

Udo Beck/Prof. Dr. Andreas Becker

Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus – orientiert an Leistungen oder Erlösen?

Ziel der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus ist es, herauszufinden, wie viele Mitarbeiter zur Erbringung der Leistungen in einem Bereich, beispielsweise einer Fachabteilung, sowie der entsprechenden Berufsgruppe, etwa dem Ärztlichen Dienst, benötigt werden. Für die Ermittlung des Personalbedarfs gibt es verschiedene Methoden mit unterschiedlichen Berechnungsgrundlagen. Derzeit werden vor allem die leistungs- und die erlösorientierte Personalbedarfsermittlung diskutiert. Beide Methoden können für dieselben untersuchten Bereiche zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Das innerhalb des CLINOTEL-Krankenhausverbundes praktizierte Vorgehen zur Personalbedarfsermittlung wird nachfolgend am Beispiel der Personalgruppe Ärztlicher Dienst dargestellt, um Krankenhauspraktikern eine mögliche Herangehensweise aufzuzeigen.

Leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung

In den Mitgliedshäusern des Clinotel-Krankenhausverbundes erfolgt die Personalbedarfsermittlung im Ärztlichen Dienst anhand von Leistungen. Innerhalb einer bettenführenden somatischen Fachabteilung werden folgende Bereiche betrachtet:

- Stationsversorgung,
- vor-/nachstationäre Behandlung,
- Ambulanzen,
- Konsile für andere Fachabteilungen,
- OP-Bereich,
- Funktionsleistungen,
- Freizeitausgleich,
- Besonderheiten.

Zur Feststellung des Personalbedarfs für die Stationsleistungen werden die Anhaltszahlen des Bayerischen Kommunalen Prüfungsverbandes¹⁾ herangezogen, nach denen die Minutenwerte pro Patient und pro Behandlungstag ermittelt werden, alle weiteren Bereiche werden anhand der dort erbrachten bzw. zu erbringenden Leistungen oder Anhaltszahlen berechnet. Eine umfassende Methodenbeschreibung findet sich im Arbeitshandbuch Personalbedarf im Krankenhaus,²⁾ sodass an dieser Stelle auf eine Methodenbeschreibung zugunsten einer Darstellung des Vorgehens in der Praxis verzichtet wird.

Ein sehr wichtiger Aspekt bei der Personalbedarfsermittlung ist die Akzeptanz und die Nachvollziehbarkeit durch die betroffenen Bereiche.³⁾ Nach den gemachten Erfahrungen findet eine Methode immer dann die größte Akzeptanz, wenn die Berechnungen und deren Grundlagen für alle Beteiligten transparent sind. Dabei kommt es in besonderem Maße darauf an, dass sämtliche Daten, die der Personalbedarfsermittlung zugrunde liegen, mit den betroffenen Bereichen abgestimmt werden. Bei diesem Verfahren wird meist schnell ein Konsens zu den Leistungszahlen (zum Beispiel Fallzahlen, Anzahl der Konsile, Anzahl der OP, Anzahl der Funktionsleistungen) erzielt. Schwieriger wird es bei der Abstimmung der durchschnittlichen Dauer einer Leistung. Bei einer Personalbedarfsermittlung in einer Fachabteilung eines Clinotel-Mitgliedshauses wird der durchschnittliche Zeitaufwand pro Leistung zunächst durch die Fachabteilung angegeben. Nicht selten sind die ersten Angaben durch die Fachabteilung sehr unterschiedlich (zum Beispiel die durchschnittliche Arztbindung einer ambulanten chirurgischen Behandlung zwischen 15 und 45 Minuten). Bei der anschließenden Erörterung, die anhand der

Vergleichszahlen der anderen Mitgliedshäuser und extern veröffentlichter Zahlen zur Personalbedarfsermittlung erfolgt, pendeln sich die Angaben regelmäßig auf ein realistisches Maß ein (zum

Beispiel die durchschnittliche Arztbindung einer ambulanten chirurgischen Behandlung zwischen 15 und 20 Minuten). Auf diese Weise wird nun jeder einzelne Leistungsbereich bearbeitet und abgestimmt.

Einen besonderen Stellenwert nehmen die „Besonderheiten“ ein, also Tatbestände, die nicht mit den Anhaltszahlen für die Stationsversorgung und alle anderen berücksichtigten Bereiche abgegolten werden. Die hier gemachten Angaben reichen von 0 bis über 30 Besonderheiten für eine Fachabteilung. Als Besonderheiten wurden unter anderem angeführt:

- Arbeitsgruppen, Besprechungen,
- Qualitätssicherung,
- Chefarzt ist Ärztlicher Direktor
- beauftragte Arzneimittel, DRGs, Ethik, Medizinprodukte, Labor, Eigenblutspenden,
- Übergaben,
- Erstellen von Arztbriefen, Berichten und Befunden,
- Kodierung, Kodierungsprüfung, MDK und Medizincontrolling,
- Unterricht für PJ-Studenten,

Die Mitarbeiter müssen für eine Firma mehr sein als Kostenfaktoren mit Ohren.

Nicolaus Schneider, Präses der Evangelischen Kirche im Rheinland (Rheinische Post vom Januar 2007)

- Leitungsaufgaben,
- Mitarbeitervertretung,
- Leerzeiten und Wartezeiten,
- Vertretung und Rotation,
- Wegezeiten,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Teilnahme am Rettungsdienst,
- externe Patiententransporte,
- Begleitung von Studien,
- Visiten auf Intensivstationen,
- Weiterbildung.

Mit der Fachabteilung muss genau abgestimmt werden, welche Besonderheit in welchem Umfang zu berücksichtigen ist. Nicht selten werden Selbstverständlichkeiten zur Besonderheit (zum Beispiel gibt der Leitende Arzt die Leitung der Abteilung an). In der Fachliteratur findet man kaum konkrete, sondern eher allgemeine Hinweise, mit dem Tenor, dass „Besonderheiten nach den Gegebenheiten vor Ort beurteilt und berücksichtigt werden müssen“. Innerhalb des Clinotel-Krankenhausverbundes gibt es hierzu umfassende interne Empfehlungen, die im Rahmen der praktischen Erfahrungen der letzten Jahre gesammelt und aufbereitet wurden. Ohne eine derartige Aufstellung kann die Einordnung anhand einer möglichst wirklichkeitsnahen individuellen Einschätzung erfolgen.

Am Ende dieses Verfahrensschrittes steht ein mit der Fachabteilung abgestimmtes Leistungsgerüst mit den dazugehörigen Bindungszeiten zur Verfügung. Mit seiner Hilfe lässt sich retrospektiv der Personalbedarf berechnen und anhand der tatsächlichen Personalbesetzung abgleichen. Diese rechnerischen Ergebnisse werden anschließend erörtert unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten der jeweiligen Fachabteilung (zum Beispiel Mindestbesetzung, nicht voll leistungsfähige Mitarbeiter), die in die Personalbedarfsermittlung einbezogen werden können. Ob und in welchem Maße der Stellenplan anhand der durchgeführten Personalbedarfsermittlung angepasst wird, entscheiden die rechtlich und organisatorisch selbstständigen Mitgliedshäuser autonom vor Ort.

Mit dieser Methode ist ein Höchstmaß an Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Personalbedarfsermittlung gewährleistet. Die endgültige Akzeptanz durch die betroffenen Bereiche hängt interessanterweise oft mehr vom Ergebnis als von der gewählten Methode ab. Meist wird die Methode generell abgelehnt, wenn eine potenzielle Überbesetzung ermittelt wird (zum Beispiel stehen 11,0 besetzte Stellen nach der Personalbedarfsermittlung 10,0 Stellen gegenüber). Ist das Ergebnis positiv im Sinne des untersuchten Bereiches, wird die Praxistauglichkeit der Methode besonders gelobt.

Der Vorteil der differenzierten Betrachtung der einzelnen Leistungsbereiche und Besonderheiten liegt darin, dass dies auch eine genaue Untersuchung der einzelnen Bereiche beinhalten kann, um so die Unterschiede zwischen SOLL und IST zu analysieren.

Die angewendete Methode setzt einen hohen Organisationsgrad und eine gute Prozessbeherrschung voraus, weil die reine Arbeitszeit berücksichtigt wird. Wenn sich Unterschiede zwischen SOLL und IST abbilden, liegen regelmäßig Situationen vor, die auf entsprechende Mängel in Organisation und Prozessbeherrschung hinweisen. Dazu einige Beispiele aus der Praxis:

- Für den OP-Bereich wird für 2 000 Operationen, die im Durchschnitt 60 Minuten dauern, 30 Minuten Vorbereitung erfordern und mit 2,0 Operateuren durchgeführt werden, ein Personalbedarf von 3,5 Vollkräften ausgerechnet. Der Chefarzt stellt fest: In die Berechnung fließt nicht mit ein, dass pro Tag pro Saal etwa eine Stunde „Zeitverschwendung“ wegen nicht abgestimmter Abläufe mit der Anästhesie oder dem Funktionspersonal entsteht. In 2 OP-Sälen mit je 2 Ärzten kommt pro Jahr ein Wert von 0,5 Vollkräften heraus, der nicht berücksichtigt wird.
- Für die 500 Konsile, die für andere Fachabteilungen erbracht werden, berücksichtigt die Personalbedarfsermittlung den angegebenen Minutenwert von 30 Minuten pro Konsil. Das ergibt einen Personalbedarf von 0,15 Vollkräften. Der Chefarzt wundert sich, dass grundsätzlich jeden Tag ein Oberarzt ab mittags zur Erbringung von Konsilen im Haus abgestellt ist, zumal er selbst etwa die Hälfte aller Konsile erbringt. ▶

– Anzeige –

Qualitätssicherung

nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V

Wir sind ein im Krankenhaus erfahrenes Team.

Im Rahmen der Qualitätssicherung nach §§ 135 ff. SGB V haben wir uns auf die Erstellung strukturierter Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V spezialisiert. Wir erstellen mit Ihnen und für Sie kurzfristig diese zu veröffentlichenden bedeutsamen Berichte.

C I C GmbH, Wissenschaftspark, Max-Planck-Str. 8,
54296 Trier · Tel. 06 51/9 93 53 70 · Fax 06 51/99 35 37 29
email hjd.cic@gmx.de

● Der Chefarzt erklärt, dass in seiner Abteilung sehr oft Situationen auftreten, in denen mehr als die Hälfte der Mitarbeiter im Urlaub, im Freizeitausgleich, zur Fortbildung oder krank ist und das OP-Programm kaum zu bewältigen ist. An anderen Tagen sind mehr Mitarbeiter da, als benötigt werden. Auf die Frage, wie Urlaubsplanung, Dienste und Freizeitausgleich organisiert werden, antwortet der Chefarzt: „Das macht unser Assistentensprecher, da halte ich mich raus, das tue ich mir nicht an...“

Die aufgezeigten Beispiele ließen sich weiter fortsetzen. Sie machen deutlich, dass Unterschiede zwischen einem berechneten Personalbedarf und der tatsächlichen Stellenbesetzung oft durch einen zu geringen Organisationsgrad und eine suboptimale Prozessbeherrschung verursacht werden. Die Antwort darauf kann allerdings kaum die Anpassung des Stellenplanes an diese Strukturen sein. Vielmehr muss es gelingen, durch organisatorische Maßnahmen eine Angleichung zwischen SOLL und IST zu erreichen.

■ Chefarzte brauchen Unterstützung

Je besser die Arbeitsorganisation, desto eher besteht die Chance, mit einem berechneten Personalbedarf auch auszukommen.⁴⁾ Die bloße Formulierung der Forderung an die Bereiche, „ihre Abläufe einmal besser zu organisieren, um mit dem berechneten Personalbedarf besser auszukommen“, führt nicht zum Ziel. Oft sind die Prozesse (siehe das OP-Beispiel oben) fachabteilungsübergreifend und/oder interdisziplinär gestaltet. Den Bereichen muss konkrete Unterstützung bei einer Reorganisation des Bereiches angeboten werden. Dies kann – wenn die Kompetenz vorhanden ist – durch eigene Mitarbeiter erfolgen, oder (wie im Clinotel-Verbund möglich) durch die Auditierung bzw. den direkten Austausch mit einem Krankenhaus mit nachgewiesener guter Praxis. Auch mit Hilfe guter externer Berater, die über entsprechende Referenzen verfügen, kann eine Prozessoptimierung in Angriff genommen werden. Die Erfolgchancen steigen drastisch, wenn das Interesse an einer erfolgreichen Projektumsetzung vom jeweiligen Bereich ausgeht und nicht erzwungen wird. Eine Personalbedarfsermittlung kann hierzu eine gute Motivationsgrundlage bieten.

Personalbedarfsermittlung anhand von Erlösen

Die Personalbedarfsermittlung anhand von Erlösen erfreut sich in der Krankenhausszene einer gewissen Beliebtheit. Viele Beratungsunternehmen im Personalbereich bieten diese Methode an.

Durchgeführt wird die Methode in unterschiedlichen Varianten. Sie basiert im Wesentlichen darauf, dass die Erlöse für die Personalgruppe Ärztlicher Dienst für den DRG-Bereich und die sonstigen Bereiche ermittelt werden und man diese Erlöse dann heranzieht, um zu berechnen, wie viele Mitarbeiter im Ärztlichen Dienst von diesen Erlösen bezahlt werden können. Die dargestellte Variante hat ihren besonderen Charme in der Einfachheit ihrer Aussage und der Anwendung. Die Aussage „Man kann nicht mehr Geld ausgeben, als man einnimmt“ ist derart trivial, dass jeder sie

verstehen, auch ohne ein betriebswirtschaftliches Studium absolviert zu haben. Man kann die Berechnung ohne Einbeziehung der beteiligten Bereiche vornehmen, weil alle erforderlichen Daten in den administrativen Abteilungen eines Krankenhauses vorliegen. Langwierige Abstimmungen zu Leistungen und Bindungszeiten und damit ein großes Konfliktpotenzial mit den untersuchten Bereichen entfallen demnach. Kurzum: die perfekte Methode?

Zunächst ist festzustellen, dass es sich bei dieser Methode gar nicht um eine Personalbedarfsermittlung handelt. Der Bedarf an Personal wird hier überhaupt nicht ermittelt, es wird vielmehr berechnet, wie viel Personal durch Erlöse finanziert ist. Aus der Preisermittlung in der Betriebswirtschaftslehre kennen wir das Prinzip des „Target Costing“ (Zielkosten), das Joachim Paul⁵⁾ so beschreibt:

„Der maximale Preis, den der Kunde bereit ist zu zahlen, wird ermittelt. Die entsprechenden Kosten dürfen (abzüglich der Gewinnspanne) maximal so hoch sein.“

Da der maximale Preis, den die Krankenkasse zu zahlen bereit ist, (hier: die Erlöse) feststeht, können somit die maximalen Kosten ermittelt werden. Ob diese Kosten bzw. die daraus finanzierbaren Arztstellen allerdings dem Personalbedarf entsprechen, wird so nicht ermittelt.

Die Methode der Zielkostenermittlung hat bei genauem Hinsehen eine ganze Reihe von Schwächen, die im Folgenden erläutert werden.

■ Sachgerechte Ermittlung aller Erlöse für den Ärztlichen Dienst kaum möglich

In den Bereichen des Krankenhauses, in denen die Patienten mit DRGs abgerechnet werden, können die Anzahl der DRGs mit den seitens des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlichten Kostenanteilen für den Ärztlichen Dienst in ein Verhältnis gesetzt und mit dem hausindividuellen Basisfallwert bewertet werden. Eine genaue Methodenbeschreibung, die auch noch weitere Alternativen aufzeigt, ist im Arbeitshandbuch Personalbedarf im Krankenhaus²⁾ ausführlich beschrieben.

Der DRG komplementäre Vergütungsbereich⁶⁾ ist über diese Methode nicht ermittelbar. Somit ist für die Erlöse aus den nachfolgenden Bereichen (Auszug) eine Zuordnung für den Ärztlichen Dienst vorzunehmen, die kaum sachgerecht erfolgen kann:

- Ambulante Leistungen (zum Beispiel Notfallbehandlung, ambulante OP),
- teilstationäre Leistungen,
- rein vorstationäre Leistungen,
- Notarztwagen,
- Leistungen an Dritte,
- Forschung und Lehre,
- Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapeutische Medizin,
- Zusatzentgelte,
- Anlage-3-Entgelte.

Diese Anteile können einen nicht unerheblichen Teil der Leistungen ausmachen.⁷⁾ Hier die Erlösanteile dem Ärztlichen Dienst korrekt zuzuordnen, ist ausgesprochen problematisch.

■ Fachabteilungssicht ist nicht darstellbar

Selbst wenn es unter hohem Aufwand gelingt, die Erlöse für die Personalgruppe Ärztlicher Dienst für das gesamte Krankenhaus zu ermitteln, besteht das nächste Problem in der Zuordnung der Erlöse auf die Fachabteilungen im DRG-Bereich. Dabei gibt es die nachfolgend genannten Problemschwerpunkte.

- **Interne Verlegung:** Die Kostenart Ärztlicher Dienst ist in unterschiedliche Kostenstellengruppen unterteilt. Die Erlöse einer DRG für die „Normalstation“ sind noch ermittelbar. Was ist jedoch, wenn ein Patient intern verlegt wird? Hierzu veröffentlichte Modelle^{8), 9), 10)} stellen sich in der Praxis als viel zu aufwendig dar. Werden die Erlöse der entlassenden Fachabteilung zugeordnet, können (gerade bei verlegungintensiven Bereichen) Verschiebungen zugunsten oder zulasten einzelner Fachabteilungen entstehen.
- **Gemischte Kostenstellengruppen:** Intensivstationen werden teilweise von Ärzten der Fachabteilung und von Anästhesisten betreut. Wem sollen in welchem Umfang die Erlöse zugeordnet werden? Die Kostenstellengruppe „Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche“ enthält Erlöse von Ärzten der eigenen Fachabteilung und anderer Fachabteilungen.
- **Externe Leistungserbringung:** Verschiedene Leistungen (zum Beispiel Radiologie, Labor, Pathologie etc.) werden in manchen Krankenhäusern von externen Dienstleistern erbracht. Somit sind in der Kostenmatrix des InEK (die ja als Grundlage zur Erlösverteilung dient) Teile in den Personalkosten Ärztlicher Dienst und Teile in den Sachkosten ausgewiesen. In welchem Umfang, ist unklar.
- **Arbeitsverteilung:** Mittlerweile ist die Definition bzw. die Organisation der Tätigkeiten in den Krankenhäusern teilweise unterschiedlich. Manche „ärztliche Tätigkeit“ wird von zusätzlich qualifiziertem Pflege- oder Funktionspersonal erbracht, während Tätigkeiten aus dem Pflegedienst von klinischem Hauspersonal übernommen werden können. Die Zuordnung der Erlöse wird in beiden Fällen erschwert bzw. ungenauer.

Dies sind lediglich die Problemschwerpunkte; bei der sachgerechten Erlöszuordnung auf der Fachabteilungsebene im DRG-Bereich gibt es noch eine Vielzahl anderer Schwierigkeiten, die eine korrekte Erlöszuordnung verhindern.

■ DRG-Kalkulation dient nicht der Personalbedarfsermittlung

Gemäß der Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG ist das InEK damit beauftragt, auf der Basis der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), Version 4.1 ein Entgeltsystem zu entwickeln und fortzuschreiben. Kostenstellengruppen und Kostenartengruppen stammen somit aus einem vollkommen anderen Gesundheits- und Finanzierungssystem. Nirgendwo steht geschrieben, dass die DRG-Nachkalkulation der Personalbedarfsermittlung dienen soll. Wäre dies der Fall, so wäre die Kostenartengruppe Personalkosten Funktionsdienst und Medizinisch-Technischer Dienst sicher nicht zusammengefasst dargestellt. Auch hat sich das InEK im Rahmen von Vorträgen und Veranstaltungen sowie auf Anfragen bisher klar von der Verwendung der Kalkulationsdaten zur Personalbedarfsermittlung distanziert. Weiterhin kritisch zu hinterfragen bleiben Aspekte wie Repräsentativität, Validität und Aktualität der Kalkulationsdaten¹¹⁾ und somit auch die Zuordnung der Erlöse auf dieser Basis.

■ Komplexität der Berechnung ist für die Beteiligten nicht darstellbar

Da die Transparenz und die Nachvollziehbarkeit der Methode einen wichtigen Aspekt bei der Personalbedarfsermittlung darstellt und es beim Stellenplan um einen hochsensiblen Bereich geht, ist diesem Aspekt besonderes Gewicht beizumessen. Selbst für berufserfahrene Finanzierungsexperten mit fundiertem betriebswirtschaftlichen Hintergrund ist die Ermittlung der Erlöse nach dem oben beschriebenen Verfahren eine kaum lösbare Herausforderung. Nicht weniger schwierig ist es, einem Chefarzt die genauen Methoden der Erlösermittlung nachvollziehbar und verständlich zu vermitteln. Eine Reduktion des Stellenplanes auf der Basis einer für den Chefarzt nicht nachzuvollziehenden Berechnungsmethode zu fordern, ist weder sinnvoll noch praxiskonform. ▶

GeoCon.

Dienstpläne für die Gesundheitswirtschaft

GeoCon ist einer der erfolgreichsten Spezialanbieter für die Dienstplanung in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft. Verschiedene Optimierungsmodule, die Integrationsfähigkeit in bestehende Informationssysteme und die „echte“ Drei-

Schicht-Architektur machen den GeoCon Dienstplan Pro 2 zum effektiven Kernprogramm Ihres erfolgreichen Personalmanagements. Denn GeoCon ist Dienstplan. Und Dienstplan ist GeoCon.

GeoCon

Software • Service • Support

Rudower Chaussee 29 • 12489 Berlin
Tel.: 030 6392-3693 • Fax: -6010
www.geocon.de • geocon@geocon.de

Diskussion

Anhand der von den Autoren gemachten Aussagen muss der Methode „Personalbedarfsermittlung anhand von Erlösen“ zur Ermittlung eines Personalbedarfs eine klare Absage erteilt werden. Bei der Anwendung dieser Methode treten weitere Fragestellungen auf, dazu ein Beispiel:

Ein Krankenhaus A in Nordrhein-Westfalen hat einen Basisfallwert von 2 697 € (entspricht dem Landesbasisfallwert 2006) bei 10 000 Bewertungsrelationen. Ein Krankenhaus B in Rheinland-Pfalz hat einen Basisfallwert von 2 957 € (entspricht dem Landesbasisfallwert 2006) bei ebenfalls 10 000 Bewertungsrelationen. Für dieselbe Leistung erhält Krankenhaus B somit 9,7 Prozent mehr Erlöse. Damit hätte eine Abteilung in Krankenhaus B einen Personalbedarf von 11 Ärzten, in Krankenhaus A hätte diese Abteilung für dieselbe Leistung einen Personalbedarf von 10 Ärzten?

Dieses Beispiel macht deutlich, dass eine Personalbedarfsermittlung anhand von Erlösen keine (sach)gerechte Lösung für die untersuchten Bereiche sein kann. „Ungerechtigkeiten“ in der Verteilung der Erlöse auf der Landesebene¹²⁾ würden somit in die Stellenbesetzung der Fachabteilungen übertragen. Dies kann weder im Sinne der betroffenen Bereiche noch des Krankenhausmanagements sein.

Die Personalbedarfsermittlung anhand von Erlösen stellt auf die Finanzierung bzw. die Finanzierbarkeit der Leistungen für einzelne Personalgruppen ab; daher ist diese Methode derzeit auch so „en vogue“, was natürlich ebenfalls ein wichtiger Aspekt ist.

Finanzierbarkeit und Angemessenheit der erbrachten Leistungen prüfen

Innerhalb des Clinotel-Krankenhausverbundes wird die Personalbedarfsermittlung aus den dargestellten Gründen anhand von Leistungen vorgenommen. Zwei weitere wichtige Aspekte, nämlich die Finanzierbarkeit und die Angemessenheit der erbrachten Leistungen bleiben nicht unberücksichtigt. Wenn die Erlöse insgesamt die Kosten und somit auch die Personalkosten nicht decken, kann ein Stellenplan, der auf der Basis einer Personalbedarfsermittlung anhand von Leistungen vorgenommen wurde, nicht dauerhaft gehalten werden.

Im Clinotel-Krankenhausverbund erfolgt die Betrachtung der Kosten-/Erlössituation im Rahmen einer DRG-Nachkalkulation und eines darauf aufbauenden Benchmarking.¹³⁾ Letzteres wird zusätzlich zu einer Personalbedarfsermittlung anhand von Leistungen durchgeführt und stellt eine absolut sinnvolle Verbindung zu den Aspekten Finanzierbarkeit und Angemessenheit der erbrachten Leistungen her. Mit der Betrachtung der Leistungen im Vergleich (Abbildung 1) kann die Angemessenheit der Leistungen (hier: die Aufenthaltsdauer der Patienten auf der Intensivstation) kritisch hinterfragt und die beste Praxis von den Ärzten im Rahmen eines Workshops oder eines Auditverfahrens ermittelt werden. Clinotel bietet seinen Mitgliedshäusern beide Möglichkeiten an. Die Kostenunterschiede zwischen 8 und 673 € pro Patient für den Intensivbereich einer DRG (Abbildung 2) zeigen, wie wichtig diese zusätzliche Betrachtung ist. Es wird auch deutlich, dass Kostenunterschiede einmal mit

Abbildung 1: Durchschnittliche Belegungsstunden Intensivstation pro Patient (Clinotel-Benchmarking)

DRG I48Z Revision o. Ersatz des Hüftgelenkes, ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthodese mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere cc

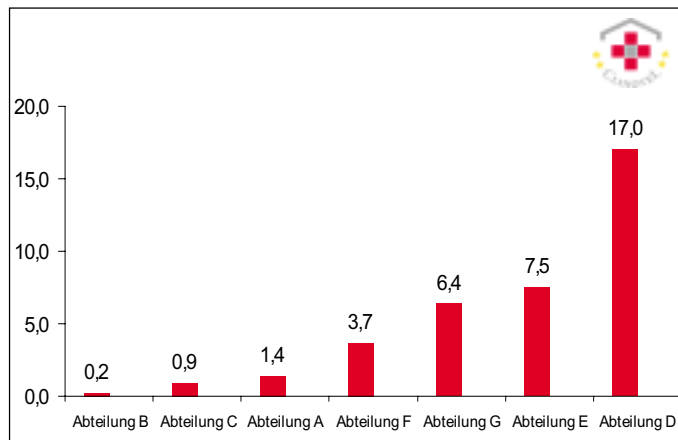


Abbildung 2: Durchschnittliche Kosten Intensivstation pro Patient (Clinotel-Benchmarking)

DRG I48Z Revision o. Ersatz des Hüftgelenkes, ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthodese, mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere cc

Abteilung	B	C	A	F	G	E	D
Kosten pro Intensivstunde (€)	39,65	34,30	28,77	40,80	25,12	27,68	39,61
Aufenthaltsdauer pro Patient (Stunden)	0,2	0,9	1,4	3,7	6,4	7,5	17,0
Kosten pro Patient (€)	7,93	30,87	40,27	150,96	160,76	207,60	673,37

der chirurgischen Abteilung (hinsichtlich der Belegungsdauer in Stunden) und einmal mit der Fachabteilung Anästhesie/Intensivmedizin (hinsichtlich der Kosten pro Stunde) erörtert werden müssen. Somit ist nicht nur eine Beurteilung der Finanzierbarkeit, sondern auch eine Hilfestellung für die untersuchten Bereiche gegeben, an welcher Stelle Optimierungen vorgenommen werden müssen.

Neue Herausforderungen durch neue Organisationsformen

Gerade in Zeiten eines neuen Arbeitszeitgesetzes mit der Anforderung an neue Dienstplanmodelle (neue Organisation des Bereitschaftsdienstes, Schichtdienstmodelle etc.) kommt der Personalbedarfsermittlung besondere Bedeutung zu.¹⁴⁾ So ist es in besonderem Maße erforderlich, bei der Neuorganisation der Bereiche, den Personalbedarf anhand der Leistungen genau zu kennen und ggf. abzuwägen, welche Leistungen in welche Zeiträume verlagert werden können. Die Anhaltzahlen für die Stationsversorgung werden neu zu ermitteln sein, wenn sich die „Servicezeiten“ erheblich verändern bzw. wenn die Bereitschaftsdienstzeit zur Regeldienstzeit wird. Eingesparte Bereitschaftsdienstvergütungen werden in Vollkräfte oder Arbeitszeitverlängerungen „investiert“ und die Berechnungsgrundlagen müs-

sen entsprechend angepasst werden. Diese Herausforderungen werden angenommen und sind dann in praxiserprobte Grundlagen umzusetzen. In vielen Krankenhäusern (ebenso in der Clinotel-Geschäftsstelle und den Mitgliedshäusern) wird bereits hieran gearbeitet. Die Personalbedarfsermittlung anhand von Erlösen bietet keine adäquate Herangehensweise zu diesem Thema.

Fazit

Die Personalbemessung sollte sich an einer Personalbedarfsermittlung anhand von Leistungen bzw. von Anhaltszahlen orientieren. Erfahrungsgemäß bietet die differenzierte Betrachtung von SOLL und IST in den einzelnen Bereichen gute Hinweise zu bestehendem Optimierungspotenzial. Die Methode ist weiter fortzuschreiben hinsichtlich der Anwendung neuer Arbeitszeitmodelle.

Die Finanzierbarkeit und die Angemessenheit der Leistungserbringung sind wichtige Aspekte, sie sollten einer separaten, zusätzlichen Betrachtung unterzogen werden. Eine komplette DRG-Nachkalkulation oder eine Kosten-/Erlösbetrachtung einzelner Berufsgruppen (zum Beispiel Ärztlicher Dienst, Pflegedienst) kann mit den genannten Einschränkungen eine erste Beurteilung hinsichtlich der Finanzierbarkeit ermöglichen.

Hinsichtlich der Angemessenheit von Leistungen ist ein Vergleich auf der DRG-Ebene anzuraten, der idealerweise nicht anonymisiert stattfindet, damit strukturelle Unterschiede (zum Beispiel eigenes Labor versus Fremdlabor) berücksichtigt werden können und die beste Praxis herausgestellt werden kann. Dadurch erhalten die untersuchten Bereiche eine weitere Hilfestellung. Dieses umfassende und mehrdimensionale Vorgehen führt erfahrungsgemäß zu einer hohen Transparenz und Nachvollziehbarkeit und so auch zu einer höheren Akzeptanz seitens der untersuchten Bereiche.

Literatur/Anmerkungen

- 1) Personaleinsatz und Personalkosten im Krankenhaus, Bayerischer Kommunalen Prüfungsverband, 1998, München
- 2) Bofinger/Dörfeld, Arbeitshandbuch Personalbedarf im Krankenhaus, Stand 5. Nachlieferung März 2007, Kommunal- und Schul-Verlag, Wiesbaden
- 3) Engelke, Dirk-R.; Schmitt-Rettig, Barbara: Personalmanagement in Krankenhäusern, Seite 285 ff. in: Management im Gesundheitswesen. Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Gericke, Christian (Herausgeber), Springer Verlag 2006
- 4) Platzkoster, C.; Rossbach, Chr.; Borges, P.: Die Arbeitsorganisation bestimmt den Personalbedarf, f&w 1/2007 24. Jahrgang, Seite 56 ff.
- 5) Paul, Joachim: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden 2007, Seite 572
- 6) Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 3.0 vom 10. Juli 2007, Anlage 2: Übersicht der Abgrenzungstatbestände, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf
- 7) Haas, Antje: Wie viele Ärzte brauche ich wirklich?, krankenhausemschau 11/2006, Seite 1064 ff.
- 8) Bracht, M.: Steuerungsinstrumente anpassen – Berechnung von DRG-basierten Fachabteilungsbudgets, krankenhausemschau spezial, Sonderheft Controlling, 4/2002, Seite 13 ff.
- 9) Polei, G.: Abteilungsbudgets unter DRG-Bedingungen, das Krankenhaus 12/2003, Seite 1007 ff.

– Anzeige –

NEU! Einzigartig!
Der Haufe TVÖD LeistungsRechner.



Die einzige Software, mit der Sie die Ermittlung des Leistungsentgelts vollständig abwickeln können.

Jetzt kennenlernen: www.haufe.de/leistung

- 10) Focke, A.: Abteilungs- und periodengerechte Verteilung von DRG-Erlösen mit Hilfe der DDMI-Methode, das Krankenhaus 4/2006, Seite 289 ff.
- 11) Billing, A.: Personalplanung und Stellenberechnung auf der Basis von InEK-Daten, Der Chirurg BDC 4/2007, Seite 118
- 12) Siehe hierzu auch den Artikel im Westfälischen Anzeiger vom 23. Mai 2007 „Läge Balve doch nur in Rheinland-Pfalz...“
- 13) Beck, Udo; Becker, Andreas; Pfeuffer, Bianca: DRG-Kalkulation und Benchmarking, krankenhausemschau spezial, Sonderheft Controlling 4/2006, Seite 14 ff.
- 14) Wehmeier, B.; Vering, B.: Auf die planvolle Strategie kommt es an, f&w 1/2007, 24. Jahrgang, Seite 69 ff.

Anschrift der Verfasser

Dipl.-Verwaltungswirt Udo Beck/
Prof. Dr. Andreas Becker, Geschäftsführer,
CLINOTEL Krankenhausverbund gGmbH,
Ebertplatz 1, 50668 Köln,
beck@clinotel.de
www.clinotel.de ■

**GeoCon
Dienstplan Pro 2**

**Die Basis für
Ihr optimales
Personalmanagement**

GeoCon ist Dienstplan.

GeoCon
Software • Service • Support
Rudower Chaussee 29 • 12489 Berlin
Tel.: 030 6392-3693 • Fax: -6010
www.geocon.de • geocon@geocon.de