

Prof. Dr. Knut Dahlgard/Andrea Kleipoedszus

Kompensation von kurzfristigen Personalausfällen im Pflegebereich (II)

Ergebnisse der Umsetzung und Bewertung

Wirkungsvolle Abhilfe bei kurzfristigen Personalausfällen im Pflegebereich eines Krankenhauses schafft ein vom Krankenhaus mit Hilfe externer Begleitung entwickeltes Konzept für das Management dieser Situation. Die zentralen Elemente eines derartigen Konzepts – eine organisierte und strukturierte Umsetzung von Pflegenden, die Nutzung eines Personalpools und die Einrichtung eines Rufbereitschaftsdienstes – wurden im Aprilheft von „das Krankenhaus“ erläutert. In Teil II des Aufsatzes beschreiben die Autoren die Ergebnisse der Umsetzung in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und ziehen ein Fazit der Projektarbeit.

3. Praktische Erfahrungen mit dem Konzept

Das Konzept ist im ersten Halbjahr 2013 in den zwei Pflegebereichen²⁰⁾ der Kliniken für Innere Medizin des Friedrich-Ebert-Krankenhauses Neumünster umgesetzt und evaluiert worden;²¹⁾ die wichtigsten Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt.

3.1 Verstetigung des Personaleinsatzes

Zu Beginn der Konzeptentwicklung traten starke Schwankungen des geplanten Personalangebots im Verlauf eines Monats auf (vergleiche Abbildung 1 in Heft 4/2014, Seite 319). So waren auf einer untersuchten Station an einigen Tagen doppelt so viele Pflegepersonen anwesend wie an anderen. Im Rahmen der Erprobung wurden für die Stationen aufgrund des vorhandenen Personalbestands Durchschnittsbesetzungen berechnet und Mindestbesetzungen festgelegt. Diese Festsetzungen waren nicht für alle Pflegenden sofort akzeptabel. Eigene Vorstellungen über „eigentlich“ notwendige Personalbesetzungen und/oder Erinnerungen an vergangene Zeiten führten anfangs zu einer Unzufriedenheit mit dem Konzept, die eine Unzufriedenheit mit dem vorhandenen Personalbestand war. Erst langsam konnte diese Unzufriedenheit durch positive Erfahrungen mit dem Konzept zur Kompensation von Personalausfällen reduziert werden.

Zum Ende des Projektes konnten die oben beschriebenen Schwankungen im Personaleinsatz deutlich reduziert werden (vergleiche ► **Abbildung 3**).

Hinsichtlich der gleichmäßigen Verteilung des Erholungsurlaubs konnte die Ungleichverteilung in beiden Bereichen aufgrund einer bewussteren Steuerung der Urlaubsplanung seitens der Pflegeleitungen reduziert werden (im Folgenden dargestellt am Beispiel des Bereichs A, siehe ► **Abbildung 4**).

3.2 Erfahrungen mit den Kernelementen des Konzepts

3.2.1 Funktionsfähigkeit des Umsetzungsmodells

In beiden Bereichen ist das Umsetzungsmodell entsprechend dem Konzept umgesetzt worden; die Bezeichnung für diese

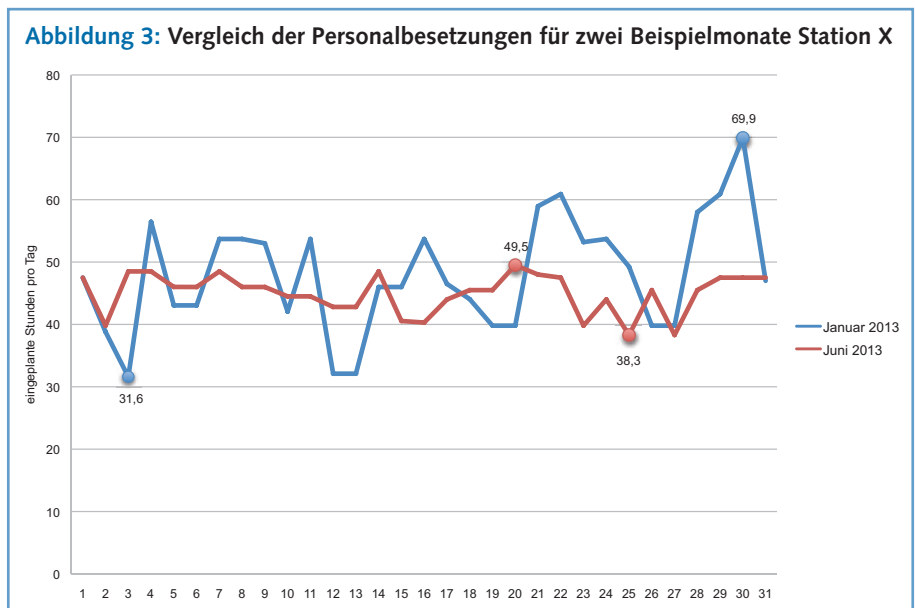
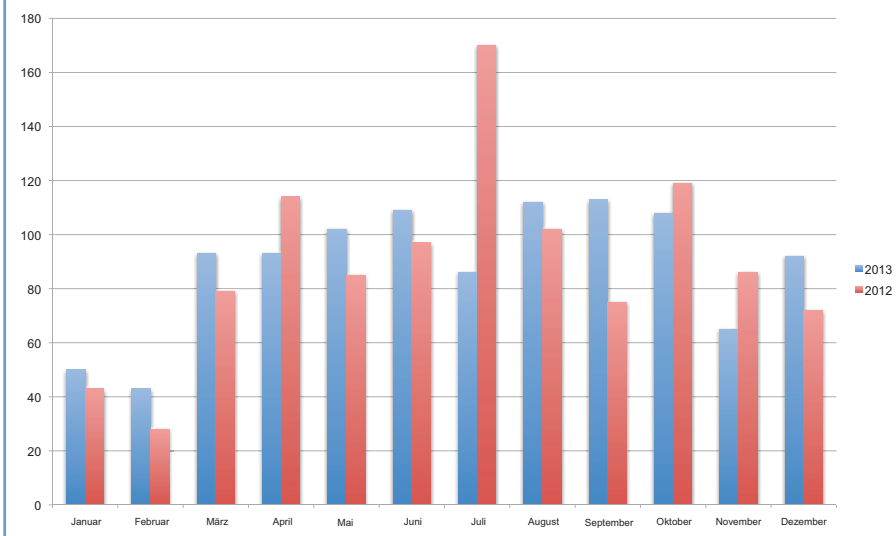


Abbildung 4: Urlaubsplanung 2012 und 2013 für den Bereich A



Dienstform ist im Projektkrankenhaus in „VIP“ (Vertretung in der Pflege oder *very important person*) verändert worden.

In den ersten vier Monaten des Erprobungszeitraums wurden von den eingeplanten VIP-Diensten im Bereich A etwa ein Drittel, im Bereich B knapp die Hälfte für Krankheitsvertretungen genutzt. Dies ist ein gut ausgewogenes Verhältnis und verbindet in zweckmäßiger Weise die eigentliche Zielsetzung, Reservepersonal für die Kompensation kurzfristiger Personalausfälle vorzuhalten mit dem Einsatz auf der eigenen Station für Sonderaufgaben. Dafür wurde ein Katalog an *zusätzlichen* Aufgaben erarbeitet. – Die Übernahme zusätzlicher Aufgaben bedarf eines lenkenden oder vorbereitenden Eingriffs der Pflegeleitungen, um zu verhindern, dass der zusätzliche Personalbestand einfach mit „aufgebraucht“ wird.

Drei weitere Erfahrungen verdienen eine Erwähnung:

- Das oft befürchtete Phänomen, dass an den Tagen mit zusätzlich eingeplanten VIP-Diensten erhöhte Krankheitsausfälle auftreten könnten, ist nicht beobachtet worden.
- Die Dienste wurden gerecht auf unterschiedliche Personen verteilt, sodass – anders als bei „spontanen Umsetzungen“ – von einer gleichmäßig verteilten Verpflichtung ausgegangen werden konnte, bei Personalausfällen auf anderen Stationen auszuhelfen.
- Schwierigkeiten der Orientierung auf der „fremden“ Station im Fall der Kompensation von Personalausfall sind nicht aufgetreten. Die Erfahrungen der Stationen mit dieser zusätzlichen Hilfe waren positiv; unterstützende Kräfte waren immer willkommen.

3.2.2 Zunehmende Akzeptanz des Rufbereitschaftsmodells

Grundsatz des Konzepts ist, dass alle Pflegenden (außer Auszubildende und Praktikanten) Rufbereitschaftsdienste leisten. Im FEK Neumünster wurden allerdings nur rund die Hälfte (Bereich B) bzw. drei Viertel (Bereich A) der Mitarbeiter/-innen für die Rufbereitschaftsdienste eingeplant. Die geringere Einbeziehung ist auf die Berücksichtigung persönlicher Situa-

tionen einzelner Pflegenden und/oder die geringere Zahl von eingeplanten Rufbereitschaften zurückzuführen.

Von den eingeplanten Mitarbeiter/-innen sind rund drei Viertel nur für 1–2 Rufbereitschaften im Monat eingeteilt. Nur nach persönlicher Rücksprache und auf Wunsch der Mitarbeiter/-innen wurden auch mehr Rufbereitschaften eingeplant.

Ein wichtiges Kriterium für eine Beurteilung stellte der Aspekt der Belastung durch die Rufbereitschaftsdienste dar. Folgende Daten hinsichtlich der Inanspruchnahme liegen vor:

- Im Erprobungszeitraum wurde nur etwa die Hälfte der geplanten Rufbereitschaftsdienste in Anspruch genommen.
- Pflegende, die mehr als einmal pro Monat zu Rufdiensten eingeplant waren, sind in über 90 Prozent der Fälle nur einmal zum Dienst gerufen worden.

Die Akzeptanz des Modells ist im Verlauf des Erprobungszeitraums angesichts der konkreten Erfahrungen bei der Erprobung deutlich gestiegen. Die anfangs befürchtete hohe Belastung durch eine Vielzahl von geplanten und dann auch genutzten Rufbereitschaftsdiensten hat sich nicht eingestellt.

Ein kritischer Faktor war der Einsatz der Pflegenden für Rufbereitschaften an (eigentlich dienstfreien) Wochenendtagen; dies stellte insbesondere für die Vollzeitbeschäftigten eine deutliche Belastung dar. Daher ist das Modell im Rahmen der Erprobung weiterentwickelt worden: Die Rufbereitschaftszeit an den Wochenendtagen wird von 6.00 Uhr bis 13.00 Uhr eingerichtet, sodass die Mitarbeiter/-innen entweder einen Frühdienst oder einen Spätdienst ersetzen können. Auf diese Weise kann die Zahl der zu planenden Wochenend-Rufbereitschaftsdienste halbiert werden.

3.2.3 Ergänzung durch das Pool-Modell

Der im FEK Neumünster gegenwärtig vorhandene Pool ist relativ klein; dementsprechend fällt sein mengenmäßiger Beitrag zur Kompensation von Personalausfällen gering aus. Im Lauf der Erprobung hat sich herausgestellt, dass geprüft werden sollte, ob künftig ein größerer Personalpool eingerichtet wird, der

- weitere Kliniken als Einsatzgebiete umfasst und
- ggf. auch weitere Schichten (zum Beispiel Angebote einer Nachtschicht)

in das Besetzungsangebot integriert. Auch eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen in diesem Feld könnte einen

Beitrag darstellen, „seltene“ Ereignisse (zum Beispiel den Ausfall eines Nachtdienstes) gemeinsam zu kompensieren, ohne zu hohe Bereitstellungskosten aufzuweisen.

3.3 Das Zusammenwirken der Kompensationsmaßnahmen

Welche der Kernelemente in welcher Größenordnung eingesetzt werden, ist unter anderem abhängig von den Rahmenbedingungen und Präferenzen der jeweiligen Bereiche. Aus **Abbildung 5** wird deutlich, dass der relativ kleine Bereich A vorrangig Rufbereitschaften als Kompensationsmaßnahme einplant, VIP-Dienste dagegen seltener. Der Grund ist, dass in kleinen Bereichen die Durchschnittsbesetzung häufig nur geringfügig über der Mindestbesetzung liegt. Eine regelmäßige, deutliche Überschreitung der Mindestbesetzungsgrenze – eine Voraussetzung für die Planung von VIP-Diensten – ist deswegen hier kaum realisierbar. Ähnliche Erfahrungen liegen aus der Umsetzung derartiger Konzepte in der stationären Altenpflege vor: Die geringe Anzahl von Pflegenden pro Bereich lässt oft nur wenig Spielräume für Umsetzungen.

Ein zweiter Aspekt betrifft die Anzahl der eingeplanten Kompensationsmaßnahmen. **Abbildung 5** zeigt, dass in dem untersuchten Bereich die Anzahl der „vorgehaltenen“ Kompensationsmaßnahmen im Verhältnis zu den genutzten Kompensationen sehr hoch ist. Das „Notprogramm“ ist offenbar etwas überdimensioniert; es könnte zukünftig zurückgefahren werden.

Dies zeigt sich auch, wenn man die Kompensationsmaßnahmen und Krankheitsfälle miteinander vergleicht. Zu Beginn der Erprobungsphase war die Anzahl der genutzten Kompensationen stellenweise höher als die Anzahl der Krankheitsfälle (vergleiche **Abbildung 6**, Monate Januar und Februar). Dies lag vor allem zu Beginn daran, dass einzelne Maßnahmen zur Ausfallkompensation weitere Maßnahmen nach sich zo-

gen. So führte beispielsweise ein Dienstplantausch (Früh- anstelle von Spätschicht) zu einem weiteren Tausch in der Spätschicht, oder es wurden auch noch Pflegendende aus dem Freigeholt.

Im weiteren Verlauf der Erprobung wurden nicht mehr automatisch alle Krankheitsfälle kompensiert (vergleiche **Abbildung 6**, Monate März bis Mai), so beispielsweise nach einer Abstimmung mit der pflegerischen Leitung, wenn eine zeitweilige Unterschreitung der definierten Mindestbesetzung to-

Abbildung 5: Überblick geplante und genutzte Kompensation und deren Verteilung auf die Modelle in Bereich A

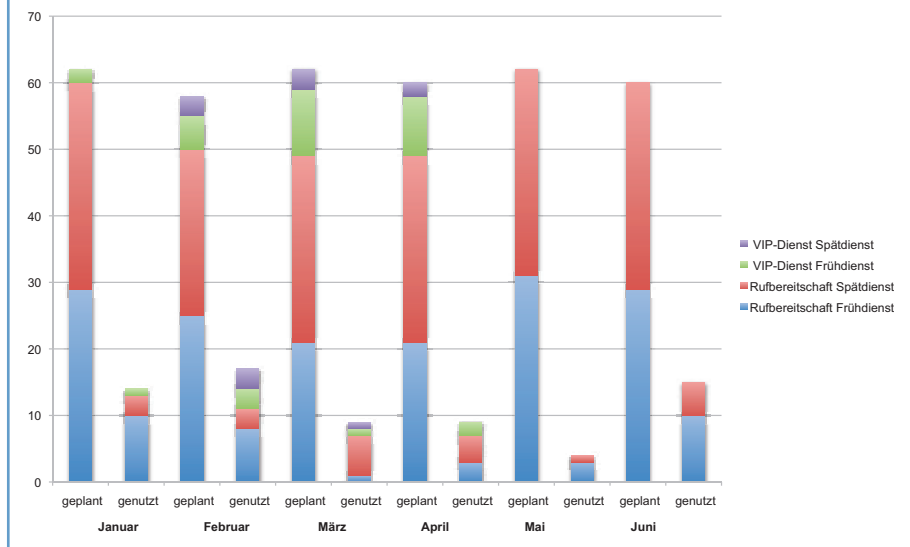
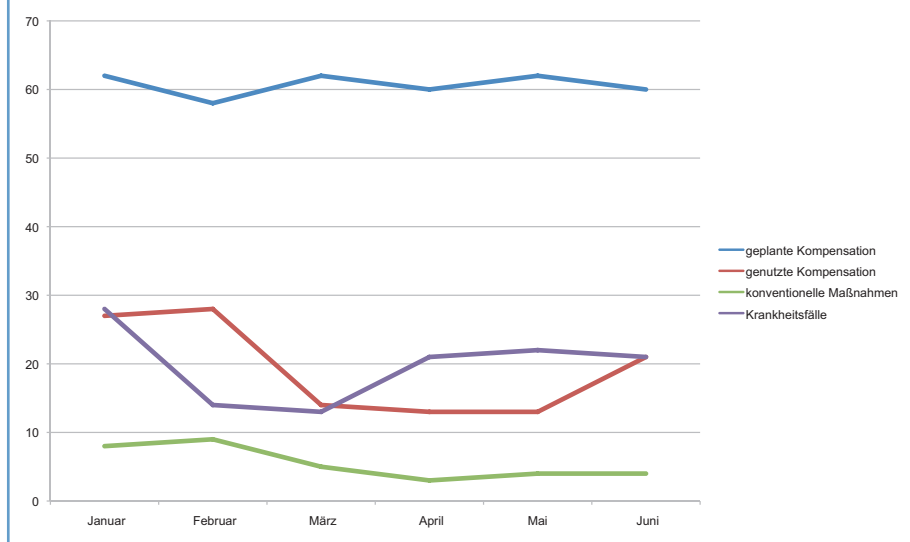


Abbildung 6: Anzahl der eingeplanten und genutzten Kompensationen in Bereich A im Überblick



Anzeige

Prof. Dr. Ute Walter | Rechtsanwälte

Fachanwaltskanzlei für Medizinrecht

Kooperationen | Compliance | Risikoanalyse | Prozessvertretung

Prinz-Ludwig-Straße 7
80333 München

Telefon: (089) 28 77 80 43 0
Telefax: (089) 28 77 80 43 9

office@ra-profwalter.de
www.ra-profwalter.de



leriert werden konnte, weil die Belegung vorübergehend zurückgegangen war.

Die Anzahl an konventionellen Maßnahmen („aus dem Frei holen“, „Diensttausch“) mit entsprechend negativen Folgen für die Beschäftigten konnte in beiden Bereichen weiter reduziert werden. In Bereich A (vergleiche Abbildung 6) war die Zahl bereits zu Beginn der Erprobung sehr gering, in Bereich B konnte der Anteil von über 70 Prozent auf zwischenzeitlich 30 Prozent reduziert werden. Damit ist eine wesentliche Zielsetzung des Konzepts – Verbesserung der Dienstplanstabilität und Verringerung von kurzfristig auftretenden Belastungen – erreicht worden.

4. Fazit und Ausblick

Insgesamt gesehen hat sich das entwickelte Konzept im praktischen Einsatz sehr bewährt. Zusammenfassend werden noch einmal die positiven Aspekte im Überblick genannt:

- Das Vorhandensein eines eingespielten Systems für die Kompensation von Personalausfällen steigert das Sicherheitsgefühl der Pflegenden. Die im Dienstplan ausgewiesene Freizeit wird stabiler nutzbar und ersetzt die bloße Hoffnung, an diesem Tag auch wirklich nicht zur Arbeit ins Krankenhaus kommen zu müssen, durch Gewissheit.
- Eine gerechte Verteilung der Dienste sorgt dafür, die Verantwortlichkeit für die Kompensation von Personalausfällen gleichmäßig auf alle Schultern zu verteilen. Gegriffene „Notfallakquisitionen“ von Personal („Ach, wo ich Sie gerade sehe, können Sie vielleicht den ausgefallenen Spätdienst übernehmen?“) können unterbleiben.
- Die Pflegeleitungen berichten von einer sehr deutlichen Aufwandsreduzierung infolge der Praktizierung des Ausfallzeiten-Kompensationssystems. Ein Teil der jetzt noch notwendigen Aktivitäten kann von den Pflegenden selbst ausgeführt werden, weil sie über das System informiert und selbst Teil des Systems sind (zum Beispiel ggf. Anruf der Rufbereitschaftskraft).
- Nicht unterschätzt werden darf auch der positive Effekt auf das Verhältnis zwischen Leitungskräften und Beschäftigten, da jetzt ein Dauerkonfliktherd wirkungsvoll entschärft ist und sich weniger Konflikte zwischen Leitung und Mitarbeiter/-innen einerseits und innerhalb des Teams andererseits aufgrund von Personalausfällen ergeben.
- Die positiven Auswirkungen auf die Beschäftigten haben natürlich eine Entsprechung im Leistungsbereich: Leistungseinschränkungen aufgrund von Personalausfällen, die von Patienten und Angehörigen durchaus bemerkt werden, treten weniger häufig auf.

Insofern schafft eine Stabilisierung des Personaleinsatzes – im Übrigen wie ausgeführt nicht nur durch die Ausfallzeitenkompensation selbst, sondern auch infolge der Gleichmäßigkeit des geplanten Personaleinsatzes – überhaupt erst die Voraussetzungen dafür, eine gute Pflegequalität auch dauerhaft sicherstellen zu können.

Das Konzept wird im FEK Neumünster weitergeführt und auch weiterentwickelt. An einzelnen Konzeptbestandteilen können Feinjustierungen vorgenommen werden, zum Beispiel für den Konzeptbestandteil Rufbereitschaft. Voraussichtlich im Jahr 2014 soll das Konzept in weiteren Kliniken umgesetzt werden. Der modulare Aufbau bietet Gewähr dafür, das Konzept an die jeweiligen Anforderungen der Klinik und die Präferenzen des Personals anzupassen.

Bewährt hat sich auch die Projektorganisation, in der das Konzept entwickelt und umgesetzt worden ist. Sie macht deutlich, dass es sich um ein zeitlich befristetes Vorhaben handelt, das mit einem konkreten Umsetzungsvorschlag endet. Dies erfordert die Einrichtung eines Projektteams, das in Abstimmung mit anderen Beteiligten und unter externer Begleitung nach den einschlägigen Regeln des Projektmanagements vorgeht. Auf diese Weise wird ein positives Modell einer ergebnisorientierten Projektarbeit praktisch gelebt.

Den Führungskräften muss bewusst sein, dass es sich beim Thema „Arbeitszeit“ nicht um die einfache Übertragung bewährter Rezepte handeln kann. Projekterfahrungen haben gezeigt, dass die Mitarbeiter/-innen relativ lange Zeit benötigen, um die verschiedenen Regelungen und ihre Auswirkungen zu erfassen, zu diskutieren, zu bewerten und entsprechend dann – nach Rücksprache mit Führungskräften – zu akzeptieren und umzusetzen. Es handelt sich schließlich um einen Veränderungsprozess, der zentrale Einstellungen und Erwartungen der Pflegenden tangiert. Insofern erfordert die Behandlung des Themas Zeit, Geduld und eine professionelle Gestaltung des Veränderungsprozesses („*Changemanagement*“).

Schließlich wird es künftig für Krankenhäuser nicht nur wichtig sein, ein intelligentes Verfahren zur Fehlzeitenkompensation zu ersinnen. Es muss gleichermaßen auch darum gehen, geeignete Maßnahmen zur Eingrenzung und Reduzierung der Ausfallquote zu konzipieren, Beschäftigte bei Belastungen zu unterstützen und Aspekte des Gesundheitsschutzes mit zu berücksichtigen. Damit soll verhindert werden, dass ein eigentlich sinnvolles System zur Fehlzeitenkompensation ggf. dadurch ohne Erfolg bleibt, dass die Anlässe für seine Anwendung durch einen ungebremsten Anstieg der Ausfallquote immer weiter zunehmen.

Anmerkungen

20) Bereich A: ca. 35 Vollkräfte, Bereich B: ca. 65 Vollkräfte

21) Procare Consult/Prof. Dr. Knut Dahlgaard, Andrea Kleipoedszus: Evaluation der Umsetzung des Konzepts „Ausfallzeitenmanagement bei kurzfristigem Personalausfall im FEK Neumünster“, unveröffentlichtes Manuskript, 18. Juli 2013

Anschriften der Verfasser

Prof. Dr. Knut Dahlgaard, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales, Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg, knut.dahlgaard@haw.de/Andrea Kleipoedszus (MBA), Procare Consult e.V., Heckenrund 8, 22359 Hamburg, www.procare-consult.com