

ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Bismarckallee 8 – 12, 23795 Bad Segeberg



Richtgrößen zur Planung des ärztlichen Personalbedarfs in Krankenhäusern

**Eine Informationsbroschüre der Ärztekammer Schleswig-Holstein
- Krankenhausausschuss -**

Stand: Februar 2008

Impressum:

Herausgeber: Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bismarckallee 8 – 12

Verantwortlich: Dr. Uta Kunze, Dr. Elisabeth Breindl

Anmerkung: auf einen gleichzeitigen Gebrauch der weiblichen und männlichen Bezeichnungen wurde zugunsten der besseren Lesbarkeit der Broschüre verzichtet

Richtgrößen zur Planung des ärztlichen Personalbedarfs in Krankenhäusern

erarbeitet von den Mitgliedern des Krankenhausausschusses:

Dr. Dolores de Mattia, Vorsitzende
Axel Chélaré
Dr. Petra Hell
Dr. Norbert Jaeger
Thomas Koch

Vorwort

Die Anforderungen und Erwartungen an die in der stationären Patientenversorgung tätigen Ärzte sind zurzeit starken Veränderungen unterworfen.

Patienten, zuweisende Ärzte der ambulanten Versorgung, die Kostenträger und die am Krankenhaus tätigen Kollegen haben jeweils nachvollziehbare, zum Teil aber nur schwer miteinander in Einklang zu bringende bis sich widersprechende Vorstellungen, wie stationäre Medizin am besten zu bewerkstelligen sei.

Die in der stationären Medizin tätigen Ärzte sehen sich zunehmend mit der Frage konfrontiert, wann ein aus wirtschaftlichen Zwängen erklärtes strukturelles Missverhältnis von ärztlicher Arbeitskraft (Stellenplan / besetzte Stellen zu der zu leistenden ärztlichen Tätigkeit / zu den zu versorgenden Patienten) nicht mehr verantwortet werden kann.

Die bekannten Stichworte zu diesem Themenkomplex wie *Unterbeseetzung*, *Überlastungsanzeige*, *Übernahmeverschulden* etc. sind bildhaft gesprochen nur die Spitze des Eisberges.

Verschärft wird die Notwendigkeit, Mindeststandards in der ärztlichen Versorgung stationärer Patienten zu definieren und sicherzustellen durch die Tatsache, dass selbst in Stellenplänen vorhandene Arztstellen nur noch schwer besetzt werden können.

Eine sich abzeichnende Entwicklung, die zunächst knapp gehaltene und nun auch knapper werdende Ressource Arzt teilweise durch nichtärztliche Mitarbeiter nicht nur zu entlasten, sondern teilweise zu ersetzen - z.B. Thoraktomien und Narkosen durch nichtärztliche Mitarbeiter durchführen zu lassen - berührt nicht nur das ärztliche Selbstverständnis, sondern wirft die Frage einer geänderten Rollendefinition des Arztes und der sich daraus ergebenden veränderten Arzt-Patienten-Beziehung auf.

Mit dieser Ausarbeitung möchte die Ärztekammer Schleswig-Holstein Tipps zur Vorgehensweise bei der Personalplanung im ärztlichen Bereich geben. Bei entsprechendem Informationsbedarf steht der Krankenhausausschuss der Ärztekammer Schleswig-Holstein als Ansprechpartner zur Verfügung.

Richtgrößen zur Planung des ärztlichen Personalbedarfs in Krankenhäusern

In kaum einer anderen Zeit war (und ist) das deutsche Gesundheitswesen einem derartigen fundamentalen Wandel unterworfen, wie in den letzten zehn Jahren. In der Vergangenheit waren es vor allem der medizinische Fortschritt, politische Umwälzungen und demographische Aspekte, die zu Veränderungen im Gesundheitswesen führten. Mit der von politischer Seite verordneten Ökonomisierung auf allen Ebenen und der Einführung hierfür erforderlicher Verfahren (z.B. DRGs, Privatisierung, Konzernbildung etc.) dominieren nunmehr marktwirtschaftliche Kriterien jeden Aspekt unseres Gesundheitssystems.

Der Druck zur Wirtschaftlichkeit macht selbstverständlich auch vor der personellen Besetzung der Krankenhäuser nicht Halt - hier vor allem finden Umstrukturierungen, Verlagerungsprozesse, Zusammenlegungen, etc. statt, mit dem Ziel, Personal einzusparen und/oder möglichst effizient einzusetzen. Hierbei wird es immer schwieriger nach zu vollziehen, wie viel Personal mit welcher Qualifikation wann und wo erforderlich ist, um eine jederzeit sichere und suffiziente Patientenversorgung unter Beachtung definierter medizinischer Standards und gesetzlicher Rahmenbedingungen zu gewährleisten. Die Verfahren der Vergangenheit („Bettenplan“, Pflegesätze) wurden entweder abgeschafft oder bilden die aktuellen Gegebenheiten nicht mehr (ausreichend) ab.

Die Rolle der Ärzte in diesem Bereich bestand in der Vergangenheit überwiegend darin, die Vorgaben der Geschäftsleitung/Verwaltung (d.h. die genehmigte Zahl der Ärzte) so umzusetzen, dass die Arbeitsabläufe einer Abteilung gewährleistet waren. Dabei lag immer die alleinige Verantwortung für die regelhafte Behandlung der Patienten bei den Ärzten. Wenn strukturelle Defizite auftraten, lag ein „Übernahmeverschulden“ vor. Bei Reduktion der Mitarbeiterzahl und/oder Steigerung der Fallzahlen scheint inzwischen vielerorts von der Ärzteschaft die Quadratur des Kreises gefordert zu werden. Um sich aus dieser Zwickmühle zu befreien, müssen die Ärzte zukünftig wesentlich intensiver an der Personalbedarfsplanung beteiligt werden.

Wichtig ist es, neue Methoden zu entwickeln, zu verbreiten und anzuwenden, mit denen der (ärztliche) Personalbedarf für einzelne Abteilungen in Krankenhäusern ermittelt werden kann. Hierbei sollten alle Aspekte, die Einfluss auf die Besetzung eines Hauses/einer Abteilung nehmen können (z.B. Größe, Lage, Versorgungsauftrag u.v.m.), definiert und bei der nachfolgenden Planung ausreichend gewürdigt werden. Von diversen Institutionen und Verbänden wurde hier bereits wertvolle Vorarbeit geleistet, Empfehlungen erarbeitet und in entsprechenden Kreisen auch veröffentlicht.

Bei der Auflistung von Richtgrößen wurde die Broschüre „Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus“ (Plücker W., DKI-GmbH) herangezogen. Aufbau und Darstellung des kompakten Werkes sind verständlich gegliedert, einzelne Abschnitte lassen sich „baukastenförmig“ kombinieren. Zudem finden Veröffentlichungen des DKI-Instituts generell breite Akzeptanz. Eine weitere Quelle war das Buch der Gütersloher Organisationsberatung „Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus“.

1) Voraussetzungen

1.1) Bildung einer Arbeitsgruppe

Vor dem Einstieg in konkrete planerische Aktivitäten sollte die Bildung einer Arbeitsgruppe, Kommission o.ä. stehen, die paritätisch von allen betroffenen Seiten besetzt wird (Ärztenschaft, Verwaltung, Personal- oder Betriebsrat). Vor allem die Teilnahme von Vertretern der Ärzteschaft kann in ihrer Bedeutung gar nicht genug betont werden: nur Ärzte kennen die internen Betriebsabläufe ihrer Abteilung, ihre Arbeits(platz)anforderungen und haben die Fachkompetenz zur Einschätzung von medizinischen Erfordernissen bei der Besetzung von Personalpositionen - sowohl bezüglich Anzahl als auch Qualifikation von ärztlichen Mitarbeitern - nicht immer ist nämlich aus medizinischen Gründen eine Personal constellation möglich, die rein rechnerisch machbar wäre! Der hierfür vorgesehene Kollege muss nicht zwangsläufig der Abteilungsleiter sein. Es sollten Kollegen sein, die sich intensiver in die Materie einarbeiten und besser Vorschläge aus dem Kollegenkreis aufnehmen können, als dies einem unter erheblichen Termindruck stehenden Chef- oder Ltd. Oberarzt oftmals möglich ist. Selbstverständlich sind engmaschige Absprachen mit der Leitung der Abteilung über Stand und Ziel der Verhandlungen, sowie deren persönliche Anwesenheit bei wichtigen Entscheidungen/Beschlüssen.

1.2) Zielvorstellungen

Jede Seite trägt die für ihre Gruppe wichtigen Erfordernisse und „Wünsche“ als Zielvorstellungen vor. Hier sollten wirklich alle Vorstellungen geäußert und aufgelistet werden können im Sinne eines gemeinsamen „brain-storming“ - die Überprüfungen auf Realisierbarkeit, Praktikabilität, Finanzierbarkeit usw. erfolgt durch die Arbeitsgruppe im weiteren Verlauf gemeinsam. Viele Ideen werden hier verworfen werden müssen, so mancher Vorschlag findet aber (vielleicht in abgeänderter Form) schließlich Eingang in die gemeinsame Planung. Wichtig ist jedoch auch, dass bei Ablehnung die Gründe hierfür und die entsprechenden Bedenken der Gegenseite im Protokoll fixiert werden – sollten zukünftig im Betriebsablauf Probleme entstehen, kann man die hierfür möglicherweise zugrunde liegende(n) Entscheidung(en) aus der Arbeitsgruppe klar identifizieren und ggf. auch anpassen!

Folgende weitere Schritte sind darüber hinaus sinnvoll: Zusammenfassen von gemeinsamen oder thematisch ähnlichen Zielvorstellungen; Erstellen einer Prioritätenliste und Identifizierung von Gegebenheiten und Rahmendaten, die nicht verhandelbar sind (Standort, gesetzliche Bestimmungen, medizinische Standards, Qualitäts- und Sicherheitsvorschriften etc.), an denen sich alle folgenden Beschlüsse orientieren müssen.

1.3) Allgemeine Vorgehensweise, Dokumentation

Unabdingbar für eine gedeihliche Zusammenarbeit sind gegenseitige Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft der Mitglieder der Arbeitsgruppe. Hierfür ist es förderlich, zunächst Themen zu bearbeiten, bei denen schon im Vorfeld weitgehende Übereinstimmung aller Parteien bestand und die somit eine schnelle und verträgliche Einigung erwarten lassen. Hierdurch kann ein positives und konstruktives Verhandlungsklima geschaffen werden. Durchaus in Erwägung gezogen werden sollte die zusätzliche Teilnahme einer kompetenten von allen akzeptierten, unparteiischen Person als Gesprächsleitung, die vor allem Kontroversen moderierend begleiten und ggf. Kompromisse aufzeigen kann!

Selbstverständlich ist eine sorgfältige Dokumentation aller Gespräche in Form eines von allen Seiten genehmigten Protokolls - nur so können Missverständnisse und Wiederholungen vermieden sowie alle Mitarbeiter ausreichend und zeitnah über den Verlauf der Verhandlungen informiert werden!

2) Richtgrößen zur Personalermittlung

2.1) Vorbemerkung

Hier kann nur beispielhaft die Anwendung der in den oben erwähnten Broschüren genannten Anhaltszahlen dargestellt werden - zu unterschiedlich ist die Situation eines jeden Krankenhauses; selbst die einzelnen Abteilungen einer Klinik werden aufgrund ihrer speziellen Gegebenheiten durchaus unterschiedliche Personalschlüssel ermitteln. Insofern können hier keine allgemein gültigen Anhaltszahlen entworfen werden, sondern nur der Weg dorthin, den jede Abteilung für sich anpassen muss.

2.2) Inventur aller Aktivitäten

„Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gestellt“ - dieser den Medizinern durchaus eingängige Satz für die Behandlung von Patienten gilt genauso für das Erstellen von Personalschlüsseln: wie soll eine Abteilung und/oder Verwaltung eine korrekte Personalbesetzung ermitteln (können), wenn gar nicht (oder allenfalls nur vage) bekannt ist, welche Leistungen diese Abteilung in ihrer Gesamtheit erbringt oder erbringen soll, d.h. wer macht eigentlich mit welcher Qualifikation und mit wem wann, was und wie viel??!!

Spätestens hier sollte klar sein, wie wichtig die Beteiligung aller Ärzte ist, da nur diese alle ihre Tätigkeiten benennen und auch zeitlich quantifizieren können. Hier geht es um weit mehr, als nur die direkten Tätigkeiten in der Patientenversorgung: Notdienst, Schwestern- und Studentenunterricht, Forschung, Betriebs- und Personalratstätigkeiten, Konsiliar-dienste, Hygienebeauftragter, Patientenschulungen, Arzneimittelkommission, Gutachten, Leitungstätigkeiten, Qualitätsmanagement - um nur einige zu nennen. Auch sollten die Ausfallzeiten überprüft werden: die von Verwaltungen üblicherweise pauschal angenommene Fehlzeitenquote von 15% kann viel zu niedrig sein, wenn eine Abteilung, bedingt durch z.B. chronische Erkrankungen, größere Unfälle oder Operationen der Kollegenschaft wesentlich höhere Personalausfälle - auch langfristig - zu verkraften hat!

2.3) Ermittlung der Gesamtleistung

Die Ermittlung der Gesamtleistung einer Abteilung kann auf verschiedene Weise erfolgen, das Ergebnis sollte in etwa gleich sein, egal welche Methode angewendet wurde: entweder werden die für jede der üblichen ärztlichen Tätigkeiten angeführten pauschalierten Minuten- und Stundenwerte zusammen addiert und so eine Stundenzahl pro Jahr ermittelt. Die unter 2.2 genannten Extratätigkeiten können hierbei ebenfalls mit Pauschalwerten geschätzt werden - besser, weil genauer, ist aber sicherlich die detaillierte Erfassung. Oder aber man einigt sich in der Arbeitsgruppe auf bestimmte Zeitblöcke und legt diese für die weiteren Kalkulationen zugrunde (z.B. fixer Zeitwert für Aufnahme - und Abschlussuntersuchung, Entlassungsbrief multipliziert mit der Zahl stationärer Patienten pro Jahr; „OP-Faktor“: Pro Operation werden 2,5 Ärzte angesetzt - werden in einer Abteilung beispielsweise pro Woche täglich 2 OP-Säle besetzt, so sind hierfür 5 Ärzte erforderlich; „Endoskopie-/Sonographiefaktor“ usw.).

Ein anderer Weg ist die Ermittlung des Personalbedarfs anhand von Fallzahlen entweder als Minutenwerte (ein Appendicitis-Patient wird mit insgesamt 550 „Arztminuten“ angesetzt - bei Problemen mit 1200 „Arztminuten“; eine Entbindung mit 350 „Arztminuten“) oder umgekehrt, als Fälle pro Arzt pro Jahr (unkomplizierter Diabetes mellitus: 240 Fälle pro Arzt; transurethrale Prostatektomie: 150 Fälle pro Arzt usw.). Diese Methode kann natürlich nur teilweise zur Anwendung kommen, da fixe Minuten-, oder Fallwerte nur für die häufigsten Erkrankungen existieren - hier auch in der Regel nur für Standardsituationen (leicht-mittel-schwer), Mehrfacherkrankungen, nicht klar zuzuordnende Symptomkomplexe etc. müssen auf andere Art (Minutenwerte für einzelne Tätigkeiten) erfasst werden.

2.4) Ermittlung der Personalstärke

Hat man auf die oben genannte Art und Weise das Leistungsspektrum - qualitativ wie quantitativ - einer Abteilung festgestellt, werden die ermittelten Stunden pro Jahr durch die Jahresarbeitsleistung eines Arztes, in der Regel auf der Basis der 48 Stunden Woche, (40 Stunden Vollarbeit plus 8 Stunden Bereitschaftsdienst pro Woche) geteilt. Daraus ergibt sich die Anzahl der erforderlichen Vollzeitkräfte (VK). Diese Zahl wird mit dem Fehlzeiten-Faktor (15% FZ entsprechen in etwa dem Faktor 1,18) multipliziert. Dies ergibt dann die Zahl der benötigten Ärzte einer Abteilung. Vollzeitstellen können auch bei Bedarf in Teilzeitstellen aufgeteilt werden.

n.B.: Auch wenn es nicht Thema dieser Betrachtung ist, lassen sich an dieser Stelle leicht die verschiedensten Arbeitszeitmodelle entwickeln. Da die Gesamtlast der Arbeit bereits ermittelt wurde, müssen die hierfür erforderlichen Kräfte nur noch entsprechend dem Arbeitsanfall auf den verschiedenen Stationen und Funktionen der Abteilung, sowie den unterschiedlichen Rhythmen im Tages-, Wochen-, Jahresverlauf verteilt werden!

3) Modellrechnung

Beispielhaft sei hier die Ermittlung der Personalstärke einer fiktiven chirurgischen Abteilung eines Hauses der Schwerpunktversorgung sowie einer Inneren Abteilung eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung dargestellt:

3.1. Chirurgische Abteilung / Schwerpunktversorgung

a) Kern- und Regelarbeitszeit (Montag – Freitag: 8:00 bis 16:00 Uhr)

2 Stationen à 25 Patienten	2,0 VK
2 Operationssäle (OP Faktor 2,5)	5,0 VK
1 Ambulanz	2,0 VK
Notarztwagen	0,5 VK
Betriebsrat, Unterricht	0,5 VK
Weitere Tätigkeiten (s. 2.2)	0,5 VK
Ärztl. Direktor des Krankenhauses	0,5 VK
Summe der VK zur Regelarbeitszeit:	11,0 VK

b) Zeiten außerhalb der Regelarbeitszeit (Abend, Nacht, Wochenende, Feiertage)

(Annahme: 2 Ärzte aus medizinischen Erwägungen erforderlich; Bereitschaftsdienststufe II oder III nach TVÄ)

- 6760 Stunden/Jahr x 2 ergeben 13.520 Stunden Arbeitsanfall pro Jahr
- 13.520 Stunden geteilt durch 2400 Stunden pro VK/Jahr ergeben **5,633 VK**

Summe der VK außerhalb der Regelarbeitszeit: 5,633 VK

Daraus folgt:

Gesamtsumme der erforderlichen VK = VK a) + VK b): **16,633 VK**

Erforderliche Personalzahl: VK x FZ-Faktor (z.B. 1,18): 16,633 x 1,18 = **19,63 VK**

Ergebnis:

In der oben dargestellten fiktiven chirurgischen Abteilung ist ein ärztlicher Personalbedarf von **19,63 Vollzeitkräften** erforderlich.

3.2. Innere Abteilung / Grund- und Regelversorgung

Laut DKI berechnet sich der ärztliche Dienst nach Fallzahlen, unabhängig ob stationär oder ambulant, wie folgt:

1. Innere Abteilung bei 3000-4000 Fällen → 330 bis 345 Fälle pro Vollkraft pro Jahr
2. Intensivbehandlung bis 3000 Fälle → 100 Fälle pro Vollkraft pro Jahr
3. Intensivüberwachung bis 3000 Fälle → 210 Fälle pro Vollkraft pro Jahr
4. Endoskopie bis 3000 Fälle → 2250 Fälle pro Vollkraft pro Jahr
5. Schreibkraft → 1 Vollkraft auf 3200 Fälle pro Jahr
6. ärztliche Sekretariate → je hauptamtlich geleitete Fachabteilung (3000 Fälle pro Jahr) eine Sekretärin
7. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge → pro 6500 Fälle eine Vollkraft
8. Sonographien → 100.000 Untersuchungsminuten entspricht einer Vollkraft

Fälle pro Jahr:

2005:	stationär	→	2964
	prästationär	→	218
	ambulant	→	114
2006:	stationär	→	3100
	prästationär	→	300
	ambulant	→	180

in den stationären Fällen sind enthalten 2006:

Intensivbehandlungen → 100 Fälle

- nur die Intensivbehandlungen erwirtschafteten eine Fallschwere von 194.333
- dies entspricht bei 2500 Euro Basisfallwert → 485.832 Euro

Intensivüberwachung → 160 Fälle

Endoskopien pro Jahr:

	2005	2006
Gastroskopie	767	716
Koloskopie	551	532
ERCP	102	80
Rekto/Cysto	21	11
PEG	23	45
Endo-Sono	Keine	65
Gesamt	1464	1449

3.2.1. Personalberechnung nach Fallzahlen und Leistungen:

1. Stationäre Fälle ohne Intensivbehandlung und Intensivüberwachung:

- $3100 - 160 - 100 = 2840$ Fälle
- $2840 : 345 = 8,23$ Vollzeitkräfte

2. Intensivbehandlungen:

100 Fälle pro Jahr entsprechen 1 Vollzeitkraft

3. Intensivüberwachungen:

160 Fälle entsprechen 0,75 Vollzeitkraft

4. Prästationäre und ambulante Behandlungen:

- $300 + 180 = 480$ Fälle
- $480 : 345 = 1,39$ Vollzeitkraft

5. Endoskopien

1449 Untersuchungen entsprechen 0,64 Vollzeitkraft

6. Sonographien

Ca. 2000 Untersuchungen à 25 Minuten entsprechen 0,5 Vollzeitkraft

Unter Berücksichtigung der Punkte 1. bis 6. ergeben sich laut Personalbedarfsermittlung **DKI 12,51 Vollzeitkräfte** im Bereich der ärztlichen Tätigkeiten.

Durch die Übernahme von Aufgaben aus dem Bereich Schreibdienst und Sozialdienst ergibt sich aus diesen Tätigkeiten eine weitere arbeitszeitliche Belastung des ärztlichen Personals von

- Schreibdienst laut DKI → 0,5 Vollzeitstellen
- Sozialdienst laut DKI → 0,5 Vollzeitstellen

Damit besteht zur Zeit ein ärztlicher **Personalbedarf** von **13,51 Vollzeitstellen**.

Bei der Berechnung wurden jeweils die Obergrenzen der Berechnungsbereiche ausgeschöpft.

3.2.2. Personalberechnung durch die sogenannte „Bayerische Methode“:

1a) Stationäre Fälle ohne Intensivbehandlung und Intensivüberwachung:

- $3100 - 160 - 100 = 2840$ Fälle
- $2840 \times 75 \text{ Min} = 3550 \text{ h}$
- $3550 \text{ h} : 1600 \text{ h (h/VK)} = 2,22$ Vollzeitkräfte

1b) Visitenzeiten

- $2840 + 480 = 3320$ Fälle/Jahr gesamt → $63,8$ Fälle/Woche
mittlere Verweildauer ca. 7 Tage
- $16,8 \text{ Min/Tag} \times 63,8 \text{ Fälle/Woche} \times 5 \text{ Tage} \times 52 \text{ Wochen} = 278.880 \text{ Min/Jahr Visite}$
- $4648 \text{ h} : 1600 \text{ h} = 2,9$ Vollzeitkräfte

2. Intensivbehandlungen

100 Fälle pro Jahr entsprechen einer Vollzeitkraft

3. Intensivüberwachungen:

160 Fälle pro Jahr entsprechen 0,75 Vollzeitkraft

4. Prästationäre und ambulante Behandlungen:

- $300 + 180 = 480$ Fälle
- $480 \times 75 \text{ Min} = 36.000 \text{ Min} = 600 \text{ h}$
- $600 \text{ h} : 1600 \text{ h} = 0,375$ Vollzeitkraft

5. Endoskopien:

1449 Untersuchungen entsprechen 0,64 Vollzeitkraft

6. Sonographien:

Ca. 2000 Untersuchungen à 25 Minuten entsprechen 0,5 Vollzeitkraft

Unter Berücksichtigung der Punkte 1. bis 6. ergeben sich laut Personalbedarfsermittlung DKI **8,385 Vollzeitkräfte** im Bereich der ärztlichen Tätigkeiten während der Kernzeiten zwischen 8:00 Uhr und 16:30.

Zur Abdeckung der Zeiten zwischen 16:30 und 8:00 Uhr werden weitere **4,48 Vollzeitkräfte** benötigt.

Damit ergibt sich ein Personalbedarf von **12,865 Vollzeitkräften**.

Durch die Übernahme von Aufgaben aus dem Bereich Schreibdienst und Sozialdienst ergibt sich aus diesen Tätigkeiten eine weitere arbeitszeitliche Belastung des ärztlichen Personals von

→ Schreibdienst laut DKI	→	0,5 Vollzeitstellen
→ Sozialdienst laut DKI	→	0,5 Vollzeitstellen

Damit besteht ein ärztlicher **Personalbedarf** von **13,865 Vollzeitstellen**.

Bei der Berechnung wurden jeweils die Obergrenzen der Berechnungsbereiche ausgeschöpft.

Schlusswort

Mit dieser Broschüre sollen Ärzte ermuntert werden, sich mit dem Thema Personalbedarf zu beschäftigen. Das Ziel ist, die in der Branche etablierten Planungsgrundlagen für Kollegen ohne betriebswirtschaftliche Vorbildung nachvollziehbar darzustellen.

In vielen Kliniken müssen Ärzte die Patientenversorgung im Spannungsfeld zwischen Steigerung der Fallzahlen, sich wandelnden Krankenhausstrukturen und personalpolitischen Maßnahmen zur Kostendämpfung aufrechterhalten. Die Rationalisierungsreserven sind inzwischen weitgehend ausgeschöpft. Gleichzeitig sind die Anforderungen an die Qualität sowohl der Behandlung als auch der Organisation und Dokumentation durch Zertifizierungsprozesse gestiegen. Um diesen Ansprüchen genügen zu können, ist Sorgfalt erforderlich, und diese braucht ein Mindestmaß an Zeit und zwar ärztlicher Arbeitszeit!

Daher dient die Mitwirkung von Ärzten bei diesen planerischen Aufgaben mehreren Zielen:

Leitlinienorientierte Patientenversorgung: Verteidigung der Behandlungsstandards gegen ausschließlich ökonomisch begründete Zeit- und Mittelbeschränkung.

Stärkung des „Unternehmens Krankenhaus“: Ärzte bringen ihren medizinischen Sachverstand bei der Prozessoptimierung von Behandlungsabläufen ein und sind Experten für vertretbares Einsparpotential.

Arbeitszufriedenheit der Ärzte: Die Mitgestaltung ermöglicht es, die Interessen der eigenen Berufsgruppe zu wahren und damit die Zufriedenheit zu erhöhen. Heute stellt das Krankenhaus für deutlich mehr Ärzte als noch vor 20 Jahren den dauerhaften Arbeitsplatz dar und ist nicht mehr nur eine Durchgangsstation während der Weiterbildung.

Nachwuchsförderung: Bessere Arbeitsbedingungen stärken das Interesse der jungen Kollegen an der klinischen ärztlichen Tätigkeit, der eigentlichen Kernaufgabe des Mediziners.

Hinweise auf die angewendeten Quellen:

1. Plücker, W.: Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus
DKI GmbH, Wuppertal, 2006.
2. Baumer B., Diller W., Reehe H.: Personaleinsatz und Personalermittlung in
Krankenhäusern, Bayerischer kommunaler Prüfungsverband.
3. Vagts D. A.: Ärztliche Personalbedarfermittlung in der Intensivmedizin
Prof. Dr. J. W. Kramer, Fachbereich Wirtschaft, Hochschule Wismar.
4. Tauch, J. G.: Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus
Gütersloher Organisationsberatung, 2003.

abrufbar unter:

www.aeksh.de