

# Der Dreisprung in eine verlässliche Arbeitszeit

Das vielerorts praktizierte Verfahren zur Krankheitsvertretung, Mitarbeiter aus dem Frei zu rufen, hat ausgedient – zu unbeliebt, zu teuer und zu aufwendig. Hier finden Sie in drei Schritten die Lösung, um **Ausfallzeiten besser zu managen**.



Foto: Gina Sanders/fotolia

Die Verlässlichkeit der Arbeitszeit und die Stabilität der Besetzung werden zum Qualitätskriterium pflegerischer Dienstmodelle. Allerdings greifen isolierte Maßnahmen wie die Einrichtung von Stand-by-Diensten, Joker-Diensten oder Pool-Lösungen, die einfach an die bestehende Handhabung der Dienstplanung „angeflanscht“ werden, zu kurz. Erfahrungsgemäß schränken unklare oder mit dem verfügbaren Arbeitszeitangebot (Stellenplan) nicht kompatible Besetzungsvorgaben, zu kleine Steuerungseinheiten, unzureichende Steuerungsregeln für den Ausgleich von Länger- und Kürzerarbeit und vor allem die immer noch verbreiteten monatlichen Planungshorizonte die Effekte des Ausfallzeitenmanagements

deutlich ein. Verlässliche Arbeitszeiten sind ohne ein Ausfallzeitenmanagement nicht möglich – aber ein funktionierendes Ausfallzeitenmanagement allein bedeutet noch nicht, dass die Arbeitszeiten verlässlicher werden. Für ein tragfähiges Ausfallzeitenmanagement müssen mehrere Maßnahmen ineinandergreifen. Wir stellen die erforderlichen Schritte in drei aufeinander aufbauenden Abschnitten als einen „Dreisprung“ in die verlässliche Arbeitszeit vor.

## Schritt 1: Soll-Besetzung auf Basis fester, einfacher Dienstzeiten

Die ersten beiden Schritte werden dabei mit Hilfe des Praxisbeispiels der Main-Kinzig-Kliniken GmbH, Gelnhausen und

Schlüchtern, beschrieben. Der erste „Sprung“ schafft die Voraussetzungen für ein funktionierendes Ausfallzeitenmanagement – vereinfachte Dienstzeiten, feste Dienstenden und festgelegte Soll-Besetzungen. Im zweiten, zentralen „Sprung“ wird das Ausfallzeitenmanagement für die Bewältigung kurzfristiger Krankheitsausfälle aufgebaut und dafür werden größere Steuerungseinheiten geschaffen. Der dritte „Sprung“ komplettiert die Maßnahmen zur Erhöhung der Verlässlichkeit durch die Einführung durchlaufender Grunddienstpläne.

Im bevölkerungsreichsten Landkreis Hessens, dem Main-Kinzig-Kreis, versorgen die Main-Kinzig-Kliniken jährlich 31.500 stationäre Patienten in Gelnhausen und Schlüchtern in allen Gebieten der modernen Grund- und Regelversorgung. Neben 16 Fachabteilungen stehen vier fachübergreifende Spezialzentren wie Brust-, Darm-, Diabetes- und Perinatalzentrum Level 2 zur Verfügung.

Vor Beginn des Projektes wurden Probleme offenkundig, die so oder ähnlich auch in vielen anderen Krankenhäusern anzutreffen sind und den Ruf nach verlässlichen Dienstzeiten laut werden ließen: Die Zeitkonten der Mitarbeiter quollen über. Die Dienststruktur war unübersichtlich; im Laufe der Zeit waren zahlreiche Dienstarten ergänzt worden – ohne dass die Struktur zwischenzeitlich „aufgeräumt“ wurde. So gab es für einzelne Mitarbeiter individuelle Dienste, zum Teil waren diese lediglich informell zwischen Stationsleitung und dem betreffenden Mitarbeiter abgesprochen. Verbindliche Soll-Besetzungsvorgaben waren nicht festgelegt; folglich schwankten die erreichten Besetzungsstärken deutlich – und zwar bereits planungsseitig, also noch unabhängig von möglichen kurzfristigen Ausfällen. Letztere verschärfen das Problem noch – auch durch die Art der Reaktion darauf: durch

häufige Abrufe aus dem Frei. Insgesamt gab es ca. 1.250 Abrufe pro Jahr in beiden Standorten des Hauses. Diese trafen vorrangig die weniger werdenden Mitarbeiter, die sich bereiterklärten, kurzfristig zusätzliche Dienste zu übernehmen, und damit ihr Zeitkonto noch weiter befüllten – ohne Aussicht, dies auszugleichen, da die gesamte verfügbare Arbeitszeit (Monats-Sollarbeitszeit) bereits im Vorhinein verplant wurde. Auf diese Weise waren Zeitkonten-„Altlasten“ in der Größenordnung von ca. 41.500 Stunden aufgelaufen. Die Stations- und Pflegedienstleitungen verloren zudem viel Zeit bei der Suche nach Mitarbeitern, welche die nicht besetzten Dienste übernehmen konnten. Ein besonderes Problem bestand schließlich darin, dass in den Main-Kinzig-Kliniken eine elektronische Kommt-Geht-Zeiterfassung (Stechuhr) praktiziert wurde, bei der einzelne Mitarbeiter eingeteilte Dienstenden durch abweichende Ist-Arbeitszeiten überschreiben konnten – ein fataler Anreiz, der zu erheblichen Zeitsaldenzuwächsen ohne verbindliche Rücksteuerungsregeln führte.

#### **Klare Dienststrukturen**

Der erste Veränderungsschritt bestand aus mehreren Teilschritten. Zunächst traten einfache Arbeitszeitgrundmuster aus wenigen Dienstzeiten an die Stelle der gewachsenen Dienstvielfalt. Die „zerfaserten“ Dienstzeiten führten zu komplizierten Dienstplänen und Vertretungsregeln und hatten unnötige Übergabe- und Überlappungszeiten zur Folge. Für die Pflegekräfte aller Stationen gelten heute folgende Dienstzeiten: Frühdienst 6:00–14:00 Uhr, Spätdienst 13:30–21:00 Uhr und Nachtdienst 20:30–6:30 Uhr.

In den Main-Kinzig-Kliniken wurden vor allem die langen Überlappungszeiten zwischen Früh- und Spätdiensten auf 30 Minuten gekürzt, sodass die Übergabezeiten

zwischen allen Dienstlagen nun gleich lang sind. Durch die Vereinfachung der Dienststrukturen ist die Erstellung der Dienstpläne deutlich überschaubarer und damit leichter geworden. Nachdem die Arbeitsabläufe den veränderten Dienstzeiten angepasst wurden, erleben auch die Mitarbeiter die einfachen Dienstmuster als positiv.

Der zweite Teilschritt bestand darin, die bislang offenen Dienstenden als grundsätzlich verbindlich-feste Dienstenden auszugestalten. Dies diente dem Interesse der Mitarbeiter an verlässlichen Arbeitszeiten, ebenso wie der Schonung der Arbeitszeitkapazität und damit der Zeitkonten. Abweichungen

### **>> Verbindliche, feste Arbeitszeiten und die Definition der Soll-Besetzung erleichtern die Dienstplanung. <<**

von eingeteilten Dienstzeiten nach „hinten“ sollten auf wenige, aus unwägbaren Arbeitsanforderungen resultierenden Ausnahmen begrenzt werden. Wegen der verbindlichen Schichtübergabe sollte standardmäßig ein pünktliches Dienstende eingehalten werden. Wegen der hier bestehenden elektronischen Anwesenheitszeiterfassung, die einer verlässlichen Arbeitszeitgestaltung nicht zuträglich ist, war dieser Schritt für das Klinikum von besonderer Bedeutung.

#### **Nur noch genehmigte Überstunden**

Die Möglichkeit, die eingeteilten Dienste eigenständig durch die Zeiterfassung zu „überschreiben“, senkte den Druck auf eine dienstzeitkompatible Arbeitsorganisation. Grundsätzlich bestand die Möglichkeit für eigenbestimmte Längerarbeit, wenn die Arbeit nicht im vorgesehenen Zeitfenster

erledigt werden konnte. Die dienstplanenden Stationsleitungen wiederum waren bei der Steuerung der Zeitsalden vor das Problem gestellt, dass sie die entstandene Mehrarbeit nur zum Teil beeinflussen konnten – aber letztlich verantwortlich gemacht wurden für die Zeitkontensteuerung. Um diese Probleme zu beheben, wurde in den Main-Kinzig-Kliniken die elektronische Zeiterfassung zwar nicht abgeschafft, aber durch feste Beginn- und vor allem Endzeiten „unschädlich“ gemacht. Abweichungen werden jetzt nicht mehr automatisch in die Zeitkonten übernommen, sondern auf Einzelfallbasis nach Antrag des Mitarbeiters von der Führungskraft geprüft und – sofern dem Antrag stattgegeben wird – nachgetragen. Dies erleichtert den Dienstplanern die Steuerung der Zeitsalden, da die nun entstehenden Plus- und Minussalden zum größten Teil dienstplanungsbedingt sind.

Durch diese Maßnahme konnte in einem ersten Schritt das Anwachsen der positiven Zeitsalden gestoppt werden. Die Mitarbeiter im Pflegedienst äußerten sich in Workshops zunächst mit ambivalenten Meinungen hierzu. Einerseits erlebten sie es als wohlthuend, pünktlich den Dienst beenden zu können, andererseits beklagten Mitarbeiter den gestiegenen Zeitdruck. Durch die Einführung von 10-minütigen Rüstzeiten pro Schicht wurden die Rückmeldungen durch die Mitarbeiter deutlich positiver. Die Zeiten, die auf Antrag freigegeben wurden, hielten sich in sehr überschaubarem Rahmen.

#### **Soll-Besetzung festlegen**

Als dritter unverzichtbarer Bestandteil des ersten Sprungs hat sich die Festlegung verbindlicher Soll-Besetzungen erwiesen. Schwankungen der Besetzungstärke, die nicht auf Schwankungen in der Belegung basieren, erzeugen unnötige Belastungen für die Mitarbeiter und sind mit auf verläss-

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr
Anzahl 2016	48	52	52	50	51	51	50	2	10	366
Feiertage	4	0	0	2	2	0	2			

Dienst	Uhrzeit	Arbeitszeit/h	Besetzungsstärke									
Früh	06:00-14:00	7,50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8.235
Spät	13:30-21:00	7,00	3	3	3	3	3	2	2	2	2	6.895
Nacht	20:30-06:30	9,25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3.386
<b>Gesamt</b>											<b>18.516</b>	

Arbeitszeitangebot	261	Tage MO-FR
	8	Feiertage Montag-Freitag
	2	Vorfesttage
	30	Tage Urlaub
	3	Zusatzurlaub (Wechsel-) Schicht
	1	Fortbildung
	18,0	Krankheit, krankes Kind usw.
	<b>199</b>	<b>verfügbare Tage</b>
	<b>7,7</b>	<b>Stunden/Tag</b>
	<b>1532</b>	<b>verfügbare Stunden</b>

Arbeitszeitangebot	1.532	Stunden
<b>Stellenbedarf gesamt</b>	<b>12,08</b>	<b>VK</b>
<b>Stellenbedarf „netto“</b>	<b>9,21</b>	<b>VK</b>
<b>Stellenbedarf Krankheit/krankes Kind</b>	<b>0,83</b>	<b>VK</b>
<b>Stellenstand Ist</b>	<b>12,00</b>	<b>VK</b>
<b>Differenz Bedarf zu Ist</b>	<b>0,08</b>	<b>VK</b>

Abb. 1: Soll-Besetzung und Personalbedarf einer chirurgischen Station

Quelle: Eigene Zusammenstellung

liche Zeitbudgets je Patient ausgerichteten Qualitätsstandards nicht zu vereinbaren. Insbesondere führen in vielen Krankenhäusern immer noch Mindestbesetzungsvorgaben zu einem Hin- und Herpendeln der Besetzungsstärken. Verbreitet ist zudem die Orientierung auf die monatliche Soll-Arbeitszeit statt auf die Soll-Besetzung. Diese führt zu Schwankungen, da in Monaten mit wenig Feiertagen und Urlauben durchschnittlich mehr Dienste besetzt werden als in Monaten mit vielen Feiertagen und Urlauben.

Mit der Vorgabe der Soll-Besetzung wird hingegen ausgedrückt, wie viele Dienste in welcher Schichtlage an welchen Wochentagen besetzt werden können, nachdem auf Basis der verfügbaren Personalkapazität die Abwesenheiten durch Urlaub, Fortbildung, Krankheit und Freizeitausgleich für Feiertagsarbeit in Abzug gebracht wurden. Der sich ergebende Wert ist die Netto-Arbeitszeit, die im Krankenhaus bei normaler Krankheitsquote von etwa fünf bis sechs Prozent bei typischerweise ca. 200 Arbeitstagen pro Jahr liegt, was (inkl. Feiertage, Urlaub, Zusatzurlaub, Vorfesttage, Fortbildung) ca. 23 Prozent Abwesenheitsquote entspricht.

Die planmäßige Soll-Besetzung in den Main-Kinzig-Kliniken für eine chirurgische Station, die hier als Beispiel dienen soll, beträgt Montag bis Freitag 3 Früh- und 3

Spätdienste, am Wochenende und an Feiertagen 3 Früh- und 2 Spätdienste. An allen Wochentagen wird zudem ein Nachtdienst besetzt. Werden alle Abwesenheiten (Urlaub, Fortbildung, Krankheit) vertreten, so werden ca. 12,1 VK (Vollzeitkräfte) benötigt – was sich gut mit dem Stellenplan der Station von 12,0 VK deckt, wie Abb. 1 zeigt.

### Berechnung Ausfallquote

Oftmals wird in der Praxis bereits die Ausfallquote nicht korrekt berechnet. So muss grundsätzlich der Gesamt-Besetzungsbedarf (in diesem Fall 18.618 Stunden) durch die Anwesenheitsquote (also in diesem Fall 199 verfügbare Tage durch 261 gegebene Tage Montag bis Freitag = 0,76) geteilt werden. Häufig wird stattdessen der Gesamt-Besetzungsbedarf mit der Abwesenheitsquote multipliziert, was bei der Ausfallquote ein falsch niedriges Ergebnis ergibt, da ja auch die Ausfallzeitenvertreter Ausfallzeiten haben – das wird auf diesem Weg jedoch nicht berücksichtigt. In der obigen Station hätte sich dadurch beispielsweise eine Differenz von ca. 0,7 VK ergeben.

Mit der strikten Orientierung an der Soll-Besetzung ist logischerweise die Abkehr von der kompletten Verteilung der Soll-Arbeitszeit aller Mitarbeiter verbunden; Soll-Besetzungs- und Soll-Arbeitszeit-

einhaltung fallen nur zusammen, wenn die tatsächlichen Ausfallzeiten den durchschnittlich anfallenden Ausfallzeiten entsprechen. Bezüglich der überwiegend nicht planbaren Krankheitszeiten muss bei Soll-Besetzungseinhaltung bei der Dienstplanung ohnehin ein „Zeitpuffer“ entstehen; schließlich sollen diese Reserven im Krankheitsfall mittels Ausfallzeitenmanagement aktiviert werden, die bisher grundsätzlich mitverplant wurden. Damit stellt die Etablierung einer auf die Einhaltung der Soll-Besetzung fokussierten Dienstplanung die entscheidende Voraussetzung für die systematische Ausfallzeitenvertretung dar.

### Schritt 2: Systematisches Ausfallzeitenmanagement

Mit Einführung einfacher Dienstzeiten, festen Dienstenden sowie der Fixierung der Soll-Besetzungen wurde in den Main-Kinzig-Kliniken der erste „Sprung“ zu einem verlässlichen Dienstmodell abgeschlossen. Erst auf dieser Grundlage kann nun ein erfolgversprechendes Ausfallzeitenmanagement aufgesetzt werden. Vor dessen Einführung sollten drei Fragen geklärt werden:

- Welche Ausfallzeiten werden vertreten?
- Welche stationsübergreifenden Vertretungsbereiche sind sinnvoll und möglich?

Quelle: Main-Kinzig-Kliniken GmbH

	Spätdienst		Nachtdienst	
	MO-FR	SA/SO/FR	MO-FR	SA/SO/FR
Innere	1 J + 1 SB	1 SB	-	-
Aufnahme, medizinischer Funktionsdienst	-	1 SB	-	-
Chirurgie	1 J	1 SB	-	-
Gynäkologie	1 SB	1 SB	-	-
Intensiv (übergreifend mit Schlüchtern)	1 J	1 J	1 SB	1 SB

Abb. 2: Anzahl Joker- und Stand-by-Dienste auf, für das Ausfallzeitenmanagement zusammengelegten, Organisationseinheiten am Standort Gelnhausen

- Welche Vertretungsinstrumente kommen zum Einsatz – und nach welchen Regeln werden diese eingesetzt?

Zunächst muss definiert werden, welche – von den tatsächlich zwingend zu vertretenden – Ausfallzeiten durch das Ausfallzeitenmanagement abgedeckt werden sollen. Bekanntlich besteht eine verbreitete und sinnvolle Kompensation von Krankheitstagen gerade in der Nichtvertretung. Mit den Krankheitstagen „leben“ wird man beispielsweise oftmals in den am stärksten besetzten Frühdiensten – sofern für die Fälle den Mitarbeitern Orientierungsschemata an die Hand gegeben werden, welche Tätigkeiten an diesen Tagen nicht oder eingeschränkt ausgeführt oder verschoben werden können. In den Main-Kinzig-Kliniken standen die kurzfristigen krankheitsbedingten Ausfälle im Fokus, welche als Ausfälle mit null bis vier Tagen Vorlauf definiert wurden. Zu vertretende Ausfälle, welche mindestens fünf Tage im Voraus bekannt sind, werden hingegen durch – weitestmöglich einvernehmliche – Dienstplanänderungen abgedeckt.

**Vertretungsregeln zwischen Stationen**

Um die kurzfristigen Ausfälle zu ermitteln, wurden die Dienstpläne über ein halbes Jahr am Monatsende nach folgendem Prinzip ausgewertet: Es wurde die Anzahl der krankheitsbedingt innerhalb der ersten vier Tage zu ersetzenden Schichten ausgezählt.

Nun war zu klären, welche Bereiche zusammengefasst werden können, um sich – ggf. stationsübergreifend – gegenseitig vertreten zu können. In den kleinen Planungseinheiten typischer Stationsgrößen mit 10 bis 15 Mitarbeitern (in VK) „verpufft“ der rechnerische Stellenanteil für Krankheitsvertretungen häufig. In den Main-Kinzig-Kliniken ist eine chirurgische Station mit insgesamt 12,0 VK besetzt. Bei

durchschnittlich 18 Krankheitstagen pro VK und Jahr, was dem Durchschnittswert in den Main-Kinzig-Kliniken entspricht, sind damit rechnerisch  $[12,1 \text{ VK} * (18 \text{ Krankheitstage} / 261 \text{ gegebene Tage Montag bis Freitag}) = ] 0,8 \text{ VK}$  für die Vertretung von (kurz- und langfristigen) Krankheitsausfällen im Stellenplan enthalten. Dies bedeutet, dass rechnerisch zum Beispiel 175 Spätdienste (à sieben Stunden) im Jahr besetzbar wären. Mithin könnte also an etwa 50 Prozent aller Tage Montag bis Sonntag ein über die zuvor definierte Soll-Besetzung

**>> Ausfallzeiten managen heißt nicht automatisch, dass jeder Dienst vertreten werden muss. <<**

hinausgehender zusätzlicher Spätdienst eingeteilt werden.

Das Wesen der krankheitsbedingten Ausfälle ist es aber, dass nur selten im Vorhinein feststeht, wann sie auftreten werden. Der zusätzliche Dienst kann daher nur nach dem Zufallsprinzip eingeteilt werden – in der Hoffnung, dass an Tagen ohne diesen zusätzlichen Dienst kein Mitarbeiter erkrankt, was ein wenig verlässliches Instrument darstellt. Zudem muss – auch wieder nach dem Lotterieprinzip – entschieden werden, in welcher Dienstage der zusätzliche Dienst eingesetzt werden soll. Dies verringert die Trefferquote bei drei Dienstagen noch weiter – auf knapp über 15 Prozent.

Daher wurden in den Main-Kinzig-Kliniken fachlich nahestehende Stationen zu Ein-

heiten zusammengefasst, welche bei Ausfällen zusammenarbeiten. Für die einzelnen Bereiche ergab sich dabei beispielsweise in Gelnhausen folgende Zuteilung der Vertretungsinstrumente Joker- und Stand-by-Dienste (siehe Abbildung 2).

Die hier beispielhaft betrachtete chirurgische Station mit 12,0 VK examinierten Fachkräften kooperiert mit drei weiteren chirurgischen Stationen. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, bei der Einteilung der zusätzlichen Dienste einen „Treffer“ zu erzielen. Die chirurgischen Stationen in den Main-Kinzig-Kliniken haben zusammen über 50 VK Fachkräfte. Damit wächst die rechnerisch vorgehaltene Krankheitsvertretung auf 3,5 VK – theoretisch könnten somit an jedem Tag im Jahr zwei zusätzliche, über die Soll-Besetzung hinausgehende Dienste eingeteilt werden. Damit ist eine „Spielmasse“ erreicht, dank derer sich die nachfolgend aufgeführten Instrumente des Ausfallzeitenmanagements regelhaft nutzbringend einsetzen lassen.

**Pool-Lösung, Joker-Dienste oder Stand-by?**

Hier zeigt sich, dass die im ersten „Sprung“ festgesetzte Soll-Besetzungsplanung ein wichtiger Schritt hin zu einem Ausfallzeitenmanagement und damit zu verlässlichen Dienstzeiten ist, denn mit der Soll-Besetzungsplanung wird bereits ein Puffer für Krankheitsvertretungen definiert – und dieser steht bei der Einhaltung der Soll-Besetzungsplanung auch immer zur Verfügung, da die Mitarbeiter nicht auf Basis ihrer monatlichen Soll-Arbeitszeit verplant werden. Vielmehr werden sie zunächst um den Aufwand für den Krankheitsvertretungsbedarf unterplant, um diese Reserve an für Krank-

	Dienste: Früh und Spät						
Station A							
Station B							
Station C							
Station D							
Pool							

Abb. 3: Organisation des Ausfallzeitenmanagements via Pool-Lösung

	Dienste: Früh und Spät						
Station A							
Station B							
Station C	Krank						
Station D							
Pool							

Abb. 4: Übernahme des Dienstes des krankheitsbedingt kurzfristig ausfallenden Mitarbeiters von Station C durch einen Pool-Mitarbeiter

	Dienste: Früh und Spät						
Station A							
Station B							Joker
Station C							
Station D							

Abb. 5: Organisation des Ausfallzeitenmanagements via Joker-Dienst

heitsvertretungen zur Verfügung stehender Arbeitszeit dann einzusetzen, wenn sie tatsächlich benötigt wird.

Hinsichtlich der Instrumente des Ausfallzeitenmanagements können zwei Varianten unterschieden werden. Entweder ist die Dienstzeit potenziell verlässlich planbar, aber der Einsatzort wird flexibel gehalten (Einsatzflexibilität durch Joker-Dienste oder Pool-Lösungen). Oder der Einsatzbereich ist eher verbindlich, jedoch wird die Arbeitszeit flexibel gestaltet (Arbeitszeitflexibilität durch Stand-by-Dienste).

Wird hingegen eine Pool-Lösung gewählt, wird der rechnerische Anteil für (kurzfristige) Krankheitsvertretungen aus den einzelnen Stationen herausgenommen und in eine eigene Organisationseinheit übertragen (vgl. Abbildung 3). Die Gesamtzahl der benötigten Mitarbeiter bleibt also gleich, nur werden diese anderen organisatorischen Einheiten zugeordnet. Betriebswirtschaftlich ist also auch dieses Instrument nicht teurer als andere, sofern es korrekt umgesetzt wird.

Der Vorteil der Pool-Lösung ist, dass nur wenige Mitarbeiter für den Einsatz auf vielen Stationen vorbereitet werden müssen. Die Einarbeitungsphasen sind so wesentlich verkürzt. Je nach Ausgestaltung des Pools kann dieser auch als Personalentwicklungsmaßnahme genutzt werden, indem beispielsweise eine Leitungstätigkeit oder Fachweiterbildung nur dann angestrebt werden kann, wenn mindestens sechs Monate im Pool gearbeitet wurde.

**Planungssicherheit für Mitarbeiter**

In den Main-Kinzig-Kliniken entschied man sich anstelle einer Pool-Lösung für eine Kombination aus Joker- und Stand-by-Diensten. Joker-Dienste sollen dabei die Basis bilden – sie werden insbesondere aufgrund ihrer verlässlichen Arbeitszeit als attraktiver angesehen als Stand-by-Dienste,

bei denen sich der Diensthabende zwar auf den Dienstabruf einstellen kann und eine gerechte dienstplanmäßige Verteilung über die Mitarbeiter möglich ist, bei der aber weiterhin kurzfristige Arbeitszeitflexibilität bestehen bleibt. Der Stand-by-Dienst soll daher nachrangig und damit für Vertretungsspitzen eingesetzt werden – wenn die Joker-Dienste ausgeschöpft sind und dennoch zusätzlicher Bedarf besteht. Die Einteilung von weiteren Joker-Diensten kommt dann nicht in Frage, wenn die Wahr-

**>> Joker-Dienste sind bei den Pflegenden beliebter als Stand-by-Dienste. <<**

scheinlichkeit für den Vertretungseintritt unter ca. 50 Prozent sinkt; Stand-by-Dienste hingegen sollten nur bis zu dieser Grenze in Frage kommen, weil bei häufigerer als etwa hälftiger Abrufwahrscheinlichkeit eine feste Einteilung des Krankheitsvertreters im Dienstplan naheliegender ist.

In den Main-Kinzig-Kliniken finden Joker-Dienste bei den Mitarbeitern erwartungsgemäß eine höhere Akzeptanz als Stand-by-Dienste. Viele Mitarbeiter berichten von erhöhtem Stress an Tagen mit Stand-by-Diensten. Das Bereithalten dauere „gefühlte mehrere Stunden“. Eine durch den Betriebsrat erfolgte Abfrage ergab ein mehrheitliches Votum für die Joker-Dienste. Hierbei werden Stationen zu Ausfallzeiteinheiten zusammengefasst, wie im Beispiel. In diesem Bereich ist wochentäglich ein Mitarbeiter für einen Joker-Dienst eingeteilt, wie Abbildung 5 zeigt, und beginnt zu einer festen Zeit seinen Dienst. Diesen tritt er auf seiner „Heimat“-Station an – im Beispiel Station B.

Bei einem kurzfristigen Ausfall auf einer anderen Station wechselt er für die Dauer

des Dienstes auf die andere Station – im Beispiel wechselt er also von seiner „Heimat“-Station B auf Station C, auf welcher ein Mitarbeiter erkrankt ist (vgl. Abbildung 6). Wird ein Kollege auf der eigenen Station krank, so bleibt er auf „seiner“ Station. Wird er nicht benötigt, so unterstützt er die Kollegen.

Das andere, in den Main-Kinzig-Kliniken nachrangig genutzte Instrument des Ausfallzeitenmanagements ist der Stand-by-Dienst. Für die chirurgischen Stationen ist am Wochenende ein Mitarbeiter im Stand-by-Dienst eingeteilt (vgl. Abbildung 7). Dieser hält sich für eine halbe Stunde vor Dienstbeginn für einen telefonischen Abruf bereit. Pro Stand-by-Dienst erfolgt unabhängig vom Einsatz eine Zeitgutschrift in Höhe von einer Stunde. Fällt ein Kollege auf den vier Stationen kurzfristig aus, so wird der Mitarbeiter im Stand-by-Dienst im vorgesehenen Zeitfenster kontaktiert und tritt dann einen regulären Dienst an. Dieser wird ihm in voller Länge auf dem Zeitkonto gutgeschrieben. Im Beispiel übernimmt also der Mitarbeiter von Station A, welcher im Stand-by-Dienst eingeteilt ist, den Dienst des erkrankten Mitarbeiters von Station C (vgl. Abbildung 8). Gibt es keinen kurzfristigen krankheitsbedingten Ausfall, so hat der Mitarbeiter im Stand-by-Dienst frei.

Der Stand-by-Dienst hat gegenüber dem heute häufig praktizierten System des spontanen Abrufs aus dem Frei den Vorteil, dass allen Mitarbeitern zuvor bekannt ist, ob sie an einem bestimmten Tag für einen solchen Abruf in Frage kommen oder nicht – und die freien Tage damit auch als wirklich freie Tage genießen und für private Belange verplanen können.

**Vertretungsregeln festlegen**

Auch bei systematischem Ausfallzeitenmanagement kann es weiterhin zu einer



Abb. 6: Übernahme des Dienstes eines krankheitsbedingt kurzfristig ausfallenden Mitarbeiters durch den im Joker-Dienst eingeteilten Mitarbeiter

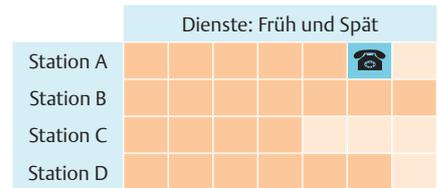


Abb. 7: Organisation des Ausfallzeitenmanagements via Stand-by-Dienst



Abb. 8: Übernahme des Dienstes eines krankheitsbedingt kurzfristig ausfallenden Mitarbeiters durch den im Stand-by-Dienst eingeteilten Mitarbeiter



Abb. 9: Organisation des Ausfallzeitenmanagements auf freiwilliger Basis und via Joker-Dienst

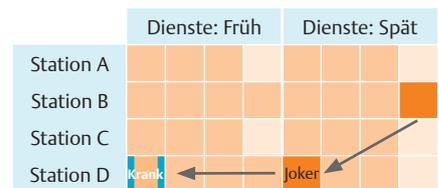


Abb. 10: Übernahme des Dienstes eines krankheitsbedingt kurzfristig ausfallenden Mitarbeiters auf freiwilliger Basis durch Wechsel vom Spät- in den Frühdienst sowie Einsatz des im Joker-Dienst eingeteilten Mitarbeiters

„Verpuffung“ des eingeteilten Vertretungsdienstes kommen. Allerdings wird durch die Zusammenführung zu größeren Einheiten und dem gezielten Zusammenwirken der beiden beschriebenen Instrumente diese Wahrscheinlichkeit gegenüber der Ad-hoc-Vertretung auf Einzelstationen deutlich verringert. Zudem kann es natürlich vorkommen, dass mehr Dienste kurzfristig entfallen, als im Ausfallzeitenmanagement vorgehalten werden. Für diesen Fall sollte definiert werden, wie in solchen Situationen die Ressourcen verteilt werden. Wenn also auf den chirurgischen Stationen mehr als zwei Mitarbeiter gleichzeitig kurzfristig erkranken, so wird auf Basis der aktuellen Belegungssituation entschieden, auf welchen Stationen die Joker- und Stand-by-Dienst-Mitarbeiter vorrangig eingesetzt werden.

Es ist zu empfehlen, die Joker- und Stand-by-Dienste vorwiegend im Spätdienst einzuteilen. Hier ist erfahrungsgemäß die Möglichkeit für das Auffangen einer geringeren Besetzung wegen der bereits gegenüber den Frühdiensten regulär abgesenkten Besetzung niedriger. Zugleich sind die meisten Mitarbeiter eher bereit, kurzfristig aus dem Spät- in den Frühdienst zu wechseln als aus dem Früh- in den Spätdienst. Bei einem Ausfall im Frühdienst, sofern er überhaupt nachbesetzt werden muss, kann daher meist auf freiwilliger Basis ein Mitarbeiter aus dem Spätdienst gewonnen werden – dies muss nicht zwingend der für den Joker-Dienst eingeteilte Mitarbeiter sein. Im Beispiel erkrankt ein Mitarbeiter im Frühdienst von Station D. Von Station B ist ein Mitarbeiter im Joker-Spätdienst eingeteilt (vgl. Abbildung 9). Ein Kollege aus dem Spätdienst von Station D übernimmt freiwillig den Frühdienst – und der Joker-Dienst von Station B ersetzt diesen Kollegen im Spätdienst (vgl. Abbildung 10).

Die Einführung von Joker- und Stand-by-Diensten als Maßnahmen eines systematischen Ausfallzeitenmanagements haben sich sowohl aus Sicht der Pflegedienst- und der Stationsleitungen als auch aus Sicht der Mitarbeiter und des Betriebsrates bewährt. Für die Mitarbeiter der Main-Kinzig-Kliniken hat sich das Abrufen aus einem freien Tag um etwa 70 Prozent reduziert. Joker- und Stand-by-Dienste nur für den Spätdienst einzusetzen, war die richtige Entscheidung, da Mitarbeiter gerne in einen Frühdienst wechseln, um in diesem Dienst einen krankheitsbedingten Ausfall zu kompensieren. Eine Verschiebung in den Nachtdienst ist zwar schwieriger, aber durch die niedrigere Ausfallwahrscheinlichkeit gut zu kompensieren. Der Erfolg der ergriffenen Maßnahmen (einfache Dienststrukturen, feste Beginn- und Endzeiten der Arbeitsschichten, systematisches Ausfallzeitenmanagement) wird im deutlichen Rückgang der Altlastenkonten spürbar. Mittlerweile haben sich diese von ursprünglich ca. 41.500 auf 28.300 Stunden reduziert.

Mit dem Ausfallzeitenmanagement ist damit der zweite und wichtigste „Sprung“ hin zu verlässlichen Arbeitszeiten getan. Und auch der nachfolgende letzte „Sprung“ ist bereits vorbereitet: der Abschied von der Monatsplanung hin zu durchlaufenden Grunddienstplänen, denn der wichtigste Störfaktor länger laufender Pläne ist häufiger Änderungsbedarf aufgrund von kurzfristigen Personalausfällen.

### Schritt 3: Durchlaufende Grunddienstpläne

Die Grundidee ist einfach: Sämtliche Mitarbeiter erhalten den gleichen Dienstplan, durchlaufen ihn nur versetzt – ein Verfahren, das in zahlreichen anderen Branchen mit teils komplexeren Besetzungsanforderungen seit langem erfolgreich

Woche	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
1	F	F	F	F	S	S	S
2	N	N	N	N			
3	V	V	V	V	V	V	V
4			F	F	F	F	F
5	S	S	S	S	S		
6	S	S		V	V	V	V
7	V	V	V		F	F	F
8	F	F	S	S	N	N	N
9			F	F	F	S	S
10	S	S		V	V	V	V
11	V	V	V			F	F
12	F	F	S	S	S		
F	3	3	3	3	3	3	3
S	3	3	3	3	3	2	2
N	1	1	1	1	1	1	1
V	3	3	3	3	3	3	3

F = Frühdienst  
 S = Spätdienst  
 N = Nachtdienst  
 V = Vertretungsdienst

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Abb. 11: Grunddienstplan für die chirurgische Station

praktiziert wird. Im Grunddienstplan wird die Soll-Besetzung stabil abgedeckt, zusätzlich werden Vertretungstage eingeplant, welche zur Vertretung von langfristigen Ausfallzeiten (Urlaub, Fortbildung) dienen sowie Bestandteil des Ausfallzeitenmanagements sind. Die Basis für die Erstellung von Grunddienstplänen ist die Soll-Besetzung und die Berechnung des Brutto- und Netto-Personalbedarfes. Als Beispiel dient hier wiederum die chirurgische Station mit 12,0 VK. Die Soll-Besetzung ist hier folgendermaßen vorgegeben: wochentags 3:3:1 (Früh/Spät/Nacht) und am Wochenende 3:2:1 Pflegende. Bei Berücksichtigung aller Ausfallzeiten (Brutto) werden dann 12,1 VK benötigt. Die Laufzeit eines Dienstzyklus,

der anschließend von neuem durchlaufen wird, orientiert sich am Personalbedarf: In diesem Fall würde der Plan also über zwölf Wochen laufen, in Woche 13 beginnt der Mitarbeiter dann wieder von vorn mit seiner jeweiligen Startwoche.

**Netto-Personalbedarf als Grundlage**

Die zweite Regel bei der Erstellung von Grunddienstplänen lautet: In jedem Dienstzyklus (hier: 12 Wochen) müssen alle Dienste so oft vorkommen, wie sie in der Soll-Besetzung festgelegt sind. Zusätzlich werden hier die Vertretungstage eingetragen, die später für die Planung der Ausfallzeitenvertretung benötigt werden und im endgültigen Grunddienstplan nicht mehr auftauchen. Hierfür ist der Netto-Personalbedarf (also der Personalbedarf vor Einrechnung aller Ausfallzeiten) relevant, welcher in diesem Fall 9,2 VK beträgt. Die Differenz zwischen Brutto- und Netto-Personalbedarf zeigt die Anzahl der Vertretungstage. Auf dieser Station müssen also in einem zwölfwöchigen Grunddienstplan täglich drei Vertretungsdienste eingeteilt werden.

Ein möglicher Grunddienstplan für diese Station könnte daher wie in Abbildung 11 gezeigt gestaltet werden. Dies ist der Dienstplan für einen einzelnen Vollzeit-Mitarbeiter – in den zwölf Wochen ist also für diesen Mitarbeiter jeder der laut Soll-Besetzung einzuteilenden Dienste jeweils ein Mal aufgeführt. Hinzu kommen die Vertretungstage. Diese werden dabei nicht immer in Anspruch genommen – nur in seltenen Fällen werden daher alle im Grunddienstplan aufgeführten Vertretungsdienste tatsächlich in reguläre Dienste umgewandelt.

Nun muss dieser Dienstplan auf alle Mitarbeiter „ausgerollt“ werden (vgl. Abb. 12). Hier wird ähnlich wie beim Singen eines Kanons versetzt eingestiegen: Mitarbeiter 1 beginnt in Woche 1, Mitarbeiter 2 in

Woche 2 usw., bis Mitarbeiter 12 in Woche 12 beginnt. In Abb. 12 wird auszugsweise der „ausgerollte“ Dienstplan für die Wochen 1 bis 4 dargestellt.

Es zeigt sich: Die Soll-Besetzung wird täglich eingehalten, und es stehen immer drei Vertretungsdienste zur Verfügung. Teilzeitmitarbeiter werden in Grunddienstplänen entweder in „Pärchen“ einzelnen Positionen zugeordnet und teilen sich dann die zu erbringenden Dienste. Oder sie durchlaufen eigene Grunddienstpläne, die mit den anderen Grunddienstplänen in der Summe den Gesamt-Soll-Besetzungsbedarf genau abbilden.

**Zeitkontenneutral planen**

Im nächsten Schritt erfolgt die sogenannte Ausplanung (vgl. Abb. 13); erst danach ist der Grunddienstplan in einem Zustand, in dem er veröffentlicht werden kann. Bei der Ausplanung werden die langfristig bekannten Abwesenheiten wie Urlaub und Fortbildung mit dem ausgerollten Grunddienstplan zusammengeführt. Die Dienste, die durch Urlaub etc. nicht mehr besetzt wären, werden auf die Vertretungstage übertragen – wie im Beispiel, in dem Mitarbeiter 10 in der ersten Woche die Früh- und Spätdienste von Mitarbeiter 2 übernimmt. Die nun verbliebenen Vertretungstage werden genutzt, um die Ausfallzeiten zu managen. Da sich die Beispiel-Station mit vier weiteren Stationen jeweils einen Joker-Dienst MO–FR und einen Stand-by-Dienst SA/SO/FT teilt, muss sie durchschnittlich jeden vierten Tag einen Dienst übernehmen – in vier Wochen müssen also 7 Joker- oder Stand-by-Dienste eingeteilt werden. Die dann weiterhin nicht genutzten Vertretungstage entfallen zugunsten arbeitsfreier Tage, wie Abbildung 14 darstellt. Grunddienstpläne sind unabhängig von der monatlichen Soll-Arbeitszeit und basieren

auf den Soll-Besetzungen, wodurch immer der nötige „Puffer“ für auch kurzfristige Krankheitsvertretungen eingeplant wird. In einigen Monaten kann es aufgrund von vielen Feiertagen und Urlauben durchaus dazu kommen, dass die Mitarbeiter über ihr Soll geplant werden – dafür werden sie in anderen Monaten mit wenig Feiertagen und wenig Urlaub aber unterplant. Somit schafft die Abkehr von der monatlichen Planung die nötigen Freiräume, das Ausfallzeitenmanagement vollständig und zeitkontenneutral zu implementieren.

Da dank EDV-gestützter Dienstplanung die Möglichkeit besteht, diese Dienstpläne über sehr lange Zeiträume „auszurollen“ und auch auszuplanen, ist somit für die Mitarbeiter verlässliche Vorhersehbarkeit ihrer Dienstzeiten möglich. Durch das integrierte Ausfallzeitenmanagement wird der Dienstplan auch im laufenden Betrieb nur noch so selten wie möglich angepasst werden müssen.

Mitarbeiter	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	
1	F	F	F	F	S	S	S	N	N	N	N				V	V	V	V	V	V	V			F	F	F	F	F	
2	F	F	S	S	S			F	F	F	F	S	S	S	N	N	N	N				V	V	V	V	V	V	V	
3	V	V	V			F	F	F	F	S	S	S			F	F	F	F	S	S	S	N	N	N	N				
4	S	S		V	V	V	V	V	V				F	F	F	F	V	V	V	V	S	S		F	F	F	F	S	S
5			F	F	F	S	S	S	S				V	V	V	V	V	V	V			F	F	F	F	S	S		
6	F	F	S	S	N	N	N			F	F	F	S	S	S	S			V	V	V	V	V	V			F	F	
7	S	S		V	V	V	V	V	V			F	F	F	F	F	S	S	N	N	N			F	F	F	S	S	
8	S	S	S	S	S			S	S			V	V	V	V	V	V			F	F	F	F	F	S	S	N	N	N
9			F	F	F	F	F	S	S	S	S			S	S			V	V	V	V	V	V	V	V	F	F	F	
10	V	V	V	V	V	V	V			F	F	F	F	F	S	S	S	S				S	S	V	V	V	V	V	
11	N	N	N	N				V	V	V	V	V	V					F	F	F	F	F	S	S	S	S	S		
12	V	V	V		F	F	F	F	F	S	S	N	N	N				F	F	F	S	S	S	S		V	V	V	V
F	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
S	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2		
N	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
V	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		

Abb. 12: „Ausgerollter“ Grunddienstplan der chirurgischen Station Quelle: Eigene Zusammenstellung

Mitarbeiter	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	
1	F	F	F	F	S	S	S	N	N	N	N				V	V	S	S	V	V	V	U	U	U	U	U			
2	U	U	U	U	U			U	U	U	U	U			N	N	N	N				S	S	S	S	S	V	V	
3	V	V	S			F	F	F	F	S	S	S			F	F	F	F	S	S	S	N	N	N	N				
4	S	S		F	F	F	F	V	V	V			F	F	F	F	S	S	S			F	F	F	F	S	S	S	
5			F	F	F	S	S	S	S	S	S	V	V	V				F	F	F	F	F	F	F	S	S	S		
6	F	F	S	S	N	N	N			F	F	F	S	S	S	S			F	F	F	F	V	V	V		F	F	
7	S	S		V	V	V	V	U	U	U	U	U			U	U	U	U	U				F	F	F	S	S		
8	S	S	S	S	S			S	S			V	V	F	F	F	F	F			F	F	F	F	S	S	N	N	N
9	U	U	U	U	U			S	S	S	S	S			S	S		V	N	N	N	V	V	V		F	F	F	
10	F	F	F	S	S	V	V			F	F	F	F	F	S	S	S	S			S	S		F	F	F	F	F	
11	N	N	N	N				F	F	F	F	V	V	U	U	U	U	U				U	U	U	U	U			
12	V	V	V		F	F	F	F	F	S	S	N	N	N				F	F	F	S	S	S	S		V	V	V	V
F	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
S	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2		
N	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
V	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	

Abb. 13: Ausgeplanter Grunddienstplan der chirurgischen Station Quelle: Eigene Zusammenstellung



**Lars Herrmann**, Partner von Herrmann · Kutscher · Weidinger Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus, Berlin



**Christine Fischer**, Junior-Partnerin Herrmann · Kutscher · Weidinger Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus, Berlin



**Elke Pfeifer**, Pflegedirektorin der Main-Kinzig-Kliniken GmbH, Gelnhausen und Schlüchtern

Mitarbeiter	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							
	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	
1	F	F	F	F	S	S	S	N	N	N	N				J	S	S				U	U	U	U	U				
2	U	U	U	U	U			U	U	U	U	U			N	N	N	N				S	S	S	S				
3	J	S			F	F	F	F	S	S	S				F	F	F	F	S	S	S	N	N	N	N				
4	S	S		F	F	F	F	J						F	F	F	F	S	S	S			F	F	F	S	S	S	
5			F	F	F	S	S	S	S				S	S	S				F	F	F	F	J		F	S	S	S	
6	F	F	S	S	N	N	N			F	F	F	S	S	S	S			F	F	F	F			F		F	F	
7	S	S						U	U	U	U	U			U	U	U	U	U				F	F	F	S	S		
8	S	S	S	S	S			S	S					F	F	F	F	F			F	F	F	F	S	S	N	N	N
9	U	U	U	U	U			S	S	S	S	S			S	S		J	N	N	N				F	F	F	F	
10	F	F	F	S	S	S-B	S-B			F	F	F	F	F	S	S	S	S	S			S	S		F	F	F	F	
11	N	N	N	N				F	F	F	F	F			U	U	U	U	U			U	U	U	U	U			
12				F	F	F	F	F	S	S	N	N	N					F	F	F	S	S	S	S					
F	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
S	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2		
N	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
J/S-B	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Abb. 14: Grunddienstplan mit Berücksichtigung von Joker- und Stand-by-Diensten zur Bewältigung kurzfristiger Ausfallzeiten der chirurgischen Station Quelle: Eigene Zusammenstellung