

Institut für innovative Arbeitsbedingungen im Krankenhaus



Arbeitszeitmanagement an Kliniken - kompetenzbasierter, effizienter Personaleinsatz

Wissenschaftliche Konferenz Demografie- und Kompetenzmanagement

Facharzt +

Münster 15. November 2014

Mit Einführung des DRG Systems steigt der Druck ständig effizienter zu werden:

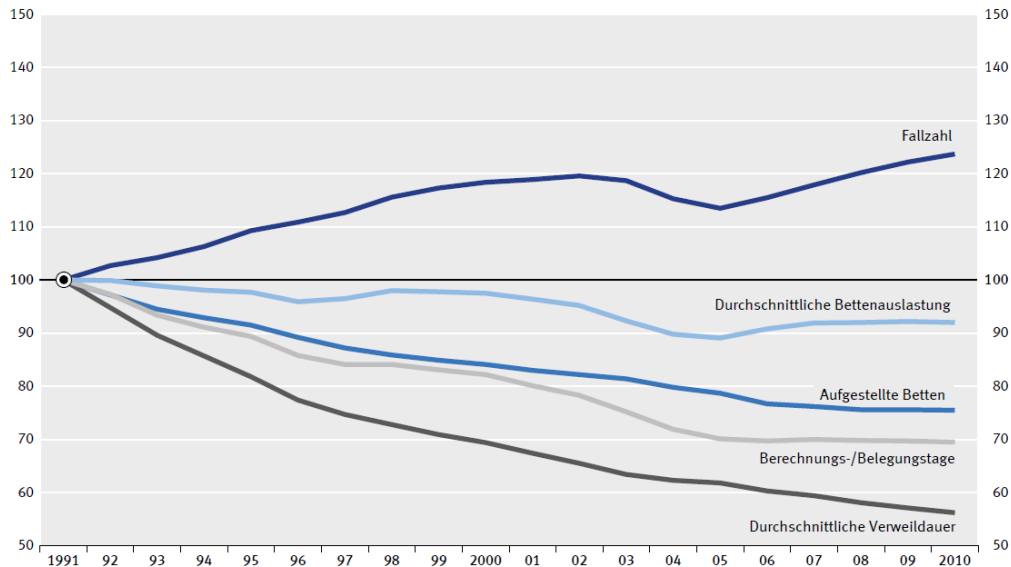
- Leistungssteigerung aufgrund Demografie und Fortschritt
- Kosten- Erlösschere - Entwicklung Kosten (PK) und Erlöse
- Tarifabschlüsse über Steigerung Landesbasisfallwert
- Heben von Effizienzreserven

➔ neue Lösungen sind gefragt

Leistungssteigerung aufgrund Demografie und Fortschritt

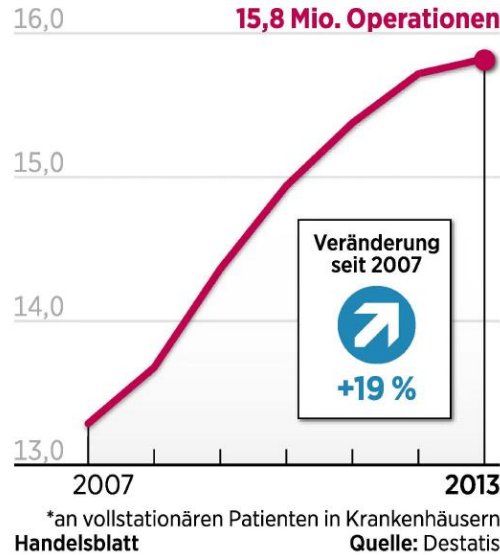
Durch die Senkung der Verweildauern wird bei gleichzeitiger Bettenreduktion die Fallzahlentwicklung faktisch kompensiert – Bettenbelegung bleibt daher nahezu konstant

Schaubild 1 Entwicklung zentraler Indikatoren der Krankenhäuser
1991 = 100



Quelle: Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt 2012

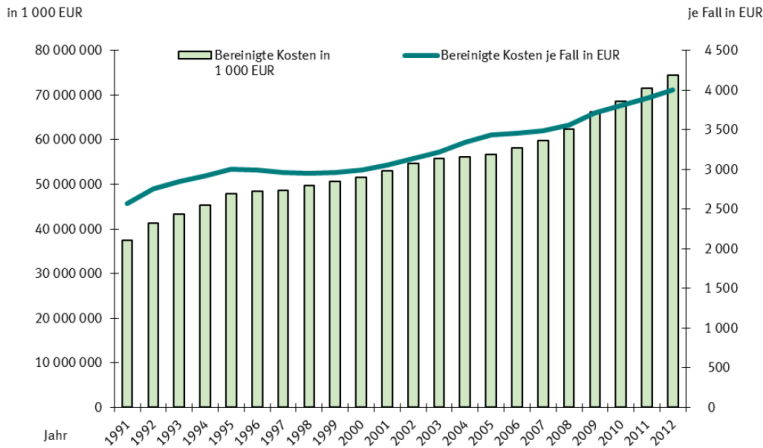
Mehr Arbeit für Chirurgen Zahl der Operationen in Deutschland*



Die überproportionale Entwicklung im Bereich der OP-Fallzahlen führt zu einem erheblichen Mehrbedarf vor allem an Ärzten und im Funktionsdienst

Kosten - Erlösschere

Abbildung 1: Bereinigte Kosten ¹⁾1991 bis 2012



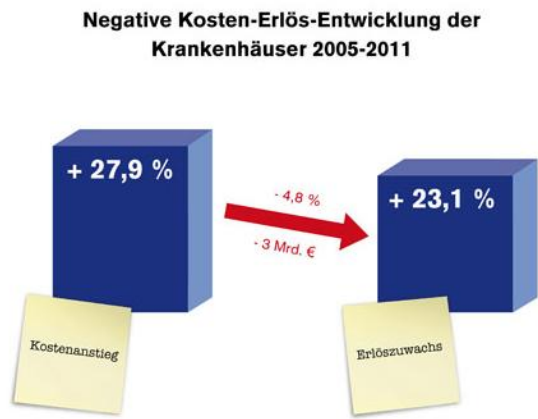
¹⁾ Ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds

Quelle: Destatis - Kostennachweis Krankenhäuser 2013

Die Kostensteigerungen im Krankenhaus sind seit 1991 relativ konstant

27. MÄRZ 2012

Negative Kosten-Erlös-Entwicklung der Krankenhäuser 2005-2011

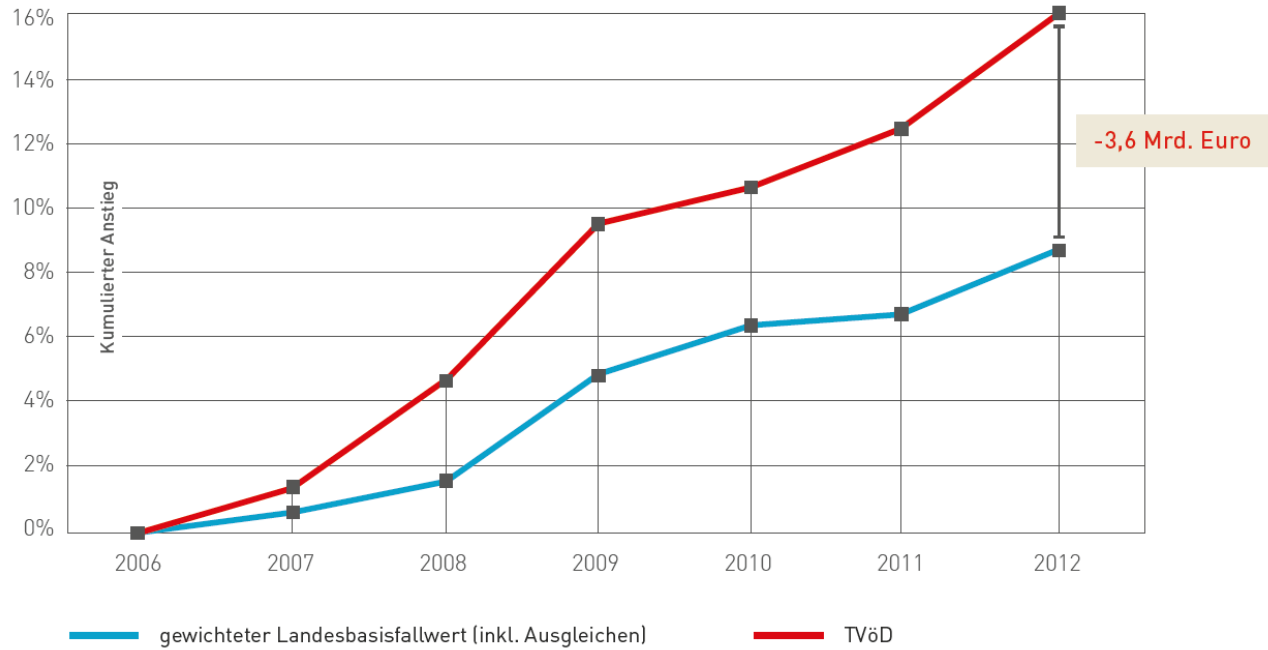


Quelle: Statistik der DKG 2012

Die Erlösentwicklung „hinkt“ jedoch ständig hinterher – die „Unterdeckung“ geht meist zu Lasten der Personalseite

Tarifabschlüsse und Entwicklung Basisfallwert

Tariflohn-Erlös-Schere der Krankenhäuser



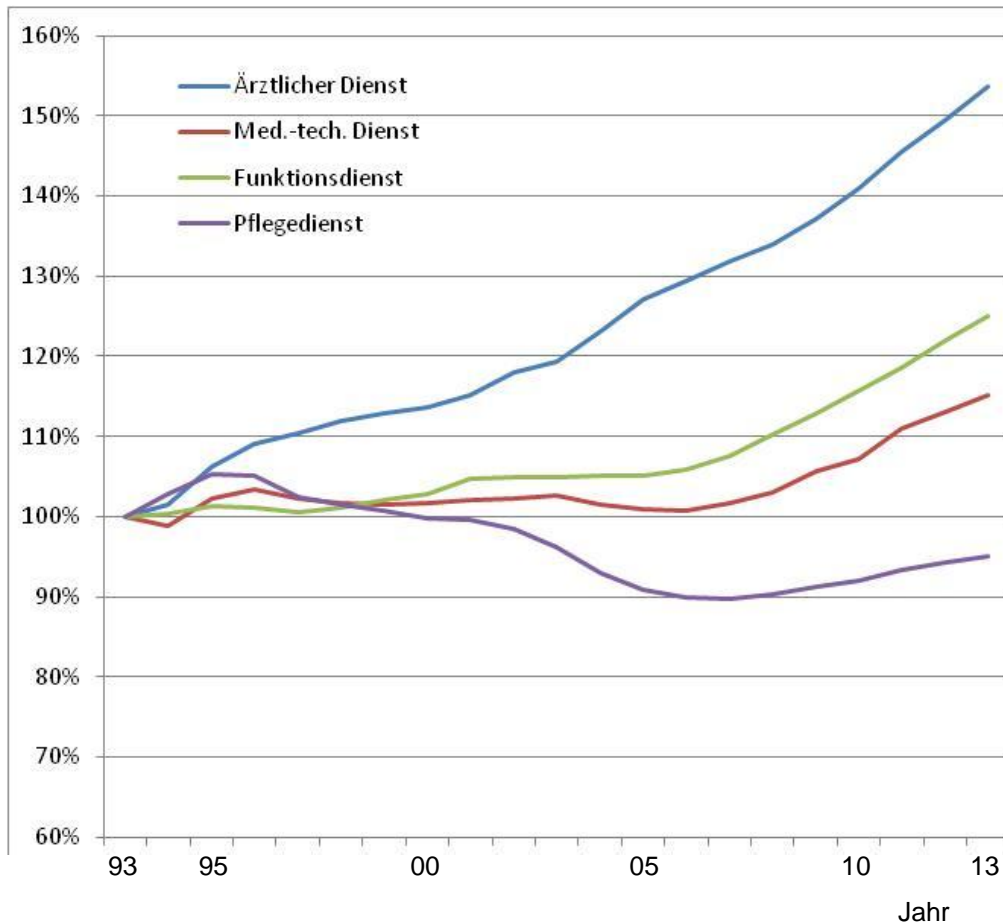
Die Tariflöhne steigen seit Jahren stärker als die Erlöse im Krankenhausbereich.
Der refinanzierbare Anteil der Personalkosten sinkt stetig.
Die Folge:
der Personaleinsatz muss effizienter werden

Quelle: Statistik der DKG 2014

Heben von Effizienzreserven

Krankenhausbeschäftigte

Index 1993 = 100%



Quelle: Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt 2012

Im Betrachtungszeitraum wurde 6 % weniger Personal im Bereich der Pflege beschäftigt. Von 1993 bis 2003 sind die Personalzahlen nahezu unverändert geblieben. Mit Anstieg der Fallzahlen, vor allem seit 2005 kehrt sich dieser Trend jedoch wieder. Im Ärztlichen Dienst fällt die Steigerung mit 50 % über den Betrachtungszeitraum besonders hoch aus. Häufig wird hier der gestiegene Dokumentationsaufwand als Erklärung herangezogen – Effizienzreserven vorhanden!

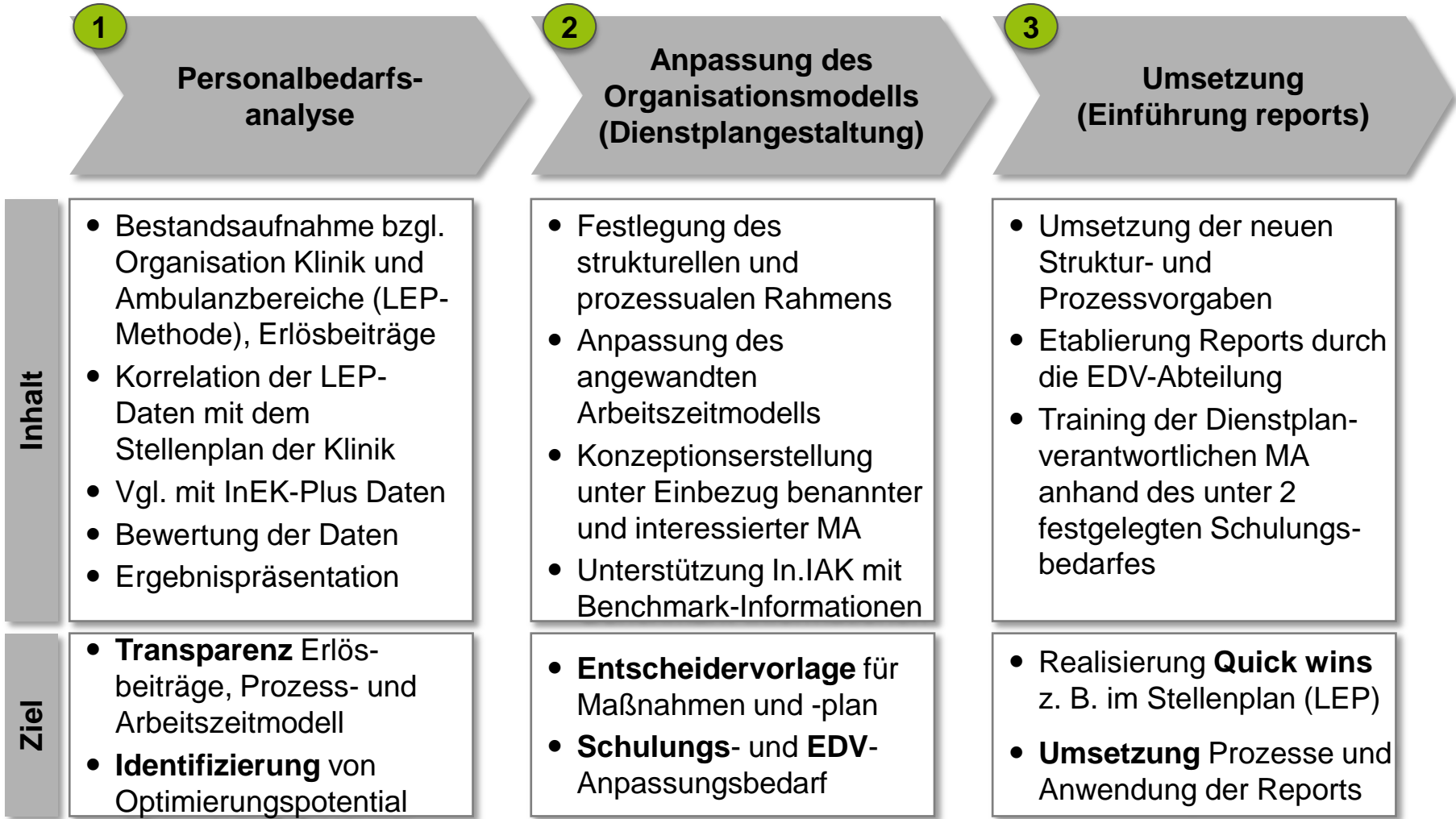
Effizienzsteigerungen systematisch planen und Umsetzen:

1. Personalbedarfsanalyse - kompetenzbasiert
 - LEP-Analyse (qualifikationsorientierter Leistungsstelleneinsatzplan)
 - Leistungsentwicklung in allen Bereichen (stat. / amb. / privat)
 - Vergleiche (InEK, Benchmarking)

2. Dienstplangestaltung

3. Controlling

Mögliches Vorgehen in einem Projekt zum effizienten Personaleinsatz



LEP: „qualifikationsorientierte Leistungsstelleneinsatzplanung“

- Qualifikation – der „richtig“ qualifizierte MA
- Leistungsstelle – am richtigen Ort
- Personaleinsatzplan – zum richtigen Zeitpunkt

LEP-Strukturvorlagen zur Ermittlung des „optimalen“ Personaleinsatzes hinsichtlich Einsatzort, -Zeit und benötigter Qualifikation

- Korrelation zum Stellenplan -

Struktur LEP-Vorlagen

		1 VK = 1680 h pa Abwes. = 16 %						
LSt / Ort	LSt / AZ-Modell	Arbeitsplatz (h/pa)	MA	Qualifikation	excl. CA		VK-Anteil	
OA	Supervision Station 47	2000		OA			80,00%	
	Supervision Station 46, RST, TK	2000		OA			80,00%	
	Supervision Station Neo	2000		OA			90,00%	
	RB-Dienste m. FZA	360		OA (Neo)			100,00%	
	WE Visiten	0		OA (s. Neo)			0,00%	
Sprechstunden				OA (s. Neo)			0,00%	
Di	Rheumatologie (10:00-18:00)	400						
Mi	Niere (8:00-16:00)	400						
Do	Gastroenterologie (4h)	200						
	Gastroenterologie	420			FA			25,00%
	Konsile Neuropädi	504			FA			30,00%
Endoskopie								
Di	8:00-10:00	100						
Fr	8:00-10:00	100						
	Dienstplanung	100						
VK		5,11			platzmethode zu IST	-1,06		4,05
Pädiatrie allgemein								
St. 46	FD (Mo-Fr)	2000			FA			30,00%
Tk	FD (Mo-Fr)	1000			AA			80,00%
St 47	FD (Mo-Fr) 3 fach	6000			AA			85,00%
RST	FD (Mo-Fr)	1600			AA			90,00%
SD RST	SD (Mo-Fr)	1875			AA			75,00%
SD Klinik	SD (Mo-Fr) 6h anschl. BD	1500			AA			100,00%
					AA			100,00%
FD RST	FD (Sa,So, FT) (8:00-12:00)*	0			AA			90,00%
ZWD RST	SD (Sa,So, FT) (12:00-20:30)	920			AA			90,00%
					AA			100,00%
BDLinien	BD (Mo-Do) (20:30-8:00) FZA 8h	1600			AA			100,00%
	BD Fr o. FZA	0			AA			90,00%
	BD Sa, So, FT geteilt 12h o. FZA	0						
	BD Anteile So, FT m. FZA (8h)	504						
	*wird durch MA SPZ erbracht							0,00%
	Summe	16999						0,00%
VK		10,12			platzmethode zu IST	0,18		10,30
Neonatologie								
Station 91	FD (Mo-Fr) 8:00 h (2 fach besetzt)	4000			OA (s. oben)			0,00%
	ZW (Mo-Fr) 8:00h	2000			OA (s. oben)			0,00%
	SD (Mo-Fr) 6:30h	1625			OA (s. oben)			80,00%
	ND (Mo-Fr) 9:15h	2312,5			FA			0,00%
					AA			90,00%
	FD* WE (Sa,So,FT) 11:45h	1351,25			FA			100,00%
	ND* WE (Sa,So,FT) 11:45h	1351,25			FA			90,00%
					AA			100,00%
					AA			90,00%
	Summe	12640			FA			80,00%
					AA			100,00%
VK		7,52			Differenz (Arbeitsplatzmethode zu IST)	-0,22		7,30
Gesamt VK		22,75			Differenz (Arbeitsplatzmethode zu IST)	-1,10		21,65

OA-Bereich

AA/FA-Bereich

Spezialbereiche
z. B. Intensiv
AA/FA-Bereich

Struktur LEP (Ausschnitt)

LSt / Ort	LSt / AZ-Modell	Arbeitsplatz (h/pa)	MA	Qualifikation	VK-Anteil
OA	Supervision Station 47	2000		OA	80,00%
	Supervision Station 46, RST, TK	2000		OA	80,00%
	Supervision Station Neo	2000		OA	90,00%
	RB-Dienste m. FZA	360		OA (Neo)	100,00%
	WE Visiten	0		OA (s. Neo)	0,00%
Sprechstunden				OA (s. Neo)	0,00%
Di	Rheumatologie (10:00-18:00)	400			
Mi	Niere (8:00-16:00)	400			
Do	Gastroenterologie (4h)	200			
	Gastroenterologie (10h)	420		FA	25,00%
	Konsile Neuropädiatrie	504		FA	30,00%
Endoskopie					
Di	8:00-10:00	100			
Fr	8:00-10:00	100			
	Dienstplanung	100			
	VK	5,11	Differenz (Arbeitsplatzmethode zu IST) -1,06		4,05

- Leistungsstelle
- -ort
- Zeitangaben

- Stellenplan

Quelle: In.IAK 2014

Struktur LEP (Ausschnitt – Berechnungsgrundlagen)

Pädiatrie allgemein		
St. 46	FD (Mo-Fr)	2000
Tk	FD (Mo-Fr)	1000
St 47	FD (Mo-Fr) 3 fach	6000
RST	FD (Mo-Fr)	1600
SD RST	SD (Mo-Fr)	1875
SD Klinik	SD (Mo-Fr) 6h anschl. BD	1500
FD RST	FD (Sa,So, FT) (8:00-12:00)*	0
ZWD RST	SD (Sa,So, FT) (12:00-20:30)	920
BDLinien	BD (Mo-Do) (20:30-8:00) FZA 8h	1600
	BD Fr o. FZA	0
	BD Sa, So, FT geteilt 12h o. FZA	0
	BD Anteile So, FT m. FZA (8h)	504
Summe		16999

LST und Schicht
Mo-Fr und WE,FT

BD-Linien
Mo-Fr und WE,FT

Quelle: In.IAK 2014

Personalbedarf – Potentiale (Ergebnisse von 13 Kliniken)

Zusammenfassung der Ergebnisse der LEP-Aufnahme zur IST-Situation				
Klinik	lt. Stellenplan	lt. SP-Expert	Angewandtes Dienstplanmodell	Delta angewandtes Modell der Klinik zum Stellenplan
	20,8	21,75	20,52	-0,28
	9,75	8,75	9,73	-0,02
1	30,55	30,5	30,25	-0,3
2	12,4	12,15	11,9	-0,5
3	16,45	16,45	15,48	-0,97
4	12,8	12,8	11,61	-1,19
5	8,05	8	7,86	-0,19
6	21,65	21,65	21,2	-0,45
7	23,3	23,5	22,05	-1,25
8	8,5	8,5	6,87	-1,63
	18,8	18,8	14,9	-3,9
	19,45	19,45	21,59	2,14
	46,75	46,75	43,36	-3,39
9	33,10	32,75	29,64	-3,46
	21,75	21,75	21,95	0,2
	54,85	54,50	51,59	-3,26
10	12,61	15,11*	13,54	0,93
11	11,75	11,75	11,32	-0,43
12	11,2	11,2	11,67	0,47
13	19,75	19,75	19,46	-0,29
Summe	282,11			
			Summe Potential aller 13 Kliniken	-12,22

In der Tabelle sind die VK-Äquivalente lt. Stellenplan, Dienstplanprogramm SP-Expert und angewandtem Dienstplanmodell aufgeführt. Das resultierende „Delta“ (Modell zum Stellenplan) wurde berechnet. Das Ergebnis spiegelt das „theoretische Potential“, welches mit Einführung einer stringenter Abwesenheitssteuerung zu adressieren wäre.

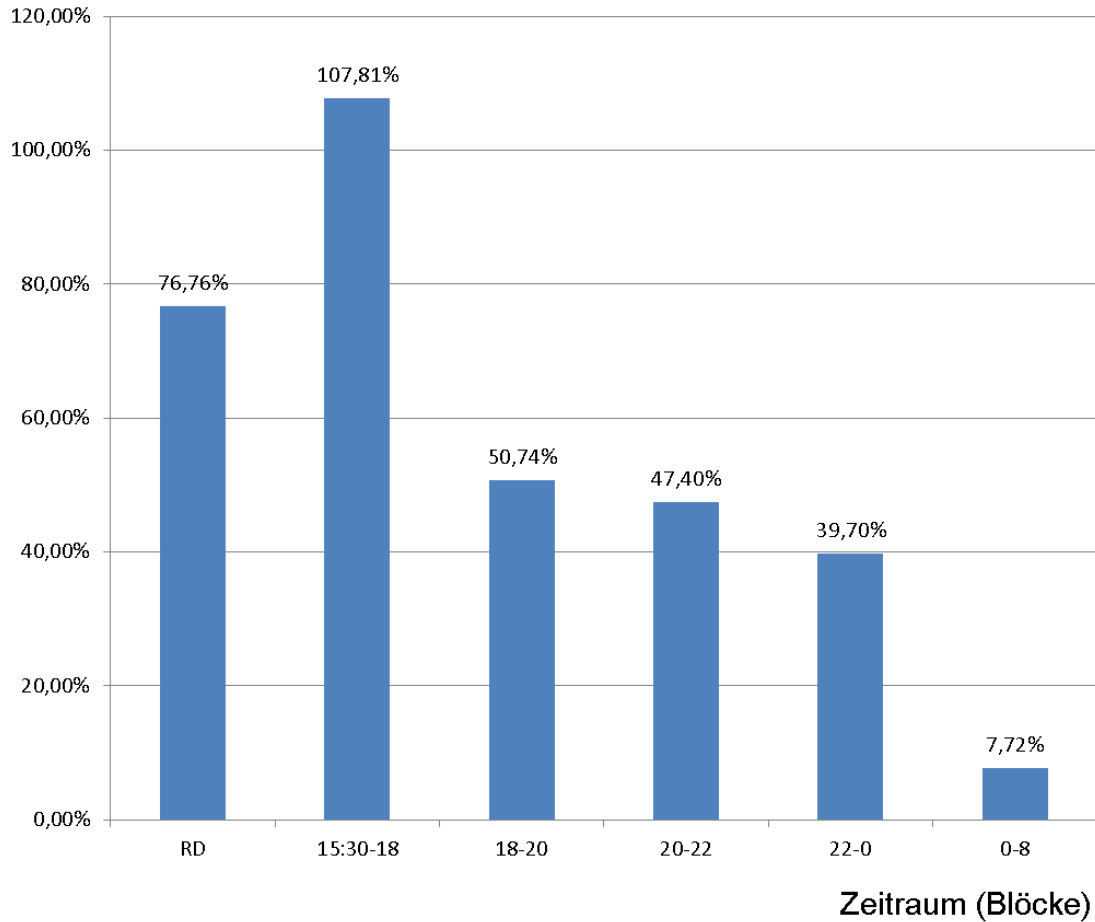
Bei einer Umsetzungsrate von 50 % entspricht dies einer Einsparung von ca. 500 TEUR pa für diese 13 Kliniken.

Quelle: In.IAK 2014

Personalbedarf - Leistungsentwicklung

Beispiel OP: Anästhesiologische Auslastung (AN-Beginn – AN-Ende im Verhältnis zur Laufzeit)

OP-Inanspruchnahme Mittwochs



Leistungsmenge und Laufzeiten werden transparent.
– Anpassung Dienstplanung anhand belastbarer Daten

Im Beispiel wird durch Einführung eines flexiblen Dienstes (ein Team bleibt bei Bedarf bis 18:00 Uhr) bei gleichzeitiger Verlässlichkeit des Dienstendes (Reduktion Überstunden) und der Anpassung der BD-Zeiten von zuvor 2:00 – 6:00 Uhr auf 22:00 – 8:00 Uhr (Projekteffekt = 20.000 EUR pa)

Quelle: In.IAK 2014

Effizienzsteigerungen systematisch planen und Umsetzen:

- Personalbedarfsanalyse - kompetenzbasiert
 - LEP-Analyse (qualifikationsorientierter Leistungsstelleneinsatzplan)
 - Leistungsentwicklung in allen Bereichen (stat. / amb. / privat)
 - Vergleiche (InEK, Benchmarking)
- Dienstplangestaltung
- Controlling

Dienstplan inkl. Abwesenheitssteuerung

Beispiel für die Aufstellung der Besetzungstärken und Abwesenheitsvorgaben einer Klinik

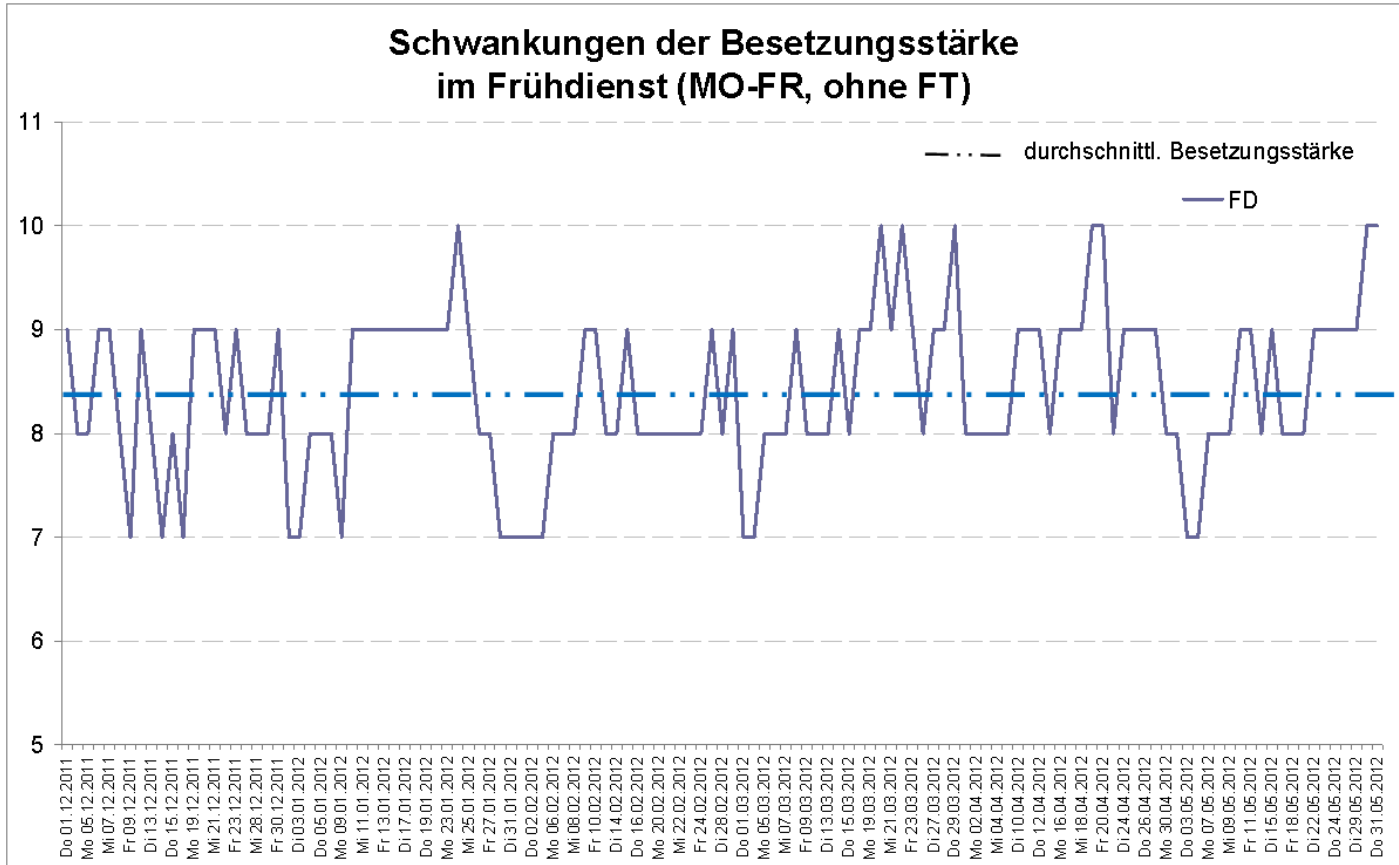
Anforderungen an den Dienstplan		BS Früh	BS Spät	BS BD	BS RB	XBD	Summe BS	Max in Urlaub FW, X
Pädiatrie allgemein:	*FA und AA im BD (OA/FA im Hintergrund)							
Mo FD	4 AA Station inkl. TK, 1 AA RST, 2 OA SV	7	2	1	1	1	10	5
Mo SD	1 AA Klinik, 1 AA RST							
Mo BD	1 AA							
Di FD	4 AA Station, 1 AA RST, 1 OA SV , 1 OA Spr.st	7	2	1	1	1	10	5
Di SD	1 AA Klinik, 1 AA RST							
Di BD	1 AA							
Mi FD	4 AA Station, 1 AA RST, 1 OA SV , 1 OA Spr.st	7	2	1	1	1	10	5
Mi SD	1 AA Klinik, 1 AA RST							
Mi BD	1 AA							
Do FD	4 AA Station, 1 AA RST, 1 OA SV , 1 OA Spr.st	7	2	1	1	1	10	5
Do SD	1 AA Klinik, 1 AA RST							
Do BD	1 AA							
Fr FD	4 AA Station, 1 AA RST, 2 OA SV	7	2	1	1	1	10	5
Fr SD	1 AA Klinik, 1 AA RST							
Fr BD	1 AA							
Sa, So , FT	2 BD AA (2 x 12 h) auf 2 AA			2				
Sa, So , FT (ZWD RST)	1 AA RST (12:00 - 20:30) (von 8-12 BD d. SPZ)		1				1	14
Mo - Fr	RB OA/FA 16:00-7:00 (15 h)				1			
Sa, So, FT	RB OA/FA (24 h)				1			
						Ausgleichstage WE		115 SD RST
Abwesenheitssteuerung								
	2000 Abwesenheitstage							
	teilen sich wie folgt auf:	pa	pro Monat	März Plan				
2,35 VK"A"	Abwesenheit "A"	493,5	41,13	38				
	Urlaub	715,3	59,61	61				
	krank (3%)	162,38	13,53	7				
	FW - XÜ	108,25	9,02	10				
	zzgl. WE-Ausgleich	452,81	37,73	42				
	Summe	1932,24	161,02	158,00				

Quelle: In:IAK 2014

Effizienzsteigerungen systematisch planen und Umsetzen:

- Personalbedarfsanalyse - kompetenzbasiert
 - LEP-Analyse (qualifikationsorientierter Leistungsstelleneinsatzplan)
 - Leistungsentwicklung in allen Bereichen (stat. / amb. / privat)
 - Vergleiche (InEK, Benchmarking)
- Dienstplangestaltung
- Controlling

Beispiel Gastroenterologie



Besetzungstärke im Frühdienst = 8 MA

An 8 Tagen um 2 MA,
an 59 Tagen um 1 MA
„überbesetzt“

Potential:

1200 h pa bzw.
0,7 VK Arzt

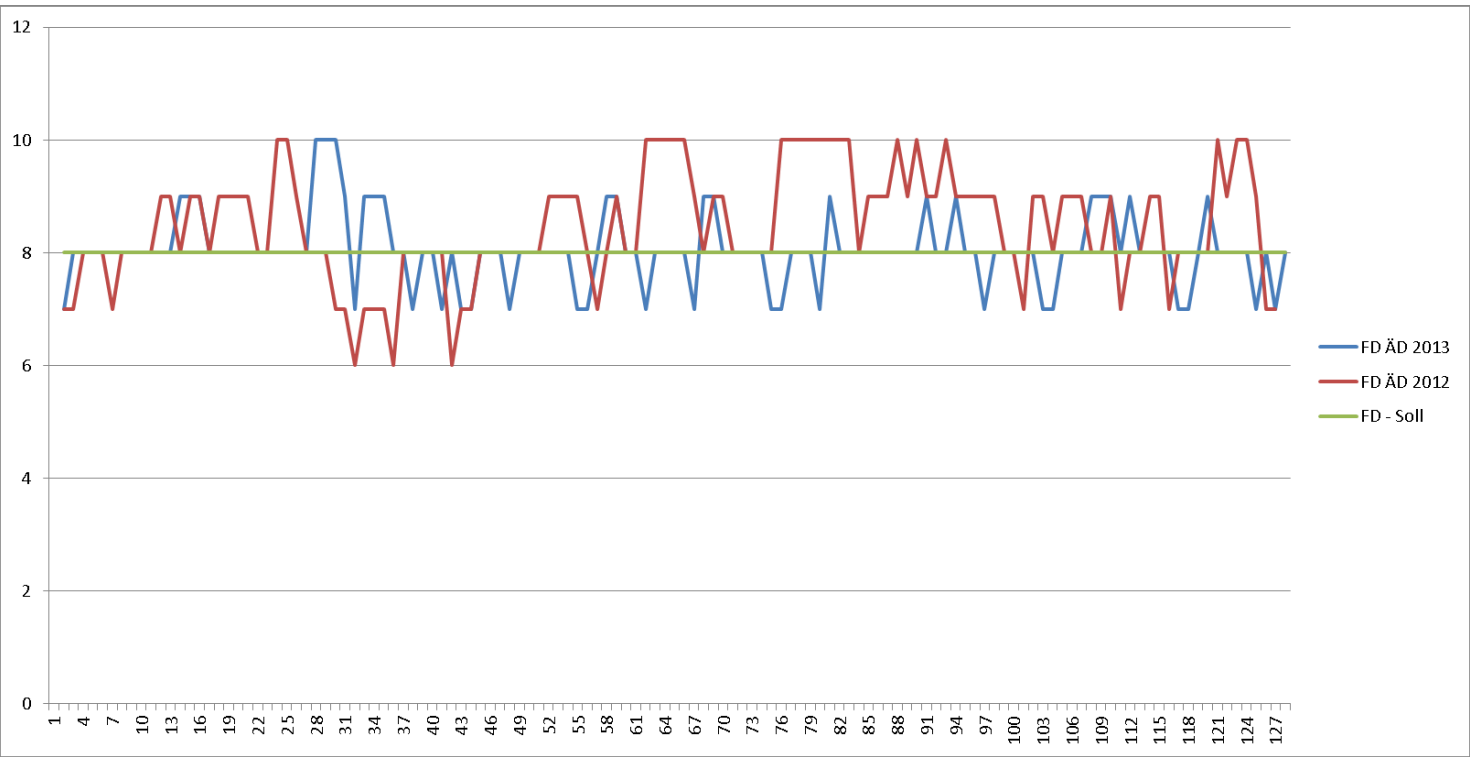
ca. 70.000 EUR pa

Quelle: In.IAK 2014

Controlling - Projekteffekt

Vergleich Besetzungsstärken nach LEP-Analyse und Einführung Abwesenheitssteuerung

Beispiel Frühdienste jeweils 3. und 4. Quartal des Jahres:



Die durchschnittliche Inanspruchnahme im FD lag im 2. HJ. 2012 bei 8,46 VK

Im 2. HJ 2013 nach Einführung der Abwesenheitssteuerung konnte dieser Wert auf 8,03 gesenkt werden.

Erzielter Projekteffekt 2013:

ca. 45.000 EUR

Quelle: In.IAK 2014

Das Arbeitszeitmanagement in Kliniken erhält einen hohen Stellenwert:

- Personalbedarf wird kompetenzbasiert und Leistungsbezogen ermittelt
- EDV- Dienstplanprogramme unterstützen die Umsetzung der ermittelten Ergebnisse (lt. Stellenplan, Abwesenheitssteuerung)
- Die Personalabteilung unterstützt durch gezielte Personalauswahlverfahren und Personalentwicklung
- Mit Einführung von Controllingssystemen zur Abbildung der Personaleinsätze (Soll-Ist-Vergleiche) wird das „Steuern“ vor Ort ermöglicht