

Jan Kutscher

Personalbedarfsermittlung im ärztlichen Dienst

Referat
auf der Herbsttagung des
Verbandes Leitender Ärzte der Knappschaft-Bahn-See

Bochum, 23. November 2024

ausschließlich zur internen Verwendung



Personalbedarf = Wie viele Mitarbeiter/innen werden wie lange benötigt, um eine definierte Leistungsmenge zu erbringen?



Vor der Operation.

*Spezial-Aufnahme fürs „Berliner Leben“
von R. Säger, Charlottenburg.*

Excellenz Wirkl. Geh. Rat Professor Dr. Ernst von Bergmann

Quelle: *Berliner Leben*, 1906,
S. 104 f.

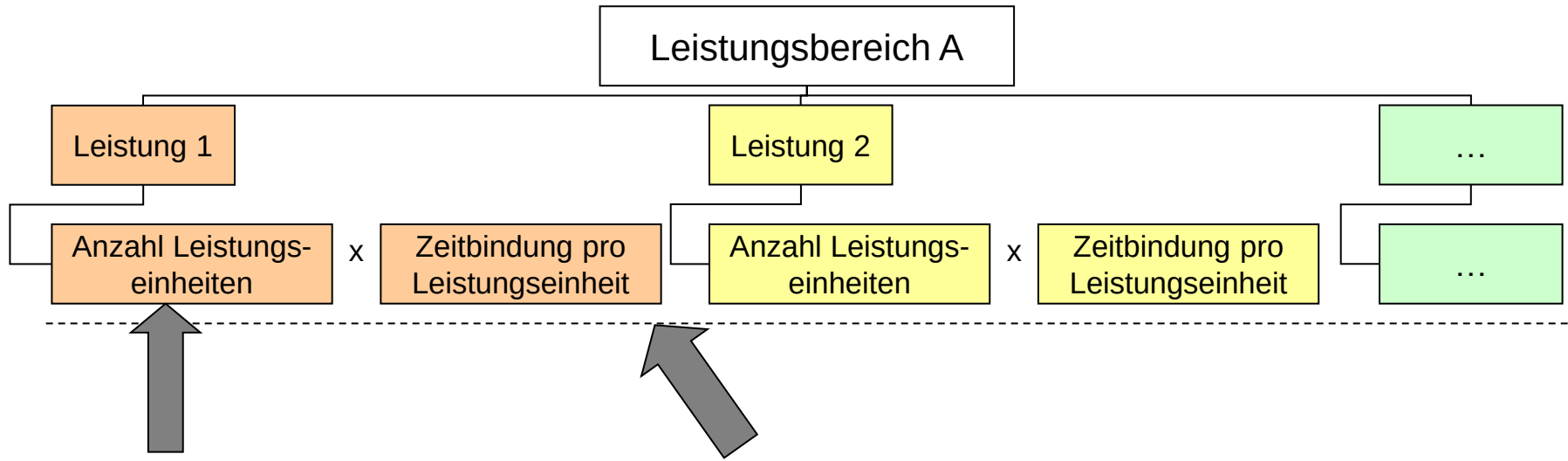
(Download unter www.zlb.de)

Einführung einer verbindlichen Personalbemessung auch im ärztlichen Bereich

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), Ergänzung § 137m SGB V

- „(1) Die zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen.
[...]
- (2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. März 2025 einen Auftragnehmer [...] mit der Erprobung eines in Abstimmung mit der Bundesärztekammer durch das Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzeptes zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern.
[...]
Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an zugelassenen Krankenhäusern [...] zu bestimmen.
[...]
Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate nach Erteilung des Zuschlags einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen.
[...]
Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 3 zu berücksichtigen.
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 jeweils eingesetzten und der auf Grundlage des Bedarfs [...] in diesen Abteilungen jeweils einzusetzen- den Ärztinnen und Ärzte erlassen.
[...]
- (4) Die Mindestvorgaben zur ärztlichen Personalausstattung, die sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, bleiben unberührt. [...]

Prinzip der leistungsbezogenen Personalbedarfsermittlung



Leistungsmengen:

- Aufnahme gemäß Dokumentation im KIS
- ggf. Nutzung weiterer Datenquellen

Zeitwerte: Vergleichsmaßstab festlegen – z.B.:

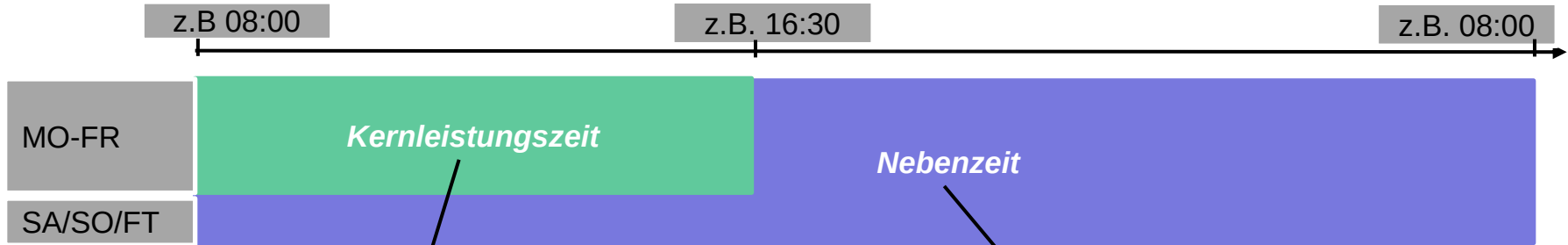
- Durchschnittswert
- Best Practice
- in der berechneten Organisationseinheit erhobener Schätz- oder Messwert

Personalbedarf = Leistungsmenge pro Zeiteinheit x Zeitbindung („Arbeit = Leistung x Zeit“)

- Die Höhe des Personalbedarfs ist allgemein – *unabhängig von der jeweiligen Erhebungsmethode (!)* – das Produkt aus der für die Erbringung eines definierten Ergebnisses pro Zeiteinheit (Leistung) benötigten Arbeitszeit (Zeitbindung)
- Die Leistung (Ergebnis pro Zeiteinheit) hängt von diversen Faktoren ab – vor allem:
 - Servicestandard – z.B. als Ergebnis der vom Kunden (Patient, Angehöriger, einweisender Arzt, Krankenkasse u.a.) erwarteten medizinischen Maßnahmen;
 - Automatisierungsgrad (z.B. beim Einlesen von Befunden in den Arztbrief);
 - Organisation (z.B. Aufgabenzuordnung zu verschiedenen Berufsgruppen);
 - Routine der Leistungserbringer.

**Das Ergebnis jeder Personalbedarfsermittlung
ist somit stets auch Ausdruck des zu Grunde gelegten
Servicestandards, Automatisierungsgrades usw.**

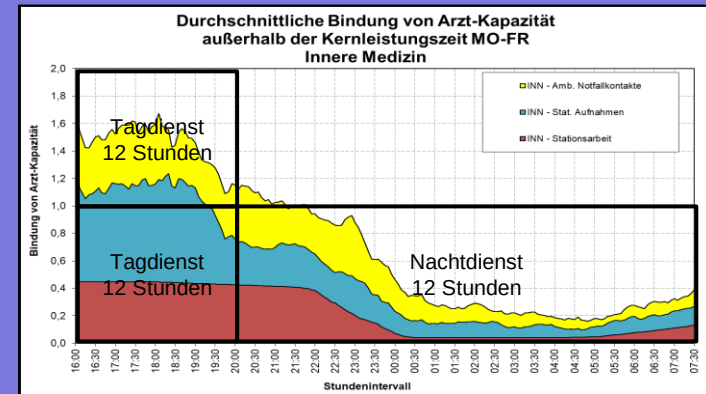
Für die Personalbedarfsermittlung in Kernleistungszeit und Nebenzeit sind i.d.R. unterschiedliche Methoden anzuwenden



leistungsbezogene Berechnung
für jeden zu besetzenden Arbeitsplatz

Kardiologie	Stammdaten	
	Normalstation	Stationsart (auswählen)
	Kardiologie	Fachabteilung (auswählen)
	Leistungsumfang in den Frühdiensten (Montag-Freitag 08:00 bis 16:30 Uhr)	
	190	stationäre Aufnahmen über die ZNA [MO-FR Kernleistungszeit]
	380	stationäre Aufnahmen elektiv / direkt auf die Station [MO-FR Kernleistungszeit]
	940	Entlassungen [MO-SO]
	1,6	CMI
	5.500	Belegungstage [MO-FR]
	empfohlene Anzahl Dienste / Tag (mit Standarddienstdauer 8 Std.)	
	1,7	Assistenzärzte
	0,6	Oberärzte (Supervision)
	das entspricht einem Betreuungsverhältnis im Tagdienst von...	
	12,7	belegte Betten je Assistenzarzt
	36,1	belegte Betten je Oberarzt

arbeitsplatzmethodische Berechnung auf Basis des Dienstmodells,
das zuvor auf eine leistungsgerechte Auslastung geprüft wird



Wann Arbeitsplatzmethode, wann leistungsbezogene Berechnung?

Arbeitsplatzmethode:

- Die Arbeitsplatzmethode sollte in alle Personalbedarfsberechnungen integriert werden, denn nur mit dieser kann der ermittelte Personalbedarf auf die tatsächlich besetzbaren Positionen in der Kernleistungszeit heruntergebrochen werden (**Plausibilisierung von Berechnungsergebnissen**).
- Die Arbeitsplatzmethode kommt darüber hinaus in folgenden Fällen auch zur **originären Personalbedarfsermittlung** zur Anwendung:
 - Ermittlung des Personalbedarfs für die **Nebenzeitenbesetzung** (Basis: leistungsbezogen plausibilisierte Daten sowie arbeitszeitrechtlich konformes Arbeitszeitmodell; CAVE: „Abrechnungsregel“ beachten)
 - Einhaltung von **Mindestbesetzungsrestriktionen** bzw. **regulatorischen Besetzungsvorgaben** (z.B. erforderliche Vorhaltung von stets 1 Arzt unabhängig vom Leistungsvolumen in einem Arbeitsbereich)

Leistungsbezogene Berechnung:

- Der Besetzungsbedarf wird auf der Basis des Leistungsgeschehens (Menge x Zeit), heruntergebrochen auf die zu besetzenden Arbeitsplätze in der Kernleistungszeit, ermittelt.

Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitszeitangebots

Beispiel

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr
Anzahl 2024	50	51	50	48	50	51	52	2	12	366
Feiertage	3	0	2	4	2	1	0			
Vorfesttage	0	2	0	0	0	0	0			

Ober-/Chefärzte

Ø Arbeitszeitangebot je VK	262	Tage Montag-Freitag
	249	Tage Montag-Freitag ohne FT/VFT
	31	Tage Urlaub*
	0	Tage Zusatzurlaub*
	3	Tage Fortbildung*
	7,5	Tage Krankheit, krankes Kind usw.*
	41	Abwesenheitstage
	8,0	Stunden/Tag
	1.660	verfügbare Stunden

* soweit innerhalb des Arbeitszeitsystems zu vertreten

Assistenz-/Fachärzte

Ø Arbeitszeitangebot je VK	262	Tage Montag-Freitag
	249	Tage Montag-Freitag ohne FT/VFT
	31	Tage Urlaub*
	4	Tage Zusatzurlaub*
	3	Tage Fortbildung*
	7,5	Tage Krankheit, krankes Kind usw.*
	45	Abwesenheitstage
	8,0	Stunden/Tag
	1.628	verfügbare Stunden

Annahme zum durchschnittlichen ZU-Urlaub

* soweit innerhalb des Arbeitszeitsystems zu vertreten

Ermittlung des Personalbedarfs nach der Arbeitsplatzmethode

Beispiel: Ass.-ärzte in „kleiner“ Neonatologie einer Kinderklinik (Perinatalzentrum Level I)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr
Anzahl 2024	50	51	50	48	50	51	52	2	12	366
Feiertage	3	0	2	4	2	1	0			
Vorfesttage	0	2	0	0	0	0	0			

Dienst	Uhrzeit	Arbeitszeit (Std.)	Besetzungstärke									Summe (Std.)
Tag	08:15-16:00	7,25	1	1	1	1	1					1.805
Tag lang Wochenende	08:15-21:00	12,00						1	1	1	1	1.404
Tag kurz Wochenstation	08:15-13:15	5,00	1	1	1	1	1					1.245
Spät	15:15-23:00	7,25	1	1	1	1	1					1.805
Nacht	22:30-08:45	9,50	1	1	1	1	1					2.366
Nacht lang Wochenende	20:30-08:45	11,50						1	1	1	1	1.346
											Gesamt	9.971
												Stunden

Ø Arbeitszeitangebot je VK	262	Tage Montag-Freitag
	12	Tage Vorwegabzug für Feiertage
	2	Tage Vorwegabzug für Vorfesttage
	31	Tage Urlaub*
	6	Tage Zusatzurlaub*
	4	Tage Fortbildung*
	7,5	Tage Krankheit, krankes Kind usw.*
	200	verfügbare Tage
	8,0	Stunden/Tag
	1.596	verfügbare Stunden

76,1%	Ø Verfügbarkeitsquote
23,9%	Ø Abwesenheitsquote

* soweit innerhalb des Arbeitszeitsystems zu vertreten

Arbeitszeitangebot	1.596	Stunden
--------------------	-------	---------

Stellenbedarf gesamt	6,25	VK
----------------------	------	----

Stellenbedarf "netto"	4,76	VK
-----------------------	------	----

davon Stellenbedarf für Vertretung planbarer Ausfallzeiten	1,31	VK
--	------	----

davon Stellenbedarf für Vertretung von Krankheit, krankes Kind usw.	0,18	VK
---	------	----

Umgang mit Vergleichs- und Richtwerten, Anhalts- und Kennzahlen bei der Personalbedarfsermittlung

- Vergleichswerte sind der Versuch, die erforderliche Zeitbindung unter Annahmen bezüglich der Rahmenbedingungen (Ausbildungsstand der Ärzte, Behandlungsaufwand der Patienten, eingesetzte Technik, räumliche Situation u.a.) zu erfassen.
- Die Annahmen zu den Rahmenbedingungen gehen dabei i.d.R. vom Leistungsvermögen einer „durchschnittlichen“ Arbeitskraft aus.
- Es kann aber auch die Leistungsfähigkeit einer optimierten Arbeitsorganisation angesetzt werden („Benchmark“). Dies sollte jedoch nur dann erfolgen, nachdem organisationsanalytisch die Umsetzbarkeit der entsprechenden Voraussetzungen geklärt worden ist.
- Globale Anhaltszahlen (z.B. „stationäre und ambulante Fälle pro Vollkraft und Jahr“) sollten nicht für eine Personalbedarfsberechnung verwendet werden. Sie können allenfalls als eine erste Orientierungsgröße dienen.

Übliche Verwendung von Richtwerten / Ist-Zeitwerten / Pauschalen

Richtwerte (gemäß Richtwertkatalogen sowie eigenen Datenbanken)

- Aufnahme/Entlassung/laufende Stationsarbeit (**abzüglich Anteil Nebenzeiten**) – inkl. Besprechungen/Übergaben
- Intensivstation (**ggf. abzüglich Anteil Nebenzeiten**)
- Funktionsleistungen
- ZNA
- Prämedikation

Ist-Zeitwerte (nach Aufwand)

- OP-Maßnahmen-Zeiten / Anästhesie-Zeiten
- Seltene Funktionsleistungen
- interdisziplinäre bzw. berufsgruppenübergreifende Besprechungen (soweit plausibel)
- Rotation und Gegenrotationen
- Notarzt-Ausbleibezeiten

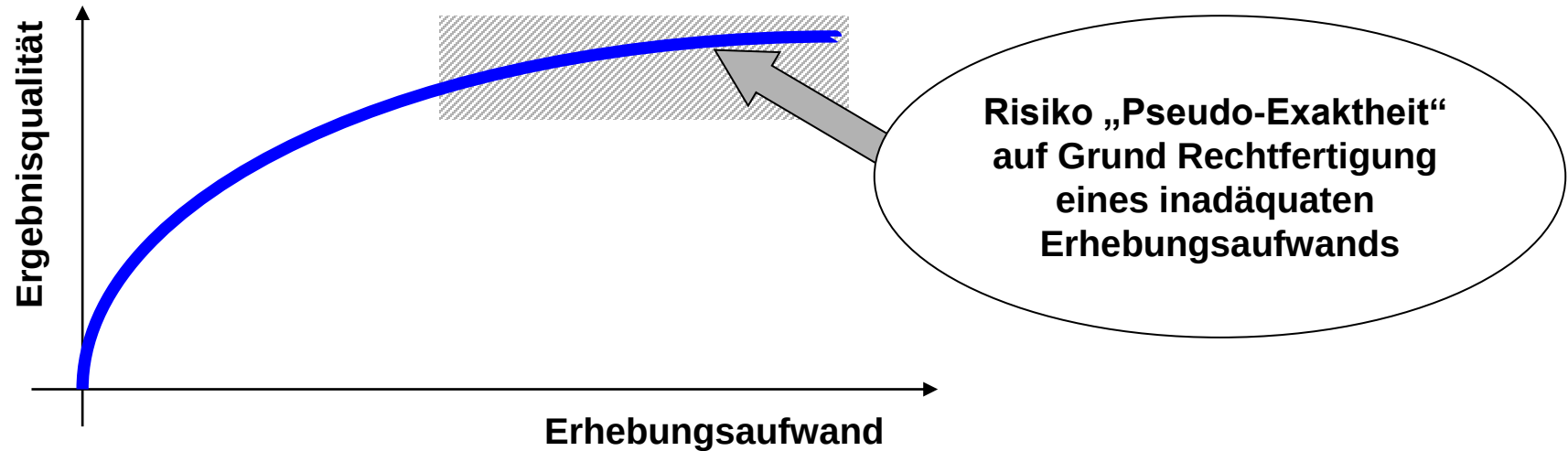
Pauschalen/Zuschläge (Aufschläge auf Richt- und Zeitwerte)

- Stationärer Zuschlag (Ausbildungskliniken, Supportniveau andere Berufsgruppen); max. 33% auf Richtwert für laufende Stationsarbeit
- CMI-Gewichtung → Auf- bzw. Abschlag bei Abweichungen von CMI 1,0 bis max. Bandbreite 70% - 130%
- Pauschalaufschlag Administration/Sonstige Aufgaben; max. 13,5%
- Rüstzeitaufschlag: z.B. 15min pro OP auf OP-Maßnahmen-/Anästhesie-Zeit
- Schulungen/Fortbildungen: z.B. 0,5 Std./Woche pro netto-anwesendem Arzt (ohne externe Fortbildungen; diese werden beim Arbeitszeitangebot ermittelt)
- Führung (inkl. Projekte, Personaleinsatzplanung, Mitarbeitergespräche; Fachgesellschaftsaufgaben): Standard 1 VK auf 50 VK

Personalbedarfsberechnung:

Ziele bei der Auswahl der Methodenkombination

- Aussagekräftiges Ergebnis
- Für die Beteiligten nachvollziehbares Ergebnis
- Möglichst geringer Erhebungsaufwand



Abgleich des auf einer Intensivstation eingesetzten ärztlichen Personals mit Vergleichswerten (1/2)

Bettenplan ITS			
	aufgestellte Betten / zu betreibende Behandlungsplätze		
ITS	18,0	Anzahl Tage Montag-Freitag/Jahr ohne Feiertage und Vorfesttage	250
IMC		Ø "Netto"-Arbeitstage/VK	210
Summe	18,0	(tarif)vertragliche Vollzeit-Wochenarbeitszeit	40

Berechnung auf der Grundlage fachgesellschaftlicher Empfehlungen ^{1, 2}			
(A)	„für 8 bis 12 Betten [...] mindestens sieben Arztstellen (40 Stundenwoche), neben der Stelle des Leiters und dessen Ausfallkompensation“ ³	$[18 \text{ gewichtete aufgestellte Betten} : 12 \text{ Betten/VK}] \times 7 \text{ VK} + 1 : [210 \text{ Tage} : 250 \text{ Tage} \{\text{Verfügbarkeitsquote}\} *] =$	11,7 VK
(B)	1 Arzt „per six to eight intensive care beds“ ⁴	$\{[18 \text{ gewichtete aufgestellte Betten} : 8 \text{ Betten/VK}] \times 24 \text{ Stunden} \times 365 \text{ Tage}\} : 1680^{**} \text{ Stunden/VK} =$	11,7 VK
(C)	"Neben der Stelle des Leiters und dessen Ausfallkompensation (1,3 Vollkostenstellen (VK)) sind mindestens 0,7 VK-Ärzte pro Behandlungsplatz vorzuhalten.“ ⁵	$1,3 \text{ VK} + 0,7 \text{ VK/Bett} \times [18 \text{ gewichtete aufgestellte Betten}] =$	13,9 VK
(D)	"Bei speziellen Anforderungen (...) und bei Übernahme besonderer Aufgaben (...) ist eine höhere Anzahl an Ärzten erforderlich. Daher sind auf Intensivstationen 2 und 3 mindestens 0,8 VK-Ärzte (...) pro Behandlungsplatz vorzuhalten.“ ⁵	$1,3 \text{ VK} + 0,8 \text{ VK/Bett} \times [18 \text{ gewichtete aufgestellte Betten}] =$	15,7 VK

Abgleich des auf einer Intensivstation eingesetzten ärztlichen Personals mit Vergleichswerten (2/2)

Anmerkungen
¹ 3 IMC-Betten werden wie 2 ITS-Betten gewertet
² Zur leistungsorientierten Überprüfung der fachgesellschaftlichen Empfehlungen siehe z.B. Kutscher, J. (2012). Herausforderung Personalbesetzung: Orientierungswerte und Hinweise zur Ermittlung des Personalbedarfs. Arzt und Krankenhaus 5/2012, S. 132-137 (Nachdruck in: Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, 12/2012, S. 708-712); Rufdienst-Inanspruchnahmen der Hintergrunddienste sind in den Berechnungen nicht enthalten
³ Jorch, G. et al. (2010). Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen – Hintergrundtext – Verabschiedet mit Beschluss des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 (https://www.divi.de/divi-zeitschrift/empfehlungen-zur-struktur-und-ausstattung-von-intensivtherapiestationen-kurzversion/download)
⁴ Valentin, A. et al. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. Intensive Care med (http://www.esicm.org/upload/intensive%20care%20medicine%202011%20Valentin.pdf).
⁵ Waydhas, C. et al. (2022). Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene) – Verabschiedet mit Beschluss des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 20.09.2022 (https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/6792/empfehlung-zur-struktur-und-ausstattung-von-intensivstationen-2022-erwachsene)
* Da die Leitung standardmäßig nur Montag-Freitag ohne Feiertage und Vorfesttage im Regeldienst eingesetzt wird, sind als Bezugsgröße 250 Tage heranzuziehen.
** Durchschnittliche Netto-Arbeitszeit je VK bei 210 tatsächlich gearbeiteten Tagen

Umgang mit dem Ergebnis einer Personalbedarfsberechnung

„Es gibt letztlich keine rein rechnerische Lösung der Frage nach der adäquaten Personalbemessung. Stattdessen muss am Ende eine Verhandlungslösung stehen, die neben den Bedürfnissen der Abteilung auch die finanzielle Leistungsfähigkeit der Klinik und den Gestaltungswillen von Abteilungs- und Klinikleitung berücksichtigt.“

Aussage des Personalleiters eines Krankenhauses

Umgang mit einem berechneten Personalüberhang

- Tipps für Chefärzte -

Lieber nicht...

- ...den gewählten methodischen Ansatz *grundsätzlich* anzweifeln,
- ...die Inkompatibilität zwischen Betriebswirtschaft und ärztlicher Heilkunst betonen,

...sondern...

- ...den gewählten methodischen Ansatz kritisch prüfen,
- ...auf Transparenz der Erhebungsmethodik und der Datengenerierung bestehen,
- ...überprüfen, ob auch wirklich alle Leistungsbereiche vollständig erfasst worden sind,
- ...überlegen, ob örtliche und/oder personelle Besonderheiten angemessen berücksichtigt worden sind,
- ...zusätzliche, noch nicht erfasste Zeitbedarfe konkret nachweisen.

Gutes Gelingen!



Nach der Operation.

*Spezial-Aufnahme für „Berliner Leben“
von R. Sieger, Charlottenburg.*

und seine Assistenten in der Königl. Klinik, Ziegel-Strasse.

Quelle: *Berliner Leben*, 1906,
S. 104 f.

(Download unter www.zlb.de)