

# Die Personalbedarfsberechnung ist tot, es lebe die Personalbedarfsberechnung!\*

## – Ein neues Kalkulationsmodell für die Anästhesie –

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten hat es von Anbeginn als eine seiner wesentlichen Aufgaben angesehen, die personelle Besetzung der Anästhesieabteilungen mit Ärzten und Pflegepersonal sachgerecht unter Berücksichtigung von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu sichern. Dabei gilt es nach wie vor, nicht nur die Interessen des einzelnen Mitgliedes als „Arbeitnehmer“ zu schützen, sondern gleichermaßen die vom Fachgebiet definierte und in höchstrichterlicher Rechtsprechung kodifizierte Qualität der anästhesiologischen Patientenversorgung sicherzustellen und gegen Einschränkungen sowie „Verwässerungen“ – man denkt nur an das „Ansinnen“ der Parallelnarkose – zu verteidigen. „Ein OP-Tisch = ein Anästhesist“, so lautet die Maxime, die bis heute Gültigkeit hat und sich wie ein roter Faden durch alle Personalbedarfsberechnungsverfahren zieht.

Mit der Verabschiedung der DKG-Anhaltszahlen im Jahre 1969, denen die Gesundheitsministerkonferenz 1978 einen „norminterpretierenden Charakter“ zuerkannt hat, ist dieser Grundsatz auch offiziell in alle relevanten Personalbedarfskonzepte eingeflossen.

Mit der zunehmenden Differenzierung und Diversifizierung unseres Fachgebietes sowie knapper werdenden Mitteln im Gesundheitswesen ergab sich die Notwendigkeit, auch die Methoden der Personalbedarfsberechnung immer weiter zu verfeinern. Nach grundlegenden Vorarbeiten u.a. von Zinganell (1989), Fischer (1989) [9], Danner und Martens (1989) [4], Baugut (1989) [2], Weißauer und Opderbecke (1990) sowie Zinganell, Gräbe und Nolte (1992) [17] erschien dann Ende 1992 mit der Schrift: „Leitfaden für die Personalbedarfsermittlung im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin“ von Kersting, Baugut, Plücker [12] eine zusammenfassende Darstellung der anerkannten Methoden zur Personalbedarfsberechnung im Fachgebiet Anästhesiologie.

Dieser Leitfaden, der sich in erster Linie an den erbrachten Leistungen bzw. Zeiten orientierte, hat über zehn Jahre lang wertvolle Dienste für eine sachbezogene Diskussion des Personalbedarfs zwischen

den Leitern der anästhesiologischen Abteilungen und Kliniken und den Geschäftsleitungen der jeweiligen Krankenhäuser geleistet. Er hat Entscheidendes dazu beigetragen, die anästhesiologische Patientenversorgung bei allen Problemen im Einzelfall insgesamt auf einem hohen Niveau zu sichern.

Mit dem Wegfall des sog. Selbstkostendeckungsprinzips, der Budgetierung und spätestens der flächendeckenden Einführung von Fallpauschalen im DRG-System ist die rein leistungsbezogene Personalbedarfsberechnung jedoch auch an ihre Grenzen gestoßen. Da es nun nicht mehr ausreicht, den Kostenträgern gegenüber nachzuweisen, dass eine bestimmte, medizinisch indizierte Leistung erbracht wurde, um die dafür notwendigen Ressourcen zu erhalten, muss die Argumentation heute über eine sachgerechte Verteilung der Mittel krankenhauserintern, unter dem Deckel eines prospektiv kalkulierten Krankenhausbudgets erfolgen.

Das als Supplement zu dieser Ausgabe der A&I publizierte neue Konzept zur Personalbedarfsberechnung im Arztdienst Anästhesie greift diese Überlegungen auf. Es wurde nach intensiven Vorarbeiten durch die Arbeitsgruppe „Personalmanagement und Personalbedarfsberechnung“ (Federführend: PD Dr. Th. Klöss, Hamburg, und Dr. Th. Iber, Rostock) des Forums Qualitätsmanagement und Ökonomie von BDA und DGAI vom Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten im Einvernehmen mit dem Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie am 31.03.2006 in Nürnberg als Empfehlung verabschiedet.

Kerngedanke dieses Konzeptes ist es, unter Maßgabe der Formel „1 Arzt (Anästhesist) = 1 OP-Tisch“ und basierend auf den Arbeiten von Kersting und Zinganell – einschichtige Saalöffnungszeiten vorausgesetzt –, den Gleichzeitigkeitsfaktor bei der Arbeitsplatzbesetzung entsprechend zu berücksichtigen. Nicht saalbezogene Leistungen werden dabei

\* Rechte vorbehalten

► modulbezogen definiert und mit entsprechenden Zeiteinheiten hinterlegt, deren Werte durch zahlreiche Literaturquellen, Vorgaben von Prüfungsgesellschaften und Erfahrungen vieler Abteilungen belegt und damit gleichsam evidenzbasiert sind.

Diese Methodik ermöglicht es, auch für das DRG-System einen nachvollziehbaren Weg zur leistungs- und erlösbezogenen Personalbedarfsberechnung zu eröffnen. Sie besitzt den Vorteil, dass sie den Zusammenhang zwischen Leistungsanforderung der Operateure nach zur Verfügung Stellung von OP-Kapazitäten (Saalöffnungszeiten) und anästhesiologischerseits entstehenden (Personal-) Kosten transparent macht und nebenbei dazu beiträgt, Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken.

Es liegt in der Natur derartiger Kalkulationsmodelle, dass nicht alle Abteilungen zu den „Gewinnern“

eines solchen Konzeptes gehören werden. Bei realistischer Betrachtung dessen, was möglich, und dessen, was nötig ist, beschreibt dieses Konzept jedoch einen Weg, der es allen Abteilungen bei Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten „vor Ort“ ermöglicht, in eine ebenso fundierte wie realitätsnahe Diskussion über die notwendige personelle Ausstattung einzutreten. Dabei sollte der erste Satz des oben zitierten Beitrags „Qualitative und quantitative Personalplanung“ von H.W. Opderbecke und W. Weißbauer nie vergessen werden. Er lautet: „Mittelpunkt und Maß aller Dinge ist der Mensch“, sei es als Patient oder als behandelnder Arzt.

Prof. Dr. med. Bernd Landauer  
– Präsident BDA –