

Seminarunterlagen [Teil-Ausschnitt] für Seminare mit Führungskräften aus ambulanten Pflegediensten

© 1995 - 2004 Thomas Siëßegger

Diese Unterlagen können nicht ausgedruckt werden.
Besuchen Sie gerne meine Seminare !



Eine [neue] Definition von Controlling

Controlling ist ein hoch gepriesenes Allheilmittel, an das sich Manager immer dann erinnern, wenn es zu spät ist. Die Betriebswirtschaftslehre beeilte sich, das in der Praxis entwickelte Controlling wissenschaftlich, d. h. uneinheitlich zu definieren und seine Funktion zu erklären. Ihr wesentlicher Beitrag war die Entdeckung des strategischen Controlling, eine Abart, die jedem Topmanager einleuchtet, der mit der Realität nicht zurecht kommt.

Die wissenschaftlichsten Definitionen beginnen mit der Feststellung, dass Controlling nicht mit Kontrolle verwechselt werden darf. Sie enden mit der Bemerkung, dass Kontrolle mit zum Controlling gehört. Dazwischen versteigen sich einige Autoren zu der Auffassung, dass Controlling eine delegierbare Teilfunktion des Managements sei. Andere verlangen für die Ausübung des Controlling übermenschliche Eigenschaften, so dass der ideale Controller als Heiliger des Managementbetriebs erscheint*.

In der Realität duldet ein etabliertes Topmanagement solche Halbgötter nicht neben sich. Das allgemein akzeptierte Kernstück der Controllingdefinition bildet daher ein diffuser Hinweis auf den permanenten Soll-Ist-Vergleich, der penetrant den Managern zu präsentieren sei.

Das Controlling soll die Dialogschwäche im Management überwinden. Sein finaler Zweck ist die Minimierung sachbezogener Erörterungen zugunsten eines strategischen und auch sonst unverbindlichen Meinungsaustauschs zwischen den Führungskräften. Zur Verendung des Controlling wurde von den wissenschaftlichen Protagonisten das strategische Controlling entwickelt.

* Die etymologische Ableitung des Begriffs als »Zusammenziehen von Trolen (= Unholden)« ist von der Betriebswirtschaftslehre trotz unübersehbarer Hinweise bisher unwissenschaftlich ignoriert worden

... aus: Sebastian Hakelmacher: Das Leoparden-Paradox. Grundlagen einer Managementbetriebslehre. Litzelstetter Libellen, Ziemlich Neue Folge (ZNF) Nr. 10, Abteilung Handbüchlein und Enchiridia, Libelle Verlag, CH-8574 Lengwil am Bodensee

Wirtschaftlichkeit in einem ambulanten Pflegedienst

Das Minimumprinzip (im Rahmen der Frage „Was ist wirtschaftlich?“) bedeutet, eine gegebene Leistung zu den geringst möglichen Kosten zu erbringen (unabhängig vom Marktpreis, sondern bezogen auf die eigenen Möglichkeiten).

Was bedeutet das Minimumprinzip übersetzt für die ambulante Pflege?

Zwei Beispiele:

1. Patient 1 hat Parkinson und ist in seinen Bewegungen stark verlangsamt. Er ist momentan in der Pflegestufe 1 eingestuft. Die Leistung „Kleine Morgentoilette“ dauert bei ihm 45 Minuten: da er im Grunde viele Teiltätigkeiten selbst übernehmen kann, konzentriert sich der Hilfebedarf auf die Unterstützung und Anleitung im Sinne von Motivation. Die Leistung wird mit 10 € vergütet.
2. Patient 2 ist durch eine Hüftoperation bewegungseingeschränkt, im Grunde aber noch relativ mobil und selbständig. Er ist in die Pflegestufe 1 eingestuft. Die kleine Morgentoilette dauert hier nur 10 Minuten und beschränkt sich auf einige unterstützende Tätigkeiten und das Waschen des Rückens. Die Pflegekraft bleibt aber 5 Minuten länger und trinkt mit dem Patienten eine Tasse Kaffee. Die Einrichtung berechnet hier ebenfalls 10 €.

Frage: In welchem der beiden Fälle ist die Leistungserbringung wirtschaftlich?

Antwort: Nur bei Patient 1, denn im Rahmen der Grundbedingungen der Pflegeversicherung (aktivierende Pflege) konnte die Leistung nicht ‚schneller‘ erbracht werden.

Bei Patient 2 war die Leistungserbringung nach 10 Minuten abgeschlossen, die Pflegekraft hat aus der Sicht der Pflegeversicherung unwirtschaftlich gehandelt.

Für die Frage der Wirtschaftlichkeit aus Sicht der Pflegeversicherung ist nicht die Frage, ob die Einrichtung ein positives oder negatives Betriebsergebnis hat, sondern allein die Frage, ob der Mitteleinsatz (die Zeit vor Ort) in einem sachgerechten und damit gesetzeskonformen Verhältnis steht. Mangelnde Qualität kann es im Sinne der Pflegeversicherung nicht geben und führt zum Ausschluss (Verlust des Versorgungsvertrages), nicht ausreichende Vergütung bedingt lediglich das Neuverhandeln der dann nicht mehr leistungsgerechten Vergütung.

Steigende Zuzahlungen der Menschen für die Pflege

Zukunft

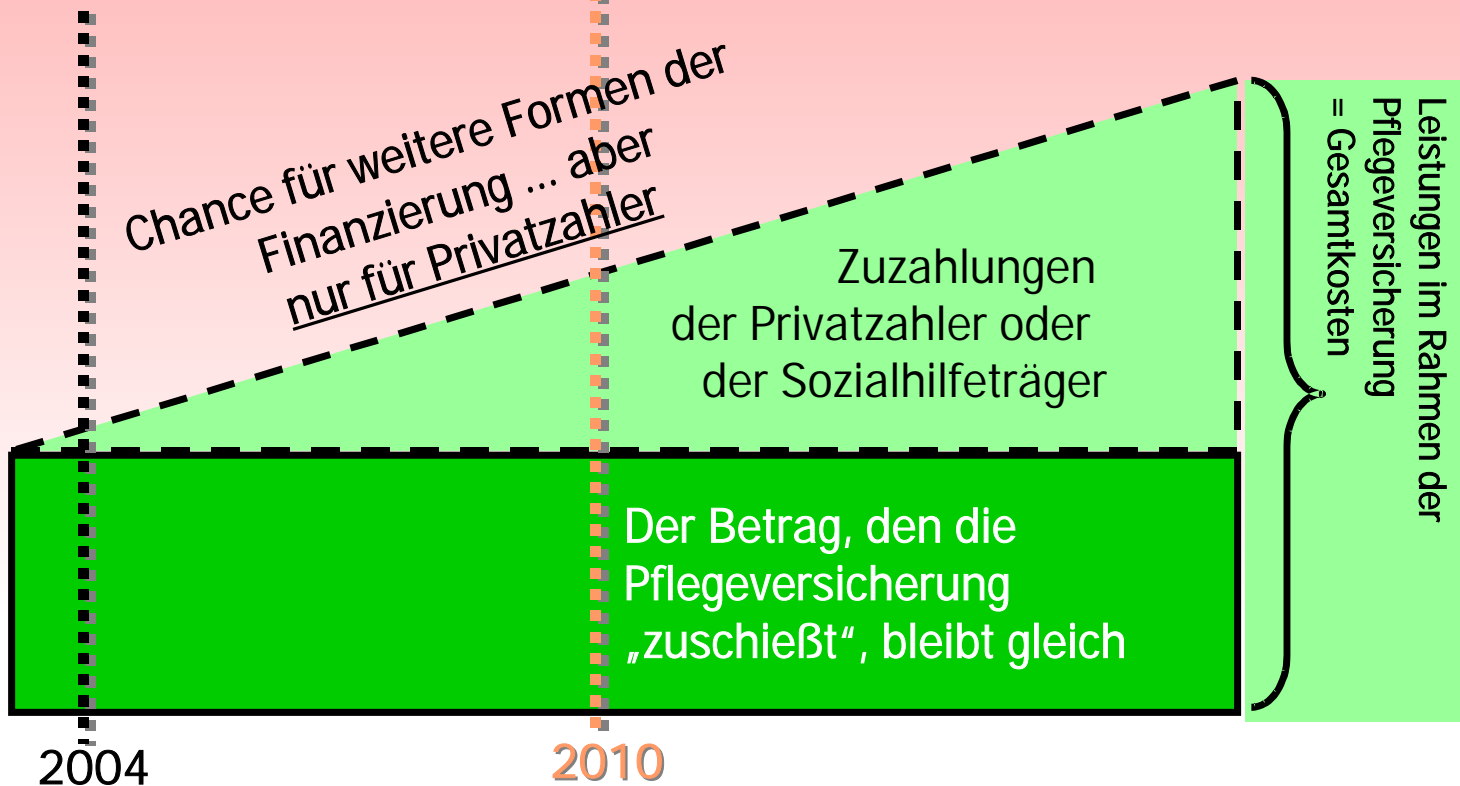
Veränderungen in der Höhe der Kosten (Preise) führen zu überproportionalen Zuzahlungen

Steigerung der Vergütungen oder der Leistungsmenge

	im Jahr 2004	um 5,0%	im Jahr 2005
Gesamter Rechnungsbetrag aller Leistungen	1.100 €		1.155 €
anteiliger Betrag der Pflegeversicherung	921 €		921 €
Notwendiger Zuzahlungsbetrag	179 €		234 €

um 30,7%
steigen die Zuzahlungen

Wie verändert sich das Zuzahlungsverhalten der Angehörigen ("der Erben") und der Patienten?
 Wie hoch ist die "gefühlte Preissteigerung y", wenn die Vergütungen um x Prozent steigen?
 Testen Sie, finden Sie die Antwort, geben Sie die gelb hinterlegten Felder ein.
**Steigt der Preis der Vergütungen um 5,0%,
 so ist die "gefühlte Preissteigerung = 30,7%.**
 Überlegen Sie sich es gut, wie Sie eine Vergütungserhöhung dem Kunden verkaufen.





Zukunft

Steigende Kosten, steigende Vergütungen, Einzelverhandlungen
Wie lange halten Sie noch durch ? ... ohne Anhebung der Vergütungen.

Kostensteigerungen 1995 - 2003

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Gewichtung der Personal- und Sachkosten	85% Lohn-Steigerungen		2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%	2,50%
	Prozent gesamt		2,50%	5,06%	7,69%	10,38%	13,14%	15,97%	18,87%	21,84%
	Index	100,00	102,50	105,06	107,69	110,38	113,14	115,97	118,87	121,84
		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	15% Inflationsrate für Sachkosten		1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%	1,50%
	Prozent gesamt		1,50%	3,02%	4,57%	6,14%	7,73%	9,34%	10,98%	12,65%
	Index	100,00	101,50	103,02	104,57	106,14	107,73	109,34	110,98	112,65

verwendet wurden die Werte des Statistischen Bundesamtes für den Bereich Gesundheitspflege

Gewichteter Anstieg der gesamten Kosten: 17,69%

Alle Angaben sind
angenommene Werte, da
sie für jedes Bundesland
unterschiedlich sind.

Die Kosten sind in den letzten 7 Jahren um 15% - 20% gestiegen.

In den meisten Bundesländern gab es keine Vergütungserhöhungen - oder sie waren nicht angemessen - oder sie wurden sogar gesenkt.

Nicht berücksichtigt sind hier die einschneidenden Maßnahmen im SGB V-Bereich.

Sie können nun entscheiden, was sich in der Zwischenzeit getan hat (es gibt zwei Möglichkeiten):

★ Wirtschaftlichkeitsreserven wurden entdeckt und im Lauf der 7 Jahre abgebaut.

★ Die Zeiten für die Patienten wurden gesenkt - und damit die Kosten den stagnierenden Vergütungen angepasst; die Variable war also die Zeit bzw. die Qualität.

1. Die Vergütungen müssen irgendwann wieder steigen.
2. Einzelverhandlungen sind die einzige Chance, diese Erhöhungen zu erreichen.
3. Keine Angst vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen!

Die optimale Größe des Pflegedienstes

Zwei Größen können im Zusammenhang mit der Frage nach der optimalen Betriebsgröße genannt werden:

- 120 - 150 ständig versorgte Patienten
- mindestens 1 Mio. € Umsatz pro Jahr, besser 1,5 Mio €

weiterhin:

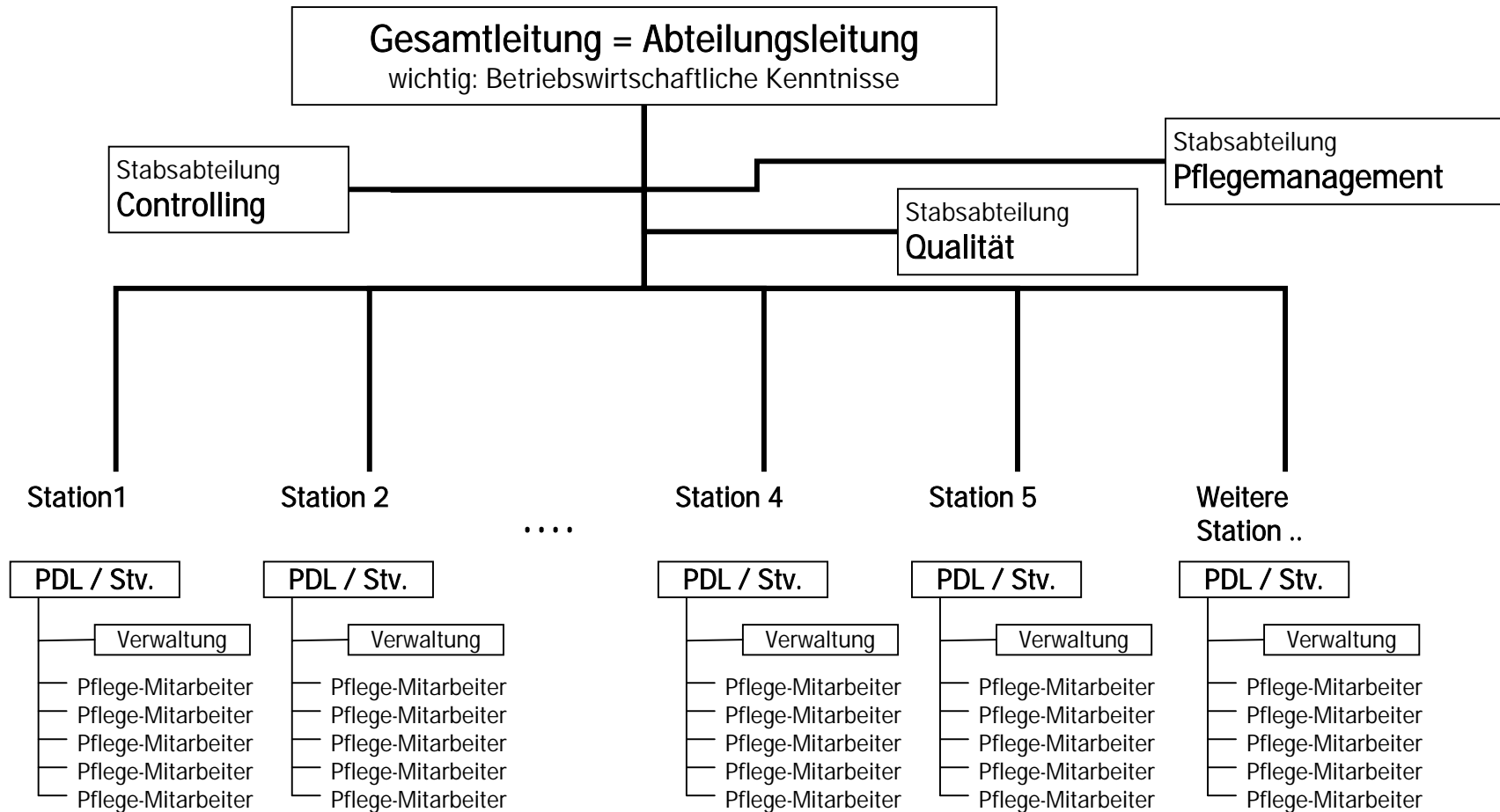
- Flexi-Quote von ca. 1,3 - 1,7
- Fachkraftquote von > 60%
- Quote Leitung 10%
(bis zu 14%, wenn hoher Helferinnen-Anteil)
- Quote Verwaltung 4%
- Erlös pro Patient und Monat von mind. 750 €
- mehr als 30% Zuzahler im SGB XI
- mehr als 30% Sozialhilfeträger-Anteile insgesamt (in Großstädten)

Strategien für ambulante Pflegedienste

- Zusammenschluss mit anderen kleinen Pflegediensten
- Alternative: Die Vorteile einer „kleinen Größe“ nutzen: Familiäre Flexibilität und gutes Klima
- Alternative: Suchen von Nischen und Spezialisierung
- Training von Verkaufs-Strategien
- Kaufen (Verkaufen nicht ! Preise sind zu niedrig)

Zielorganigramm für einen Träger mit mehreren Pflegediensten

Organigramm, Struktur



Ein hoher Anteil examinierter Pflegefachkräfte

zur wirtschaftlichen Zukunftssicherung

- niedrigere Personalkosten ??

Beste Strukturen

Folgende **zusätzliche Kosten** entstehen, wenn immer funktional danach entschieden wird, „welche Qualifikation ist unbedingt notwendig für den jeweiligen Einsatz?“

1) **zusätzliche Fahrtzeiten** verursachen Arbeitszeit, die den Mitarbeitern vergütet werden müssen

+ Fahrtzeiten

2) **zusätzliche Organisations- und Koordinationszeiten der Mitarbeiter** für Absprachen unter den Mitarbeitern und für die Anleitung von Helferinnen

+ Organisationszeiten

3) zusätzliche Zeit in der Organisation und Steuerung führen zu **erhöhten Leitungsanteilen der Pflegedienstleitung**, da immer die Frage gestellt werden muss, ob die eingesetzte Mitarbeiterin den Aufgaben auch gewachsen ist

+ Zeiten für Leitung

4) **zusätzliche Fahrzeuge** (im Bereich der Sachkosten), da man mehr Mitarbeiter benötigt

+ Fahrzeuge

Der zusätzliche Einsatz bzw. die Aufteilung von Einsätzen lohnt sich also in vielen Fällen nicht.

So widersinnig es auch klingen mag: Je länger die durchschnittlichen Fahrtzeiten von Patient zu Patient sind, desto höher muss der Pflegefachkraft-Anteil sein, da sich geteilte Einsätze immer weniger rechnen.

Beste Strukturen

Ein angemessener Anteil an flexiblen Teilzeit-beschäftigten Mitarbeitern

Die idealen Arbeitsverträge in einem ambulanten Pflegedienst

Nr.	Namen der Mitarbeiter	BU, Anstellung, Funktion	Qualifikation	Anmerkungen
A	König, Bettina	38,50 Std./Wo. Pflegedienstleitung	Krankenschwester	Überstunden sind mit dem Gehalt abgegolten
B	Prinz, Charlotte	38,50 Std./Wo. stv. Pflegedienstleitung	Krankenschwester	Überstunden möglich, Auszahlung
C	Schreiberling, Krimhild	19,00 Std./Wo. Verwaltungskraft	Bürokauffrau	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
1	Adler, Albertine	38,50 Std./Wo. Festanstellung	Krankenschwester	keine Überstunden !
2	Bayer, Rosi	38,50 Std./Wo. Festanstellung	Krankenschwester	keine Überstunden !
3	Bohlen, Naddel	36,00 Std./Wo. Festanstellung	Altenpflegerin	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
4	Busch, Jennifer	34,00 Std./Wo. Festanstellung	Altenpflegerin	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
5	Czwerzinski, Maria	32,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenschwester	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
6	Feldbusch, Verona	29,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenschwester	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
7	Hoffmann, Chantalle	26,00 Std./Wo. Festanstellung	Altenpflegerin	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
8	Kanzler, Guido	22,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenschwester	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
9	König, Derya	19,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenschwester	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
10	Mahler, Annegret	9,00 Std./Wo. gfB /325,- €	Altenpflegerin	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
11	Reich, Adelheid	7,00 Std./Wo. gfB /325,- €	Krankenschwester	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
12	Schneider, Brisko	34,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenpflegehelfer	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
13	Schreiber, Anneliese	28,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenpflegehelferin	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
14	Schröder-Färbhaar, Gerd	25,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenpflegehelfer	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
15	Schumacher, Dominique	18,00 Std./Wo. Festanstellung	Krankenpflegehelferin	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
16	Sießegger, Thomas	33,00 Std./Wo. Festanstellung	angelernete Hilfe	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
17	Sorglos, Susanne	22,00 Std./Wo. Festanstellung	angelernete Hilfe	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
18	Stoiber, Depp	17,00 Std./Wo. Festanstellung	angelernete Hilfe	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
19	Möller, J.W.D.	10,00 Std./Wo. gfB /325,- €	angelernete Hilfe	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung
20	Zimmermann, Claudia	9,00 Std./Wo. gfB /325,- €	angelernete Hilfe	+ + Mehrstunden möglich, Auszahlung

Auswertung:

Beschäftigungsumfang der examinierten Pflegefachkräfte (PFK):
 + Anteil der Pflegedienstleitung (0%) und der Stellvertretung (50%)
 = **Anteil der examinierten Pflegefachkräfte (PFK) gesamt**

291,00 Std./Wo.
 19,25 Std./Wo.
310,25 Std./Wo. = 61,3%

Anteil der Pflegekräfte (PK) gesamt

196,00 Std./Wo. = 38,7%

Beschäftigungsumfang (BU) der Mitarbeiter in der Pflege gesamt

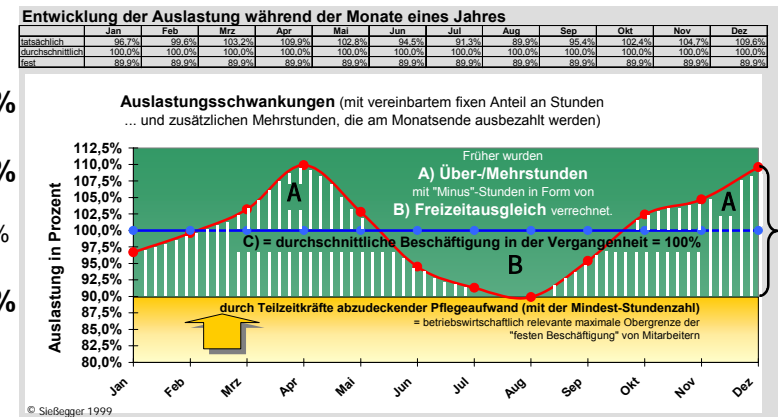
506,25 Std./Wo. = 100,0%

Verhältnis Leitungsanteil zu Gesamt-Beschäftigungsumfang

57,75 Std./Wo. = 11,4%

Anteil der Verwaltungskraft

19,00 Std./Wo. = 3,8%



Beste Strukturen

Abschaffen der Begriffe „Über- bzw. Mehrstunden“ und „Freizeitausgleich“

Mehrstunden machen immer schlechte Laune Das "3-Phasen-Modell des nicht funktionierenden Abbaus von Mehrstunden"

1
2
3

	Stand der Mehr-Std. zu Beginn des Monats	Veränderung der Mehr-Std. in diesem Monat	kumm. Stand der Mehr-Std. am Ende des Monats	Was passiert ?	Wie ist die Stimmung bei den Mitarbeitern ?
Januar 2002	0 Std.	+ 90 Std.	90 Std.	Neue Mehrstunden werden aufgebaut; sie addieren sich jeden Monat auf eine insgesamt höhere Zahl.	Schlecht. Es kommt teilweise zu Überlastungen und persönlicher Unzufriedenheit der Mitarbeiter. Zurecht fühlen sich diese belastet, denn sie überschreiten regelmäßig die vereinbarte Arbeitszeit.
Februar 2002	90 Std.	+ 100 Std.	190 Std.		
März 2002	190 Std.	+ 110 Std.	300 Std.		
April 2002	300 Std.	+ 100 Std.	400 Std.		
Mai 2002	400 Std.	+ 0 Std.	400 Std.	In der Vergangenheit aufgebaute Mehrstunden werden "mitgeschleppt".	Schlecht. Jeden Monat werden die bisher "erarbeiteten" Mehrstunden wieder neu "aufgetischt", so als wären sie in diesem Monat entstanden. Das stimmt aber nicht, denn die Mitarbeiter arbeiten genau so lange wie vereinbart, sie schleppen die Mehrstunden "nur" mit - eigentlich nichts belastendes.
Juni 2002	400 Std.	+ 0 Std.	400 Std.		
Juli 2002	400 Std.	+ 0 Std.	400 Std.		
August 2002	400 Std.	+ 0 Std.	400 Std.		
September 2002	400 Std.	- 125 Std.	275 Std.	Die PDL schafft es, durch Anordnung die bisher angehäuften Mehrstunden durch Kundenrückgang oder zusätzliche Mitarbeiter im Rahmen von Freizeitausgleich konsequent abzubauen	Anfangs gut, dann wieder schlechter. Zwar wird über die Mehrstunden immer "gejammert", aber ganz abbauen möchte sie keine Mitarbeiterin, um ggf. nach eigenem Bedürfnis das angesparte "Polster" für die Verlängerung von Urlaub oder Wochenende zu nutzen. Es tauchen viele (scheinbare) Gründe auf, warum gerade jetzt die Mehrstunden nicht abgebaut werden können. Vielleicht erscheinen sogar gehäuft "gelbe Scheine".
Oktober 2002	275 Std.	- 105 Std.	170 Std.		
November 2002	170 Std.	- 90 Std.	80 Std.		
Dezember 2002	80 Std.	- 80 Std.	0 Std.		

Entwicklung der Mehrstunden

.. nach dem Einsatz einer zusätzlichen Mitarbeiter
jeweils am Monatsende

Der Abbau von Über- bzw. Mehrstunden durch den Einsatz einer zusätzlich Kraft funktioniert in der Praxis nicht: Freizeitausgleich wird nicht konsequent genutzt.

Theorie

Januar 2002	1.000 Std.	
Februar 2002	1.050 Std.	
März 2002	990 Std.	
April 2002	1.000 Std.	
Einsatz einer zusätzlichen Mitarbeiterin		
Mai 2002	840 Std.	= 160 Std.
Juni 2002	680 Std.	= 160 Std.
Juli 2002	520 Std.	= 160 Std.
August 2002	360 Std.	= 160 Std.
September 2002	200 Std.	= 160 Std.
Oktober 2002	40 Std.	= 160 Std.
November 2002	Ablauf der zeitlich befristeten	
Dezember 2002	Anstellung; fortan bleiben die Mehrstunden bei +/- 40.	

Praxis

Januar 2002	1.000 Std.	
Februar 2002	1.050 Std.	
März 2002	990 Std.	
April 2002	1.000 Std.	
Mai 2002	900 Std.	= 100 Std.
Juni 2002	840 Std.	= 60 Std.
Juli 2002	810 Std.	= 30 Std.
August 2002	800 Std.	= 10 Std.
September 2002	800 Std.	= 0 Std.
Der weitere Abbau der Mehrstunden funktioniert nicht; man stellt fest, dass man "eine neue Kollegin" hat. Wenn man Pech hat, steigen nach einigen Monaten die Mehrstunden (trotz der neuen Kollegin) sogar wieder an.		

Arbeitsrechtliche Kommentare zu flexiblen Arbeitszeitmodellen

Die Abweichung von der arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit ist in BAT -KF und AVR unterschiedlich geregelt.

Für den BAT -KF gilt Folgendes:

1. Die Möglichkeit der Anordnung von Mehrarbeit ist beschränkt auf besondere betriebliche Erfordernisse. Die permanente Überschreitung der arbeitsvertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit muss von Teilzeitkräften nicht hingenommen werden .
2. Nach § 15 Abs. 1 Unterabs. 2 BAT -KF sind die am Jahresende über ein Zeitguthaben von 100 Stunden hinausgehenden Stunden mit der Überstundenvergütung zu vergüten. Eine Auszahlung von Zeitguthaben während des laufenden Kalenderjahres wäre tarifwidrig (Arbeitsgericht Oberhausen, Urteil vom 23.01.2001 - 3 Ca 2606/00). Die Regelung des BAT -KF geht von einem Ausgleich in Freizeit aus.
3. Wird ständig mehr Arbeit geleistet als arbeitsvertraglich vereinbart wurde, besteht die Gefahr, dass von einer einvernehmlichen Änderung des Arbeitsvertrages mit erhöhter Wochenstundenzahl durch konkludentes Handeln auszugehen ist.
Folge wäre, dass sich Urlaubs- und Krankheitsvergütung ebenso nach der erhöhten Wochenarbeitszeit berechnen, wie Urlaubsgeld und Zuwendung. Darüber hinaus hätten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Anspruch auf einen Einsatz im Umfang der erhöhten Wochenarbeitszeit.

Die Anordnung von Plusstunden ist in den AVR wie folgt geregelt.

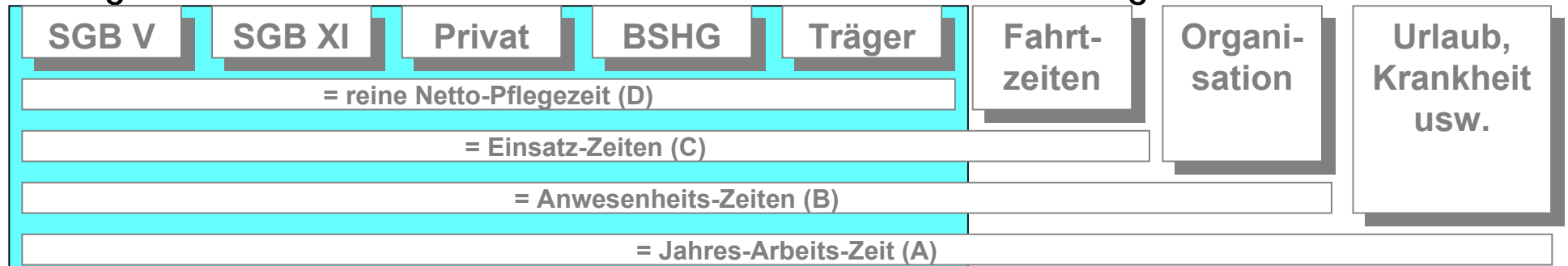
- 1 Nach § gc Abs. 2 Satz 2 AVR dürfen Plusstunden für Teilzeitkräfte nicht angeordnet werden. Sollen Teilzeitkräfte Plusstunden leisten, kann das nur einvernehmlich vereinbart werden. Selbst bei Vorliegen einer solchen Vereinbarung können Teilzeitkräfte die Ableistung der vereinbarten Plusstunden ablehnen, wenn diese für sie unzumutbar sind.
2. Im Monat dürfen nicht mehr als 30 Plusstunden anfallen, es sei denn, es wurde zuvor eine Vereinbarung mit der Teilzeitkraft getroffen (§ g b Abs. 5 AVR).
3. Geleistete Plusstunden sind gemäß § 9b AVR dem Arbeitszeitkonto gutzuschreiben. Eine Auszahlung ist nur am Jahresende für den 150 Plusstunden übersteigenden Teil des Zeitguthabens vorgesehen.
4. Urlaubs- und Krankheitsvergütung bemessen sich gemäß § 24 Abs. 2 in Verbindung mit § 28 Abs. 10 AVR nach dem Durchschnittsverdienst der letzten 13 Wochen. Die ausgezahlte Mehrarbeit führt folglich zu erhöhten Urlaubs- und Krankenbezügen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass beide Tarifwerke eine Auszahlung von Plusstunden im laufenden Kalenderjahr nicht vorsehen. Bei korrekter Anwendung von BAT -KF bzw. AVR ist es nicht möglich, arbeitsvertraglich Wochenarbeitszeiten zu vereinbaren, die unter dem tatsächlichen Bedarf liegen und deshalb ständig überschritten werden.

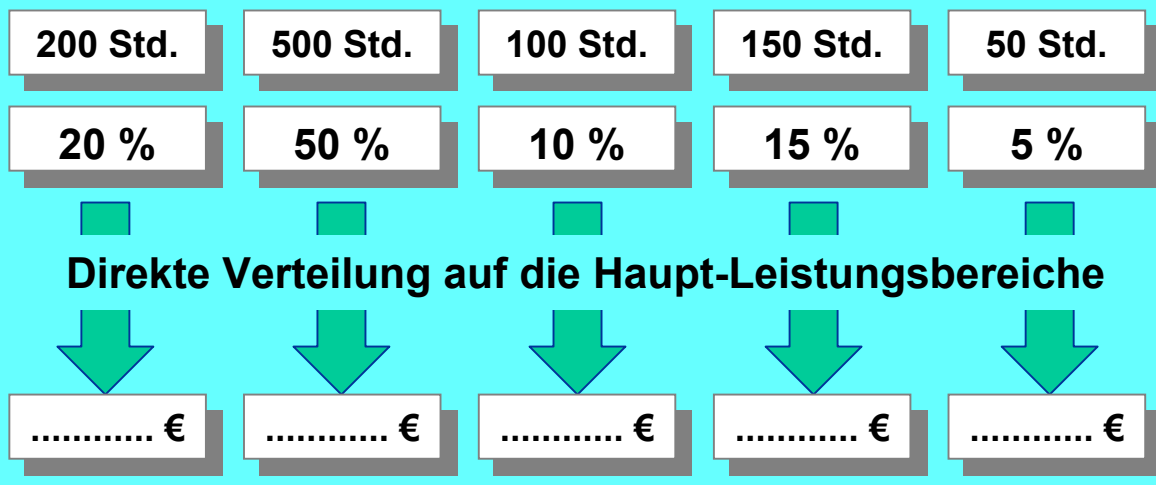
Es besteht zudem die Gefahr, dass bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung festgestellt wird, diese Verfahrensweise führe dazu, dass das Unternehmerrisiko auf den Arbeitnehmer abgewälzt werde, weil bei Minderbedarf die Arbeitszeit einseitig, ohne Änderungskündigung oder einvernehmliche Vereinbarung, auf die schriftlich vereinbarte geringere Arbeitszeit reduziert werden kann.

Kostenrechnung, Kostenstellen

Zwei grundsätzliche Alternativen in der Kostenstellenrechnung - Alternative 1



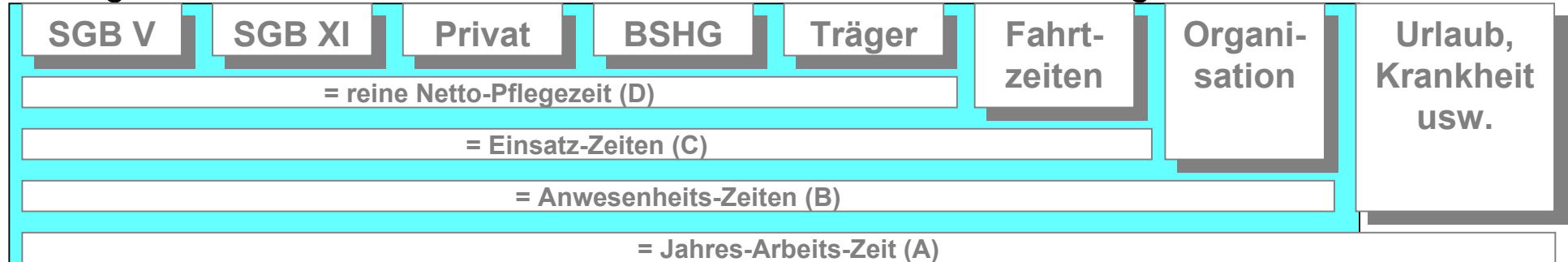
1. Alternative:
1.000 Std.
= 100%
 Aufteilung der gesamten
 + Pflege-Personalkosten
 + Sachkosten + Regiekosten
 auf Grundlage der Netto-Pflege-Stunden (D)



= Gesamt-Ergebnis

Zwei grundsätzliche Alternativen in der Kostenstellenrechnung - Alternative 2a

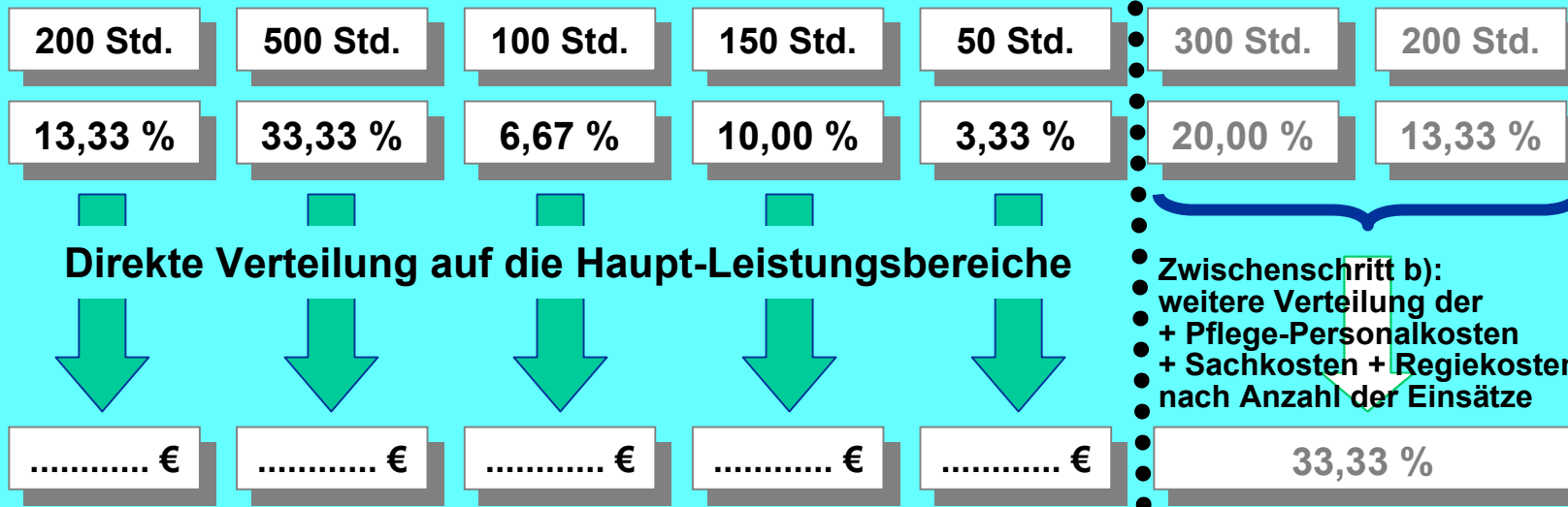
Kostenrechnung, Kostenstellen



2. Alternative:

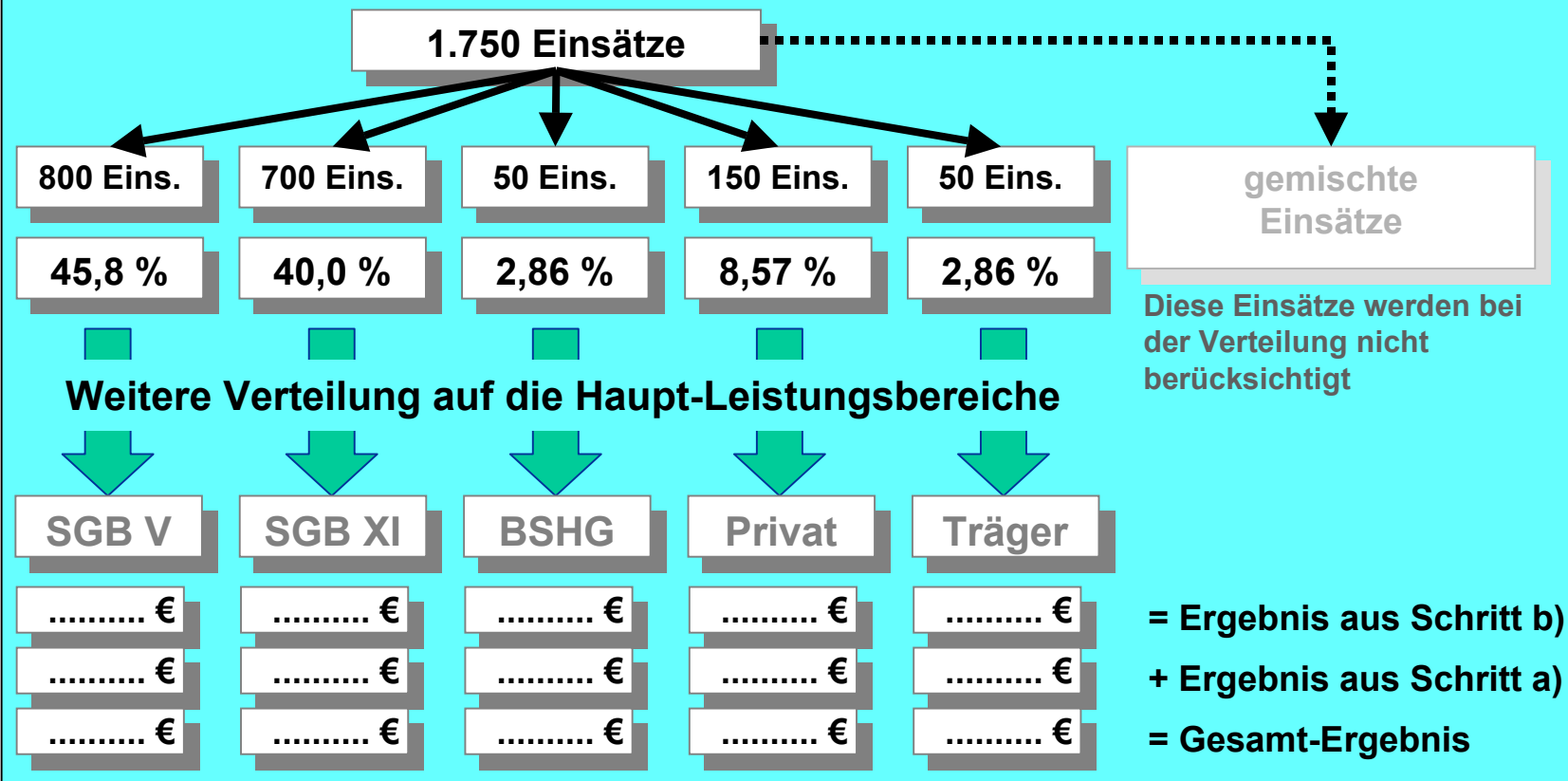
a) Aufteilung der Pflege-Personalkosten auf Grundlage der Anwesenheits-Stunden (B)

**1.500 Std.
= 100%**



Zwei grundsätzliche Alternativen in der Kostenstellenrechnung - Alternative 2b

**b) Aufteilung der
+ restlichen Pflege-Personalkosten [= 500 Std = 33,3%]
+ der Sachkosten + der Regiekosten
auf Grundlage der Anzahl der direkt
zurechenbaren Hausbesuche bzw. Einsätze**



Zeiterfassung

Zeiterfassung: Organisationszeiten, Fahrt- und Wegezeiten und Pflegezeiten

Tagesbericht						
Arbeitszeit	von: : Uhr	Name / MA-Nr.:				
	bis: : Uhr	Datum:				
	und von: : Uhr	Anmerkungen:				
	und bis: : Uhr					
Pause	von: : Uhr	alle Angaben in Minuten				
	bis: : Uhr	a	+b	+c	=d	
	Name des Patienten oder Tätigkeit	Beginn der Tätigkeit	Fahrt / Weg	Pflege	Orga	gesamt
1		..... : ..... Uhr				
2		..... : ..... Uhr				
3		..... : ..... Uhr				
4		..... : ..... Uhr				
5		..... : ..... Uhr				
6		..... : ..... Uhr				
7		..... : ..... Uhr				
8		..... : ..... Uhr				
9		..... : ..... Uhr				
10		..... : ..... Uhr				
11		..... : ..... Uhr				
12		..... : ..... Uhr				
13		..... : ..... Uhr				
14		..... : ..... Uhr				
15		..... : ..... Uhr				
	Summen:	XXXX				

Automatische Auswertung der Zeiterfassung

Zeiterfassung als Grundlage für 's SAR

Auswertung des Tagesberichts					MA01
Name der Mitarbeiterin:		Anmerkungen:			
Schmidt		In diesem Feld können Sie beliebigen Text eintragen, da es sich um ein gelb hinterlegtes Feld handelt.			
alle Angaben in Minuten					in Std.
Datum	a	+b	+c	=d	=d
	Fahrt- bzw. Wegzeit	Pflege-Zeit	Organisationszeit	gesamt	in Std.
1	20 Min.	40 Min.	10 Min.	70 Min.	1,17 Std.
2	27 Min.	23 Min.	10 Min.	60 Min.	1,00 Std.
3	12 Min.	332 Min.	6 Min.	350 Min.	5,83 Std.
4					
5					
6	Wichtige Anleitung				
7	Am unteren Bildrand können [in den Mappen "MA1" bis "MA30"] bis zu 30 Mitarbeiter ausgewertet werden.				
8	Diese werden in der Mappe "Auswert" automatisch berechnet. Aus den Tagesberichten müssen die Minutenwerte übertragen werden.				
9	In der Auswertungsdatei errechnen sich dann die Gesamtminuten und die Stunden und die prozentuale Aufteilung.				
10	Es müssen und können nur die gelb hinterlegten Felder eingegeben werden.				
11	Bei der Mitarbeiterin 1 [Frau Schmidt] habe ich zur Veranschaulichung ein paar Daten eingetragen, die natürlich überschrieben werden müssen.				
12	Die Auswertung basiert auf der Erfassung mit dem Tagesbericht [gesonderte EXCEL-Datei].				
13	Die Datei muss natürlich pro Station angelegt werden und die handschriftlich (!!!) ermittelten Werte werden [am besten von der Pflegedienstleitung] eingetragen.				
14	Viel Spaß bei der Umsetzung: Thomas Sießegger				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
	59 Min.	395 Min.	26 Min.	480 Min.	= 8,00 Std.
	= 0,98 Std.	= 6,58 Std.	= 0,43 Std.	= 8,00 Std.	
	= 12,3%	= 82,3%	= 5,4%	= 100,0%	

Auswertung der Tagesberichte aller Mitarbeiter				
Auswertungszeitraum:			Anmerkungen:	
alle Angaben in Stunden				in Std.
	a	+b	+c	=d
Nr. und Name der Mitarbeiterin	Fahrt- bzw. Wegzeit	Pflege-Zeit	Organisationszeit	Gesamt-Stunden
MA01 - Schmidt	0,98 Std.	6,58 Std.	0,43 Std.	8,00 Std.
MA02 -	---	---	---	---
MA03 -	---	---	---	---
MA04 -	---	---	---	---
MA05 -	---	---	---	---
MA06 -	---	---	---	---
MA07 -	---	---	---	---
MA08 -	---	---	---	---
MA09 -	---	---	---	---
MA10 -	---	---	---	---
MA11 -	---	---	---	---
MA12 -	---	---	---	---
MA13 -	---	---	---	---
MA14 -	---	---	---	---
MA15 -	---	---	---	---
MA16 -	---	---	---	---
MA17 -	---	---	---	---
MA18 -	---	---	---	---
MA19 -	---	---	---	---
MA20 -	---	---	---	---
MA21 -	---	---	---	---
MA22 -	---	---	---	---
MA23 -	---	---	---	---
MA24 -	---	---	---	---
MA25 -	---	---	---	---
MA26 -	---	---	---	---
MA27 -	---	---	---	---
MA28 -	---	---	---	---
MA29 -	---	---	---	---
MA30 -	---	---	---	---
	= 0,98 Std.	= 6,58 Std.	= 0,43 Std.	= 8,00 Std.
	= 12,3%	= 82,3%	= 5,4%	= 100,0%

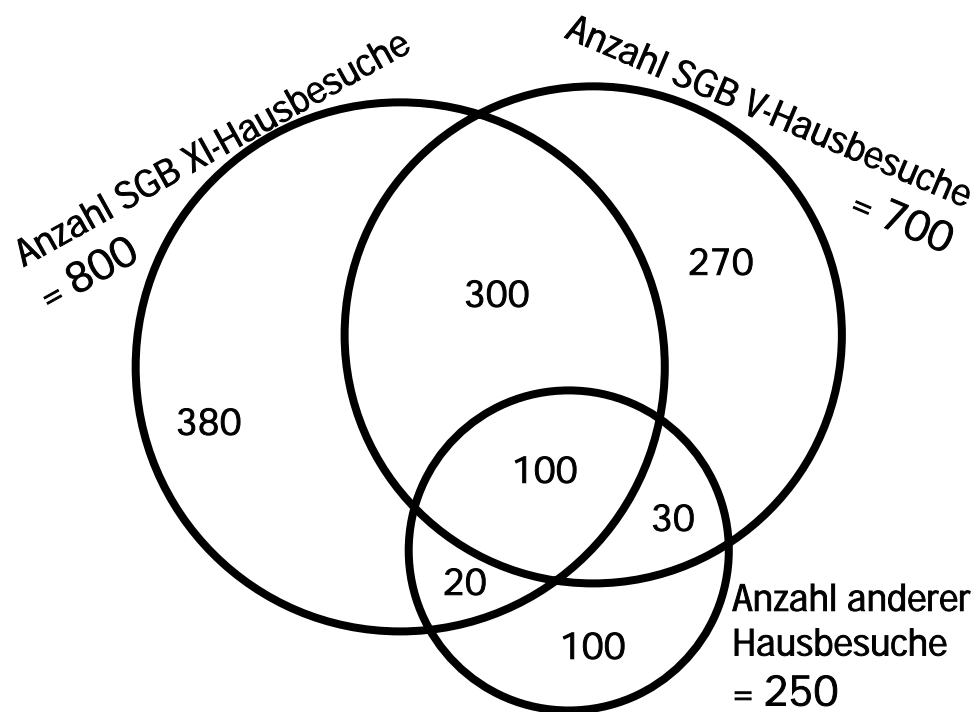
Wenn Sie die Auswertung in Prozent haben möchten, klicken Sie bitte auf diese Zeile.

Auswertung der Tagesberichte aller Mitarbeiter				
Auswertungszeitraum:			Anmerkungen:	
alle Angaben in Stunden				in Std.
	a	+b	+c	=d
Nr. und Name der Mitarbeiterin	Fahrt- bzw. Wegzeit	Pflege-Zeit	Organisationszeit	Gesamt-Stunden
MA01 - Schmidt	12,29%	82,29%	5,42%	100,00%
MA02 -	---	---	---	---
MA29 -	---	---	---	---
MA30 -	---	---	---	---
Gesamt	= 12,3%	= 82,3%	= 5,4%	= 100,0%

Wenn Sie die Auswertung in absoluten Zahlen haben möchten, klicken Sie bitte auf diese Zeile.

Kostenrechnung, Kostenstellen

2 Möglichkeiten bei der Erfassung von Hausbesuchen



Zusammen handelt es sich um 1.200 Hausbesuche, da bei 450 Hausbesuchen Überschneidungen in der Leistungserbringung stattgefunden haben.

Für die Kostenstellenrechnung und auch für die Ermittlung der Investitionskosten nach § 82 Abs. 2 SGB XI gibt es nun grundsätzlich zwei verursachungsgerechte Möglichkeiten zur Verteilung von Kosten.

Bei beiden Alternativen kommt es zu etwas unterschiedlichen Ergebnissen.

Letzten Endes handelt es sich um eine betriebpolitische Entscheidung, welcher Schlüssel gewählt wird.

1. Möglichkeit

Der Schlüssel für die Verteilung der Kosten ist die Anzahl der Hausbesuche pro Leistungsbereich (mit Überschneidungen)

	SGB XI	SGB V	andere	Gesamt
Anzahl Hausbesuche	800	700	250	1.750
.. in Prozent	45,7%	40,0%	14,3%	100,0%

2. Möglichkeit

Der Schlüssel für die Verteilung der Kosten ist die Anzahl der "reinen" Hausbesuche (ohne Überschneidungen)

	SGB XI	SGB V	andere	Gesamt
Anzahl Hausbesuche	380	270	100	750
.. in Prozent	50,7%	36,0%	13,3%	100,0%

Mögliche Verteilung der Kosten

1. nach Umsatz
2. nach Zeit
3. nach Zeit und nach Einsätzen

Kostenstellenverteilung

Unterschiedliche Verteilungsschlüssel und Auswirkungen

Beispielanlage				
Einnahmen				
	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
	480.000,00	1.000.000,00	80.000,00	1.560.000,00
Ausgaben				
	Fachkraft	Pflegekraft	Hilfskraft	Gesamt
pro Kraft	80.000,00	70.000,00	60.000,00	
Anzahl Stellen	5,00	5,00	10,00	20,00
Gesamt	400.000,00	350.000,00	600.000,00	1.350.000,00
Anteil an Gesamt	29,63%	25,93%	44,44%	
Anteil Sachkosten	59.259,26	51.851,85	88.888,89	200.000,00
Gesamtkosten	459.259,26	401.851,85	688.888,89	1.550.000,00

1. Kostenverteilung nach Umsatz

	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
Umsatz	480.000,00	1.000.000,00	80.000,00	1.560.000,00
in Prozent	30,77%	64,10%	5,13%	100,00%
Kosten	476.923,08	993.589,74	79.487,18	1.550.000,00
Differenz	3.076,92	6.410,26	512,82	10.000,00

2. Kostenverteilung nach Aufwand pro Kostenträger pauschal

	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
Umsatz	480.000,00	1.000.000,00	80.000,00	1.560.000,00
Arbeitszeit in %	25,70%	69,10%	5,20%	100,00%
Kosten	398.350,00	1.071.050,00	80.600,00	1.550.000,00
Differenz	81.650,00	-71.050,00	-600,00	10.000,00

3. Kostenverteilung differenziert nach Berufsgruppe

	Krankenv.	Pflegev.	Sonstige	Gesamt
Umsatz	480.000,00	1.000.000,00	80.000,00	1.560.000,00
Arbeitszeit Fachkräfte	35,50%	58,70%	5,80%	100,00%
Kosten	163.037,04	269.585,19	26.637,04	459.259,26
Arbeitszeit Pflegekräfte	15,50%	80,20%	4,30%	100,00%
Kosten	62.287,04	322.285,19	17.279,63	401.851,85
Arbeitszeit Hilfskräfte	28,50%	65,70%	5,80%	100,00%
Kosten	196.333,33	452.600,00	39.955,56	688.888,89
Gesamt	421.657,41	1.044.470,37	83.872,22	1.550.000,00
Differenz	58.342,59	-44.470,37	-3.872,22	10.000,00

Erstellung einer Teil-GuV bzw. einer Kostenstellenrechnung gem. PBV - Teil 1

Kostenrechnung, Kostenstellen

1. Festlegung der Schlüssel

Bitte nur die gelb hinterlegten Felder eingeben, Codewort: "PBV"

Kostenarten	Verteilerschlüssel auf Basis der ...	Hilfskostenstelle I	Hilfskostenstelle II	Kostenstelle	Kostenstelle	Kostenstelle	Kostenstelle
		Verwaltung Overhead	Organisation + Fahrtzeiten	SGB XI*	SGB V	BSHG	Privatzahler
Personalkosten Pflegefachkräfte	Anwesenheitszeit (B)	XXX	6.245 Std.	3.929 Std.	1.638 Std.	978 Std.	540 Std.
		XXX	46,8%	29,5%	12,3%	7,3%	4,1%
Personalkosten Pflegekräfte	Anwesenheitszeit (B)	XXX	1.435 Std.	1.966 Std.	121 Std.	123 Std.	176 Std.
		XXX	37,6%	51,5%	3,2%	3,2%	4,6%
	Anzahl Hausbesuche (oder Einsätze)	XXX	XXX	7.323 Hb.	10.292 Hb.	1.323 Hb.	1.214 Hb.
		XXX	XXX	36,3%	51,1%	6,6%	6,0%
Personalkosten PDL	Diese Kosten werden zunächst auf 2 Hilfskostenstellen verteilt.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		100%	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Umlage, Regiekosten	Diese Kosten werden zunächst auf 2 Hilfskostenstellen verteilt.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		100%	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Sachkosten	Diese Kosten werden zunächst auf 2 Hilfskostenstellen verteilt.	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		100%	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
Zwischensummen		Summe 1	Summe 2	Summe 3	Summe 4	Summe 5	Summe 6

* nur diese Kostenstelle ist die selbständig wirtschaftende Einrichtung gem. § 71 Pflegeversicherung.

↑
Gem. PBV müssen die Kosten des SGB XI noch weiter verteilt werden auf die Pflegestufen I, II, II+ (wenngleich das auch nicht sinnvoll ist). Die zur Verfügung gestellte EXCEL-Datei berücksichtigt diese weitere Differenzierung.

Erstellung einer Teil-GuV bzw. einer Kostenstellenrechnung gem. PBV - Teil 2

2. Festlegen der daraus resultierenden Kosten (in absoluten Zahlen)

Kostenrechnung, Kostenstellen

Kostenarten	Bitte tragen Sie hier die Summen ein:	Hilfskostenstelle I	Hilfskostenstelle II	Kostenstelle	Kostenstelle	Kostenstelle	Kostenstelle
		Verwaltung Overhead	Organisation + Fahrtzeiten	SGB XI*	SGB V	BSHG	Privatzahler
Personalkosten Pflegefachkräfte	350.000 Euro	XXX	46,8%	29,5%	12,3%	7,3%	4,1%
		0 €	163.972 €	103.162 €	43.008 €	25.679 €	14.179 €
Personalkosten Pflegekräfte	90.000 Euro	XXX	37,6%	51,5%	3,2%	3,2%	4,6%
		0 €	33.800 €	46.307 €	2.850 €	2.897 €	4.146 €
Personalkosten PDL	35.000 Euro	100,0%	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		35.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Umlage, Regiekosten	20.000 Euro	100,0%	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		20.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Sachkosten	45.000 Euro	100,0%	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		45.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Zwischensummen		Summe 1	Summe 2	Summe 3	Summe 4	Summe 5	Summe 6
a)	540.000 Euro	100.000 €	197.772 €	149.469 €	45.858 €	28.576 €	18.324 €
		= 297.772 € gesamt					

3. Umbuchen der Hilfskosten- auf die Hauptkostenstellen

b)

c)

	7.323 Hb. 36,3%	10.292 Hb. 51,1%	1.323 Hb. 6,6%	1.214 Hb. 6,0%
	= 108.207 €	= 152.078 €	= 19.549 €	= 17.938 €
	=	=	=	=
Gesamtsummen Kosten:	SGB XI*	SGB V	BSHG	Privatzahler
	257.676 €	197.936 €	48.125 €	36.263 €

4. Das Eintragen der Erlöse führt zum Ergebnis pro Kostenstelle

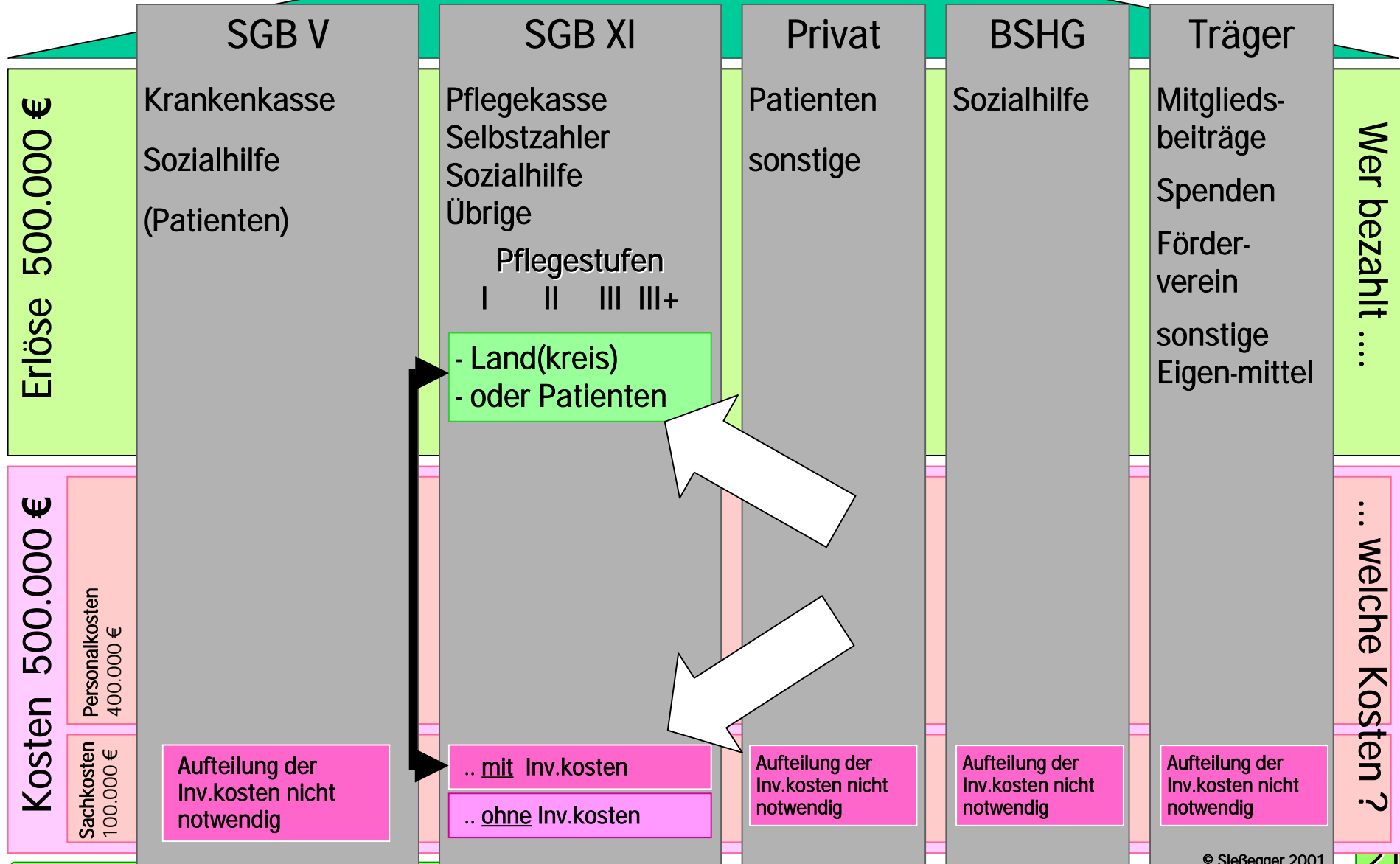
Gesamt-Ergebnis, differenziert nach Kostenstellen:

Gesamt-Ergebnis:

Gesamtsumme Erlöse:	SGB XI*	SGB V	BSHG	Privatzahler
	283.763 €	184.242 €	37.292 €	34.703 €
	+ 26.087 €	- 13.694 €	- 10.833 €	- 1.560 €
	- 0 €			

Das Verfahren zur Berechnung der Investitionskosten nach § 82 Abs. 2 SGB XI

Kostenrechnung



Deckungsbeitragsrechnung - Teil 1

Welche Leistungsbereich liefert welchen Beitrag zur Deckung der Gemeinkosten?

Von einem Deckungsbeitrag haben viele PDLs schon einmal etwas gehört, nämlich von der Geschäftsführung. Es scheint fast so, als ob die Deckungsbeitragsrechnung [DBR] eine der Dinge in der Betriebswirtschaft ist, die eine Geschäftsführung bzw. einen Träger eines ambulanten Pflegedienstes „glücklich macht“; obwohl die meisten gar nicht genau wissen, wie sie funktioniert. Und tatsächlich ist es auch gar nicht so einfach, zu interpretieren, was man mit dem Ergebnis einer DBR anfangen kann.

Der typische Anwendungsbereich einer DBR **innerhalb** eines ambulanten Pflegedienstes ist einmal die Betriebsergebnisermittlung sowie die Kontrolle der Rentabilität einzelner betrieblicher Teilbereiche.

Genau so gut könnte mit der DBR berechnet werden, welchen Beitrag eine ambulanter Pflegedienst, ein Dienst „Essen auf Rädern“ und eine Kurzzeitpflege zum Gesamtergebnis eines Verbandes liefern. Wir betrachten im weiteren aber nur eine DBR innerhalb eines ambulanten Pflegedienstes.

Eigentlich entspricht im Falle des ambulanten Pflegedienstes die DBR somit ziemlich der Kostenstellenrechnung.

Insbesondere die Möglichkeit, einzelne Teilbereiche des ambulanten Pflegedienstes hinsichtlich ihres Teil-Betriebsergebnis zu untersuchen, möchten wir in den Mittelpunkt stellen.

Die Teilbereiche, die in unserem Beispiel bei der Anwendung der DBR zum Tragen kommen sollen:

- + SGB XI
- + SGB V
- + BSHG-Leistungen
- + Privatzahlerleistungen

Übertragen auf einen ambulanten Pflegedienst funktioniert eine DBR folgendermaßen:

	SGB XI	SGB V	.....
	Erträge/Erlöse SGB XI	Erträge/Erlöse SGB V	.....
minus	variable Kosten SGB XI	variable Kosten SGB V	.....
=	Deckungsbeitrag I im SGB XI	Deckungsbeitrag I im SGB V	.....
minus	fixe Kosten für SGB XI	fixe Kosten für SGB V	.....
=	Deckungsbeitrag II im SGB XI	Deckungsbeitrag II im SGB V	.....
minus	anteilige Gemeinkosten für SGB XI	fixe SGB XI für SGB V	.....
=	Deckungsbeitrag III im SGB XI	Deckungsbeitrag III im SGB V	.....

In unserem Beispiel werden anteilige direkte Personalkosten als variable Kosten angesehen (obwohl natürlich insbesondere bei kleinen ambulanten Pflegediensten diese eher sprunghaft sind).

Das hat folgenden Grund: In den ambulanten Pflegediensten machen die Personalkosten ca. 85% der Gesamtkosten aus. Wenn man die Personalkosten flexibel, d.h. entsprechend der Entwicklung der Patienten und der Leistungen anpassen kann, so erreicht der ambulante Pflegedienst einen an die Ausbringungsmenge (Gesamte Leistungserbringungen) orientierten Personaleinsatz.

Es sollte deshalb Ziel der Pflegedienste sein, einen möglichst hohen Anteil variabler Kosten zu haben.

Die dreistufige Deckungsbeitragsrechnung in einem ambulanten Pflegedienst

Aus der BWA lassen sich folgende Zahlen ableiten:	Aus der Finanzbuchhaltung lassen sich folgende Zahlen ableiten:
1) Personalkosten Pflegefachkräfte 300.000 €	8) Erlöse aus SGB XI 360.000 €
2) Personalkosten Pflegekräfte 250.000 €	9) Erlöse aus SGB V 240.000 €
3) sonstige Personalkosten* 90.000 €	10) Erlöse aus BSHG-Leistungen 90.000 €
4) investive Sachkosten 50.000 €	11) Erlöse aus Leistungen an Privatzahler 40.000 €
5) nicht-investive Sachkosten 40.000 €	12) Gesamt-Erlöse aus Leistungen 730.000 €
6) Umlage (als Sachkosten verbucht) 60.000 €	
7) Gesamtkosten des Pflegedienstes 790.000 €	13) = Gesamt-Betriebsergebnis - 60.000 €

* Verwaltung, Pflegedienstleitung, Reinigung

	SGB XI	SGB V	BSHG	Privat	Gesamt
Erlöse aus den Teilbereichen	360.000 €	240.000 €	90.000 €	40.000 €	730.000 €
a) Anteil Netto-Pflegezeit bei Pflegefachkräften:	30%	48%	12%	10%	100%
b) Anteil Netto-Pflegezeit bei Pflegekräften:	74%	5%	12%	9%	100%
c) minus 1) Anteil der Pflegefachkräfte anhand Zeile b)	- 90.000 €	- 144.000 €	- 36.000 €	- 30.000 €	- 300.000 €
d) minus 2) Anteil der Pflegekräfte anhand Zeile c)	- 185.000 €	- 12.500 €	- 30.000 €	- 22.500 €	- 250.000 €
e) = Deckungsbeitrag I	+ 85.000 €	+ 83.500 €	+ 24.000 €	- 12.500 €	+ 180.000 €
f) Anteil der Einsätze bei allen Mitarbeitern:	20%	64%	9%	7%	100%
g) minus [3) bis 5)] anhand Zeile f)	- 36.000 €	- 115.200 €	- 16.200 €	- 12.600 €	- 180.000 €
h) = Deckungsbeitrag II	+ 49.000 €	- 31.700 €	+ 7.800 €	- 25.100 €	+ 0 €
i) = f) Anteil der Einsätze bei allen Mitarbeitern:	20%	64%	9%	7%	100%
k) minus 6) anhand Zeile f)	- 12.000 €	- 38.400 €	- 5.400 €	- 4.200 €	- 60.000 €
l) = Deckungsbeitrag III	+ 37.000 €	- 70.100 €	+ 2.400 €	- 29.300 €	- 60.000 €

Deckungsbeitragsrechnung - Teil 2

Welche Leistungsbereich liefert welchen Beitrag zur Deckung der Gemeinkosten?

Bei der mehrstufigen DBR bestimmt sich der Deckungsbeitrag aus dem Erlös, von dem einmal die variablen Kosten und zum anderen verschiedene Fixkosten abgezogen werden. Die Fixkosten werden hierbei in Fixkostenblöcke differenziert.

Schlüssel für die variablen Kosten sind die Anteile der Zeiten für die jeweiligen Leistungsbereiche.

Schlüssel für die mehr oder weniger fixen Kosten ist der Anteil der Einsätze für den jeweiligen Teilbereich.

Das Verfahren der DBR

- Zeile c) und d):
Die durchschnittlichen Personalkosten (bzw. -aufwendungen) werden multipliziert mit dem prozentualen Zeit-Anteil an der gesamten Pflege-Zeit (=D) der Mitarbeiter (jeweils nach Qualifikationen getrennt)
- Zeile g):
Die Fixkosten werden multipliziert mit dem prozentualen Anteil der Einsätze (=Hausbesuche)
- Zeile k):
Die Gemeinkosten (im Verband oder beim Träger) werden ebenfalls multipliziert mit dem prozentualen Anteil der Einsätze.

Es ist zu vermuten, dass durch diese Verfahrensweise bei den vielen Pflegediensten

- positive Deckungsbeiträge im Bereich des SGB XI
- negative DBR im SGB V entstehen - und
- negative DBR bei den BSHG- und Privatzahlerleistungen „entdeckt“ werden.

Mögliche Interpretationen für unser Beispiel:

- Zeile e) zeigt uns, dass bei den Privatzahlerleistungen nicht einmal die Personalkosten durch die Erlöse gedeckt werden. Eigentlich sollte man diesen Leistungsbereich „schließen“ [wenn man denn könnte] – oder höhere Vergütungen vereinbaren.
- Zeile h) zeigt eine Zwischen-Ergebnis pro Leistungsbereich. Hier sieht man, wieviel Beitrag der jeweilige Leistungsbereich zur Deckung der Gemeinkosten leistet (z.B. im SGB XI: von den 60.000 € Gemeinkosten werden 49.000 € durch den SGB XI getragen)
- Zeile l) zeigt uns das Ergebnis pro Leistungsbereich. Sie entspricht im Prinzip dem Ergebnis einer [richtigen] Kostenstellenrechnung (siehe: Sießegger, Thomas: PDL praxis 9/2002: Richtige Schlüssel verwenden. Eine einfache Form der Kostenrechnung. In: Häusliche Pflege, 09/2002, S. 4-5 im Innenheft.)

Deckungsbeitragsrechnung - Teil 3

Wie kann eine Deckungsbeitragsrechnung für einen Verband mit einem ambulanten Pflegedienst durchgeführt werden?

Vorher wurde die Deckungsbeitragsrechnung (DBR) in ambulanten Pflegediensten beschrieben. Diesem Schritt ist aber eigentlich ein weiterer vorgeschaltet, nämlich in Verbänden oder bei Trägern mit mehreren Einrichtungen, wovon der ambulante Pflegedienst einer ist. Da es in der Literatur keine spezifischen Ausführungen für Träger mit ambulanten Pflegediensten gibt, ist hier eine DBR auf einen beispielhaften Verband mit drei Einrichtungen angewandt.

Die allgemeine Definition einer DBR lautet:

$$\begin{aligned} & \text{Erlös oder Umsatz (Menge x Preis)} \\ - & \text{ minus variable Kosten} \\ = & \text{ Deckungsbeitrag} \end{aligned}$$

Nach dem Abzug der variablen Kosten von den Erlösen sieht man, was zur Abdeckung der fixen Kosten von den Erlösen übrig bleibt. Deshalb wird diese Differenz auch als **Deckungsbeitrag** bezeichnet.

Diese Berechnung läßt sich in einfacher Form durchführen oder in mehreren Stufen.

Einfache Deckungsbeitragsrechnung

Dienstleistungsbereiche	ambulanter Pflegedienst		Essen auf Rädern		Kurzzeitpflege		Gesamt	
	in €	in %	in €	in %	in €	in %	in €	in %
1. Umsatzerlöse	300.000	100,0%	100.000	100,0%	95.000	100,0%	495.000	100,0%
2. ./. variable Kosten	250.000	83,3%	85.000	85,0%	40.000	42,1%	375.000	75,8%
3. = Deckungsbeitrag 1 (1 - 2)	50.000	16,7%	15.000	15,0%	55.000	57,9%	120.000	24,2%
4. ./. Fixe Kosten							120.000	24,2%
5. = Betriebsergebnis ("Gewinn") (3 - 4)							0	0,0%

Zwei-stufige Deckungsbeitragsrechnung

anderes Beispiel

Dienstleistungsbereiche	ambulanter Pflegedienst		Essen auf Rädern		Kurzzeitpflege		Gesamt	
	in €	in %	in €	in %	in €	in %	in €	in %
1. Umsatzerlöse	600.000	100,0%	170.000	100,0%	540.000	100,0%	1.310.000	100,0%
2. ./. variable Kosten	510.000	85,0%	40.000	23,5%	230.000	42,6%	780.000	59,5%
3. = Deckungsbeitrag 1 (1 - 2)	90.000	15,0%	130.000	76,5%	310.000	57,4%	530.000	40,5%
4. ./. Spezielle Fixkosten	100.000	16,7%	20.000	11,8%	280.000	51,9%	400.000	--
5. = Deckungsbeitrag 2 (3 - 4)	-10.000	-1,7%	110.000	64,7%	30.000	5,6%	130.000	
6. ./. allgemeine Fixkosten							120.000	9,2%
7. = Betriebsergebnis (Gewinn) (5 - 6)							10.000	0,8%

Deckungsbeitragsrechnung - Teil 4

Wie kann eine Deckungsbeitragsrechnung für einen Verband mit einem ambulanten Pflegedienst durchgeführt werden?

Einige Definitionen:

Variable Kosten sind Kosten, die sich mit der Anzahl der versorgten Patienten oder Leistungen verändern. Idealerweise sind das die Personalkosten [wenn entsprechende Arbeitszeitmodelle die Personalkosten flexibel gestalten lassen. Ansonsten gibt es relativ wenig variable Kosten für einen ambulanten Pflegedienst]

Fixkosten sind Kosten, die sich mit der Anzahl der versorgten Patienten oder Leistungen nicht verändern, sondern konstant bleiben (es sind damit die „gefährlichen Kosten“). Die fixen Kosten sind durch die Betriebsbereitschaft verursacht. Die Miete zählt zu den fixen Kosten.

Allgemeine Fixkosten sind Kosten, die keinem der einzelnen Betriebszweige eindeutig zugeordnet werden können aber fix sind.

Gemeinkosten sind Kosten, die nicht eindeutig zurechenbar sind. Dazu zählen die Kosten für Geschäftsführung des Verbandes, die Finanzbuchhaltung usw.

Spezielle Fixkosten sind Kosten, die einzelnen Betriebszweigen eindeutig zugeordnet werden können aber fix sind

Bsp.: Die Autos mit ihren Leasingraten in den einzelnen Betriebszweigen

Schlecht ist es dann, wenn nicht einmal die variablen Kosten erwirtschaftet werden, wenn also schon beim DBR 1 ein negatives Ergebnis entsteht; dann müssen ernsthafte Überlegungen erwogen werden, diesen Teilbereich zu schließen.

Damit hat die DBR einen aktuellen Bezug zur Situation vieler Verbände mit Pflegediensten: Es geht es zwar den meisten Pflegediensten in Verbänden *relativ* schlecht, vielleicht erwirtschaften sie sogar ein negatives Betriebsergebnis. Solange aber der Deckungsbeitrag noch positiv ist, tragen sie immer noch mit dazu bei, die Overheadkosten [oder die Gemeinkosten] im Verband mit zu tragen oder zu decken.

Ein anderes Beispiel: Wird die Entscheidung getroffen, den ambulanten Pflegedienst zu schließen, dann müsste man konsequenterweise auch die einen Teil der Gemeinkosten abbauen [zumindest die speziellen Fixkosten], die bisher im Verband angefallen sind. Dies wird oft unterlassen oder ist schwer umzusetzen, weshalb der Verband nach der Schließung noch schlechter dasteht, da seine Gemeinkosten nun von den anderen zwei Dienstleistungsbereichen getragen werden müssen.

Mit Hilfe der DBR können also innerhalb eines Verbandes Fehlentscheidungen vermieden werden - uns es kann der Beitrag ermittelt werden, welcher ein Dienstleistungsbereiche zur Deckung der Gemeinkosten beiträgt. Unter diesem Blickwinkel sollten die Pflegedienste nicht so schlecht dastehen, wie sie teilweise innerhalb der Verbände und Träger [schlecht] behandelt und kritisiert werden.



Controlling-Zahlen - 1

Das beste Controlling

ZDF: Zahlen, Daten, Fakten Unterlagen	Der Pflegekasse mitzuteilen?	intern notwendig?	Anmerkungen Sießegger
Aufteilung der Arbeitszeiten in: - Organisations- und Koordinationszeiten - Fahrtzeiten - Pflegezeiten	zunächst nur prozentual *	Ja	nicht durchgängig, noch nicht vorhanden
Aufteilung der Pflegezeiten in: - SGB XI (und in die Pflegestufen) - SGB V - BSHG - Privat - Träger - "nicht abrechenbare Leistungen"	nur der Teil des SGB XI, der Rest als Gesamtzeit	Ja	durch Zeiterfassung - oder durch plausible Zeitermittlung
Anteil der Pflegedienstleitung und der Verwaltungskräfte im Verhältnis zu den Pfleigestunden	Nein	Ja	Zielgrößen: Pflegedienstleitung: 8% Verwaltungskraft: 4% → siehe Erfassungsbögen
Aufteilung der Erlöse in: - SGB XI (und in die Pflegestufen) - SGB V - BSHG - Privat - Trägerspezifische Leistungen - Zuschüssen	nur der Teil des SGB XI, der Rest als Gesamterlöse	Ja	Diese Daten können „normalerweise“ ohne Probleme aus der Finanzbuchhaltung übernommen werden. Sollte dies nicht möglich sein, kann die Pflegedienstleitung eine „Hochrechnung“ (Erlösverprobung) durchführen: Anzahl der erbrachten Leistungen x Preis; somit ist sie zeitlich unabhängig von der Buchhaltung.
Aufteilung der Kosten in: - Personalkosten - Sachkosten	Ja	Ja	Die Aufteilung in Sachkosten und Personalkosten ist letzten Endes nicht sehr aussagekräftig, da die Abgrenzung nicht einheitlich und oftmals nicht eindeutig ist.



Controlling- Zahlen - 2

Das beste Controlling

ZDF: Zahlen, Daten, Fakten
UnterlagenDer Pflegekasse
mitzuteilen?

intern notwendig?

Anmerkungen Sießegger

Aufteilung der Personalkosten in: - PK für examinierte Pflegefachkräfte - PK für Pflegekräfte - Netto-PK für Zivildienstleistende	Ja, zunächst aber nur der Anteil, der ins SGB XI fällt	Ja	Diese Differenzierung ist unbedingt notwendig für eine exaktere Steuerung und für die Personal-Einsatz-Planung. Selbstverständlich ist der Einsatz im Kalkulationsraster.
Aufteilung der Sachkosten in: - gesamte Sachkosten - davon anteilig Kosten, die gem. § 82 Abs. 2 SGB XI Investitionen sind	nur der Anteil der investiven Kosten, <u>die in das SGB XI hineingehören</u>	Ja Nachweis bereit halten, was mit dem Anteil der investiven Kosten des SGB XI gemacht wurde	Es bietet sich an, die Sachkosten schon im Rahmen der Finanzbuchhaltung entsprechend aufzuteilen, um eine schnelle Beurteilung möglich zu machen.
Kalkulationsraster zu Bestimmung der Kosten pro Stunde. Mindestdifferenzierung: - (Examinierte) Pflegefachkräfte (PFK) - (Geeignete) Pflegekräfte (PK) - Zivildienstleistende (Nettokosten)	Ja, besonders wichtig ist die gesonderte Ausweisung der investiven Sachkosten.	Ja	Gleichzeitig ist der Nachweis der Wirtschaftlichkeit notwendig, da mit dieser Kalkulation nur die Selbstkosten nachgewiesen werden.
Ergebnis des Pflegedienstes: - insgesamt - im SGB XI - im SGB V - im BSHG - bei den Privatzahlern - sonstige	nur insgesamt und für den SGB XI ¹	Ja	Das Ergebnis ist nicht in Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit zu bringen. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass der Pflegedienst insgesamt ein positives Ergebnis ausweist, im Rahmen des SGB XI aber ein ausgeglichenes Ergebnis hat. Dies darf keine Auswirkungen auf die Verhandlungsergebnisse haben!

Controlling- Zahlen - 3

ZDF: Zahlen, Daten, Fakten Unterlagen	Der Pflegekasse mitzuteilen?	intern notwendig?	Anmerkungen Sießegger
Anzahl der Hausbesuche: - nur SGB V - nur SGB XI - mit SGB V und SGB XI - sonstige	Ja, wegen der Berechnung der Hausbesuchspauschalen	Ja	Synergie-Effekte treten auf, wenn bei einem Hausbesuch sowohl SGB V- als auch SHB XI - Leistungen erbracht werden. Eigentlich dürften diese Effekte bei Verhandlungen und bei der Beurteilung von Wirtschaftlichkeit keine Rolle spielen. Andererseits müsste dann aber (konsequenterweise) im Rahmen der Personal- Einsatz-Planung öfter von geteilten Einsätzen ausgegangen werden (obwohl die Praxis eine andere ist).
Anzahl der Patienten: - in Pflegestufe I - in Pflegestufe II - in Pflegestufe III - in Pflegestufe III+ - ohne Pflegestufe - im Bereich der Krankenversicherung - nach BSHG - Privatzahler - alle Patienten (auch mit doppelten Kriterien)	Ja, nur SGB XI	Ja	Diese Erfassung ist wichtig für die Bildung von Kennzahlen: - Zeit pro Patient - Erlös pro Patient - usw.
Durchschnitts-Zeiten für Leistungen und Leistungskomplexe Anzahl der Leistungen und Leistungskomplexe	nur die nach SGB XI	Ja, am besten für alle Plausibilitätsprüfung!	Diese Daten sind sehr wichtig, wenn im Rahmen der Einzelverhandlungen andere Kriterien als die bisherigen Punkte gewählt werden.
Konzeption, Leitbild der Pflegedienste (nachprüfbar quantitative Kriterien)	Ja, wenn es etwas nützt.	Ja, zur eigenen Reflexion	
Gesetzliche Grundlagen der Pflegeversicherung	gemeinsame Einigung mit den Verhandlungspartnern auf diese Grundlage	Ja	siehe Checkliste von Andreas Heiber

Statistik richtig rechnen

Der gewichtete Durchschnitt

Beispiel 1:

Eine Sozialstation A hat ein Durchschnittsalter der Mitarbeiterinnen von 30 Jahren. Beim Pflegedienst B haben die Mitarbeiterinnen ein Durchschnittsalter von 40 Jahren.

Sozialstation A	
Mitarbeiterin Frau Hoffmann	28 Jahre
Mitarbeiterin Frau Schmidt	30 Jahre
Mitarbeiterin Frau Schröder	32 Jahre
= insgesamt	90 Jahre
dividiert durch 3 Mitarbeiterinnen =	30,00 Jahre im Durchschnitt

Pflegedienst B	
Mitarbeiterin Frau Müller	36 Jahre
Mitarbeiterin Frau Maier	38 Jahre
Mitarbeiterin Frau König	40 Jahre
Mitarbeiterin Frau Kaiser	42 Jahre
Mitarbeiterin Frau Huber	44 Jahre
= insgesamt	200 Jahre
dividiert durch 5 Mitarbeiterinnen =	40,00 Jahre im Durchschnitt

Ist das Durchschnittsalter von beiden Pflegediensten nun 35 Jahre?
Nein.

Richtig müsste man das Durchschnittsalter folgendermaßen berechnen.
90 Jahre plus 200 Jahre = 290 Jahre
dividiert durch [insgesamt] 8 Mitarbeiterinnen = 36,25 Jahre

Die Mitarbeiter [in den beiden Pflegediensten] sind also im Durchschnitt 36,25 Jahre alt.

Die Mitarbeiter aus Pflegedienst B fallen stärker ins Gewicht als die Mitarbeiter in Sozialstation A, da sie an der Anzahl mehr sind.

Diese Grundproblematik ergibt sich immer wieder bei Betriebsvergleichen unter Pflegediensten.

Eigentlich müsste man, wenn man

- die Kostendeckung
 - den Ertrag pro Patient und Monat
 - den Anteil der Organisationszeiten
- usw.

berechnet, immer die gewichteten Durchschnitte berechnen, d.h. man benötigt die Grundzahlen.

Beispiel 2:

Beim Ertrag pro Patient würde man von allen am Betriebsvergleich beteiligten Stationen

die Basiszahlen

a) Ertrag und

b) die Anzahl der Patienten

wissen, um den Durchschnitt [richtig] zu berechnen.

Den MEDIAN als statistischen Wert anwenden

Beispiel 3:

In der Sozialstation C arbeiten folgende Mitarbeiterinnen:

Frau Schneider	23 Jahre	0 Kind/er
Frau Meier	26 Jahre	2 Kind/er
Frau Rabe	32 Jahre	1 Kind/er
Frau Vogel	37 Jahre	3 Kind/er
Frau Heinrich	44 Jahre	1 Kind/er
Frau Schiller	51 Jahre	4 Kind/er
Frau Habermas	59 Jahre	2 Kind/er

Welche Mitarbeiterin ist hinsichtlich des Alters typisch für die Station?

Welche Mitarbeiterin ist hinsichtlich der Anzahl von Kindern typisch für die Station?

In beiden Fällen darf man nicht den Durchschnitt [= das arithmetische Mittel] berechnen, denn dann käme man auf 38,86 Jahre bzw. 1,86 Kind/er, und könnte hierfür jeweils keine Mitarbeiterin ausmachen, die typisch wäre. Der Durchschnitt [= das arithmetische Mittel, siehe nächste Folge der pdl-praxis] liefert also nicht eine bestimmte Person.

Richtig ist folgendes:

Frau Vogel liegt mit ihren 37 Jahren "in der Mitte" und ist somit typisch für die "durchschnittliche Mitarbeiterin" der Sozialstation hinsichtlich des Alters. Frau Meier und Frau Habermas mit ihren je 2 Kindern sind somit typisch für die "durchschnittliche Mitarbeiterin" der Sozialstation hinsichtlich der Anzahl der Kinder. Es gibt jeweils genau so viele Mitarbeiterinnen, die über bzw. unter diesem Wert liegen.

Mit EXCEL kann der Median sehr leicht auch aus einer großen Anzahl von Zahlen bestimmt werden.

Berechnung der Jahres-Arbeitsstunden - differenziert nach Qualifikationen

Kostenrechnung, Kalkulation

Berechnung der Jahresarbeitsstunden eines ambulanten Pflegedienstes

anhand eines Beispiels (bezogen auf ein Jahr)

- 1) für eine fiktive Vollzeit-Mitarbeiterin - und
- 2) für alle Mitarbeiter differenziert nach (mindestens) zwei Qualifikationen

So sieht die Realität aus ...

	Modell		.. für ambulante Pflegedienste		
	1) fiktive Vollzeit-Mitarbeiterin*** = multipliziert mit 7,7 Std./Tag		2) für alle Pflege-Mitarbeiter, differenziert nach ...		
	in Tagen	in Stunden	Pflegefachkräfte in Stunden	Pflegekräfte in Stunden	
Tage pro Jahr	365,0 Tage	2.810,50 Std.			
- Tage an Wochenenden	104,0 Tage	800,80 Std.			
es verbleiben	261,0 Tage	2.009,70 Std.			
- durchschnittliche Anzahl der Feiertage, die nicht auf ein Wochenende fallen (abhängig vom Bundesland)	11,0 Tage	84,70 Std.			
A = Normale vereinbarte (Jahres-)Arbeitszeit	250,0 Tage	1.925,00 Std.	14.780,3 Std.	12.231,8 Std.	
- Erholungsurlaub	30,0 Tage	231,00 Std.	2.732,4 Std.	2.384,0 Std.	
- Gesundheitsbedingte Ausfälle*	14,9 Tage	114,73 Std.	789,4 Std.	1.435,8 Std.	
- Externe Fort- / Weiterbildung, Bildungsurlaub, Qualifizierung	4,3 Tage	33,11 Std.	199,8 Std.	100,3 Std.	
- sonstige Ausfallzeiten**	0,8 Tage	6,16 Std.	89,4 Std.	103,2 Std.	
B = Anwesenheits-Zeit	200,0 Tage	1.540,00 Std.	10.969,3 Std.	8.208,5 Std.	
- Koordinations- und Organisations-Zeiten / interne Fortbildung		Weiter- Berechnung mit fiktiven Annahmen oder mit Hilfe einer Hochrechnung	1.569,3 Std.	1.636,5 Std.	
C = Einsatz-Zeit = Kalkulationsbasis			9.400,0 Std.	6.572,0 Std.	
- Fahrtzeiten bzw. Wegezeiten			2.958,1 Std.	2.477,5 Std.	
D = Reine Netto-Pflege-Zeit für die Patienten			6.441,9 Std.	4.094,5 Std.	
			SGB XI****	2.854,9 Std.	3.294,9 Std.
			SGB V	2.240,9 Std.	168,4 Std.
			BSHG	487,1 Std.	354,8 Std.
			Privat	548,5 Std.	42,4 Std.
			"nicht abr. Leistungen"	310,5 Std.	234,0 Std.
			= Addition aller direkten Zeiten aus verschiedenen Leistungsbereichen		

Anmerkungen:

* Krankheit, Schwangerschaft, Reha-Mitarbeitermaßnahmen, Kuren, Krankheit des Kindes (wenn > 10 Tage) usw.

** Sonderurlaub bei Hochzeit Todesfall Umzug usw., Betriebsrat/MAV, usw.

*** Vollzeit definiert als 38,5 Std./Woche (in den neuen Bundesländern: 40,0 Std./Woche)

**** hier wiederum noch eine weitere Differenzierung in Pflegestufen (oder in Pflege und in Hauswirtschaft); inkl. den Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Differenzierte Kalkulation der Kosten pro Einsatz-Stunde

Kalkulationsmodell für alle Einsatz-Std. (C)				
= Grundlage für Vergütungsverhandlungen zur Berechnung der Preise für Leistungen und Hausbesuchspauschalen)				
differenziert für verschiedene Mitarbeiter-Gruppen		Kalkulation der Kosten	Einsatzstunden (= Pflegezeit + Fahrtzeit)	Kosten je Einsatz-Stunde
Pos.	Kostenpositionen	in Euro	in Std.	in Euro/Std.
1. Personalkosten der Mitarbeiter in der Pflege				
1.1.	Pflegefachkräfte	235.000 €	9.400 Std.	25,00 €/Std.
1.2.	Pflegekräfte	115.000 €	6.572 Std.	17,50 €/Std.
1.3.	Summe der Personalkosten Pflege (1.1 bis 1.2.)	350.000 €	15.972 Std.	21,91 €/Std.
2. Overhead-Kosten für die Leitung und Verwaltung des Pflegedienstes				
2.1.	Personalkosten Leitung des Pflegedienstes	49.842 €	15.972 Std.	3,12 €/Std.
2.2.	Personalkosten Regie (Verwaltung, Geschäftsführung usw.)	30.018 €	15.972 Std.	1,88 €/Std.
2.3.	Summe der gesamten Regie- und Verwaltungskosten (2.1 bis 2.2.)	79.860 €	15.972 Std.	5,00 €/Std.
3. Overhead-Sachkosten				
3.1.	.. andere Sachkosten ohne Investitionen (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI)	27.951 €	15.972 Std.	1,75 €/Std.
3.2.	.. Investitionskosten (gem. § 82 Abs. 2 SGB XI, aber für alle Leistungsbereiche)	35.937 €	15.972 Std.	2,25 €/Std.
3.3.	Summe der gesamten Sachkosten (3.1 bis 3.2.)	63.888 €	15.972 Std.	4,00 €/Std.
4. Ermittlung des indirekten Kostenanteils für Overhead Gesamt-Zuschlag zu den Kosten in der Pflege (= 2.3 + 3.3)				
		143.748 €	15.972 Std.	9,00 €/Std.
5. Ermittlung der Gesamtkosten .. nicht relevant für die Ermittlung differenzierter Kosten (= 1.3 + 2.3 + 3.3)				
		493.748 €	15.972 Std.	30,91 €/Std.

Anmerkungen:

- Eine Kalkulation kann entweder als *Nachkalkulation* oder als *Vorkalkulation* geführt werden: Bei der Nachkalkulation werden Daten der Vergangenheit verwendet - sie dient primär zur Überprüfung von Kostenveränderungen - und -abweichungen. Die Vorkalkulation ist wesentlich schwieriger - sie stellt die Kalkulation *leistungsgerechter Entgelte* dar (wie es auch die PflegeVG vorsieht). Die Schwierigkeit besteht in der Verwendung vergangenheitsbezogener Daten einerseits und der gleichzeitigen Vorwegnahme von voraussichtlichen Veränderungen im zukünftigen zu berechnenden Zeitraum andererseits.
- Es gibt weitere Verfahren der Kalkulation, die jedoch an dieser Stelle nicht weiter vorgestellt werden; das nebenstehende Verfahren ist jedoch vollkommen ausreichend für eine Kalkulation in einem ambulanten Pflegedienst.

Die Kosten im SGB XI sind anders als für andere Leistungen !!!

Daraus ergeben sich folgende Berechnungen:

Die Kosten einer Einsatz-Stunde (C)		für SGB V bzw. andere Leistungs- bereiche
a) für Pflegefachkräfte	für SGB XI	
= Pflegepersonalkosten	25,00 €/Std.	25,00 €/Std.
+ Overhead-Personalkosten	5,00 €/Std.	5,00 €/Std.
+ Sachkosten o. Inv.kosten-Anteil	1,75 €/Std.	1,75 €/Std.
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	2,25 €/Std.
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	31,75 €/Std.	34,00 €/Std.
b) für Pflegekräfte		
= Pflegepersonalkosten	17,50 €/Std.	17,50 €/Std.
+ Overhead-Personalkosten	5,00 €/Std.	5,00 €/Std.
+ Sachkosten o. Inv.kosten-Anteil	1,75 €/Std.	1,75 €/Std.
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	2,25 €/Std.
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	24,25 €/Std.	26,50 €/Std.
c) alle Pflege-Mitarbeiter im Durchschnitt		
= Pflegepersonalkosten	21,91 €/Std.	21,91 €/Std.
+ Overhead-Personalkosten	5,00 €/Std.	5,00 €/Std.
+ Sachkosten o. Inv.kosten-Anteil	1,75 €/Std.	1,75 €/Std.
+ Investitionskosten gem. § 82 Abs. 2 SGB XI	XXXXXXXX	2,25 €/Std.
= Gesamtkosten pro Einsatz-Stunde (C)	28,66 €/Std.	30,91 €/Std.

Kostenträgerrechnung: Die Berechnung der Kosten pro Leistung

Berechnung der Kosten pro Leistung

$$\text{Zeit einer Leistung in Minuten} \times \left[\left(\text{Kosten einer Pflegefachkraft pro Minute} \times \text{\% - Anteil der Pflegefachkräfte an der Leistungserbringung} \right) + \left(\text{Kosten einer Pflegekraft pro Minute} \times \text{\% - Anteil der Pflegekräfte an der Leistungserbringung} \right) \right]$$

Beispiel:

$$18 \text{ Min. (von 60 Min.)} \times \left[\left(34,- \text{ €} \times 60\% \right) + \left(26,50 \text{ €} \times 40\% \right) \right]$$

$$= 0,3 \times (20,40 \text{ €} + 10,60 \text{ €})$$

$$= 0,3 \times 31,- \text{ €} = 9,30 \text{ €}$$

Anmerkungen:

- Je nach Bedarf kann eine tiefere Gliederung der Personalkosten notwendig sein; man könnte z.B. auch das Kriterium der Beschäftigungsverhältnisse mit in einbeziehen. Eine zu hohe Differenzierung führt jedoch häufig zu Fehlinterpretationen. Eine im extremen Fall auf den einzelnen Mitarbeiter bezogene Kalkulation kann nur abgelehnt werden. Sie ist nicht geeignet zur Steuerung.

- Die scheinbare Genauigkeit der Kalkulation sollte nicht überschätzt werden. Die errechneten Werte sind nicht bis „auf zwei Stellen hinter dem Komma“ wichtig. Entscheidend ist, dass die Pflegedienstleitung eine tägliche Orientierungsgröße bei der Steuerung zur Verfügung hat.

Kostenrechnung, Kalkulation

Kostenträgerrechnung: Berechnung des notwendigen Preises von Einzelleistungen

Berechnung der Kosten für Einzelleistungen und Leistungskomplexe

nur die gelb hinterlegten Felder können/müssen eingegeben werden.

Passwort zur Aufhebung des Schutzes: XXX

Einige grundsätzliche Angaben:

Die Kosten einer examinierten Pflegefachkraft pro Einsatz-Std.:		34,00 Euro/Std.		= ex. PFK				
Die Kosten einer anderen Pflegekraft (z.B. Helferin) pro Einsatz-Std.:		26,50 Euro/Std.		= and. PK				
Nr.	Leistung / Leistungskomplex	Durchschnittl. Minutenwert	prozentualer Anteil der Leistungen durch		Daraus ergeben sich Kosten von:	aktueller Preis nach Vergütungsvereinbarung	Abweichung absolut	Abweichung der Kosten vom Preis in Prozent
			ex. PFK	Pflegekräfte				
1	Durchschnittliche Fahrtzeit [Hausbesuchspauschale]	7,0 Min.	60%	40%	3,62 €	3,15 €	- 0,47 €	+ 14,8%
2	Ganzkörperwaschung	27,0 Min.	60%	40%	13,95 €	10,74 €	- 3,21 €	+ 29,9%
3	Teilkörperwaschung	18,0 Min.	60%	40%	9,30 €	8,00 €	- 1,30 €	+ 16,3%
4	usw.			---	---		---	---
5				---	---		---	---
6	Decubitusversorgung	9,0 Min.	100%	0%	5,10 €	7,00 €	+ 1,90 €	- 27,1%
7	Verband anlegen	7,0 Min.	100%	0%	3,97 €	5,00 €	+ 1,03 €	- 20,7%
8	Medikamentengabe	6,0 Min.	100%	0%	3,40 €	3,00 €	- 0,40 €	+ 13,3%
9	Insulin-Injektion	5,0 Min.	100%	0%	2,83 €	4,00 €	+ 1,17 €	- 29,2%
10				---	---		---	---
11				---	---		---	---
12				---	---		---	---
13				---	---		---	---
14				---	---		---	---
15				---	---		---	---
16				---	---		---	---

Am Ende muss die Summe stimmen

Kostenrechnung, Personal-Einsatz-Planung

1. Multiplikation der Zeiten mit der Anzahl der Leistungen (in einem bestimmten Zeitraum):

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Leistungsbereich	Anzahl	Leistung oder Leist.komplex	Durchschnitt	Gesamt in Min.	Gesamt in Std.	Gesamt pro Lst.bereich	
Pflegeversicherung	2.000	Große Pflege	36,0 Min.	72.000 Min.	1.200 Std.	6.000 Std.	60%
	1.500	Kleine Pflege	24,0 Min.	36.000 Min.	600 Std.		
	usw.	usw.	usw.	usw.	usw.		
Krankenversicherung	6.000	Medikamentenüberwachung	4,0 Min.	24.000 Min.	400 Std.	3.000 Std.	30%
	3.000	Kompressionsstrümpfe	8,0 Min.	24.000 Min.	400 Std.		
	usw.	usw.	usw.	usw.	usw.		
usw.						1.000 Std.	10%
Gesamt	XXX	XXX	XXX	600.000 Min.	10.000 Std.	10.000 Std.	100%

2. Gegenüberstellung des rechnerischen Ergebnisses mit der Addition der Arbeitszeitnachweise:

	7.500 Std.	100%
--	-------------------	-------------

3. Abweichung des tatsächlichen Ergebnisses vom rechnerischen ~ (in dem bestimmten Zeitraum):

Abweichungsfaktor:	1,33 = 10000 geteilt durch 7500			
Korrekturfaktor:	0,75 = 7500 geteilt durch 10000			

4. Korrektur der ursprünglichen Annahmen:

Leistungsbereich	Anzahl	Leistung oder Leist.komplex	Durchschnitt	Gesamt in Min.	Gesamt in Std.	Gesamt pro Lst.bereich	
Pflegeversicherung	2.000	Große Pflege	27,0 Min.	54.000 Min.	900 Std.	4.500 Std.	60%
	1.500	Kleine Pflege	18,0 Min.	27.000 Min.	450 Std.		
	usw.	usw.	usw.	usw.	usw.		
Krankenversicherung	6.000	Medikamentenüberwachung	3,0 Min.	18.000 Min.	300 Std.	2.250 Std.	30%
	3.000	Kompressionsstrümpfe	6,0 Min.	18.000 Min.	300 Std.		
	usw.	usw.	usw.	usw.	usw.		
usw.						750 Std.	10%
Gesamt	XXX	XXX	XXX	450.000 Min.	7.500 Std.	7.500 Std.	100%

Beispiel einer Plausibilitätsprüfung - 1 - Ausschnitt

Kostenrechnung, Personal-Einsatz-Planung

Plausibilitätsprüfung zur Bestimmung von Zeiten für Einzelleistungen										Kennwort zum Schützen des Blattes: "XXX"			© Sießegger 1999-2001			
nur die gelb hinterlegten Felder müssen eingegeben werden			Bundesland: Niedersachsen				Erste Korrektur				Zweite Korrektur					
A	B	C	D	E	F	G	H	I	K	L	M	N	O	P	Q	
Faktor 1, um den man sich "verschätzt" hat:				1,33		Faktor 2:		1,08		Faktor 3:		1,23		Faktor 4:		1,00
Nr.	Leistungskomplexe / Leistungen		1. Schritt				2. Schritt				3. Schritt					
	Mittelwert	Anzahl	1. Gesamt-Zeit	Erste Abw.	1. neue Zeit	2. Gesamt-Zeit	Ihre 1. Änder.	3. Gesamt-Zeit	Zweite Abw.	2. neue Zeit	Ihre 2. Änder.	4. Gesamt-Zeit	Dritte Abw.	Ergebnis		
a) SGB XI - Leistungen																
1	Erstgespräch durch Pflegefachkraft	67 Min.	112	125 Std.	1,33	50 Min.	93 Std.	55 Min.	103 Std.	1,23	45 Min.	45 Min.	84 Std.	1,00	45 Min.	
2	Folgegespräch	27 Min.	65	29 Std.	1,33	20 Min.	22 Std.	24 Min.	26 Std.	1,23	20 Min.	20 Min.	22 Std.	1,00	20 Min.	
3	Kleine Pflege	28 Min.	3.132	1.462 Std.	1,33	21 Min.	1.096 Std.	20 Min.	1.044 Std.	1,23	16 Min.	19 Min.	992 Std.	1,00	19 Min.	
4	Große Pflege	35 Min.	567	331 Std.	1,33	26 Min.	246 Std.	33 Min.	312 Std.	1,23	27 Min.	27 Min.	255 Std.	1,00	27 Min.	
5	Große erweiterte Pflege	43 Min.	312	224 Std.	1,33	32 Min.	166 Std.	34 Min.	177 Std.	1,23	28 Min.	28 Min.	146 Std.	1,00	28 Min.	
6	Hilfe bei Ausscheidungen	13 Min.	2.315	502 Std.	1,33	10 Min.	386 Std.	12 Min.	463 Std.	1,23	10 Min.	8 Min.	309 Std.	1,00	8 Min.	
7	Betten und Lagern	8 Min.	1.654	221 Std.	1,33	6 Min.	165 Std.	8 Min.	221 Std.	1,23	7 Min.	5 Min.	138 Std.	1,00	5 Min.	
8	Hilfen im Bereich der Mobilität	13 Min.	654	142 Std.	1,33	10 Min.	109 Std.	13 Min.	142 Std.	1,23	11 Min.	10 Min.	109 Std.	1,00	10 Min.	
9	Einfache Hilfen bei der Nahrungsaufnahme	4 Min.	305	20 Std.	1,33	3 Min.	15 Std.	5 Min.	25 Std.	1,23	4 Min.	5 Min.	25 Std.	1,00	5 Min.	
10	Umfangreiche Hilfe b. d. Nahrungsaufnahme	25 Min.	234	98 Std.	1,33	19 Min.	74 Std.	24 Min.	94 Std.	1,23	20 Min.	20 Min.	78 Std.	1,00	20 Min.	
11	Hilfest. b. Verlassen/Wiederaufs. d. Wohnung	7 Min.	85	10 Std.	1,33	5 Min.	7 Std.	8 Min.	11 Std.	1,23	7 Min.	6 Min.	9 Std.	1,00	6 Min.	
12	Begleitung außerhalb der Wohnung	67 Min.	15	17 Std.	1,33	50 Min.	13 Std.	60 Min.	15 Std.	1,23	49 Min.	60 Min.	15 Std.	1,00	60 Min.	
13	Aufräumen der Wohnung	13 Min.	55	12 Std.	1,33	10 Min.	9 Std.	13 Min.	12 Std.	1,23	11 Min.	10 Min.	9 Std.	1,00	10 Min.	
14	Reinigung der Wohnung	35 Min.	142	83 Std.	1,33	26 Min.	62 Std.	30 Min.	71 Std.	1,23	24 Min.	28 Min.	66 Std.	1,00	28 Min.	
15	Einfache Mahlzeitenzubereitung	14 Min.	454	106 Std.	1,33	11 Min.	83 Std.	12 Min.	91 Std.	1,23	10 Min.	10 Min.	76 Std.	1,00	10 Min.	
16	Zubereitung e. warmen Mahlzeit i. d. Häuslichkeit	46 Min.	326	250 Std.	1,33	35 Min.	190 Std.	39 Min.	212 Std.	1,23	32 Min.	31 Min.	168 Std.	1,00	31 Min.	
17	Zwischenmahlzeit	9 Min.	252	38 Std.	1,33	7 Min.	29 Std.	8 Min.	34 Std.	1,23	7 Min.	7 Min.	29 Std.	1,00	7 Min.	
18	Einkaufen	33 Min.	43	24 Std.	1,33	25 Min.	18 Std.	29 Min.	21 Std.	1,23	24 Min.	23 Min.	16 Std.	1,00	23 Min.	
19	Wäschepflege und Ausbesserung	61 Min.	28	28 Std.	1,33	46 Min.	21 Std.	45 Min.	21 Std.	1,23	37 Min.	45 Min.	21 Std.	1,00	45 Min.	
20	Bügeln	26 Min.	76	33 Std.	1,33	20 Min.	25 Std.	24 Min.	30 Std.	1,23	20 Min.	20 Min.	25 Std.	1,00	20 Min.	
21	Vollständiges Bett ab- und beziehen	10 Min.	76	13 Std.	1,33	8 Min.	10 Std.	10 Min.	13 Std.	1,23	8 Min.	8 Min.	10 Std.	1,00	8 Min.	
22	Beheizen der Wohnung	15 Min.	5	1 Std.	1,33	11 Min.	1 Std.	15 Min.	1 Std.	1,23	12 Min.	10 Min.	1 Std.	1,00	10 Min.	
23	Pflegeeinsatz/-beratung nach § 37 Abs. 3	45 Min.	459	344 Std.	1,33	34 Min.	260 Std.	40 Min.	306 Std.	1,23	33 Min.	40 Min.	306 Std.	1,00	40 Min.	
24				0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
25				0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
26				0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
27				0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
Zwischensumme SGB XI - Leistungen:			4.110 Std.			3.102 Std.			3.443 Std.			2.909 Std.				
b) Fiktive Leistungen "LK 99"		Anzahl	in Std.	Faktor	in Min.	in Std.	in Min.	in Std.	Faktor	in Min.	in Std.	Faktor	in Min.	in Std.	Faktor	
		4 Min.	9.384	625,6	1,0	4 Min.	626 Std.	4 Min.	626 Std.	1,0	4 Min.	626 Std.	1,0	4 Min.	4 Min.	

Anmerkung: Dieser Wert entspricht der Anzahl Hausbesuche, mit dem zeitlichen Anteil, der unabhängig von den

Beispiel einer Plausibilitätsprüfung - 2 - Ausschnitt

Kostenrechnung, Personal-Einsatz-Planung

c) SGB V - Leistungen	1. Schritt					2. Schritt					3. Schritt			Ergebnis
	Mittelwert	Anzahl	1. Gesamt-Zeit	Erste Abw.	1. neue Zeit	2. Gesamt-Zeit	Ihre 1. Änder.	3. Gesamt-Zeit	Zweite Abw.	2. neue Zeit	Ihre 2. Änder.	4. Gesamt-Zeit	Dritte Abw.	
1 Injektion	7 Min.	2.301	268 Std.	1,33	5 Min.	192 Std.	6 Min.	230 Std.	1,23	5 Min.	3 Min.	115 Std.	1,00	3 Min.
2 Insulinspritzen aufziehen	4 Min.	578	39 Std.	1,33	3 Min.	29 Std.	4 Min.	39 Std.	1,23	3 Min.	2 Min.	19 Std.	1,00	2 Min.
3 Verband anlegen / wechseln	15 Min.	1.892	473 Std.	1,33	11 Min.	347 Std.	15 Min.	473 Std.	1,23	12 Min.	9 Min.	284 Std.	1,00	9 Min.
4 Kompressionsstrümpfe/-strumfhose ab Kl. II	12 Min.	827	165 Std.	1,33	9 Min.	124 Std.	12 Min.	165 Std.	1,23	10 Min.	7 Min.	96 Std.	1,00	7 Min.
5 Katheterisierung, einschl. Spülung	22 Min.	79	29 Std.	1,33	17 Min.	22 Std.	20 Min.	26 Std.	1,23	16 Min.	15 Min.	20 Std.	1,00	15 Min.
6 Blasenspülung	17 Min.	452	128 Std.	1,33	13 Min.	98 Std.	12 Min.	90 Std.	1,23	10 Min.	9 Min.	68 Std.	1,00	9 Min.
7 Einlauf oder Ausräumung	15 Min.	23	6 Std.	1,33	11 Min.	4 Std.	14 Min.	5 Std.	1,23	11 Min.	11 Min.	4 Std.	1,00	11 Min.
8 Klyisma	12 Min.	13	3 Std.	1,33	9 Min.	2 Std.	12 Min.	3 Std.	1,23	10 Min.	9 Min.	2 Std.	1,00	9 Min.
9 Mikroklyst	14 Min.	34	8 Std.	1,33	11 Min.	6 Std.	12 Min.	7 Std.	1,23	10 Min.	9 Min.	5 Std.	1,00	9 Min.
10 Darmrohr legen	16 Min.	17	5 Std.	1,33	12 Min.	3 Std.	15 Min.	4 Std.	1,23	12 Min.	10 Min.	3 Std.	1,00	10 Min.
11 Stomaversorgung	14 Min.	123	29 Std.	1,33	11 Min.	23 Std.	15 Min.	31 Std.	1,23	12 Min.	12 Min.	25 Std.	1,00	12 Min.
12 Einfache Dekubitusversorgung	18 Min.	234	70 Std.	1,33	14 Min.	55 Std.	18 Min.	70 Std.	1,23	15 Min.	13 Min.	51 Std.	1,00	13 Min.
13 Umfangreiche Dekubitusversorgung	32 Min.	33	18 Std.	1,33	24 Min.	13 Std.	20 Min.	11 Std.	1,23	16 Min.	23 Min.	13 Std.	1,00	23 Min.
14 Einreibung	5 Min.	1.295	108 Std.	1,33	4 Min.	86 Std.	5 Min.	108 Std.	1,23	4 Min.	4 Min.	86 Std.	1,00	4 Min.
15 Versorgung der Atemwege	22 Min.	36	13 Std.	1,33	17 Min.	10 Std.	20 Min.	12 Std.	1,23	16 Min.	15 Min.	9 Std.	1,00	15 Min.
16 Spülung der Augen oder Ohren	8 Min.	1.537	205 Std.	1,33	6 Min.	154 Std.	8 Min.	205 Std.	1,23	7 Min.	5 Min.	128 Std.	1,00	5 Min.
17 Blutdruckkontrolle	6 Min.	1.827	183 Std.	1,33	5 Min.	152 Std.	8 Min.	244 Std.	1,23	7 Min.	3 Min.	91 Std.	1,00	3 Min.
18 Blutzuckerkontrolle	5 Min.	567	47 Std.	1,33	4 Min.	38 Std.	6 Min.	57 Std.	1,23	5 Min.	3 Min.	28 Std.	1,00	3 Min.
19 Magensonde, Wechsel und Überwachung ...	24 Min.	21	8 Std.	1,33	18 Min.	6 Std.	25 Min.	9 Std.	1,23	20 Min.	19 Min.	7 Std.	1,00	19 Min.
20 Verabreichung / Überwachung v. Arzneim.	6 Min.	1.782	178 Std.	1,33	5 Min.	149 Std.	6 Min.	178 Std.	1,23	5 Min.	4 Min.	119 Std.	1,00	4 Min.
21 Inhalation	21 Min.	31	11 Std.	1,33	16 Min.	8 Std.	20 Min.	10 Std.	1,23	16 Min.	15 Min.	8 Std.	1,00	15 Min.
22 Infusion	38 Min.	23	15 Std.	1,33	29 Min.	11 Std.	34 Min.	13 Std.	1,23	28 Min.	28 Min.	11 Std.	1,00	28 Min.
23 dermatologisch erforderliche Bäder	33 Min.	25	14 Std.	1,33	25 Min.	10 Std.	32 Min.	13 Std.	1,23	26 Min.	24 Min.	10 Std.	1,00	24 Min.
24			0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.
Zwischensumme SGB V - Leistungen:			2.022 Std.			1.543 Std.		2.004 Std.				1.201 Std.		

d) Privatzahler- und BSHG-Leistungen (Pflegestufe 0)	1. Schritt					2. Schritt					3. Schritt			Ergebnis
	Mittelwert	Anzahl	1. Gesamt-Zeit	Erste Abw.	1. neue Zeit	2. Gesamt-Zeit	Ihre 1. Änder.	3. Gesamt-Zeit	Zweite Abw.	2. neue Zeit	Ihre 2. Änder.	4. Gesamt-Zeit	Dritte Abw.	
1 Leistung 1	10 Min.	100	16 Std.	1,33	7 Min.	12 Std.	9 Min.	15 Std.	1,23	7 Min.	6 Min.	10 Std.	1,00	6 Min.
2 Leistung 2	4 Min.	100	7 Std.	1,33	3 Min.	5 Std.	4 Min.	7 Std.	1,23	3 Min.	3 Min.	5 Std.	1,00	3 Min.
3 Leistung 3	5 Min.	100	8 Std.	1,33	4 Min.	7 Std.	4 Min.	7 Std.	1,23	3 Min.	3 Min.	5 Std.	1,00	3 Min.
4 Leistung 4	23 Min.	100	38 Std.	1,33	17 Min.	28 Std.	20 Min.	33 Std.	1,23	16 Min.	13 Min.	22 Std.	1,00	13 Min.
5 Leistung 5	2 Min.	100	3 Std.	1,33	2 Min.	3 Std.	5 Min.	8 Std.	1,23	4 Min.	4 Min.	7 Std.	1,00	4 Min.
6 Leistung 6	11 Min.	100	18 Std.	1,33	8 Min.	13 Std.	10 Min.	17 Std.	1,23	8 Min.	8 Min.	13 Std.	1,00	8 Min.
7		0	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.
8		0	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.
Zw.summe Privatzahler-, BSHG-Leistungen (Pflegestufe 0)			91 Std.	1,33		68 Std.	XXX	87 Std.	XXX		XXX	62 Std.	XXX	XXX

Beispiel einer Plausibilitätsprüfung - 3 - Ausschnitt

Kostenrechnung, Personal-Einsatz-Planung

	1. Schritt						2. Schritt				3. Schritt				Ergebnis
	Mittelwert	Anzahl	1. Gesamt-Zeit	Erste Abw.	1. neue Zeit	2. Gesamt-Zeit	Ihre 1. Änder.	3. Gesamt-Zeit	Zweite Abw.	2. neue Zeit	Ihre 2. Änder.	4. Gesamt-Zeit	Dritte Abw.		
e) "nicht abrechenbare" Leistungen															
1 Müll entsorgen / Mülleimer o. ähnliches	2 Min.	273	9 Std.	1,33	2 Min.	9 Std.	10 Min.	46 Std.	1,23	8 Min.	10 Min.	46 Std.	1,00	10 Min.	
2 in die Apotheke gehen / Rezept holen	5 Min.	493	41 Std.	1,33	4 Min.	33 Std.	10 Min.	82 Std.	1,23	8 Min.	8 Min.	66 Std.	1,00	8 Min.	
3 Leistung 3	0 Min.	45	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	5 Min.	4 Std.	1,23	4 Min.	4 Min.	3 Std.	1,00	4 Min.	
4 Leistung 4	0 Min.	0	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	5 Min.	0 Std.	1,23	4 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
5 Leistung 5	0 Min.	0	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	5 Min.	0 Std.	1,23	4 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
6 Leistung 6	0 Min.	0	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	5 Min.	0 Std.	1,23	4 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
7		0	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
8		0	0 Std.	1,33	0 Min.	0 Std.	0 Min.	0 Std.	1,23	0 Min.	0 Min.	0 Std.	1,00	0 Min.	
Zwischensumme "nicht abrechenbare" Leistungen:			50 Std.	XXX		42 Std.		131 Std.				114 Std.			
f) Anzahl der Fahrten / Wege															
A Fahrt tagsüber	7 Min.	8.987	1.048 Std.	1,00	7 Min.	1.048 Std.	7 Min.	1.048 Std.	1,00	7 Min.	7 Min.	1.048 Std.	1,00	7 Min.	
B Fahrt nachts (22 Uhr - 6 Uhr)	9 Min.	397	60 Std.	1,00	9 Min.	60 Std.	9 Min.	60 Std.	1,00	9 Min.	9 Min.	60 Std.	1,00	9 Min.	
Zwischensumme "Fahrten (und Wege) zu den Patienten":			1.108 Std.	XXX		1.108 Std.		1.108 Std.				1.108 Std.	XXX		
g) Gesamtsumme der rechnerischen Einsatzstunden (C):			8.007 Std.			6.489 Std.		7.398 Std.				6.020 Std.			
h) Anzahl der tatsächlichen Anwesenheitsstunden (B)			7.000 Std.			7.000 Std.		7.000 Std.				7.000 Std.			
i) Prozent-Anteil für Organisations- / Koordinationszeiten			14,0%												
k) Gesamtsumme der tatsächlichen Einsatzstunden (C):			6.020 Std.			6.020 Std.		6.020 Std.				6.020 Std.			
l) Absolute Abweichung			-1.987 Std.	Abweichung:		-469 Std.	Abweichung:	-1.378 Std.	Abweichung:			0 Std.	Abweichung:		
m) Faktor 1, um den man sich "verschätzt" hat:			1,33	Faktor 2:		1,08	Faktor 3:	1,23	Faktor 4:			1,00			

Beispiel einer Plausibilitätsprüfung - 4 - Auswertung

Kostenrechnung, Personal-Einsatz-Planung

Auswertung der Zeiten für Einzelleistungen und Leistungskomplexe nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung

Leistungsbereiche (nach der Plausibilitätsprüfung)	Verteilung der Einsatz-Stunden (C)				.... der Pflege-Std. (D)	
	in Std.	in Prozent	in Std.	in Prozent	in Std.	in Prozent
a) SGB XI - Leistungen	2.909 Std.	48,3%	3.247 Std.	53,9%	3.247 Std.	67,9%
b) Fiktive Leistungen "LK 99"	626 Std.	10,4%	XXX	XXX	XXX	XXX
c) SGB V - Leistungen	1.201 Std.	20,0%	1.341 Std.	22,3%	1.341 Std.	28,0%
d) Privatzahler- und BSHG-Leistungen (Pflegestufe 0)	62 Std.	1,0%	69 Std.	1,1%	69 Std.	1,4%
e) "nicht abrechenbare" Leistungen	114 Std.	1,9%	127 Std.	2,1%	127 Std.	2,7%
f) Anzahl der Fahrten / Wege	1.108 Std.	18,4%	1.237 Std.	20,5%	XXX	XXX
Gesamt für alle Leistungsbereiche	6.020 Std.	100,0%	6.020 Std.	100,0%	4.784 Std.	100,0%

Die absoluten Werte müssen nicht der Realität entsprechen, die Prozentsätze sind jedoch Grundlage für die Kostenrechnung.

Weitere Auswertung (nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung)	
Anwesenheitsstunden (B)	7.000 Std. 100,0%
- Organisations- und Koordinationszeiten	980 Std. 14,0%
= Einsatzstunden (C)	6.020 Std. 86,0%
- Fahrt- und Wegezeiten	1.108 Std. 15,8%
= Netto-Pflegestunden (D)	4.912 Std. 70,2%

Target Costing: Absage an die EOPEP (Erlös-orientierte Personal-Einsatz-Planung)

Die Verschlechterung der Pflege-Qualität durch die ständige Anwendung der Erlös-orientierten Personal-Einsatz-Planung

Zusammenstellung eines Leistungspaketes im Jahr						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Steigerung der Kosten gegenüber dem Vorjahr in Prozent:		+ 3,3%	+ 3,5%	+ 3,0%	+ 3,0%	+ 2,8%
= daraus ergeben sich die veränderten durchschnittlichen Kosten pro Einsatz-Stunde:						
Ein Muster-Patient hat folgendes Leistungspaket:	30,00 €/Std.	30,99 €/Std.	32,07 €/Std.	33,04 €/Std.	34,03 €/Std.	34,98 €/Std.
... angenommen, die Vergütungen bleiben über die Jahre hinweg konstant (es gibt keine Erhöhungen)						
Kleine Pflege	7,00 €	7,00 €	7,00 €	7,00 €	7,00 €	7,00 €
Lagern / Betten	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €
Decubitusversorgung	6,50 €	6,50 €	6,50 €	6,50 €	6,50 €	6,50 €
Injektion	2,50 €	2,50 €	2,50 €	2,50 €	2,50 €	2,50 €
Hausbesuchspauschale SGB V	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €
Hausbesuchspauschale SGB XI	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €	1,50 €
gesamter Erlös für das Leistungspaket	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €
Wie viele Minuten lassen sich insgesamt für die Einsatz-Zeit (= Pflege + Fahrtzeit) berechnen?	= 46,0 Min.	= 44,5 Min.	= 43,0 Min.	= 41,8 Min.	= 40,6 Min.	= 39,5 Min.
abzüglich der durchschnittlichen Fahrtzeit, die aufgrund von Erhebungen ermittelt wurde:	minus 7,0 Min.	minus 7,0 Min.	minus 7,0 Min.	minus 7,0 Min.	minus 7,0 Min.	minus 7,0 Min.
"bleibt übrig" für die Pflege:	= 39,0 Min.	= 37,5 Min.	= 36,0 Min.	= 34,8 Min.	= 33,6 Min.	= 32,5 Min.

Angenommen, die Vergütungen bleiben für die nächsten sechs Jahre gleich, während sich die Kosten in unterschiedlicher Höhe verändern, wird deutlich, welche verheerenden Folgen die EOPEP für die Pflege hat. Im Jahre 2008 ständen für den Musterpatienten nur noch 32 Minuten zur Verfügung. Diese Zeitverknappung hat bewußt oder unbewußt in fast allen Pflegediensten in Deutschland in den letzten 6 Jahre stattgefunden. Diese Entwicklung findet nicht unbedingt bewußt statt, fließt aber in das subjektive Empfinden der Mitarbeiter mit ein, nämlich immer weniger Zeit für die Patienten zu haben. Es gibt aber keinen pflegerischen Grund, durchschnittliche Zeiten für einzelne Leistungen von Jahr zu Jahr zu senken.

An dieser Entwicklung sind vor allem Unternehmensberater schuld, die ihren Kunden vermitteln wollten, dass Pflege ein nach unten dehnbarer (also variabler) Kostenfaktor ist.

„Locker bleiben“ im Rahmen der Personal-Einsatz-Planung

Nicht alles „muss sich rechnen“.

Die richtig angewandte Personal-Einsatz-Planung auf 4 Ebenen

1] Nicht jede Leistung muss sich rechnen

Seit Einführung der Pflegeversicherung gelten in den meisten Bundesländern Leistungskataloge mit Leistungskomplexen. Ursprünglich haben hochkarätige Laien Zeiten für diese Leistungen festgelegt, nach dem Motto „eine Leistung mit 400 Punkten entspricht 40 Minuten“ [Der zugrunde gelegte Preis müsste allerdings wesentlich höher sein - ein total perverses mathematisch falsches System wird seit 7 Jahren fast kommentarlos hingenommen - ein Skandal !].

Selbst wenn dieser weit verbreitete Irrtum immer noch in der Praxis behauptet wird, ist der tatsächliche Durchschnittswert wahrscheinlich weit darunter.

Die hinterlegten Punktwerte [oder die relative Zeit, die im Durchschnitt dahinter steht] entsprechen nicht den Relationen in der Praxis: Für manche Leistungen bedürfte es mehr an Punkten [bzw. noch besser: mehr an Zeit], während andere Leistungen relativ großzügig ausgestattet sind.

Gleichzeitig ist dem Patienten die Qualität und Zeit der Leistung zu gewähren, die tatsächlich im Rahmen des Angemessenen und Notwendigen liegt. Hiermit liegt es auf der Hand, dass sich nicht jede Leistung mit ihrer zugehörigen Vergütung rechnen muss. Mangelnde Qualität kann es im Sinne der Pflegeversicherung nicht geben, sie kann zum Verlust des Versorgungsvertrages führen.

Im Rahmen der Krankenversicherung wurden in den letzten Jahren massiv Leistungen eingeschränkt und oft sogar im Preis reduziert. Auch hier stimmte nie die vergütete Leistung mit dem Aufwand überein.

Bestes Beispiel: In NRW gibt es im Rahmen des SGB V drei Leistungsgruppen. Innerhalb dieser Leistungsgruppen haben alle darin befindlichen Leistungen den gleichen Preis, obwohl die Leistungen unterschiedlicher Art sind. Auch im SGB V muss sich nicht jede Leistung rechnen.

Es kann aber inzwischen sein, dass sich keine Leistung rechnet ! :-)

2] Nicht jeder Patient muss sich rechnen

Patienten sind sehr unterschiedlich in ihren Bedürfnissen, ob wohl sie teilweise die gleichen Leistungspakete bekommen oder die gleichen Leistungen.

Einige benötigen aktivierende Pflege [worauf sie ein Anrecht haben] und sind damit zeitintensiv, manche sind „sehr kommunikativ“, andere haben lange Anfahrtswege, manche sind so schwer an Gewicht, dass sie von zwei Personen versorgt werden müssen [wofür es aber meist keine zusätzliche Vergütung gibt].

Andererseits gibt es Patienten, die zügig zu versorgen sind, wo schon alles vorbereitet ist - und die durch die hohe Anzahl an kombinierten Leistungen Synergie-Effekte bei den Pflegediensten erzeugen.

Viele Beispiele, die belegen dass es gar nicht sein kann, dass sich jeder Patient rechnet. Wer dies als PDL über die Personal-Einsatz-Planung versucht [und „defizitäre Patienten“ zeitlich drückt], handelt grob fahrlässig im Sinne einer gesicherten Qualität und im Sinne der Rechte der Patienten auf eine angemessene Versorgung.

3] Nicht jede Mitarbeiterin muss sich rechnen

Zusätzlich zu oben genannten Aspekten kommt in Tarif-gebundenen Einrichtungen hinzu dass z.B. eine ledige kinderlose 23-jährige Pflegefachkraft wesentlich niedrigere Personalkosten verursacht als eine 44-jährige, schon seit 21 Jahren beschäftigte, 3-Kindrige Mitarbeiterin.

Mitarbeiter können nicht verantwortlich gemacht werden für ihr Alter, ihre Betriebsgehörigkeit und die Anzahl ihrer Kinder, bzw. sie können nichts dafür, dass dieses ungerechte System der Tarif-Entlohnung sie in vielen Pflegediensten zu ungeliebten [weil teuren] Mitarbeitern macht.

Die Erlöse dürfen niemals mit den individuellen Kosten der Pflege-Mitarbeiterin verglichen werden, allenfalls die durchschnittlichen Personalkosten [und Sachkosten] aller Mitarbeiter sollten mit den durchschnittlichen Erlösen aller Mitarbeiter verglichen werden.

Außerdem steht die Höhe der Erlöse [hoffentlich !!] nicht in der Autonomie der Pflege-Mitarbeiter, sondern sollte durch die Pflegedienstleitung gesteuert werden. Auch aus diesem Grund kann es sein, dass es ganz bewußt zu verschiedenen Erlös-Situationen bei Mitarbeitern kommen kann.

4] Nicht jede Tour muss sich rechnen

Die Personal-Einsatz-Planung liegt in der Autonomie der PDL. Es kann sich [durch Zufall oder mit Absicht] durchaus als sinnvoll erweisen, Touren so zu planen, dass sich die eine rechnet, die andere aber nicht.

Hauptsache, die PDL hat alles im Griff - und: Sie darf die Ergebnisse der Touren nicht als Anlaß nehmen, Druck auszuüben, nur weil sich z.B. eine Tour nicht rechnet.

Maßstab sind vielmehr die Bedürfnisse der in den Touren geplanten Patienten.

Die Lösung:

Die PDL hat im Prinzip dafür zu sorgen, dass sich der Pflegedienst mittel- und langfristig insgesamt rechnet.

Für die Verhandlung leistungsgerechter Entgelte ist die PDL allerdings nicht [alleine] zuständig, sondern bedarf der Unterstützung der Geschäftsführung bzw. des Trägers und der Verbände.

... und selbst: nicht jeder Pflegedienst muss sich rechnen

a] Wenn nach mehreren Jahren [bei gleichbleibenden Vergütungen, aber steigenden Kosten] sich das Betriebsergebnis von Jahr zu Jahr verschlechtert, dann ist das eine logische und hinzunehmende Entwicklung.

Die Lösung läge in der Verhandlung höherer Vergütungen für die Leistungen. Wenn sich allerdings das Betriebsergebnis nicht verschlechtert oder gar verbessert, kann dies zwei Ursachen haben:

1) Die Qualität der Leistungen hat sich verschlechtert (auch im Sinne von weniger Zeit für die Leistungen und für die Patienten)

2) Wirtschaftlichkeitsressourcen wurden entdeckt und in der Praxis von Jahr zu Jahr abgebaut.

Ich möchte hoffen, dass der zweite Fall die Regel war.

b] Hat ein Verband mehrere Pflegedienste mit unterschiedlichen Strukturen, so könnte es sein, dass der eine Pflegedienst ein Plus erzielt [weil er junge Mitarbeiter hat], der andere Pflegedienst aber ein Defizit erzielt [trotz wirtschaftlicher Betriebsführung ist das möglich!]. Dieser „negative“ Pflegedienst ist z.B. entstanden aus der Fusion dreier Pflegedienste, die im Rahmen eines Sozialplanes v.a. die jungen Mitarbeiter entlassen mussten - und somit durch die älteren Kolleginnen und deren hohe Kosten nie auf einen grünen Zweig kommen können.

Unter strategischen Gesichtspunkten im Sinne von Marktanteilen und Marktmacht, wäre es suboptimal, den zweiten Pflegedienst zu schließen.

Mittelfristig müssen sich natürlich beide Pflegedienste zusammen tragen, die Meßplatten für die beiden Pflegedienste sind also unterschiedlich hoch anzulegen.

Die hohe Kunst für eine Pflegedienstleitung ist es, diese Aspekte - neben ihren kalkulatorischen Kenntnissen - und teilweise unter dem zusätzlichen Druck der Geschäftsführung nicht zu Lasten der Mitarbeiter und nicht zu Lasten der Pflegequalität und der Pflegezeit im Rahmen der Personal-Einsatz-Planung zu berücksichtigen.



10 wichtige Regeln für die 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 Tarif-orientierten Einrichtung kostet eine 23-jährige kinderlose Pflegefachkraft 32,- Euro pro Stunde, die 42-jährige Kollegin kommt auf 40,- Euro. Diese Information birgt zwei mögliche gefährliche Rückschlüsse:

- Die ältere teurere Mitarbeiter soll schneller arbeiten (als die jüngerer), da sie teurer ist (wofür sie aber selbst nichts kann), also z.B. die jüngere hat 28 Minuten Zeit für die „Große Pflege“, die ältere Mitarbeiterin 22,5 Minuten. Beides wäre kostendeckend - das kann nicht sein, dass die Leistungszeit von der jeweiligen Mitarbeiterin abhängt.
- Geht es um Personalentscheidungen (oder gar um die Einstellung einer 23- oder einer 42-jährigen Mitarbeiter) ist die Wahrscheinlichkeit, dass man sich durch diese differenzierte Information beeinflussen lässt, groß.

Deshalb: Die Durchschnittskosten sind nur pro Qualifikation berechnen: z.B. eine examinierte Pflegefachkraft kostet durchschnittlich z.B. 35,50 Euro.

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

Die EOPEP ist eine Perversion der Kostenrechnung. Man errechnet nicht den Preis einer notwendigen Leistung aus, sondern umgekehrt: „Wieviel 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 Patienten darf es keine Unterschiede zwischen Qualifikationen geben.

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

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

Dieser Zeitwert darf sich nicht an den Punktwerten der Pflegeversicherung orientieren (z.B. 400 Punkte = 40 Min.); diese Aussage ist grundsätzlich immer falsch.

Vielmehr sollte der Minutenwert nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten im Durchschnitt festgelegt werden. Ein Durchschnittswert bedeutet, dass er über- oder unterschritten werden kann.

5. Die in Punkt 4 genannten Zeiten für Einzelleistungen sind den Mitarbeitern nicht bekannt, nur der Pflegedienstleitung.

Würde man den Mitarbeitern mitteilen, dass eine kleine Pflege z.B. 17 Minuten im Durchschnitt dauert, wären diese irritiert, da ihnen die 50% der Patienten einfallen, wo diese Leistung länger dauert als der Durchschnittswert.

Diese Irritation ist nicht notwendig, also sollten die Zeitwerte den Mitarbeitern nicht schriftlich zur Verfügung stehen. Eine weitere Gefahr besteht nämlich auch in der Weitergabe an Patienten oder Kassen, die noch weniger damit umgehen können.

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

Den Mitarbeitern sollte nur mitgeteilt werden, wieviel Zeit insgesamt für das Leistungspaket anfällt (z.B. 34 Minuten) – und welche Leistungen beim Patienten zu erbringen sind, was dann in der Pflegedokumentation bzw. im Leistungsnachweis steht. Das werden die Mitarbeiter problemlos akzeptieren.

Der Zeitwert wird durch die Pflegedienstleitung zu Leistungspaketen geschnürt und in den Tourenplan der Mitarbeiter als Gesamtzeit übernommen. Was an Leistungen zu erbringen ist, steht 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 (zurecht) 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 Mitarbeiter trainiert werden, was ein Durchschnittswert ist; dieser kann nämlich über- oder unterschritten werden.

8. Die realen Wegzeiten dürfen nicht den Patienten zum Vor- oder Nachteil sein.

Wohnt ein Patient sehr weit weg (umgangssprachlich: „Es lohnt sich kaum, dorthin zu fahren“), darf ihm/ihr keine Zeit in der Pflege gekürzt werden. Es steht ihm die gleiche Zeit zu, wie wenn er direkt neben dem Pflegedienst wohnen würde. Auch über Zuzahlungen darf keine zusätzliche Berechnung und Ausgleich der Fahrtzeit (=Kosten) erfolgen. Auch sollte man nicht dem Versuch unterliegen, dem Patienten deshalb andere Leistungen zusätzlich zu verkaufen, „damit es sich rechnet“.

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

Die Erlaubnis, eine Aufzeichnung in 5-Min.-Schritten dazu, dass die Mitarbeiter geneigt sind, immer aufzurunden. Zählt man dann am Ende des Tages die geleisteten Minutenwerte zusammen ergibt sich das Phänomen, dass die Mitarbeiterin in 6 Stunden Arbeitszeit 7 Stunden gepflegt hat. Eine Erfassung in 5-Min.-Schritten ist also nutzlos und viel zeitaufwendiger (da später Korrekturen gemacht werden müsse) und sollte unterlassen werden.

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

Sollte es dazu kommen, dass eine Mitarbeiterin für eine bestimmte Tour 4 Std. benötigt und die andere 5 Std., so läuft etwas schief. Die Pflegedienstleitung hat dafür zu sorgen, dass beide gleich lange benötigen. Bei der einen sind ggf. Hinweise auf zeitsparende Methoden sinnvoll, während man z.B. bei der Kollegin auf die Notwendigkeit eine aktivierenden (zeitaufwendigen) Pflege hinweisen wird. Die Orientierung an der schnellsten Mitarbeiter 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 Patienten und an verschiedenen Tagen.

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

Die Korrelation als Maßstab für die Effizienz der Personal-Einsatz-Planung

Berechnung des Zusammenhangs der Entwicklung der Arbeits-Stunden mit den Erträgen [= Korrelation]

Machen Sie bitte hier Ihre Eintragungen:

	Jan	Feb	Mrz	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
Geleistete Stunden*	1.920 Std.	1.934 Std.	1.829 Std.	1.782 Std.	1.800 Std.	1.900 Std.	1.823 Std.	1.902 Std.	1.892 Std.	1.892 Std.	1.892 Std.	1.928 Std.
Erträge**	75.632 €	76.423 €	74.538 €	73.462 €	73.654 €	78.291 €	77.982 €	78.392 €	78.202 €	78.200 €	78.354 €	79.483 €

Korrelation = + 0,69

Bitte nur die gelb hinterlegten Felder eingeben.

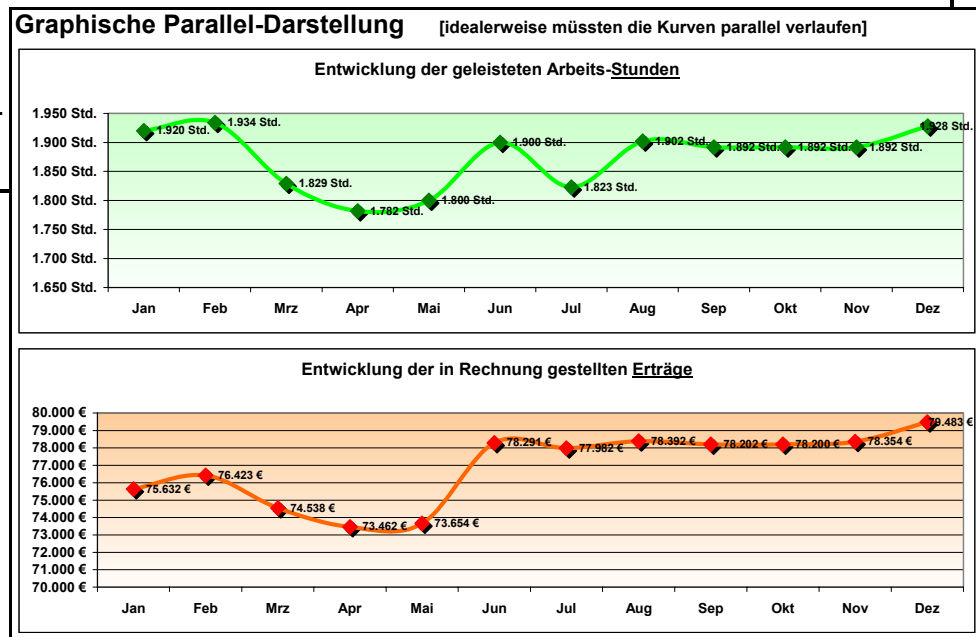
Hier sind Beispielzahlen eingegeben, um zu veranschaulichen, dass die Datei funktioniert. Bitte überschreiben Sie die Zahlen einfach.

* bitte auch die Über- bzw. Mehrstunden berücksichtigen

** = in Rechnung gestellte Beträge

Die Auswertung funktioniert nur "richtig", wenn Sie zwölf Monate eingetragen haben.

Sie können natürlich auch die Monatsnamen ändern, also z. von Juli bis Juni



Kontinuierlicher SOLL-IST-Vergleich

Controlling: SOLL-IST

Kontinuierlicher SOLL-IST-Vergleich für Pflegedienst Sießegger

Dieser Haushaltsplan gilt für das Jahr:
2003
mit 365 Tagen

Codewort: XXX
nur die gelb hinterlegten Felder müssen eingegeben werden

Plan-Zahlen für das ganze Jahr	Jahreszahlen
Personalkosten gesamt	612.000 €
Pflegedienstleitung + Stellvertretung	60.000 €
Pflegedienst	552.000 €
Pflegefachkräfte (3-jährig)	360.000 €
Pflegefachkräfte (1-jährige Ausbildung)	72.000 €
Pflegefachkräfte (ohne Ausbildung)	120.000 €
Zivildienstleistende (Soldzahlungen - BAZ)	
Hauswirtschaftliche Kräfte	
Verwaltung	
Sonstige Dienste	
sonstige Personalkosten 1	
Sonstige Personalkosten 2	
Sonstige Personalkosten 3	
Sachkosten gesamt	0 €
Mieten, Pacht, Leasing	
Wasser, Energie, Brennstoffe	
Verwaltungsbedarf	
Aufwendungen Fahrzeuge	
Ergebnis gesamt (Netto-Kosten)	612.000 €

maximale Abweichungen vom Plan	
positive Abweichung:	- 5,0%
negative Abweichung:	- 2,5%
innerhalb der Grenzen:	grün
außerhalb der Grenzen:	rot

Bitte geben Sie hier die Anzahl der Tage pro Monat ein:

Januar	31
Februar	28
März	31
April	30
Mai	31
Juni	30
Juli	31
August	31
September	30
Oktober	31
November	30
Dezember	31

Kontinuierlicher SOLL-IST-Vergleich für Pflegedienst Sießegger

Januar 2003
mit 31 Tagen

maximale Abweichungen vom Plan	
positive Abweichung:	- 5,0%
negative Abweichung:	- 2,5%
innerhalb der Grenzen:	grün
außerhalb der Grenzen:	rot

	Januar				Veränd. zum IST Vormonat	
	SOLL in €	IST in €	Abw. absolut	Abw. in %	in €	in %
Personalkosten gesamt	51.978	154.965	+ 102.987	198,14%	+ 0	+ 0,0
Pflegedienstleitung + Stellvertretung	5.096	15.002	+ 9.906	194,39%	+ 0	+ 0,0
Pflegedienst	46.882	139.963	+ 93.081	198,54%	+ 0	+ 0,0
Pflegefachkräfte (3-jährig)	30.575	91.212	+ 60.637	198,32%	+ 0	+ 0,0
Pflegefachkräfte (1-jährige Ausbildung)	6.115	17.922	+ 11.807	193,08%	+ 0	+ 0,0
Pflegefachkräfte (ohne Ausbildung)	10.192	30.829	+ 20.637	202,49%	+ 0	+ 0,0

Kontinuierlicher SOLL-IST-Vergleich für Pflegedienst Sießegger

November 2003
mit 30 Tagen

maximale Abweichungen vom Plan	
positive Abweichung:	- 5,0%
negative Abweichung:	- 2,5%
innerhalb der Grenzen:	grün
außerhalb der Grenzen:	rot

	November				Veränd. zum IST Vormonat		Januar bis November 2003		
	SOLL in €	IST in €	Abw. absolut	Abw. in %	in €	in %	SOLL in €	IST in €	Abw. absolut
Personalkosten gesamt	50.301	0	- 50.301	-100,00%	+ 0	+ 0,0	560.022	259.083	- 300.939
Pflegedienstleitung + Stellvertretung	4.932		- 4.932	-100,00%	+ 0	+ 0,0	54.904	25.204	- 29.700
Pflegedienst	45.370	0	- 45.370	-100,00%	+ 0	+ 0,0	505.118	233.879	- 271.239
Pflegefachkräfte (3-jährig)	29.589		- 29.589	-100,00%	+ 0	+ 0,0	329.425	152.467	- 176.958
Pflegefachkräfte (1-jährige Ausbildung)	5.918		- 5.918	-100,00%	+ 0	+ 0,0	65.885	30.326	- 35.559
Pflegefachkräfte (ohne Ausbildung)	9.863		- 9.863	-100,00%	+ 0	+ 0,0	109.808	51.086	- 58.722
Zivildienstleistende (Soldzahlungen - BAZ)	0		+ 0	SOLL fehlt	+ 0	#DIV/0!	0	0	+ 0
Hauswirtschaftliche Kräfte	0		+ 0	SOLL fehlt	+ 0	#DIV/0!	0	0	+ 0

Die kontinuierliche Berechnung des Personalbedarfs

Berechnung des notwendigen Personals für einen neuen (oder ausgefallenen) Patienten

Codewort zum Schützen
der Datei: "XXX"

Es sind nur die gelb hinterlegten Felder einzugeben

1	Der neue Patient hat einen <u>direkten</u> Pflegeaufwand von:
	a 43 Minuten pro Tag

2	Dies entspricht einem Stundenumfang 0,72 Stunden pro Tag
----------	---

3	Bitte tragen Sie hier ein, wie oft der Patient pro Monat versorgt/gepflegt werden soll:
	20 mal pro Monat.

4	Weitere Annahmen:
	365 Tage pro Jahr
	30,42 Tage pro Monat im Durchschnitt
	52,14 Wochen pro Jahr im Durchschnitt 4,35 Wochen pro Monat im Durchschnitt

5	Daraus ergibt sich ein durchschnittlicher direkter monatlicher/wöchentlicher Pflegebedarf von:	pro Monat	pro Woche
	(dies entspricht den "D-Stunden")	14,33 Std.	3,30 Std.

1	b	Folgende Annahmen liegen der Berechnung für eine Vollzeitstelle zugrunde:	durchschnittliche Zeiten ...		
		A = Jahres-Arbeitszeit:	pro Jahr	pro Monat	pro Woche
		B = Anwesenheitszeit:	1.932,0 Std.	161,0 Std.	37,05 Std.
		C = Einsatzzeit:	1.540,0 Std.	128,3 Std.	29,53 Std.
		D = Reine "Netto"-Pflegezeit (= direkte Leistungen):	1.350,0 Std.	112,5 Std.	25,89 Std.
		1.100,0 Std.	91,7 Std.	21,10 Std.	

6	Umrechnung benötigter "Netto"-Pflegezeit in Vollzeitstellen (= Schritt "4" / "1b"):	0,16 Stellen
	Fällt ein Patient aus - oder kommt ein neuer mit 43 Minuten pro Tag hinzu, der 20 mal pro Monat versorgt/gepflegt wird, so muß in der Personal-Einsatz-Planung folgende Stellenanzahl verändert werden:	

berechnet auf Basis der bezahlten Arbeitszeit (A)

Weitere Auswertungen: a) pro Tag

- D** 43 Min./Tag bedeuten: 0,72 Std./Tag direkte Netto-Pflegezeit
plus "Zuschlag" für die Fahrt- und Wegzeiten: + 0,16 Std./Tag
- C** dies ergibt eine Einsatzzeit von: 0,88 Std./Tag durchschnittliche Einsatzzeit
plus "Zuschlag" für die Org.- u. Koord.zeiten: + 0,12 Std./Tag
- B** dies ergibt eine Anwesenheitszeit von: 1,00 Std./Tag durchschnittliche Anwesenheitszeit
plus "Zuschlag" für Ausfallzeiten: + 0,26 Std./Tag
- A** dies ergibt eine bezahlte Arbeitszeit von: 1,26 Std./Tag durchschnittliche Anwesenheitszeit

b) pro Monat

- = 14,3 Std. Pflegezeit (D) pro Monat
= 3,3 Std. Fahrt-/Wegzeit
= 17,6 Std. Einsatzzeit (C) pro Monat
= 2,5 Std. Organisations- und Koordinationszeit
= 20,1 Std. Anwesenheitszeit (B) pro Monat
= 5,1 Std. Ausfallzeit
= 25,2 Std. bezahlte Arbeitszeit (A) pro Monat

c) pro Woche

- = 3,3 Std. Pflegezeit (D) pro Woche
= 0,7 Std. Fahrt-/Wegzeit
= 4,0 Std. Einsatzzeit (C) pro Woche
= 0,6 Std. Organisations- und Koordinationszeit
= 4,6 Std. Anwesenheitszeit (B) pro Woche
= 1,2 Std. Ausfallzeit
= 5,8 Std. bezahlte Arbeitszeit (A) pro Woche

Personal-Einsatz-Planung

Patienten - „Gewinn- und Verlust-Liste“ (Ausschnitt)

Patienten Gewinn- und Verlust-Liste

Die Zellen sind geschützt mit dem Code "XXX"

Bitte nur intern - innerhalb des Dienstes - verwenden! Vertraulich !! Nur für die Pflegedienstleitung!

Einige grundsätzliche Angaben:

Die Kosten einer examinierten Pflegefachkraft pro Einsatz-Std.	40,00 Euro/Std.	= ex. PFK
Die Kosten einer anderen Pflegekraft (z.B. Helferin) pro Einsatz-St	30,00 Euro/Std.	= and. PK

Nr.	Name des Patienten	Tageszeit	Dauer in Minuten			Ankreuzen: Wer kommt zum Einsatz?		Ergebnisse <i>pro Einsatz</i>					Ergebnis pro Patient zusammen
			geplante Dauer der Pflege in Min.	Kalkulierte Dauer der Fahrtzeit in Min.	Kalkulierte gesamte Einsatzzeit in Min.	ex. PFK	and. PK	daraus errechnen sich folgende Kosten	Bitte eintragen: Was ist der Erlös ?	= Ergebnis pro Einsatz	Häufigkeit pro Monat	= Ergebnis pro Monat	
1	Sonja Thielemann	morgens	3	7	10		x	5,00 €	7,00 €	+ 2,00 €	20	+ 40,00 €	- 37,50 €
		mittags	23	7	30	x		20,00 €	12,00 €	- 8,00 €	31	- 248,00 €	
		abends	30	7	37		x	18,50 €	24,00 €	+ 5,50 €	31	+ 170,50 €	
2	Thomas Sießegger	morgens	24	7	31	x		20,67 €	19,00 €	- 1,67 €	31	- 51,67 €	- 51,67 €
		mittags			---			---		---			
		abends			---			---		---			
3	Darren Klingbeil	morgens	35	7	42		x	21,00 €	24,00 €	+ 3,00 €	31	+ 93,00 €	+ 103,33 €
		mittags	17	7	24		x	12,00 €	14,00 €	+ 2,00 €	31	+ 62,00 €	
		abends	42	7	49	x		32,67 €	31,00 €	- 1,67 €	31	- 51,67 €	
4	Hugo Schwer	morgens	45	7	52	x	x	60,67 €	44,00 €	- 16,67 €	20	- 333,33 €	- 333,33 €
		mittags			---			---		---			
		abends			---			---		---			
5	usw.	morgens			---			---		---		+ 0,00 €	
		mittags			---			---		---			
		abends			---			---		---			
65		morgens			---			---		---		+ 0,00 €	
		mittags			---			---		---			
		abends			---			---		---			
Gesamtes Ergebnis pro Monat:											+ 383 €		

Prinzipien bei der Erstellung eines monatlichen Kennzahlen-Systems

1. Die Bedeutung der Kennzahl für die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der Pflegeleistungen

Wenn 60% bis 80% der Kosten im Bereich der Personalkosten stattfindet, sollte dieser Teilbereich auch verstärkt Eingang finden in das Kennzahlen-System. Kennzahlen, die nur einen marginalen Kosten- oder Erlösanteil haben oder anderweitig nicht von Bedeutung sind, sollten vernachlässigt werden. Allerdings gibt es durchaus „weiche“ Kennzahlen, die für die Einrichtung von Bedeutung sein können (z.B. Anzahl und Zusammensetzung der Beschwerden, Dauer der Rechnungsstellung usw.).

2. Die Verhältnismäßigkeit bei der Erhebung und Auswertung der Daten

Kennzahlen müssen schnell zur Verfügung stehen, d.h. die Ermittlung basiert auf Daten, die so oder so schon vorhanden sind. Insofern ist die Erstellung eines Kennzahlen-Systems eigentlich nicht zeitlich aufwendig. Es sollten keine „Sonder“-Berechnungen nur für ein Kennzahlen-System gemacht werden

3. Die Beeinflußbarkeit der monatlichen Kennzahl

... muss gewährleistet sein. Ein reines Beobachten von bestimmten Entwicklungen, die man nicht beeinflussen kann, macht keinen Sinn (z.B. Entwicklung der Kosten für Benzin, anteilige kalkulatorische Abschreibung, kalkulatorische Sachkosten, usw.).

Literatur von Thomas Sießegger

Gesamtübersicht der Veröffentlichungen von Thomas Sießegger Stand: 27. November 2003

FORUM Sozialstation:

Sießegger, Thomas: Damit es sich rechnet - Formular zur Berechnung von Einsätzen in FORUM Sozialstation Nr. 81/August 1996, S. 17-19.

Sießegger, Thomas: Elektronisch, praktisch gut? Checkliste: Was Pflegedienste brauchen und Anbieter versprechen. In: FORUM Sozialstation Nr. 76/Okttober 1995, S. 12-18.

Sießegger, Thomas: Top-Job Pflegedienstleitung. Mickriges Gehalt für's Management. In: FORUM Sozialstation Nr. 121/ April 2003, S. 32-35.

Sießegger, Thomas: Überstunden: Mythen und Fakten. Instrument zur Flexibilisierung oder Zeichen für Missmanagement? in: FORUM Sozialstation No. 95/Dezember 1998, S. 22-27.

Sießegger, Thomas: Messen, analysieren, vergleichen: Was Benchmarking leisten kann. In: FORUM Sozialstation Nr. 123/ August 2003, S. 30-35.

Häusliche Pflege:

Aghamiri, Bahram; Sießegger, Thomas: PDL-Kolleg 2000, Fortbildung für Pflegedienstleitungen, Teil 5: Arbeitszeitmodelle in der ambulanten Pflege. In: HP, 5/2000, S. 17-20.

Sießegger, Thomas: Am Ende muss die Summe stimmen. Personal-Einsatz-Planung: Eine Anleitung zur Ermittlung von Zeitwerten für Einzelleistungen in der Pflege. In: Pflegen Ambulant 4/99 August 1999, S. 24-28.

Sießegger, Thomas: Check Up! Wirtschaftlichkeitsprüfungen in ambulanten Pflegediensten – Teil 1. In: HP 4/2000, S. 12-17.

Sießegger, Thomas: Check Up! Wirtschaftlichkeitsprüfungen in ambulanten Pflegediensten – Teil 2. In: HP 5/2000, S. 43-47.

Sießegger, Thomas: Controlling durch Kennzahlen. In: HP 12/95, S. 888-893.

Sießegger, Thomas: Die Marktsignale erkennen und nutzen. Auf einen Markt im Umbruch sollten Pflegedienste jetzt mit den richtigen betriebswirtschaftlichen Weichenstellungen reagieren. In: HP 08/2003, S. 16-20

Sießegger, Thomas: Die Weichen für die Zukunft stellen. Mit gravierenden Umstrukturierungen alles Trends verbunden, die die HP von morgen prägen (Teil 1) In: HP 10/2001, S. 16-21, (Teil 2) In: HP 11/2001, S. 21-24

Sießegger, Thomas: Dreh- und Angelpunkt im Pflegedienst. Was eine Verwaltungskraft alles können muß. In: HP 7/99, S. 12-17

Sießegger, Thomas: Eine Frage der Zeit. In: HP 10/97

Sießegger, Thomas: Einsatz mit Strategie. KAPOVAZ in der Häuslichen Pflege. In: HP 6/99, S. 16ff.

Sießegger, Thomas: Frühwarnsysteme. In: HP 11/96

Sießegger, Thomas: Pflegedienst sucht Superfrau, Teil 1: Was eine Pflegedienstleitung alles können muss. In: HP 10/98, S. 18-22

Sießegger, Thomas: Pflegedienst sucht Superfrau, Teil 2: Arbeitsprofil einer Pflegedienstleitung. In: HP 11/98, S. 24-28

Sießegger, Thomas: Wer ist der Beste? Benchmarking: Modetrend oder hilfreiches Instrument für ambulante Dienste. In: HP 1/98

Sießegger, Thomas: Wie stehen wir denn da? In: HP 7/97

Sießegger, Thomas: Wieviel Zeit ist möglich? In: HP 9/97

Sießegger, Thomas: Zahlen-Management. Die Notwendigkeit von Datenmaterial zur Sicherung der Zukunft. In: HP 9/99, S. 16-21.

Sießegger, Thomas: Pflege am Scheideweg. Eine Zustandsbeschreibung des „Patienten“ HP und ein Plädoyer für längst überfällige Reformen. In: HP 06/2002, S. 18-24.

Sießegger, Thomas; Wagner, Franz: Mit Sinn und Gespür. Wie Pflegeleistungen optimal an den Kunden verkauft werden. In: HP 9/2001

Pflegen Ambulant:

Kreidenweis Helmut; Sießegger Thomas: Organisatorische Voraussetzungen für den EDV-Einsatz in ambulanten Diensten. In: Pflegen Ambulant, Nr. 1/93, S. 18-21

Sießegger, Thomas: Den tatsächlichen Stundenkosten auf der Spur. Die reine Pflegezeit zählt nicht - für eine aussagekräftige Kostenkalkulation ist die Einsatz-Stunde zu berechnen. In: Pflegen Ambulant 5/2001 Oktober 2001, S. 40-44.

Sießegger, Thomas: Teilzeit ist in, Vollzeit out. Welche Arbeitszeitmodelle lassen sich auf ambulante Pflegedienste übertragen? In: Pflegen Ambulant 2/99 April 1999, S. 18-22.

Pflege Magazin:

Sießegger, Thomas: Management im ambulanten Pflegedienst. In: Pflege Magazin, Juventa Verlag Weinheim, Heft 2, 2003, S. 31-40

Eigene Bücher und Buchbeiträge:

Sießegger, Thomas: Handbuch Betriebswirtschaft, Wirtschaftliches Handeln in ambulanten Pflegediensten, Vincentz Verlag Hannover 1997 [leider ausverkauft]

Sießegger, Thomas: Die Leistungserfassung als Grundlage der Kalkulation der Pflegesätze. In: Reuter, Uwe (Hrsg.): Pflegeversicherung II. Die Umsetzung nach den Übergangsregelungen, Schattauer, Stuttgart, 1998

Sießegger, Thomas: Management-Informationssysteme für soziale Dienste. In: Kreidenweis, Helmut; Locher-Otto Barbara; Ohnemüller Bernd (Hrsg.): EDV im Sozialwesen: Kongress-Dokumentation COSA '97. Lambertus, Freiburg 1998, S. 18-27

Sießegger, Thomas: Möglichkeiten des Controlling. In: Reuter, Uwe (Hrsg.): Pflegeversicherung II. Die Umsetzung nach den Übergangsregelungen, Schattauer, Stuttgart, 1998

Sießegger, Thomas: Ablauf- und Aufbauorganisation (Themen- und Stichwortbeitrag). In: Handbuch für ambulante Pflegedienste, Lambertus Verlag Freiburg 1995-97

Sießegger, Thomas: Controlling (Themen- und Stichwortbeitrag). In: Handbuch für ambulante Pflegedienste, Lambertus Verlag Freiburg 1995-97

Sießegger, Thomas: Die Umsetzung der Pflege-Buchführungsverordnung. In: Kesselheim Harald: Die Praxis der Pflegeversicherung. Weinmann Verlag Filderstadt 1995-1998.

Ständige Fachbeiträge in der Häuslichen Pflege:

* = mit kostenlosem Download unter www.vincenz.net, Service, Downloads

Sießegger, Thomas: PDL-Kolleg 2000, Fortbildung für Pflegedienstleitungen, Teil 1: Aktuelle rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen. In: HP, 1/2000, S. 1-4.

Sießegger, Thomas: PDL-Kolleg 2000, Fortbildung für Pflegedienstleitungen, Teil 7: Controlling - Grundlagen und Rahmenbedingungen sowie Kalkulation der Kosten. In: HP, 7/2000, S. 25-28.

Sießegger, Thomas: PDL-Kolleg 2000, Fortbildung für Pflegedienstleitungen, Teil 8: Zeit- und Leistungserfassung. In: HP, 8/2000, S. 29-32.

Sießegger, Thomas: PDL-Kolleg 2000, Fortbildung für Pflegedienstleitungen, Teil 9: Personal-Einsatz-Planung. In: HP, 9/2000, S.33-36.

Sießegger, Thomas: PDL-Kolleg 2000, Fortbildung für Pflegedienstleitungen, Teil 10: Ablauforganisation. In: HP, 10/2000, S. 37-40.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 1/2001: Zeit für die Zukunft planen. Von der Zeit- und Leistungserfassung hin zu einer Personal-Einsatz-Planung. In: HP, 01/2001, S. 5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 2/2001: Schwarz auf Weiss ist erfolgreich. Eine einfache Methode, die Zeiten für Patienten festzulegen In: HP, 02/2001, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 3/2001: Die Zeichen der Zeit erkennen. Notwendige Kenntnisse für die PDL der Zukunft. In: HP, 03/2001, S. 5-6 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 4/2001: Nicht gleich über Geld reden. Gestaltung des Erstgesprächs aus betriebswirtschaftlicher Sicht. In: HP, 04/2001, S. 3 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 5/2001: Den Durchschnitt trainieren. Von den Schwierigkeiten in der Personal-Einsatz-Planung. In: HP, 05/2001, S. 6-7 im Innenheft.

* Sießegger, Thomas: PDL praxis 6/2001: Alle Möglichkeiten nutzen. Die Dienstbesprechung wirtschaftlich gestalten. In: HP, 06/2001, S. 3-4 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 7/2001: Der richtige Mix macht's. Neue Arbeitsverträge machen flexibel. In: HP, 07/2001, S. 7-8 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 8/2001: Immer schlechte Laune. Zum Umgang mit Mehrstunden. In: HP, 08/2001, S. 5-6 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 9/2001: Kaufen oder leasen. Zum Fuhrpark-Management in ambulanten Diensten. In: HP, 09/2001, S. 4-5 im Innenheft.

* Sießegger, Thomas: PDL praxis 10/2001: Schnell berechnet. Neues Modell zur Personalbemessung. In: HP, 10/2001, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 11/2001: Ein Thema pro Mitarbeiter. Die interne Fortbildung organisieren. In: HP, 11/2001, S. 3-4 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 12/2001: Daten und Fakten. Checkliste zu den notwendigen Zahlen in einem ambulanten Dienst. In: HP, 12/2001, S. 5-6 im Innenheft.

* Sießegger, Thomas: PDL praxis 1/2002: Nicht zu viel und nicht zu wenig. Wie ein Personal-Einsatz-Plan aussehen sollte. In: HP, 01/2002, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 2/2002: Zwei kosten manchmal weniger. Personal-Einsatz-Planung mit geteilten Einsätzen. In: HP, 02/2002, S. 5-6 im Innenheft.

* Sießegger, Thomas: PDL praxis 3/2002: Wo liegen Ihre Spielräume. Patienten- Gewinn- und Verlustliste im Rahmen der PEP. In: HP, 03/2002, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 4/2002: Kalkulation mit Durchschnittswert. Fahrwege und -zeiten nicht dem Pflegebedürftigen anlasten. In: HP, 04/2002, S. 5-6 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 5/2002: Mischung aus Qualifikationen. Examierte Pflegefachkräfte (PFK) contra Pflegehelfer. In: HP, 05/2002, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 6/2002: Zeitwerte anpassen. Wie ein Personal-Einsatz-Plan individuell entwickelt werden kann. In: HP, 06/2002, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 7/2002: Eine flexible Zusammensetzung. Die optimale Personal-Struktur. In: HP, 07/2002, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 8/2002: Von Zeitwerten und Kosten. Zehn goldene Regeln für die Personal-Einsatz-Planung. In: HP, 08/2002, S. 5-6 im Innenheft.

* Sießegger, Thomas: PDL praxis 9/2002: Richtige Schlüssel verwenden. Eine einfache Form der Kostenrechnung. In: HP, 09/2002, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 10/2002: Der Kreativität freien Lauf lassen. Kriterien für Zielvereinbarungen mit der PDL. In: HP, 10/2002, S. 4-5 im Innenheft.

* Sießegger, Thomas: PDL praxis 11/2002: Ein Controlling-Baustein. Die Kosten ganzjährig im Griff mit kontinuierlichem SOLL-IST-Vergleich. In: HP, 11/2002, S. 4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 12/2002: Hausbesuche als Schlüssel. Zur verursachungsgerechten Verteilung der Kosten. In: HP 12/2002, S.6-7 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 01/2003: Personal- und Sachkosten trennen. Zur Ermittlung der Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI. In: HP 01/2003, S.4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 02/2003: Fixe und variable Kosten. Die Entwicklung der Kosten den Erfößen anpassen. In: HP 02/2003, S.4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 03/2003: Kontrolle der Rentabilität. Zur Deckungsbeitragsrechnung in ambulanten Pflegediensten. In: HP 03/2003, S.4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 04/2003: Deckung der Gemeinkosten. Die Deckungsbeitragsrechnung für einen Verband mit ambulanten Pflegedienst. In: HP 04/2003, S.5-6 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 05/2003: Nicht alles muss sich rechnen. Der strategische Umgang mit Kosten und Erlösen. In: HP 05/2003, S.5-6 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 06/2003: Haushaltspläne sind nicht flexibel. Verbotene Begriffe zur Steuerung eines ambulanten Dienstes, Teil 1. In: HP 06/2003, S.4-5 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 07/2003: Personal in Stunden berechnen. Verbotene Begriffe zur Steuerung eines ambulanten Dienstes, Teil 2. In: HP 07/2003, S.5-6 im Innenheft.

* Sießegger, Thomas: PDL praxis 08/2003: Plus in Minus verwandeln. Verbotene Begriffe zur Steuerung eines ambulanten Dienstes, Teil 3. In: HP 08/2003, S.6 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 09/2003: Ein flexibler Personalmix. Verbotene Begriffe zur Steuerung eines ambulanten Dienstes, Teil 4. In: HP 09/2003, S.5-6 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 10/2003: Die Kontrolle ist besser. Die Abrechnung der Leistungen im eigenen Pflegedienst vornehmen. In: HP 10/2003, S.6-7 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 11/2003: Resultat von genauen Vorgaben. Kosten reduzieren durch Optimierung der Organisationszeiten. In: HP 11/2003, S.6-7 im Innenheft.

Sießegger, Thomas: PDL praxis 12/2003: Der gewichtete Durchschnitt. Statistische Anwendungen für ambulante Pflegedienste, Teil 1. In: HP 12/2003, S.6-7 im Innenheft.

Abkürzung: HP = Häusliche Pflege