

Lars Herrmann/Christine Woodruff<sup>1</sup>

22.06.2015

## **Strukturiertes Ausfallzeitenmanagement im Pflegedienst**

### **Zusammenfassung**

Verlässliche Dienstzeiten der Mitarbeiter<sup>2</sup> sind ohne ein systematisches Ausfallzeitenmanagement, mit dem insbesondere kurzfristige Krankheitsausfälle aufgefangen werden, nicht zu erreichen. Anders, als häufig argumentiert wird, behindern nicht knappe Personalressourcen die Vertretung von Ausfallzeiten, sondern die verbreitete Zersplitterung der Personaleinsatzplanung in unnötig kleinen Organisationseinheiten. Wenn hingegen das Ausfallzeitenmanagement grundsätzlich stationsübergreifend mittels Joker- oder Springer-Lösungen organisiert wird, lassen sich Dienstpläne deutlich stabilisieren, Ausfälle unaufwändiger kompensieren, Überstunden senken und die Vertretungsbeiträge zwischen den Mitarbeitern gerechter verteilen.

### **Schlüsselwörter**

Ausfallzeitenmanagement, Stand-by-Dienste, Joker-Dienste, Springer-Pool

### **1. Das übliche Prozedere der Krankheitsvertretung in der Pflege: Dauerhafte Improvisation anstelle klarer Strukturen**

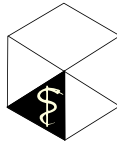
Die Bereitschaft der Mitarbeiter, bei unvorhersehbarem Personalausfall kurzfristig aus dem Arbeitsfrei einzuspringen, sinkt in vielen Krankenhäusern seit Jahren signifikant. Entsprechend steigt der Aufwand für die Führungskräfte, Freiwillige zu finden, da eine mitarbeiterseitige Verpflichtung zum Einspringen an dienstplanmäßig arbeitsfreien Tagen selbstverständlich nicht besteht. Während sich bei dieser Vorgehensweise einige Mitarbeiter an der gegenseitigen Vertretung der Ausfallzeiten überhaupt nicht beteiligen, werden die Willigen (vor allem Teilzeit-Mitarbeiter mit entsprechend hohem „Einspring“-Potenzial im Dienstplan) besonders beansprucht – bis auch sie sich entziehen. Jedes Einspringen setzt zudem eine ganze Kaskade von Dienstplanänderungen in Gang, weil meist auch angrenzende Dienste „kollateral“ betroffen sind. So müssen die Dienstpläne aufwändig umgearbeitet werden; nicht selten erzeugt ein Einspringen fünf bis sieben Folgeänderungen, so dass schon aus diesem Grund am Monatsende der ursprüngliche Dienstplan kräftig „durchgeschüttelt“ wurde.

Die Option, bei Krankheit dienstplanseitig einfach nicht zu reagieren, also mit dem Besetzungsverlust zu leben, steht angesichts kleinzahliger Besetzungsstärken allen-

---

<sup>1</sup> Lars Herrmann ist Partner, Christine Woodruff ist Partnerin der Arbeitszeit & Organisation im Gesundheitswesen Herrmann Kutscher Leydecker Woodruff, Berlin

<sup>2</sup> Hier und im Folgenden wird – ausschließlich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit – stets nur die männliche Form verwendet.



falls in den Frühdiensten unter der Woche zur Verfügung. Und auch hier nimmt angesichts steigender Ansprüche an stabile Betreuungsquoten (betreute Patienten je eingeteiltem Dienst), die vollkommen zu Recht zunehmend auch Bestandteil patientenorientierten Qualitätsmanagements und mitarbeiterbezogener Belastungsbeurteilung sind, die Toleranz gegenüber Besetzungslücken weiter ab.

Und nicht zuletzt gehört das herkömmliche Improvisieren bei der Krankheitsvertretung zu den gewichtigsten Überstundentreibern im Pflegedienst. Das liegt daran, dass bei der Dienstplanung die Monatssollarbeitszeit üblicherweise komplett – und damit ohne eine Reserve für Krankheitsvertretungen – im Voraus verteilt wird, obwohl ja bei der Stellenplankalkulation die Krankheitsausfälle im Rahmen des Ausfallzeitenaufschlags einkalkuliert wurden. Im Dienstplan sind damit „unsichtbar“ die Krankheitsvertreter mit verplant. Kommt es dann jedoch zum krankheitsbedingten Ausfall, gleicht es in kleinzahligen Stationseinheiten einer Lotterie, ob Krankheitsausfall und Krankheitsvertreter zusammenfallen. Vielmehr geschieht dann Folgendes: Die Krankheit wird aus dem Arbeitsfrei über die Monatssollarbeitszeit hinaus vertreten – de facto findet auf diese Weise eine doppelte Krankheitsvertretung statt. Umgekehrt verpufft der „unsichtbar“ eingeteilte Krankheitsvertreter, wenn kein Krankheitsausfall auftritt, denn in kleinzahligen Bereichen ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass – zumal bezogen auf eine der drei Dienstlagen (Früh/Spät/Nacht) – der krankheitsbedingt ausfallende Mitarbeiter genau dann ausfällt, wenn die Vertretungsreserve verplant war.

## **2. Krankheitsvertretung nach dem Schrotschussprinzip**

Das Dilemma des herkömmlichen Vertretungsverfahrens liegt mithin darin, dass auf der einen Seite personell kleine Einheiten einen hohen Vertretungsdruck erzeugen, weil kleine Besetzungsstärken bei Ausfall empfindlich große Sprünge machen; auf der anderen Seite führt eine im Dienstplan nach dem „Schrotschussprinzip“ verteilte Krankheitsvertretungsreserve zu einer geringen Treffsicherheit – mit entsprechenden Kosten durch Verpuffung der Reserve bzw. Doppelvertretung der Krankheitsausfälle.

Diese Problematik wird am folgenden Beispiel verdeutlicht: Abbildung 1 zeigt die Kalkulation der Krankheitsreserve in einer Station bei einem Krankenstand von 5% und einer Standardbesetzung von 3 Früh-, 2 Spät- und 1 Nachtdienst. Die Mitarbeiter haben eine Vollzeit-Vertragsarbeitszeit von 38,5 Stunden pro Woche. Von den hierfür (inklusive Ausfallzeiten) benötigten 11 Vollzeit-Mitarbeitern (VK) sind entsprechend durchschnittlich jeweils 0,55 VK krank.



Besetzungs- und Personalbedarf je Station												
Besetzungsbedarf		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	24.12./31.12.	Feiertag	Summe/Jahr	
		50	52	51	49	49	52	52	2	8	365	
	Dienst	Dienstdauer	Besetzungsstärke									
	Früh	7,50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8.213
Spät	7,50	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5.475	
Nacht	9,00	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3.285	
										<b>Gesamt</b>	<b>16.973</b>	
Arbeitszeit-Angebot	261 Tage MO-FR											
	8 Feiertage Montag-Freitag											
	2 Vorfesttage											
	35 Tage Urlaub (inkl. Zusatzurlaub)											
	3 Fortbildung											
	13,1 Krankheit, krankes Kind usw. entspricht 5%											
	200 verfügbare Tage											
7,7 Stunden/Tag												
1.540 Arbeitszeitangebot in h												
Personalbedarf	Stellenbedarf		11,02									
	davon für Krankheitsvertretung		0,55 ermittelt aus: 13,1 Tagen Krank / 261 Arbeitstage / 11,2 VK Stellenbedarf									

Abbildung 1: Ableitung des Personalbedarfs und des Vertretungsbedarfs für Krankheit aus der Soll-Besetzungsvorgabe einer Beispielstation

Werden diese 0,55 VK Vertretungsreserve im Dienstplan mit verplant – nur dann wird ja die Monatssollarbeitszeit der Mitarbeiter dienstplanmäßig verbraucht – gleicht dies einer Wette auf prognostizierte Krankheitsereignisse. Zum Beispiel könnte damit die Besetzung im Frühdienst auf ca. 3,5 erhöht werden, also mal 4, mal 3 Frühdienste eingeteilt werden. Hieran zeigt sich auch, wie wichtig die Definition der Soll-Besetzung (nicht: Mindestbesetzung!) ist – als Grundlage für die Kalkulation der Vertretungsreserve. Abbildung 2 zeigt nun vier gleichstark besetzte Stationen, in denen jeweils die dienstplanmäßig eingeteilte, über die Sollbesetzung hinausgehende Vertretungsreserve in den Frühdiensten sichtbar gemacht wird.

	Station A	Station B	Station C	Station D
F	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
S	● ●	● ●	● ●	● ●
N	●	●	●	●

● Soll-Besetzung  
 ● An ca. der Hälfte der Tage besetzter Dienst (de facto Krankheitsreserve)

Abbildung 2: Verplanung der kalkulatorischen Krankheitsvertretung bei kleinen Planungseinheiten

In Abbildung 3 kommt nun die tatsächliche Krankheit ins Spiel. Bezogen auf die vier Stationen werden durchschnittlich pro Tag (0,55 x 4 =) 2 Mitarbeiter krank. An den vier Beispiel-Stationen lassen sich die denkbaren Konstellationen durchspielen: In Station A wurde an diesem die 3-2-1 Besetzung eingeteilt – und niemand krank, so dass es keinen Reaktionsbedarf gab. In Station B fiel, ebenfalls bei 3-2-1-Besetzung ein Mitarbeiter im Spätdienst aus, der vertreten werden muss und der nach dem bislang üblichen Verfahren – durch Abruf aus dem Frei – vertreten wird, wodurch Über-



stunden entstehen. In Station C ergab sich der glückliche Zufallstreffer, dass bei einer 4-3-1-Besetzung im Frühdienst der 4. Mitarbeiter, die kalkulatorische Krankheitsreserve, erkrankte. In Station D hingegen wurde ebenfalls die 4-3-1-Besetzung geplant, jedoch niemand krank, so dass die Vertretungsreserve ungenutzt verpufft und also an tatsächlichen Krankheitstagen damit fehlen wird, denn wie jede Arbeitsstunde kann auch diese Stunde nur einmal verbraucht werden.

	Station A	Station B	Station C	Station D
F	● ● ●	● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
S	● ●	● ● ● ● ●	● ● ●	● ● ● ● ●
N	●	● ● ● ● ●	● ● ●	● ● ● ● ●

● Soll-Besetzung

☎ Abruf aus dem Frei für Krankheitsvertretung

Ⓚ Erkrankter Mitarbeiter

● Eingeteilter, „verpuffter“ Krankheitsvertreter

Abbildung 3: Krankheit und Reaktion darauf an einem Beispieltag

Bereits aus diesem Beispiel lassen sich drei Lehren ziehen:

- Nur wenn die Sollbesetzung je Dienstlage (Früh, Spät, Nacht) eindeutig definiert ist und diese „netto“, also vor Ausfallzeiten berechnet ist, ist es überhaupt möglich, die Vertretungsreserve für Krankheit im Dienstplan zu identifizieren, denn diese geht ja bei stationsinterner Krankheitsvertretung über die Sollbesetzung hinaus. Mithin muss die Vertretungsreserve im Dienstplan immer sichtbar gemacht werden können.
- Eine dienstplanmäßige Verplanung der Krankheitsreserve – etwa, weil die Dienstplaner, aus welchen Gründen auch immer, die Monatssollarbeitszeit dienstplanmäßig verplanen sollen – ist mit dem hohen Risiko verbunden, dass sich das Krankheitsaufkommen nicht an die eingeteilte Reserve „hält“ – mit der Folge von Verpuffungen auf der einen oder Doppelvertretungen der Krankheit auf der anderen Seite. Mithin müssen Lösungen gefunden werden, die Treffsicherheit zu erhöhen.
- Die Wahrscheinlichkeit, dass Krankheitsausfall und Krankheitsvertretung im Dienstplan zusammentreffen, ist umso höher, je personell größer die Organisationseinheiten sind. Mithin muss ein systematisches Ausfallzeitenmanagement zuerst auf dem Grundgedanken fußen, über kleinere Einheiten hinweg organisiert zu werden. Statt in kleinen Einheiten jeden Krankheitsfall quasi wie ein unkalkulierbares „Naturereignis“ auftreten zulassen, kann in größeren Einheiten entlang des statistisch durchschnittlichen Krankheitsaufkommens an einer systematischen Vertretungslösung gearbeitet werden.



### 3. Einsatzflexibilität vor Arbeitszeitflexibilität

Ein einsatzflexibles Ausfallzeitenmanagement basiert auf dem Prinzip, die Mitarbeiter so verlässlich wie möglich dienstplanmäßig einzuteilen – ob im Rahmen einer Monatsdienstplanung, wie in Krankenhäusern derzeit noch üblich, oder im Rahmen von durchlaufenden Grunddienstplänen, die hier nicht näher betrachtet werden<sup>3</sup>; zweifellos ist aber ein Ausfallzeitenmanagement mit stabilen Dienstzeiten eine besonders gute Voraussetzung für eine Abkehr von den verbreiteten kurzen Dienstplanlaufzeiten. Um diese zeitlich verlässliche Dienstplanung zu erreichen, muss jedoch der Einsatzort der Mitarbeiter erweitert werden. Zum Beispiel werden in größeren Häusern dazu sämtliche konservativen bzw. sämtliche operativen peripheren Stationen übergreifend betrachtet; in kleineren Häusern noch darüber hinaus. Vorzugsweise sollten Bereiche mit mindestens 50 VK für das Ausfallzeitenmanagement zusammen betrachtet werden, also jeweils mindestens drei bis vier Stationen. Nur dort, wo dies aufgrund besonderer Qualifikationsanforderungen nicht möglich ist – etwa auf Intensivstationen – müssen arbeitszeitorientierte Lösungen gefunden werden. Zudem werden arbeitszeitbezogene Lösungen ergänzend zu einsatzflexiblen Instrumenten zum Einsatz kommen, denn auch das beste Ausfallzeitenmanagement wird aufgrund der Schwankungen der Krankenstände in der Spitze – etwa bei Grippewellen – keine vollständige Abdeckung der Krankheitsvertretung ermöglichen. Grundprinzip des Ausfallzeitenmanagements sollte jedoch insbesondere aus Gründen der Attraktivität verlässlicher Dienstzeiten stets der Vorrang einsatz- vor arbeitszeitflexiblen Lösungen sein.

Auf der einsatzflexiblen Seite empfehlen sich insbesondere die Instrumente Springer-Pool und Joker-Dienst. Auf der arbeitszeitflexiblen Seite kommt das Instrument Stand-by-Dienst zum Einsatz. Die Wirkungsweise der drei Instrumente stellen wir nun vor.

### 4. Springer-Pool

Bei der Poollösung wird die Vertretungsorganisation für Krankheit (und ggf. weitere Ausfallzeiten bzw. auch für die Abdeckung von Bedarfsspitzen) auf wenige Mitarbeiter konzentriert, die eine eigene Organisationseinheit bilden und stationsübergreifend tätig werden, während die stationären Kollegen sich darum nicht oder nur ergänzend bei überdurchschnittlichem Krankheitsaufkommen zu kümmern brauchen. Die Mitarbeiter im Pool verfügen damit über eine breite Einsetzbarkeit – bei zugleich dienstplanmäßig planbaren Arbeitszeiten, denn durch die stationsübergreifende Bündelung des Ausfallzeitenmanagements steigt die Wahrscheinlichkeit und damit Kalkulierbarkeit krankheitsbedingter Ausfälle: Der in seinem Einzelfall weiterhin unvorhersehbare Krankheitsfall wird durch die übergreifende Betrachtung zu einem planbareren Ereignis.

---

<sup>3</sup> vgl. hierzu Kutscher/Herrmann: Konstruktion von Schichtplänen mit langem Schichtplanturnus, 10/2013 unter [www.arbeitszeitberatung.de/krankenhaus](http://www.arbeitszeitberatung.de/krankenhaus)



Vorbehalte gegen eine Poollösung resultieren oft daraus, dass bereits bestehende Pools gerade nicht aus den einsatzfreudigsten Mitarbeitern zusammengestellt, sondern aus Mitarbeitern mit eingeschränkten zeitlichen oder fachlichen Möglichkeiten besetzt wurden. Zudem bereitet ein Neuaufbau in der Praxis oftmals deshalb Mühe, weil aus den vom Pool profitierenden Stationen die anteiligen kleinzahligen Stellenanpassungen nicht adäquat umgesetzt werden; letzteres konnte zu dem objektiv nicht zutreffenden Eindruck beitragen, Poolösungen seien betriebswirtschaftlich teurer als der herkömmliche Umgang mit dem Ausfallzeitenmanagement. Vielmehr wird der Pool aus Stellenanteilen der peripheren Stationen gespeist, indem die dort bisher nicht ausreichend genutzte Krankheitsreserve hier gebündelt und zielgerichtet für die Krankheitsvertretung eingesetzt wird.

In unserem Beispiel bedeutet dies, dass in den vier Stationen die Sollbesetzung von 3-2-1 strikt eingehalten wird. Dafür wird der Pool mit  $0,55 \times 4$  Mitarbeitern bestückt, so dass die Stellenausstattung der Station auf jeweils ca. 10,5 VK sinkt. Abbildung 4 zeigt nun für den Beispieltag aus Abbildung 3 die Wirkungsweise des Pools.

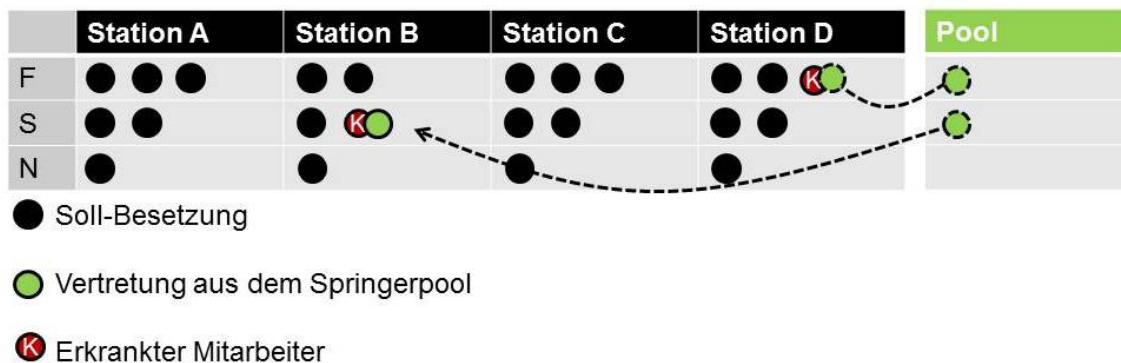
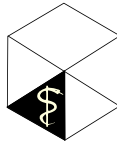


Abbildung 4: Wirkung des Springer-Pools am Beispieltag

Die beiden Pool-Mitarbeiter springen dann ein, wenn in einer oder zwei der vier Stationen ein kurzfristiger Vertretungsbedarf auftritt. Wird der durchschnittliche Krankenstand von zwei kranken VK unterschritten, gibt es auch hier eine Verpuffung, die aber aufgrund des stationsübergreifenden Verfahrens geringer ausfällt – und zwar umso geringer, je mehr Stationen aus dem Springer-Pool heraus vertreten werden. In diesem Fall werden überzählige Pool-Mitarbeiter jenen Bereichen mit der höchsten Auslastung (hohe Betreuungsquote von betreuten Patienten zu eingeteilten Diensten) zugeordnet. Überschreitet der Krankenstand die Anzahl der im Pool verfügbaren Mitarbeiter, werden die Pool-Mitarbeiter je nach Priorität – etwa höchste Belegung – und ggf. teiltätig aufgeteilt den Stationen zugeordnet; bei Bedarf ergänzt um weitere Instrumente – siehe insbesondere unter Kapitel 7.

Die besten Erfolge erzielen übrigens Poolösungen, bei denen die im Pool tätigen Mitarbeiter eine herausgehobene Wertschätzung genießen und ihnen weiterführende Entwicklungsmöglichkeiten offeriert werden. So kann beispielsweise ein temporäres Mitarbeiten im Pool zur Voraussetzung für spätere Leitungstätigkeiten gemacht werden.



## 5. Joker-Dienste

Joker-Dienste – auch Vertretungsdienste genannt – setzen auf ein ähnliches Prinzip wie der Springer-Pool. Auch hier wird das Ausfallzeitenmanagement durch einen stationsübergreifenden Einsatz organisiert. Im Unterschied zum Pool beteiligen sich hieran jedoch sämtliche (examinierten) Mitarbeiter, so dass jeder Mitarbeiter eigene Vertretungsbeiträge erbringt. Dies setzt allerdings eine breite stationsübergreifende Einsatzfähigkeit voraus, die insbesondere in bislang stationsbezogenen Strukturen, in denen die erforderlichen Fachlichkeiten mangels Anwendungspraxis „verlernt“ wurden, durch Rotation, Hospitation und Mentoringsysteme vorbereitet werden muss.

Die Joker-Dienste werden in erforderlicher Zahl ganz normal dienstplanmäßig verplant – in Höhe der Krankheitsreserve oberhalb der Sollbesetzung. Die in den Joker-Diensten jeweils eingeteilten Mitarbeiter bilden an den jeweiligen Arbeitstagen quasi einen „virtuellen“ Vertretungspool. Da sie allerdings als Krankheitsvertretungsdienste erkennbar und vorreserviert sind, ist das Ausfallzeitenmanagement einfach organisierbar: Im Krankheitsfall tritt der Joker an die Stelle des krankheitsbedingt ausgefallenen Kollegen; geschah das außerhalb der eigenen Station, wechselt er hierfür in die jeweilige Station.

Auch dieses Prinzip verdeutlichen wir wieder an unserem Beispielfall. Abbildung 5 zeigt, wie am Beispieltag die beiden Joker-Dienste – an diesem Tag je einmal in Station C und D eingeteilt – genutzt werden: Joker-Dienst C ersetzt auf seiner „Heimat“-Station den ausgefallenen Kollegen. Joker-Dienst D vertritt den im Spätdienst ausgefallenen Kollegen auf Station B. Sollte die Zuordnung zu den Dienstlagen (Früh, Spät, Nacht) nicht passen, sind entsprechende Dienstverschiebungen – entweder des Joker-Dienstes oder anderer eingeteilter Kollegen erforderlich. Empfehlenswert ist dabei, die Anzahl der im Spätdienst eingeteilten Joker-Dienste tendenziell höher zu gewichten als es ihrem durchschnittlichen Krankheitsaufkommen entspricht: Zum einen muss ein Spätdienst-Ausfall, anders als im Frühdienst, aufgrund der geringeren Besetzungsstärke fast immer kompensiert werden. Zum anderen ist die Bereitschaft der Mitarbeiter, bei Bedarf kurzfristig vom Spät- in den Frühdienst zu wechseln, höher als umgekehrt. Auch die Nachtbesetzung ist aus einem Spätdienst heraus unaufwändiger zu besetzen als aus einem Frühdienst, da dies üblicherweise weniger Dienstplanveränderungen nach sich zieht.

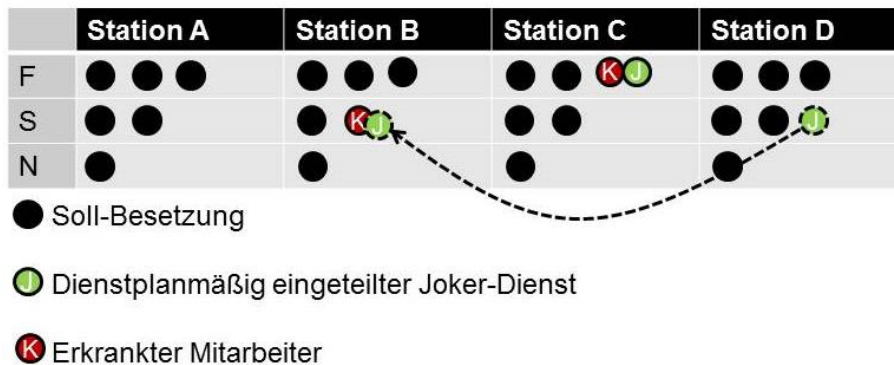


Abbildung 5: Wirkung von Joker-Diensten am Beispieltag

## 6. Wann und wie es ohne Vertretung geht

Im Vergleich der einsatzflexiblen Lösungen Springer-Pool und Joker-Dienst lassen sich die jeweiligen Vorteile der Instrumente gegeneinander abwägen: Der Pool hat gegenüber einer Joker-Lösung den Vorteil, dass weniger Mitarbeiter für den stationsübergreifenden Einsatz befähigt (und bereit) sein müssen. Für den Einsatz im Pool lassen sich zudem Mitarbeiter finden, die an einer Tätigkeit in einem großen Einsatzbereich interessiert sind und dies dem Einsatz auf der immer gleichen Station vorziehen. Joker-Lösungen tragen gegenüber dem Pool dazu bei, ein „Vertretungs-Konsumverhalten“ zu vermeiden, da jeder Mitarbeiter Vertretungsbeiträge leisten muss. Allerdings lässt sich dieser unerwünschte Effekt verhindern, indem es bei keiner der beiden Lösungen einen direkten Automatismus zwischen Krankheitsereignis und Nutzung der Vertretungsreserve geben darf: Zunächst ist stets und in jedem Einzelfall zu prüfen, inwieweit es auch ohne Vertretung geht. Hierfür sind zwei Voraussetzungen erforderlich:

- Es muss klare und transparente Auslastungskriterien geben – insbesondere Besetzungskennzahlen (betreute Patienten je eingeteiltem Dienst) bzw. Soll-Besetzungsvorgaben – und damit verbindliche Reaktionsgrenzen, ab deren Erreichen die übergreifenden Vertretungsressourcen beansprucht werden können.
- Es muss aufgabenbezogene Standards für verschiebbare bzw. verkürzbare Tätigkeiten im Falle von ausfallzeitenbedingten Unterbesetzungen geben, die – vor allem in den Frühdiensten – umgesetzt werden, bevor Vertretungsressourcen in Anspruch genommen werden können.

Letzteres schafft insbesondere aus Mitarbeitersicht Handlungssicherheit („Was muss ich schaffen, was darf ich verschieben?“). Hierzu bieten sich Prioritätenlisten an, in denen diejenigen Tätigkeiten festgehalten werden, welche – in gewissem zeitlichen Rahmen – verschoben werden können, wenn die Soll-Besetzung unterschritten wurde. Ein Beispiel hierfür zeigt 6:





Das folgende Orientierungsschema dient als Hilfsmittel für die Mitarbeiter/innen auf den Allgemeinstationen. Da jede Situation individuell ist, muss die Entscheidung allerdings durch die Stationsleitung und die vor Ort tätigen examinierten Krankenpflegekräfte getroffen werden.

Zeitraum	originär pflegerische Aufgaben	Unterstützung in Diagnostik und Therapie	Dokumentation	Organisation
Maximal innerhalb eines Tages (24 h)	Anleitung von Angehörigen Bettwäschewechsel Ganzkörperwaschung (dafür aber Gesichts- und Intimpflege durchführen) Verbandswechsel bei trockenen, reizlosen Wunden		Pflegeplanung	Administration Auffüll- und Aufräumarbeiten Dienstplannerstellung
Maximal innerhalb einer Schicht (7 h)	Essen austeilen geplante Aufnahmen/Entlassungen Mobilisation Versorgung Verstorbenen	Anmeldung von Untersuchungen (bei Notfällen nicht verschiebbar) Assistenz bei Untersuchungen Routinelabor		Ausarbeitung der Visite (bei Notfällen nicht verschiebbar) Begleitung der Visite

**Die Überwachung (Vitalzeichenkontrolle, ...) der Patienten sowie die Behandlung von Notfällen genießen stets oberste Priorität.**

Abbildung 6: Orientierungsschema für verschiebbare Tätigkeiten bei kurzfristigen Ausfällen in einem Krankenhaus

## 7. Stand-by-Dienste

Auf arbeitszeitflexible Instrumente jenseits des traditionellen Abrufes aus dem Frei sollte nur gesetzt werden, wenn kleine Organisationseinheiten aus Qualifikationsgründen nicht mit anderen Einheiten zu übergreifenden Vertretungsverbänden zusammenggeführt werden können. Zudem können sie ggf. die vorgestellten einsatzflexiblen Instrumente ergänzen. Die hierfür in Frage kommenden Stand-by-Dienste sind zur Vertretung krankheitsbedingter Ausfallzeiten geeignet, deren Eintrittswahrscheinlichkeit bei höchstens ca. 50% liegt. In diesem Fall wäre nämlich der Verpuffungseffekt der Pool- oder Joker-Lösungen zu hoch.

In einem Stand-by-Dienst ist der Mitarbeiter – ebenfalls wiederum ganz normal dienstplanmäßig geplant – für eine gewisse Zeit (z.B. für eine halbe Stunde eine Stunde vor Dienstbeginn) telefonisch erreichbar. Abbildung 7 zeigt in unserem Beispiel ein zum Joker-Dienst grundsätzlich identisches Geschehen – mit dem Unterschied, dass der Stand-by-Dienst sich nur zum Dienst bereithält, um dann bei Einsatznotwendigkeit zum Dienst eingeteilt zu werden, während der Joker bereits dienstplanmäßig eingesetzt ist und nur noch sein Einsatzort variiert werden kann.

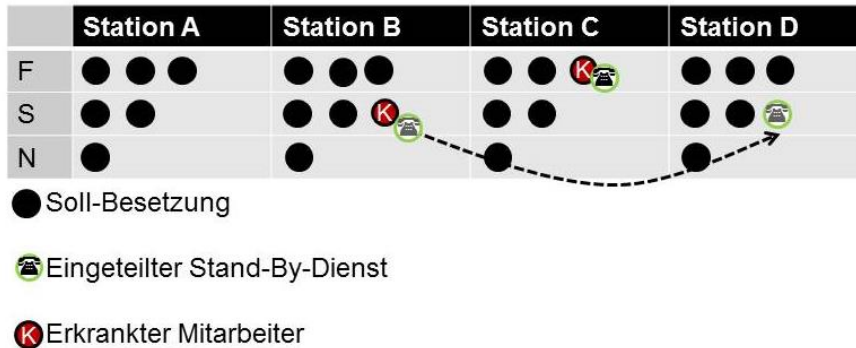


Abbildung 7: Wirkung von Stand-by-Diensten am Beispieltag

Wird der im Stand-by-Dienst befindliche Mitarbeiter abgerufen, so tritt er seinen Dienst vollständig an – dieser wird dann auf seinem Zeitkonto gutgeschrieben. Ist kein Einsatz erforderlich, hat er den restlichen Tag frei. In jedem Fall wird die telefonische Bereithaltungszeit vergütungsseitig berücksichtigt – üblich sind Anrechnungen von zum Beispiel einer Stunde Arbeitszeit, aber auch Vergütungslösungen in Geld, in Tankgutscheinen und dergleichen. Bezüglich der konkreten Ausgestaltung der Regelung bestehen zwischen den Betriebsparteien große Handlungsspielräume; bislang gibt es im Krankenhausbereich keine tarifvertraglichen Vereinbarungen zu Stand-by-Diensten.

Dass im Krankenhaus derzeit Stand-by-Modelle häufiger im Einsatz sind als einsatzflexible Lösungen (insbesondere Joker-Dienste), zeigt, dass die meisten Ausfallzeitenkonzepte derzeit noch zu kurz greifen, indem sie den unseres Erachtens langfristig erfolgsentscheidenden Aspekt – die Vergrößerung der Steuerungseinheiten – noch nicht oder nicht ausreichend aufgreifen.

## 8. Kombinationen der Instrumente

Eine Kombinationsmöglichkeit der verschiedenen Instrumente in einem Krankenhaus zeigt die Abbildung 8. Hier wurde eine Nutzungsreihenfolge festgelegt, die dem von uns empfohlenen Prinzip – Vorrang der Einsatz- vor der Arbeitszeitflexibilität – folgt. Im ersten Schritt wird geprüft, ob eine Ausfallvertretung überhaupt erforderlich ist und welche alternativen Schritte möglich sind (siehe Kapitel 6). Anschließend werden Einsatzflexibilitäts-Instrumente wie Pool und Joker genutzt. Zuletzt kommt die Arbeitszeitflexibilität, zunächst in Form von Stand-by-Diensten und, wenn diese ausgeschöpft sind, durch Abruf aus dem Frei zum Tagen.

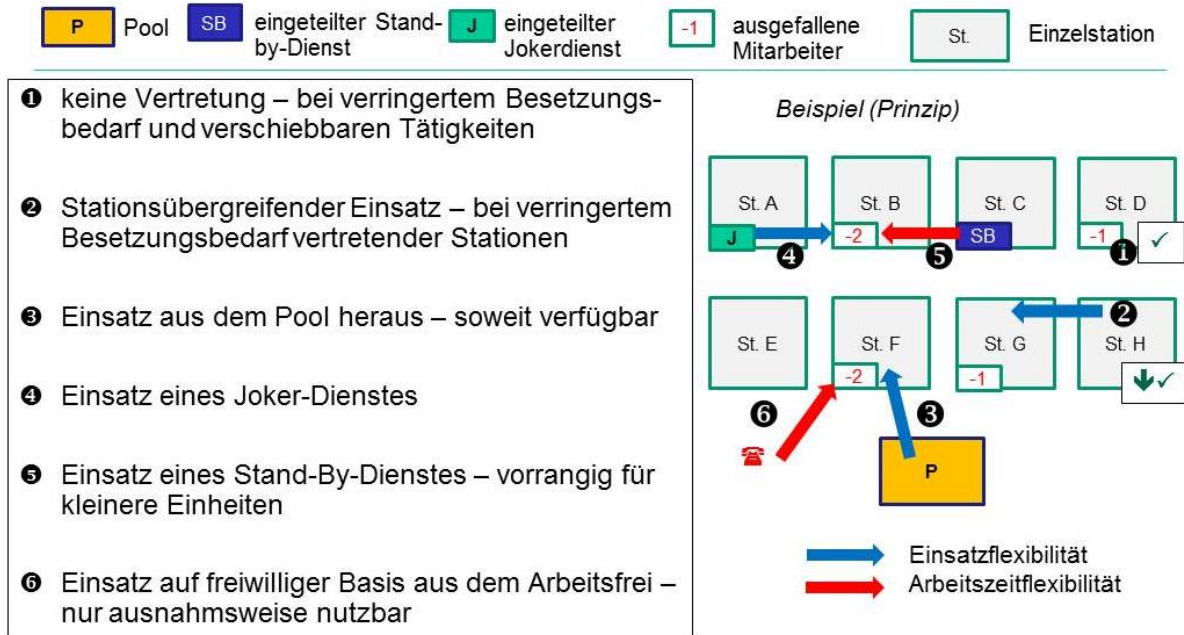


Abbildung 8: Instrumentenmix mit Vorrang von Einsatz- vor Arbeitszeitflexibilität in einem Beispiel-krankenhaus

## 9. Auswahl der Instrumente aus dem Vertretungsbedarf

In unserem Beispiel fielen je Vollzeit-Mitarbeiter 13,1 Krankheitstage an, was einer Krankheitsquote von 5% entspricht. Bei der hier vorgegebenen wochentäglichen Soll-Besetzung ergibt dies einen durchschnittlichen Krankheitsausfall von  $([3 \text{ Frühdienste} + 2 \text{ Spätdienste} + 1 \text{ Nachtdienst}] \times 5\%) =$  ca. 0,3 Diensten pro Tag an allen Tagen Montag bis Sonntag. Bei durchschnittlich ca. 0,3 krankheitsbedingt ausfallenden Diensten pro Tag wäre es nicht sinnvoll, Joker-Dienste stationsweise einzuteilen – der Verpuffungseffekt wäre viel zu hoch. Bei stationsbezogener Betrachtung kämen nur Stand-by-Dienste in Frage. Joker- und Pool-Lösungen setzen dagegen auf den stationsübergreifenden Einsatz; in unserem Beispiel durch die übergreifende Ausfallzeitenvertretung über vier Stationen.

Eine eigenes Ausfall-Instrument für die Nachtschicht ist auf Grund der geringen Besetzungsstärke häufig nicht wirtschaftlich, da je peripherer Station meist nur ein Mitarbeiter im Dienst ist und damit eine geringe Ausfallwahrscheinlichkeit besteht. Zudem müssen – wiederum wegen der üblichen Einfachbesetzung – die Nachtdienst-Mitarbeiter besonders hoch qualifiziert sein, was bei einem übergreifenden Einsatz nicht für alle Bereiche gewährleistet werden kann. Daher sollten die Nächte durch den Tausch eines Spätdienstmitarbeiters von der betroffenen Station übernommen werden, der Pool- oder Joker-Mitarbeiter übernimmt dann den verschobenen Spätdienst – daher unsere obige Empfehlung, den Spätdienst vertretungsseitig am stärksten zu besetzen.



Neben der rechnerisch ermittelten Ausfallwahrscheinlichkeit kann eine Analyse der tatsächlichen Krankheitsverläufe Hinweise zur Anzahl der benötigten Pool-, Joker- oder Stand-by-Dienste je Schichtlage liefern. Abbildung 9 zeigt die (teils starken) Schwankungen der krankheitsbedingten Ausfälle bei einem Maximalversorger im Jahresverlauf. Es kann daher sinnvoll sein, die Anzahl der Vertretungsdienste im Jahresverlauf zu differenzieren oder – wenn der Pool genutzt wird – diesen Mitarbeitern im Sommer anteilig mehr Urlaub als im Winter zu gewähren.

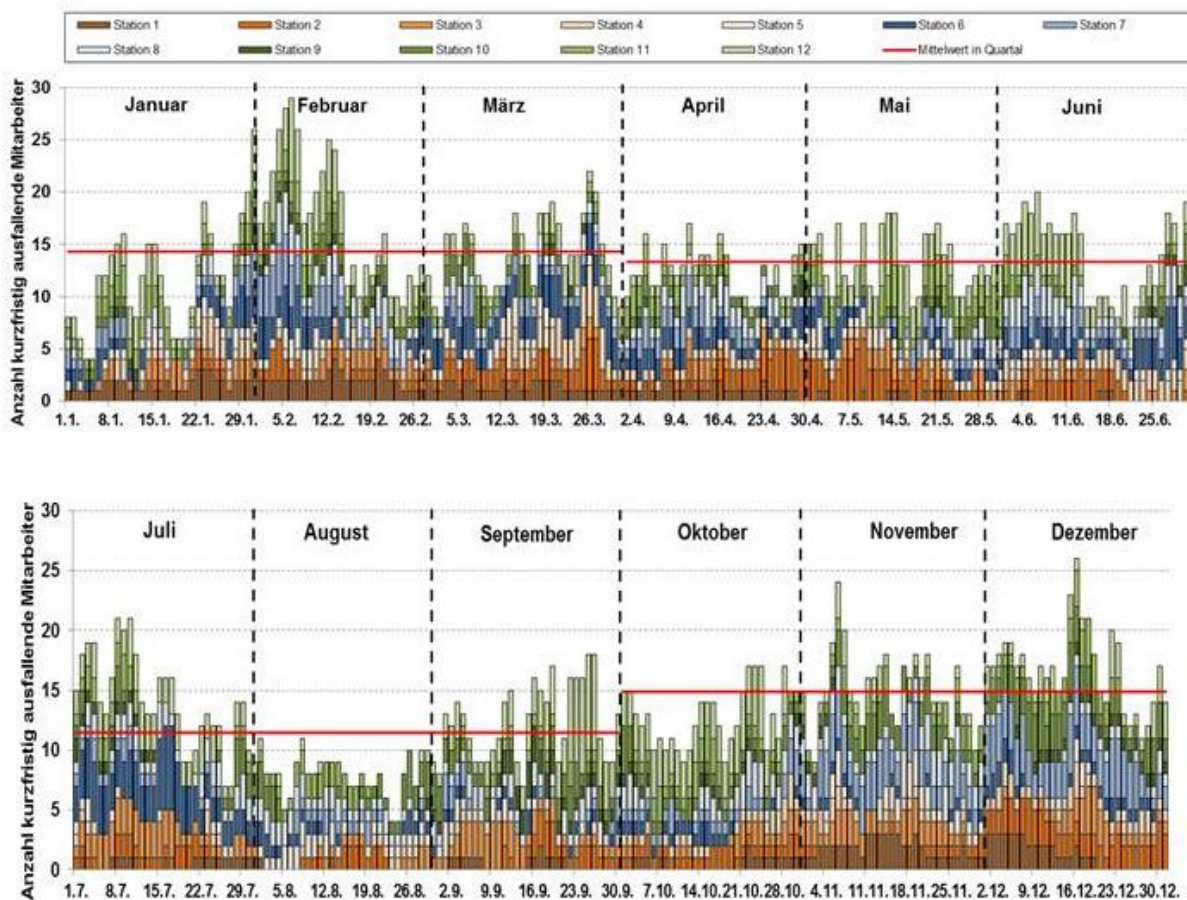


Abbildung 9: Jahresbezogener Verlauf des Krankheitstageaufkommens am Beispiel eines Maximalversorgers

Eine Orientierungshilfe für die Anzahl der benötigten Vertretungsdienste zeigt die nachstehende Tabelle. Ziel sollte es jeweils sein, einen Stand-by-Dienst zwischen ca. 30% und 50% der Tage zu nutzen, einen Joker-Dienst zwischen 70% und 100% der Tage. Eine gewisse „Überplanung“ der Vertretungsdienste ist dabei durchaus gewünscht. Wird ein Joker-Dienst nicht für die Kompensation kurzfristiger Ausfälle genutzt, so kann beispielsweise ein Mitarbeiter (nicht zwingend der Mitarbeiter im Joker-Dienst!) zum Abbau von Überstunden seinen Dienst früher beenden.



<b>Durchschnittlicher Ausfall in Diensten</b>	<b>Anzahl Stand-by-Dienste</b>	<b>Anzahl Pool-/Jokerdienste</b>
Bis 0,5	1	0
0,5 – 0,75	0	1
0,75 – 1,25	1	1
1,25 – 1,7	0	2
1,7 – 2,2	1	2