

Prof. Dr. Knut Dahlgard/Andrea Kleipoedszus

Kompensation von kurzfristigen Personalausfällen im Pflegebereich (I)

Problemstellung und Konzeptentwicklung

Kurzfristige Personalausfälle im Pflegebereich eines Krankenhauses können zu Qualitätsmängeln in der Versorgung und zur Beeinträchtigung der Arbeitsbedingungen führen. Wirkungsvolle Abhilfe schafft ein vom Krankenhaus mit Hilfe externer Begleitung entwickeltes Konzept für das Management dieser Situation. Zentrale Elemente eines derartigen Konzepts sind eine organisierte und strukturierte Umsetzung von Pflegenden, die Nutzung eines Personalpools und die Einrichtung eines Rufbereitschaftsdienstes. Teil I des Aufsatzes beschreibt das Ausgangsproblem und den Prozess der Konzeptentwicklung. Die Ergebnisse der Umsetzung in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung werden im zweiten Aufsatzteil im Maiheft von „das Krankenhaus“ dargelegt.

1. Das Problem des kurzfristigen Personalausfalls

Probleme durch kurzfristigen Personalausfall im Pflegebereich gibt es in vielen Krankenhäusern: Plötzliche Krankmeldungen reißen Lücken in die Personalbesetzung, die sich negativ auf die Patientenversorgung, die Pflegenden und die Leitungskräfte auswirken. Wenn ein Organisations- und Führungskonzept zur Kompensation kurzfristiger Personalausfälle fehlt, führt das zu folgenden bekannten Symptomen:

- Es besteht die Gefahr der Absenkung des Leistungs- und/oder Qualitätsniveaus in der Pflege unter ein vertretbares Maß, wenn der Personalausfall nicht ausgeglichen wird.
- Der Zwang zum Einspringen bei Personalausfällen („Ausdem-Frei-holen“ oder Dienstaustausch) führt zu einer mangelnden Verlässlichkeit der Dienstplangestaltung für das Pflegepersonal. Die ohnehin nicht sehr attraktiven Arbeitszeiten im Pflegedienst werden dadurch noch unattraktiver.
- Die Entscheidung darüber, wer einspringen muss, wird häufig als ungerecht empfunden, weil es an verlässlichen Kriterien und einem eingespielten Verfahren fehlt. Dies führt zu einer schleichenden Verschlechterung des Betriebsklimas.
- In Wirklichkeit schließt das Einspringen gar keine Personallücke, sondern verteilt die Lücken nur anders; die zusätzlich eingeteilte Kraft fehlt dann an anderer Stelle, auch dieser Ausfall muss dann später ausgeglichen werden.
- Häufig genug führt das Einspringen zu einer Anhäufung von Überstunden, die ungleich auf die einzelnen Personen verteilt sind und die nur schwer abgebaut werden können.
- Schließlich wenden viele Leitungskräfte unverhältnismäßig viel Zeit und Energie auf, um durch ein nicht vorstrukturiertes Verfahren für Vertretungen zu sorgen.¹⁾

Weil die Arbeitsbedingungen (zum Beispiel Wechselschichtdienst) und die materiellen Anreize (zum Beispiel Tarifgehalt) in den Krankenhäusern ähnlich sind, steigt in Zeiten zunehmenden Fachkräftemangels die Bedeutung guter Arbeitszeitregelungen für die Teilnahme- und Verbleibensentscheidung im Krankenhaus deutlich an. Nur wer die Probleme im Umgang mit Personalausfall in den Griff bekommt, kann langfristig qualifizierte Pflegenden in der eigenen Einrichtung halten und das akquisitorische Potenzial auf dem Arbeitsmarkt für Pflege verbessern.

Die Ziele eines Ausfallzeiten-Managements im Pflegebereich lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Stabilisierung des Personaleinsatzes und Vermeidung von Qualitätsverlusten durch Personalausfall;
- Steigerung der Verlässlichkeit des Dienstplans und damit der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden;
- Transparenz und Gerechtigkeit des Verfahrens und Verbesserung der Kooperation zwischen Führungskräften und Mitarbeitern in der Pflege;
- weitgehende Kostenneutralität;
- Entlastung der Leitungskräfte durch Etablierung eines „von selbst ablaufenden“ Verfahrens.

2. Die Entwicklung eines Konzepts für die Ausfallzeitenkompensation

Die Leitung des Friedrich-Ebert-Krankenhauses in Neumünster beschloss zu Beginn des Jahres 2012, ein Konzept für die Kompensation kurzfristiger Personalausfälle im Pflegebereich zu entwickeln. Als Modellbereich für die Konzeptentwicklung und Erprobung wurden die Kliniken für Innere Medizin²⁾ mit einem Personalbestand von insgesamt etwa 100 Vollkräften im

Pflegebereich ausgewählt. Für die Konzeptentwicklung wurde vom Pflegedienstleiter, Christian de la Chau, eine Projektgruppe eingerichtet.³⁾ Von Mai 2012 bis Dezember 2012 entwickelte die externe Projektbegleitung Procure Consult e.V. gemeinsam mit dieser Projektgruppe ein Konzept⁴⁾ zur Kompensation von Personalausfällen in diesen Kliniken.

2.1 Vorbereitungen für die Konzeptentwicklung

Ein Konzept zur Kompensation von Personalausfällen soll die konkreten Handlungsoptionen beschreiben, die im Umgang mit diesem Problem bestehen. Bevor diese allerdings entwickelt werden, empfiehlt sich ein Blick auf die Ausgangssituation im Bereich Personalplanung, Personaleinsatz und Personalausfall. Denn genauso wichtig wie die Möglichkeiten zur Kompensation von Personalausfall sind Prinzipien der Personaleinsatzplanung, die eine gleichmäßige Verteilung des vorhandenen Personals bewirken. So wird verhindert, dass von vornherein bestehende Besetzungsengpässe zusätzliche Angriffspunkte für Personalausfälle im Sinne von „eingepflanzten Schwächezonen“ aufweisen. Zwei Aufgaben waren für die Projektarbeit von besonderer Bedeutung:

Klärung von Durchschnitts- und Mindestbesetzung

Analysiert man die im Dienstplan vorgesehene Personalbesetzung, so stellt sich heraus, dass in vielen Bereichen die geplante Besetzung nicht gleichmäßig hoch ist, sondern Schwankungen aufweist. Dies kann unterschiedliche Ursachen haben:

- mangelnde Teilbarkeit des Faktors Arbeit (entweder zwei oder drei Ganztagsbeschäftigte arbeiten pro Schicht);
- Verlagerungen von Arbeitstagen auf Wunsch der Pflegenden („Wunschbuch“);
- Reduzierung der Personalbesetzung aufgrund von Urlaubsgewährung.

Schwankungen im Personalbestand sind problematisch für eine gleichmäßige Arbeitsbelastung der Pflegenden und für ein gleichmäßiges Versorgungsniveau. Eine gleichmäßige Personaleinsatzplanung ohne große Ungleichverteilungen dagegen führt zu einer gleichmäßigen Arbeitsbelastung und damit tendenziell zu weniger Personalausfällen aufgrund von Überlast. Außerdem wirken sich Personalausfälle nicht so schwerwiegend aus, wenn die Besetzung nicht ohnehin schon knapp ist.

Auf der Basis der Zahl der vorhandenen Vollkräfte pro Station und der Netto-Arbeitszeit der Beschäftigten⁵⁾ wird eine realisierbare Schichtbesetzung pro Station festgelegt, und zwar

- für die Wochentage (Frühdienst/Spätdienst) und
- für die Wochenendtage (Frühdienst/Spätdienst).

Diese Durchschnittsbesetzung⁶⁾ steht der Station ganzjährig im Durchschnitt zur Verfügung. Im Verlaufe eines Dienstplanzeitraums gleichen sich über- und unterdurchschnittliche Besetzungen aus. Je mehr (relative) Überbesetzungen eingeplant

werden, desto mehr Unterbesetzungen gibt es an anderer Stelle. Sind die Abweichungen vom Durchschnitt verschieden hoch, können sich auch unterschiedliche Anzahlen von Über- und Unterschreitungen ergeben. In dem Beispiel der ► **Abbildung 1** ist ein Personaleinsatz geplant, der (unter Einbeziehung der Auszubildenden) an insgesamt neun Tagen unterdurchschnittlich, an insgesamt 20 Tagen dagegen überdurchschnittlich ist.

Dagegen gibt die *Mindestbesetzung* den Personalbestand an, mit dem gerade eben noch eine sichere Pflege der Patienten erreicht werden kann. Das bedeutet, dass

- alle unbedingt notwendigen Pflegemaßnahmen gerade noch ausgeführt werden können,
- höhere Qualitätsansprüche dagegen können nicht erfüllt werden.

Diese Mindestbesetzung bezeichnet also – abweichend vom üblichen Sprachgebrauch – *eine absolute Untergrenze der Personalbesetzung*. Jede Unterschreitung der Mindestbesetzung durch einen Personalausfall muss zu einer Kompensationsmaßnahme führen, da ansonsten nicht einmal alle unbedingt notwendigen Pflegemaßnahmen ausgeführt werden und sich ggf. Versorgungsprobleme oder gar rechtlich relevante Folgen ergeben können. Aus diesem Grund kann die Mindestbesetzung auch nicht die gleiche Höhe aufweisen wie die Durchschnittsbesetzung, sondern muss darunter liegen. Erste Erfahrungen aus Modellversuchen geben Hinweise darauf, dass die Mindestbesetzung etwa 20 Prozent unter der Durchschnittsbesetzung liegen sollte.

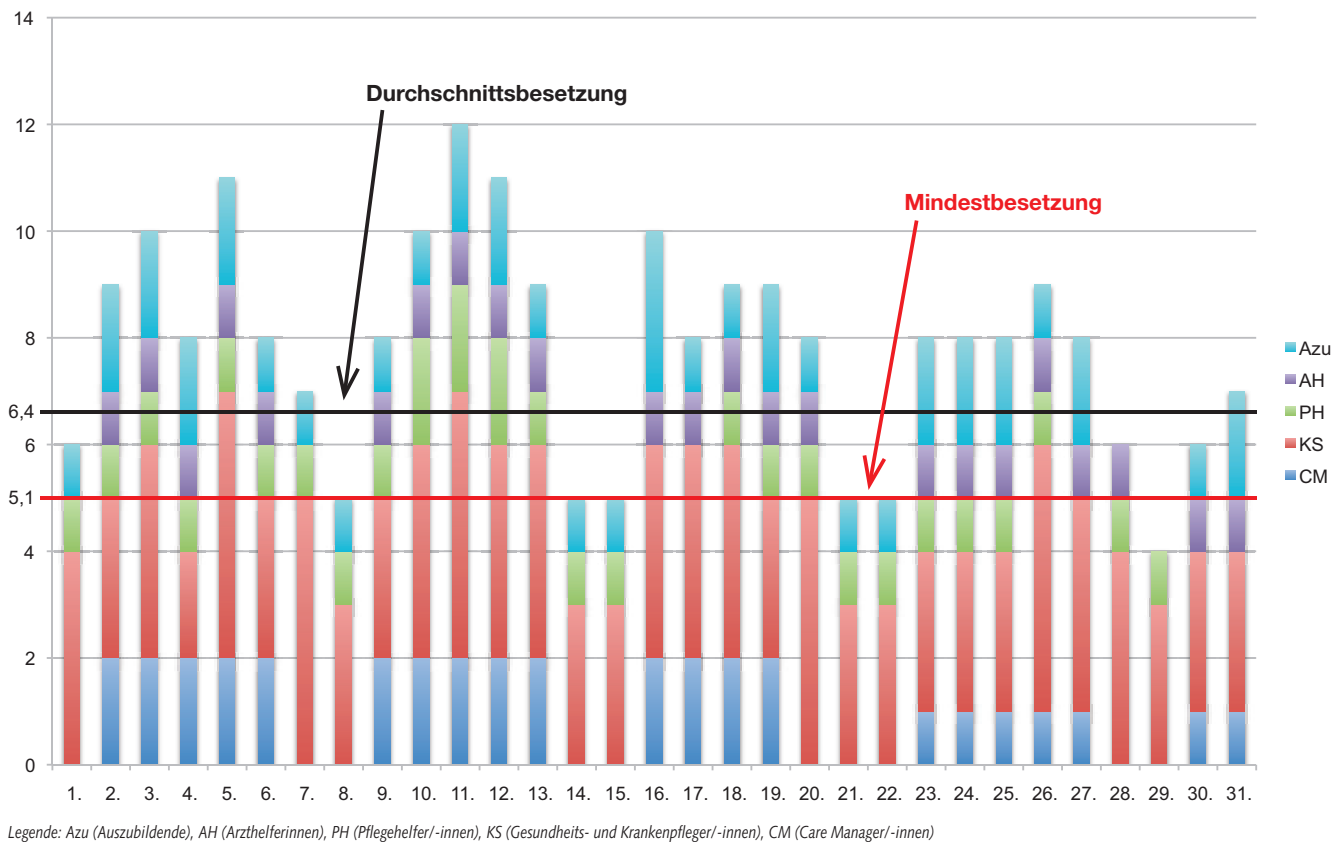
Eine Klärung von Durchschnitts- und Mindestbesetzung ist von großer Bedeutung. Sie stellt die Leitungskräfte vor hohe Anforderungen. Eine Diskussion um eine „gefühlte ausreichende“ Besetzung („Heute waren wir endlich mal gut besetzt!“) einerseits und die Tatsache, dass diese Besetzung rechnerisch allerdings schon eine „Überbesetzung“ (oberhalb der Durchschnittsbesetzung) darstellt, ist nicht einfach zu führen.

Gleichmäßige Verteilung des Erholungsurlaubs

In ähnlicher Weise wirkt sich eine gleichmäßige Verteilung des Erholungsurlaubs günstig auf die Erzielung eines stabilen Qualitäts- und Belastungsniveaus aus. So haben Analysen in mehreren Projekten zum Thema „Ausfallzeitenkompensation“ ergeben, dass es parallele Verläufe der Ausfallzeiten durch Urlaub und Krankheit gibt. In der Urlaubszeit, wenn bis zu einem Drittel des Personals nicht zur Verfügung steht, steigt die Belastung für die noch Verbleibenden so stark an, dass deren Personalausfälle steigen und die ohnehin schon knappe Besetzung noch weiter verringert wird.

Eine planerisch sinnvolle Gleichverteilung des Erholungsurlaubs ist nicht einfach zu realisieren, da Bedürfnisse der Beschäftigten (zum Beispiel nach Urlaubsgewährung während der Schulferien) mit betrieblichen Erfordernissen abzustimmen sind. Außerdem unterliegt die Urlaubsplanung der Mitbestimmung durch die betriebliche Interessenvertretung. Im

Abbildung 1: Fallbeispiel – Tatsächlich geplanter Personaleinsatz, Durchschnittsbesetzung und Mindestbesetzung (Station X im Monat Mai 2012)



Projektkrankenhaus ist die Idee entwickelt worden, Anreize für die Beantragung des Erholungsurlaubs in den Wintermonaten (Oktober, November, Dezember (bis Weihnachten), Januar, Februar und März) in Form eines halben Urlaubstages pro genommener Urlaubswoche in dieser Zeit zu bieten.

Im Verlauf der Vorbereitungen für die Konzeptentwicklung wurden noch weitere Aspekte geklärt, welche die Reichweite des Konzepts und das Planungsverfahren betrafen:

- Das Konzept umfasst zwei Kategorien für den Personaleinsatz: Pflegefachkräfte (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen) und Pflegeassistentenkräfte (Krankenpflegehelfer/-innen, Pflegehilfskräfte).
- Krankenpflegeschüler/-innen und FSJler/-innen werden nicht zur Kompensation von Personalausfällen herangezogen.
- Für Care Manager⁷⁾ und Stationssekretärinnen wird ein gesondertes Konzept für die Kompensation von Personalausfällen entwickelt.
- Die Pflegeleitungen verwendeten für die Vorbereitung der Dienstplanerstellung im Rahmen der Konzepterprobung ein Planungsinstrument.⁸⁾ Hierdurch konnte bereits bei der Planung auf die Gleichmäßigkeit des Personaleinsatzes (zum Beispiel Zahl der Arbeitsstunden pro Tag) und die Verteilung der Dienste geachtet werden.
- Zu Anfang der Konzeptentwicklung war vorgesehen, künftigen Dienstplan für drei Monate zu erstellen. Ein längerer

Planungszeitraum hat grundsätzlich sowohl für die Beschäftigten als auch für den Betrieb Vorteile, weil der zeitliche Vorlauf für die Planbarkeit individueller Aktivitäten wie auch für eine notwendige Verschiebung von Arbeitskapazitäten größer wird. Im Laufe der Vorbereitungen hat sich herausgestellt, dass es praktikabler ist, weiterhin für einen Monat konkret im Voraus zu planen und eine Rahmenplanung für die weiteren beiden Monate im Voraus mit vorzunehmen (Prinzip der „rollierenden Planung“). Dadurch kann die Anzahl der Dienstplanänderungen im Vorwege begrenzt werden. ▶

— Anzeige —



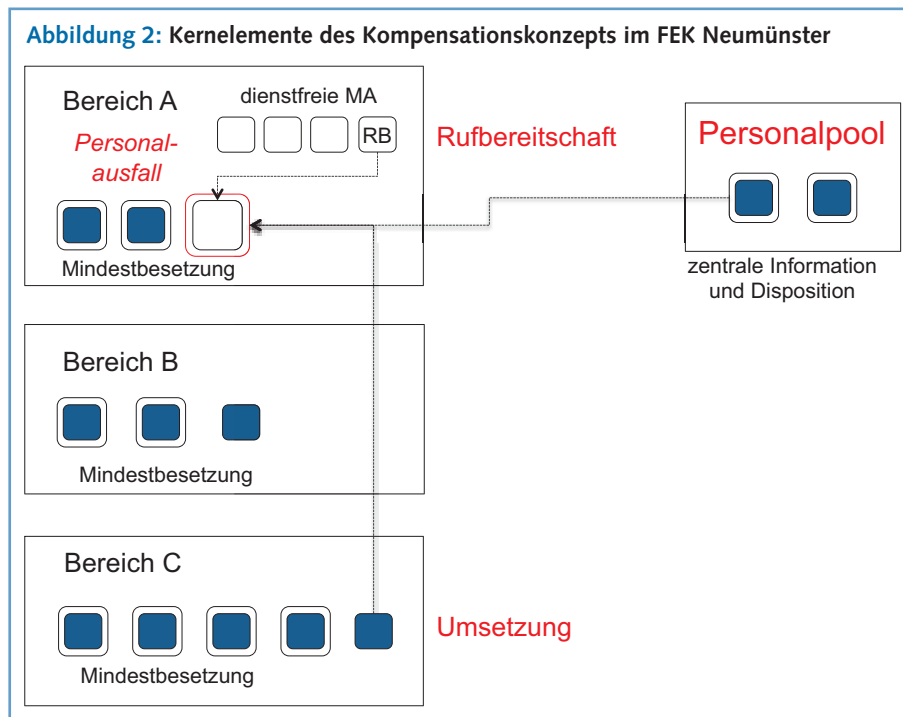
RECHTSANWÄLTE WIGGE
BERATUNG IM MEDIZINRECHT
MÜNSTER • HAMBURG • KÖLN • MÜNCHEN
BERATUNGSKOMPETENZ FÜR KRANKENHÄUSER

Krankenhausplanungsrecht
Finanzierungs- und Vergütungsrecht
Arbeits- und Personalrecht
Sektorenübergreifende Kooperationen
Gründung und Betrieb von MVZ

Gerne stehen wir Ihnen für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

48151 Münster Scharnhorststr. 40 Tel: 0251 53595-0	20354 Hamburg Neuer Wall 44 Tel: 040 3398705-90	50931 Köln Aachener Str. 75 Tel: 0221 800683-47	81671 München Großvenedigerstr. 23b Tel: 089 124737-16
--	---	---	--

kanzlei@ra-wigge.de • www.ra-wigge.de



möglich, die dann keine personelle Kompensation erfordern, darunter die Maßnahmen

- Absenkung der Arbeitsmenge auf der Station (zum Beispiel durch eine Reduktion/Vermeidung von Neuaufnahmen) oder
- Formulierung eines „Notprogramms“ für die noch vorhandenen Pflegenden (Erlaubnis zum Weglassen bestimmter pflegerischer Aufgaben).

Die Projektgruppe hat sich einen Überblick über die grundsätzliche Anwendbarkeit dieser Maßnahmen im FEK Neumünster verschafft und nach ausführlicher Diskussion zwei Entscheidungen getroffen:

- Drei Konzeptelemente sind als Problemlösung für dieses Krankenhaus am besten geeignet: Umsetzung, Rufbereitschaft und Personalpool (► **Abbildung 2**).

- Steuernde Maßnahmen auf der Seite der Arbeitsmenge sollten nicht Bestandteil des Konzepts sein.

2.2 Grundsätzliche Möglichkeiten der Kompensation von Personalausfall

Die Kompensation von Personalausfall im Krankenhaus ist ein häufig auftretendes und wichtiges Managementproblem. Erstaunlicherweise gibt es in der Krankenhauspraxis nur wenige Darstellungen von Projekten zur Ausfallzeitenkompensation.⁹⁾ Auch in der Fachliteratur gibt es eher allgemeine Hinweise zum Thema Dienstplanerstellung und Fehlzeiten,¹⁰⁾ allerdings nur wenig spezifische Angaben über Ansätze zur Ausfallzeitenkompensation.¹¹⁾

Grundsätzlich mögliche Maßnahmen zur organisierten und strukturierten Kompensation kurzfristiger Personalausfälle gibt es viele, darunter

- die Umsetzung von Pflegepersonal von einer Station auf eine andere,
- die Einrichtung eines Rufbereitschaftsdienstes,
- die Nutzung zusätzlicher Beschäftigungsangebote von Teilzeitbeschäftigten,¹²⁾
- den Einsatz von Kräften aus einem krankenhausinternen Personalpool,¹³⁾
- den Einsatz von Aushilfen auf Abruf,¹⁴⁾
- den Einsatz von Leihpersonal (Arbeitnehmerüberlassung)¹⁵⁾ und
- den Einsatz von Standby-Diensten.¹⁶⁾

Nicht in Betracht gezogen werden kann eine Verschiebung von Tätigkeiten auf die Zeit nach dem Personalausfall, weil das Uno-actu-Prinzip bei personenbezogenen Dienstleistungen greift und keine zeitliche Entkopplung von Dienstleistungsnachfrage und -angebot möglich ist.

Neben der Gegensteuerung auf der Personalseite sind grundsätzlich natürlich auch Steuerungen der Arbeitsmenge

2.3 Kernelemente des Kompensationskonzepts im FEK Neumünster

2.3.1 Umsetzungsmodell

Beim Umsetzungsmodell¹⁷⁾ wechseln einzelne Pflegenden den Arbeitsort. Wenn auf einer Station ein/e Mitarbeiter/-in ausfällt, wird von einer personell relativ besser besetzten Station kommend ein/e Mitarbeiter/-in für die Dauer einer Schicht auf der von dem Personalausfall betroffenen Station eingesetzt. Dieses Modell hat drei Voraussetzungen:

- Der Dienstplan der entsendenden Station weist eine (relative) Personalüberdeckung aus, die überhaupt erst die Möglichkeit der Zuordnung zu einer anderen Station schafft. Eine (relative) Überdeckung liegt dann vor, wenn die geplante Besetzung über der festgelegten Durchschnittsbesetzung liegt.
- Die geplante (relative) Überkapazität wird personalisiert, das heißt, konkrete Pflegenden erhalten auf dem Dienstplan eine entsprechende Kennzeichnung durch eine Status-Angabe (zum Beispiel „Z“). Diese Kennzeichnung gibt an, dass diese Pflegenden zusätzlich zur Durchschnittsbesetzung eingeplant sind. Wenn jemand ausfällt, werden diese Pflegenden zur Ausfallzeitenkompensation herangezogen.¹⁸⁾
- Vorbedingung für den Einsatz dieses Modells ist eine mündliche, ggf. auch schriftliche Grundinformation der Pflegenden über Arbeitsorganisation und Patienten der jeweilig

anderen Station. Diese Information muss vorab sichergestellt werden.

Falls überhaupt kein Personalausfall auftritt, kann die „Z-Kraft“ auf der eigenen Station zusätzliche pflegerische Leistungen nach einem vorher definierten Katalog ausführen. Zusätzliche pflegerische Leistungen sind solche, die nicht regelmäßig (zum Beispiel Begleiten eines Patienten bei einem Spaziergang) oder zu einem bestimmten Zeitpunkt (zum Beispiel Auffüllen von Materialien; Schrank aufräumen; Auswertungen der Pflegedokumentation vornehmen) ausgeführt werden müssen.

2.3.2 Rufbereitschaftsmodell

Die Rufbereitschaft ist eine besondere Form des Bereitschaftsdienstes, bei der die Arbeitnehmer nicht am Arbeitsplatz anwesend, aber telefonisch erreichbar sein müssen, um im Bedarfsfall die Arbeit unverzüglich aufnehmen zu können. Die Rufbereitschaftszeit (Zeit der telefonischen Erreichbarkeit) wird vergütet, ebenso wie die Arbeitszeit, die ggf. auf Abruf geleistet werden muss. An einem Kalendertag wird ein Rufbereitschaftsdienst in der Frühschicht und/oder in der Spätschicht eingerichtet. Eingeteilt zum Rufbereitschaftsdienst werden Pflegende, die an diesem Tag dienstfrei haben. Falls ein Personalausfall auftritt, der kompensiert werden muss, kommt der/die Pflegende in das Krankenhaus und übernimmt den ausgefallenen Dienst.

Das im FEK Neumünster entwickelte Konzept enthält konkrete Regelungen – auf deren detaillierte Darstellung hier verzichtet wird – für

- die Zeiten, in denen die Rufbereitschaftsdienstleistenden telefonisch erreichbar sein müssen,
- die Organisation der telefonischen Erreichbarkeit,
- die Anrechnung als Arbeitszeit und die Vergütung der Rufbereitschaftsdienste,¹⁹⁾
- die Verteilung der Rufbereitschaftsdienste auf die Pflegenden und die Kennzeichnung im Dienstplan sowie
- die Mitwirkung der Pflegenden bei der Aufstellung der Pläne für die Rufbereitschaftsdienste.

2.3.3 Pool-Modell

Das Pool-Modell besteht aus einer zentral disponierten Personalreserve, die bei kurzfristigen Ausfällen bedarfsgerecht den jeweiligen Bereichen zugeordnet wird. Die in der Personalbedarfsberechnung enthaltenen Reserven für Ausfallzeiten werden nicht pauschal und grundsätzlich den Stationen, sondern verursachungsgerecht nur bei Personalausfällen und damit wirkungsvoller zugeordnet. Dieser Personalvorrat ist natürlich nicht zusätzlich vorhanden, sondern muss bereits im Vorwege von der insgesamt zur Verfügung stehenden Zahl an Vollkräften abgezogen werden.

Im FEK Neumünster sind folgende Entscheidungen über die Ausgestaltung des Pools getroffen worden:

- Die Größe des Pools beträgt zunächst etwa 1,3 Vollkräfte (Fachkräfte; Anfangswert).
- Für den Pool wird ein Dienstplan erstellt, der Arbeitszeitwünsche der Pool-Mitarbeiter berücksichtigt und der vom Betrieb nicht verändert wird (Stabilitätsgarantie).
- Zuständig für Dienstplangestaltung des Pools und Grundfragen der Personaldisposition ist die Pflegedienstleitung.
- Der Pool-Dienstplan steht den Stationen als Informationsbasis in Form von Kopien zur Verfügung.
- Falls die Pool-Kräfte nicht zur Ausfallzeitenkompensation benötigt werden, sind sie einer Station zugeordnet, auf der sie zusätzliche Aufgaben übernehmen können.

2.4 Das Zusammenwirken der Konzeptelemente

Alle drei Ansätze sind grundsätzlich geeignet, Personalausfälle zu kompensieren. Um keine Überversorgung auf diesem Gebiet zu praktizieren, aber auch um Ausfälle nach einem geregelten Verfahren auszugleichen, ist in der Projektgruppe ein gestufter Einsatz der Modellansätze entwickelt worden:

Grundlage ist das *Umsetzungsmodell*. In den beiden Pflegebereichen der Modellabteilung ist auf dem Dienstplan vermerkt, an welchem Tag und in welcher Schicht eine Ausfallzeitenkompensation durch eine entsprechend gekennzeichnete/n Mitarbeiter/-in möglich wäre.

Dieses Verfahren des Einspringens einer „Z“-Kraft kann – bei Vorhandensein und Transparenz aller Dienstpläne in dem Bereich – automatisch ablaufen und bedarf bei nur einem Personalausfall keiner Entscheidung einer Führungskraft.

Für die Tage und Schichten, für die keine zusätzlichen Pflegenden über die Durchschnittsbesetzung hinaus vorhanden sind (Umsetzungsmodell), werden *Rufbereitschaftsdienste* eingeplant. Die Rufbereitschaftsdienste werden ohne Berücksichtigung des Pool-Dienstplans geplant.

Für den *Pool* existiert ein Pool-Dienstplan, auf dem die jeweils in der Schicht vorhandenen Pflegekräfte verzeichnet sind.

Im Fall eines Personalausfalls auf der Station laufen folgende Schritte ab:

1. Ein Personalausfall tritt auf.
2. Die zuständige Pflegekraft prüft, ob durch den Personalausfall die Mindestbesetzung unterschritten wird.
 - 2.1 Wenn nein: Die Arbeit wird in dieser knappen Besetzung ausgeführt.
 - 2.2 Wenn ja: Schritt 3 folgt.
3. Die zuständige Pflegekraft ermittelt auf dem Dienstplan, ob eine zusätzliche Pflegekraft auf einer anderen Station des gleichen Bereichs vorhanden ist.
 - 3.1 Wenn ja: Sie ruft auf dieser Station an und fordert die „Z-Kraft“ an.
 - 3.2 Wenn nein: Sie überprüft anhand des Pool-Dienstplans, ob für diese Schicht ein Pool-Mitarbeiter zur Verfügung steht. ▶

- 3.2.1 Wenn ja: Sie ruft den Pool-Mitarbeiter an und bittet ihn, auf die Station zu kommen. Wenn zwei Bedarfsanmeldungen eingehen, teilt der Pool-Mitarbeiter in Abstimmung mit den Pflegenden bzw. Leitungen seine Arbeitskraft zeitlich auf die beiden Stationen auf.
- 3.2.2 Wenn nein: Die Rufbereitschaft wird angerufen und tritt ihren Dienst an.

Auf diese Weise erhält der Einsatz der Pool-Kräfte (die ohnehin da sind und für ihre Tätigkeit bezahlt werden müssen) Vorrang gegenüber dem Einsatz von Rufbereitschaftsdienstkräften.

Fortsetzung „Praktische Erfahrungen mit dem Konzept“ und Schlussfolgerungen in „das Krankenhaus“ 5/2014

Anmerkungen

- 1) Erste Schätzungen zeigen, dass dieser Zeitbedarf in der Größenordnung von etwa 25 Prozent der Arbeitszeit liegen dürfte. Vergleiche dazu die Angaben bei Barbara, Werner; Reimers, Stefan; Piontek, Martina: Der flexible Mitarbeiterpool in der Intensivpflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 10/2010, Seite 1006 bis 1011, hier Seite1007
- 2) Abteilungen Medizinische Klinik (Kardiologie, Pneumologie), Hämatologie, Onkologie und Nephrologie; Gastroenterologie.
- 3) Weitere Mitglieder: zwei Betriebsräte, zwei Pflegeleitungen, Personalleiter, eine Stationsleitung sowie zeitweilig weitere Funktionen (zum Beispiel Personalentwicklung).
- 4) Procare Consult/Prof. Dr. Knut Dahlgaard: Kompensation von kurzfristigen Personalausfällen. Konzept und Umsetzungsmöglichkeiten im Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, Kliniken für Innere Medizin, unveröffentlichtes Manuskript, 20. Dezember 2012.
- 5) Arbeitszeit einer Vollkraft abzüglich Ausfallzeiten durch Urlaub, Krankheit etc.
- 6) Synonym kann hierfür auch der Begriff „Regelbesetzung“ verwendet werden. In der Abbildung 1 ist die Berechnung der Durchschnittsbesetzung (und daraus abgeleitet auch die Berechnung der Mindestbesetzung) ohne die Auszubildenden vorgenommen worden.
- 7) Im FEK arbeiten im Pflegedienst Care Manager, die fallsteuernde und koordinierende Aufgaben übernehmen; Stationsleitungen gibt es nicht, sondern Pflegeleitungen, die mehrere Stationen leiten.
- 8) Als Planungsinstrument wurde eine vorbereitete Excel-Tabelle genutzt, die automatische Auswertungen der geplanten Stunden, Einsätze und Besetzungsrelationen vorsieht.

- 9) Vergleiche zum Beispiel Klinikum Braunschweig: Krankenhauszeitung, Ausgabe Nr. 22 (März 2010), Seite 9: Wenn Not am Mann ist, helfen Kollegen aus dem Pflegepool. (http://www.klinikum-braunschweig.de/fileadmin/klinikum-aktuell/Klinikum_Ausg22_internet.pdf; Abruf am 7. November 2013)
- 10) Vergleiche zum Beispiel Wipp, Michael; Sausen, Peter; Lorscheider, Dirk: Der Regelkreis der Einsatzplanung: Dienstpläne sicher und effizient erstellen. Vincentz-Verlag 2012 sowie Kelm, Ronald: Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege. 4. Auflage, Stuttgart 2011
- 11) Vergleiche zum Beispiel Keller, Monika; Bamberg, Eva; Dettmers, Jan; Friedrich, Niklas; Vahle-Hinz, Tim; Schulz, Anika: Bei Anruf Arbeit – Ansätze zur Gestaltung von Rufbereitschaft. In: PERSONALquarterly 1/2012, Seite 30–33, sowie Dahlgaard, Knut: Rationalisierung und Personalplanung im Krankenpflegebereich, München 1982, Seite 248 ff.
- 12) Grundidee: Teilzeitbeschäftigte bieten eine Reihe von Tagen im Monat an, an denen sie zusätzliche Schichten gegen Entgelt (ohne Veränderung ihrer Arbeitszeit im Arbeitsvertrag) übernehmen könnten. – Diese Idee ist in dieser Form (noch) nicht in das FEK-Konzept aufgenommen worden.
- 13) Auch als Springer-Pool bezeichnet
- 14) Entsprechende kurzfristige Einsätze von Beschäftigten beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit, da ansonsten der Arbeitgeber dem Beschäftigten die Lage seiner Arbeitszeit jeweils mindestens vier Tage im Voraus mitteilen müsste (§ 12 Absatz 2 Teilzeitbestedungsgesetz).
- 15) Nur wenige Personalleasingfirmen sind allerdings in der Lage, kurzfristig (von einem Tag auf den anderen oder gar am gleichen Tag) Ersatzpersonal zu stellen.
- 16) Vergleiche Dahlgaard, Knut: Innovative Arbeitszeitmodelle: Das „Stand-by“-Konzept. Bericht über ein Betriebsberatungsprojekt im Rahmen der „Hamburger Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege“. Verv. Manuskript, Hamburg, September 2003
- 17) Andere Bezeichnungen: Floating-Modell; Versetzungsmodell. Im Folgenden wird dieses im FEK angewendete Modell als „Umsetzungsmodell“ bezeichnet, da es sich im arbeitsrechtlichen Sinne nicht um eine Versetzung, sondern um eine zeitbefristete Umsetzung auf einen anderen Arbeitsort handelt.
- 18) Im Falle eines Personalausfalls auf der eigenen Station arbeitet die „Z-Kraft“ in der Pflege auf dieser Station mit.
- 19) Das FEK hat sich dafür entschieden, einen Sachbezug (Tankgutschein) als Vergütung auch in dem Fall anzubieten, dass die Rufbereitschaft zwar geleistet, aber nicht in Anspruch genommen worden ist.

Anschriften der Verfasser

Prof. Dr. Knut Dahlgaard, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg/Andrea Kleipoedzus (MBA), Procare Consult e.V., Heckenrund 8, 22359 Hamburg



37. Deutscher Krankenhaustag
12. bis 15. November 2014