

das Krankenhaus

2
2017

www.daskrankenhaus.de



**Gesamtschau
PsychVVG**

**Elektronische
Fallakte**

**Thema:
Personalwirtschaft**

Mit flexiblen Arbeitszeiten Personalkosten optimieren

Intelligente IT-Unterstützung für flexible Zeitmodelle

Es ist 15:03 Uhr: Die Arbeitsschicht des Pflegers endet. Es war ein ruhiger Tag, und eigentlich war um 13:30 Uhr der größte Teil der Arbeit getan. Aber der Pfleger konnte nicht früher gehen, weil der Dienst erst um 15:03 Uhr endet.

Anders war es in der Woche zuvor: Da war viel Stress auf der Station, und der Pfleger hatte ein schlechtes Gewissen, bei Schichtende die Kollegen alleine zu lassen. Aus reiner Kollegialität blieb er deshalb eine unbezahlte halbe Stunde länger. Zurück blieb aber der Ärger über die Personalabteilung, die dieses wiederkehrende Problem offensichtlich nicht in den Griff bekommt. Auch der Betriebsrat bemängelt diese Zustände zunehmend schärfer.

Natürlich hat ein Schichtende um 15:03 Uhr nichts mit den betrieblichen Abläufen oder den Patientenbedürfnissen zu tun. Sie ist der Tatsache geschuldet, dass die wöchentliche Arbeitszeit von 39 Stunden eine tägliche Arbeitszeit von sieben Stunden und 48 Minuten ergibt. Wenn also um 6:30 Uhr die Schicht beginnt, 15 Minuten Pause für das Frühstück eingeplant sind und 30 Minuten für das Mittagessen, ergibt sich 15:03 Uhr als Schichtende. Ob da noch Patienten versorgt werden oder ob die Arbeit bereits vor Schichtende fertig ist, kann bei festen Dienstplänen nicht berücksichtigt werden, allenfalls wird die Schichtstärke um eine ganze Person erhöht oder erniedrigt.

Ein Problem, das in den allermeisten Kliniken bekannt ist. Und eines, das sich in den nächsten Jahren dramatisch verschärfen wird: Durch die demografische Entwicklung zeichnet sich ein enormer Mangel bei Ärzten und Pflegekräften ab. Während die Gruppe der Senioren in den nächsten 20 Jahren um sechs Millionen zunehmen wird, fällt die Zahl der Menschen im arbeitsfähigen Alter um neun Millionen. Damit stehen Krankenhäuser vor der Herausforderung, in einem immer enger werdenden Arbeitsmarkt Mitarbeiter anzuwerben, die eine immer größere Menge von Patienten versorgen müssen.

Allein für den Bereich Pflege hat die Bertelsmann Stiftung in ihrer Studie „Pflege 2030“ eine Erhöhung der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren um 50 % ermittelt und geht von einem Mehrbedarf an Pflegekräften von 430 000 Vollzeitäquivalenten aus.

Ein weiterer Grund für den Personalmangel ist der immer stärkere Kostendruck, unter dem Krankenhäuser stehen. Jede Erhöhung der Personalkosten, sei es wegen zusätzlicher Sozialabgaben, wegen Steuererhöhungen oder vor allem wegen Tarifierhöhungen führt zu entsprechender Erhöhung der Arbeitskosten. Soweit die Erhöhung der Erlöse unter der Kostenerhöhung liegen, entwickelt sich daraus sehr schnell ein massives Finanzproblem.

Sowohl aus der Demografie als auch aus dem aktuellen und sich zukünftig noch verschärfenden Kostendruck ergibt sich für Krankenhäuser damit die Herausforderung, Personal äußerst sparsam einzusetzen, sämtliche Personalreserven aufzuspüren und trotzdem am Arbeitsmarkt attraktiv zu bleiben.

Einzig flexible Arbeitszeiten können das Krankenhaus aus dieser wirtschaftlichen Klemme befreien. Sie ermöglichen hier eine viel feinere Steuerung des Personaleinsatzes; und Krankenhäuser, die von festen Schichtplänen auf flexible Schichtpläne umstellen, berichten häufig von bis zu 10 % zusätzlicher Personalkapazität alleine durch Verlagerung von Arbeitskräften.

Ein weiteres wichtiges Element von Flexibilisierung ist die Qualität der Arbeit und die Zufriedenheit der Mitarbeiter. Kann ein Mitarbeiter seinen Einsatz im Rahmen flexibler Regeln selbstständig an die Menge der anfallenden Arbeit anpassen, so kann er selber Verantwortung für die Betreuung der Patienten übernehmen und Arbeiten sachgerecht erledigen, ohne dass das Zeitdiktat über den Fachanforderungen steht.

Wie bei allen Veränderungen von Prozessen innerhalb eines wirtschaftlich arbeitenden Betriebes steht am Anfang einer Umstellung der Personalplanung zunächst die Personalbedarfsplanung. Zwei widerstreitende Anliegen sind häufig der Beginn eines „Arbeitszeitprojektes“:

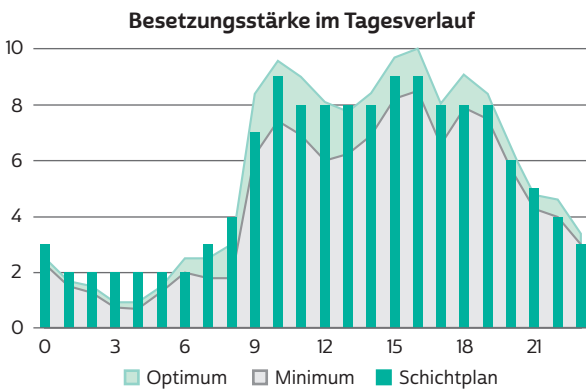
- Mitarbeiter klagen über Personalmangel und fühlen sich überlastet
- die kaufmännische Leitung sieht die Notwendigkeit, noch mehr Personal einzusparen, um die Wirtschaftlichkeit des Hauses zu sichern oder gar zu erreichen.

Beide Anliegen können durchaus miteinander korrespondieren: Eine Pflegeabteilung, die nur noch „das Nötigste“ leisten kann, unterlässt mögliche Mobilisation, kann Prophylaxe nicht mehr ausreichend sicherstellen, Kommunikationsfehler verlängern die Liegedauer bis hin zu verstärkter Fluktuation von Mitarbeitern. Das alles hat wirtschaftliche Folgen, die den Erfolg eines Krankenhauses beeinflussen.

Der erste Schritt zur Lösung dieses Zielkonfliktes ist eine objektive und an den Betriebsabläufen und Patienteninteressen orientierte Personalbedarfsanalyse. Bei der detaillierten Analyse ergibt sich typischerweise ein Arbeitsaufkommen, das als absolutes Minimum von der Schichtmannschaft abzuleisten ist, sowie eine optimale Schichtstärke, mit der das Arbeitsaufkommen mit der größtmöglichen Effizienz und Nachhaltigkeit erbracht werden kann (vergleiche ► **Abbildung 1**).

Die Schichtplanung folgt dem Minimal- beziehungsweise dem Optimalbedarf, ohne zu große Personalstärken bereitzuhalten,

Abbildung 1: Variable Personalstärke erfordert komplexe Einsatzplanung



die über den Optimizeinsatz hinausgehen. Die gesamte Arbeitszeit auf der Station für diesen Tag liegt mit dieser Verteilung bei 130 Stunden.

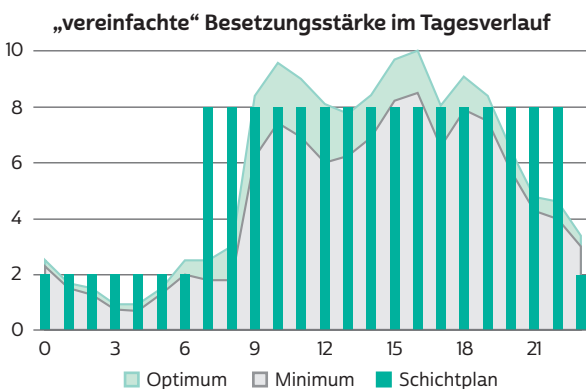
Es zeigt sich aber auch, dass bei den sehr unterschiedlichen Arbeitsintensitäten eine komplexere Personaleinsatzplanung vorzunehmen ist als mit festen, einfachen Schichtplänen.

Wenn die Betriebsvereinbarungen nur feste Schichten erlauben, kann die Personalabteilung nur mit einer „vereinfachten“ Besetzungsplanung arbeiten. Die aber geht zu jeder Zeit am tatsächlichen Bedarf vorbei (siehe ► **Abbildung 2**), teilweise sogar deutlich.

Denn diese Schichtplanung kommt mit drei festen Schichten aus (23 Uhr bis 6 Uhr, 7 Uhr bis 14 Uhr, 15 Uhr bis 22 Uhr), allerdings müsste dann zu Spitzenzeiten notwendige Arbeit liegen bleiben (15 Uhr und 16 Uhr sowie um 23 Uhr), die die nachfolgenden Schichten abarbeiten müssen. Außerdem ist die Tagesarbeitssumme in diesem vereinfachten Fall 144 Arbeitsstunden und damit mehr als 10 % höher als bei der Planung mit variabler Besetzung.

Das Ziel eines optimalen Personaleinsatzes ist, die betrieblichen Belange optimal zu unterstützen, die Patienten bestmöglich zu versorgen, die Interessen der Mitarbeiter zu berücksichtigen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Klinik zu stärken.

Abbildung 2: Drei feste Schichten einer Station führen zu zehn Prozent mehr Arbeitszeit



Um das mit einem neuen Arbeitszeitsystem zu erreichen, hat sich folgender Ansatz bewährt:

- Analyse der vorhandenen Systeme und der Anforderungen an das neue Arbeitszeitsystem
- Betriebsorganisatorische Optimierung der regulären Arbeitszeit
- Inhaltliche Konzeption des neuen Arbeitszeitsystems
- Festlegung technischer Details und Auswahl der technischen Lösung
- Technische Implementierung
- Ausrollen des neuen Systems
- Review und Check des ausgerollten Systems

Analyse der Interessen aller als Voraussetzung für Optimierungslösungen

In der Analysephase werden zunächst die aktuellen Kosten ermittelt. Überstunden, Schichtzuschläge, Zusatzkosten der längeren Liegezeiten durch Betreuungsprobleme bei Unterbesetzungen sind die offensichtlichen Kostenblöcke, aber auch die Administration der Dienstplanung, Abrechnung und Personalverwaltung sind wesentliche Kostentreiber. Wenn Stellen in der Verwaltung durch effizientere Systeme eingespart werden, steht mehr Personalkapazität für die Patientenbetreuung und den Betriebsablauf zur Verfügung.

Danach wird pro Betriebseinheit der detaillierte Personalbedarf erhoben. Hier hat sich eine Unterscheidung bewährt zwischen minimaler Anforderung aus Betriebsablauf, rechtlichen Bestimmungen und optimaler Personalbemessung, also der Personalmenge, bei der der Betrieb mit maximaler Effizienz und Nachhaltigkeit geführt werden kann.

Hierbei ist nun zu klären, ob die vorhandenen Möglichkeiten zum flexiblen Personaleinsatz ausreichen oder ob womöglich weitere Maßnahmen zur Flexibilisierung mit dem Betriebsrat vereinbart werden sollen.

Gerade letzterer Punkt zeigt auch, dass im Rahmen der Analysephase die Interessen und berechtigten Anforderungen aller Beteiligten erhoben werden müssen:

- die „Kunden“ des Krankenhauses, also Patienten und die Kostenträger, deren Ziel eine optimale Versorgung und eine minimale Kostenbelastung sind;

Anzeige

Tagesseminar von Praktikern für Praktiker

Unternehmensbewertung von Krankenhäusern

eureos - Berater und Prüfer für Ihr Krankenhaus



tax · legal · audit · advisory

Dresden
16. März 2017
München
23. März 2017
Berlin
30. März 2017

Anmeldung:
www.eureos.de

- die Leitung des Krankenhauses mit dem Wunsch zum Beispiel nach einfacher Administration und ausreichendem Spielraum für starke Veränderungen im Arbeitsanfall. Ziel der Krankenhausleitung ist auch eine höhere Prozessqualität durch gezielteren Personaleinsatz und damit wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses.

Hierunter fällt auch der Wunsch nach Optimierung der Personalkosten, beispielsweise durch breitere Korridore für „Normalarbeit“, die eine gute Auslastung der technischen Ressourcen ermöglichen, ohne zusätzliche Kosten beispielsweise für Schichtzuschläge zu generieren.

- die Mitarbeiter des Krankenhauses mit der Anforderung nach planbaren Arbeitseinsätzen, Berücksichtigung von persönlichen und familiären Bedürfnissen oder weniger Stress im Arbeitsalltag.

Nur wenn die Interessen aller Beteiligten und Betroffenen vorliegen, kann eine Lösung gefunden werden, die alle Anforderungen ausgewogen berücksichtigt.

Konzeption der neuen Arbeitszeit in mehreren Stufen

In der Konzeptionsphase werden zunächst aus Sicht der Betriebsorganisation die notwendigen Anforderungen an Flexibilität definiert und die möglichen Arbeitsabläufe eingegrenzt. Hierbei ist vordringlich die Patientenversorgung sicherzustellen, danach schränken die Anforderungen zu Wirtschaftlichkeit und die Mitarbeiterbedürfnisse mögliche Arbeitszeitsysteme weiter ein.

Im Rahmen dieser Vorgaben entwickelt das Projektteam dann einen ersten Entwurf, der von den beteiligten Gruppen zu prüfen und zu bewerten ist, also von der Führungsmannschaft des Krankenhauses, den Fachleuten innerhalb der einzelnen Betriebseinheiten, den Dienstplanern und nicht zuletzt den Betriebsräten als Vertreter der Mitarbeiter.

Kommt es hier zu Veränderungsbedarf, muss die Konzeption angepasst werden und wieder einen Prüflauf durch die beteiligten Gruppen bestehen.

Danach erfolgt ein zweiter Prüflauf durch die technischen Fachabteilungen, wie zum Beispiel eine Prüfung des Konzepts aus Sicht des Datenschutzes, aus arbeitsrechtlicher Sicht oder anderer Aspekte.

Erst die technischen Details, dann die passende IT-Lösung festlegen

Nach diesem zweiten Prüflauf übertragen die Planer die inhaltliche Konzeption in ein Fachkonzept für die IT-Spezifikation, das Grundlage für die Ausschreibung und die Auswahl eines IT-Systems ist.

Hierbei sind zum Beispiel technische Details zu entscheiden:

- Soll eine automatisierte Verarbeitung der Zeitdaten Richtung Personalabrechnung erfolgen?
- Werden Zeitzuschläge, Mehrarbeitszuschläge etc. automatisiert berechnet und direkt in die Abrechnung übergeleitet?
- Erfolgt die Zeiterfassung per Chipkarte oder per Biometrie, also zum Beispiel per Fingerabdruckscanner?

- Welche Arbeits- und Administrationsschritte können Mitarbeiter und Führungskräfte selber vornehmen, um die Verwaltung zu entlasten?

Aus diesen technischen Details erfolgt dann die Ausschreibung und die Auswahl einer technischen IT-Lösung für das Arbeitszeitsystem.

Arbeitszeitprojekte sind deutlich erfolgreicher und haben eine höhere Akzeptanz innerhalb des Krankenhauses, wenn die Konzeptionsphase vor der Auswahl der IT-Lösung liegt.

Wählt das Klinik-Management umgekehrt zunächst eine IT-Lösung aus, die dann die Konzeption bestimmt, sind häufig Abstriche bei der Betriebsorganisation zu machen. Die Möglichkeiten der IT ordnen sich dann den Interessen der unterschiedlichen Gruppen unter, und die Lösung ist in der Regel weniger auf die Erfordernisse des Krankenhauses als eben auf die Rahmenbedingungen der IT zugeschnitten.

Dennoch sind bei der Implementierung der Personal-IT stets folgende Fragen zu beachten:

- Ist die Einsatzplanung vollständig in die Abrechnung integriert oder muss monatlich ein Interfacelauf mit manuellem Korrekturaufwand die Systeme miteinander abgleichen?
- Wird der Dienstplan mit der Zeiterfassung gekoppelt und kann die Abrechnung (inklusive Zuschläge für Mehrarbeit oder Nachtarbeit) getrennt nach den unterschiedlichen Tarifvereinbarungen automatisiert erfolgen?
- Wie sind die sonstigen Personalprozesse mit den Dienstplänen verzahnt: Müssen Abwesenheiten separat erfasst und administriert werden?
- Wie stellen die Planungsprozesse die Mitbestimmungsrechte von Mitarbeitern und Betriebsrat sicher?

Durch Pilotgruppen die Funktion der technischen Implementierung testen lassen

In der Phase der technischen Implementierung wird das neue Arbeitszeitsystem implementiert – typischerweise der Server, die Software, die für das Krankenhaus und seine Anforderung eingerichtet werden muss, und nicht zuletzt auch die weiteren technischen Systeme wie die Zeiterfassungsterminals, das Interface zur Gehaltsabrechnung oder dem Personalsystem.

Bei der technischen Implementierung handelt es sich zunächst um einen eher IT-technischen Vorgang, den das Projektteam allerdings eng begleitet und möglichst in mehreren Stufen immer wieder fachlich prüft und abstimmen sollte.

Bewährt hat sich auch die Praxis, zur Risikominimierung eine Pilotgruppe zu definieren, die parallel mit der technischen Implementierung bereits die ersten Erfahrungen in der Umsetzung sammelt. Diese erfasst die Zeiten mit den neuen Terminals, nimmt die Abrechnung parallel zum bestehenden alten System auch schon mit dem neuen System vor, um dabei zu prüfen, ob die Konzeption vollständig umgesetzt wurde, aber auch um rechtzeitig Schwächen in der Konzeption zu erkennen, die vor dem endgültigen Roll-Out behoben werden sollten.

Der Einsatz einer solchen Pilotgruppe – das kann eine einzelne Station im Krankenhaus sein – dient einerseits zur Prüfung und

Bestätigung des fachlichen und technischen Konzeptes (reichen beispielsweise die Terminals, wenn morgens um 6:30 Uhr fast alle Mitarbeiter der Frühschicht fast gleichzeitig mit der Arbeit beginnen?). Andererseits kann sie technische Fehler bei der Implementierung aufdecken (vielleicht schalten sich die Terminals irrtümlich abends um 22:00 Uhr bereits aus?). Vor allem aber erhöht solch ein Pilottest die Akzeptanz der Mitarbeiter und nimmt ihnen die Angst bei der Einführung, da die Pilotgruppe schon ein paar Wochen problemlos damit umgehen konnte.

Mitarbeiter vor und beim Ausrollen des neuen Systems einbinden

Nach erfolgreicher technischer Implementierung und Test durch die Pilotgruppe kann nun das System ausgerollt werden. Hierfür muss die Krankenhausleitung zunächst ein Kommunikationskonzept erstellen. Dies umfasst in der Regel eine Reihe von Präsenzveranstaltungen mit Vorträgen, schriftlichen Unterlagen und Frage-und-Antwort-Runden für die Schlüsselnutzer (Dienstplaner, Betriebsräte, Führungskräfte, Stationsleitungen). In einem zweiten Schritt sollten alle Mitarbeiter informiert werden. Diese Information ist in der Regel einfacher gehalten und beschränkt sich auf Vorträge, Flyer oder/und Präsentationen im Intranet, da diese bei Fragen die Schlüsselnutzer konsultieren können.

Es hat sich bewährt, die Infoveranstaltungen für die Schlüsselnutzer etwa vier Wochen vor dem Ausrollen des Systems vorzunehmen und zwei Wochen vor dem Ausrollen die allgemeinen Nutzer zu informieren. Liegen die Infoveranstaltungen sehr kurz vor dem Ausrollen, erhöht das die Unsicherheit aller Beteiligten, erfolgen die Veranstaltungen deutlich früher, ist ein Teil der Informationen beim Ausrollen bereits wieder vergessen. Während des Ausrollens (typischerweise in der ersten Woche und bei komplexen Systemen auch während des gesamten ersten Monats) sollte das Projektteam eine Task-Force benennen, die bei Fragen und bei Problemen als Ansprechpartner

dient. Können Probleme sehr schnell gelöst werden, erhöht das die Akzeptanz des Systems. Umgekehrt reduziert alleine die Möglichkeit, auf eine Task-Force zurückgreifen zu können, sehr deutlich die mögliche Verunsicherung der Beteiligten, insbesondere Betriebsräte loben häufig eine solche Task-Force.

Review und Check des ausgerollten Systems zur Verfestigung im gesamten Betriebsprozess

Ein letzter Schritt bei der Einführung eines neuen Arbeitzeitsystems ist ein sogenanntes Review-Board, also die Bestandsaufnahme und Diskussion nach einer Woche, einem Monat und abschließend nach dem ersten Vierteljahr. Hierbei trägt das Projektteam die Erfahrungen der User, der Task-Force und der beteiligten Schlüsselnutzer zusammen und wertet sie aus:

- Läuft das System problemlos?
- Welche Probleme können/müssen behoben werden?
- Gibt es weitere Auffälligkeiten?
- Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten?

Solch ein zeitlich dreiteiliges Review hat drei Vorteile:

- Aufgetretene Fehler können schnell behoben werden und das System läuft in der Zukunft besser und stabiler.
- Es reduziert bei den Beteiligten den Druck und minimiert das Risiko eines Scheiterns. Gerade die typischen „kritischen“ Mitarbeiter und Betriebsräte sind sehr viel beruhigter, wenn systematisch vorgesehen ist, Fehler zu beheben, was kritische Diskussionen häufig mit dem Verweis auf das Review und die dann möglichen Korrekturen entspannt.
- Die Reviews und der Abschlussbericht geben dem Projektteam noch einmal die Möglichkeit, den gesamten Prozess zusammenzufassen und den Mitarbeitern, vor allem aber der Geschäftsführung zu präsentieren und den hoffentlich erfolgreichen Abschluss des Projektes zu dokumentieren.

Torsten Irion, Vorstandsvorsitzender dev.AG, Neu-Isenburg, Netzwerkpartner im Heilwesennetzwerk eG, Meerbusch ■

Online-Befragung zur Personalsituation und Patientenversorgung in der Intensivpflege

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) führt eine Online-Befragung zur Personalausstattung, Arbeitssituation und Patientenversorgung auf Intensivstationen im deutschsprachigen Raum durch. Ziel ist, aktuelle aussagekräftige Daten für die berufs- und pflegepolitischen Diskussionen zu bekommen und die Einschätzungen der Experten vor Ort zu bündeln.

Die Befragung läuft bis zum **10. Februar 2017** über die Website des **www.dip.de**. An der anonymen Befragung können alle Pflegenden im deutschsprachigen Raum teilnehmen, die aktuell auf einer Intensivstation in einem Krankenhaus arbeiten. Die Studie wird von der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) unterstützt und mit Eigenmitteln des DIP unabhängig finanziert.

Die Intensivpflege ist ein sehr dynamisches Feld und weist seit Jahren seitens der Patienten- und der Beatmungszahlen hohe Wachstumsraten auf. „Unklar aber bleibt bislang, ob mit der steigenden Anzahl an versorgten Patienten auch die pflegerischen Teams entsprechend personell aufgestockt“, so Prof. Michael Isfort, Leiter der Studie. In Zeiten einer zunehmenden Ökonomisierung der medizinischen Versorgung dürfen die pflegerischen Aspekte nicht in den Hintergrund gedrängt werden. Um diese auch in die Gesellschaft und die Fachöffentlichkeit zu transportieren, sind aussagekräftige Daten von großer Bedeutung.

Das gemeinnützige Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) ist ein Institut an der Katholischen Hochschule NRW (KatHO NRW) in Köln und betreibt einen weiteren Standort an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) bei Koblenz. ■