss ich auch
274 zusätzliches Personal dort einsetzen und dieses Personal muss ja in der Lehre tätig sein, das heißt es
275 sind zumeist Naturwissenschaftler. Und wenn ich dann sage, ich hätte so eine
276 Durchschnittssatzbetrachtung, dann wird es tatsächlich erhebliche Plan-Ist-Abweichungen geben. Die
277 kann man damit ausschließen. Das ist eigentlich der größte Hintergrund davon, dass wir das getrennt
278 haben.

279 I: Ok. Gut. Also gibt es jetzt nicht noch weitere Gliederungen noch mal in der Hochrechnung nach
280 Vollzeit und Teilzeit oder Hilfskräfte und Fachkräfte?

281 B1: Nein. Hilfskräfte schon. Da hab ich vorhin gesagt wir haben die Azubis, wir haben die FSJler, die
282 BFDler, wir haben wissenschaftliche Hilfskräfte, studentische Aushilfen, also wir haben schon weitere
283 Berufsgruppen. Die zählen ja nicht als Beschäftigte im engeren Sinne des Arbeitsgesetzes. Also wir
284 haben natürlich dort einzelne Hochrechnungen für diese einzelnen Mitarbeitergruppen, so nennen
285 ich die jetzt mal, aber eine Unterscheidung oder Differenzierung in Voll- oder Teilzeit wird nicht
286 gemacht, weil was bringt es mir. Ich brauche letztendlich zwei Teilzeitkräfte à 0,75VK sind in Summe
287 1,5 VK. Ich habe natürlich einen VK-Wert am Ende, einen summarischen, oder auch auf die Klinik
288 habe ich, da steht dann wirklich die Klinik erhält 10,5VK im Ärztlichen Dienst als Personaleinsatz. Aber
289 wie die Personalbesetzung dann stattfindet ist für die Personalkostenhochrechnung erst mal
290 irrelevant. Das würde eine Rolle spielen, wenn man sich die Dienstplanung anschaut, also das heißt
291 ich brauche um den Dienstbetrieb aufrecht zu erhalten nicht 10,5VK sondern 10 Köpfe und eine
292 halbe Vollkraft, sondern ich brauche 15 Köpfe.

293 Unterbrechung des Interviews

294 B1: Wo war ich denn stehen geblieben?

295 I: Es ging darum, dass Berufsfelder wie Azubis, Bundesfreiwilligendienst extra gerechnet werden.

296 B1: Ja das war das eine. Das denke ich aber hatten wir abgehandelt. Nein nein wir hatten da noch
297 was. Jetzt muss ich ganz kurz mal überlegen. Achso, wir hatten es mit der Voll- und Teilzeit. Und ich
298 hatte Ihnen erläutert, warum es aus meiner Sicht nicht sinnvoll ist, eine Differenzierung für die
299 Personalkostenplanung vorzunehmen in Voll- und Teilzeit. Weil ich brauche einen Dezimalwert den
300 ich mit dem Durchschnittskostensatz multiplizieren kann.

301 Ein was hatte ich noch vergessen und zwar bei der Personalkostenplanung. Sondersachverhalte sind
302 Athene. Also außertariflich vergütete Beschäftigte. Die werden gesondert berechnet. Auch gesondert
303 betrachtet in der Personalkostenplanung. Das sind nicht viele, die man da betrachten muss, aber in
304 den Durchschnittspersonalkosten würde es dann doch auch erhebliche Ausreißer geben, zumindest
305 teilweise, wenn man die nicht gesondert berücksichtigt.

306 I: Ok.

307 B1: Dann war es das damit.

308 I: Ich hatte noch wie häufig die Personalkosten hochgerechnet werden, aber das hatten Sie ja schon
309 erwähnt. Einmal jährlich und dann quartalsweise.

310 B1: Genau quartalsweise und für die Planung einmal für das Folgejahr und wir erstellen auch noch
311 eine Mittelfristplanung, also die ist für drei Jahre. Machen wir auch einmal jährlich und die ist für die
312 folgenden drei Jahre gültig. Allerdings wird die jedes Jahr halt angepasst. Einmal hatte ich es bislang
313 gehabt, in meiner Tätigkeit hier am Haus, dass wir auch eine Langfristplanung machen mussten. Die
314 betraf dann glaube ich 15 Jahre. Wir mussten dann über 15 Jahre eine Personalkostenplanung
315 machen. Das war aber die absolute Ausnahme.

316 I: Ok. Dann die Bearbeitung der Personalkosten erfolgt wann und von wem genau. Nur von Ihnen?

317 B1: Also es sind immer viele, wir sind hier ein ganzes Team. Wir sind hier sieben Leute im
318 Personalcontrolling tätig. Nicht in der Betriebswirtschaft, sondern im Personalcontrolling. Nicht alle
319 dieser Mitarbeiter sind da involviert, aber der Großteil. Weil jeder sein spezielles Fachgebiet hat. Das
320 heißt beispielsweise die Planung für die Pflege, die ist noch mal besonders, um es mal vorsichtig
321 auszudrücken. Was ich Ihnen vorher gesagt habe das war die Planung für die einzelne Klinik, aber
322 Pflegepersonal muss nochmal ein bisschen anders geplant werden. Da wird tatsächlich geschaut, wie
323 viele Betten auf der jeweiligen Station müssen geöffnet sein, wie viele Fälle werden daraus
324 letztendlich betreut und wieviel Personal ist da noch mal erforderlich. Da spielen noch weitere
325 Themen eine Rolle, sprich für die Personalkostenplanung des Folgejahres spielt da eine Rolle. Die
326 Refinanzierung des Pflegepersonals läuft ja über das Pflegebudget und das will extra berechnet
327 werden, weil das natürlich nicht die Vollkräfte sind, die ich da summarisch ausweise. Was weiß ich im
328 Pflegedienst haben wir 1.200 Leute, das ist eine geschossene Zahl, und ich bekomme ja nicht
329 komplett 1.200 Leute im Pflegebudget unter, sondern das Pflegebudget die Refinanzierung läuft ja
330 ganz anders. Von den 1.200 Leuten habe ich ja die Psychiatrie muss ich ja raus rechnen, andere
331 Sachverhalte darf ich da wieder einbeziehen. So, dass ich sage das Pflegebudget will ja extra
332 berechnet werden, das ist zwar eine Erlösposition, aber letztendlich unsere Betriebswirtschaft kann
333 das nicht. So, dass ich sage, da haben wir einen Spezialisten oder mittlerweile zwei dafür, die sich mit
334 diesem Pflegebudget beschäftigen und die Pflegeplanung machen. Genau so ist das mit der
335 Trennungsrechnung. Die Trennungsrechnung ist eine relativ komplexe Nebenrechnung, die wir zwar
336 versuchen grade in ein IT-System zu überführen, wo man das gelinde gesagt auf Knopfdruck
337 rausbekommt. Ist uns aber bislang tatsächlich noch nicht ganz gelungen, das zu schaffen. Einfach
338 auch zeitlich. Hat auch andere Gründe aber maßgeblich zeitlich haben wir es noch nicht ganz
339 geschafft. Wir sind sehr weit, aber auch Knopfdruck bekommen wir es nicht raus und wahrscheinlich
340 ist es auch so, dass man auch da immer noch mal Hand anlegen muss. Das heißt auch da gibt es einen
341 Experten bei uns, der sich mit dieser Trennungsrechnung beschäftigt. Letztendlich ist es schon so,
342 dass ich den Hut aufhabe für das was wir hier produzieren und letztendlich auch abgeben, aber es ist
343 doch ein Zusammenspiel aus vielen. Und wenn da ein Rädchen klemmt, dann knallt die ganze
344 Personalkostenplanung, sodass ich da wirklich auf die anderen angewiesen bin und froh bin, dass ich
345 sie habe.

346 Bei der Personalkostenprognose ist das nicht ganz so schwierig sag ich jetzt mal, aber auch dort ist es
347 natürlich so, auch die erstelle ich nicht komplett alleine. Machbar ist alles, aber das ist einfach auch
348 nicht zu schaffen. Auch dort wird die Personalkostenprognose vorbereitet, ich trage die
349 Verantwortung, ich schaue darüber, ich kenne mich in den einzelnen Details aus, aber letztendlich
350 das Ganze alleine zu erstellen ist einfach zeitlich nicht drin.

351 I: Und seit wann führen Sie die Hochrechnung genau so durch wie Sie mir die jetzt beschrieben haben?
352 Also ist das jetzt schon bewährt über mehrere Jahre?

353 B1: Ja, **seit ich hier am Haus bin**. Also die Übergabe hat nicht mit dem Renteneintrittsalter gepasst
354 damals, sodass **ich diese Personalkostenhochrechnung tatsächlich erarbeitet habe**. Aber seitdem ich
355 hier am Haus bin, **seit 12 Jahren wird die so gemacht**.

356 I: Ok. *Also hat sie sich auch nicht verändert oder verfeinert?*

357 B1: Ja, sie **verfeinert sich**, natürlich. Sie **verfeinert sich jedes Jahr**, wenn irgendwelche **Auffälligkeiten**
358 sind oder sowas, aber der **Ansatz** was ich Ihnen gesagt habe, der **bleibt tatsächlich immer gleich**.

359 I: Ok. Und wie Sie erwähnt haben erfolgt das über eine **Datenbank, die Sie programmiert haben**.

360 B1: **Ja genau**.

361 I: **Selbst entwickelt dann?**

362 B1: **Ja**. Es gibt auch da mittlerweile Werkzeuge am Markt, die das können und abdecken könnte. Wir
363 hatten uns da als Haus auch schon mal was angeschaut. Da muss man aber sagen, wir konnten uns
364 noch nicht dazu durchringen, das zu erwerben.

365 I: Ok. Wie der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt wird haben Sie grob angeschnitten, relativ
366 am Anfang.

367 B1: Naja es ist ja **getrennt**. Getrennt sag ich jetzt mal so **für die Forschung und Lehre**, für die
368 **Krankenversorgung** habe ich es dargestellt. Fehlt Ihnen was? Weil Sie sagen grob angeschnitten. Ich
369 dachte, dass ich es relativ detailliert gemacht habe.

370 I: **Zählt zu der Krankenversorgung dann sozusagen ärztlicher Dienst, medizinisch-technischer Dienst.**
371 **Das alles und Forschung und Lehre und der dritte Aspekt**.

372 B1: Genau so ist es.

373 I: Ok gut. Dann noch *für welche Zwecke die Hochrechnungen dann letzten Endes verwendet werden?*

374 B1: Zum einen natürlich für das **Betriebsergebnis**, weil wir ja auch immer **unterjährig schauen, wo**
375 **steht man, auch im Zuge zur Planung**. Für eine Kapitalflussrechnung. Wir als Haus wir **bekommen**
376 **nicht 100% dessen bezuschusst, was man bezuschusst bekommen müsste, vom Land**. Sodass wir
377 einen **gewissen Teil an Eigenmittel finanzierten Dingen**, also **Gebäude, Investitionen, etc. aufbringen**
378 **müssen**. Dafür sind auch **Kredite notwendig geworden**. Sprich auch da sind diese ganzen **Planungen**
379 **bei der Bank mit hinterlegt**. Auch **Soll-Ist-Vergleiche**. Die wollen das natürlich immer wissen.

380 I: *Planen Sie Änderungen oder Anpassungen oder soll es so bleiben wie es jetzt ist?* Also Ihre
381 Vorgehensweise.

382 B1: Wenn sich das **Haus dazu entschließt, die Personalkostenplanung mit einer Software**
383 **vorzunehmen, die angedockt ist an unser SAP-System, dann kann man eine andere**
384 **Personalkostenplanung erstellen**. Man könnte **differenzierter** sagen, man kann letztendlich auf
385 **Mitarbeiterebene** runterbrechen. Also **auf einzelne Stellen**. Man könnte sagen, ich plane die Vakanz
386 so und so lange ein und nehme da eine Stellenbesetzung vor etc. und könnte da auch die
387 **Personalkosten auf Mitarbeiterebene planen**. Ob das dann genauer ist muss man dann sehen, aber
388 mutmaßlich schon. Aber ehrlich gesagt sind **unsere Abweichungen nicht groß, von Plan zu Ist**. Da sind
389 wir schon **sehr gut aufgestellt**. Wie gesagt, wenn wir hier eine **Unterstützung Softwareseitig** erfahren,
390 dann wird es noch mal **Änderungen geben**, aber **solange das nicht der Fall ist, nein**. Es sei denn es
391 **kommt jetzt irgendwas Neues auf den Markt und eine neue Schulung und ich lerne hier was ganz**
392 **ganz Neues**. Aber grundsätzlich ist die **Personalkostenplanung wie wir sie machen, so valide**, dass ich
393 sagen muss, eine **Änderung auf die nächste Sicht ist nicht erforderlich**.

394 I: Ok. Meine letzte Frage wäre, ob Sie irgendwelche Tipps oder Hinweise hätten, wen jetzt ein
395 Krankenhaus das neu einführen würde. Was zu beachten ist oder ob es da irgendwelche Dinge gibt,
396 die notwendig sind zu beachten bei der Einführung?

397 B1: Man sollte nicht nur auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis schauen. Sprich wenn man so eine
398 Personalkostenplanung macht, das hatte ich vorhin nur ganz kurz angerissen, sollte man natürlich
399 auch schauen, kann mit diesen Planwerten auch das Dienstsystem abgedeckt werden. Natürlich
400 obliegt die Besetzung dem jeweiligen Leiter und der Leiter muss sagen ich brauche jetzt mal 15VK
401 oder sowas. Also das wird natürlich berechnet werden, das muss nicht der Leiter machen, der wird
402 sicherlich seine Angestellten haben, die ihm da Zuarbeit leisten. Aber letztendlich ist es doch, ich
403 übertreibe jetzt bewusst, wenn ich eine VK-Planung mache für eine ganz ganz kleine Klinik, wo ich
404 sage die brauchen nur fünf Ärzte, um diese Leistung zu erbringen. Aber das Dienstsystem, was sie
405 etabliert haben, stimmt damit überhaupt nicht überein, weil sie beispielsweise Konsiliardienste auf
406 irgendeiner Klinik machen müssen etc. Die bekommen sie ja nicht vergütet. Oder gewisse Schichten
407 sind abzudecken etc. wo dann letztendlich laut Dienstsystem herauskommt, hier sind mindestens 12,
408 13 VK oder Personen erforderlich. Dann sag ich Ihnen ganz ehrlich, ist diese VK-Planung für die
409 Tonne, weil versuchen Sie mal mit 5VK, 13 Personen zu besetzen, Da wird jeder Angestellte Ihnen
410 sagen, es tut mir leid, bei Ihnen fange ich nicht an, weil der Arbeitszeitanteil den ich bei Ihnen habe
411 mit dem Vertrag, der ist ja viel zu gering. Davon kann ich meinen Lebensunterhalt gar nicht
412 bestreiten oder so. Also solche Sondersachverhalte sind natürlich zu berücksichtigen.

413 Man muss sich sicherlich auch die Struktureinheit im Einzelnen anschauen, wenn man sowas
414 aufsetzt. Man kann sowas beginnen und grob erst mal ahnen, aber letztendlich bedarf es doch immer
415 wieder eines Miteinanders. Also sprich den Kontakt in die einzelne Klinik, was sind gegebenenfalls
416 noch Sondersachverhalte die es da gibt, sind irgendwelche anderen Leistungen zu erbringen, die über
417 die Krankenversorgung beispielsweise gar nicht abgedeckt werden. Nehmen wir beispielsweise den
418 Bereich Dritte, wo so Sondersachverhalte bei uns abgebildet werden. Das heißt, ich mache es jetzt
419 nur mal beispielhaft, für die Klinik für Anästhesie haben wir bei uns im Haus Verträge mit der Stadt
420 geschlossen, dass wir die Notarztwagen bespielen, die werden über die Krankenversorgung
421 nicht finanziert. Letztendlich ist aber dafür ein Personaleinsatz zu planen, weil ich muss ihn ja
422 vorhalten, um die Rettungswagen besetzen zu können. Das sind solche Themen, die kann man
423 stemmen mit Erfahrung, mit viel reden und dann bekommt man auch eine ganz gute VK-Planung hin,
424 glaube ich. Ansonsten, es ist kein Hexenwerk. Es ist nichts, wo ich sage, es ist nicht umsetzbar, es ist
425 nicht schaffbar. Aber man wird über die Laufzeit und die Erfahrung, die man sich erwirbt, auch besser
426 und man segelt dann einfach näher am Wind. Am Anfang hab ich beispielsweise eine
427 Fluktuationsrate nicht so eingeschätzt wie sie dann letztendlich gekommen ist. Damit gibt es dann
428 schon Abweichungen oder sowas, aber das macht wirklich ein gutes Bauchgefühl, das macht
429 Erfahrung, das macht auch immer wenn man das Ohr an der Zeit hat. Jetzt zurzeit ist der
430 Arbeitsmarkt ein Arbeitnehmermarkt, das heißt wenn man Fachkräfte gewinnt kann man froh sein.
431 Ich übertreibe bewusst jetzt ein bisschen. Kann man froh sein, dass man sie bekommt. Da haben sich
432 natürlich auch Raten geändert, Abschlüsse beispielsweise, die wir vorgenommen haben, weil man die
433 Stellen nicht mehr so adäquat besetzt bekommt und so weiter. Das meine ich mit dem Ohr am Lauf
434 der Zeit haben. Da bekommt man dann schon alles hoffentlich gestemmt, glaube ich.

435 I: Ok, gut. Hätten Sie noch Fragen oder Anmerkungen zu unserem Interview zu geben?

436 B1: Nein, eine Anmerkung zum Interview nicht. Es war sehr gut aufgebaut und ich hoffe, dass ich
437 Ihnen die ganzen Fragen beantworten konnte. Sollten Sie Fragen haben, dann klingeln Sie einfach
438 noch mal durch oder mailen mich an. Was machen Sie damit letztendlich? Also ja die Masterarbeit
439 und wie geht das weiter, wenn ich das so fragen darf.

440 I: Das freut mich. Also ich will mit unterschiedlich großen Krankenhäusern Interviews durchführen
441 und halt versuchen einen Best-Practice-Ansatz zu entwickeln, wie vorgegangen wird. Also zum
442 Beispiel wie Sie jetzt gesagt haben, dass der Medizinische Dienst bei Ihnen noch mal untergliedert ist.
443 Einfach einen Aspekt mit reinbringen, wie der ärztliche Dienst. Es gibt Chefärzte, es gibt
444 Assistenzärzte, die werden trotzdem gesammelt hochgerechnet. Also solche Dinge.

445 B1: Die sind ausgegliedert. Die Chefärzte sind bei uns Athela. Das sind außertariflich vergütete
446 Beschäftigte. Das hatte ich ja noch mal als Anmerkung mitgegeben. Auch die sind separat
447 ausgegliedert und werden separat hochgerechnet. Die sind natürlich letztendlich mit verordnet in
448 der Klinik, in der Personalkostenplanung, aber ja.

449 I: Ja genau also das habe ich so als Ziel und dann mal sehen wo es mich hin verschlägt.

450 B1: Super. Ja, es ist ein interessantes Feld. Vielleicht haben Sie das Glück im Personalcontrolling
451 irgendwo beginnen zu können. Es ist ein spannendes Feld kann man nur sagen, Aus meiner Sicht
452 auch noch ganz zukunftssträftig. Stellen gibt es genug, vakante Stellen. Personal wird gesucht und
453 selbst wenn es das nicht ist und sie haben ein gutes betriebswirtschaftliches Verständnis, glaube ich,
454 kommen Sie überall gut an.

455 I: Ich hoffe.

456 B1: Mit Ihrer Ausbildung, doch. Da bin ich ganz zuversichtlich. Ich drücke Ihnen auf jeden Fall die
457 Daumen und wünsche Ihnen privat auch alles Gute.

458 I: Vielen Dank. Und noch mal Danke für Ihre Zeit und die Ganzen Informationen.

459 B1: Sehr gerne. Machen Sie es gut.

Versorgungsstufe	Träger	Geschlecht des Experten
Schwerpunktversorgung	Privat	weiblich

Gesprächsdaten

Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Büro, keine Störungen
-------------------------	---

Aufnahmedaten

Name des Aufnehmenden	Lea Unger
Name des Transkribierenden	Lea Unger
Aufnahmestatus	
Datum/Zeit	20. Juli 2023/10:58-11:47
Ort	Büro des Experten
Dauer	26:46 Minuten

Bemerkungen

- Unsicherheit des Befragten zu Beginn des Interviews
- Häufiges Versprechen seitens des Experten
- Zunehmender Redefluss im Verlauf des Interviews von dem Befragten

1 I: Die erste Frage wäre, wie ist die Vorgehensweise der Personalkostenhochrechnung in ihrem
2 Unternehmen? Also wie gehen Sie dabei vor?

3 B2: Also grundsätzlich ist es ja erst mal so, dass die Basis für die Personalkostenhochrechnung die
4 tatsächlich gebuchten Kosten eines jeden abgeschlossenen Buchungsmonats ist. Das ist die Basis. Zu
5 dieser Basis gehören im Gegenzug auch wieder die abgerechneten Vollkräfte der Mitarbeiter und die
6 dazugehörigen Kosten. Das muss eben miteinander übereinstimmen, eben sodass wenn
7 beispielsweise jemand gerade weniger Entgelt bezieht oder kein Entgelt bezieht aufgrund von einer
8 Langzeiterkrankung, ist dann der Vollkräftewert so zu sagen entsprechend reduziert und somit ja
9 auch im gleichen Zug die gebuchten Personalkosten. Das ist quasi die Basis für die Hochrechnung.
10 Und mit jedem Monat, der quasi dazu kommt, der gebucht wird, wird das Jahr realistischer abbildbar
11 und realistischer hochzurechnen. Somit wird bei uns dann monatlich eine
12 Personalkostenhochrechnung erstellt und die Effekte, die im Ist schon gebucht sind, sowohl diese
13 Effekte als auch die, die man noch erwartet, werden dabei berücksichtigt.

14 I: Ok. Und wie gliedern Sie die Personalkosten zur Hochrechnung?

15 B2: Von den Konten her?

16 I: Ja genau.

17 B2: Bei uns wird ja die Krankenhausbuchführungsverordnung angewendet und somit haben wir die
18 verschiedenen Dienstarten, denen die Mitarbeiter zugeordnet werden. Genau so baut sich dann die
19 entsprechende Verbuchung auf den jeweiligen Kostenarten auf. So ist die Hochrechnung bei uns
20 auch aufgegliedert. Immer quasi nach Dienstart, also dienstartenbezogen, und die Lohn- und
21 Gehaltskosten, Sozialversicherungsbeiträge und sonstige nicht zurechenbare Kosten wie Fort- und
22 Weiterbildungen. Das sind ja alles extra Positionen auch. Es gibt auch eine Reihe an Konten, die
23 zusätzlich noch sind zu den normalen Lohn- und Gehaltskonten. Und die Basis davon sind quasi
24 wieder, für die Lohn- und Gehaltskonten, die abgerechneten Lohnarten in unserem
25 Lohnabrechnungssystem. Weil auch da genau vorgegeben ist, welche Lohnart muss auf welches
26 Konto. Ich sag immer nicht so gern Konto. Auf welche Kostenart der
27 Krankenhausbuchführungsverordnung gebucht werden. Das ist alles ganz streng festgelegt.

28 I: Ok. Also erfolgt die Gliederung wirklich nur auf Basis der Krankenhausbuchführungsverordnung.
29 Keine weitere Untergliederung, nur die, die dort festgeschrieben sind.

30 B2: Genau.

31 I: Ok. Und wie häufig werden denn die Personalkosten im Unternehmen hochgerechnet?

32 B2: Also das machen wir einmal im Monat.

33 I: Einmal im Monat.

34 * B2: Immer wenn der Buchungsschluss dann Anfang des Monats für den Vormonat vorbei ist, dann
35 machen wir eine Hochrechnung.

36 Wir betreuen hier noch eine andere kleine Gesellschaft, wo nur elf Mitarbeiter drin sind, beschäftigt
37 sind. Da zum Beispiel mache ich es immer vierteljährlich. Da ist nicht so viel Bewegung.

38 * I: Also erfolgt es monatlich. Und auch einmal für das komplette nächste Jahr oder wirklich nur in
39 diesen monatlichen Abständen?

40 B2: Also wir haben einmal die monatliche Hochrechnung fürs Jahr, Gesamtjahr, und dann im
41 Sommer, das ist jetzt auch bald wieder so weit, machen wir einen Wirtschaftsplan für das Folgejahr.
42 Also wir würden jetzt Ende Juli Anfang August, wir wissen jetzt gerade noch keinen Zeitplan, hier den
43 Wirtschaftsplan aufstellen für 2024. Und da ist halt auch immer die Basis, die
44 Personalkostenhochrechnung, die ich jetzt gerade habe, weil die Basis muss stimmen, weil darauf
45 baut der Wirtschaftsplan 24 wieder auf.

46 I: Ok. Alles klar. Und die Bearbeitung der Personalkostenhochrechnung erfolgt dann von wem? Nur
47 von Ihnen?

48 B2: Also das ist immer in enger Abstimmung auch mit dem kaufmännischen Controlling. Ich bin quasi
49 * verantwortlich für die Hochrechnung der Personalkosten an sich. Das sind ja diese festgelegten
50 Konten in der Krankenhausbuchführungsverordnung. Ich hab dann auch noch ein paar sonstige
51 Konten zugeteilt, die einfach mit Personalkosten zusammenhängen, wo ich ja am ehesten auch eine
52 Aufschluss darüber geben kann wo kommen wir hin. Also Fort- und Weiterbildung, betriebsärztliche
53 Untersuchung ist auch bei uns angesiedelt, Berufsgenossenschaftsbeiträge und diverse andere
54 Umlagen, was eben im Personal angesiedelt ist. Und die Hochrechnung wird dann auch monatlich
55 gemeinsam mit dem kaufmännischen Controlling eben noch mal abgestimmt, weil viele von meinen
56 Effekten auch in das kaufmännische Controlling eingreifen.

57 I: Ok. Und seit wann führen Sie die Hochrechnung nach genau dieser Herangehensweise durch?

58 B2: Das ist eine sehr gute Frage. Also das ist jetzt schon so etwa seit 2018, 2019 auf jeden Fall schon.

59 I: Und hat sich die Hochrechnung im Laufe der bislang vier, fünf Jahre verändert oder verfeinert oder
60 wird die seitdem wirklich genau in der gleichen Art und Weise durchgeführt?

61 B2: Also die Basis des Ganzen ist eigentlich gleich geblieben. Es ist nur eben so, man kann einen
62 Standard in einer gewissen Weise machen, aber es gibt dadurch, dass das Jahr immer unterschiedlich
63 ist, muss man manuell eingreifen. Also ich muss ja in dieser Hochrechnung jedes Jahr Korrekturen
64 machen, weil jedes Jahr eben anders ist. Ein Jahr hat man einen Tarifabschluss schon, da weiß man
65 wieviel, der aber noch nicht gezahlt wurde. In dem nächsten Jahr ist das alles schon im laufenden
66 gebucht. Im nächsten Jahr hat man noch gar keinen Tarifabschluss, aber muss ja buchhalterisch
67 trotzdem was einplanen. Das erfordert alles immer ein bisschen Geschick. Auch wie man die ganzen
68 Effekte abbildet, wie Einmalzahlungen, die sind jedes Jahr auch anders. Die kann ich auch nicht

69 einfach hochrechnen. Die rechnet es mit hoch und so sinnlose Sachen sieht man in der
70 Hochrechnung auch. Da denkt man sich hoch was ist denn hier los. Wenn man Januar 10.000€
71 Einmalzahlung, die jemand bekommen hat, hochrechnet, kommt man ja schnell mal auf 120.000.
72 Wenn ich das aber im August habe, ist das ja wieder deutlich geringer. Da wird es ja durch acht mal
73 zwölf gerechnet. Ist sicher auch eine Korrektur zu machen, aber bei großen Summen ist das Ausmaß
74 geringer.

75 Wir müssen jedes Jahr gucken, in welcher Summe das Urlaubsgeld anfallen wird, das ansteht laut
76 Tarifvertrag, in welcher Summe das Weihnachtsgeld ungefähr fließen wird. Das muss man alles
77 ziemlich genau abbilden, damit man eben eine realistische Hochrechnung auch hat. Und der
78 Grundstock ist immer gleich, aber trotzdem muss man jedes Jahr individuell betrachten.

79 I: Ok. Und erfolgt das alles anhand einer Software?

80 B2: Also wir nutzen ja SAP für das Krankenhausinformationssystem und für die Buchungsdaten. Die
81 Kosten von unserem Loga werden ja in das SAP reingebucht. Dort ziehe ich dann halt die Excel-
82 Dateien raus. Also letztendlich die Hochrechnung erfolgt dann in Excel an sich. Da haben wir halt eine
83 Datei quasi gebaut, die dann viel selber macht und wo man dann noch händisch eingreifen kann.

84 I: Ok. Also haben Sie SAP und Loga und daraus ziehen Sie dann die Daten in einer Excel-Datei

85 B2: Genau. Für die Hochrechnung ist SAP erst mal die Basis, weil das ist ja wirklich der gebuchte
86 Monat mit den Kosten. Wenn man dann aber in die Tiefe schauen muss auf einem Konto, ich sehe ja
87 auf einem Konto nicht, was ist personenbezogen passiert. Das kommt ja in der Summe bei Loga an
88 pro Konto. Und wenn ich dann doch mal sehen will, was ist hier los, warum ist hier jetzt so eine
89 Schwankung oder was, dann schaue ich in die Auswertungen von Loga rein, wo ich dann wirklich
90 nochmal Kostenart auf Personenebene sehe. Das greift quasi alles ineinander über.

91 I: Alles klar. Die nächste Frage wäre, wie wird denn der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt,
92 weil das ist ja so in einer gewissen Weise die Voraussetzung?

93 B2: Also der Personalbedarf an sich ist bei uns auch in ganz unterschiedlicher Weise berechnet. Das
94 kommt auch drauf an, auf die Strukturvoraussetzungen, die ein Haus haben muss oder erfüllen muss,
95 Zertifizierungen, alles solche Dinge. Die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung muss eingehalten
96 werden. Das ist ja jetzt mehr oder weniger nur in der Pflege. Man kann jetzt nicht grundsätzlich
97 sagen, dass die Planung oder die so genannten Plan-VK überall auf der gleichen Grundlage basieren.

98 Die Planung wird von den Fachbereichen vorgegeben und unsere Pflegedirektorin, gerade in der
99 Pflege, schaut halt auch jedes Jahr zum Wirtschaftsplan, welche Gesetzlichkeiten müssen eingehalten
100 werden und auf Grund dessen, und auch welche räumlichen Gegebenheiten hat man, dass eine
101 Station links und rechts bedient werden muss, das aber in einem Gesetz so vielleicht gar nicht
102 wiederspiegelt wird. Das muss sie alles betrachten und uns dann quasi den Personalplan dazu
103 vorgeben. Schlussendlich ergibt das über alle Dienstarten, also für jede Dienstgruppe, eine Gesamt-
104 VK-Zahl.

105 Die Hochrechnung basiert dann eben darauf, es ist ja immer erstmal geplant diese Gesamt-VK-Zahl,
106 die man auch mal geplant hatte, zu erreichen, weil das die Idealbesetzung ist, bestenfalls.

107 Ich habe dann noch eine Statistik auf Personenebene, wo ich sehe, wer hat welchen VK-Anteil und
108 wann geht jemand mit der Arbeitszeit hoch, wann geht jemand in Elternzeit oder es ist jemand
109 Langzeitkrank und man weiß, den müsste man jetzt länger ausplanen. In dieser Personenstatistik
110 kann man eben dann ablesen, wo kommen wir hin, auch wenn man dann im Laufe des Jahres schon
111 weiß, wir erreichen jetzt eigentlich nicht den geplanten Wert. Und da kann man dann ablesen, wo

Stellen-
plan

112 kommen wir hin. Da sieht man alle Neueinstellungen, die geplant sind, Austritte, die geplant sind,
113 Azubizahlen, die geplant sind, Übernahmen, neue Azubis. Und da kann ich monatlich auch die
114 Veränderungen ablesen, weil da ist ja so ganz viel Bewegung drin. Die Statistik ist heute wieder ganz
115 anders als morgen, weil ich wieder eine Info bekommen habe, dass jemand schwanger geworden ist
116 oder wie auch immer. Und so wird das immer fortgetragen und wirkt sich quasi auf die
117 Hochrechnung jeden Monat wieder aus.

118 I: Also das ist dann wie eine Art Stellenplan, den Sie dann pflegen?

119 B2: Ja, genau.

120 I: Ok. Für welche Zwecke werden denn die Hochrechnungen dann letzten Endes verwendet? Also Sie
121 hatten jetzt erwähnt für die Wirtschaftsplanung für das folgende Jahr

122 B2: Genau. Die Hochrechnung, zum einen hat man den Plan ja irgendwann mal aufgestellt. Also mein
123 Wirtschaftsplan in den Personalkosten der hängt ja unmittelbar auch mit der Leistungserbringung
124 der Kliniken zusammen. Irgendwo muss ja auch ein Erlös reinkommen. Und die Personalkosten dazu
125 zieht es halt ab. Da kommen noch Sachkosten und was da alles noch kommt. Unten bleibt irgendwas
126 stehen. Der Zweck dieser Hochrechnung ist ja das jeden Monat abzubilden, erreichen wir den Plan
127 und wenn nicht warum. Und wo muss man vielleicht gegensteuern oder wo kann man das
128 begründen. Das ist auch wichtig für die Zukunft einer Klinik, um die einzelnen Fachbereiche auch zu
129 betrachten. Wo gehen die mal hin. Oder da ist ein Fachbereich, beispielsweise der viele stationäre
130 Eingriffe hatte in der Vergangenheit und jetzt sieht man zum Beispiel irgendwie nimmt das ab, das
131 kommt irgendwie nicht mehr so. Woran liegt das. Und dann stellt sich raus, dass da aufgrund von
132 Gesetzlichkeiten oder so präventive Eingriffe jetzt mehr gemacht werden und die in der Bewertung
133 jetzt anders sind. Dann bekommt man weniger Erlös deswegen oder wie auch immer. Da hängt ja so
134 viel dran, dass man dann schaut, ok dann müsste man mal schauen, müsste man da beim Personal
135 auch mal gegensteuern oder auch in die andere Richtung. Könnte man da eine Fachrichtung oder ein
136 Spezialgebiet aufbauen, erfüllen wir die Bedingungen dafür. Und für all das braucht man ja
137 letztendlich die Hochrechnung, was wieder in den Wirtschaftsplan mündet. Wie die Zukunft der
138 Klinik halt aussieht.

139 I: Und führen Sie damit so zu sagen auch die Soll-Ist-Vergleiche durch, als Vergleich, passt das mit
140 dem, was ich errechnet habe oder geplant habe?

141 B2: Ja. Wir schauen da schon, dadurch dass jeden Monat Schwankungen sind immer zum Vormonat,
142 schaue ich dann auch schon was ist das eigentliche Soll und was ist das Ist. Ein gutes Beispiel wäre,
143 wenn eine Klinik in der ärztlichen Besetzung eigentlich eine VK-Zahl von 10 Vollkräften geplant hat
144 und die haben aber einfach, weil es der Arbeitsmarkt nicht hergibt, gerade mal 8 VK, dann kann das
145 auch in der Leistung genau so aussehen, sich niederschlagen. Das greift halt alles ineinander über.
146 Wenn die Leistung nicht so gut ist und man sieht die sind aber auch nicht voll besetzt, dann kann das
147 zusammenhängen. Wenn Personal fehlt, kann die gleiche Leistung selten auf weniger Leute verteilt
148 werden.

149 I: Also machen Sie die sozusagen auch monatlich, wenn Sie sagen ich schaue dann auch immer auf
150 den Vormonat?

151 B2: Genau. Auch für die Personalplanung selber schaut man da ja auch. Wo könnte man noch
152 jemanden einstellen und so.

153 I: Ok. Und welche Änderungen und Anpassungen planen Sie gegebenenfalls, wenn Sie welche jetzt
154 vorhaben oder soll es so bleiben wie es ist?

155 B2: Die Vorgehensweise meinen Sie?

156 I: Ja, genau.

157 B2: Da muss ich mal schauen, ob mir da gleich was einfällt. **Nein, also grundsätzlich ist das System,**
158 **was wir machen, schon sehr ausgereift.** Ich habe dieses Jahr nur mal die Korrektur, alle Korrekturen,
159 die ich machen muss, hab ich in der Vergangenheit immer mal einzeln reingeschaut und bei den
160 einzelnen Personen mal. Da habe ich mir **jetzt ein System entwickelt, wie ich die Korrekturen**
161 **einfacher machen kann.** Aber **grundsätzlich ist das System immer gleich.** Man muss immer schauen,
162 wenn man eine Korrektur macht, ist das eine Einmalzahlung oder wie viele Monate sind denn aktuell
163 gebucht und was würde meine Hochrechnung jetzt platt machen, mit dem Wert und was muss aber
164 eigentlich rauskommen.

165 Wir hatten zum Beispiel zum 01.03. eine tarifliche Stufensteigerung und da würde ja die
166 Hochrechnung für den nächsten Monatsabschluss sieben Monate, also durch sieben mal zwölf
167 rechnen, also linear so zu sagen. Ist aber so nicht richtig, weil die Steigerung erst ab März drin war.
168 Da müsste ich theoretisch durch fünf mal zehn rechnen. Solche Korrekturen, weil das schon essentiell
169 ist, dafür was dann am Ende in der Hochrechnung für ein Betrag rauskommt. Je nach dem welche
170 Summen da fließen, könnten es große Differenzen werden. Das ist aber auch **schwierig, dass immer**
171 **alles im Blick zu behalten, die ganzen Effekte.** Man muss **jedes Jahr überlegen, was haben wir denn**
172 **dieses Jahr alles.** Es gibt **Effekte die jedes Jahr kommen** wie Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld. **Tarif,**
173 das ist dann schon wieder so eine Geschichte, kommt das **unterjährig.** Früher war das mal immer so,
174 da haben die das **wirklich immer zu einem klaren Kalenderjahr abgeschlossen.** Dann galt der
175 Tarifvertrag vom 01.01. bis 31.12. Das war immer **schön für eine Hochrechnung.** Das ist **jetzt nicht**
176 **mehr so schön,** weil dann immer **unterjährig** die (uvm.) **anfangen,** da muss man **immer rechnen** und
177 überlegen. Das **macht es nicht einfacher.**

178 Das System ist **grundsätzlich das Gleiche** und es **wird auch sicher so bleiben,** weil es **die realistischste**
179 **Abbildung ist.**

180 I: Also ziehen Sie jetzt nicht in Erwägung irgendwie eine Software dafür einzuführen?

181 B2: Ja es ist tatsächlich so, dass unser Loga Programm sowas irgendwann mal haben soll. Aktuell sehe
182 ich das aber noch nicht, weil eben diese **ganzen Effekte,** wenn jemand, also unser For-Cast für die
183 Personalstatistik ist so **genau,** und ich weiß nicht ob so eine Software das abbilden kann. Man müsste
184 ständig eingreifen, dass man eine ErsatzEinstellung hat auf jemanden der Langzeitkrank ist. Das
185 **Programm kommt dann auch einfach an seine Grenzen,** weil die ErsatzEinstellung, die würde
186 theoretisch das Beschäftigungsverhältnis würde wieder enden, wenn die Mitarbeiterin aus dem
187 Langzeitkrank wieder zurückgekehrt ist zum Beispiel. Das Langzeitkranke beendet unsere
188 Lohnabrechnung, das Beschäftigungsverhältnis beendet aber unser Personalmanagement. Wann
189 passiert das. Da ist immer Zeit dazwischen und da geht es schon los. Das kann sicher auch **keine**
190 **Effekte abbilden, die außerhalb von Loga laufen.** Also Rückstellungen oder sowas. Das muss ja auch
191 **Effekte und Beträge abbilden, die nicht direkt aus Loga kommen** und das sehe ich aktuell noch nicht.
192 Schön wäre das, ich würde mich aktuell aber nicht drauf verlassen.

193 I: Also wäre das **menschliche Geschick** da doch zu **bevorzugen.**

194 B2: **Ja, genau.**

195 I: Ok. Meine abschließende Frage wäre, *welche Tipps oder Hinweise Sie denn hätten, wenn man die*
196 *Personalkostenhochrechnung neu einführen möchte in ein Klinikum oder Unternehmen? Worauf man*
197 *dabei besonders achten sollte beziehungsweise was so Vorgehensweisen sind, die Sie empfehlen?*

198 B2: Was eine ganz wichtige Grundvoraussetzung ist, ist die Kommunikation innerhalb der Abteilung.
199 Nahezu alle Themen die Sachbearbeiter bearbeiten oder auch Lohn, die greifen in meine
200 Hochrechnung ein. Wenn das jetzt größere oder kleinere Effekte sind. Das ist halt eine wichtige
201 Grundvoraussetzung auch, dass diese Kommunikation da ist. Das muss erst mal eine Basis sein, damit
202 man wirklich an die ganzen Infos als Personalcontroller rankommt. Man braucht diese Infos, dass
203 man die Hochrechnung auch realistisch anstellen kann. Es kommt mal vor, dass man eine Info nicht
204 aktuell hat oder dass man mal Urlaub hat oder so. Da ist dann auch immer schwierig, aber
205 grundsätzlich muss das eine Basis sein, dass die Kommunikation stimmt und dass man eng vernetzt
206 ist innerhalb der Abteilung. Genau, das ist vielleicht ein wertvoller Tipp.

207 Vielleicht dass man sich immer aktuell jeden Monat die durchschnittlichen Personalkosten anschaut
208 mit denen man dann wieder weiter hochrechnet. Dass man die immer auf dem laufenden hält, weil
209 die sich eben auch permanent ändern können. Das zum Beispiel.

210 Und mit den Korrekturen halt. Bei den Korrekturen muss man immer ziemlich genau hinschauen,
211 weil das eben eine große Auswirkung hat auf die Summen, die da vielleicht fälschlicherweise
212 hochgerechnet werden oder so. Das ist schon wichtig, dass man da wirklich eingreift.

213 Aber wie gesagt, das ist eine Kommunikationssache. Man muss das wissen. Da sind wir hier aber sehr
214 vernetzt. Ich bekomme da alle Infos immer zugespielt, wo eine Gehaltserhöhung ist oder die
215 Arbeitszeit geändert wird oder alle Einstellungen bekomme ich, alle Austritte bekomme ich. Das läuft
216 schon gut bei uns.

217 I: Das ist schön. Mir fällt jetzt noch etwas ein bezüglich der Hochrechnung im ärztlichen Dienst.
218 Rechnen Sie jegliche Arztgruppen zusammen, also vom Chefarzt bis zum Assistenzarzt, gesammelt als
219 ärztlicher Dienst hoch?

220 B2: Ja, das auf jeden Fall innerhalb der Dienstart. Das ist halt auch die Dienstart, wo ich die meisten
221 Korrekturen machen muss. Hat von den Summen her, können Sie sich ja vorstellen, auch die größten
222 Auswirkungen. Da ist es eben so, wenn ich jetzt die Hochrechnung im ärztlichen Dienst anstelle und
223 schaue wo komme ich von den VK Ende des Jahres raus, dann ist der Aufbau in den unterschiedlichen
224 Berufen ja unterschiedlich. Ich kann jetzt im Durchschnitt 15 Oberärzte haben und komme aber zum
225 Jahresende auf 16VK, also baue ich eine VK auf, die ich in der Hochrechnung betrachten muss. Im
226 Gegenzug bei den Assistenzärzten, baue ich aber zu dem kumulierten gebuchten Ist jetzt 3VK auf.
227 Deswegen muss ich mir da jeden Monat eben die Kosten anschauen, weil ich kann da nicht platt
228 sagen, ich rechne das jetzt alles mit Benchmarkwert hoch. Wir haben so ein Benchmark, was die
229 durchschnittlichen Kosten über alle Dienstarten sind. Das kann ich nicht einfach nehmen den Wert,
230 weil wenn ich bei den Assistenzärzten mehr aufbaue und bei der teuren Berufsgruppe im ärztlichen
231 Dienst abbaue zum Beispiel oder weniger aufbaue, brauche ich diesen hohen Ansatz von dem
232 Benchmarkwert nicht. Dann rechne ich das aus, wieviel Aufbau ich tatsächlich habe, von den Kosten
233 her, und steuere das gegen. Weil sonst bilde ich teilweise viel zu viele Kosten ab, weil sich doch ja ein
234 großer Teil im ärztlichen Dienst um die Assistenzärzte dreht.

235 Also man muss auch immer schauen, wie rechne ich das Zukünftige hoch. Wenn man jetzt natürlich
236 plant einen Chefarzt einzustellen, dann muss ich schon mal höher rangehen, sonst bilde ich zu wenig
237 ab. Gerade im ärztlichen Dienst ist es schon wichtig, dass ich mir das jeden Monat anschau. In den
238 anderen Dienstarten passt das vom Durchschnitt, weil da ist erstens viel Bewegung in der Pflege und
239 da ist der Durchschnitt ungefähr gleich. Da sind nicht die riesen Schwankungen drin.

240 I: Ok. Haben Sie jetzt noch irgendwelche Anmerkungen oder Fragen?

241 B2: Nein, eigentlich nicht.

242 I: Ok. Dann bedanke ich mich für Ihre Zeit.

243 B2: Gerne.

Versorgungsstufe Regelversorgung	Träger Öffentlich	Geschlecht des Experten weiblich
Gesprächsdaten		
Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Büro, keine Störungen	
Aufnahmedaten		
Name des Aufnehmenden	Lea Unger	
Name des Transkribierenden	Lea Unger	
Aufnahmestatus		
Datum/Zeit	26. September 2023/9:56-10:11	
Ort	Beratungsraum	
Dauer	14:30 Minuten	
Bemerkungen		
<ul style="list-style-type: none">• Von Beginn an offene und angenehme Gesprächssituation• Möchte Informationen zu Ergebnissen der Arbeit		

1 I: Und zwar würde ich mit der ersten Frage beginnen, wie die Vorgehensweise der
2 Personalkostenhochrechnung in Ihrem Unternehmen ist?

3 B3: Also man kann noch gar nicht von Vorgehensweise sprechen. Bei uns sind es eher Ad-hoc-
4 Auswertungen zu verschiedenen Fragestellungen. Die Personalkostenhochrechnung an sich, wie man
5 es vielleicht von größeren Unternehmen jetzt kennt, so monatlich, findet nicht statt. Also wir müssen
6 natürlich eine Wirtschaftsplanung machen, dazu gehört eine Hochrechnung immer im Sommer,
7 Ansonsten sind das aktuell eher Ad-hoc-Abfragen, um ehrlich zu sein. Also wir machen keine
8 monatliche Personalkostenhochrechnung.

9 I: Ok. Und wenn Sie die dann einmal jährlich für die Wirtschaftsplanung machen, wie gliedern Sie
10 dann so zu sagen Ihre Hochrechnung, nach Dienstart oder nach Kostenstelle? Wie gehen Sie da dann
11 vor?

12 B3: In der Regel erst mal nach Dienstart, dann kann man sehr gut in die Tarifverträge oder
13 Vertragsvereinbarungen schauen. Wir sind ja nicht einem Tarifvertrag angehörig, außer im ärztlichen
14 Bereich. Sind nicht mehr Mitglied im Arbeitgeberverband, haben also Individualverträge, das heißt es
15 wird auch sehr individuell hochgerechnet, weil die Steigerungsfaktoren nicht einheitlich sind. Also für
16 TV-Ärzte, wenn man so einen ganz klaren Tarifvertrag hat, ist das sehr einfach, da weiß man auch
17 was einen erwartet. Wenn man aber sehr viel individualvertraglich abgebildet hat, hat man auch
18 Spielraum. Mitunter ist die Prognose da sehr schwierig. Mitunter muss man dann so prognostizieren,
19 dass das Ergebnis auch passt. Da muss man halt schauen, wie weit kann man überhaupt gehen.
20 Generell jetzt in der Situation sehr schwierig. Ich meine wir gehören ja trotzdem dem Landkreis an,
21 als Haus, aber wie gesagt, wir sind ja nicht dem TVöD zugehörig. Trotzdem kann man natürlich nicht
22 mit Scheuklappen durch die Welt gehen, man weiß ja was links und rechts passiert. Also ist das mit
23 sehr sehr vielen Absprachen und im Prinzip Anpassungen auch der Parameter verbunden, wenn was
24 außerhalb der reinen Tarifverträge ist.

25 Und dann wirklich fast auf Mitarbeiterebene, weil es sehr individuell ist beziehungsweise dann
26 gruppenspezifisch für die Tarifsystematik. Das sind mal Zehnergruppen, das sind aber mitunter bei
27 den Einzelverträgen, dass man auch wirklich gucken muss, was wollen wir da nächstes Jahr machen,
28 wie weit können wir gehen. Muss dann ja wieder im Gesamtkontext gesehen werden mit den

29 anderen wirtschaftlichen Parametern. Wissen Sie ja, dass man da im Krankenhaus sehr limitiert ist
30 von seinen Möglichkeiten. Und da ist das **zumindest dieses Jahr auf sehr individueller Basis gewesen**.

31 I: Das klingt auch nach einem hohen Aufwand, gerade wenn es so individuell ist.

32 B3: Ja. Das war **enorm aufwendig**, sehr individuell. Also wie gesagt, **alles was außerhalb der Ärzte**
33 **läuft ist sehr individuell**.

34 I: *Also wenn ich das jetzt richtig verstehe, haben Sie schon so diese*
35 *Krankenhausbuchführungsverordnung oben drüber stehen, mit ärztlicher Dienst, Pflegedienst und so*
36 *weiter, aber gehen dann richtig bis auf Mitarbeiterebene, dass sie das gliedern?*

37 B3: Ja. Also man kann auch Bereichsweise kostenstellenbezogen das machen, aber **in der Regel ist es**
38 **auf Mitarbeiterebene. Mitarbeiterebene oder Tarifgruppenebene**, also man kann das dann schon
39 **clustern bei uns, wir sagen jetzt mal nach Tarifgruppen obwohl es kein Tarif ist, oder**
40 **Vergütungssystematiken die gleich sind. Dann kann man schon Mitarbeitergruppen auch**
41 **zusammenfassen.**

42 Dann haben wir aber auch das **Problem der Datengrundlage** gehabt. Wir haben jetzt gerade unser
43 Lohnprogramm auch umgestellt, weil die Datengrundlage im alten System nicht sehr gut war. Ein
44 Umstellungsprozess ist immer mit Druck verbunden, das geht gar nicht anders.

45 I: Das glaube ich. *Wenn ich fragen darf, auf was haben Sie umgestellt?*

46 B3: Wir sind jetzt auf Loga gewechselt. Vorher hatten wir kidicap. Kennen Sie beide Programme?

47 I: Ich kenne Loga.

48 B3: Loga. Und?

49 I: Ich finde es gut. Tatsächlich sehr gut.

50 B3: Es ist halt eine völlig andere Welt. Also wir kamen aus einem sehr sehr starren System. Kidicap
51 hat sehr viel vorgegeben, hat sehr viel selbst programmiert und selbst gemacht. Und Loga setzt ja die
52 Verantwortung schon auf den Kunden über, also da bestimmen wir alles. Das ist sehr schön, so viele
53 Freiheiten zu haben, ist aber auch mit einem enormen Lernprozess verbunden. Auch viel
54 Prozessanpassung, die wir jetzt einfach durchführen müssen. Hinsichtlich Digitalisierung sind wir halt,
55 ich glaube auch hier im Gesundheitssektor, noch nicht sooo weit.

56 I: Nein, aber ich finde es tatsächlich ein ganz gutes Programm .

57 B3: Ich finde es auch gut. Es geht viel, aber es ist halt nicht selbsterklärend, das muss man auch
58 sagen. Man braucht da jemanden, der einen an die Hand nimmt und einführt. Und da das Programm
59 ja auch gewachsen ist, ich hab ja doch ein großes Controllerherz, mich mit den ganzen
60 Auswertungssystemen dort auseinandersetzen. Scout habe ich jetzt schon gelernt, ist schon wieder
61 veraltet, jetzt ist es Deltamining. Aber da sieht man auch anhand dieser Bezeichnungen der Tabellen
62 im Loga, wie das Programm eigentlich gewachsen ist. Man muss wirklich die Struktur des
63 Programmes richtig verstehen, um dort richtige Daten zu erhalten. Und das war, um zum Controlling
64 zurück zu kommen auch in diesem Jahr ein enormes Problem für uns, weil wir erst mal wissen
65 mussten, wie wir unsere richtigen Daten koppeln.

66 I: Ja, das glaube ich. *Meine Frage wäre jetzt gewesen, wie häufig die Personalkosten hochgerechnet*
67 *werden, aber sagen wir mal einmal jährlich für die Wirtschaftsplanung?*

68 B3: Ja, **für die Wirtschaftsplanung einmal jährlich**. Das **soll sich aber ändern**. Meine Stelle gibt es ja
69 noch nicht so lange. Ich verantworte ja den Lohnbereich und führe jetzt das Programm ein, wir

70 denken die Prozesse neu. Wenn das ins laufen kommt, übernehme ich dann die monatlichen
71 Berichte. Ob dann die Personalkostenhochrechnung wirklich monatlich oder dann quartalsweise
72 gemacht wird müssen wir mal sehen. Das findet dann in Absprache mit dem Geschäftsführer statt,
73 aber es soll schon. Es muss auch mehr kontrolliert werden, auch unsere anderen Themen wie Fehlzeiten
74 und VK-Auswertungen, die zählen dann natürlich auch mit rein. Es müsste monatlich sein, aber da
75 hingen wir jetzt auch, auch aufgrund von Personalmangel, ganz lange hinterher.

76 I: Aber sie verfolgen eine Vision wo Sie hinwollen.

77 B3: Ja, die habe ich und es wird auch. Ich löse mich jetzt sukzessive raus aus dem täglichen Geschäft.
78 Weil wir halt auch grade auf Loga umgestellt haben, bin ich auch Systemadministrator und muss da ja
79 auch noch viele Prozesse mit anschieben und betreuen. Aber es wird. Wir sind jetzt auch ein gutes
80 Team von insgesamt fünf Mitarbeitern. Das ist schon eine ordentliche Stärke für eine solche Größe
81 vom Haus. Da denke ich können wir schon gut was bewegen.

82 I: Also fünf Personen im Personalcontrolling?

83 B3: Im Lohn. Und Personalcontrolling mache dann eigentlich nur noch ich.

84 I: Ok, alles klar. Die Bearbeitung der Personalkostenhochrechnung erfolgt wann und von wem?

85 B3: Von mir. Und ich sitze gerade auch, wir haben jetzt das neue Gesundheitszentrum, haben Sie
86 vielleicht auch in den Medien mitbekommen, da sind auch Teilbereiche wo man sagt ich brauche
87 jetzt mal eine Hochrechnung, ich muss mal wissen wo das hinkommt. Da ist halt das Problem, wir
88 fangen immer wieder von Null an. Ich schaue dann wie sind die Ist-Kosten aktuell, welche
89 Tarifstruktur haben wir, wie denken wir, werden wir nächstes Jahr anpassen die Entgeltsystematik
90 und denke das dann immer wieder neu. Hilft mir vielleicht in den Prozess jetzt irgendwann, wenn wir
91 das etablieren wollen über ganze Haus, macht es aber trotzdem ein bisschen zäher und kostet viel
92 mehr Zeit.

93 I: Das glaube ich. Sie haben ja gesagt, Sie sind noch nicht so lange im Unternehmen, also führen Sie
94 die Hochrechnung jetzt auch noch nicht so lange in der Art und Weise durch? Seitdem Sie hier im
95 Unternehmen sind oder?

96 B3: Genau. Ich bin ja schon seit 2019 hier, ich war dann noch in Elternzeit, also ja, ich habe schon
97 vorher im Controlling gearbeitet im Krankenhaus, auch im Personalcontrolling, da war das aber auch
98 immer eher viel Statistiken. Geburtstagslisten gehören auch dazu, Ein- und Austrittslisten die wir hier
99 auch führen, die sind aber eher im Personal angesiedelt. Aber hier ist das schon so neu aufzubauen
100 ein ganz anderes Thema, weil oft übernimmt man ja auch schon Strukturen, die da sind. Es ist
101 spannender das selbst zu machen, weil man viel mehr dahinter steigt, welche Auswirkungen es sind
102 und kann viel besser drüber sprechen und Aussagen treffen.

103 I: Ok. Erfolg die Hochrechnung dann jetzt schon mit einer Software oder machen Sie das händisch?

104 B3: Excel. Excel wird es wahrscheinlich auch erst mal bleiben. Loga hat ja die
105 Personalkostenhochrechnung auch als Teil des Programms, ich glaube aber nicht, dass wir das
106 vordergründig damit einführen werden, weil das auch noch viele andere Parameter erstmal
107 voraussetzt, wie einen Stellenplan, der dort hinterlegt sein muss, und so weit sind wir einfach noch
108 nicht. Also wird es wahrscheinlich erst mal Excel sein.

109 I: Alles klar. Wie wird denn der Personalbedarf zur Hochrechnung ermittelt?

110 B3: Wir haben ja eine Stellenübersicht. Wir nennen es mal Stellenübersicht, weil es kein Stellenplan
111 ist. Wir müssen uns dahingehend jetzt vielleicht erst mal selbst disziplinieren, da anhand welcher

112 Parameter ist noch nicht festgelegt, ob einen richtigen Stellenplan zu entwickeln und festzulegen. Es
113 gibt natürlich für den Wirtschaftsplan oder für die Personalkostenentwicklung einen Stellenplan und
114 dann schaut man, haben wir alle Stellen besetzt anhand der Ist-VK, die wir jetzt haben wo alle Stellen
115 besetzt sind. Wen nein, geht es erst mal nur um die Nachbesetzung oder wir bauen schauen uns
116 Teilbereiche an, wie wir bauen einen neuen Unternehmensbereich auf, müssen dann in den und den
117 Dienstarten, die und die Qualifikationen nachbesetzen. Also es ist wirklich auf sehr individueller
118 Basis.

119 I: Ok. Für welche Zwecke benutzen Sie da noch die Hochrechnungen? Nur für die Wirtschaftsplanung
120 aktuell?

121 B3: Aktuell ja.

122 I: Alles klar. Sie haben ja schon angedeutet, dass Sie Anpassungen, Änderungen, Ihre Vision haben.
123 Wie soll die aussehen?

124 B3: Die Grundlage für alles sind aussagekräftige Daten. Also mit Scout und den ganzen Parametern
125 die Loga jetzt bietet sind wir schon an einem Punkt, an dem man valide Daten hat, mit denen man
126 arbeiten kann. Dann muss es irgendwann in einen Rhythmus kommen. Der Plan ist eigentlich wirklich
127 ein System, eine Excel-Tabelle, wie auch immer die dann aussieht, zu entwerfen, die uns nicht jeden
128 Monat oder bei neuen Zielen oder Projekten immer an den Punkt Null bringt. Sondern einfach wir
129 haben hier schon was und darauf können wir aufbauen. Nicht wie jetzt, ich muss für das
130 Gesundheitszentrum eine Analyse machen, dass ich von Null anfangen, wer arbeitet da überhaupt und
131 was sind die Kosten aktuell und wie muss ich die Hochrechnung machen. Sondern einfach ich hab da
132 den Unternehmensbereich, ich habe da schon eine Vorausschau und kann das im Prinzip nutzen, für
133 weitere Analysen, um mal irgendwann dahin zu kommen, nicht nur in die Vergangenheit zu schauen,
134 sondern auch vorausschauend strategisch arbeiten zu können. Das ist, so wie es jetzt ist, einfach
135 nicht möglich. Dass man in eine Routine kommt, ins arbeiten und vielleicht auch in einen For-Cast,
136 den wir aktuell nicht abbilden können.

137 I: Ok. Die letzte Frage ist oder wäre, welche Tipps Sie haben, wenn ein Klinikum das neu einführen
138 möchte? Sie sind ja gerade eigentlich das perfekte Beispiel.

139 B3: Ja. Es ist wirklich schwierig. Eigentlich muss die Richtung oder Ansage von der Geschäftsführung
140 kommen. Also ich sage auch beim Aufbau des Personalcontrolling generell, bringt es nix in seinem
141 stillen Kämmerchen an seinem Schreibtisch irgendwas zu entwerfen, was man selbst für gut
142 empfindet, weil man in der Regel ja nicht alleine damit arbeitet. Man muss es dann doch
143 veröffentlichen in irgendeiner Form, jetzt vielleicht nicht die Personalkostenhochrechnung, aber
144 wenn man andere VK-Statistiken, Abwesenheiten oder Überstunden, zusammen mit den Bereichen
145 aufbauen, die es auch nutzen wollen. Also vorne weg sind immer Kommunikation, Kommunikation,
146 Kommunikation. Wenn man dann eine Richtung hat, auch immer wieder einmal selbst zu
147 hinterfragen. Am Anfang wissen in welche Richtung es hingehet und dann auch mit den Leuten
148 sprechen, die es betrifft. Mitunter ist man so in seine Gebieten drin, dass man selbst denkt es ist
149 doch alles selbsterklärend, es ist doch klar. Das hatte ich jetzt zum Beispiel bei der
150 Wirtschaftsplanung. Ich hatte Überschriften gefunden, weil die ja kein Muster haben, die aber für
151 den Geschäftsführer nicht aussagekräftig waren. Für mich war klar, was das bedeutet, aber er hat
152 etwas ganz anderes reininterpretiert. Deshalb ist es wichtig darüber zu sprechen zunächst und dann
153 zu wissen, der Empfänger der Daten, was möchte der damit machen und wo wollen wir hin und dann
154 anzufangen. Das sind zumindest die Probleme, die mir sofort einfallen.

155 I: Ok. Dann wären wir jetzt schon am Ende.

156 B3: Ah schon am Ende.

Versorgungsstufe Regelversorgung	Träger Öffentlich	Geschlecht des Experten weiblich
Gesprächsdaten		
Kommunikationssituation	Keine weitere Person im Büro, kurzzeitige Störung durch Telefonklingeln	
Aufnahmedaten		
Name des Aufnehmenden	Lea Unger	
Name des Transkribierenden	Lea Unger	
Aufnahmestatus		
Datum/Zeit	02. Oktober 2023/10:03-10:25	
Ort	Büro des Experten	
Dauer	20:40 Minuten	
Bemerkungen		
<ul style="list-style-type: none">• Interview online via Kliniksoftware• Ungenauigkeit zwischen Personalkostenhochrechnung und Personalkostenplanung• Kontaktmöglichkeit besteht für aufkommende Fragen		

- 1 I: Dann würde ich mit der ersten Frage beginnen und zwar wie die Vorgehensweise der
2 Personalkostenhochrechnung in Ihrer Einrichtung ist?
- 3 B4: Also mit Hochrechnung meinen Sie jetzt, um für das nächste Jahr die Personalkosten festzulegen?
- 4 I: Genau.
- 5 B4: Die Vorgehensweise ist folgendermaßen. Wir fangen immer im Mai des Vorjahres bereits an und
6 fragen ab. Vielleicht sollten Sie auch noch wissen, wie meine Stellung hier im Unternehmen ist. Wir
7 sind ja eine Unternehmensgruppe mit sieben Unternehmen, darunter ist ja ein Krankenhaus mit zwei
8 Standorten. Das ist so die größte Gesellschaft. Dann gibt es noch Rettungsdienste, Medizinisches
9 Dienstleistungszentrum, alles drum herum. Wir haben so eine Konzernzentrale mit einer zentralen
10 Personalabteilung, in der auch das Personalcontrolling angesiedelt ist. Das ist ja nicht immer so.
11 Manchmal ist das Personalcontrolling auch im Controlling angesiedelt. Bei uns ist das also in der
12 Personalabteilung und wir begleiten alle Gesellschaften bei der Personalkostenermittlung für das
13 nächste Jahr. Beziehungsweise manche machen ja auch gleich fünf Jahre. Für manche kann man ja
14 auch schon fünf Jahre im Voraus planen.
- 15 Der Prozess ist so, dass uns die Gesellschaften, also auch das Krankenhaus, bis Ende Mai vorlegt,
16 anhand eines Formblattes. Das haben wir mal entwickelt, wo festgeschrieben wird, was die nächstes
17 Jahr alles planen. Das geht meistens so los, dass man sagt ok, man möchte zumindest mit dem
18 Personalbestand den man hat weiter fahren und dann müsste man sich verständigen, was gibt es für
19 Änderungen, gibt es vielleicht neue Abteilungen im nächsten Jahr, wird auch was geschlossen. Also
20 erst mal strukturell, was soll da passieren. Und dann was soll passieren mit den Personalkosten, also
21 gibt es Erhöhungen, soll ein Tarifvertrag angewendet werden oder vielleicht nicht mehr angewendet
22 werden. Also alles was die bestehenden Bezahlungen praktisch beeinflussen würde, das würden wir
23 dort abfragen. Dann gibt es so eine schöne Kategorie Sonstiges, da kommen die Dinge rein, die in die
24 vorhergehenden Kategorien nicht reinfallen. Das würden wir dann dort abfragen. Weil wir sehen das
25 ja nicht, da wir ja nicht richtig im Geschäft drin sind, was da jetzt geplant ist und was da passiert.
26 Manchmal weiß man es schon, ja. Es ist einfach gut, eine gemeinsame Grundlage zu haben, wie man
27 plant. Es gibt nix schlimmeres, man plant tagelang und dann habt ihr vergessen etwas zu sagen. Also

28 da gibt es das Formblatt, das ist relativ kurz gehalten, das erhalten wir halt und dann geht es in die
29 Planung. Die ist bei uns händisch, wie die meisten Krankenhäuser das auch machen. Ich weiß nicht
30 mit vielen Sie jetzt schon gesprochen haben?

31 I: Ich habe bislang mit vier anderen Kliniken gesprochen.

32 B4: Ja, also ich kenne kein Krankenhaus, was die Planung irgendwie automatisiert hat, weil es
33 einfach, wie ich grade erzählt habe, es gibt so viele Details, die da mit reinfließen, die in Systemen
34 meistens nicht abbildbar sind und ehe ich das programmiert habe, kann ich es dann auch in Excel
35 machen. So ist es dann halt. Ja wir gehen dann halt in die Personalplanung rein und setzen den
36 Personalbestand auf, den wir halt haben, und dann werden diese ganzen Änderungen berücksichtigt.
37 Dann hat man irgendwie eine Zahl für das nächste Jahr, mit der man dann in die ersten
38 Verhandlungen geht. Also was heißt Verhandlungen, wir bekommen den Auftrag ja von der
39 Verwaltungsleitung des Krankenhauses und die schauen sich das erstmal an und dann gibt es Fragen
40 und Ergänzungen und in diesem ganzen Prozess, der läuft ja seit Mai, Juni los und bis November
41 muss das dann stehen. Da gibt es dann noch drei vier Änderungen, dann kommen doch noch mehr
42 Azubis und solche Sachen. Das wird ständig in diesem Dokument weitergerechnet, bis man dann
43 Ende November eine Personalzahl hat mit der man dann in die Wirtschaftsplanung geht. Und mit der
44 man dann mit den Trägern verhandelt und was dann alles da noch folgt.

45 Ja so wäre der Prozess. Wir planen auch wirklich immer nur für ein Jahr im Voraus, zumindest für das
46 Krankenhaus. Ich weiß, manche haben auch Fünfjahrespläne oder so, aber die sind dann so grob. In
47 der Krankenhauslandschaft ändert sich ja so vieles und ständig, dass es wahrscheinlich nicht viel Sinn
48 macht, da schon viel Zeit zu verwenden, die nächsten fünf Jahre zu planen.

49 I: Ja, ok. Also verteilt sich die Planung für die Wirtschaftsplanung auf ein halbes Jahr, von Mai bis
50 November?

51 B4: Genau, ehe die dann steht. Man arbeitet da jetzt nicht wirklich ein halbes Jahr dran, aber einmal
52 im Monat fasst man es sicher an. Ich bin da immer mit unserer Verwaltungsleitung im engen Kontakt,
53 wo wir uns dann austauschen. Ma muss auch manchmal ein bisschen abwägen, ist das jetzt so
54 wichtig, ob da noch zwei Azubis mehr dazu komme oder nicht. Ja die Verwaltungsleitung ist das sehr
55 penibel und möchte auch die dann noch hochgerechnet haben. Wir haben ja paar Millionen
56 Personalkosten, da spielt das dann auch keine Rolle mehr.

57 I: Ok. Und wie gliedern Sie da die Hochrechnungen für Ihre Einrichtung?

58 B4: Also wir haben die grobe Gliederung, wir rechnen die Ärzte extra hoch. Den Rest nennen wir
59 dann nichtärztlicher Dienst. Auch da unterscheiden wir nach den einzelnen Dienstarten. Dann haben
60 wir noch für die Verwaltung, also für die Konzernverwaltung, die ist auch im Krankenhaus
61 angesiedelt, da gibt es auch noch einmal eine detailgenaue Hochrechnung. Also nach Dienstarten
62 kann man schon sagen, wobei wir alle nichtärztlichen schon zusammenfassen. Da wird jetzt nicht
63 jede Dienstart einzeln hochgerechnet. Das ergibt sich halt dann. Man wertet ja die Mitarbeiter nach
64 Dienstart aus und kann sie dann auch clustert am Ende, dass man weiß wie viele Kosten pro Dienstart
65 auf einen zukommen.

66 I: Ok. Alles klar. Und habe ich das jetzt richtig verstanden, dass Sie einmal pro Jahr machen die
67 Personalkostenhochrechnung oder machen Sie das auch noch einmal unterjährig für verschiedenen
68 Dienstarten?

69 B4: Naja eins ist ja die Personalkostenplanung für das nächste Jahr und Hochrechnung, da verstehe
70 ich etwas anderes drunter. Das ist halt wenn ich schaue, wo kommen wir Ende dieses Jahres raus,
71 Ich habe eine bestehende Planung und würde jetzt einen For-Cast machen, ob das passt. Das machen

72 wir eigentlich, also je nach dem wie eng gerade die finanzielle Situation ist, aber zum Quartal
73 eigentlich jedes Mal. Wenn ein Quartal zu Ende ist mache ich einen For-Cast, wo wir Ende des Jahres
74 rauskommen.

75 I: Ok. Und die Bearbeitung der Personalkostenhochrechnung erfolgt dann von Ihnen allein für die
76 Kliniken oder sind Sie da ein Team?

77 B4: Meinen Sie jetzt Personalkostenplanung?

78 I: Ja.

79 B4: Ja, das mache nur ich. Wir haben leider kein Team.

80 I: Und seit wann führen Sie die in dieser Art und Weise durch?

81 B4. Also ich bin selber erst seit acht Jahren hier. Wie wir das jetzt machen, machen wir so seit sechs
82 Jahren.

83 I: Ok. Und hat sich die Hochrechnung innerhalb der letzten sechs Jahre verändert oder angepasst
84 oder wird das seitdem schon in der Art und Weise durchgeführt?

85 B4: Also grundsätzlich ist es immer noch in Excel. Wo wir ein bisschen auch weggekommen sind
86 einzelne Personalfälle hochzurechnen. Also gerade in der Pflege haben wir ein Paar hundert
87 Mitarbeiter und dass wir die dann schon clustern nach Entgeltgruppen und Stufen. Dass man sagt ok
88 jetzt haben wir 300 in der Entgeltgruppe und dann haben wir 350 geplant. Da macht man ein
89 Durchschnittsgehalt und rechnet damit dann hoch.

90 Bei den Ärzten klappt das leider nicht. Da machen wir wirklich immer noch individuell, weil da gibt es
91 so viele individuelle Absprachen. Da geht es ja auch um richtig viel Geld am Ende. Ja da haben wir so
92 200 bis 300 Ärzte und die machen wir wirklich noch manuell, jeden einzelnen.

93 I: Ok. Klingt nach viel Aufwand.

94 B4: Ja, ist es auch.

95 I: Und wie ich jetzt schon herausgehört habe, verwenden Sie keine Software, sondern machen das
96 wirklich über Excel, Ihre Planung.

97 B4: Also wir ziehen uns die Grunddaten aus unserem Abrechnungssystem, wir benutzen da SAP. Da
98 kann man sich jetzt auch schon mal die Daten für den 01.01.2024 anzeigen lassen. Also da muss ich
99 jetzt nicht noch händisch abrechnen, wo ist der nächstes Jahr mit welcher Stufe. Aber genau, mit den
100 Grunddaten wird dann weiter gerechnet.

101 I: Ok. Und wie wird denn Ihr Personalbedarf, der für das kommende Jahr besteht, ermittelt?

102 B4: Das machen wir jetzt auch nicht selber, also das rechnen schon die vor Ort. Also in der Pflege ist
103 es so, der Pflegedirektor rechnet das mit den PpUGs. Er schaut, wie viele Betten sind pro Station, und
104 wieviel braucht er, er geht glaube ich sogar von Vollbelegung aus, oder 90%. Er rechnet mir auf jeden
105 Fall den For-Cast, wieviel er braucht, pro Station. Die macht sich rein an den Betten ab, da ist erstmal
106 keine Leistung hinterlegt.

107 Bei den Ärzten ist es so, da haben wir jetzt gerade wieder ein Gutachten in Auftrag gegeben, wo ein
108 Gutachter ermittelt, wie viele Ärzte brauche ich, um die Leistung zu erbringen, aber auch bei den
109 Ärzten ist es ja auch wichtig, die Arbeitszeiten abzudecken, ja Bereitschaftsdienste. Daraus ergibt sich
110 dann eine VK-Zahl und mit der rechnen wir dann.

111 In der **Verwaltung** ist es dann wieder **ganz anders**. Da heißt es dann, ja wir wolle nächstes Jahr einen
112 **Welcome-Manager einstellen**, da gibt es halt dann eine neue Stelle für bzw. **entscheidet das dann die**
113 **Geschäftsleitung**.

114 I: Alles klar. Für welche Zwecke werden denn die Hochrechnungen oder die Planung verwendet? Nur
115 für die **Wirtschaftsplanung** oder gibt es da noch weitere Verwendungszwecke?

116 B4: Meinen Sie jetzt die **Personalkostenplanung** oder die Hochrechnung?

117 I: Die Hochrechnung machen Sie ja **quartalsweise**, wenn ich es richtig verstanden habe?

118 B4: Machen wir im Jahr immer **fortlaufend**. Um die geht es jetzt?

119 I: Ja. Und um die Planung. Wir können gern beides beantworten.

120 B4: Die **Personalkostenplanung** wird natürlich **hauptsächlich für den Wirtschaftsplan** gemacht, der
121 dann in **verschiedenen Gremien** auch **vorgestellt wird** und auch da **erklärt werden muss**. Also ich
122 habe damit nix weiter zu tun, wenn die Zahlen stehen ist es für mich **eigentlich abgeschlossen**. Aber
123 ich weiß halt dass der **Landkreis**, wir sind ja ein **kommunales Kreiskrankenhaus**, das sehen möchte
124 und wenn die **Personalkosten jetzt unheimlich steigen** im Vergleich zum jetzigen Jahr, dann muss
125 natürlich **erklärt werden**, woran es liegt. Ja dann wollen die **Krankenkassen bei den**
126 **Pflegeverhandlungen** auch schauen, die schauen sich die Zahlen halt auch an. Also wie werden noch
127 an vielen Stellen weiter verwendet.

128 **Personalkosten** sind natürlich der **größte Einzelkostenfaktor** im Krankenhaus und die möchte man
129 schon gut im Blick haben. Da schauen natürlich **alle die finanziell bei uns mit dran hängen sehr genau**
130 **drauf**.

131 **Selbst die Chefarzte selber schauen wie viele Ärzte sie nächstes Jahr noch planen dürfen**.

132 I: Ok. Und werden dann auch **Soll-Ist-Vergleiche** durchgeführt? Von Ihnen zum Beispiel?

133 B4: Also für **Soll-Ist**, das machen wir dann mit der Software. Wir können ja **in SAP die Ist-Kosten**
134 **auswerten** und die **Plan-Kosten gegenüberstellen**. Das wird **monatlich im Krankenhausreport**
135 **veröffentlicht**. **Soll- und Ist-Personalkosten die Gegenüberstellungen** was wir mal hochgerechnet
136 haben **machen wir jetzt nicht direkt**, weil wir das **jeden Monat wieder anpassen bzw. jedes Quartal**.
137 Ja aber das muss man halt nicht **händisch machen**. Die **abgerechneten Zahlen, den For-Cast**, das ist
138 dann wieder klar, den **kann man dann wieder hochrechnen**, dass man bis 30.06. so und so viel
139 **ausgegeben hat**. Weiß ich, das **verdoppelt sich dieses Jahr noch mal**. Also **sowas muss man dann**
140 schon wieder **händisch machen**, weil wir haben **keine Software, die unseren For-Cast mit erstellen**
141 **kann**. Aber die **monatlichen Soll-Ist-Vergleiche**, die machen wir natürlich im System.

142 I: Ok. Dann ist das also im SAP möglich.

143 B4: Ja, also wir nutzen nicht HCM, für die Abrechnung schon, aber für das Controlling
144 [unverständlich]. Können sie ja sehen, **Personalkostenplanung, Soll-Ist-Abweichung wird alles**
145 **dargestellt**. Wir haben auch noch so ein **anderes Programm**, das nennt sich **Corporate Planning**. Da
146 werden auch **alle möglichen Kennzahlen aus einem Krankenhaus abgebildet**, die ein **bisschen schöner**
147 **aufbereitet sind als Bericht**. Da **sieht man auch die Personalkostenentwicklung und die VK-**
148 **Entwicklung**. Es ist ja immer **wichtig, beides zu betrachten**. Es bringt ja nix zu sagen ich habe jetzt
149 **eine Million mehr ausgegeben**, sondern muss ja auch schauen **woran es lag**, vielleicht auch an den
150 **mehr Mitarbeitern**. Corporate Planing ist eine Software, die nutzen inzwischen einige Unternehmen
151 in Deutschland, aber da gibt es ja Hunderte. So können die **Geschäftsführer besser sehen auf einen**
152 **Blick, wo stehen wir denn**.

153 I: Ok. Planen Sie jetzt Änderungen oder Anpassungen in der Planung bzw. Hochrechnung?

154 B4: Also die Planung verändern wir nicht mehr. Wenn die im Wirtschaftsplan drinstand, dann wird
155 die übernommen. Also zumindest haben wir das in den letzten acht Jahren so gemacht. Man muss
156 natürlich immer wieder erklären. Also es passieren ja während des Jahres immer Sachen, die nicht
157 geplant waren, meinetwegen eine Station ist dann doch geschlossen, dann muss man halt immer
158 wieder erklären, warum auf der Station keine Personalkosten angefallen sind. Aber wir haben uns
159 dazu entschieden, die Planung dann wirklich so zu lassen, weil es steht dann so im Wirtschaftsplan
160 drin und es ist einfacher am Jahresabschluss zu erklären, warum die Kosten über- oder unterschritten
161 wurden. Unterschritten will meistens keiner wissen. Überschritten ist eher das Thema und als
162 Grundlage hat man halt die Planung vom Vorjahr. Das ist auch der Grund, weshalb die Planung sehr
163 detailliert gemacht wird, wo alles drinsteht, was man berücksichtigt hat für die Planung. Damit dann
164 entsprechend auch das angepasst werden kann.

165 I: Ok. Und aber an der Vorgehensweise planen Sie in Zukunft keine Änderungen? Weil es gibt ja
166 Software zum hochrechnen oder so etwas. Da bleiben Sie Ihrem aktuellen System treu?

167 B4: Also erstmal ja. Ich habe noch nix überzeugendes gefunden, was das ersetzen könnte.

168 I: Ok. Ich komme jetzt schon zu abschließenden Frage. Welche Tipps oder Hinweise Sie für eine Klinik
169 haben, die die Hochrechnungen oder Planung bzw. eher die Hochrechnungen neu einführen wollen,
170 in zum Beispiel quartalsweisen Abständen?

171 B4: Also in einer gewissen weise machen wir das schon und ich denke viele machen das auch so.
172 Man sollte auf jeden Fall eine Regelmäßigkeit drin haben. Nicht mal im Februar macht man es mal
173 und im September nicht. Also eine monatliche Abbildung ist wichtig, um auch die einzelnen Spitzen
174 in den Monaten zu sehen. Im November gibt es bei uns immer eine Jahressonderzahlung, die sollte
175 man natürlich dann auch berücksichtigen für den For-Cast.

176 Nicht zu detailliert werden. Nach Dienstarten ist es für uns immer ausreichend, das zu machen.

177 Und sich verständigen, was wollen die Leute von einem sehen am Ende. Für mich als
178 Personalcontroller ist ja die Personalkostenplanung ja nur ein kleiner Teil. Vieles ist ja Auswertungen
179 machen und da ist halt wichtig, man verständigt sich vorher was der Zweck ist und was soll am Ende
180 rauskommen. Und am besten gleich vorstellen, so könnte es am Ende aussehen und dann erst
181 losläuft und schaut, wie man die Zahlen zusammen bekommt. Für wen es ist, ist bei jeder
182 Auswertung wichtig, was wollen die am Ende sehen. Wenn denen das reicht, am Ende eine Zahl zu
183 sehen, ist es auch gut. Wenn sie es in allen Details haben wollen, kann man das auch machen. Je nach
184 dem wie der Anspruch ist.

185 Möglichst mit irgendwelchen Formeln arbeiten, über die man sich verständigt hat. Das man sagt,
186 man nimmt immer den Vormonat und rechnet den hoch. Oder je nach dem, man sieht ja wie sich das
187 Personal entwickelt, man setzt jeden Monat ein paar Prozent vielleicht drauf. Kann man nur aus dem
188 Trend ablesen. Bei uns ist es eher so, dass wir eher jeden Monat einen Prozent abziehen werden,
189 weil Personal weggeht.

190 Also versuchen so viel wie möglich zu automatisieren, um nicht jeden Monat bei Null anzufangen.
191 Und dann auch immer den Abgleich, nehmen wir jetzt mal den September, der ist ja jetzt
192 abgeschlossen, würde ich jetzt für den Oktober nicht wieder an den Hochrechnungen der letzten
193 Monate anknüpfen, sondern direkt bei September ansetzen. Also da habe ich eine Ist-Zahl und
194 genauer wird's natürlich dann auch mit jedem Monat. Selbst dann gibt es immer noch
195 Abweichungen. Wenn wir den Dezember hochrechnen, dann ist Jahresende, da muss man noch
196 beachten, da gibt es Rückstellungen zu beachten, die sich eventuell ändern.

- 197 Ja viele Kleinigkeiten.
- 198 Als wir mit den Kosten immer drüber lagen haben wir auch monatlich hochgerechnet. Aktuell liegen
199 wir eher drunter. Wenn wir jeden Monat drüber sind, fragt der Geschäftsführer schon, wo geht das
200 denn jetzt noch hin.
- 201 I: Wie machen Sie das mit der Jahressonderzahlung? Bleibt das als Spitze im For-Cast drin oder
202 brechen Sie das auf die Monate runter?
- 203 B4: Kommt auf die Betrachtung an. In der Buchhaltung haben wir es so hinterlegt, dass es monatlich
204 abgegrenzt ist, also als Personalkosten durchlaufen. Für die Liquidität ist es natürlich wichtig, die als
205 Spitze darzustellen. Ganz wichtig sich darüber zu verständigen, auch wie die hochgerechnet wird.
- 206 I: Alles klar. Dann bedanke ich mich schon mal für den Einblick.
- 207 B4: Ja. Sehr gern.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Alle Ausführungen, die anderem Schriften wortwörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, sind kenntlich gemacht worden. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Oberwiesenthal, 05.01.2023



Unterschrift des Verfassers