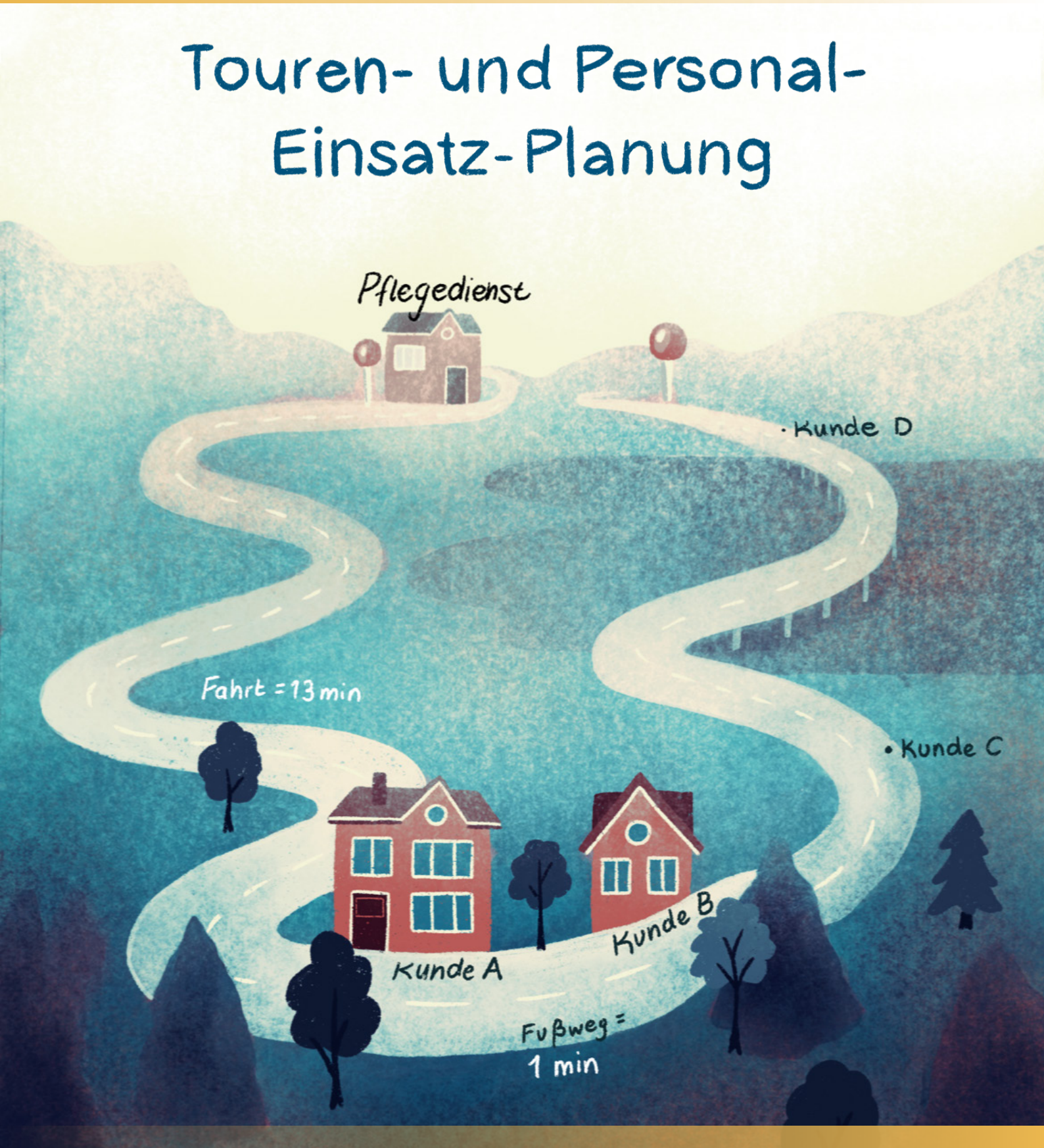
www.pdl-management.de

Ausgabe 12 - März 2023

PDL Management

Praxis für Leitungskräfte in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten

Touren- und Personal-Einsatz-Planung



Sießegger Sozialmanagement

Liebe Leserinnen und Leser,

die Touren- und Personal- Einsatz-Planung steht im Mittelpunkt der Tätigkeiten einer PDL im ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst. Sie bestimmt maßgeblich darüber, ob der Pflegedienst wirtschaftlich und qualitativ gut arbeitet. Sie beginnt beim Erstgespräch und danach werden die Leistungen individuell für den Kunden zusammengestellt, die Zeiten hinterlegt und addiert und entsprechend den Bedürfnissen angepasst. In der Folge entstehen Kosten, die durch entsprechende Erträge gedeckt werden sollten. Dabei muss nicht jede Leistung sich rechnen, nicht jeder Einsatz, nicht jede Tour und nicht jede Mitarbeiterin. Aber insgesamt gesehen sollte es die Pflegedienstleitung im Griff haben, das gewünschte Ergebnis zu erreichen. Das ist schon fast eine Kunst.

Beim Verfassen dieses Themenheftes ist mir und uns klargeworden, dass dieses nur der Anfang sein kann, die Touren - und Personal-Einsatz-Planung in ihrer Bedeutung vollkommen zu erfassen.

Deshalb entstand die Idee: Wir begeben uns auf den Weg, mit diesem initialen Themenheft die wirtschaftliche Touren- und Personal-Einsatz-Planung künftig – beginnend mit dieser Ausgabe – jeden Monat in der neuen Rubrik + + + Touren - und Personal-Einsatz-Planung weiter in die Tiefe gehend zu betrachten.

Unsere Fachzeitschrift wächst im Laufe der Zeit und wird zu „gesammeltem Wissen“. Im Archiv auf unserer Internet-Seite ● wird der Fundus immer größer. Wir haben den Anspruch, praxisnahes und aktuelles Management-Wissen für alle Leitungskräfte zur Verfügung zu stellen, seien es Grundlagen der Betriebswirtschaft, des Controllings, der Kostenrechnung oder die Führungsfragen, welche PDLs herausfordern. Wir finden immer eine Antwort und bieten Lösungen. Und wir gehen oft ins Detail und geben Schritt-für-Schritt-Anleitungen. Da sind wir mit viel Erfahrung und voller Kraft dabei. Gerne.

Viel Erfolg!

Herzlichst, Thomas Sießegger

Eine wirtschaftliche Touren - und Personal-Einsatz-Planung ist der wichtigste Kernprozess eines ambulanten Pflege- und Betreuungsdienstes. In voller Vielfalt und in die Tiefe gehend könnten wir darüber ein ganzes Buch schreiben. Gut. Mit diesem Beitrag fangen wir einfach einmal an. **2**

Planung und Steuerung starten immer mit dem ergebnisorientierten Auftragsgespräch. Kerstin Pleus lässt Sie als verantwortliche Pflegedienstleitung entscheiden, wen Sie wann als Kunden aufnehmen und wann durch wen wie lange versorgen lassen. Eine kleine Checkliste. **7**

Manchmal denkt man sarkastisch und zu Recht genervt: „Herzlich Willkommen im Kindergarten der ambulanten Pflege!“ Aber, was tun, wenn die Personal-Einsatz-Planung auf Widerstände stößt? Christian Loffing möchte keinen faulen Kompromiss, sondern gute Kooperation. **10**

Peter Wawrik plädiert für eine Einsatzplanung mit standardisierten Vorgabezeiten, die nach dem Prinzip 80/80 ihre Richtigkeit hat. Dann im Anschluss können individuelle Gegebenheiten berücksichtigt werden. Weitere Prinzipien sind Fairness, Visualisierung, Genauigkeit und … . **12**

Unsere + + + Rubriken

▶ Der Steuerberater **14**
Die Erfolgsrechnung als externes Steuerungsinstrument

▶ Touren - und Personal-Einsatz-Planung **16**
Relative Pünktlichkeit und Zeitfenster - mehr geht nicht!

▶ Der orgavision QM-Tipp **17**
Digitales QM in der Pflege: Hier kommt Ihr Fahrplan!

▶ Kennzahl des Monats **20**
Ausschöpfen der Sachleistungen

▶ Statistik & Zahlen **23**
Personalzusammensetzung | Wie es ist. Wie es wohl werden wird?

Impressum **29**

Hinweis
In unseren Beiträgen verwenden wir Hyperlinks, die hinter solchen Punkten ● verborgen sind. Durch ein Klicken auf diese gelangen Sie auf Internet-Seiten. Die Punkte ● bei den genannten Autoren eröffnen direkt den Kontakt per E-Mail zu diesen. Probieren Sie es bitte gerne aus.

Foto: Roemme Siessegger

Thomas Sießegger

Diplom-Kaufmann, Organisationsberater und Sachverständiger
für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste

Hamburg + Langenargen am Bodensee

Email: pdl-management@siessegger.de
Web: www.siessegger.de

Die Touren - und Personal-Einsatz-Planung

Der Kernprozess eines ambulanten Pflegedienstes

Der **wichtigste Kern-Prozess** eines ambulanten Pflege- und Betreuungsdienstes ist die **Touren- und Personal-Einsatz-Planung**. Hier werden die Personalkosten, die zirka 70% bis 80% ausmachen, gesteuert und im Rahmen gehalten.

Die Touren - und Personal-Einsatz-Planung umfasst sehr viele Aspekte ...

- Wie sollte ein Einsatzplan erstellt werden?
- Wie hoch sind die Zeiten für einzelne Leistungen und wie können diese zu „Paketen“ geschnürt werden?
- Sollen Leistungskomplexe angeboten werden – oder besser (für Pflegedienst und Kunden) Zeitleistungen?
- Das Festlegen von Zeiten für Patienten im Rahmen der Planung und das tägliche Anpassen an Änderungen
- Welche Informationen gehören auf den Einsatzplan?
- Was sind die drei Phasen der Touren - und Personal-Einsatz-Planung?
- Wie sorgt der SOLL-IST-Vergleich dafür, dass die Abrechnung und die Arbeitszeiterfassung ein quasi 100%iges Nebenprodukt ist?
- Soll eine Mitarbeiterin oder sollen mehrere Mitarbeiter zum Einsatz kommen?
- Umgang mit individuellen Fahrt- und Wegezeiten der Kunden
- Welche Grundregeln gilt es zu beachten?
- usw.

Fragen über Fragen.

Schon der Einstieg in dieses Thema macht deutlich, dass wir Touren - und Personal-Einsatz-Planung nicht in einem einzigen Beitrag behandeln können. Deshalb zeigen wir hier nur ein paar Beispiele auf und führen das Thema zukünftig in der neuen Rubrik:
+ + + Touren - und Personal-Einsatz-Planung fort, welche ab jetzt monatlich im PDL Management erscheinen wird. Und irgendwann wird einmal ein Buch daraus.

Im Gegensatz zur stationären Pflege, wo ein Dienstplan dominierend ist und überwiegend die Einhaltung eines fixen Schichtensystems die Planung darstellt, ist bei ambulanten Diensten die Touren- und Personal-Einsatz-Planung täglich variabel, sie ist minutiös getaktet und richtet sich nach Wünschen und Bedürfnissen der Kunden und der Mitarbeiter. Sie muss täglich angepasst werden müssen.

Die tägliche Anpassung an Veränderungen dauert täglich ca. 1 Stunde, und die SOLL-IST-Kontrolle noch länger (bei einem Pflegedienst mit z. B. 100 Kunden). Das sind ca. 500 Stunden einer Leitung pro Jahr nur für diese beiden Teilaspekte der Touren - und Personal-Einsatz-Planung.

Besonders schwierig ist die Berücksichtigung von Fahrt- und Wegezeiten. Diese erschweren die Tourenplanung vor allem dann, wenn Touren umgestellt werden. All diese Dinge werden schriftlich geplant, kontrolliert und erfasst. Fahrt- und Wegezeiten variieren, je nach

- Stadt vs. Land
- Stadt vs. Kleinstadt /Dorf
- Baustellen und anderen temporären Gegebenheiten
- witterungsbedingten Voraussetzungen und topographischen Bedingungen

zwischen 1 und 25 Minuten im Durchschnitt und sind zudem von Tages- und Jahreszeit bedingten Einflüssen abhängig.

Neben den Zeiten vor Ort beim Kunden, für Pflege, Betreuung oder Hauswirtschaft, und neben den Fahrt- und Wegezeiten gibt es noch die sogenannten Organisationszeiten. Diese sind unbedingt in der Touren- und Personal-Einsatz-Planung zu berücksichtigen. Eine Definition der Organisationszeiten ist dafür notwendig.

Die 3 Phasen der Touren- und Personal-Einsatz-Planung

Anhand eines Zahlenbeispiels zeigen, dass immer genug Individualität in der Personal-Einsatz-Planung vorhanden sein muss.

Darstellung: das 3-Phasen-Modell der Personal-Einsatz-Planung

Allerdings ist - aus meiner Sicht - die tatsächliche Umsetzung in der Praxis leider nicht immer so differenziert.

In **Phase 1** bedient man sich einer internen Checkliste, in der für alle Leistungen exakte Minutenwerte hinterlegt sind.

Diese Checkliste muss plausibel sein, das heißt:
die Anzahl aller Leistungen multipliziert mit den jeweiligen hinterlegten (individuell angepassten) Zeiten muss in der Summe der tatsächlichen Arbeitszeit der Mitarbeitervor Ort entsprechen. Aus der Summe dieser Einzelzeitwerte errechnet die Leitung einen Gesamtzeitwert, in unserem Beispiel 31 Minuten.

Phase 2: Bereits beim Erstgespräch hat die Leitung einen Eindruck vom Kunden gewonnen. Ausgangspunkt ihrer weiteren Überlegungen ist der Wert von 31 Minuten. Sie kann und soll jedoch gegebenenfalls diesen Zeitwert nach oben oder unten anpassen, aufgrund besonderer Umstände, z. B.

- Unterschreiten, wenn es die Situation des Kunden erlaubt, da dieser die Leistungen zwar benötigt (vielleicht aber nicht in allen Teilkomponenten) - und überhaupt noch relativ agil ist
- Überschreiten, wenn eine sehr aufwendige z. B. aktivierende Pflege notwendig ist, die zeitlich über das Durchschnittsmaß hinausgeht, aber trotzdem keine anderen zusätzlichen Leistungskomplexe in Frage kommen.

Am sinnvollsten ist diese Änderung dann, wenn die Mitarbeiterin, welche die Tour im allgemeinen fährt, der Leitung eine Rückmeldung gegeben hat, wie sich der Kunde innerhalb der ersten 7-10 Tage entwickelt hat, d.h. die Leitung macht die Festlegung der Zeit nicht ohne eine Mitteilung oder eine Rücksprache mit der dann in der Tour zuständigen Mitarbeiterin. In unserem Beispiel korrigiert die Leitung den errechneten Wert auf 34 Minuten, weil sie dies für pflegefachlich notwendig hält.

In **Phase 3** wird der von der Leitung erstmals modifizierte Zeitwert der Mitarbeiterin über den Einsatz-Plan (schriftlich oder digital auf dem MDA) mitgeteilt.

Nun können zum zweiten Mal die Zeiten für den Kunden individuell angepasst werden:

Weicht die tatsächliche Zeit der Leistungserbringung gravierend von der vorgegebenen geplanten Zeit ab (z. B. ab einer Abweichung von +/- 5 Minuten), macht die Mitarbeiterin im Einsatz-Plan eine entsprechende Notiz. Bei minimalen Abweichungen erfolgt keine Erfassung.

In unserem Beispiel korrigiert die Pflege-Mitarbeiterin den vorgegebenen Wert auf 45 Minuten und macht handschriftlich eine Begründung für die Überschreitung.

Es ist zu erwähnen, dass geplante Zeitwerte über- und unterschritten werden können. Leider fassen Mitarbeiter geplante Zeitwerte allzu oft als Maximalwerte auf. Sie sind also selten schneller als der Plan. ▶

In der Regel können die Mitarbeiter eine Zeitüberschreitung bei anderen Kunden wieder kompensieren, so dass am Ende die geplante Endzeit der Tour einigermaßen stimmt.

Werden bei einer Tour die Zeitwerte immer überschritten, dann hat entweder die Leitung eine falsche Planung abgeliefert - oder die eingesetzte Mitarbeiterin hat den Umgang mit Durchschnittswerten (noch) nicht verstanden. Durch entsprechende Trainings oder Schulungen sollte diesem Phänomen entgegengewirkt werden.

Wie zu sehen ist, kann, darf und soll die Individualität des einzelnen Menschen sowohl bei der Planung als auch bei der tatsächlichen Leistungserbringung berücksichtigt werden.

Prinzipien für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei der Touren - und Personal-Einsatz-Planung

1. **Die Kosten pro Stunde sind immer nur im Durchschnitt pro Qualifikation zu berechnen, nie bezogen auf einzelne Mitarbeiter**

   Beispiel: In einer tariforientierten Einrichtung kostet eine 23-jährige kinderlose Krankenschwester 48,- €uro pro Stunde, die 42-jährige Kollegin kommt auf 58,- €uro. Diese Information birgt zwei mögliche gefährliche Rückschlüsse:

   - Die (erfahrene) teurere Mitarbeiterin soll schneller arbeiten (als die jüngere), da sie teurer ist (wofür sie aber selbst nichts kann)
   - Geht es um Personalentscheidungen (oder gar um die Einstellung einer 23- oder einer 42-jährigen Mitarbeiterin) ist die Wahrscheinlichkeit groß, ich durch diese differenzierten Informationen beeinflussen zu lassen

   Deshalb: Die Durchschnittskosten nur pro Qualifikation berechnen: z. B. eine examinierte Pflegefachkraft kostet durchschnittlich 55,- €. Diese Kosten werden in der Software hinterlegt.

2. **Keine Anwendung der Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung (EOPEP)**

   Die EOPEP ist eine „Perversion“ (= Umkehrung) der Kostenrechnung.

   Es wird nicht der Preis einer notwendigen Leistung errechnet, sondern umgekehrt ermittelt:

   Wie viel Zeit ist bei einem „vorgegebenen Preis“ möglich?

   Die konsequente Anwendung führt in den pflegerisch-fachlichen Ruin und zu einer Deflation der Minutenwerte für die Pflegeleistungen.

3. **Bei der Ermittlung der notwendigen Zeiten für Leistungen oder Kunden darf es keine Unterschiede zwischen Qualifikationen geben**

   Negativ-Beispiel: Eine Schwester darf für eine bestimmte Leistung 20 Minuten benötigen, eine Helferin 27 Minuten, ein Mitarbeiter im Bundesfreiwilligendienst 36 Minuten. Diese Differenzierung darf nicht sein, ein einheitlicher Zeitwert muss für alle Mitarbeiter gleichermaßen gelten.

4. **Für jede Leistung muss es einen exakten internen Zeitwert geben**

   Dieser Zeitwert darf sich nicht an den Punktwerten der Pflegeversicherung orientieren (Bsp.: 400 Punkte = 40 Min.).Diese Aussage war und ist grundsätzlich immer falsch.

   Vielmehr sollte der Minutenwert nach den individuellen Bedürfnissen der Kunden im Durchschnitt festgelegt werden. Ein Durchschnittswert bedeutet, dass er über- oder unterschritten werden kann. Und, der Zeitwert sollte nicht im Rahmen eines Intervalls angegeben sein, also z. B. 5-10 Min., sondern er sollte exakt sein, z. B. 7 Min.

5. **Die in Punkt 4 genannten Zeiten für Einzelleistungen hängen nicht offiziell im Pflege- und Betreuungsdienst aus**

   Gäbe es eine offizielle Liste, bestünde die Gefahr, dass diese Werte nach außen getragen werden. Dabei stehen diese Werte niemals allein, sondern müssen immer als Paket betrachtet werden. Im Rahmen der Planung werden diese hinterlegten Zeitwerte von der Software addiert und dann in der Summe noch einmal von der Planerin abgewogen. In über 90% der Fälle sollte es so sein, dass die von der Software vorgeschlagenen Summen der Einschätzung der Leitungskraft, die beim Erstgespräch vor Ort war, entsprechen. In 5% - 10% der Fälle ist eine individuelle Korrektur notwendig. Außerdem muss bei der Planung auch noch die so genannte Hausbesuchszeitpauschale addiert werden.

6. **Den Mitarbeitern nicht die Zeiten für Einzelleistungen mitteilen, sondern nur die Zeit für das Leistungspaket insgesamt**

   Würden Sie den Mitarbeitern mitteilen, dass eine kleine Pflege z. B. 17 Minuten im Durchschnitt dauert, wären diese irritiert, da ihnen die 50% der Kunden einfallen, wo diese Leistung länger dauert als der Durchschnittswert. Diese Irritation ist nicht notwendig, also sollten die einzelnen Zeitwerte der Leistungen den Mitarbeitern nicht schriftlich zur Verfügung stehen. Die Liste mit den Zeitwerten ist jedoch in der Software den Leistungen hinterlegt.

   Den Mitarbeitern sollte nur mitgeteilt werden, wie viel Zeit insgesamt für das Leistungspaket anfällt (z. B. 34 Minuten) – und welche Leistungen beim Kunden zu erbringen sind, was dann in der Pflegedokumentation bzw. im Leistungsnachweis ▶

erfasst wird. Das können die Mitarbeiter problemlos akzeptieren. Der Zeitwert wird durch die Leitung zu Leistungspaketen geschnürt und in den Tourenplan der Mitarbeiter als Gesamtzeit übernommen. Was an Leistungen zu erbringen ist, steht ebenfalls im Einsatzplan auf dem Handy (jedoch ohne Zeitangaben) und in der Pflegedokumentation.

7. Zeitwerte nie als Maximalwerte auslegen

Den Mitarbeitern mitzuteilen, sie dürfen „bis zu … Minuten“ für die Leistung oder den Patienten benötigen, ist kontraproduktiv und führt zu unnötigen Diskussionen. Liegen die Mitarbeiter nämlich über dem genannten Zeitwert, haben sie (zu Recht) eine gute Begründung dafür. Sind sie aber schon vorher fertig, haben sie den subjektiven Eindruck, sie hätten die restlichen Minuten noch zur freien Verfügung. Durch diese Handhabung funktioniert die Planung nicht, da die geplanten Zeiten in der Summe immer überschritten werden. Deshalb muss gemeinsam mit den Mitarbeitern trainiert werden, was ein Durchschnittswert ist; dieser kann nämlich über- oder unterschritten werden.

8. Die realen Fahrt- und Wegezeiten dürfen nicht den Patienten zum Vor- oder Nachteil sein.

Wohnt ein Kunde sehr weit weg (umgangssprachlich: „Es lohnt sich kaum, dorthin zu fahren“), darf ihm keine Zeit in der Pflege gekürzt werden. Es steht ihm die gleiche Zeit zu, wie wenn er direkt neben dem Pflege- und Betreuungsdienst wohnen würde.

Auch über Zuzahlungen darf eine zusätzliche Berechnung und Ausgleich der Fahrt- und Wegezeiten (= Kosten) nicht erfolgen. Hier sollten Sie nicht dem Versuch unterliegen, dem Kunden deshalb weitere Leistungen zusätzlich zu verkaufen, „damit es sich rechnet“.

9. Einsätze sollten nicht (nur) in 5-Min.-Schritten erfasst oder geplant werden.

In Schulungsbeispielen und in der Praxis immer von 5 Minuten, von 10 Minuten, von 20 Min. usw. zu sprechen oder gar die Erlaubnis, dass die Mitarbeiter die Leistungen und Einsätze in 5-Min.-Schritten aufzeichnen, führt dazu, dass die Mitarbeiter geneigt sind, meistens aufzurunden. Zählt Sie dann am Ende des Tages die geleisteten Minutenwerte zusammen, ergibt sich das Phänomen, dass eine Mitarbeiterin in 6 Stunden Arbeitszeit 7 Stunden gepflegt hat.

Eine Planung und Erfassung in 5-Min.-Schritten ist also gefährlich und viel zeitaufwendiger (da später Korrekturen gemacht werden müssen) und sollte unterlassen werden.

10. Zwei Kräfte dürfen nicht unterschiedlich lange benötigen bei einem Kunden oder in der gleichen Tour

Sollte es dazu kommen, dass eine Mitarbeiterin für eine bestimmte Tour 4,0 Std. benötigt und die andere 5,0 Std., so läuft etwas schief. Die Leitung hat dafür zu sorgen, dass beide Mitarbeiterinnen gleich lange benötigen. Bei der einen sind gegebenenfalls Hinweise auf zeitsparende Methoden sinnvoll, während man z. B. bei der Kollegin auf die Notwendigkeit einer aktivierenden (zeitaufwendigen) Pflege hinweisen wird.

Die Orientierung an der schnellsten Mitarbeiterin ist nicht sinnvoll. Hauptsache, beide benötigen vom Grundsatz her gleich viel Zeit beim Patienten. Sehr wohl darf es aber Unterschiede geben in der Zeit für verschiedene Kunden und an verschiedenen Tagen.

Diese 10 Regeln sollten täglich in der Personal-Einsatz-Planung berücksichtigt werden.

Zu Punkt 8 soll ein Beispiel zeigen, wie mit den Fahrt- und Wegezeiten umgegangen werden soll. Wir nehmen das Titelbild dieser Ausgabe von ● PDL Management als Grundlage für folgende Überlegungen. ▶

Eckdaten für die Touren- und Personal-Einsatz-Planung

Fahrt und Weg vom Pflegedienst zu Kunde A	=	13 Min.
Weg von Kunde A zu Kunde B	=	1 Min.
Fahrt und Weg von Kunde B zu Kunde C	=	7 Min.
Fahrt und Weg von Kunde C zu Kunde D	=	7 Min.
… die Tour geht weiter		
Fahrt und Weg vom letzten Kunden zum Pflegedienst	=	3 Min.

Durchschnittliche Fahrt- und Wegezeiten
für diese Tour = 6,5 Min.

Anmerkung: Dieser Wert von 6,5 Min. geht nicht aus den hier aufgezeigten Fahrt- und Wegezeiten hervor, sondern ist **eine Durchschnittsberechnung über die ganze Tour**

Eckdaten für die Berechnung der Hausbesuchspauschale

Durchschnittliche Fahrt- und Wegezeiten
für den gesamten Pflegedienst = 7,0 Min.

Anmerkung: Die 7,0 Min. gehen nicht aus den aufgezeigten Fahrt- und Wegezeiten hervor, sondern ist **eine Durchschnittsberechnung für den gesamten Pflegedienst** (mit all seinen Touren)

Modellrechnung, mit Beispiel:

Frau A und Frau B sind Nachbarinnen und kennen sich. Sowohl **Kunde A** als auch **Kunde B** benötigen zufällig beide eine Pflege von je 45 Min. (aufgrund der Einschätzung der Leitung beim Erstgespräch).

Falsch wäre es, Frau A, die individuelle Fahrtzeit von der Pflegezeit abzuziehen; sie bekäme dann 32 Min.

(= 45 Min - 13 Min.), Frau B bekäme demnach

45 Min. - 1 Min. = 44 Min.

Es ist offensichtlich, dass dies nicht so sein darf.

Aber diese Verhaltensweise ist in der Praxis gelegentlich anzutreffen, wenn z. B. ein neuer Kunde aufgenommen wird, der weit weg wohnt; schnell entsteht bei Leitung der Gedanke, zu versuchen, bei diesem Kunden doch noch ein paar Leistungen zusätzlich abzurechnen, damit sich die weite und lange Fahrt wenigstens lohne.

Aus Sicht der Kunden wäre das so: Frau A könnte auf die Idee kommen: „Dann fahren Sie doch zuerst zu meiner Nachbarin Frau B, ziehen Sie ihr die 13 Min. ab, und kommen Sie dann zu mir“.

Richtig ist, bei beiden Kunden darf die individuelle Fahrt- und Wegzeit nicht zum Ansatz kommen, jede bekommt 45 Min. Pflege.

Fazit: Reale Fahrt- und Wegezeiten dürfen nicht individualisiert werden. Sehr wohl ist es aber möglich und notwendig, für bestimmte Regionen und Einsatzgebiete besondere Hausbesuchspauschalen in Vergütungsverhandlungen zu realisieren, um die durch die Fahrt- und Wegezeiten entstehenden Kosten leistungsgerecht zu kompensieren.

Thomas Sießegger

Foto: Mathias Kirchhoff

Kerstin Pleus

Organisationsberaterin, Krankenschwester, Sozialarbeiterin, MDK-Gutachterin, Pflegedienstleitung, Business-Coach, Systemische Organisationsentwicklerin

Dortmund

Email: pflege@kerstinpleus.de
Web: www.kerstinpleus.de

Auf die Führungskraft kommt es an – effiziente und erfolgreiche Tourenplanung

Die ergebnisorientierte Planung und Steuerung startet immer mit dem ergebnisorientierten Auftragsgespräch!

Die Tourenplanung ist ein Kernprozess eines jeden ambulanten Pflege- und Betreuungsdienstes. Nur, wie stellen Sie fest, ob Ihre Planung auch wirklich effizient erfolgreich ist und bleibt.

Generell führen Sie als PDL das Erstgespräch durch. Im Vorfeld haben Sie Vorüberlegungen zu Ihren Personal- und Tourenkapazitäten getätigt. In einer ergebnisorientierten Auftragsklärung haben Sie aus pflegefachlicher Sicht und gemeinsam mit dem Neukunden den Bedarf ermittelt. Die Frage der Notwendigkeit wird mit allen Akteuren geklärt und zusätzlich klären Sie wer, wann, welche Aufgaben übernehmen soll. Sie halten die Leistungsvereinbarungen schriftlich fest. Das schriftliche Ergebnis des Auftragsgespräches ist eine Übersicht, die den gesamten ermittelten Hilfebedarf darstellt. Und die zu erbringenden Leistungen leiten Sie hieraus ab. Sie überführen den Hilfebedarf in Leistungskomplexe, in zeitbezogene Leistungen, SGB V Leistungen bzw. Privatzahlerleistungen.

Erst im Anschluss wird der Kunde über die zur Verfügung stehenden Budgets informiert und erhält einen Kostenvoranschlag.

Und wie sieht die Praxis aus?

Und was passiert dann? In der Praxis erleben Sie es immer wieder, dass der Kunde bzw. die Angehörigen über die Kosten erschrocken sind und anfangen zu verhandeln. Außerdem wünschen sie sich verbindliche Zeiten.

O-Ton eines Ehemanns: „Wir möchten, dass Sie morgens um 8 h und abends um 18 h die Pflege bei meiner Frau durchführen. Die Kosten sind mir zu hoch. Drehen Sie das mal irgendwie, wie ist mir egal! Und seien Sie bitte pünktlich!“

Nun sind Sie als PDL gefragt! Bitte begeben Sie sich nicht auf die Ebene Ihres Gegenübers. Fangen Sie bitte nicht an, „mit“ zu verhandeln! Sie sind keine Gemischtwarenhändlerin. SIE sind für den Erfolg Ihres ambulanten Pflege- und Betreuungsdienstes verantwortlich.

Nun braucht es ➡ konsequente Kommunikation & Haltung.

Sie stellen die Weichen für Ihren Erfolg JETZT!

Und reflektieren Sie bitte, dass Sie als verantwortliche Pflegedienstleitung entscheiden, wen Sie wann als Kunden aufnehmen und wann durch wen versorgen lassen….

Oder auch nicht.

Der Kunde trifft an dieser Stelle diese Entscheidung nicht. Durch den sich verschärfenden Markt haben sich die Verhältnisse in der Pflege verändert. Der Paradigmenwechsel gilt auch für die Kunden: Der Kunde ist auf der Suche nach einem Pflegedienst. Der Pflegedienst ist nicht auf der Suche nach einem Kunden. Der Pflegedienst ist auf der Suche nach Personal.

Im Vorfeld haben Sie aus pflegefachlicher Sicht den Hilfebedarf ermittelt, festgestellt und schriftlich festgehalten. Die Themen Notwendigkeit und wer welche Aufgaben wann übernimmt wurden also bereits geklärt.

Wichtige Faktoren für eine Steuerung:

1. Welche Ziele verfolgt Ihr Pflege- und Betreuungsdienst? Nur wer Ziele/Visionen hat, wird sich weiterentwickeln.

Lautet Ihr Ziel u. a.: Erfolg durch Wachstum?

- durch Kundenakquise?
- durch Umsatzsteigerung/Kunde?
- oder beides?

2. Wie groß ist Ihr Einzugsgebiet?

Konzentrieren Sie sich auf Ihr lokales Einzugsgebiet und Bestandskunden.

3. Wie setzen Sie Ihre Mitarbeiter ein?

Die Einsätze werden ausschließlich durch die PDL gesteuert. Konzentrieren Sie sich auch hier, auf Ihr lokales Einzugsgebiet bzw. steuern Sie stadtteilbezogen.

4. Wie gehen Sie mit Kundenwünschen um?

Sie entscheiden, was wann durch wen möglich ist! Steuern Sie über Ihre effiziente Personal-Einsatzplanung. ▶

Was verstehen wir unter Effizienz?

Also, wie steht Ihr Aufwand und Ihr Nutzen zueinander in Relation? Kurz gesagt: Kosten-Nutzen-Relation!

Die Weichen für den Erfolg stellen Sie bereits beim erfolgreichen Auftragsgespräch. In der ergebnisorientierten Leistungsplanung konfigurieren Sie die Leistungen mit dem Fokus auf eine hohe Kontinuität und Ausführbarkeit. Über alle Leistungen betrachtet halten Sie die Kostendeckung ein!

Unter Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsaspekten erzielen Sie eine Kostendeckung u.a. durch

- kostendeckende Leistung beim Kunden,
- ein sinnvoller Personaleinsatz bei der Tourenplanung
- Reduzierung vermeidbarer Fahrzeiten.

Nicht jeder Kunde und nicht jede Tour sind im Pflege- und Betreuungsdienst „wirtschaftlich. Über alle Kunden/Touren gesamt betrachtet, müssen die Leistungserträge jedoch die Personal-, Sach- und unternehmerischen Kosten decken.

Für eine ergebnisorientierte Tourenplanung gilt grundsätzlich:

- Koordinierung der Touren durch die PDL!

  Sie, als verantwortliche PDL, sind für die Tourenplanung zuständig und verantwortlich. Im Vorfeld haben Sie das Erstgespräch und die Leistungsplanung durchgeführt. Nach gefahrener Tour führen Sie den Soll-Ist-Abgleich täglich durch, siehe Ausgabe Februar 2023.

- Logistikprozesse optimieren, effizient steuern und Schaffung einer hohen Kontinuität in den Touren!

  Arbeiten Sie bitte mit dem intelligenten Routenplaner Ihres EDV-Systems, auch wenn Ihnen Ihr „Bauchgefühl“ sagt, dass die Tour optimal geplant sei.

  Bestenfalls zeigt Ihnen der integrierte Routenplaner den Verlauf einer oder mehrerer Routen gleichzeitig in Google Maps – inklusive noch nicht verteilter Kunde an. Im Hintergrund wird automatisch die Wirtschaftlichkeit einer Tour berechnet. Sie sehen sofort, welche Auswirkungen eine Planungsaktion auf Ihre Kosten und Erlöse hat.

- Reduktion der Fahrtzeiten gesamt und Reduktion der Fahrzeiten zwischen den Kunden und möglichst wenige sich überschneidende Wege
- Einsatz der möglichst niedrigsten erforderlichen Qualifikationsstufe. Wie sieht Ihr Personalmix aus? Welche Qualifikationen mit welchem Stellenanteil stehen Ihnen zur Verfügung?
- Einhaltung einer Kostendeckung - gesamt über alle Touren betrachtet.
- Schaffung eines realistischen Abbilds der Tour. Wenn dem so nicht ist, fährt der Mitarbeiter die Tour so, wie er es für richtig hält!
- Stadtteilbezogen planen und steuern
- Vereinbarte Leistungen in so wenig Einsätzen/Hausbesuchen pro Tour wie möglich erbringen
- Eine erfolgreiche Tourenplanung benötigt eine fortlaufende Überarbeitung der Reihenfolge und der Kundenzuordnungen. Auch hier bedarf es einer konsequenten Anpassung mit dem Ziel einer effizienten Einsatz-Planung.

Bitte klären Sie weitere Grundsätze. Was trifft auf Sie zu?

- Anzahl der Touren geringhalten?
- Viele, dafür aber kurze Touren?
- Wenige, dafür aber lange Touren?
- Separater Mittagsdienst?

Kerstin Pleus
Beratung | Coaching | Seminare

Beraterin für Pflegeeinrichtungen
Cottastraße 14 | 44265 Dortmund

T: 0151 61812813
pflege@kerstinpleus.de
www.kerstinpleus.de

Wenn möglich sollte Ihr Mitarbeiter den Dienst beim ersten Kunden starten und seinen Dienst beim letzten Kunden beenden.

Prüfen Sie bitte, ob Ihnen ausreichend Autos und Kundenschlüssel zur Verfügung stehen.

Steuern Sie bitte Organisationszeiten,

z. B. für die Pflegedokumentation über den Tourenplan. Definieren Sie bitte gemeinsam mit Ihren Mitarbeitern Inhalte von Organisationszeiten!

Inhalte und Dauer von Rüstzeiten sind zu definieren

Halten Sie bitte die Rüstzeiten konsequent im Blick. Rüstzeiten vor der Tour beispielsweise 2 Minuten, nach der Tour 3 Minuten.

Im Kontext der Tourenkalkulation wird die Einhaltung der Vorgabezeiten (=Soll-Planung) mittels MDA (Smartphone des Mitarbeiters) nachgehalten. Durch den täglichen Soll-Ist-Abgleich haben Sie als PDL einen tagesaktuellen Überblick über sämtliche Änderungen bei den durchgeführten Touren. Das funktioniert über die Rückmeldung des Mitarbeiters per Smartphone im Anschluss an die Tour. An dieser Stelle erhalten Sie eine Rückmeldung, ob Ihre Soll-Tourenplanung realistisch geplant wurde. Sprechen Sie auch mit Ihren Mitarbeitern! Haben diese Anregungen? Holen Sie sich stets ein Feedback ein.

Bei jeder Veränderung in der Tourenplanung müssen Sie folgendes prüfen:

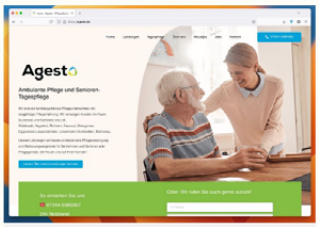
- ✓ Ist der Tourenplan aktuell?
- ✓ Wurden Neukunden/Absagen berücksichtigt?
- ✓ Ist die Reihenfolge noch okay?
- ✓ Sind die Touren noch kostendeckend?
- ✓ Ist jeder Tour ein Kfz zugeordnet?
- ✓ Ist jeder Tour ein Mitarbeiter zugeordnet?

Kontinuität & Kostendeckung müssen täglich bei der Tourenplanung Berücksichtigung finden!

● Kerstin Pleus

STUDIOWAWRIK

Willkommen bei **StudioWawrik, der Kreativagentur für Pflegeeinrichtungen.** Wir sind Ihr Partner bei: Websites, Fotografie, Videos, Flyer und Broschüren, Social Media, attraktiven Stellenanzeigen und auffallenden Werbeanzeigen.



Webseiten

Tablet- und Smartphone optimierte Webseiten, deren Texte und Bilder speziell auf Pflegedienste angepasst sind.

Stellenanzeigen

Überzeugende, auffallende Stellenanzeigen, damit Sie erfolgreich neue Mitarbeiter finden.

Fotografie

Authentische, emotional positive Fotografie, um Gäste und Patienten zu überzeugen.

Flyer und Broschüren

Professionelle Flyer und Schnuppergutscheine, die Eindruck machen.

Ein **professionelles Erscheinungsbild**, das sich gleichzeitig durch **Authentizität und Individualität** von Mitbewerbern abhebt: Das ist die Zukunft für Pflegeeinrichtungen. So können **neue Mitarbeiter, Bewohner, Patienten und Gäste geworben** werden.

Ich freue mich auf Ihre Anfrage:
www.StudioWawrik.de
mail@studiowawrik.de

Lukas Wawrik
Gründer und Ansprechpartner

Foto: Angela Kotwinska

Dr. Christian Loffing

Diplom-Psychologe mit dem Schwerpunkt Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie in Pflegeeinrichtungen

Eckernförde, Essen, Berlin

Email: christian@loffing.com
Web: www.loffing.com

Fauler Kompromiss oder gute Kooperation

Schon in unserer ersten Ausgabe PDL-Management durfte ich Sie als Pflegedienstleitung in die Welt der Veränderungswiderstände „entführen“. In dieser Ausgabe knüpfe ich genau dort noch einmal an. Denn die Touren- und Personal-Einsatz-Planung ist ein besonders sensibles Feld, in dem es immer wieder begründete Veränderungen gibt, weil die Touren an neue Gegebenheiten angepasst werden müssen, fast täglich.

Hier sind Sie sicherlich auch schon oft auf die unterschiedlichsten Widerstände gestoßen. Manche Mitarbeiter erreichen Sie gar nicht, wenn es um eine kurzfristige Änderung geht. Andere Mitarbeiter reagieren bockig und wiederum andere drohen schon mit Kündigung. Manchmal denkt man dabei sarkastisch und zu Recht genervt: **„Herzlich Willkommen im Kindergarten der ambulanten Pflege!“**

Und dann sind da ja auch noch die einmal mehr und einmal weniger großen Abweichungen von den geplanten Zeiten. Im täglichen Soll-Ist-Vergleich stellen Sie fest, dass Mitarbeiter einmal wieder deutlich länger für den geplanten Einsatz gebraucht haben – oder zu wenig Zeit, das soll auch mal erwähnt sein, weil die zuständige „Rennpflegerin“ (Entschuldigung für den Begriff) nicht mehr weiß, was „aktivierende Pflege“ bedeutet.

Fragen Sie nach einer Begründung, dann wird gerne external attribuiert: „Es lag an Patientin Müller!“ Und wenn Leistungen abgesagt werden, dann natürlich nur, weil der Angehörige Meier dies so wollte. Bei der Nachfrage nach Alternativangeboten zuckt Ihr Mitarbeiter mit den Schultern.

Mit diesem Beitrag will ich Ihnen helfen, einige Reaktionen besser zu verstehen. Ich will Ihnen aber auch dabei helfen, manche Probleme proaktiv zu vermeiden. Und natürlich habe ich auch noch Tipps für Sie, wie Sie in akuten Situationen am besten reagieren können.

Raus aus dem Kindheits-Ich zu einer Erwachsenen-Kommunikation

Der längst verstorbene amerikanische Psychiater Eric Berne würde sich freuen, wenn er sehen könnte, dass gut ausgebildete Pflegedienstleitungen im ambulanten Pflegedienst noch heute erfolgreich sein Modell der Transaktionsanalyse in ihrer Gesprächsführung nutzen.

Zur Erinnerung: Worum geht es in der Transaktionsanalyse? Kurz erklärt geht Berne in seinem Strukturmodell von 3 verschiedenen Ich-Zuständen aus.

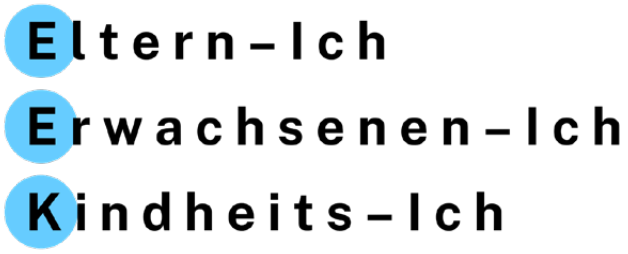


Abbildung: Die verschiedenen Ich-Zustände

Dabei wünschen wir uns in der Kommunikation mit unseren Mitarbeitern vor allem eine Diskussion auf der Ebene des Erwachsenen-Ich. Hier können wir sachlich diskutieren, Argumente wertschätzend austauschen und gute Lösungen finden.

Ganz im Gegenteil verläuft jedoch die Kommunikation vieler Pflegedienstleitungen mit ihren Mitarbeitern. Hier ein paar Beispiele einer im Sinne der Transaktionsanalyse fatalen gekreuzten Kommunikation:

PDL: *„Hi Petra, gut dass ich Dich erreiche. Frank ist krankheitsbedingt ausgefallen. Könntest Du am Samstag den Spätdienst übernehmen?“* (Erwachsenen-Ich)

Petra: *„Oh man, das nervt! Ich habe echt keinen Bock schon wieder einspringen zu müssen!“* (bockiges Kindheits-Ich)

PDL: *„Hi Jürgen, ich habe eine große Bitte. Ich müsste bitte im Mai Deine freien Wochenenden tauschen. Anders kriege ich die Dienste nicht abgedeckt. Es wäre echt super, wenn Du das ermöglichen könntest!“* (Erwachsenen-Ich)

Jürgen: *„Also mir würde so etwas als PDL nicht passieren! Eine verbindliche Planung ist doch keine Raketenwissenschaft!“* (belehrendes Eltern-Ich)

Bei manchen Aussagen von Mitarbeitern müssen auch Sie als Pflegedienstleitung sicherlich erst einmal schlucken. ▶

Wenn die Mitarbeiter in der Leistungserbringung auch so kreativ sein könnten, dann wäre das eher von Vorteil.

Tipps

- Bleiben Sie als Pflegedienstleitung in Ihren Gesprächen mit Mitarbeitern immer auf der Erwachsenen-Ebene.
- Argumentieren Sie ausschließlich sachlich und faktenbasiert.
- Behalten Sie stets einen wertschätzenden Umgang mit Ihren Mitarbeitern.
- Besprechen Sie im Team, wie mit üblichen Abweichungen in der Touren- und Einsatzplanung umgegangen werden soll.
- Versuchen Sie die Belastungen der Mitarbeiter ausgeglichen zu gestalten.

Diskutieren Sie etwaige Schwierigkeiten in einer Teambesprechung und treffen Sie am Ende verbindliche Regelungen. Diese sollten in einem Protokoll festgehalten werden. Darauf können Sie sich in nachfolgenden Gesprächen mit Mitarbeitern berufen.

Achten Sie darauf, dass Sie am Ende im günstigsten Fall bei einer guten Kooperation landen.

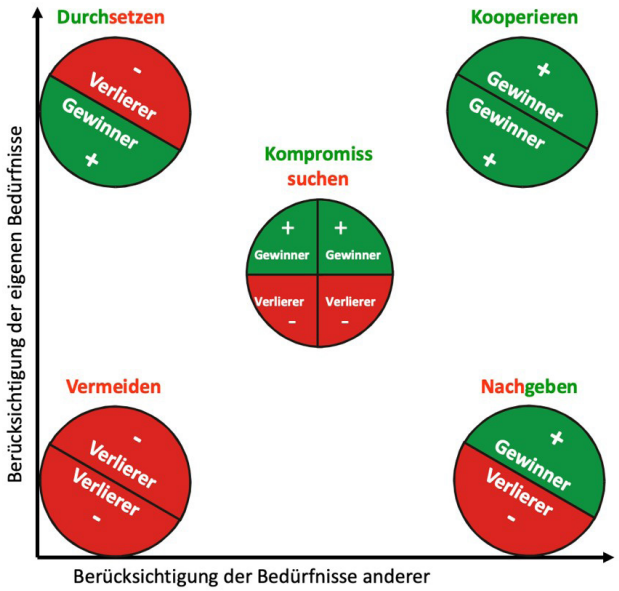


Abbildung: Gewinner und Verlierer

Das Team ist sich einig und bereit, die Maßnahmen so umzusetzen. Dies vermeidet, dass wir Unmut generieren durch Gewinner und Verlierer.

Bei Problemen waren es immer die anderen und bei Erfolgen erwarte ich große Wertschätzung

Externale Kausalattributionen können ebenfalls nerven! Diese zeugen von einer mangelnden Selbstreflexion und sind manchmal sogar Strategie, um von dem eigenen Unvermögen abzulenken.

PDL: *„Hi Dieter, warum warst Du für die kleine Grundpflege denn 45 Minuten bei Herrn Schumacher?“*

Petra: *„Wenn Du wüsstest, was da wieder los war… Erst hat er die Tür nicht aufgemacht und dann habe ich erst einmal alle Rollos hochgezogen. Und dann wollte er natürlich nicht ins Bad…“*

Tipps

- Sprechen Sie Abweichungen möglichst zeitnah mit jedem Mitarbeiter an.
- Liefern Sie rhetorische Hilfestellungen im Umgang mit „fordernden“ Patienten.
- Bieten Sie Ihren Mitarbeitern Rückendeckung, indem Sie mit Angehörigen und Patienten regelmäßig im Gespräch sind.
- Suchen Sie im Rahmen einer kollegialen Beratung nach Lösungen, die Kollegen gefunden haben.

Wenn Sie hier als Pflegedienstleitung nicht agieren, dann ruinieren Sie den Pflegedienst. Denn es gilt der Grundsatz, dass ohne Intervention keine Veränderung stattfindet.

Und manchmal ist es schwer, dies als Pflegedienstleitung immer wieder zu wiederholen. Da hilft dann auf jeden Fall ein Seminar, in dem wir gemeinsam mit den Mitarbeitern auf diese Themen eingehen.

Nehmen Sie Kontakt auf

Wenn ich Sie mit einem Seminar in Ihrem ambulanten Pflegedienst unterstützen kann, dann schreiben Sie mir einfach eine kurze E-Mail

Sie bekommen dann zeitnah einen Vorschlag zum Inhalt und zur Vorgehensweise.

Christian Loffing

Foto: Lukas Wawrik

Peter Wawrik

Unternehmensberater für ambulante und teilstationäre Pflege
Gutachter und Sachverständiger (DGuSV)

Bad Sassendorf (NRW)

Email: info@wawrik-pflege-consulting.de
Web: www.wawrik-pflege-consulting.de

Ambulante Tourenplanung mit individueller Planung oder mit Vorgabezeiten?

Die Tourenplanung in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten hat eine hohe Bedeutung und ist vielfach gleichzeitig ein lästiges Übel für Leitungskräfte:

Für den Personal- und Sachmitteleinsatz und die Wirtschaftlichkeit in der ambulanten Pflege ist eine effektive Tourenplanung zentral wichtig.

Gleichzeitig muss die Tourenplanung wegen Änderungen bei den Patienten (Krankenhausverlegung, etc.) und aufgrund von Krankmeldungen von Mitarbeitern häufig täglich aktualisiert werden. Hinzu kommen die ständige Überprüfung der Planung und die Notwendigkeit eines ständigen Soll-IST Abgleiches zwischen den Planansätzen und den IST-Zeiten und Meldungen der Mitarbeiter.

Keine leichte, und keine freudebereitende Arbeit. Also wäre es doch gut, Arbeitserleichterungen in der Tourenplanung zu kennen und zu nutzen.

Welche Planungsansätze gibt es derzeit in der Praxis?

Wir stellen zwei unterschiedliche Vorgehensweisen fest:

a) Individuelle Planung

„Patienten sind individuell. Deshalb müssen wir bei jedem einzelnen Patienten die individuellen Pflegezeiten ermitteln und festlegen. Dafür fragen und beteiligen wir die Mitarbeiter, wie lange sie beim jeweiligen Patienten benötigen. Und die Mitarbeiter sollen uns auch noch sagen, wie lange der Fahrweg ist. Dies tragen wir dann in eine Planung ein und können so unsere Patienten und Mitarbeiter zufrieden stellen“, so die Aussagen von Pflegedienstleitungen.

b) Planung mit Vorgabezeiten

„Wir nutzen hinterlegte Pflegezeiten aus der Software bei der Planung der Patientenversorgung und Erstellung der Touren. Für die Fahrzeiten nutzen wir die „Google-Maps“ Verknüpfung und lassen uns die Tour anschließend visualisieren, d. h. anzeigen. Damit erhalten wir im vereinfachten Verfahren Touren mit Vorgabezeiten, die von den Mitarbeitern erfüllt werden müssen“, so der Ansatz von anderen Pflegedienstleitungen.

Und was ist nun richtig oder besser? Sie kennen vermutlich selbst die unterstützenden oder kritischen Argumente für oder gegen die beiden Planansätze.

Lassen Sie uns zunächst noch einmal zu den Grundlagen für eine Tourenplanung in der ambulanten Pflege zurückkehren:

Die Qualität Ihres Pflege- und Betreuungsdienstes definiert nicht der Medizinische Dienst, sondern Sie als Führungskräfte für Ihren Pflege- und Betreuungsdienst selbst. Unter anderem durch Ihre Vorgaben bei der Versorgung der Kunden und Zeithinterlegungen bei der Tourenplanung.

Die Durchführung von bestimmten (Behandlungs-)Pflegeleistungen ist pflegefachlich tendenziell einfach zu definieren:

- Eine „reine“ Insulingabe dauert ca. 2-3 Minuten.
- Kompressionsstrümpfe anzuziehen, dauert in der Regel ca. 5-6 Minuten.
- usw.

Daher haben viele Pflege- und Betreuungsdienste in ihrer Software bei den Leistungs-Stammdaten Pflegezeiten hinterlegt oder nutzen Empfehlungen der Software-Firmen.

Hierbei gibt es aber bei einer Reihe von Software-Firmen ein Problem:

Faktisch ist nicht die „reine“ Pflegezeit bei den Stammdaten hinterlegt, sondern z. B. für die Insulingabe 5 Minuten. Mit dieser Stammdatenhinterlegung sind 2 Minuten für die Pflegeleistung und 3 Minuten für die Begrüßung, kurze Krankenbeobachtung und Eintragung in die Pflegedokumentation gemeint.

Sie merken diesen Software-Planansatz in Ihrer Tourenplanung, wenn Sie bei einem Patienten mehrere Leistungen erbringen, die die Software jeweils zusammenzählt. In der Praxis benötigen Sie und viele Mitarbeiter aber nicht die „Plan-Vorgabezeiten“ und sind faktisch schneller fertig. ▶

Wenn aber dieser „Fehler“ erkannt ist, und eine Pflegeleistung in der Regel für einen großen Teil der Patienten definiert werden kann, dann könnte man sich die Planungsarbeit bei der Tourenplanung durch die Vorgabeplanung doch tatsächlich erleichtern, wenn man folgende Prämissen beachtet:

a) Prinzip Stammdaten richtig hinterlegt nach plausiblen Zeiten für Pflege, Betreuung

b) Prinzip Einführung einer Hausbesuchsgrundzeit

c) Prinzip 80/80

d) Prinzip Visualisierte Touren

e) Prinzip Fairness in der Planung

f) Prinzip Genauigkeit und Großzügigkeit

Was ist mit diesen Prämissen gemeint?

Mit dem Prinzip „Einführung einer „**Hausbesuchsgrundzeit**“ wird 1 mal pro Hausbesuch eine „Leistung“ vergeben bzw. neu definiert, egal, wie viele Pflege-Leistungen zeitgleich erbracht werden. Diese Hausbesuchsgrundzeit könnte z. B. 3 Minuten betragen (Begrüßung, kurze Krankenbeobachtung, Pflegedokumentation).

Dies kann einfach als neuer Leistungskomplex in der Software angelegt werden (Achtung: Es gibt auch Pflege-Software, in denen dies Prinzip schon seitens der Software-Firma hinterlegt ist).

Wenn die Tourenplanung mit einer **„Hausbesuchsgrundzeit“** pro Patienteneinsatz so geplant wird, dann müssen alle Pflegeleistungen einmalig auf ihre „reine“ Pflegezeit überprüft und korrigiert werden.

Das **Prinzip 80/80** meint, dass die Planungen der Leitung mit den Vorgabezeiten für ca. 80 % der Patienten und ca. 80 % der Mitarbeiter gilt.

Eine individuelle Ergänzung wäre also nur dann notwendig, wenn besondere, außergewöhnliche Gründe vorliegen:

Ein Patient mit einer starken Kontraktur oder ein Mitarbeiter z. B. mit Kinderlähmung, der aufgrund seiner individuellen Situation nicht einen Weg zu Fuß in üblicher Zeit zurücklegen kann.

Andererseits: Für den größten Teil der Patienten und Mitarbeiter wären die hinterlegten Zeiten **passende „Richtzeiten“**.

Das Prinzip **„Plausible Pflegezeiten“** verlangt, nicht Erfahrungs- oder Wunschzeiten der Mitarbeiter, sondern fachlich begründbare Zeiten als Basis zu definieren.

Das Prinzip **„visualisierte Touren“** bedeutet, die Möglichkeiten der digitalen Tourenplanung zu nutzen und sich „anzusehen“, wie die Mitarbeiter fahren sollen. Doppelte Wegstrecken sind möglichst zu vermeiden.

Das Prinzip **„Fairness in der Planung“** setzt voraus, dass die geplanten Pflegezeiten tatsächlich vom überwiegenden Teil der Mitarbeiterschaft erbracht werden können. Nicht der „schnellste“ und nicht der langsamste Mitarbeiter ist Maßstab.

Das Prinzip **„Genauigkeit und Großzügigkeit“** ist kein Widerspruch in sich:

Die Planung beim einzelnen Patienten sollte gemäß der Leistungsvereinbarung minutiös und genau erfolgen (so wie die Software Ihnen die einzelnen Leistungen zusammenaddiert).

Großzügigkeit meint, dass der Mitarbeiter die Zeitvorgaben beim einzelnen Patienten tendenziell beachten und die gesamte Tourzeitvorgabe mit der Versorgung aller Patienten als verpflichtend sehen sollte. Optimalerweise wäre (ohne Patientenausfall oder Sondersituation in einer Tour) Ihre **Plan-Zeit** und die **IST-Zeit** der Mitarbeiter fast deckungsgleich.

Wenn Sie also eine aktuelle Software nutzen, die die richtigen Einstellungen und Hinterlegungen aufweist, gibt es kein Argument mehr, sich die Arbeit zu machen, bei jedem einzelnen Patienten individuell die Zeiten zu überlegen, zu planen und dies in eine Tourenplanung zu übertragen.

Nutzen Sie Arbeitshilfen, die die digitale Weiterentwicklung ermöglicht und Ihnen zur Verfügung steht.

Unsere Tipps

- ✓ Tourenplanung mit Vorgabezeiten erleichtert Ihre Planungsarbeit
- ✓ Prüfen Sie ca. alle 2-3 Jahre Ihre hinterlegten Pflegezeiten auf Richtigkeit
- ✓ Machen Sie Ihre Grundlagen/ Ihre Prinzipien bei der Tourenplanung transparent und offen
- ✓ Visualisieren Sie Ihre Tourenplanung (Soll-IST)

Peter Wawrik

▶ Der Steuerberater

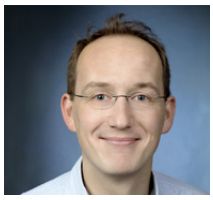


Foto: Privat

Martin Fricke

Diplom-Kaufmann + Steuerberater
Berg & Fricke Steuerberatungsgesellschaft mbH
Berlin

Email: mfricke@berg-fricke-stb.de
Web: www.berg-fricke-stb.de, www.berg-fricke-karriere.de

Die Erfolgsrechnung des Steuerberaters als externes Controlling-Instrument

Durch die EDV-gestützte Nachkontrolle der Touren- und Personal-Einsatz-Planung kann der wirtschaftliche Erfolg des Pflegedienstes kurzfristig ermittelt und analysiert werden. Auch der Steuerberater erstellt Erfolgsrechnungen.

Beide Methoden sollten als sich ergänzende Instrumente der Unternehmenssteuerung eingesetzt werden. Die Erfolgsrechnungen, die der Pflegedienst von seinem Steuerberater erhält sind die Gewinn- und Verlustrechnung, die betriebswirtschaftliche Auswertung und ggf. eine Kosten- und Leistungsrechnung.

Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit des Pflegedienstes mit Hilfe des Abrechnungsprogramms kann dem internen Controlling und die Unterstützung des Steuerberaters dem externen Controlling zugeordnet werden.

Internes und externes Controlling müssen zu übereinstimmenden Aussagen führen.

Anschaulich ausgedrückt: Der vom Pflegedienst durch die Nachkalkulation der Touren intern ermittelte Erfolg in € sollte bei einem rein ambulanten Pflegedienst zu einem übereinstimmenden Ergebnis mit der monatlichen BWA führen. Denn sowohl die EDV des Pflegedienstes als auch der Steuerberater ermitteln den Erfolg nach der einfachen Formel:

Umsatz – Kosten = Gewinn.

Werden (größere) Differenzen festgestellt, sollte der verantwortliche Mitarbeiter stutzig werden und sich auf die Spurensuche begeben. Dabei ist es schon ein Etappensieg, wenn die Differenzen überhaupt festgestellt werden.

Denn: Wer ist der verantwortliche Mitarbeiter? In den meisten Fällen hat der Mitarbeiter, der für die Nachkontrolle der Touren zuständig ist, keinen Einblick in die Zahlen des Steuerberaters und umgekehrt. Hier liegt es an der Geschäftsführung, eine Schnittstelle zwischen internen und externen Controlling zu schaffen.

Zu Abweichungen zwischen internen und externen Controlling kann es unter Berücksichtigung der obigen Formel folgerichtig nur bei den Kosten oder bei den Umsätzen kommen.

Abweichung aufgrund unterschiedlicher Gemeinkosten

Der Pflegedienst hat in seinem EDV-System Stundenkostensätze für die einzelnen Mitarbeiter bzw. Qualifikationen hinterlegt. In diesen Stundensätzen sind anteilige Gemeinkosten enthalten. Die Gemeinkosten werden für die Zukunft geschätzt. Dies ist nicht anders möglich, da zum Zeitpunkt der Touren- und Einsatzplanung die tatsächlichen Kosten noch nicht bekannt sind. Es handelt sich also immer um Näherungswerte. Der Steuerberater hingegen arbeitet mit den tatsächlichen Ist-Kosten, die im Rahmen der Buchhaltung ermittelt werden.

Beispiel: Die Gemeinkosten für die Stundensatzkalkulation ab Januar 2023 wurden auf Basis der Ist-Kosten der BWA 2022 ermittelt. In 2022 war der Pflegedienst im Bereich Verwaltungspersonal unterbesetzt. Ab Januar 2023 werden zwei neue Verwaltungsmitarbeiter eingestellt. Diese nicht unerheblichen Personalkosten sind in dem aktuell vom Pflegedienst ▶

verwendeten Stundenkostensätzen nicht einkalkuliert. Das Ergebnis der Touren-Nachkalkulation ist höher als das Ergebnis der monatlichen BWA.

Abweichung aufgrund unterschiedlicher Umsätze

Der Steuerberater erhält die Umsätze in der Regel digital per Schnittstelle aus dem Abrechnungsprogramm des Pflegedienstes. Die Höhe der Umsätze sollte daher identisch sein. Dies sollte monatlich durch einen Abgleich der Umsatzstatistik der Pflegedienst-EDV und der Buchhaltung des Steuerberaters bestätigt werden. Allerdings kann es zu Abweichungen kommen, wenn z. B. erbrachte Leistungen über einen längeren Zeitraum nicht abgerechnet werden können. Denn in die Auswertungen des Steuerberaters fließen nur die tatsächlich abgerechneten Leistungen ein. Möglicherweise werden Rechnungen von den Kostenträgern berechtigt oder unberechtigt dauerhaft nicht bezahlt und müssen angemahnt, storniert oder ausgebucht werden. Diese Einnahmeverluste schlagen sich in den Auswertungen des Steuerberaters nieder.

Der Umgang mit nicht abrechenbaren und nicht bezahlten Rechnungen bei der Nachkalkulation der Touren wird in den Pflegediensten unterschiedlich gehandhabt. Die Ergebnisse des internen Controllings wären im Zweifel zu hoch.

Fazit

Die kurzfristige Nachkontrolle der Touren- und Personal-Einsatz-Planung mit Hilfe der im Pflegedienst eingesetzten Software ist wichtig. Eine positive oder negative wirtschaftliche Entwicklung sollte mittelfristig durch die Erfolgsrechnung des Steuerberaters bestätigt werden können. Bei der Gelegenheit sollten die in der Pflegedienst-EDV hinterlegten Gemeinkosten nachkalkuliert und für die Zukunft angepasst werden.

● Martin Fricke

FACHBERATER
für das Gesundheitswesen
(DStV e.V.)

Sie profitieren von einer langjährigen Erfahrung in der steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Beratung von Pflegeeinrichtungen. Mit speziell auf die Branche zugeschnittenen Zusatzleistungen können wir Sie optimal betreuen.

Digitale Kanzlei 2022 DATEV

Berg & Fricke
Steuerberatungsgesellschaft mbH

SIEßEGGER auf facebook

Sießegger SozialManagement
Eine Seite von **Thomas Sießegger**

▶ eine Internet-Seite für Leitungskräfte und für Geschäftsführungen von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten

Verwaltung optimieren im ambulanten Dienst
Eine Seite **von Helge Ogan + Thomas Sießegger**

▶ die erste Internet-Seite Deutschlands, **speziell für Verwaltungskräfte** in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten

Sießegger + Wawrik Management GmbH

▶ Unternehmensperspektiven für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste und Tagespflegen
Eine Seite **von Thomas Sießegger + Peter Wawrik**

PDL Management

▶ Die neue kostenfreie Fachzeitschrift mit wertvollem Praxiswissen **mit Thomas Sießegger + weiteren Autoren**

▶ Touren- und Personal-Einsatz-Planung

Foto: Lukas Wawrik

Peter Wawrik

Unternehmensberater für ambulante und teilstationäre Pflege
Gutachter und Sachverständiger (DGuSV)

Bad Sassendorf (NRW)

Email: info@wawrik-pflege-consulting.de
Web: www.wawrik-pflege-consulting.de

Das können Sie zusagen:

Relative Pünktlichkeit und Zeitfenster - mehr nicht!

Ärgert es Sie manchmal auch, dass Patienten Pflegekräfte vor der Tür stehen lassen mit dem Hinweis: „Schwester, Sie sind 10 Minuten zu früh." Oder dass Ihr Büro ständig von Patienten angerufen wird: „Wo bleibt denn die Schwester? Sie ist schon 5 Minuten über der Zeit."

Hintergrund der Anrufe oder des Verhaltens der Patienten und deren Angehörige ist häufig, dass diese eine der wesentlichen Grundlagen der ambulanten Pflege nicht verstanden haben: Ihre Mitarbeiter können nicht pünktlich sein!

Viele Pflege- und Betreuungsdienste erklären daher mündlich während der Erstberatung, dass sich die Einsatzzeiten immer etwas verschieben können, weil die individuelle Pflege mal kürzer, mal länger dauert. Daher würden die Pflegekräfte innerhalb eines Zeitrahmens zum Einsatz kommen.

Aber mal ehrlich: Für Patienten und deren Angehörige gibt es in den Beratungen so viele Fragen und Antworten, z. T. Formulare und weitere Unterlagen, dass diese Information häufig schnell vergessen wird. Und dann wird die Pünktlichkeit wie oben beschrieben wieder eingefordert.

Helfen Sie sich und machen Sie sich daraus entstehende Konfliktgespräche mit den Patienten oder Angehörigen einfacher, in dem Sie das Prinzip der „relativen Pünktlichkeit" und „Zeitkorridor" im Pflegevertrag, auf der Homepage und im Flyer eintragen.

Dies könnte im Pflegevertrag wie folgt aussehen:

§ xx Relative Pünktlichkeit

In der ambulanten Pflege werden Patienten nacheinander in einer Tour versorgt. Dabei achten unsere Pflegekräfte auf die individuellen Bedürfnisse und die jeweilige Tagesverfassung der Patienten.

Notfälle während der Pflegeeinsätze, aber auch z.B. Stau im Straßenverkehr bedeuten, dass sich die Zeiten der Versorgung täglich innerhalb eines Zeitfensters ändern können. Wir nennen dies „relative Pünktlichkeit in einem Zeitfenster', die wir Ihnen zusagen können. Unser Zeitfenster bedeutet z. B. 30 Minuten vor oder nach einer von uns genannten Uhrzeit, in der die Pflegekräfte kommen.

Als Beispiel:

9:00 Uhr	9:30 Uhr	10:00 Uhr

Unsere Zusage in diesem Beispiel bedeutet, dass die Pflegekraft in der Zeit zwischen 9:00 Uhr bis 10:00 Uhr zu Ihnen kommt.

Bei extremen Notfällen (Notarzteinsatz, Glatteis, etc.) informieren wir Sie telefonisch über eine eventuelle weitere Zeitverschiebung.

In dem Sie dies auf der Homepage, im Pflegevertrag und im Flyer beschreiben, wird dies eine sichtbare und erklärende Grundlage Ihres Pflegedienstes. In Konfliktgesprächen können Sie darauf verweisen. Und immer mehr Patienten und Angehörige können somit eine Grundlage der ambulanten Pflege besser verstehen.

● Peter Wawrik

Sießegger
Wawrik
Management GmbH

Lohner Höhe 14
59505 Bad Sassendorf

Thomas Sießegger
Mobil +49 171 2019092
siessegger@sw-management.de

Peter Wawrik
Mobil +49 171 2019091
wawrik@sw-management.de

▶ orgavision QM-Tipp

Foto: Nadine Stenzel

Johannes Woithon

Gründer und Geschäftsführer
orgavision GmbH Berlin

Berlin

Email: johannes.woithon@orgavision.com
Web: www.orgavision.com

Digitales QM in der Pflege: Hier kommt Ihr Fahrplan!

Ein Ziel ohne Plan ist nur ein Wunsch, heißt es. Und so widmet sich diese Ausgabe von PDL Management der Touren- und Einsatzplanung – einem Ihrer wichtigsten Arbeitsbereiche.

Gut, haben wir uns gesagt: Dann bekommen Sie dieses Mal auch einen Plan von uns – einen Fahrplan nämlich. Der zeigt Ihnen die Schritte, die zu gehen sind, wenn Sie Ihr Qualitätsmanagement digitalisieren möchten.

„Warum sollte ich das tun?“, fragen Sie vielleicht. – Weil Ihnen ein digitales QM in der ambulanten Pflege zwei entscheidende Vorteile bringt, antworten wir dann.

Zwei Vorteile von digitalem QM

Erstens schenkt Ihnen eine QM-Software Unabhängigkeit – von Zeit und Raum, nämlich. Eine digitale Plattform hält alle wesentlichen Infos und Vorgaben stets in der aktuellen Version bereit und gewährt Ihren Mitarbeiter/-innen immer Zugriff. Per Smartphone oder Tablet finden sich Ihre Pflegekräfte leicht darin zurecht. Wer also direkt beim Patienten einen Expertenstandard einsehen möchte – bitte schön!

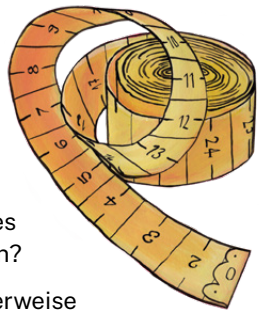
Fast noch besser als die digitalen Inhalte finden wir aber die digitalen Prozesse, die eine QM-Software für Sie übernimmt. Ja, Prozesseffizienz klingt nicht besonders herzerwärmend oder menschlich. Sie macht aber trotzdem glücklich – zum Beispiel in Form von automatisierten Kenntnisnahmen (Lesebestätigungen) inkl. deren Dokumentation. Hier greifen komfortable Automatismen: Ein Prozess wird angestoßen, ohne dass Sie selbst handeln müssen, und das sicher und vorhersehbar.

Klingt gut? Dann kommt hier Ihr

Fahrplan für die Einführung eines digitalen QM!

1. Anforderungen definieren

Sammeln Sie Ihre Anforderungen an eine QM-Software. Was möchten Sie erreichen? Denken Sie an die Probleme, die Sie minimieren möchten – oder an all die guten Dinge, die Sie ausbauen wollen. Zum Beispiel könnten Sie sich mehr Mitarbeiterengagement im QM wünschen.



Beginnen Sie also idealerweise mit dem Schluss: Wie soll das Ende Ihres Projekts aussehen? Welches Ergebnis wollen Sie erzielen?

Das Leben ist zwar normalerweise kein Wunschkonzert, aber Ihres jetzt schon: Notieren Sie die 3 Top-Dinge, die Sie erreichen möchten – zum Beispiel: „Ich wünsche mir, dass alle begeistert beim QM mitarbeiten.“ Oder: „Ich wünsche mir, dass ich viel weniger Zeit brauche, um eine Information zu verändern.“

2. Messgrößen festlegen

Sind die Wünsche formuliert? Dann gilt es, sie zu konkretisieren, sie messbar zu machen. Übersetzen Sie sie in konkrete Zahlen, also etwa: Ich möchte, dass 50 % der Pflegekräfte sich mehr im QM engagieren.

(Oder: Ich möchte auf bestimmte Arbeitsschritte nur noch die Hälfte der Zeit verwenden.)

Wie prüfen Sie das? Was sind passende Messgrößen?

Sie könnten z. B. die Dauer der durchschnittlichen Kenntnisnahmen messen – also die Zeit, die Ihre Mitarbeiter/-innen verstreichen lassen, um Änderungen zu lesen und dies zu bestätigen. Und dann definieren, wie viel schneller das zukünftig geschehen soll.

Sie könnten aber auch eine Umfrage durchführen und fragen: Wie oft hast du mit dem QM-Handbuch gearbeitet? Oder: Bewerte auf dieser Zahlenskala, wie relevant oder hilfreich die Info war.

Falls Sie sich mehr Zeiteffizienz wünschen: Wie lange dauert es aktuell, eine Arbeitsanweisung im Pflegestandard zu ändern, dies zu dokumentieren und allen nachweislich zur Kenntnisnahme zu schicken? Wie schnell soll der Prozess künftig durchlaufen werden – in Tagen oder Stunden? ▶

Oder schauen wir aufs Wissensmanagement, etwa beim Onboarding: Zu wie vielen Fragen von neuen Mitarbeiter/-innen findet sich noch keine Antwort im Handbuch? Auf welche Quote möchten Sie das absenken?

(Ist übrigens eine prima Gelegenheit, ein wichtiges Thema spielerisch aufzubereiten: Finden neue Kollegen noch Lücken im Handbuch?

Wer eine Frage stellt, die noch nicht dort abgebildet ist, bekommt einen Blumenstrauß!)

3. Innehalten und ehrlich sein

Jetzt wissen Sie, was Sie wollen. Ein guter Zeitpunkt, um vorab noch einmal zu fragen: Woran könnte das Projekt scheitern? Und wie kann ich dieses Risiko gering halten?

Tipp: Was sind Ihre „lowhangig fruits“, was bringt Ihrer Einrichtung schnell Entlastung – oder spürbare Verbesserungen für Ihre Mitarbeiter/-innen? Kleine erfolgreiche Schritte sorgen für Akzeptanz.

4. Partner definieren

Mit welchem Partner wollen Sie sich auf den digitalen Weg machen, mit welchem Tool wollen Sie Ihre Anforderungen umsetzen? Schauen Sie sich andere Organisationen an. Wer hat Ihrer Meinung nach erfolgreich ein digitales QM aufgebaut? Und wie?

Wir waren so frei, drei Ihrer möglichen Bedenken vorwegzunehmen:

„Digital“, sagen Sie vielleicht. „Da öffne ich doch eigentlich Cyber-Kriminellen Tür und Tor!“ Mit einer Cloud-Lösung, die auf Servern in Deutschland gehostet wird, sind Sie hier auf der sicheren Seite. Achten Sie also auf Zertifikate wie „Hosted in Germany“ oder informieren Sie sich: Welches Produkt ist schon weit verbreitet in Ihrer Branche, womit haben viele gute Erfahrungen gemacht?

„Wenn der Server aber mal ausfällt, wie komme ich dann an mein QM? Der Aktenschrank mit den Ordnern ist dagegen eine sichere Bank!“ Natürlich sollte eine digitale QM-Lösung gewährleisten, dass keine Daten verloren gehen. Zum Beispiel, indem diese in mindestens zwei verschiedenen Rechenzentren gesichert werden.

Und schließlich, falls Sie befürchten, dass Sie für eine neue Software ganz viel technisches Wissen benötigen: nicht unbedingt. Sofern eine Lösung sich intuitiv bedienen lässt und keine großen Hardware-Anforderungen stellt, läuft so ein Software-Projekt ziemlich schnell und unkompliziert ab.

5. Aufgaben und Ressourcen planen

Nun geht es an die konkrete Ressourcenplanung! Schreiben Sie Klartext, seien Sie ehrlich mit Ihrer Einrichtung: Wie viel Zeit muss wer investieren, damit Ihr Projekt ins Laufen kommt?

Wir fragen unsere Kundinnen und Kunden zu Beginn eines Projekts: Wo wollen Sie hin, wo stehen Sie jetzt? Was wollen Sie selbst machen, was sollen wir für Sie übernehmen? Wie groß ist Ihr Team? Diese Fragen sollten Sie sich auch stellen.

Wichtig ist auch, zu klären:

- Ab wann holen wir wen mit ins Boot?
- Wer wird wann eingebunden?
- Und was heißt dieses Ins-Boot-holen?
- Sollen die einzelnen Personen – oder Rollen – selbst mitrudern?
- Oder nur im Boot sitzen und die Fahrt genießen?

6. Starten

Steht Ihr Projektplan? (Der muss übrigens nicht lang sein, um zu überzeugen. Je nach Organisationsgröße und -komplexität passt er auch mit 5 Stichpunkten auf einen A4-Bogen.)

Dann berufen Sie ein Kick-off- oder Auftaktmeeting ein. Geben Sie offiziell bekannt: „Wir machen unser QM besser! Dies ist der Plan, und das erwarten wir alles an positiven Veränderungen.“

Sie haben alles im Griff – zeigen Sie das auch!

7. Prüfen

Werfen Sie nach angemessener Zeit – das können Wochen oder Monate sein – einen Blick zurück: Haben Sie die Ziele erreicht, die Sie sich gesteckt haben? Was ist gut gelaufen? Was stimmt noch nicht? Wo müssen Sie also noch nachbessern? Passen Sie Ihren Plan an und machen Sie das transparent.

Der Weg ist das Ziel: Vielleicht gibt es auch schon Feedback zu den nächsten geplanten Schritten oder Ideen für deren Weiterentwicklung – wunderbar! Beachten Sie trotzdem unbedingt Punkt 8.

8. Abschließen und feiern

Haben Sie ein Ziel erreicht? Ein Teilziel? Oder einen kleinen Schritt gemacht? Dann nutzen Sie diese Dynamik und feiern Sie – mit dem Team oder mit der ganzen Einrichtung. Planen Sie Ihre Belohnung von Anfang an mit ein: Wenn wir dies oder das erreicht haben, bringe ich einen Kuchen mit. Gehen wir zusammen ins Kino. Gönnen wir uns einen Team-Tag! Unterschätzen Sie nicht die positive Energie, die Sie auf diese Weise freisetzen.

Alles Gute für Ihren Weg zum digitalen QM!

Johannes Woithon

orgavision

Qualitätsmanagement – unsere Antwort auf den Pflegenotstand

Lassen Sie uns gemeinsam dort ansetzen, wo es besonders brennt: beim Zeit- und Personalmangel.

Unsere **Qualitätsmanagement-Software orgavision** spart Zeit für alle Beteiligten ein – etwa durch Dokumentenlenkung, automatisierte Kenntnisnahmen oder Mustervorlagen.

Das **integrierte Wissensmanagement**, als Mitmach-Tool konzipiert, würdigt zudem das Know-how Ihrer Pflegekräfte und lässt sie dank der Volltextsuche stets aktuelle Inhalte finden – auch von unterwegs.

Ein Schritt in die richtige Richtung für Ihren Pflegedienst!

www.orgavision.com

▶ Kennzahl des Monats

Foto: Roemmie Seßegger

Thomas Sießegger

Diplom-Kaufmann, Organisationsberater und Sachverständiger
für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste

Hamburg + Langenargen am Bodensee

Email: pdl-management@siessegger.de
Web: www.siessegger.de

Ausschöpfen der Sachleistungen

Das Ausschöpfen der Sachleistungen, vor allem für die Pflegegrade 2 und 3, gehört mit zu den wichtigsten Kennzahlen eines ambulanten Pflegedienstes, die monatlich erhoben und ausgewertet werden sollten.

Grundsätzlicher Ansatzpunkt ist natürlich das Erstgespräch, bei dem geklärt wird, in welchem Umfang Leistungen notwendig und gewünscht sind. Aber auch im Fortgang des Versorgungsprozesses ist es wichtig, dass immer die angemessen umfänglichen Leistungen erbracht werden, so dass die Mitarbeiter nicht in Gefahr kommen, so „mal schnell" noch bestimmte (bisher nicht vereinbarte) Leistungen zusätzlich zu erbringen. ▶

monatliche Kennzahl	Beschreibung	Beispiel		
Ausschöpfen der Sachleistungen **Pflegegrad 2** Die „Messlatte" ist 724 €	tatsächliche Erlöse Pflegegrad 2 ---------- *dividiert durch* ---------- Anzahl Kunden in Pflegegrad 2 .. dann dividiert durch Sachleistung Pflegegrad 2 *multipliziert mit 100%*	**3.580 €** *dividiert durch* **10** Kunden = **358 €** .. dann dividiert durch **724 €** = 0,4944 *… multipliziert mit 100%*	=	**49,4%**
Ausschöpfen der Sachleistungen **Pflegegrad 3** Die „Messlatte" ist 1.363 €	tatsächliche Erlöse Pflegegrad 3 ---------- *dividiert durch* ---------- Anzahl Kunden in Pflegegrad 3 .. dann dividiert durch Sachleistung Pflegegrad 3 *multipliziert mit 100%*	**13.980 €** *dividiert durch* **20** Kunden = **699 €** .. dann dividiert durch **1.363 €** = 0,5128 *multipliziert mit 100%*	=	**51,3%**
Ausschöpfen der Sachleistungen **Pflegegrad 4** Die „Messlatte" ist 1.693 €	tatsächliche Erlöse Pflegegrad 4 ---------- *dividiert durch* ---------- Anzahl Kunden in Pflegegrad 4 .. dann dividiert durch Sachleistung Pflegegrad 4 *multipliziert mit 100%*	**9.872 €** *dividiert durch* **8** Kunden = **1.234 €** .. dann dividiert durch **1.693 €** = 0,7288 *multipliziert mit 100%*	=	**72,9%**
Ausschöpfen der Sachleistungen **Pflegegrad 5** Die „Messlatte" ist 2.095 €	tatsächliche Erlöse Pflegegrad 5 ---------- *dividiert durch* ---------- Anzahl Kunden in Pflegegrad 5 .. dann dividiert durch Sachleistung Pflegegrad 5 *multipliziert mit 100%*	**3.960 €** *dividiert durch* **2** Kunden = **1.980 €** .. dann dividiert durch **2.095 €** = 0,9451 *multipliziert mit 100%*	=	**94,5%**

Schaubild: Erhebung der Ausschöpfung der Sachleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5

	Gesamt-Umsatz	= Anzahl Kunden	= Umsatz pro Kunde	"Messlatte" = Sachleistung	Ausschöpfung Sachleistung	möglicher Umsatz 100%
Pflegegrad 2	3.580 €	**10 Kd.**	**358 €**	724 €	**49,4%**	7.240 €
Pflegegrad 3	13.980 €	**20 Kd.**	**699 €**	1.363 €	**51,3%**	27.260 €
Pflegegrad 4	9.872 €	**8 Kd.**	**1.234 €**	1.693 €	**72,9%**	13.544 €
Pflegegrad 5	3.960 €	**2 Kd.**	**1.980 €**	2.095 €	**94,5%**	4.190 €
Pflegegrade 2 bis 5	**31.392 €**	**40 Kd.**	x x x x	x x x x	**60,1%**	**52.234 €**

Der Umsatz betrug **31.392 €**. Wenn die Sachleistungen in allen 4 Pflegegraden ausgeschöpft würden, **wäre** ein **Umsatz von 52.234 € möglich** gewesen. Die gewichtete Ausschöpfung betrug **60,1%**.

Schaubild: Das „Verkaufstalent" = Gewichtetes Ausschöpfen der Sachleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5

Generell ist es so, je mehr Umsatz pro Einsatz erbracht werden kann, desto effizienter sind die Einsätze. Das Ergebnis spiegelt sich dann teilweise im Gesamtumsatz SGB XI bei den Kunden wider.

Hier ein erweitertes Beispiel zur Berechnung des Ausschöpfens für Pflegegrad 2

1. In Pflegegrad 2 wurden im letzten Monat insgesamt 3.580 € erlöst
2. Es wurden 10 Kunden in Pflegegrad 2 versorgt, das entspricht **358 € pro Pflegegrad 2-Kunde**
3. Prozentual entspricht das 49,44%

Die **Gesamtausschöpfung** der Sachleistungen über die Pflegegrade 2 bis 5, wir können es auch „das Verkaufstalent" nennen, zeigt zusammenfassend an, wie gut und intensiv beraten und verkauft wird.

Aufgabe der Pflegedienstleitung ist es unter anderem, anhand dieser Kennzahlen das Leistungsgeschehen zu steuern, das heißt, ganz gezielt Einfluss in der Beratung zu nehmen, dass z. B. die Ausschöpfung in den Sachleistungen möglichst hoch ist – oder anders ausgedrückt, dass besser etwas weniger Patienten versorgt werden (dafür mit mehr Umsatz).

Die Ausschöpfung der Sachleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5 ist einer der wichtigsten Indikatoren für den **Erfolg in der Beratung** und des „**Verkaufens**" von **Pflege-**, **Betreuungs-** und **Hauswirtschaft**sleistungen.

Hier sollten in den Pflegegraden 2 und 3 die jetzigen Werte, die im Bundesdurchschnitt meist bei 40% bis 50% liegen, auf 75% erhöht werden. Für die Pflegegrade 4 und 5 können keine verlässlichen Zielwerte

genannt werden, außer dem Wert „mehr als jetzt". In den Pflegegraden 4 und 5 sind nämlich meist nur wenige Kunden in der Versorgung, der Gesamtumsatz schwankt zudem stark, wenn Pflegekunden den Pflegedienst verlassen oder neue hinzukommen.

Ein **kontinuierliches Nachjustieren** der angebotenen Leistungen, und somit dem Ausschöpfen der Sachleistungen, kann besonders gut mit den Beratungsgesprächen nach § 37 Abs. 3 SGB XI erreicht werden, die auch den eigenen Sachleistungskunden zweimal pro Jahr kostenfrei zur Verfügung stehen.

Thomas Sießegger

Hocheffiziente Tourenplanung ohne Stress

.snap Assist unterstützt Sie als PDL ganz gezielt

Die gesamte Tourenplanung auf ihre Effizienz hin prüfen und direkt optimieren? Das klappt jetzt auf Knopfdruck mit **.snap Assist**!
Das Programm unterstützt Sie auch bei der wöchentlichen Touren-Vorplanung sowie in typischen Stress-Situationen.

Seien es kurzfristige Änderungen durch die Krankmeldung von Mitarbeitern oder die Aufnahme neuer Klienten: **.snap Assist** liefert Ihnen neue Planungsvorschläge – immer entsprechend Ihrer individuellen Kriterien.

- ↗ **Wirtschaftlichkeit der Gesamt-Tourenplanung auf Knopfdruck optimieren**
- ↗ **Neue Planungsvorschläge bei kurzfristigen Änderungen**
- ↗ **Einfache Vorplanung für die kommende Woche**

Entdecken Sie **.snap Assist**: für mehr Wirtschaftlichkeit und weniger Stress im Planungsalltag!

Wir führen Pflege in die Zukunft.

www.euregon.de

euregon®

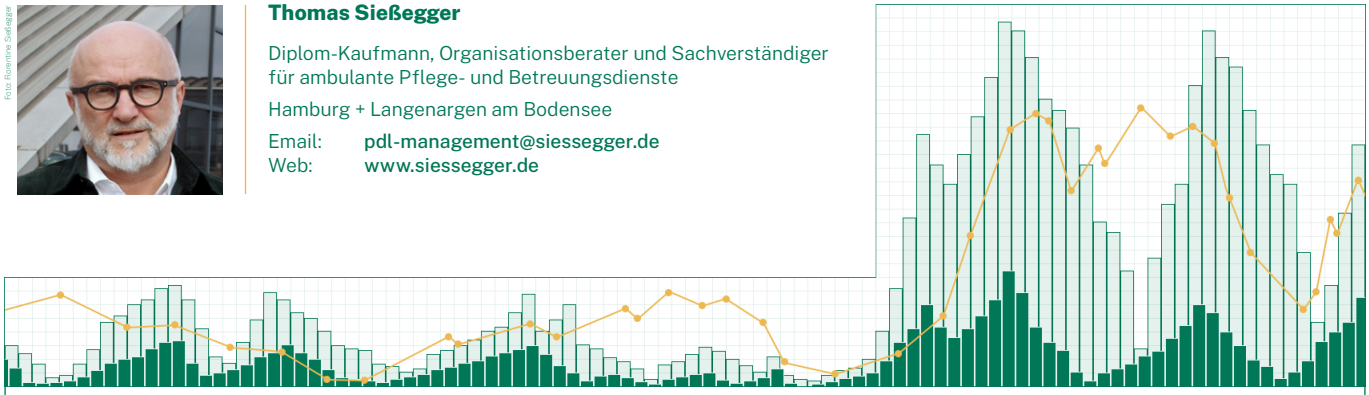
Foto: Roemmie Seßegger

Thomas Sießegger

Diplom-Kaufmann, Organisationsberater und Sachverständiger
für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste

Hamburg + Langenargen am Bodensee

Email: pdl-management@siessegger.de
Web: www.siessegger.de



▶▶▶ Personalzusammensetzung | Wie es ist. Wie es wohl werden wird?

Die Personalzusammensetzung ist unter anderem eine grundlegende Voraussetzung für die Möglichkeiten im Rahmen der Touren- und Personal-Einsatz-Planung. Bestimmte Leistungen erfordern bestimmte Qualifikationen, und andererseits sind die Personalkosten entscheidender wirtschaftlicher Aspekt. Das heißt, es sollte, wenn immer möglich, nur diejenige Qualifikation eingesetzt werden, die unbedingt notwendig ist.

Im weiteren betrachten wir bezüglich der dargestellten Tabellen und Statistiken nur Teilaspekte, insbesondere solche, welche für die Touren - und Personal-Einsatz-Planung von Bedeutung sind.

Blicken wir zunächst einmal auf die Personalzusammensetzung im Jahre 2021 hinsichtlich der Qualifikationen. **52,1% der in den ambulanten Pflegediensten beschäftigten Mitarbeiter sind Pflegefachkräfte.** ▶

Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste am 15.12.2021
Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich

Lfd. Nr.	Berufsabschluss [2]	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2019	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im ambulanten Dienst: Pflegedienstleitung	körperbezogene Pflege	jeweiliger Anteil an körperbezogener Pflege	Betreuung (§ 36.2 Satz 3 SGB XI)	noch: Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich: Hilfen bei der Haushaltsführung	Verwaltung Geschäftsführung	sonstiger Bereich	Anteil an Personal insgesamt	darunter: weiblich	Vollzeit [1]	ausschließlich nach SGB XI tätig	50 Jahre und älter
		Anzahl	%	Anzahl		%	Anzahl	Anzahl			%				
1	Staatlich anerkannte/r Altenpfleger/in	101.534	+ 2,6%	9.505	84.772	**28,3%**	1.162	496	2.272	3.327	22,9%	81,8%	42,6%	21,4%	33,7 Jahre
2	Staatlich anerkannte/r Altenpflegehelfer/in	22.167	+ 1,5%	356	20.388	6,8%	366	471	193	393	5,0%	86,6%	28,0%	30,6%	36,4 Jahre
3	Pflegefachfrau/-mann	1.413	X	101	1.155	**0,4%**	40	33	41	43	0,3%	79,3%	52,7%	30,9%	27,4 Jahre
4	Gesundheits- und Krankenpfleger/in	73.786	- 5,6%	9.417	56.869	**19,0%**	774	419	2.964	3.343	16,7%	84,4%	37,3%	16,3%	45,3 Jahre
5	Krankenpflegehelfer/in	14.394	- 2,9%	70	13.090	4,4%	448	435	140	211	3,3%	85,9%	29,4%	30,3%	42,4 Jahre
6	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	6.520	- 7,6%	751	4.823	**1,6%**	94	66	273	513	1,5%	95,3%	30,9%	15,2%	46,2 Jahre
7	Heilerziehungspfleger/in; Heilerzieher/in	1.356	- 3,5%	24	1.106	0,4%	79	41	41	65	0,3%	74,9%	24,2%	24,9%	19,1 Jahre
8	Heilerziehungspflegehelfer/in	276	- 3,5%	3	222	0,1%	21	17	8	5	0,1%	78,6%	24,3%	28,3%	22,8 Jahre
9	Heilpädagogin, Heilpädagoge	80	+ 5,3%	—	35	0,0%	13	1	15	16	0,0%	78,8%	31,3%	21,3%	36,3 Jahre
10	Ergotherapeut/in	429	- 9,3%	7	200	0,1%	116	14	26	66	0,1%	88,8%	24,0%	31,5%	28,4 Jahre
11	Physiotherapeut/in (Krankengymnast/in)	281	+ 10,2%	1	161	0,1%	28	18	33	40	0,1%	71,5%	30,2%	35,2%	31,3 Jahre
	= Pflegefachkräfte				167.393	**52,1%**									
12	sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	3.080	- 8,3%	19	2.082	0,7%	187	393	228	171	0,7%	89,9%	20,8%	25,8%	41,4 Jahre
13	Sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	1.371	- 3,3%	22	584	0,0% 0,2%	207	79	247	232	0,3%	81,0%	29,2%	25,3%	40,9 Jahre
14	Familienpfleger/in mit staatlichem Abschluss	824	- 18,2%	1	579	0,2%	46	132	18	48	0,2%	96,0%	21,5%	24,8%	55,7 Jahre
15	Dorfhelfer/in mit staatlichem Abschluss	130	- 7,8%	—	55	0,0%	7	59	4	5	0,0%	96,2%	15,4%	27,7%	74,6 Jahre
16	Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	1.308	+ 2,3%	532	196	0,1%	21	28	458	73	0,3%	71,9%	67,4%	20,4%	31,9 Jahre
17	Sonstiger pflegerischer Beruf	24.786	- 4,3%	80	18.925	6,3%	2.924	1.828	266	763	5,6%	89,8%	23,7%	35,9%	48,2 Jahre
18	Fachhauswirtschafter/in für ältere Menschen	765	- 9,4%	1	137	0,0%	40	532	22	33	0,2%	96,7%	16,5%	34,9%	55,8 Jahre
19	Sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	9.313	+ 1,3%	19	1.690	0,6%	428	6.662	111	403	2,1%	95,9%	12,4%	35,9%	50,1 Jahre
20	Sonstiger Berufsabschluss	114.994	+ 10,5%	346	51.781	17,3%	9.520	33.109	12.336	7.902	26,0%	86,3%	19,8%	35,3%	48,9 Jahre
21	Ohne Berufsabschluss	48.515	+ 33,2%	17	26.642	8,9%	2.393	14.429	2.070	2.964	11,0%	85,6%	16,4%	32,4%	40,5 Jahre
22	Auszubildende/-r, (Um-)Schüler/-in [3]	15.538	+ 6,4%	5	14.413	4,8%	108	83	251	678	3,5%	75,4%	X [2]	36,7%	4,1 Jahre
23	**Insgesamt**	**442.860**	**+ 5,1%**	**21.277**	**299.905**	**100%**	**19.022**	**59.345**	**22.017**	**21.294**	**100%**	**85,0%**	**28,2%**	**27,8%**	**41,1 Jahre**
				321.182											

1) Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, (Um-)Schüler/-innen, Helfer/-innen im freiwilligen sozialen Jahr bzw. im Bundesfreiwilligendienst.
2) Ab 2021 wird der neu eingeführte Abschluss "Pflegefachfrau/-mann" nachgewiesen.
3) Das Beschäftigungsverhältnis wird bei "Auszubildenden und (Um-)Schülern" nicht erfasst.

Zahlen ohne Gewähr!

© 2016 - 2023 Thomas Sießegger, mit den Daten des Statistischen Bundesamtes

Abbildung: Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich im Jahr 2021

Was nicht aus der Statistik hervorgeht: Dieses Ergebnis differiert in der Praxis stark und unterscheidet sich deutlich. Die Spanne ist groß: einerseits ländlich vs. städtisch, und zwischen Wohlfahrtsverbänden und privaten Pflegediensten.

Etwas verallgemeinernd kann zusammengefasst werden: Im ländlichen Bereich bei Wohlfahrtsverbänden haben Pflegedienste hohe Pflegefachkraftquoten zwischen 50% und 95%, und andererseits - das andere Extrem - in Großstädten bei privaten Pflegediensten sehen wir sehr niedrige Quoten, teilweise heruntergehend bis auf 15% bis 20%.

Was ebenfalls aus der Darstellung nicht hervorgeht, ist, dass die Pflegefachkräftequote seit vielen Jahren in etwa in gleicher Höhe ist. Es gibt seit einigen Jahren nur einen Rückgang von wenigen Prozent. Interessant!

Unabhängig von dem hier dargestellten Durchschnittsalter der Mitarbeiter kann aus den Erfahrungen gesagt werden, dass Mitarbeiter bei Wohlfahrtsverbänden, überwiegend nach Tarif zahlen und Mitarbeiter in diesen Einrichtungen im Durchschnitt zirka 48 Jahre alt sind, während bei privaten Pflegediensten oder bei nichttariflich zahlenden Einrichtungen das Durchschnittsalter eher bei 40 oder 41 Jahren liegt. Das dürfte sich nun, nach der Umsetzung des Tariftreuegesetzes, allmählich und langsam ändern und anpassen.

Schauen wir uns im Weiteren die **überwiegenden Tätigkeitsbereiche** und **Beschäftigungsverhältnisse** in der Entwicklung über die Jahre 1999 bis 2021 hinweg und zum Anderen das Jahr 2021 etwas konkreter an. ▶

Überwiegender Tätigkeitsbereich	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Pflegedienstleitung	11.528	12.122	12.786	13.753	14.859	15.695	16.671	16.849	18.091	19.819	20.380	21.277
Grundpflege / körperbezogene Pflege	119.388	124.602	135.540	147.973	163.580	187.710	204.795	219.401	238.828	267.849	285.868	299.905
Pflegerische Betreuung								10.477	14.965	14.898	18.479	19.022
Hilfen bei Haushaltsführung	34.902	33.738	32.449	29.853	33.140	36.602	38.092	37.760	44.275	49.518	56.267	59.345
Verwaltung, Geschäftsführung	9.121	9.695	10.447	11.666	12.349	13.161	14.144	15.282	16.631	18.154	19.913	22.017
sonstiger Bereich	8.843	9.410	9.675	11.062	12.234	15.723	17.012	20.308	22.823	20.084	20.643	21.294

in Prozent

Überwiegender Tätigkeitsbereich	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Pflegedienstleitung	6,3%	6,4%	6,4%	6,4%	6,3%	5,8%	5,7%	5,3%	5,1%	5,1%	4,8%	4,8%
Grundpflege / körperbezogene Pflege	65,0%	65,7%	67,5%	69,0%	69,3%	69,8%	70,4%	68,5%	67,2%	68,6%	67,8%	67,7%
Häusliche (bis 2016) / Pflegerische Betreuung (seit 2017)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	4,2%	3,8%	4,4%	4,3%
hauswirtschaftliche Versorgung / Hilfen bei Haushaltsführun	19,0%	17,8%	16,2%	13,9%	14,0%	13,6%	13,1%	11,8%	12,5%	12,7%	13,3%	13,4%
Verwaltung, Geschäftsführung	5,0%	5,1%	5,2%	5,4%	5,2%	4,9%	4,9%	4,8%	4,7%	4,7%	4,7%	5,0%
sonstiger Bereich	4,8%	5,0%	4,8%	5,2%	5,2%	5,8%	5,9%	6,3%	6,4%	5,1%	4,9%	4,8%

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

Überwiegender Tätigkeitsbereich	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Pflegedienstleitung	---	+ 5,2%	+ 5,5%	+ 7,6%	+ 8,0%	+ 5,6%	+ 6,2%	+ 1,1%	+ 7,4%	+ 9,6%	+ 2,8%	+ 4,4%
Grundpflege / **körperbezogene Pflege**	---	+ 4,4%	+ 8,8%	+ 9,2%	+ 10,5%	+ 14,8%	+ 9,1%	+ 7,1%	+ 8,9%	+ 12,2%	+ 6,7%	+ 4,9%
Häusliche (bis 2016) / **Pflegerische Betreuung** (seit 2017)	---	---	---	---	---	---	---	---	+ 42,8%	- 0,4%	+ 24,0%	+ 2,9%
hauswirtsch. Versorgung / **Hilfen bei Haushaltsführung**	---	- 3,3%	- 3,8%	- 8,0%	+ 11,0%	+ 10,4%	+ 4,1%	- 0,9%	+ 17,3%	+ 11,8%	+ 13,6%	+ 5,5%
Verwaltung, Geschäftsführung	---	+ 6,3%	+ 7,8%	+ 11,7%	+ 5,9%	+ 6,6%	+ 7,5%	+ 8,0%	+ 8,8%	+ 9,2%	+ 9,7%	+ 10,6%
sonstiger Bereich	---	+ 6,4%	+ 2,8%	+ 14,3%	+ 10,6%	+ 28,5%	+ 8,2%	+ 19,4%	+ 12,4%	- 12,0%	+ 2,8%	+ 3,2%

Beschäftigungsverhältnisse	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Vollzeitbeschäftigt	56.914	57.524	57.510	56.354	62.405	71.964	79.755	85.866	96.701	109.657	117.124	124.685
Teilzeitbeschäftigt über 50%	49.149	55.008	60.762	68.141	77.762	89.052	100.514	113.604	128.256	143.050	157.984	170.929
Teilzeitbeschäftigt 50% und weniger, aber nicht gfB	28.794	30.824	32.797	35.040	36.683	40.279	42.487	44.307	49.291	56.028	59.996	61.805
Teilzeitbeschäftigt. geringfügig beschäftigt	39.126	37.326	42.565	47.957	53.034	60.496	61.671	65.432	68.727	68.508	71.077	69.035
(Um-)Schüler, Azubis	1.816	1.809	2.460	3.530	3.462	4.492	5.326	9.763	11.727	12.316	14.598	15.538
Helfer/in im Freiwilligen Sozialen Jahr	562	471	642	703	599	545	460	442	319	251	281	333
Zivildienstleistende // Bundesfreiwilligendienst	7.421	6.605	4.161	2.582	2.217	2.062	501	354	224	183	127	116
Praktikant/in außerhalb einer Ausbildung	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	309	k.A.	329	363	419

in Prozent

Beschäftigungsverhältnisse	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Vollzeitbeschäftigt	31,0%	30,3%	28,6%	26,3%	26,4%	26,8%	27,4%	26,8%	27,2%	28,1%	27,8%	28,2%
Teilzeitbeschäftigt über 50%	26,7%	29,0%	30,2%	31,8%	32,9%	33,1%	34,6%	35,5%	36,1%	36,6%	37,5%	38,6%
Teilzeitbeschäftigt 50% und weniger, aber nicht gfB	15,7%	16,3%	16,3%	16,4%	15,5%	15,0%	14,6%	13,8%	13,9%	14,4%	14,2%	14,0%
Teilzeitbeschäftigt. geringfügig beschäftigt	21,3%	19,7%	21,2%	22,4%	22,5%	22,5%	21,2%	20,4%	19,3%	17,6%	16,9%	15,6%
(Um-)Schüler, Azubis	1,0%	1,0%	1,2%	1,6%	1,5%	1,7%	1,8%	3,1%	3,3%	3,2%	3,5%	3,5%
Helfer/in im Freiwilligen Sozialen Jahr	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Zivildienstleistende // Bundesfreiwilligendienst	4,0%	3,5%	2,1%	1,2%	0,9%	0,8%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Praktikant/in außerhalb einer Ausbildung	---	---	---	---	---	---	---	0,1%	---	0,1%	0,1%	0,1%

Veränderungen gegenüber dem Vorjahr

Beschäftigungsverhältnisse	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Vollzeitbeschäftigt	---	+ 1,1%	- 0,0%	- 2,0%	+ 10,7%	+ 15,3%	+ 10,8%	+ 7,7%	+ 12,6%	+ 13,4%	+ 6,8%	+ 6,5%
Teilzeitbeschäftigt über 50%	---	+ 11,9%	+ 10,5%	+ 12,1%	+ 14,1%	+ 14,5%	+ 12,9%	+ 13,0%	+ 12,9%	+ 11,5%	+ 10,4%	+ 8,2%
Teilzeitbeschäftigt 50% und weniger, aber nicht gfB	---	+ 7,1%	+ 6,4%	+ 6,8%	+ 4,7%	+ 9,8%	+ 5,5%	+ 4,3%	+ 11,2%	+ 13,7%	+ 7,1%	+ 3,0%
Teilzeitbeschäftigt. geringfügig beschäftigt	---	- 4,6%	+ 14,0%	+ 12,7%	+ 10,6%	+ 14,1%	+ 1,9%	+ 6,1%	+ 5,0%	- 0,3%	+ 3,7%	- 2,9%
(Um-)Schüler, Azubis	---	- 0,4%	+ 36,0%	+ 43,5%	- 1,9%	+ 29,8%	+ 18,6%	+ 83,3%	+ 20,1%	+ 5,0%	+ 18,5%	+ 6,4%
Helfer/in im Freiwilligen Sozialen Jahr	---	- 16,2%	+ 36,3%	+ 9,5%	- 14,8%	- 9,0%	- 15,6%	- 3,9%	- 27,8%	- 21,3%	+ 12,0%	+ 18,5%
Zivildienstleistende // Bundesfreiwilligendienst	---	- 11,0%	- 37,0%	- 37,9%	- 14,1%	- 7,0%	- 75,7%	- 29,3%	- 36,7%	- 18,3%	- 30,6%	- 8,7%
Praktikant/in außerhalb einer Ausbildung	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	+ 10,3%	+ 15,4%

Entwicklung der Personalzusammensetzung nach Anzahl der Mitarbeiter, nach Tätigkeitsbereichen und Beschäftigungsverhältnissen von 1999 – 2021

Bei den „überwiegenden Tätigkeits-bereichen“ bleibt

- die körperbezogene Pflege
- als auch der Bereich „Verwaltung und Geschäftsführung“

über all die Jahre hinweg relativ konstant.

Die hauswirtschaftliche Versorgung beziehungsweise die „Hilfen bei der Haushaltsführung“ haben bezüglich des eingesetzten Personals abgenommen, von 19% auf 13,4 % im Zeitrahmen 1999 bis 2021.

Die interessanteste Entwicklung bei den Beschäftigungsverhältnissen sind die **Teilzeitbeschäftigten mit über 50% Beschäftigungsumfang**.

Alle weiteren Entwicklungen sind nur für den geneigten Leser und Analysten von Bedeutung.

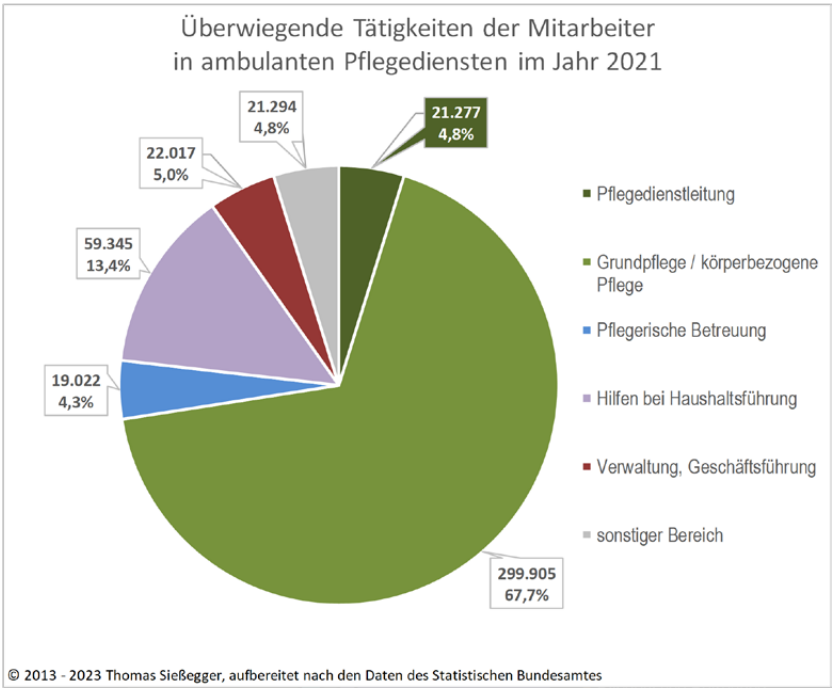


Abbildung: Überwiegende Tätigkeit der Mitarbeiter in ambulanten Pflegedienst im Jahr 2021

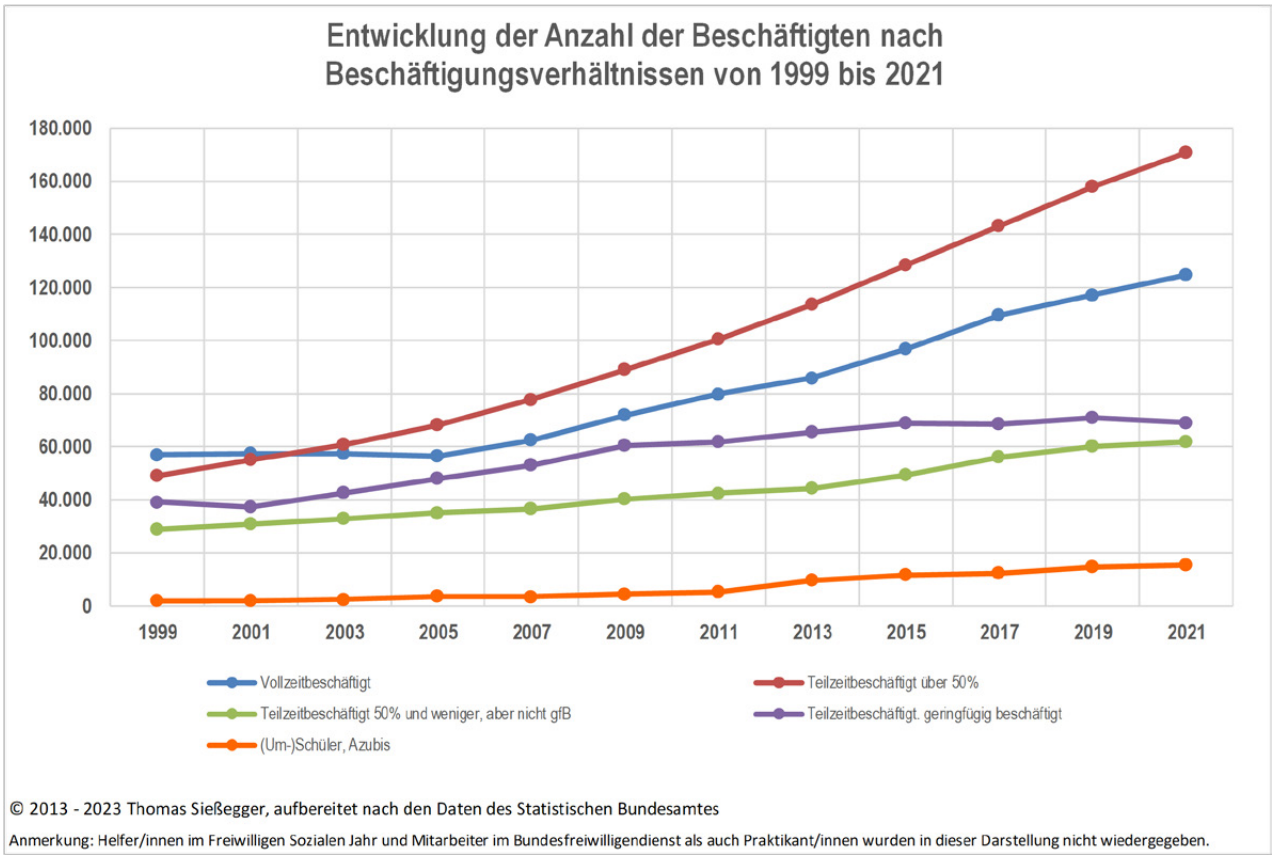


Abbildung: Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich im Jahr 2021

Bei den „**überwiegenden Tätigkeiten**“ der Mitarbeiter wird deutlich, dass die Grundpflege (seit 2017 heißt sie „**körperbezogene Pflegemaßnahmen**“) 67,7% der gesamten Tätigkeiten der Mitarbeiter ausmacht.

Die pflegerische Betreuung, seit 2017 zwar „gleichberechtigte Sachleistung“ neben den „körperbezogenen Pflegemaßnahmen“ und den „Hilfen bei der Haushaltsführung“ macht im Jahr 2021 weiterhin lediglich 4,3% der gesamten Tätigkeiten aus.

Leider, so muss man es sagen, sind die „Hilfen bei der Haushaltsführung“, die im schlimmsten Fall sogar über den Entlastungsbetrag nach § 45 b SGB XI abgerechnet werden, mit 13,4% der gesamten Tätigkeiten überproportional vertreten, insbesondere gegenüber der pflegerischen Betreuung. Richtig, das ist eine Wertung des jetzigen Status quo.

Weiterhin ist zu konstatieren, dass im Bereich der Pflegedienstleitung, die Zeit nur 4,8% der gesamten Tätigkeiten ausmacht, vermutlich eine zu niedrige Leitungsquote zum Tragen kommt. Erfolgreiche Pflegedienste haben einen höheren Anteil an Leitungstätigkeit.

Anmerkung: die Leitungsquote, so wie ich sie seit über 20 Jahren messe, ist nicht mit dieser Prozentzahl vergleichbar, da sie eine Relation darstellt und nicht einen prozentualen Anteil an 100%.

Den stärksten Anstieg bei der Anzahl der Beschäftigten erfahren die Teilzeitbeschäftigten (mit einem Prozentanteil von über 50% einer Vollzeitstelle).

Das ist auch ganz klar die Erkenntnis, die immer wieder in der Praxis anzutreffen ist. Zwar wird oft davon gesprochen, dass Mitarbeiter das Geld benötigen für eine Vollzeitstelle, jedoch ist insbesondere bei den jüngeren Generationen der Wunsch nach Flexibilität und Work-Life-Balance größer als der Wunsch, eine Vollzeitstelle inne zu haben.

Teilzeitbeschäftigte mit über 50% Beschäftigungsumfang sind auch die idealen Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes hinsichtlich der Touren - und Personal-Einsatz-Planung, abgesehen davon, dass natürlich noch mehr von ihnen gebraucht würden.

Die ebenfalls deutliche Steigerung in der Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter ist mit Sicherheit auf das finanzielle Bedürfnis der entsprechenden Menschen zurückzuführen.

Nun, nach Inkrafttreten des Tariftreuegesetzes mit teilweise bis zu 20% Lohn und Kostensteigerungen, dürfte auch dieser Bedarf an Vollzeitbeschäftigung (aus Sicht der Mitarbeiter) etwas abflachen, da auch schon mit niedriger Beschäftigungsumfang entsprechende Einkünfte erzielt werden können. Andererseits wirkt die derzeit hohe Inflation diesem Trend wohl entgegen.

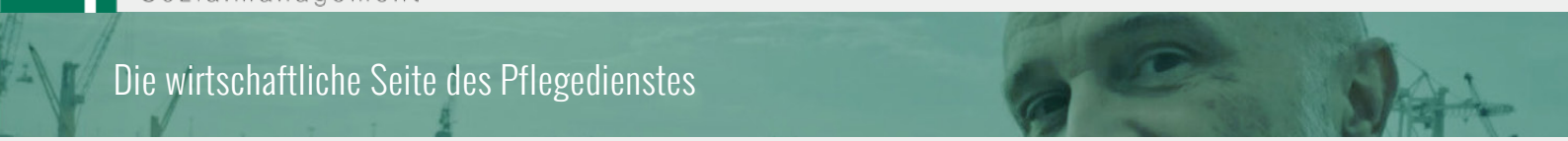
Hinweis: Die Pressemitteilung, Übersichtstabellen und Grafiken sowie die Tabellenbände mit detaillierteren Ergebnissen für Deutschland und die Bundesländer stehen auf der Homepage des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung

Dort können Sie die aktuellen Zahlen (2021) selbst differenziert betrachten.

Der Autor hat diese Zahlen seit 1999 in Zeitreihen ausgewertet. Sie werden hier in der Rubrik „Statistik und Zahlen“ peu à peu veröffentlicht.

Thomas Sießegger

SIEßEGGER
Sozialmanagement
www.siessegger.de



▶ Beratung ▶ Fortbildung ▶ Seminare ▶ Publikationen

“Verstand besteht nicht nur im Wissen, sondern auch in der Fähigkeit, Wissen in die Tat umzusetzen.”
Marie von Ebner-Eschenbach

Dipl. Kaufmann Thomas Sießegger | Sießegger Sozialmanagement | Ottenser Hauptstraße 14 | 22765 Hamburg | thomas@siessegger.de

Eine Fortbildungsreise des
PPM PRO PflegeManagement Verlag

26.–29.06.2023 im Hotel Neptun Warnemünde

14. „pdl.konkret ambulant“-Leserreise

4 Tage
Fortbilden
Erholen
Erfahrungsaustausch

Mehr Sicherheit im Urlaubsland
MV-gegen-Corona.de

Das sind Ihre Themen auf der 14. „pdl.konkret ambulant“-Leserreise:

- **Ihr aktuelles Rechts-Update:** Pflegereform 2023 und das Nachweisverfahren zum Pflege-Rettungsschirm.
- **Forderungsausfälle?** So gelingt das optimale Forderungsmanagement bei offenen Entgelten.
- **Wie bleibe ich als Führungskraft kraftvoll:** Wie Sie mit der richtigen Abgrenzungsstrategie den Alltagsfallen trotzen.
- **Wirtschaftliche und existentielle Herausforderungen meistern:** Wie Sie aktiv gestalten anstatt immer nur zu reparieren oder Notlösungen zu finden. Seien Sie erfolgreich in der Krise!

- **4 Tage mit Annett Urban**
  Lernen Sie Annett Urban kennen und tauschen Sie sich direkt mit ihr aus
- **Die besten Referenten**
  Erfahrungsaustausch
- **5-Sterne-Hotel & Spa**
  direkt am Meer mit Blick auf den Warnemündener Strand
- **Speziell für PDLs**
  aus ambulanten Pflegediensten

Eine Veranstaltung vom Team der:
pdl.konkret ambulant

Hier finden Sie Informationen zur Anmeldung

Ihre Themen der **14. „pdl.konkret ambulant“-Leserreise**

TAG 1

Montag, 26. Juni 2023

Ihr aktuelles Rechts-Update: Was ist jetzt zu tun?

- Pflegereform 2023: Das ändert sich für die Pflege in diesem Jahr
- Das Nachweisverfahren zum Pflege-Rettungsschirm
- Die Umsetzung des GVWG und der Tariftreue sowie die Wundversorgung

TAG 2

Dienstag, 27. Juni 2023

Forderungsausfälle?

So funktioniert das optimale Forderungsmanagement:

- Fälligkeit, Verzug und Mahnwesen bei offenen Entgelten
- Kostenübernahmeverfahren mit dem Sozialhilfeträger
- Probleme mit Bevollmächtigten, Betreuern; Betreuerwechsel, Kontrollbetreuung
- Versterben des Kunden, Nachlassverfahren, Nachlasspfleger

TAG 3

Mittwoch, 28. Juni 2023

Wie bleibe ich als Führungskraft kraftvoll

- Elegante Abgrenzungsstrategien-Vom Müssen zum Wollen
- Die kommunikative Giraffenstrategie, um den nötigen Abstand zu halten
- Den Lebensrucksack erleichtern-Raus aus der Alltagsfalle

Gemeinsames Abendevent:
Genießen Sie mit uns ein exklusives Barbecue-Buffet in Neptuns-Düne 13 und anschließendem Ausklang im Freien mit Feuerschale und Getränken.

TAG 4

Donnerstag, 29. Juni 2023

Wirtschaftliche und existentielle Herausforderungen meistern:

- Annahmestopp: Der Pflegedienst wählt seine Kunden aus
- Auf die richtigen Leistungen im Angebot setzen und „gut“ beraten
- Weniger Kunden, mehr Umsatz wagen
- Mehr Zeit, weniger Leistungskomplexe
- Erfolgsfaktoren in der Hand der PDL

Ihre Experten aus der ambulanten Pflege

TAG 1

Prof. Ronald Richter

Inhaber der Anwaltskanzlei RICHTERRECHTS-ANWÄLTE, Rechtsanwalt mit dem Schwerpunkt Pflege- und Heimrecht, Lehrbeauftragter der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Autor und Herausgeber vieler Publikationen zum Heim-, Sozialversicherungs- und Seniorenrecht

TAG 2

Ulrich Birk

Rechtsanwalt in der Rechtsanwaltskanzlei RICHTERRECHTS-ANWÄLTE mit dem Schwerpunkt Sozialrecht. Gleichzeitig Fachanwalt für Miet- und Wohnungseigentumsrecht. Seit vielen Jahren berät er sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungsträger.

TAG 3

Doris Rohde

Speakerin und Systemischer Coach. Seit vielen Jahren berät sie Führungskräfte und coacht Teams u.a. in Pflegeunternehmen.

TAG 4

Dipl. Kfm. Thomas Sießegger

Inhaber und Geschäftsführer der Sießegger Sozialmanagement, Unternehmensberatung für ambulante Pflegedienste. Seit 1991 beratend und schulend für Träger ambulanter und stationärer Pflegedienste tätig, hat über 750 Pflegedienste beraten und betreibt „die wirtschaftliche Seite des Pflegedienstes“: www.siessegger.de

„Informativ, knackig, dynamisch, kurzweilig. Kurz gesagt: unbedingt dabei sein!“

Ute Schlotzenhauer, Gemeinde Diakonie Hersfeld Ost

Hier finden Sie Informationen zur Anmeldung

Katholische Akademie

für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen in Bayern e.V.

innovativ
lebendig
christlich

www.katholischeakademie-regensburg.de

Impressum

PDL MANAGEMENT erscheint monatlich als kostenfreie Publikation von Thomas Sießegger [Herausgeber]

Ein Abonnement ist vorerst nicht möglich.

Das Kleingedruckte

Der Nachdruck, auch auszugsweise ist nur mit Genehmigung des Herausgebers oder der Autoren gestattet. PDL MANAGEMENT und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Die Rechte verbleiben zu 100% bei den Autoren. Beiträge, die mit vollem Namen oder auch mit Kurzzeichen des Autors gezeichnet sind, stellen die Meinung des Autors dar und nicht unbedingt die der Redaktion. Unaufgefordert eingereichte Manuskripte werden nicht angenommen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen und Handelsnamen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um geschützte, eingetragene Warenzeichen.

Redaktion

Thomas Sießegger (v.i.S.d.P.)

Ottenser Hauptstraße 14
22765 Hamburg

Telefon: +49 40 - 399059 02
Fax: +49 40 - 399059 16
E-Mail: pdl-management@siessegger.de
oder redaktion@pdl-management.de

Gestaltung und Layout: Mark Zaschka
Illustrationen und Titelbild: Florentine Sießegger

Druck

Das machen Sie bitte gegebenenfalls selbst. Aus Umweltschutzgründen bitte nicht wirklich ausdrucken, sondern einfach als PDF abspeichern.

© Thomas Sießegger [Hamburg + Langenargen (L.A.) am Bodensee]