

> Krankheitsreserven effizient verplanen

## Sieben Fehler beim Ausfallmanagement in der Pflege – und wie sie behoben werden können

LARS HERRMANN & CHRISTINE FISCHER

**Obwohl die kurzfristige Vertretung von Ausfallzeiten im Pflegedienst oft für die Mitarbeiter unbefriedigend und für die Krankenhäuser teuer ist, wurde am tradierten Verfahren des „Abrufs aus dem Frei“ kaum gerüttelt. Dies ändert sich derzeit allmählich, weil die Bereitschaft, an eigentlich freien Tagen kurzfristig einzuspringen, rückläufig ist und daher der Aufwand für die Krankenhäuser weiter steigt. Ein professionalisiertes Ausfallzeitenkonzept führt hingegen zu mehr Dienstplanstabilität, weniger Überstunden und insgesamt höherer Zufriedenheit der Mitarbeiter. Sieben typische Fehler im Umgang mit kurzfristigen Ausfallzeiten zeigen in diesem Kontext die Schwächen des weitverbreiteten herkömmlichen Handelns und den Bedarf einer neustrukturierten, systematischen Koordination auf.**

### Einleitung

Obwohl es vielfältige Möglichkeiten für ein strukturiertes Vorgehen bei kurzfristigen, insbesondere krankheitsbedingten Ausfällen gibt, greifen viele Krankenhäuser auf gewohnte Verhaltensmuster zurück – in erster Linie dem „Abruf aus dem Frei“. Nur wird dieses Vorgehen allseits unbeliebter: Auf Seiten der Führungskräfte steigt der Organisationsaufwand, Freiwillige zu finden und „bei der Stange“ zu halten. Die Willigen – oftmals Teilzeitmitarbeiter mit viel „Luft“ im Dienstplan – bauen durch Vertretungseinsätze Überstunden auf, die sie dann vor sich herschieben. Oder es wird bei Krankheitsausfällen, vor allem im besser besetzten Frühdienst, nicht vertreten, wodurch die Besetzungstärke unabhängig vom Bedarf schwankt – mit der Folge unnötiger Belastung der dienstplanmäßig eingeteilten Mitarbeiter und von Schwankungen der Betreuungszeit für die Patienten.

In der Praxis begegnen uns immer wieder sieben typische Fehler beim Umgang mit kurzfristigen Ausfallzeiten im Pflegedienst. Wir stellen sie hier anhand eines durchgehend betrachteten Beispiels dar, denn sie zu kennen, ist die erste Voraussetzung zum Übergang in

ein professionelles Ausfallzeitenmanagement.

#### Fehler 1: Die rechnerisch vorhandene Krankheitsreserve verpufft

Üblicherweise wird bei der Dienstplanung auf Monatsbasis darauf geachtet, dass die monatliche Soll-Arbeitszeit je Mitarbeiter verplant wird; insbesondere sind Minussalden nicht gern gesehen. Da die Stellenplankalkulation unter Berücksichtigung der Ausfallzeiten – und damit auch der durchschnittlichen Krankheitsquote – erfolgt, führt dieses Prinzip dazu, dass etwaige Krankheitstage im Dienstplan fiktiv verplant werden müssen, um die Soll-Arbeitszeit zu erreichen, denn logischerweise sind, anders als bei Urlaub und anderen planbaren Ausfallzeiten, Krankheitstage bei der Erstellung des Dienstplans in der Regel nicht vorhersehbar. Würde stattdessen, da die Krankheitstage zum Zeitpunkt der Planerstellung nicht feststehen, nur die Soll-Besetzung verplant, müsste die Soll-Arbeitszeit entsprechend ins Minus laufen und zwar (bei Verplanung sämtlicher planbarer Ausfallzeiten) genau in Höhe der einkalkulierten Krankheitsvertretungsreserve. Die Soll-Besetzung beträgt in

unserer Musterstation 3 Frühdienste, 2 Spätdienste, 1 Nachtdienst an sämtlichen Tagen, also auch am Wochenende. Kommen die planbaren Ausfallzeiten, hier insbesondere der Urlaub, mit dem durchschnittlichen Aufkommen vor, dann muss, wenn die Soll-Besetzung genau eingeteilt wurde, eine Vertretungsreserve für Krankheitstage verbleiben – angezeigt am Minussaldo von insgesamt 36,8 h im betrachteten Dienstplanausschnitt.

Um dies zu vermeiden, wird nun bei der monatlichen Dienstplanung üblicherweise die Orientierung von der Einhaltung der Soll-Besetzung auf die Einhaltung der Soll-Arbeitszeit verlagert: Es werden zusätzliche Dienste eingetragen, um die Soll-Arbeitszeit nicht zu unterschreiten. Die zusätzlich eingeplanten Dienste entsprechen damit dem Volumen des im Stellenplan enthaltenen Krankheitspuffers. Sie müssen bei diesem Verfahren selbstverständlich ohne Kenntnis des tatsächlichen Eintretens des Krankheitsfalls verplant werden. Der Dienstplaner spielt quasi – meist, ohne es zu wissen – „Krankheits-Lotterie“. Die Trefferquote ist umso geringer, je kleiner die Organisationseinheit ist. Bei üblichen Stationsbesetzungen von 12-15 Vollkräften liegt sie unter 20 %. Wird also ein Mitarbeiter krank, wird in den meisten Fällen keine Krankheitsvertretung eingeteilt sein. Die Folge: Die eingeteilte Krankheitsvertretung verpufft, und für den erkrankten Mitarbeiter muss ein Mitarbeiter aus dem Arbeitsfrei einspringen. Auf diese Weise wird die Krankheit doppelt vertreten – eine der wichtigsten Ursachen für Überstunden im Pflegedienst.

Abbildung 1 zeigt die möglichen Resultate: Am 03.01. (grün markiert) ergab sich der glückliche Ausnahmefall, dass Krankheitsvertreter und Krankheit in der gleichen Dienstlage anfielen. Zwi-

schon dem 27. und 29.01. verpuffte die Vertretung (rot markiert) und an den Tagen 04.–06.01. sowie 28.–29.01. war keine stationsinterne Krankheitsvertretung möglich, so dass Abrufe aus dem Frei erforderlich sein können.

Das dargestellte Problem verschärft sich durch die sogenannte Monatsfrikation: Monate mit vielen Feiertagen wie Mai und Dezember weisen eine geringe Monats-Soll-Arbeitszeit auf – die Anzahl der zu betreuenden Patienten ist aber dadurch nicht unbedingt geringer.

Zudem gingen wir in unserem Beispiel davon aus, dass zur Einhaltung der Soll-Arbeitszeit zumindest an einigen Tagen eine explizite Krankheitsvertretung eingeteilt worden ist. In der Praxis ist bereits dies oftmals nicht gewährleistet, da die Einteilung der Krankheitsvertretungsreserve nicht als solche

im Dienstplan sichtbar gemacht wird. An Tagen, an denen Mitarbeiter als „Krankheitsreserve“ eingeteilt werden und damit die Besetzung über das übliche Maß hinausgeht, ist dann weder den Mitarbeitern noch in den meisten Fällen dem Dienstplaner bewusst, dass hier eine Reserve vorliegt. Bei Ausfall wird möglicherweise ein Mitarbeiter aus dem Frei gerufen – trotz eigentlich vorhandener Krankheitsreserve! Aber auch, wenn dies nicht geschieht, ist oftmals niemanden bewusst, wie viel eigene Arbeitszeit eigentlich für die Krankheitsvertretung der Kollegen aufzuwenden ist. Die Ausweisung der über die Soll-Besetzung eingeteilten Dienste als Krankheitsvertretungsreserve ist damit die erste Voraussetzung auf dem Weg zum Ausfallzeitenmanagement.

**Fehler 2: Die Planungsgrundlage Soll-Besetzung fehlt oder ist unverbindlich**

Während die Monats-Soll-Arbeitszeit der Mitarbeiter oft eine verbindliche Orientierung bei der Dienstplanung darstellt, wird mit der Soll-Besetzung deutlich unverbindlicher umgegangen – schließlich kann man nie in einem Monat die beiden korrespondierenden Größen zugleich konstant halten. Mitunter fehlt es an der verbindlichen Soll-Besetzungsvorgabe ganz; oder es wird lediglich eine „Mindestbesetzung“ als „unterste Schmerzgrenze“ definiert, die dann nach dem Motto: „Je mehr, je besser“ aufgefüllt wird. Dabei wird vernachlässigt, dass jede Überschreitung einer verfügbaren Soll-Besetzung an einem Tag eine möglicherweise schmerzhafteste Unterschreitung derselben an einem

	01.01.	02.01.	03.01.	04.01.	05.01.	06.01.	07.01.	08.01.											Saldo
MA	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr											
1				S	S	S	N	N											-2,50
2				U	U	U	U	U											-1,50
3	S	S	S	F	F	F	F	F											10,25
4	F			F	F	F	F	F											20,50
5	S	S	S	N	N	N													2,75
6	N	N	N																4,25
7				U	U	U	U	U											-0,50
8	F	F	F	S	S	S	S	S											-4,00
9		F	F					S	S										2,75
10	F	F	F	F	F	F													2,75
11			K	K	K	K	F	F											3,50
																			38,25
F	3	3	3	3	3	3	3	3											
S	2	2	2	2	2	2	2	2											
N	1	1	1	1	1	1	1	1											

	23.01.	24.01.	25.01.	26.01.	27.01.	28.01.	29.01.													Saldo
	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr													
	S	S			F	F	F													-2,50
	F	F			S	N	N													-1,50
			F	F	S	S	S													10,25
			U	U	U	U	U													20,50
	S	S	S	S			F													2,75
			F	F	F	S	S													4,25
	N	N						K	K											-0,50
			F	F	F	F	F	F	F											-4,00
	F	F	S	S			F													2,75
			N	N	N															2,75
	F	F					F	F	F											3,50
																				38,25
	3	3	3	3	4	4	4													
	2	2	2	2	2	2	2													
	1	1	1	1	1	1	1													

Abbildung 1: „Verpuffung“ eines Großteils der zusätzlich eingeteilten Krankheitsreserve bei gleichzeitigem Aufbau von Überstunden

	01.02.	02.02.	03.02.	04.02.	05.02.	06.02.	07.02.	08.02.												Saldo
MA	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo												
1	S	S	S	S	S			F												-2,70
2		F	F	F	F	F	F													2,55
3	N	N	N				N	F												4,80
4	F	F	F	F	F	F	F													-0,95
5	F	F	F	F	F			S												3,30
6	F	F	F	N	N	N	N													-2,70
7			F	F	F	S	S	S												-2,70
8	S	S	S	S	S			F												-4,20
9	F	F	F	F	F	S	S	N												2,55
10	U	U	U	U	U			F												-1,70
11	F	F	F	F	F	F	F													2,55
																				0,80
F	5	6	7	6	6	3	3	4												
S	2	2	2	2	2	2	2	2												
N	1	1	1	1	1	1	2	1												

	23.02.	24.02.	25.02.	26.02.	27.02.	28.02.	29.02.													Saldo
	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo													
		F	S	S	S	S	S													-2,70
	N	N					F													2,55
	F	S	S	S	S	S	S													4,80
	U	U	U	U			N													-0,95
	F	F	F	F	F	F	F													3,30
	S	S					F													-2,70
			F	F				F												-2,70
	F	F	F	F	F			F												-4,20
							F	F	F											2,55
	S	S	N	N	N	N														-1,70
	F	F	F	F	F	F	F													2,55
																				0,80
	4	4	4	4	3	3	5													
	2	3	2	2	2	2	2													
	1	1	1	1	1	1	1													

Abbildung 2: Höhere Besetzung in Monaten mit wenig Urlaub, hier beispielhaft im Februar  
Abbildung 3: Niedrigere Besetzung in Monaten mit viel Urlaub, hier beispielhaft im August

	01.08.	02.08.	03.08.	04.08.	05.08.	06.08.	07.08.	08.08.		23.08.	24.08.	25.08.	26.08.	27.08.	28.08.	29.08.	Saldo
MA	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo		Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	
1	N	N	N			F	F			U	U	U	U			U	-2,75
2	S	S				F	F	F		F	F	F	F	S	S	N	2,15
3	U	U	U	U	U			U				S	S		F		-1,10
4			F	F	F	S	S	N		F	F	F	F			F	2,15
5	S	S	S	S	S			U		S	S			F	F	S	3,90
6	F	F				F	F	S		U	U	U	U			U	-2,00
7	U	U	U	U	U			F	...	N	N					F	-4,35
8	F	F	S	S	S	S	S	S				F	F	F	F	F	4,40
9	U	U	U	U	U			U		F	F	S	S	S	S	S	-1,60
10	F	F	F	F	F			F		S	S	N	N	N	N		4,40
11			F	N	N	N	N			U	U	U	U			U	-2,25
	F	3	3	3	2	2	3	3		3	3	2	3	3	3	3	Summe
	S	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	
	N	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	

Abbildung 3: Niedrigere Besetzung in Monaten mit viel Urlaub, hier beispielhaft im August

anderen Tag logisch nach sich ziehen muss. In unserem Beispiel wurde der Frühdienst aufgrund höherer Urlaubszeiten mal mit zwei, mal mit vier Pflegekräften besetzt, ohne dass sich der Pflegebedarf der Patienten verdoppelt hätte (Abbildungen 2 und 3). Auf diese Weise schwankt die Besetzungsstärke bereits vor Krankheitsausfällen. Damit geht im Übrigen für die Mitarbeiter oft ein Gefühl der Unterbesetzung auch an Tagen einher, an denen die durchschnittlich einteilbare Besetzungsstärke erreicht wird.

Um dies zu vermeiden, sollte je Schichtlage und Qualifikation definiert werden, wie viele Mitarbeiter anwesend sein müssen. Diese Besetzungsstärke muss unabhängig von der Monats-Soll-Arbeitszeit erreicht werden; nur so können planmäßige Auslastungsschwankungen minimiert werden, die bei Krankheitsausfällen womöglich noch verstärkt werden.

### Fehler 3: Die Ausfallquote wird falsch berechnet

Häufig wird die Ausfallquote nicht korrekt berechnet – meist zu niedrig. In vielen Krankenhäusern hat sich vor Jahren eine Standard-Ausfallquote etabliert, welche jedoch niemals den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst wurde, denn „wir haben schon immer mit 18 % gerechnet“. Dies ist jedoch fatal, da allein durch höhere tarifliche Urlaubsansprüche die Ausfallquote gestiegen ist. Auch werden die Freizeitausgleiche für die Feiertage oftmals nicht als Ausfallzeit berücksichtigt. Werden dadurch insgesamt falsch niedrige Ausfallquoten angesetzt, so führt dies im Umkehrschluss bei der Berechnung der Soll-Besetzung zu unrealistisch hohen Besetzungsvorgaben, welche aufgrund des Ausfalls nicht eingehalten werden können. Dies ist sowohl für den Dienstplaner als auch für die Mitarbeiter unbefriedigend und führt im Zweifel

elsfall zu hohen Überstunden, wenn diese Soll-Besetzungen grundsätzlich eingehalten werden. Abbildung 4 zeigt demgegenüber, wie die Ausfallzeiten korrekt berechnet werden. Sie liegen im Pflegedienst typischerweise zwischen 22 und 25 % (hier: 61 von 261 Arbeitstagen; das entspricht 23,4 %)

Zudem wird bei den Kalkulationen der Ausfallquote mitunter nicht berücksichtigt, dass die rechnerischen Ausfallzeitenvertreter ihrerseits ja Ausfälle durch Urlaub, Krankheit und Fortbildung haben. Daher ist zur Berechnung des Personalbedarfs immer der Besetzungsbedarf durch die Anwesenheitsquote zu teilen.

### Fehler 4: Der Vertretungsbedarf ist unklar

Das Problem des krankheitsbedingten Ausfalls ist in vielen Fällen nicht konkretisiert quantifiziert – gefühlt macht dieser die meisten Schwierigkeiten, aber genaue Zahlen sind meist nicht

### Besetzungs- und Personalbedarf

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr
Anzahl 2016	48	52	52	51	51	51	50	2	9	366
Feiertage	4	0	0	1	2	0	2			

Dienst	Uhrzeit	Arbeitszeit/h	Besetzungsstärke							
Früh	06:00-14:00	7,50	3	3	3	3	3	3	3	8.235
Spät	13:30-21:30	7,50	2	2	2	2	2	2	2	5.490
Nacht	21:00-06:30	8,75	1	1	1	1	1	1	1	3.203
									<b>Gesamt</b>	<b>16.928</b>

Arbeitszeitangebot	261	Tage MO-FR
	7	Feiertage Montag-Freitag
	2	Vorfeiertage
	30	Tage Urlaub
	4	Zusatzurlaub (Wechsel-)Schicht
	3	Fortbildung
	15,0	Krankheit, krankes Kind usw.
	200	verfügbare Tage
	7,7	Stunden/Tag
	1540	verfügbare Stunden

Arbeitszeitangebot	1.540	Stunden
Stellenbedarf gesamt	10,99	VK
Stellenbedarf "netto"	8,42	VK
Stellenbedarf Krankheit/krankes Kind	0,63	VK

Abbildung 4: Berechnung des Personalbedarfs anhand der Soll-Besetzung

bekannt. Insbesondere wurde nicht ermittelt, welchen Anteil die kurzfristigen Ausfälle bis zu vier Tage, die vertretungsseitig besonders aufwändig sind, am Krankheitsaufkommen haben. Zudem ist oft unklar, wie viele der Ausfälle auch tatsächlich vertreten werden müssen – denn auch bei dienstplanmäßiger Einhaltung einer Soll-Besetzung muss eine Unterschreitung nicht zwingend zu einer Vertretung führen.

Wenn ein Ausfall eintritt, wird oft zuerst nach einem Ersatz gesucht – und nicht geschaut, wie die vorhandenen Kapazitäten sparsamer eingesetzt werden können. Dies sollte im Ausfallzeitenmanagement jedoch immer der erste Schritt sein. Häufig sind sich die Mitarbeiter unsicher, welche Leistungen sie einschränken dürfen, und machen daher „immer alles“ – im drastischen Fall werden alle Betten frisch bezogen, weil dies für den Dienst anstand, aber zwei Mitarbeiter sind erkrankt. Dies kann ganz nachvollziehbar zu Überforderung und auch Überlastung einzelner Mitarbeiter führen. Um dem vorzubeugen, ist ein schriftliches Orientierungsschema nützlich. Darin sollte festgehalten werden, welche Leistungen gegebenenfalls eingeschränkt werden können.

**Fehler 5: Ausfallzeitenvertretung erfolgt in kleinen Einheiten**

In den meisten Krankenhäusern herrscht derzeit noch ein striktes Stationsdenken. Bei Ausfällen wird im eigenen Bereich nach Ersatz gesucht, was nur mittels hoher Flexibilitätsbereitschaft bei der Arbeitszeit realisierbar ist. Kleine Einheiten haben bezüglich der Vertretung von Ausfallzeiten den Nachteil, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit gering, aber die Vertretungsnotwendigkeit groß ist – mit der Konsequenz der oben beschriebenen „Vertretungslotterie“. Für ein verlässliches Ausfallzeitenmanagement sind daher größere, also stationsübergreifende Vertretungseinheiten erforderlich, denn in personell großen Einheiten können täglich Mitarbeiter oberhalb der Soll-Besetzung eingeteilt werden, welche für die Krankheitsvertretung in allen Bereichen zur Verfügung stehen. Das kann entweder dadurch erfolgen, dass Krankheitsvertreter, die dienst-

planmäßig eingeteilt werden, aber sich mehrere Stationen hierzu so abstimmen, dass immer eine ausreichende Anzahl von Krankheitsvertretern stationsübergreifend einsetzbar sind. Für dieses Modell haben sich die Begriffe „Joker-Dienst“, „Springer-Dienst“, „Pool-Dienst“ oder einfach „Vertretungsdienst“ etabliert. Oder es wird ein Vertretungspool gebildet, aus dem heraus die stationsübergreifende Krankheitsvertretung erfolgt. Diesen Modellen ist gemeinsam, dass bei einem Ausfall nicht die zeitliche Flexibilität der Mitarbeiter in Anspruch genommen werden muss: die Dienstzeiten sind vielmehr fest, nur der Einsatzort ist flexibel – im ersten Modell immer mal wieder für alle Dienststufen im „Joker-Dienst“, im zweiten Modell für die Pool-Mitarbeiter.

Nur in kleineren Organisationseinheiten sollte auf das Instrument sogenannter Stand-by-Dienste zurückgegriffen werden, die an die Stelle der Abrufe aus dem Frei treten: Hier hält sich ein Mitarbeiter für einen zuvor bestimmten Zeitraum zum Abruf bereit. Wird er angerufen, tritt er einen regulären Dienst an und bekommt diese Zeit auch als Arbeitszeit gutgeschrieben. Wird er nicht zur Krankheitsvertretung benötigt, so hat er den Rest des Tages frei. Dieses Modell ermöglicht eine gleichmäßige und gerechtere Beteiligung der Mitarbeiter an der Vertretungsorganisation.

Abbildung 5 zeigt, dass bei einer sinnvollen Staffeung der vorgenannten Maßnahmen der Abruf aus dem Frei auf den Ausnahmefall beschränkt werden können soll – etwa auf Grippewel-

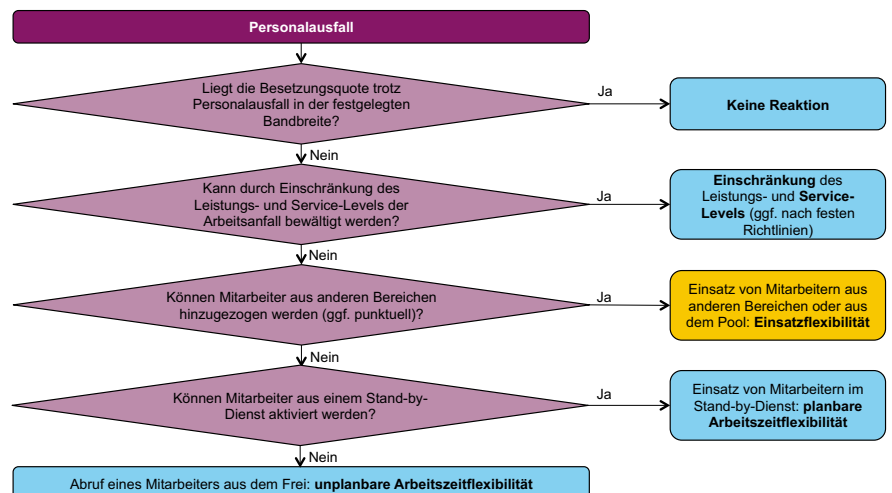


Abbildung 5: Entscheidungskaskade bei Personalausfall in der Pflege

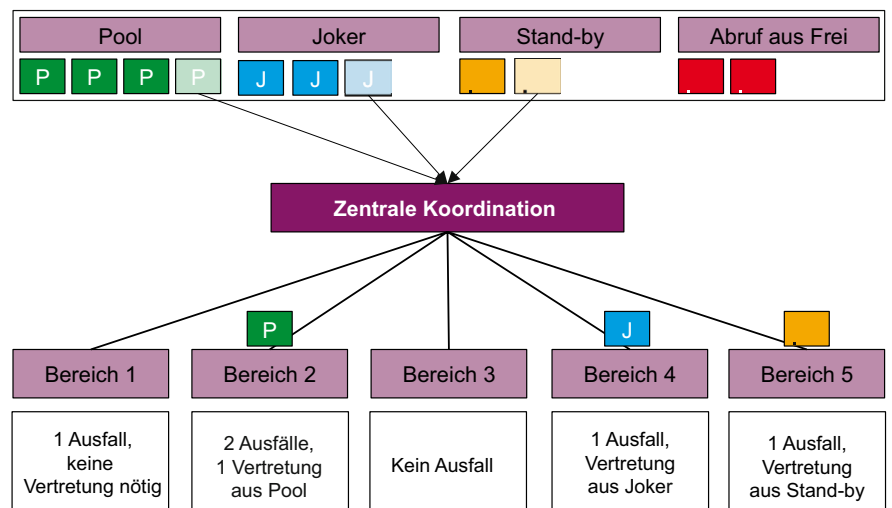


Abbildung 6: Zentrale Koordination aller Bausteine des Ausfallmanagements

len mit überdurchschnittlich hohem Krankheitsaufkommen. Meist bleibt ein Ausfallzeitenkonzept Stückwerk, wenn die Koordination wie auch die Dienstplanerstellung weiterhin auf Stationsebene erfolgt und keine zentrale Koordination eingeführt wird. Vielmehr sollte die Koordination im regulären Tagdienst Montag bis Freitag zentral bei der Pflegedienstleitung liegen, nachts und am Wochenende kann diese Funktion auf eine designierte „PDL vom Dienst“ übergehen (siehe 6).

Dies kann entweder eine Pflegekraft im Dienst sein oder in Rufbereitschaft, wobei ersteres aufgrund der schnelleren Reaktionsfähigkeit und der leichteren Übersicht über das Geschehen vorzuziehen ist. Bei Anwesenheit vor Ort ist auch leichter einzuschätzen, ob ein Personalengpass beispielsweise bereits mit einer Verringerung des Leistungs- und Servicestandards bereits ohne zusätzliches Personal (auch durch Aushelfen aus anderen Bereichen) bewältigt werden kann.

## Fehler 6: Monatsdienstpläne werden immer wieder neu geschrieben

Dienstpläne werden monatsweise geschrieben – und dabei häufig jedes Mal neu, ohne dass eine regelmäßig wiederkehrende Struktur zu erkennen ist. Dies ist zum einen ein enormer Aufwand für den Dienstplaner, da trotz sich wiederholender Besetzungsmuster monatlich „das Rad neu erfunden“ wird. Aber auch für die Mitarbeiter ist dies nicht immer von Vorteil, da keine langfristige Planung möglich ist, wenn

MA	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							Saldo
	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	S	S	S	N	N	N				F	F	V	V	V	V			F	F	F	V	V	V	V			-15,25	
2	S		V	V		F	F	F	S	S	S	N	N	N			F	F	F	V	V	V	V		F	F	F	-27,25	
3	F	F	S	S	S	S	S	S		V	V		F	F	F	S	S	S	N	N	N			F	F	F	V	V	2,75
4	V	V	V	V	V			F	F	S	S	S	S	S	S		V	V		F	F	F	S	S	N	N	N	N	-19,75
5	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V			F	F	S	S	S	S	S	S		V	V		F	F	-79
6	N	N			F	F	F	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V		F	F	S	S	S	S	-59,5
7		F	F	F	V	V	V	N	N			F	F	F	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	-89,5	
8	F	F	F	F	S	S	S	F	F	F	V	V	V	N	N			F	F	F	V	V	V	V	V	V	V	-37	
9	S	S	N	N				F	F	F	S	S	S	S		F	F	F	V	V	V	N	N		F	F	F	-2,5	
10	V	V			F	F	F	S	S	N	N				F	F	F	F	S	S	S		F	F	F	V	V	-22	
11			F	F	F	V	V	V	V			F	F	F	S	S	N	N				F	F	F	F	S	S	-22	
Summe																												-371	

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	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	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	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	3

- F** = Frühdienst
- S** = Spätdienst
- N** = Nachtdienst
- V** = Vertretungsdienst - langfristige Verplanung (Urlaub, Fortbildung) sowie Nutzung für Instrumente der kurzfristigen Ausfallzeitenvertretung

**einzuteilende Dienste**

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

F	3	3	3	3	3	3	3
S	2	2	2	2	2	2	2
N	1	1	1	1	1	1	1
V	3	3	3	3	3	3	3

**Grunddienstplan**

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

F	3	3	3	3	3	3	3
S	2	2	2	2	2	2	2
N	1	1	1	1	1	1	1
V	3	3	3	3	3	3	3

Abbildung 7: Grunddienstplan und dazugehöriger Besetzungsplan, beispielhaft für vier Wochen

der Dienstplan erst am Ende des Vormonats feststeht.

Außerhalb der Krankenhauswelt – auch in Branchen, die dem Gesundheitswesen ähneln, etwa Rettungswachen und Feuerwehr – sind durchlaufende Grunddienstpläne seit langer Zeit etabliert. Ein Grunddienstplan bildet die Soll-Besetzung exakt ab und kann eine Vorstrukturierung für die Vertretung von lang- und kurzfristigen Ausfallzeiten durch Vertretungswochen enthalten, wie das Beispiel in Abbildung 7 auf Basis unseres Beispiels zeigt. Bei der Ausplanung dieser Vertretungswochen (siehe Abbildung 8) werden nach der Urlaubsplanung in die noch offenen Vertretungstage „Joker-Dienste“ bzw. Stand-by-Dienste eingeteilt, die auch in diesem Fall auf der Basis des ermittelten Vertretungsbedarfs weitmöglichst stationsübergreifend verplant und eingesetzt werden.

Zur Einführung in die Konstruktion von Schichtplänen siehe beispielsweise: „Entwicklung von Schichtmodellen“



MA	Woche 1							Woche 2							Woche 3							Woche 4							Saldo
	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	S	S	S	N	N	N				F	F	F	SB	SB		SB				F	F	F					-13,75	
2	S		SB	SB		F	F	U	U	U	U	U			U	U	U	U	U			N	N			F	F	F	-11,5
3	F	F	S	S	S	S	S	S		SB	SB		F	F	F	S	S	S	N	N	N			F	F	F	S	S	18,75
4	U	U	U	U	U			U	U	U	U	U			S		SB	SB		F	F	F	S	S	S	N	N	N	5,75
5	F	F	F	F	SB	SB	SB		S	S	S	SB			F	F	S	S	S	S	S	S	S			F	F	F	-24
6	N	N			F	F	F	F	S	S	S	N	N	N				F	F	SB		U	U	U	U	U		1,25	
7		F	F	F	S	S	S	N	N			F	F	F	SB	F	F	F	F	SB	SB	F	F	SB	SB	SB	SB	-19,5	
8	U	U	U	U	U			F	F	F	F	S	S	S	N	N				U	U	U	U	U	U			-4	
9	S	S	N	N				F	F	F	F	S	S	S	U	U	U	U	U			U	U	U	U	U		10	
10	SB	SB			F	F	F	S	S	N	N				F	F	F	F	S	S	S			F	F	F	F	F	1,5
11			F	F	F			SB	SB			F	F	F	S	S	N	N				F	F	F	F	S	S	-21	
Summe																												-56,5	

F	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
S	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	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	1
U	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	0	0	
SB	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	1

Abbildung 8: Beispielhaft ausgeplanter Grunddienstplan mit Stand-by-Diensten

von Jan Kutscher (Partner der Herrmann Kutscher Weidinger Arbeitszeitberatung, Berlin) auf [www.arbeitszeitberatung.de](http://www.arbeitszeitberatung.de).

**Fehler 7: Umsetzungsprozesse werden zu zögerlich angegangen**

In Krankenhäusern führt man Neuerungen besonders gern als Pilotprojekt ein. So nachvollziehbar der Gedanke des vorsichtigen „Austestens“ auf kleinerem Raum auf den ersten Blick ist – zumindest beim Ausfallmanagement ist

das schon deshalb keine gute Idee, weil dieses erst in großen Einheiten seine Potenziale entfalten kann. Daher sollten bei der Entscheidung für die Einführung eines Ausfallzeitenmanagements, wenn nicht das gesamte Haus, große stationäre Einheiten eingebunden werden – Nachjustierungen können aufgrund der Erfahrungen ja immer noch vorgenommen werden. Allerdings sollten Nachjustierungen nicht zu früh vorgenommen werden, denn positiv verlaufende Evaluationen

erfordern üblicherweise eine Anwendungsdauer von mindestens sechs bis neun Monaten. Bei einer frühzeitigen Evaluation und darauf aufbauenden Änderungen ist davon auszugehen, dass die positiven Effekte noch nicht vollständig greifen und das Konzept durch die Eingriffe nicht mehr seine volle Wirkung entfalten kann – womit dem Gedanken der Dienstplanstabilität sowie höheren Verbindlichkeit für alle Beteiligten ein Bärendienst erwiesen würde. <<

**Zusammenfassung**

Wenn der Übergang vom improvisierten zum strukturierten Ausfallzeitenmanagement gelingen soll, dürfen die Dienstplan-Verantwortlichen eines Krankenhauses die monatliche Soll-Arbeitszeit der Mitarbeiter bei der Dienstplanung nicht komplett verplanen, damit es einen Puffer für kurzfristige Krankheitsvertretungen gibt. An klar definierten Soll-Besetzungsvorgaben können die Akteure den jeweiligen Handlungsbedarf im Fall kurzfristiger Ausfallzeiten festmachen. Bei der Berechnung der Ausfallzeitenquote ist zu berücksichtigen, dass auch die Vertreter im Fall von Urlaub, Fortbildung und Krankheit abwesend sind und vertreten werden müssen. Um für das eigene Haus die „richtigen“ Instrumente zu finden, sollten die Abwesenheitszeiten im Detail analysiert werden. Die Vertretungsorganisation wird erleichtert, wenn hierfür größere, stationsübergreifende Einheiten gebildet werden, für die auch das strukturierte Ausfallzeitenmanagement greift – bestenfalls für das gesamte Haus. Zugleich sollte die klassische Monatsdienstplanung „immer wieder neu“ durch durchlaufende Grund-Dienstpläne ersetzt werden, um auch die Vertretungszeiten entsprechend vorzustrukturieren.

**Schlüsselwörter:** *Ausfallzeitenmanagement, Dienstplanung, Zentrale Koordination*

**Autorenkontakt:**

**Lars Herrmann**, Dipl. Kaufmann, ist Partner, **Christine Fischer**, MA in Management und Business Development ist Junior-Partnerin der Herrmann Kutscher Weidinger Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus, Berlin.  
**Kontakt:** [lars.herrmann@arbeitszeitberatung.de](mailto:lars.herrmann@arbeitszeitberatung.de)

# Campus-Fragebogen

## Thema: Ausfallmanagement

### Punkte: 1

#### 1. In welchen Monaten ist eine Dienstplanung besonders schwierig?

- a) In Monaten mit Schulferien
- b) In Monaten mit vielen Feiertagen
- c) Juni-September

#### 2. Wenn ein Ausfall eintritt, sollte(n) nach Möglichkeit zuerst ...

- a) ... ein Mitarbeiter aus dem Arbeitsfrei abgerufen werden
- b) ... vorhandene Kapazitäten sparsamer eingesetzt werden
- c) ... den anwesenden Mitarbeitern Überstunden verordnet werden

#### 3. Grunddienstpläne:

- a) Werden monatsweise geschrieben
- b) Lassen sich nicht etablieren
- c) Ermöglichen eine längerfristige Planung

#### 4. Wieso sind Ausfallzeiten besonders in kleineren Stationen schwierig?

- a) Weil dort die Eintrittswahrscheinlichkeit höher ist
- b) Weil dort die Vertretungsnotwendigkeit höher ist
- c) Weil dort die Flexibilitätsbereitschaft höher ist

#### 5. Warum sollte der Dienstplan nicht nach dem Motto „je mehr, desto besser“ erstellt werden?

- a) Weil eine Überbesetzung an anderen Tagen eine Unterbesetzung nach sich ziehen wird
- b) Weil es sonst zu wenig Aufgaben für zu viele Mitarbeiter gibt
- c) Weil „zu viele Köche den Brei verderben“

#### 6. Wonach sollte sich die Berechnung der Besatzungsstärke richten?

- a) Aufenthaltsdauer der Patienten
- b) Monats-Soll-Arbeitszeit
- c) Qualifikation der Mitarbeiter und Schichtlage

#### 7. Was versteht man unter Einsatzflexibilität?

- a) Das Hinzuziehen von Mitarbeitern aus anderen Bereichen
- b) Die Einschränkung des Leistungslevels
- c) Die Dienstplanung mit der „Mindestbesetzung“

#### 8. Ab wann kann ein Mitarbeiter aus dem Arbeitsfrei abgerufen werden?

- a) Wenn es mindestens zwei Arbeitsausfälle gibt
- b) Wenn kein Mitarbeiter aus einem anderen Bereich oder dem Standby aktiviert werden kann
- c) Wenn man sonst das Leistungs- und Service-Level herunterfahren müsste

Schulungsnummer: 20151004160004

Einsendeschluss: 30.04.2016

Sieben von acht Antworten müssen richtig sein.

**PFLEGE**  
**ZEITSCHRIFT**

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege



Identnummer: 20151004160004

Bitte ausfüllen:

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

#### Teilnahme

Sollten Sie die notwendige Anzahl richtiger Antworten haben, erhalten Sie ein Zertifikat, mit dem Sie einen Fortbildungspunkt im Rahmen der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP, [www.regbp.de](http://www.regbp.de)) gutgeschrieben bekommen. Dafür müssen Sie bei [regbp.de](http://regbp.de) registriert sein.

Sie haben zwei Möglichkeiten, den Fragebogen einzusenden: Postalisch oder Sie laden den Artikel als PDF über unser Pflegeportal [www.kohlhammer-pflege.de](http://www.kohlhammer-pflege.de) herunter, füllen den Fragebogen aus und schicken ihn per E-Mail an [pflgezeitschrift@kohlhammer.de](mailto:pflgezeitschrift@kohlhammer.de). Die Teilnahme ist für Abonnenten kostenlos.

Sie gelangen auch über [www.regbp.de](http://www.regbp.de) zum Artikel/Fragebogen. Geben Sie dazu in der Suchmaske die Schulungsnummer ein.

Wenn Sie uns den Fragebogen per Post schicken wollen, dann senden Sie ihn an W. Kohlhammer GmbH, Redaktion Pflegezeitschrift, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart.

Bitte beachten Sie den Einsendeschluss.