



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

## **Master-Thesis**

### **Management von Organisationen und Personal im Gesundheitswesen**

**Thema der Master-Thesis:**

**Analyse der vorhandenen Ausfallmanagementkonzepte im  
deutschen Pflegedienst als Datengrundlage für die  
Konzeption eines Ausfallkonzeptes am Bezirkskrankenhaus  
Günzburg**

**Welche Konzepte zum Ausfallmanagement in der Pflege  
existieren in anderen Kliniken und können mit ihren Vor- und  
Nachteilen im Bezirkskrankenhaus Günzburg positiv zur  
Anwendung kommen?**

**Paul Heinrich Buschmann, B.A.**

**Matrikel-Nr. 1098942**

**Erstprüferin:**

**Dr. Anita Hausen, MPH**

**Zweitprüfer:**

**Dipl.-Verwaltungswissenschaftler  
Volker Ernst**

Die Master-Thesis ist bis zum 31.03.2021 einzureichen.

## **Abstract**

Der Ausgangspunkt für die Konzeption eines Ausfallmanagements ist eine hohe Arbeitsdichte bei zeitgleich ausgedünnter Personaldecke, die einen kurzfristigen Personalausfall in der Regel nicht problemlos kompensierbar macht. Zudem greift in den somatischen Bereichen, am Bezirkskrankenhaus (BKH) Günzburg sind dies die Neurologie und die Neurochirurgie, die gesetzliche Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) ab dem 01.01.2020, (derzeit aufgrund der COVID-19 Lage pausiert), sodass eine Unterschreitung dieser in den einzelnen Schichten Sanktionen nach sich zieht.

Um die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben aus der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung und somit auch die Dienstplansicherheit und die damit einhergehende Zufriedenheit und Sicherheit der Mitarbeiter zu steigern, soll ein Konzept für den effizienten und humanen Umgang mit kurzfristigen Personalausfällen erarbeitet und umgesetzt werden.

Als Grundlage hierfür wurden auf Basis einer Literaturrecherche die zugrundeliegenden Ausfallkonzepte in der Pflege, deren Methoden und Techniken analysiert und für den möglichen Einsatz im BKH ausgewertet. Aufgrund der mager vorhandenen wissenschaftlichen Literatur zum Thema der Ausfallkonzepte im Pflegedienst wird ergänzend ein halbstandardisierter Interviewleitfaden mit dem Ziel, Erfahrungswerte von Einrichtungen mit einem etabliertem Ausfallkonzept zusammen zu tragen, deduktiv erarbeitet.

Anhand leitfadengestützter Experten-Interviews mit jeweils zwei Mitarbeitern in sechs Kliniken mit ausgewiesenem Mitarbeiter-Ausfallkonzept sollen die Antworten auf die Frage „Welche Konzepte zum Ausfallmanagement in der Pflege existieren in anderen Kliniken und können mit ihren Vor- und Nachteilen im Bezirkskrankenhaus Günzburg positiv zur Anwendung kommen?“ induktiv ausgewertet werden.

Die erhobenen Daten werden im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring, 2015) mit Unterstützung des Programms MAXQDA (Software für qualitative Datenanalyse, 1989 – 2019, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland) ausgewertet.

Aus der Analyse der Befragungen ging eindeutig hervor, dass alle teilnehmenden Kliniken mindestens zwei der hier aufgeführten - auf ihre Verhältnisse angepassten - Ausfallmanagementkonzepte einsetzen, die sich gegenseitig in ihrer Funktion zu ergänzen versuchen. Allen gemein ist, um die Hürde für das Einspringen geringer und das Einspringen lukrativer zu machen, das Belohnungssystem für das Holen von Mitarbeitern aus dem Frei. Alle Teilnehmer der Interviews waren sich einig, dass eine ehrliche und transparente Kommunikation bei der Einführung und Umsetzung eines Ausfallmanagements unabdingbar ist. Deutlich begrenzt werden die Konzepte in der Ausführung, wenn die Soll-Vorgaben auf den Stationen aufgrund von Personalmangel nicht erfüllt werden können und somit eine Überbeanspruchung dieser einhergeht. Denn auch das beste Ausfallzeitenmanagement ist hilflos, wenn dem eine Krankheitswelle bei den Mitarbeitern gegenüber steht.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>I</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>II</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>III</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>9</b>
1.1 Motivation.....	9
1.2 Verortung der Arbeit .....	11
<b>2 Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>12</b>
2.1 Der Standort Günzburg .....	12
2.2 Analyse der Ausfallzeitenkonzepte.....	12
<b>3 Auswertung der theoretischen Konzepte .....</b>	<b>15</b>
3.1 Grundprinzipien.....	15
3.2 Leistungs- und Serviceflexibilität .....	16
3.3 Einsatzflexibilität .....	17
3.4 Arbeitszeitflexibilität .....	20
3.5 Skill-Grade Mix .....	22
<b>4 Ableitung der Fragestellung.....</b>	<b>24</b>
<b>5 Methode .....</b>	<b>26</b>
5.1 Entwicklung des Fragebogens .....	26
5.2 Datengewinnung .....	26
<b>6 Auswertung .....</b>	<b>29</b>
6.1 Begründung für ein Ausfallmanagement.....	30
6.2 Dienstplanung .....	31
6.3 Festlegung der Rahmenbedingungen .....	32
6.4 Rufbereitschaft.....	33
6.5 Bereitschaftsdienst.....	35
6.6 Pool / Flex-Pool .....	35
6.7 Joker-Dienst.....	37
6.8 Anpassung des Tätigkeitsumfeldes.....	38
6.9 Einspringen aus dem Frei .....	39
<b>7 Auswahl und Einführung/Umsetzung .....</b>	<b>40</b>

7.1 Aspekte bei der Auswahl .....	40
7.2 Aspekte bei der Einführung/Umsetzung .....	42
<b>8 Diskussion .....</b>	<b>44</b>
8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	44
8.2 Implikationen für die Umsetzung .....	46
<b>9 Fazit / Ausblick .....</b>	<b>47</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>48</b>

**Anlage 1: Interviewleitfaden**

**Anlage 2: Datenschutzerklärung**

**Anlage 3: Übersicht Ausfallmanagement**

**Eigenständigkeitserklärung**

## Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitgeber
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
BKH	Bezirkskrankenhaus
d.h.	das heißt
GewO	Gewerbeordnung
MA	Mitarbeiter
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
TVöD	Tarifvertrag öffentlicher Dienst
u.a.	unter anderem
u.a.m.	und andere mehr
VK	Vollkraft
MA	Mitarbeiter
D.h.	Das heißt

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausfallmanagement (eigene Darstellung)
Abbildung 2:	Leistungs- und Serviceflexibilität
Abbildung 3:	Einsatzflexibilität
Abbildung 4:	Arbeitszeitflexibilität
Abbildung 5:	Stand-by-Dienst
Abbildung 6:	Skill-Grade Mix
Abbildung 7:	Visuelle Übersicht Einrichtungen (Quelle: <a href="http://www.digikaart.nl">www.digikaart.nl</a> )
Abbildung 8:	Codewolke Grund für Ausfallmanagement
Abbildung 9:	Codewolke Ausfallkonzept
Abbildung 10:	Codewolke Aspekte Auswahl
Abbildung 11:	Codewolke Aspekte Umsetzung

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Literaturrecherche Samstag, 01.06.2020
Tabelle 2:	Literaturrecherche Sonntag, 02.06.2020
Tabelle 3:	Übersicht Einrichtungen
Tabelle 4:	Übersicht Ausfallmanagementkonzepte

## 1 Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Erfassung und Auswertung des existierenden theoretischen Wissens und dessen praktischer Umsetzung im deutschsprachigen Raum zur Kompensation von kurzzeitigen Ausfällen in der Pflege. Dabei wird zunächst auf die institutionellen Rahmenbedingungen der Einrichtung und die vorhandenen theoretischen Ausfallkonzepte eingegangen. Diese bilden die Grundlage für die Fragestellung der Masterarbeit und die Ausarbeitung der leitfadengestützten Experten-Interviews, auf deren Grundlage im Nachgang zur Masterarbeit ein Ausfallzeitenmanagement in den beiden somatischen Kliniken am BKH Günzburg etabliert werden soll.

### 1.1 Motivation

Zur Sicherstellung einer qualitativen und professionellen Patientenversorgung in stationären wie ambulanten Bereichen der Gesundheitseinrichtungen beschäftigen sich Leitungskräfte vor allem in der unteren und mittleren Leitungsebene seit jeher mit der Kompensation von kurzfristigen Personalengpässen bei Mitarbeitern aus dem Pflegedienst. Diese Kompensationsarbeit wird in der heutigen Zeit zunehmend zum Problem. Dabei liegt die Ursache des Problems nicht auf einem Aspekt, sondern das Problem wird durch eine Vielzahl von Faktoren, die sich meist gegenseitig verstärken, beeinflusst (vgl. Stab 2016: 4).

#### **Zu den Faktoren zählen u.a.:**

- Der Fachkräftemangel und die daraus folgende Arbeitsverdichtung
- Erhöhte Ausfallquoten
- Veränderte Priorisierung der Arbeit bei jungen Mitarbeitern
- Attraktivität des Berufes
- Gesetzgebung und Politik
- u.a.m.

In Zeiten des Fachpersonalmangels und der Einsparmaßnahmen in der Gesundheitswirtschaft kommt es zu einer Arbeitsverdichtung, d.h. einem zunehmenden Leistungs- und dem damit verbundenen Zeitdruck für das bestehende pflegerische Personal. Der daraus entstandene Disstress äußert sich über einen längeren Zeitraum beim Personal in einer erhöhten Ausfallquote. Junge Mitarbeiter, die eine andere Sichtweise auf ihre Work-Live Balance haben, sind nicht mehr bereit, diesen Ausfall zu kompensieren und empfinden eine Abfrage seitens der Leitung zur Arbeit aus ihrem Frei als Belastung. Die daraus wiederholt resultierende Mehrbelastung der Mitarbeiter im Dienst wird durch ihre Familien in die Öffentlichkeit getragen und ergibt ein negatives Image der Pflege, sodass sich immer weniger junge Menschen für diesen Ausbildungszweig entscheiden. Folgend führt dieses verstärkt zu einem Fachkräftemangel und der Verstärkung des **Negativ-Zirkels** in der Pflege.

Die Politik, vorangehend der Gesundheitsminister Herr Spahn, versucht diesen Kreis mit dem Pflegestärkungsgesetz und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) zu durchbrechen. Letztere bedeutet für die Leitungen eine zusätzliche Herausforderung in der Kompensation von Ausfällen, da eine Unterschreitung der PpUGV Sanktionierungen für den Betrieb nach sich ziehen.

Somit ist die Brisanz der Nachbesetzung eines Mitarbeiterausfalls in der Pflege deutlich gestiegen und es müssen Maßnahmen entwickelt werden, die dieses Symptom in der Pflege abschwächen bzw. kurzfristig kompensieren.

## 1.2 Verortung der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der

**„Analyse der vorhandenen Ausfallmanagementkonzepte im deutschen Pflegedienst als Datengrundlage für die Konzeption eines Ausfallkonzeptes am BKH Günzburg“.**

Dabei liegt der Schwerpunkt der Masterarbeit im methodischen Vorgehen und der Analyse der praktisch vorhandenen Arbeitsweisen zur kurzfristigen Kompensation von Ausfällen in der Pflege. Im abschließenden Teil werden die Ergebnisse reflektierend diskutiert und eine Empfehlung für die somatischen Kliniken am BKH Günzburg ausgesprochen.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Die Bezirkskliniken Schwaben (BKS) als Kommunalunternehmen leisten ein umfassendes und hochwertiges Versorgungsangebot in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie Neurologie und Neurochirurgie mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Einzugsgebieten an insgesamt neun Klinikstandorten in Bayerisch-Schwaben. Jährlich versorgen die BKS mit 4.500 Beschäftigten über 76.000 Patienten, davon ca. 25.000 voll- und teilstationär. Für chronisch kranke Menschen bieten sie in Wohn- und Fördereinrichtungen individuelle Hilfe an. Seit 01.01.2019 wird das Angebot durch den Fachbereich Rehabilitation ergänzt.

### 2.1 Der Standort Günzburg

Das Bezirkskrankenhaus Günzburg mit gesamt 529 Betten, konzentriert sich als einziges Krankenhaus in Deutschland ausschließlich auf die Versorgung von Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Dabei deckt das Bezirkskrankenhaus Günzburg mit seinen Kliniken für **Neurochirurgie, Neurologie, Psychiatrie, Gerontopsychiatrie** und der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie innerhalb dieser Spezialisierung alle relevanten Fachrichtungen ab (vgl. <https://www.bkh-guenzburg.de/home.html>, 03.03.2021).

### 2.2 Analyse der Ausfallzeitenkonzepte

Anhand einer online gestützten Literaturrecherche des Zeitraums von 2014 - 2020 im deutschsprachigen Raum, wird die Erfassung der zugrundeliegenden theoretischen Quellen zum Thema „Ausfallkonzept in der Pflege“ tabellarisch dargestellt. Folgende Suchbegriffe wurden einzeln oder in Kombination verwendet:

- Ausfall / Zeit
- Management
- Pflege
- Skill-Grade Mix

Die Datenbanken Springer Link, Bibnet und PubMed wurden zur Suche verwendet. Desweiteren wurden Google Scholar und Citavi zur Recherche mit einbezogen. Vorerst wird auf Begriffsabgrenzungen und Definitionen eingegangen, die den Suchprozess eingrenzen. Die Recherchearbeit wird in den darauffolgenden Tabellen dargestellt.

**Ausfall / Zeit:** Der Ausfall entsteht unmittelbar bei der eingetretenen Abwesenheit des geplanten Mitarbeiters, spätestens jedoch innerhalb von 48h.

**Management:** Beschreibt hier die Führungsleistung bei einem kurzfristigen Ausfall eines Mitarbeiters in einer pflegerischen Organisationseinheit / Station.

**Pflege:** Als Pflege wird hier ein weitgefasster Begriff verstanden, der alle pflegerischen Einrichtungen im stationären wie ambulanten Bereich betrachtet.

**Skill-Grade Mix:** Unter Skill-Mix wird die passende Teamzusammensetzung im Bezug auf Fähigkeiten, Berufs- und Lebenserfahrung verstanden. Beim Grade-Mix geht es um die Durchmischung unterschiedlicher Bildungsabschlüsse innerhalb der Pflege.

**Tabelle 1:** Literaturrecherche Samstag, 01.06.2020

Suchort	Suchbegriff	Treffer	Einschränkungskriterien	Treffer	relevant	Einschränkung	Treffer	Ergebnisse
Springer Link	Ausfall	1257	Pflege	81	2	Frei zugänglich	0	
	Ausfall	1257	Management	188	0			
	Skill- Grade mix	8			1	Frei zugänglich	0	
	Pflege	6042	Management	1417	3	Frei zugänglich	0	
Bibnet	Pflege	1438	Management	1	0			
PubMed	Pflege	823	Management	342		Ausfall	0	
	Pflege	823	Ausfallzeiten	0				
	Grade-Skill mix	7			0			

Tabelle 2: Literaturrecherche Sonntag, 02.06.2020

Suchort	Suchbegriff	Treffer	Einschränkungskriterien	Treffer	relevant	Einschränkung	Treffer	Ergebnisse
Google Scholar	Pflege	53800	Management	16900		Ausfall	4550	
			Ausfallmanagement	38	7	Frei zugänglich	4	C. Bamberg Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus Buch Ausfallmanagement Seiten 69-96
								A. König Attraktive Pflege im OP 2018; 08(04): 164-168
								J. Kohrs Fachkräftemangel: Hauptsache flexibel kma 2019; 24(05):28-34
								L. Herrmann Dienstplanung im stationären Pflegedienst Buch
	Skill-Grade Mix	2120	Pflege	1090	8	Frei zugänglich	2	MR. Fröhlich Skill-Grade-Mix ist ein Kulturwandel intensiv 2017; 25(06): 308-313
								R. Fent Der Skill-Grade-Mix im Pflege und Gesundheitsberuf Bachelorthesis
Citavi Literaturrecherche	Pflege		Ausfallmanagement	2	1		1	L. Herrmann Sieben Fehler beim Ausfallmanagement

### 3 Auswertung der theoretischen Konzepte

Im Folgenden werden die Grundprinzipien der recherchierten Konzepte im Ausfallzeitenmanagement dargestellt und die einzelnen Konzepte näher ausgeführt.

#### 3.1 Grundprinzipien

Ein erfolgreiches Ausfallkonzept bringt Grundprinzipien mit sich, ohne die es nicht umgesetzt werden kann. Diese Prinzipien gelten für alle hier vorgestellten Ausfallkonzepte gleichermaßen und sind Grundvoraussetzung für diese (vgl. Roßbruch 2015: 14-47; Hermann 2019: 10-24).

- Rechtliche Rahmenbedingungen sind zwingend aus dem Individual- und Kollektivarbeitsrecht, Arbeitsverfahrensrecht, dem Arbeitsschutz- und Arbeitszeitgesetz und den Tarif- und Arbeitsverträgen z.B. TVöD einzuhalten. (z.B. Überstundenregelungen, werktägliche Höchstarbeitszeit, Ersatzruhetag für Sonn- und Feiertage, Ruhepausen, Arbeitsbereitschaft, Rufbereitschaft)
- Vom Arbeitgeber (AG) wird die Soll-Besetzung inklusive der Krankheitsreserve pro Station verbindlich vorgegeben und eingehalten.
- Vom AG wird die definierte Mindestbesetzung für die jeweiligen Stationen vorgegeben.
- Pro Station existieren vorgegebene und einzuhaltende Mindestanforderungen, z.B. Tätigkeitskatalog des Arbeitsumfangs und der Qualität, die erfüllt werden müssen.
- Die Stärke liegt in der Größe der Stationseinheiten; je mehr Einheiten sich in einem Ausfallkonzept zusammenschließen, desto effektiver kann es wirken.

Zudem ist für den Erfolg des kurzfristigen Ausgleiches unplanbarer Unterbesetzungen auf den einzelnen Stationen das Zusammenspiel folgender vier Personaleinsatzinstrumente ausschlaggebend (vgl. Herrmann 2018: 26ff):

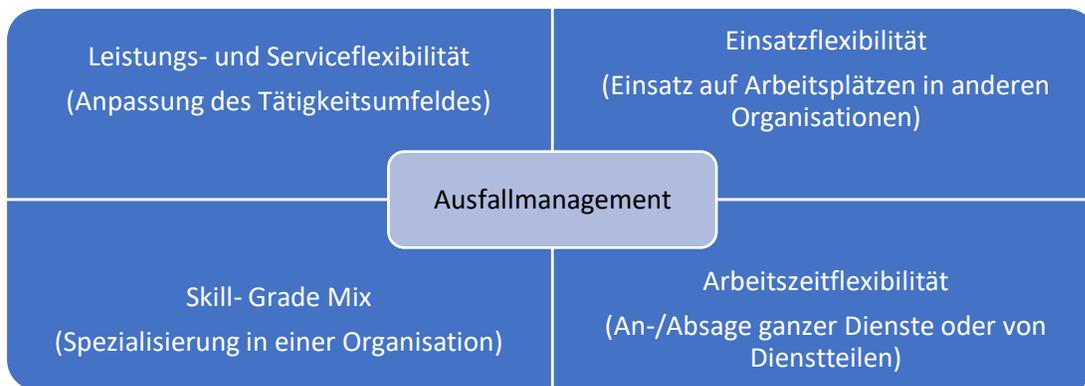


Abb. 1: Ausfallmanagement (eigene Darstellung)

### 3.2 Leistungs- und Serviceflexibilität

Als einfachste und erste Methode der Kompensation des Mitarbeiterausfalls ist die Reduzierung/Verschiebung der anfallenden Arbeit durch das noch bestehende Team.

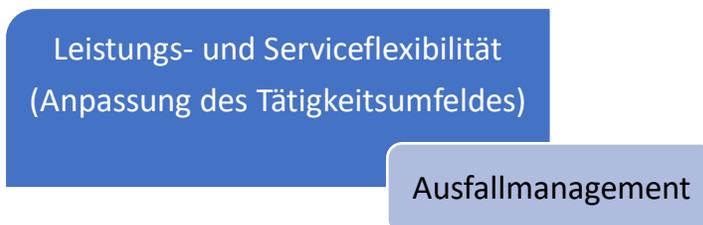


Abb. 2: Leistungs- und Serviceflexibilität

Dieses setzt voraus, wie schon bei den Grundprinzipien vorgegeben, dass durch den Vorgesetzten und das multiprofessionelle Team der Station ein Tätigkeitskatalog erstellt wurde, der die Mindestanforderungen der Qualität der zu erfüllenden Tätigkeiten und die Anforderungen an die Sicherheit der Patienten vorgibt (vgl. Stab 2016: 28f).

- Vorteil: - Kostengünstigstes Verfahren im Umgang mit kurzfristigen Ausfällen
- Nachteil: - Weitere Arbeitsverdichtung bei den Mitarbeitern
- Moralisches Dilemma, da Aufgaben auf nachfolgende Schicht übertragen werden müssen
  - Desorientierung bei der Priorisierung der Aufgabenverteilung
  - Steigende Zeitnot und dadurch ggf. Qualitäts- und Sicherheitsverlust
  - Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeit
  - Ggf. Aufbau von Überstunden
  - Erholungspausen können schwer eingehalten werden

### 3.3 Einsatzflexibilität

Weiterhin als eine einfache Methode zur Engpassregulierung gilt die Einplanung eines Joker-Dienstes als am effektivsten, der übergreifend für mehrere Stationen gilt. Diese Dienstform wird fest im Dienstplan zusätzlich zur Soll-Besetzung geplant. Der eingesetzte Mitarbeiter hat eine feste Dienstzeit hinterlegt, nach der er sich richten kann, jedoch ist der Einsatzort nach Ausfall und Bedarf variabel.

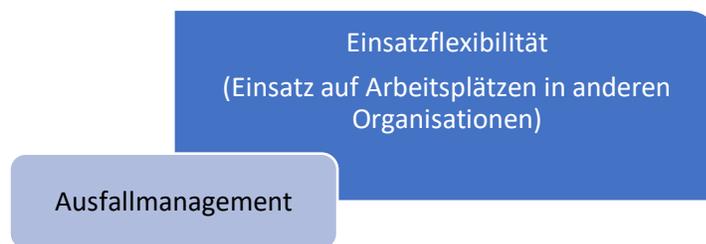


Abb. 3: Einsatzflexibilität

Somit fungiert der Mitarbeiter (MA) als Springer in der zusammengeschlossenen Einheit und muss alle Stationseinheiten und deren Arbeitsabläufe gut kennen, bzw. sich in den Fachgebieten auskennen. Sollte in dieser Zeit kein Anspruch auf den Dienst

erfolgen, kann dieser z.B. zum Abbau von Überstunden bei MA mit einem hohen Stundenkonto genutzt oder bei personalaufwendigen Arbeiten eingesetzt werden (vgl. Herrmann 2016: 13f). Die Finanzierung des Modells erfolgt durch die Reduzierung der Soll-Tagesarbeitszeit der Stationen.

- Vorteil:
- Leichte Planung im Dienstplan
  - Belastung der MA ist auf alle Schultern gleich verteilt
  - Schnelle Kompensation bei kurzfristigem Ausfall
  - Möglichkeit der Reduzierung von Überstunden
  - Sichereres „Frei“
- Nachteil:
- Reduzierung der Soll-Tagesarbeitszeit
  - Ggf. Stärkung des Absentismus

Das Pool-Konzept gilt als eine weitere Methode in der Einsatzflexibilität über mehrere Organisationseinheiten hinaus. Hier wird eine virtuelle Station mit einer Leitung und den Mitarbeitern gebildet. Diese wird analog einer normalen Station mit festen Dienstzeiten, Teambesprechungen, Fortbildungsangeboten usw. geführt. Jedoch erfahren hier die Mitarbeiter erst kurz vor Dienstbeginn von ihrer Leitung auf welcher Station sie tatsächlich eingesetzt werden (vgl. Piontek 2019: 6). Dieses erfordert eine maximale Einsatzflexibilität von jedem einzelnen Pool-Mitarbeiter. Idealerweise haben sich die Pool-Mitarbeiter freiwillig für dieses Einsatzmodell entschieden, da sie schon per se Freude an immer wechselnden Einsatzorten und Kollegen haben (vgl. Coenen 2019: 4f). Die Finanzierung dieses Modells kann auf zweierlei Arten erfolgen:

Die Erste wäre die Reduktion der Kennzahl der Soll-Vollkräfte (VK) auf den Stationen um mindestens die durchschnittliche krankheitsbedingte Ausfallquote, idealerweise um 10 % der Soll-VK. Somit würde sich beispielsweise bei einer Station mit 15 VK eine Reduktion um 1,5 VK ergeben. Exemplarisch bedeutet dies, wenn 8 Stationen den

Pool bedienen, wären 8 x 1,5 VK und somit 12 VK im Pool, die bei einem kurzfristigen Ausfall den Stationen aushelfen könnten (vgl. Roßbruch 2015: 53f).

Nach Hermann (2016) kann so ein Pool 80 % der kurzfristigen Ausfälle abdecken, die restlichen 20 % können wie beim Joker-Dienst zum Abbau von Überstunden führen.

Die zweite Methode der Finanzierung wäre eine einmalige Subvention seitens des AG für den Aufbau des Pools. Danach würde sich der Pool selber tragen indem er den abrufenden Stationen die Kompensation in Rechnung stellt. Vorteil hierbei ist die aufwandsgerechte Verteilung der Kosten auf die jeweiligen Stationen gegenüber der ersten Variante, bei der alle Stationen mit dem gleichen Anteil beteiligt sind. D.h. Stationen, die einen geringeren Ausfall haben, tragen Stationen mit einem hohen Ausfall mit.

Vorteil:

- Höhere Dienstplanstabilität
- Keine Mehrbelastung des Stammpersonals
- Möglichkeit der Entwicklung von Führungskräften
- Steuerungsinstrument für Prozessoptimierung und Standardisierung
- Maximale Dienstplansicherheit der Mitarbeiter im Pool
- Individuelle Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Beruf/ Familie
- Fachübergreifender Weitblick

Nachteil:

- Ggf. höherer Absentismus
- Hohe Aufwendungen in der Planung und Finanzierung
- Hoher Aufwand der Einarbeitung der Pool-MA
- Aufwand in der Generierung des Pools

### 3.4 Arbeitszeitflexibilität

Darüber hinaus wird eine Arbeitszeitflexibilität nach Herrmann (2019) und Roßbruch (2015) mit Hilfe des Stand-by-Dienstes ermöglicht.

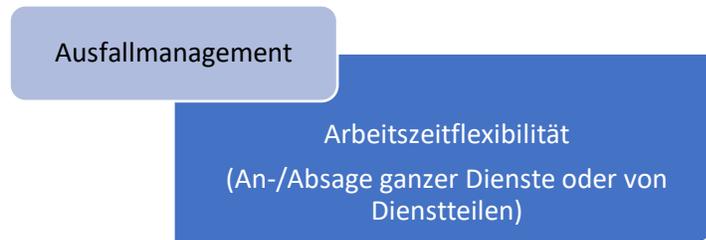


Abb. 4: Arbeitszeitflexibilität

Hier hält sich der Mitarbeiter in einem kurzen Zeitraum meist zu Hause auf, um für die Arbeit abgerufen zu werden. Wird er in diesem Zeitraum nicht abgerufen, hat er für den gesamten Tag frei. Erfolgt jedoch ein Abruf – hier im Beispiel für den Frühdienst – so muss er für die darauf eingeplante Zeit die Arbeit aufnehmen (s. Abb. 5).



Abb. 5: Stand-by-Dienst

Diese Dienstform ist in der Planung und Umsetzung für die Leitung auf Station mit die schwierigste von allen, da bei dieser die weiteren Einsatztage und Ruhephasen mit einzuplanen sind. Auch die beiden Autoren Herrmann und Roßbruch sind sich zu diesem Instrument nicht einig: Nach Roßbruch (2015) handelt es sich hier um einen Rufbereitschaftsdienst, der nach dem Arbeitszeitgesetz bzw. tarifvertraglich geregelt

ist. Für Herrmann (2018) liegt hier kein Rufbereitschaftsdienst vor, da der Abrufzeitraum sehr kurz ist.

*„Es handelt sich dabei vielmehr nur um eine **sehr kurz ausgestaltete Vorlaufzeit** für die Ausübung des Weisungsrechts gemäß §106 GewO...“*

(vgl. Hermann 2018: 17)

Vorteil:

- erhöhte Dienstplanstabilität
- Belastung der MA ist auf alle Schultern gleich verteilt
- Schnelle und sichere Kompensation beim kurzfristigen Ausfall
- Sichereres „Frei“

Nachteil:

- Ggf. höherer Absentismus
- Hohe Aufwendungen in der Planung und Finanzierung
- Bei Nichtabruf fällt MA aus

Des Weiteren gibt es noch eine Unmenge an bedarfsgerechten Arbeitszeitmodellen, die eine Verkürzung bzw. Verlängerung der Arbeitszeit innerhalb des Arbeitszeitgesetzes zulassen. Exemplarisch zu nennen sind hier alle Arten von Gleitzeitmodellen, die eine Veränderung der Arbeitszeit anhand des Arbeitsaufkommens gestatten.

### 3.5 Skill-Grade Mix

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Ausfallmanagement ist der Skill-Grade Mix als Instrument zur Mitarbeiterentwicklung, -bindung und des Mitarbeiter-Recruitings in Zeiten des Fachkräftemangels.

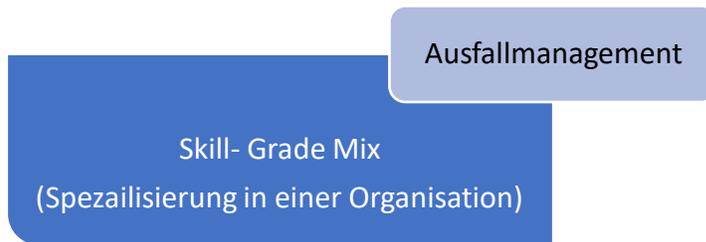


Abb. 6: Skill- Grade Mix

Dabei geht es nicht primär um die Kompensation eines kurzfristigen Mitarbeiterausfalls sondern vielmehr um die langfristige Stärkung der an der Basis bereits eingesetzten Mitarbeiter, Erhöhung derer Resilienz sowie Entrümpelung und Optimierung der internen Arbeitsprozesse. Nach Fent (2018) kann die Einführung eines Skill-Grade Mixes die Möglichkeit eröffnen, neue fachverwandte Berufsgruppen wie z.B. Heilerziehungspfleger oder Erzieher in das multiprofessionelle Team miteinzubinden.

Für eine nachhaltige Umsetzung des Skill-Grade Mixes werden die Schulung von Management und Mitarbeitern und die Schulung bei Stellenneubesetzung in Bezug auf Kompetenzen, Aufgaben und Zusammenarbeit verschiedener Qualifikationen empfohlen. Aufgaben können an Hilfspersonen oder weniger qualifizierte Mitarbeiterinnen delegiert werden, die professionelle Verantwortung jedoch nicht. (vgl. Fröhlich 2017: 308ff)

- Vorteil:
- Personalbindung durch eine gezielte Personalentwicklung
  - adäquate, an die Mitarbeiterfähigkeiten angepasste Steigerung der Verantwortung
  - Verschlankung der Kernprozesse durch Entrümpelung
  - Gezielte Personalentwicklung und gezielter Einsatz anhand des Talents und der Erfahrung

- Nachteil:
- Hoher langfristiger Zeitaufwand
  - Hoher Aufwand für Planung und Umsetzung
  - Kostenintensiv
  - Kulturwandel

#### 4 Ableitung der Fragestellung

Obwohl das Thema des Ausfallzeitenmanagements aktuell gefühlt in allen Kliniken heiß diskutiert wird und an Brisanz durch das Pflegestärkungsgesetz und die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zugenommen hat, haben sich anhand der durchgeführten Recherche zur Fragestellung des wissenschaftlichen Standes zum Thema „Ausfallzeitenmanagement im Pflegedienst“ des deutschsprachigen Raumes vier Namen deutlich herauskristallisiert.

Die Autoren Herrmann/Kutscher/Weidinger und Roßbruch bestimmen aktuell die deutsche Bühne des Ausfallmanagements. Herrmann/Kutscher/Weidinger als Vertreter einer Arbeitszeitberatungsfirma präsentieren sich aus der Sicht der Praktiker anhand diverser praktischer Erfahrungsberichte, wobei Roßbruch die rechtliche Seite stärker in den Fokus nimmt. Weitere recherchierte Literaturquellen beziehen sich zumeist auf diese vier Autoren. Schwierigkeiten bereitete der Mangel an Literatur für diese Ausarbeitung der Studienleistung.

Auch eine schriftliche Umfrage der Kliniken im Verbund der Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. brachte zur Kenntnis, dass sich alle 22 rückmeldenden Kliniken mit der Thematik beschäftigen, jedoch keine konkreten und validen Ergebnisse liefern können.

Die sich daraus ergebende Herausforderung besteht in der induktiven Basisforschung der Thematik anhand der Fragestellung

**Welche Konzepte zum Ausfallmanagement in der Pflege existieren in anderen Kliniken und können mit ihren Vor- und Nachteilen im Bezirkskrankenhaus Günzburg positiv zur Anwendung kommen?**

Laut vorliegender Auswertung wird das Ausfallzeitenmanagement mittels vier Instrumente bedient: Leistungs- und Serviceflexibilität, Einsatzflexibilität, Arbeitszeitflexibilität und dem Skill-Grade Mix. Dabei stehen die Leistungs- und Serviceflexibilität und der Skill-Grade Mix eigenständig mit klaren Handlungsempfehlungen.

Bei der Einsatz- und Arbeitszeitflexibilität kann zusammengefasst werden, dass es im eigentlichen Sinne drei Konzepte gibt: Das Joker-Modell, das Pool-Konzept und das Bereitschafts-Modell (hier anhand einer Rufbereitschaft). Deutlich wird dabei, dass der größere Nutzen in der Praxis aus einer Kombination von mindestens zwei Modellen zu erwarten ist.

## 5 Methode

Zur Befragung der Praktiker wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden mit dem Ziel, Erfahrungswerte von Einrichtungen mit einem etabliertem Ausfallkonzept zusammen zu tragen, deduktiv erarbeitet. Anhand leitfadengestützter Experten-Interviews mit jeweils zwei Mitarbeitern in sechs Kliniken mit ausgewiesenem Mitarbeiter-Ausfallkonzept sollen die Antworten auf die Frage „Welche Konzepte zum Ausfallmanagement in der Pflege existieren in anderen Kliniken und können mit ihren Vor- und Nachteilen im Bezirkskrankenhaus Günzburg positiv zur Anwendung kommen?“ induktiv ausgewertet werden.

### 5.1 Entwicklung des Fragebogens

Der Interviewleitfaden beinhaltet 17 - aus der Analyse der in der Literatur vorhandenen Ausfallzeitenkonzepte entwickelte - offene Fragen - zur Thematik, die sich teils aufgrund der Überprüfbarkeit inhaltlich überschneiden. So soll ein genauerer Blick in die praktische Umsetzung eines Ausfallzeitenmanagements aufgezeigt werden (siehe Anhang A). Das Testinterview zur Überprüfung der Durchführbarkeit des Interviewleitfadens fand mit einem leitenden Mitarbeiter im Schwesterkrankenhaus Kaufbeuren statt. Zur Erhöhung der externen Validität wurde das Instrument in einer Informationsveranstaltung zum Thema Ausfallzeitenmanagement in der Uniklinik Köln mit zwei der referierenden Mitarbeiterinnen besprochen.

### 5.2 Datengewinnung

Nach Ablauf der Testphase wurde zur Rekrutierung der Teilnehmer eine Anfrage über das Netzwerk der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V (BFLK) und über den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) inklusive einem Informationsschreiben gestellt. Im beigelegten Schreiben wurden die ausgewählten Teilnehmer über den Ablauf und das Procedere der Datenerhebung,

der Datenauswertung und über die Datenschutzrichtlinien informiert. Zudem erhielten diese vorab den Fragebogen zur Vorbereitung auf das Interview. Dabei wurde auch mitgeteilt, dass je Einrichtung ein Teilnehmer aus der oberen bzw. mittleren Leitungsebene und je ein Teilnehmer aus der unteren Leitungsebene bzw. ein Mitarbeiter der Station am Interview teilnehmen soll. Hintergrund dieser Überlegung war, den Weg zwischen der Entscheidung für ein oder mehrere Ausfallmanagementkonzepte und deren Umsetzung zu analysieren.

Bei der Auswahl der Fachrichtung wurde auf eine paritätische Verteilung der Einrichtungen zwischen der somatischen und psychiatrischen Fachrichtung Wert gelegt. Alle Einrichtungen sollten schon im Vorfeld ein Ausfallmanagement etabliert haben bzw. in dessen Umsetzung sein. Dabei wurde die Größe der Einrichtungen heterogen ausgewählt, um eine möglichst breite Auswertung der Ausfallmanagementkonzepte zu erhalten (siehe Tabelle 3).

Die Teilnahme am Interview erfolgte freiwillig. Die Teilnehmer wurden auch mündlich über den Zweck der Studienarbeit, den Interviewablauf und den Datenschutz aufgeklärt. Zudem willigten die Teilnehmer mit ihrer Unterschrift in die „Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten“ ein und erhielten davon eine Kopie. Die durchschnittlich 40 Minuten langen Interviews wurden während der Arbeitszeit der Teilnehmer durchgeführt.

Aufgrund der allgemeinen Pandemielage durch Covid-19 und der einhergehenden Dienstreisebeschränkungen/Verbote hat sich die anfangs sehr gute Ausgangssituation von mehr als 25 Kliniken deutschlandweit, die ihre Bereitschaft zur Mitwirkung bekundet haben, stark dezimiert. Um die vorliegende Masterarbeit überhaupt abschließen zu können, wurden die Kliniken, zu denen eine geschäftliche Beziehung besteht, persönlich angefragt. Dennoch bekundet die anfänglich positive Ausgangslage die Brisanz und die Aktualität im Themengebiet des Ausfallzeitenmanagements deutschlandweit.

**Tabelle 3:** Übersicht Einrichtungen

Einrichtung	Fachgebiet	Bettenzahl
Uniklinik Köln	Somatik / Testinterview	1540
Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren	Somatik / Neurologie	50
Zentrum für Psychiatrie Emmendingen	Psychiatrie / Forensik	533
Pfalzkrankenhaus Klingenmünster	Forensik	185
Lukaskrankenhaus Neuss	Somatik	518
Klinikum Garmisch- Partenkirchen	Somatik	490
Zentrum für Psychiatrie Weißenuau	Psychiatrie / Forensik	424

**Abb. 7:** Visuelle Übersicht

Einrichtungen URL:

<http://www.digikaart.nl> [Stand: 15.03.2021]

## 6 Auswertung

Die erhobenen Daten wurden im Sinne einer qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring, 2015) mit Unterstützung des Programms MAXQDA (Software für qualitative Datenanalyse, 1989 – 2019, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland) induktiv ausgewertet. Dabei haben sich durch eine offene Kodierung bestimmte Themengebiete in ihrer Häufigkeit herauskristallisiert, die im weiteren Verlauf stärker ausgearbeitet werden. Themengebiete, die vereinzelt auftauchten, für die jedoch die Relevanz für ein Ausfallmanagement hoch ist (einkalkulierte Ausfallzeiten), wurden stärker gewichtet und können so in der vorliegenden Arbeit eingebracht werden.

Bei der Durchführung der Interviews und der späteren Auswertung zeigte sich eine deutliche Diskrepanz in dem Informationsstand zum Ausfallmanagement der Teilnehmer aus der oberen Leitungsebene und den Teilnehmern aus der unteren Leitungsebene. Dieser Abfall des Informationsstandes ist zum einen begründet in der

Tatsache, dass fünf der sechs Teilnehmer der oberen Leitungsebene sich durch die zugesandten Vorinformationen und den vorliegenden Interviewleitfaden auf das Interview vorbereitet haben. Andererseits wurden im darauffolgenden Interview vier der sechs Teilnehmer aus der unteren Leitungsebene bzw. Teilnehmer ohne Leitungsfunktion erstmals mit der Interviewanfrage konfrontiert und hatten somit keine Gelegenheit, sich mit der Thematik im Vorfeld zu beschäftigen. Zudem wurde anhand der Fragestellung zu den Kennzahlen in der Evaluation deutlich, dass alle Teilnehmer aus der oberen Leitungsebene Kennzahlen zur Analyse des eingesetzten Ausfallkonzeptes angeben konnten, jedoch fünf der sechs Teilnehmer aus der unteren Leitungsebene bei dieser Frage angaben, dass es Kennzahlen gäbe, sie aber nicht konkret wissen, welche in diesem Fall zur Auswertung kommen. Noch deutlicher wurde der Informationsunterschied zu den Teilnehmern, die keine Leitungsfunktion innehaben.



Abb. 8: Codewolke Grund für Ausfallmanagement

### 6.1 Begründung für ein Ausfallmanagement

In der Auswertung der Interviews zeigte sich deutlich, dass 100 % der Teilnehmer das von ihnen ausgewählte Ausfallmanagementsystem auf Grundlage der Unzufriedenheit der Mitarbeiter, die durch ständiges Einspringen aus dem Frei keinerlei Dienstplansicherheit mehr haben, eingeführt worden ist. Deutlich stand im Vordergrund, dass sich hier die Mitarbeiter von den ständigen Anrufen im Frei und

den Kompensationen im Dienst genervt fühlen und dadurch die Bereitschaft zum Einspringen im Krankheitsfall deutlich zurückgegangen ist. Beschrieben wird auch, dass die Einspringbereitschaft sich in allen Stationen meist auf wenige Freiwillige stützt, und mit der Einführung eines Ausfallzeitenmanagements versucht wird, diese Belastung besser auf alle Pflegemitarbeiter zu verteilen. Zu erwähnen ist hier ausgehend vom Leitungspersonal auch der Kostenfaktor der Ausfallkompensation, der sich vor allem negativ in den Überstunden und den Folgekosten aufgrund der Überbelastung der Mitarbeiter (höhere Krankheitstage) ergibt.

Des Weiteren sind die gesetzlichen Vorgaben in pflegeintensiven Bereichen durch die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zum 01.03.2020 in Kraft getreten (*aufgrund der Covid-19 Pandemie vom 01.03.2020 – 31.07.2020 in den §§ 1 bis 9 PpUGV und vom 01.08.2020 - 31.12.2020 in den §§ 6 bis 9 PpUGV vorübergehend ausgesetzt*).

Eine Unterschreitung der errechneten Personalstärke im Zusammenhang mit den gemäß der Mitternachtsstatistik belegten Betten zieht eine empfindliche Sanktion nach sich. Umso wichtiger ist es in dem Fall, einen kurzfristigen Ausfall des Pflegepersonals, der die Sichtkennzahl aus der Mitternachtsstatistik unterschreitet, nachzubeseetzen.

Für 10 der 12 Teilnehmer sind in der Befragung das Patientenwohl und deren Sicherheit mit an oberster Stelle. Um einer adäquaten und sicheren Patientenversorgung gerecht zu werden, wurden Ausfallmanagementkonzepte eingeführt, die meist just in Time greifen bzw. auf Kurzfristigkeit ausgelegt sind.

Grundsätzlich wird in diesem Kode durch alle Teilnehmer der Pflegepersonalmangel aufgeführt. Dieser wird ursächlich für eine unzureichende Sollbesetzung auf den Stationen genannt. Darauffolgend fällt ein kurzfristiger Ausfall deutlich mehr ins Gewicht, da er nicht mehr so einfach kompensiert werden kann. Ausgehend von diesen Gründen wurde in vier der sechs Kliniken initiativ von der oberen Leitungsebene der Aufbruch für ein Ausfallmanagementkonzept veranlasst. An den restlichen zwei Standorten wurde das Ausfallmanagement zeitgleich, von unten aus der Belegschaft und oben aus der Leitung, initiiert.

## 6.2 Dienstplanung

Für den Kern eines guten Ausfallmanagements halten acht von zwölf befragten Teilnehmern den Dienstplan vor Ort. Ein adäquater und guter Dienstplan kann Arbeitsspitzen größtenteils abmildern und Ausfälle kompensieren.

Wird hier aber die Solldienstplanung unterschritten, weil per se noch offene Stellen nicht nachbesetzt werden konnten, oder es wird größtenteils in der individuellen Minimal-Besetzung gearbeitet, ist auch das beste Ausfallmanagement auf Dauer nicht in der Lage, Ausfälle im Team zu kompensieren. Hier sollte möglichst zeitnah nachbesetzt werden.

Auch eine stimmige Urlaubs- und Wunschdienstplanung sollte hier Berücksichtigung finden. All zu oft komme es zudem vor, dass in den starken Urlaubsmonaten vielen Mitarbeitern ein Wunschfrei oder Urlaub gewährt würde, was bei einem Ausfall eines Mitarbeiters die Kompensation deutlich erschwere.

Zwei Teilnehmer berichteten auch, dass das Bewusstsein bei vielen Dienstplanern fehle, dass in den budgetierten Stellen auf Station eine Ausfallquote von min. 23 % in der Sollstellenbesetzung mit eingerechnet sei. Diese wird aber nicht in die Dienstplanung übertragen, stattdessen würde mit der vollen Besetzung gearbeitet. Bei einem Krankheitsausfall würden dann so im Fall eines Einspringens automatisch Überstunden generiert. Leider ist in dem Fall schwer vorauszuahnen, wann und wie lange ein Mitarbeiter krank wird. Daher müssen andere Kompensationsarten entwickelt werden.

Eine Möglichkeit könnte hier die Anpassung verschiedener Sichtmodelle und Arbeitszeitmuster im Vergleich zum Arbeitsaufwand bzw. Arbeitsspitzen am Tag bzw. in der Woche sein. Mit einer Analyse der Arbeitsbelastung könnten die Arbeitsspitzen herausgefiltert werden und diese in der Dienstplanung mit mehr Personal, unter Einsatz von variablen Dienstzeitmodellen Berücksichtigung finden.

### 6.3 Festlegung der Rahmenbedingungen

Für ein sinnvolles Ausfallmanagement sehen alle Teilnehmer der Befragung die Absteckung der Rahmenbedingungen, angepasst auf die eigene Einrichtung, im Vordergrund. Zu Grunde liegend, muss die Finanzierung für ein Ausfallmanagement vorhanden bzw. mit der Klinikleitung und dem Vorstand besprochen und genehmigt sein. Diesen Punkt haben alle Teilnehmer angesprochen. Für neun von 12 Teilnehmern war es wichtig, welche Bedingungen zu einem Abruf des Ausfallmanagement führen. Unter den Bedingungen wurde der ungeplant erhöhte Arbeitsaufwand, der durch eine Arbeitsverschiebung nicht kompensiert werden kann, von fünf Teilnehmern erwähnt. Alle neun Teilnehmer erachteten den Abruf bei einem

kurzfristigen Krankheitsausfall als angemessen, wobei sieben Teilnehmer davor Maßnahmen zugrunde legen, die im Vorfeld abgeprüft werden sollten. Zu den Schritten würde mitunter die Prüfung auf verlegbare/verschiebbare Arbeiten, Arbeitszeitflexibilität, zeitliche Aushilfe von Schwesternstationen oder die Übernahme ganzer Schichten von anderen Stationen zählen.

Die Fristigkeit für den Ausfall, für die das Ausfallzeitenkonzept gelten soll, haben sieben von 12 Teilnehmern angesprochen. Dabei unterschieden fünf Teilnehmer zwischen einer kurz-, mittel- und langfristigen Kompensation (siehe Tabelle 3). In diesem Zusammenhang ergab sich auch die Frage nach dem Geltungsbereich des Ausfallmanagements und die Einbindung der Qualifikationen bzw. Berufsgruppen in der Pflege (Beispiel: stark eingeschränkter Einsatz von einer Gesundheits- und Krankenpflegerin einer bettenführenden Station auf einer Intensivstation). Hier würden ggf. zwei Ausfallmanagementsysteme zum Einsatz kommen, eines angepasst für die bettenführende Station und eines angepasst für die Intensivstation.



Abb. 9: Codewolke Ausfallkonzept

#### 6.4 Rufbereitschaft

Die Mehrheit der besuchten Einrichtungen konzentriert sich auf den Einsatz einer/mehrerer Rufbereitschaft/en im Pflgeteam. Diese sind in dem Zeitraum der Interviews in der Spanne von drei Monaten, in der Probephase bis zu 6 Jahren in den Einrichtungen etabliert. Dabei wurden zunächst verschiedene Ausfallbereiche definiert, für die die Rufbereitschaften gelten sollen. Wie z.B. Neurologie Intensiv/ Neurologie Betten, Sucht-Psychiatrie / Geronto-Psychiatrie usw. Aus der Analyse der

internen Bereiche folgt die Umsetzung der Rufbereitschaft. Zwei Einrichtungen haben die Rufbereitschaft in ihrem Bereich nur für das Wochenende gewählt und da auch nur für den Tagdienst. Begründung hier ist die mangelnde Einspringbereitschaft am Wochenende. Aber auch die Aussage, dass mit dem Ausfallmanagement eine sicherere Dienstplanung gegeben ist, dass das geplante Frei für die Mitarbeiter auch wirklich frei ist, wird hier aufgeführt. Alle anderen Einrichtungen, die diese Form der Rufbereitschaft etablierten, haben sich für die gesamten Wochentage entschieden. Hier liegt die Begründung auf der Stabilisierung des Dienstplanes sowie eine höhere Sicherheit für die Patienten.

Bei der Vergütung gibt es mehrere Optionen, die so in den Einrichtungen eingesetzt werden. Eine Einrichtung zahlt die Rufbereitschaft und die abgerufene Einsatzzeit komplett mit allen anfallenden Zuschlägen aus. Positiv wurde erwähnt, dass sich die Rufbereitschaften so nicht auf dem Stundenkonto der Mitarbeiter wiederfinden und somit dem Mitarbeiter kein Freizeitausgleich entsteht. Auch die zusätzliche Vergütung wurde positiv von den Mitarbeitern aufgenommen. Zum anderen gibt es das Modell, dass die Bereitschaftszeit zu Hause tarifkonform ausbezahlt wird und nur die Einsatzzeit in den Stundenkonten erfasst wird. Eine weitere Option, die vollständigshalber erwähnt wurde, aber bei den sechs Einrichtungen nicht zum Einsatz kommt, ist die vollständige Erfassung der Rufbereitschaftszeit in den Stundenkonten.

Nach der Recherche findet in allen Einrichtungen, die dieses Konzept einsetzen, eine Evaluation anhand der Abrufquote dieses Dienstes statt. Zudem werden Daten des Abrufgrundes und der Abrufdauer erhoben.

Einen Optimierungsbedarf sehen die Einrichtungen, die mit einer Rufbereitschaft mehrere fachverwandte Stationen bedienen. Empfohlen wird, dass es sinnvoll wäre, ein Werkzeug zur Hand zu haben, das die Verteilung der Rufbereitschaft nach der Arbeitsbelastung steuert und nicht danach, wer diese als erster abgerufen hat.

Bei mehreren gleichzeitigen Mitarbeiterausfällen kommt auch hier die Rufbereitschaft an ihre Grenze und es werden wieder Mitarbeiter in ihrem Frei angerufen.

### 6.5 Bereitschaftsdienst

Der ständige Bereitschaftsdienst in der Nacht wird von zwei Einrichtungen zusätzlich zu der bereits bestehenden Rufbereitschaft ergänzend eingesetzt. Hier liegt der Vorteil darin, dass sich der Mitarbeiter in der Einrichtung für einen eventuellen Einsatz auf den Stationen bereit hält und somit sehr kurzfristig abgerufen werden kann. Auch bei diesem Bereitschaftsdienst werden Konflikte erwähnt, die durch Unsicherheit in den auszuhelfenden Bereichen, wie einen höheren Bedarf an Hilfeleistung, hervorgerufen werden und mit der Bereitschaft nicht abgedeckt werden können.

### 6.6 Pool / Flex-Pool

Allen voran können große Einrichtungen, je nach Standort auch mittlere, von einem Pool-Konzept profitieren. Die Hälfte der besuchten Einrichtungen hat einen Springerpool ergänzend zu ihrem Ausfallmanagement aufgebaut. Der älteste unter ihnen hat seit 2015 Bestand. Wie in der Rufbereitschaft geben die Teilnehmer an, dass erstmal ein Wirkungsbereich selektiert wurde, der von den zukünftigen Pool-Mitarbeitern bedient werden soll. Die Größenspanne der Pools wird von sechs bis ca. 80 Mitarbeitern beziffert. Die Pools sind ähnlich aufgebaut wie eine Station mit einem vorgeplanten Dienstplan, jedoch ohne definierten Einsatzort. Die Dienst- und Einsatzplanung übernimmt die Pflegedienstleitung oder in den großen Pools eine Poolkoordination bestehend aus mehreren Personen.

Hier haben die Poolmitarbeiter die Möglichkeit in der Vorplanung, sich ihre Arbeitszeiten und Tage individuell nach ihren Bedürfnissen zusammenzustellen (Flex-Pool).

Ein Ausfall eines Poolmitarbeiters wird nicht nachbesetzt, somit hat der Poolmitarbeiter einen sehr stabilen Dienstplan.

Die Teilnehmer berichten, dass die Nicht-Zugehörigkeit zu einem bestimmten Team die meisten Poolmitarbeiter als positiv angeben, weil sie sich auf die Arbeit konzentrieren können und sich nicht mit den Thematiken eines Teams auseinandersetzen müssen. Viele von ihnen sehen die persönlichen Entwicklungschancen und den Einblick in neue Themenfelder als Herausforderung, der sie sich stellen möchten.

Der Abruf der Poolmitarbeiter erfolgt in den meisten Fällen vor Ort zu Dienstbeginn an einer Sammelstelle oder per telefonische Benachrichtigung, teils auch per WhatsApp. Erst jetzt bekommen die Mitarbeiter ihre Station zugeteilt, in der ein Bedarf an Personal besteht. Das bringt mehrere Herausforderungen mit sich.

Zum einen müssen die Poolmitarbeiter sich gut in den einzusetzenden Bereichen auskennen und dort auch eingearbeitet sein, um eine adäquate Patientenversorgung gewährleisten zu können. Zum anderen muss sich das bestehende Team auf die Erledigung der Arbeiten verlassen können und diese Mitarbeiter als Hilfestellung und nicht als Belastung annehmen.

Um hier entgegenzuwirken, wurden laut der Teilnehmer mehrere Konzepte entwickelt, die dem Rechnung tragen sollen. Eines dieser Konzepte ist bei großen Pools der Einsatz von Poolmitarbeitern nur auf bestimmten und wiederkehrenden Stationen, um die Orientierung auf der Station und deren Arbeitsabfolgen zu festigen. Ein weiteres Konzept, das sich etabliert hat, ist die gemeinsame Erstellung eines Arbeitskataloges bzw. Arbeitsablaufes mit dem Team für Poolmitarbeiter auf Station. Diese können sich dann auf die niedergeschriebenen Abfolgen und Arbeitsaufträge stützen und empfinden dadurch eine höhere Sicherheit in ihrer Arbeit. Unterstützend kann eine Angleichung der strukturellen Einrichtung der Stationen wirken, z.B. wenn sich der Medikamentenschrank auf Station A analog an der Stelle zu Station B befindet.

Eine Evaluation findet anhand der Dienstpläne statt. Diese geben Auskunft über den Ausfallgrund, die zu ersetzende Zeitdauer und den Einsatzort.

Das Poolkonzept ist bei den Teilnehmern die einzige Lösung, die auch einen mittelfristigen bzw. langfristigen Mitarbeiterausfall kompensieren kann. Bei allen anderen Konzepten zum Abfangen von Ausfallzeiten wird ein Mitarbeiter kurzfristig aus dem Team gelöst, um ggf. auch auf einer anderen Station/Bereich aushelfen zu können. Dadurch entsteht kurzfristig eine Soll-Unterbesetzung, die auf eine längere Zeit hin nicht haltbar ist und nachbesetzt werden müsste. In diesem Fall kommt der Vorteil des Springerpools zur Geltung. Durch den eingesetzten Mitarbeiter aus dem Pool wird kein Soll-Loch in ein bestehendes Team generiert und somit kann eine Langzeitkompensation erfolgreich stattfinden.

#### 6.7 Joker-Dienst

Obwohl diese Dienstform am leichtesten im Dienstplan umsetzbar ist, gehen nur zwei Teilnehmer im Gespräch darauf ein und haben den Jocker-Dienst Ende 2020 auf Probe eingeführt. Das Wesen dieses Dienstes ist eine Überplanung der Tages- bzw. der Nachtschicht in der Hoffnung, dass ein Ausfallereignis eintritt und dieser zur Geltung kommt. Tritt das Ausfallereignis nicht ein, können durch die Mehrbesetzung Mitarbeiter, die ein hohes Stundenkonto aufweisen, dieses abbauen in dem sie ins Frei gehen oder es werden nicht erledigte Arbeiten aufgeholt. Auch ein Zugutekommen für die Patienten kann ein positiver Vorteil dieser Dienstform sein, indem man dadurch mehr Zeit für die Belange und Wünsche der Patienten generiert.

## 6.8 Anpassung des Tätigkeitsumfeldes

Mit einer hohen Gewichtung versehen ist in einer Einrichtung ein Ampelsystem durch beide Teilnehmer zur Sprache gekommen, das unterstützend eine Anpassung des Tätigkeitsumfeldes offen für alle visuell wiedergibt. Aufgebaut ist es, wie der Name schon sagt, wie eine Ampel, unterteilt in grün, gelb und rot. Jeder Ampelphase geht eine Berechnung nach Punkten voraus, die sich nach der Anzahl der im Dienst befindlichen Pflegekräfte, der Anzahl der Patienten und deren Pflegeaufwand errechnet. Zudem wurde zu jeder Ampelphase ein Katalog erstellt mit den Aufgaben, die erledigt werden müssen, den Aufgaben, die auf die darauffolgende Schicht verschoben werden können oder Aufgaben, die eine andere Berufsgruppe übernehmen kann. Dieses Ampelsystem wurde mit allen Berufsgruppen abgestimmt, sodass jeder die Bedeutung und die Hilfestellung zu jeder Ampelphase kennt. Als Beispiel wurde genannt, dass in der gelben Phase bestimmte Arbeiten auf die darauffolgende Schicht verschoben werden können, jedoch kein zusätzliches Personal gebraucht wird. In der roten Phase wird die Rufbereitschaft abgerufen, zusätzlich unterstützen die Therapeuten bei der Mobilisation, bei Transfers oder bei der Essbegleitung. Zudem kann auf die Visitenbegleitung verzichtet werden usw.

Das Ampelsystem und die hinterlegten Tätigkeitskataloge sollen auch zur Unterstützung für neue Mitarbeiter und den geforderten Bereitschaftsdienst dienen. Diese wissen dann genauer, welche Arbeiten zu erledigen sind und gewinnen somit mehr Sicherheit in ihrem Handeln. Zudem wird das System auch mit den Patienten und deren Angehörigen, mit Hilfe eines Informationsblattes, besprochen. So sehen die Angehörigen auf der Ampel, diese steht heute auf Grün, das Pflegepersonal hat Zeit für ein Gespräch oder im Gegenzug auf Rot, es könnte sein, dass mein Angehöriger heute nicht herausmobilisiert werden kann.

## 6.9 Einspringen aus dem Frei

Für alle Teilnehmer der Befragung hat jedes, noch so gute, Ausfallmanagement seine Grenzen erreicht, sobald mehrere Mitarbeiter im gleichen Zeitraum kurzfristig ausfallen und durch das Ausfallmanagement nicht mehr kompensiert werden können. Um das Einspringen aus dem Frei für Mitarbeiter attraktiver zu machen und den Führungskräften die Suche nach Personal zu erleichtern, wurden diverse Belohnungssysteme in den Häusern eingeführt. Diese kann man in drei beispielhaften Varianten abbilden.

In der ersten Variante erhalten die Mitarbeiter einen Zeitzuschlag auf Ihr Stundenkonto von durchschnittlich 2 Stunden.

In der zweiten Variante erhalten die Mitarbeiter einen gestaffelten Bonus von z.B. 40 € für das erste Einspringen im Planungszeitraum, für das zweite Einspringen 50 € und ab dem dritten Einspringen im Planungsmonat 60 € brutto gutgeschrieben.

In der dritten Variante hat eine Einrichtung eine Bonuskarte eingeführt, die von einer dritten Firma verwaltet wird. Für jede eingesprungene Stunde werden auf der Karte 2 € steuerfrei gutgeschrieben, mit einem zu erreichenden Maximalbetrag von 40 € monatlich. Diese Karte kann dann, wie eine EC-Karte bei allen teilnehmenden lokalen Geschäftspartnern eingesetzt werden.

**Tabelle 4:** Übersicht Ausfallmanagementkonzepte

Ausfallkonzept	Vorlaufzeit Abruf	Kurzfristig <2 T	Mittelfristig >2T<1Mon.	Langfristig >1 Mon.	Bereichsintern	Bereichsextern	Zeitfenster
Joker-Dienst	keine	x	-	-	x	-	Bis ganze Schicht
Stand-By	1-3h	x	-	-	x	-	Bis ganze Schicht
Rufbereitschaft	4-12h	x	-	-	x	-	Bis ganze Schicht
Bereitschaft	keine	x	-	-	x	-	Bis ganze Schicht
Pool / Flex-Pool	bis mehrere Tage	x	x	x	x	x	Bis ganze Schicht

## 7 Auswahl und Einführung/Umsetzung

In den Rahmenbedingungen wurden schon einzelne Komponenten angesprochen, die bei einer Auswahl bzw. der Einführung und Umsetzung der Konzepte bedacht werden sollten. Aus der Analyse der Interviews, vor allem der beiden vorletzten Fragen, haben sich weitere hilfreiche Aspekte ergeben, die in diesem Abschnitt näher ausgeführt werden.



Abb. 10: Codewolke Aspekte Auswahl

### 7.1 Aspekte bei der Auswahl

Alle Teilnehmer gaben an, dass einer der wichtigsten Aspekte in der Einführung eines Ausfallmanagements die vorhandene Struktur der Einrichtung ist. Diese unterteilt sich in die angebotenen Fachbereiche, deren Verwandtschaft zueinander, der Größe der Einrichtung/Fachbereiche sowie den technischen Voraussetzungen für eine spätere Umsetzung. So geht man in großen Einrichtungen davon aus, dass diese leichter ein Poolkonzept, ausgehend von ihrer Personalstärke, aufbauen können. Wiederum müssen große Einrichtungen beim Einsatz einer Rufbereitschaft den Geltungsbereich dieser einschränken, um eine gute Patientenversorgung ausführen zu können.

Grundlegend für die Einführung eines Ausfallmanagements ist eine zuvor durchgeführte Ist-Analyse des Arbeitsaufwandes und den in der Einrichtung vorhandenen Ausfallzeiten. Hier werden Belastungsspitzen in der täglichen Arbeit ersichtlich, die ggf. durch eine Anpassung des Tätigkeitsumfeldes geglättet werden

können. Weiterhin können mögliche Bereiche herausgefiltert werden, die eine hohe Ausfallquote aufweisen und so stärker in den Fokus rücken. Hieraus resultiert der Bedarf an einem Ausfallzeitenkonzept, der bestenfalls durch belegbare Zahlen nachgewiesen werden kann.

Um ein Ausfallzeitenkonzept erfolgreich einführen zu können, sollte dieses, nach Meinung von zwei Teilnehmern, Attraktivität schaffen. Hierbei ist gemeint, dass für den Mitarbeiter von Anfang an ersichtlich wird, welche Vorzüge bzw. welche positiven Auswirkungen sich aus dem Einsatz dieses speziellen Ausfallkonzeptes auf ihn selber ergeben. Wie z.B. ein sichereres Frei oder eine geldliche/zeitliche Entlohnung.

Einen zeitnahen Einbezug des Pflgeteams in die Entscheidungsfindung sehen alle Teilnehmer als einen wichtigen und unerlässlichen Schritt für die Wertschätzung der Teams und der späteren Akzeptanz des Systems an.

Hier kann in der Kommunikation auf die Vorteile des Konzeptes, die Erwartungen und Befürchtungen des Teams und der Einzelnen eingegangen werden. Bei den Vorteilen überwiegen deutlich, mit 100% der Aussagen, die Planungssicherheit für die Mitarbeiter und der geringere Aufwand/Hürde, einen Mitarbeiter in den Dienst zu holen, folgend mit 50% der Aussagen für eine höhere Sicherheit für die Patienten und einer Wertschätzung ausgehend der Honorierung der Leistung. Ein Teilnehmer sieht den Vorteil, dass man sich im Krankheitsfall mit ruhigem Gewissen krank melden kann in der Zuversicht, dass ein Kollege da ist und hilft. Bei den Erwartungen werden als Kernfaktor die Dienstplansicherheit und die schnelle Aushilfe bei Überlastungen benannt.

Zu den Befürchtungen wurde von sechs Teilnehmern berichtet, dass viele Mitarbeiter ihre Angst, aus dem Team gerissen und ständig auf anderen Stationen zu arbeiten, geäußert haben. Des Weiteren wurden Befürchtungen geäußert, dass einige Mitarbeiter diese Kompensationen eher ausnutzen und öfter krank sind und so dieses Konzept den Zweck zur Entlastung verfehlt. Vier Teilnehmer der oberen Leitungsebene sahen eher die Nichtakzeptanz im Team vordergründig.

Ein Teilnehmer nannte, dass durch eine persönliche Kommunikation der Führungskräfte mit den Teams viele Befürchtungen relativiert werden konnten.

Eine Hilfestellung durch eine externe Beratung haben zwei Einrichtungen als wertvoll erachtet.

In der Auswertung der Interviews wurde zudem deutlich, dass eine Unterstützung in der Kommunikation durch die Beteiligung des Personalrates an der Entwicklung eines Ausfallmanagements durchaus gegeben ist. Fünf der sechs Einrichtungen gaben an, eine Stütze durch den Personalrat erhalten zu haben.



Abb. 11: Codewolke Aspekte Umsetzung

## 7.2 Aspekte bei der Einführung/Umsetzung

Diese Unterstützung durch den Personalrat wirkt sich auch positiv auf die Umsetzung der ausgewählten Konzepte aus. Hierbei sind der ehrliche Umgang und viel Transparenz, den vier Teilnehmer der oberen Leitungsebene beschrieben, mit dem Personalrat und den Mitarbeitern in der Einführungsphase sehr wichtig.

Vier der sechs Einrichtungen gaben an, dass sie bei der Einführung des Konzeptes erstmal eine Testphase durchgeführt haben bzw. das Ausfallmanagement auf Pilotstationen eingeführt wurde. Dieses Vorgehen habe sehr viel Druck von den Mitarbeitern genommen und das System konnte so in seiner Wirkungsweise mit weniger Vorbehalten ausprobiert werden.

Als sehr hilfreich wurden dabei klare Umsetzungsvorgaben des Ausfallzeitenkonzeptes von vier Einrichtungen geäußert. Diese beziehen sich auf der Ebene der Leitung darauf, unter welchen Bedingungen ein Abruf der Mitarbeiter zur Kompensation erfolgen darf, wie diese Mitarbeiter erreicht werden können bzw. durch wen, welche Dienstzeiten kompensiert werden können, usw. Auf der Ebene der Station leiten Arbeitskataloge den zur Aushilfe kommenden Mitarbeiter durch den Stationsalltag, geben Befugnisse und arbeiten vor und unterstützen somit das Team und den zusätzlichen Mitarbeiter. Auch hier ist als wichtigstes Instrument eine gute und klare Kommunikation zu nennen.

## 8 Diskussion

Ziel der Masterarbeit war es, eine detaillierte Übersicht anhand der Auswertung von leitfadengestützten Interviews über die derzeit vorhandenen Ausfallkonzepte in der Pflege und eine Analysegrundlage für die Auswahl eines geeigneten Ausfallkonzeptes für die somatischen Kliniken am BKH Günzburg zu schaffen.

Weiter in der Diskussion werden allgemeine Kriterien und Maßnahmen abgeleitet, die notwendig sind, um die einzelnen Ausfallkonzepte in die Praxis zu implementieren und mögliche Limitationen werden aufgezeigt. Zum Abschluss wird eine Empfehlung für die somatischen Kliniken am BKH Günzburg abgegeben und es wird auf offen gebliebene Fragen eingegangen.

### 8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der erste Teil der Masterarbeit beschäftigte sich mit der Auswertung der in der Literatur vorhandenen Ausfallzeitenkonzepte, denen immer Grundprinzipien wie rechtliche Rahmenbedingungen, eine definierte Soll- und Mindestbesetzung, existierende Mindestanforderungen des Arbeitsumfangs und die Festlegung der Größe der Organisationseinheit vorangegangen sein müssen.

Aus der Literatur geht hervor, dass zu einem Ausfallmanagement die Konzepte der Leistungs- und Serviceflexibilität, der Einsatzflexibilität, der Arbeitszeitflexibilität und einem angepassten Skill-Grade Mix in den Einheiten gehören. Diese wurden mit ihren Vor- und Nachteilen zur Auswertung gebracht. Bei der Herausarbeitung der Thematik des Ausfallmanagements kristallisierten sich aus der Literaturrecherche vier Autoren (Herrmann, Kutscher, Weidinger und Roßbruch) deutlich heraus. Aus dieser Vorarbeit leitete sich auch die Fragestellung „Welche Konzepte zum Ausfallmanagement in der Pflege existieren in anderen Kliniken und können mit ihren Vor- und Nachteilen im Bezirkskrankenhaus Günzburg positiv zur Anwendung kommen?“, der Masterarbeit ab.

Im zweiten Teil wurde anhand von zwei Interviews in sechs verschiedenen Kliniken die praktische Umsetzung beleuchtet. Aus der Analyse der Befragungen ging eindeutig hervor, dass alle teilnehmenden Kliniken mindestens zwei der hier aufgeführten - auf ihre Verhältnisse angepassten - Ausfallmanagementkonzepte einsetzen, die sich gegenseitig in ihrer Funktion zu ergänzen versuchen. Allen gemein ist, um die Hürde für das Einspringen geringer und das Einspringen lukrativer zu machen, das Belohnungssystem für das Holen von Mitarbeitern aus dem Frei. Alle Teilnehmer der Interviews waren sich einig, dass eine ehrliche und transparente Kommunikation bei der Einführung und Umsetzung eines Ausfallmanagements unabdingbar ist. Jedoch wurde in der Analyse der Interviews festgestellt, dass ein deutlicher Informationsverlust „von Oben nach Unten“ vor allem in der Zuordnung von Kennzahlen zu den einzelnen Konzepten zu verzeichnen ist.

Deutlich begrenzt werden die Konzepte in der Ausführung, wenn die Soll-Vorgaben auf den Stationen aufgrund von Personalmangel nicht erfüllt werden können und somit eine Überbeanspruchung dieser einhergeht. Denn auch das beste Ausfallzeitenmanagement ist hilflos, wenn dem eine Krankheitswelle bei den Mitarbeitern gegenüber steht.

## 8.2 Implikationen für die Umsetzung

Aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung soll am Bezirkskrankenhaus Günzburg in erster Linie ein Ausfallmanagement für die zwei somatischen Krankenhäuser etabliert werden. Dabei handelt es sich um die Fachbereiche der Neurochirurgie mit 52 Betten und um die Neurologie mit 58 Betten. Aufgrund der Größenordnung der beiden somatischen Kliniken bietet sich hier das Ausfallzeitenkonzept der Rufbereitschaften bzw. Bereitschaften an. Ein Poolkonzept würde aufgrund der Strukturen der beiden somatischen Kliniken nicht greifen. Ergänzend dazu könnte ein Joker-Dienst eingerichtet werden. Grundlegend für die beiden Konzepte ist eine Auswertung der Ausfallzeiten der letzten drei Jahre, mindestens aber des letzten Jahres, um eine mögliche Aussage treffen zu können, in welchen Diensten die meisten kurzfristigen Ausfälle zu verzeichnen sind, die dann kompensiert werden müssen. Ferner können auch Überlegungen getroffen werden, zu welchen Zeitpunkten bei einem kurzfristigen Ausfall die Kompensation dieser größere Schwierigkeiten bereitet hat. Auf dieser Grundlage kann dann eine Rufbereitschaft entwickelt werden, die diesem Ausfall gerecht wird. Das angepasste Ausfallmanagement soll dann probeweise für ein halbes Jahr eingeführt, und anhand von im Vorfeld definierten Kennzahlen, wie z.B der Abrufquote, der Soll-Unterschreitung und der Ausfallquote, auf dessen Wirksamkeit ausgewertet werden.

## 9 Fazit / Ausblick

Die vorliegende Arbeit konnte auf Grundlage der Auswertung von qualitativen Daten aufzeigen, welche Ausfallmanagementkonzepte im Pflegedienst unter welchen Voraussetzungen aktuell in den Kliniken eingesetzt und wie diese umgesetzt werden. Der Großteil der Konzepte ist dafür ausgelegt, einen kurzfristigen Mitarbeiterausfall zu kompensieren. Langfristige Ausfälle können nur begrenzt durch diese Konzepte aufgefangen werden.

Auch der Verlust an Informationen, gewollt oder ungewollt, könnte im Nachgang aus der Sicht der Praxis stärker beleuchtet werden.

Im Zeitalter der Digitalisierung und der Sammlung diverser Daten ergeben sich offene Fragen, wie z.B. ein Einsatz von IT-Systemen unterstützend bei einem Mitarbeiterausfall automatisiert eingreifen kann, in dem er z.B. hinterlegte Mitarbeiter automatisch abrufen, sobald die Sollbesetzung in einem Bereich unterschritten ist. Des Weiteren können durch den Einsatz von „Künstlichen Intelligenzen (KI's) Wahrscheinlichkeiten für einen Mitarbeiterausfall aus der Kombination einer Vielzahl der bereits erhobenen Daten, z.B. fiktiv aus der Kombination vom Altersdurchschnitt der Belegschaft, Intensivmerkmalen der Patienten auf der Station, Wettereinfluss usw., errechnet werden. Dem Autor ist die Brisanz, die aus dieser Fragestellung ausgehen könnte, durchaus bekannt.

## Literaturverzeichnis

- Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J., et al. (Hg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bamberg, C.; Kasper, N.; Korff, M., et al. (Hg.) (2018): Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bauer, P. (2017): Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie. 3. Auflage. Herausgegeben von Rüdiger Müller-Isberner, Petra Born, Sabine Eucker und Beate Eusterschulte. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Beermann, B. (2010): Nacht- und Schichtarbeit. In: Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2009. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 71–82.
- Boy, J.; Dudek, C.; Kuschel, S., et al. (Hg.) (2003): Projektmanagement. Grundlagen, Methoden und Techniken, Zusammenhänge. 11. Aufl., 49. - 54. Tsd. Offenbach: GABAL.
- Buschmann, P. (2019): Ausfallzeitenmanagement im Pflegedienst. Hausarbeit: Hamburger Fern-Hochschule.
- Coenen A. (2019): Mitarbeiterpool und Studentenpool der Allgemeinpflege. Uniklinik Köln.
- DREWS, G. (2014): Praxishandbuch Projektmanagement. 1. Aufl. Freiburg: Haufe-Lexware.
- Fent, R.; Jörg, A. (2018): Der Skill-Grade-Mix im Pflege- und Gesundheitsberuf: Analyse und Empfehlungen für die Praxis. Diplomarbeit. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Flexibel (fast) ohne Ende (2018). In: CNE Pflegemanagement, Jg. 05, H. 01, S. 18–19.

Fröhlich, M. R.; Massarotto, P.; Brenner-Lüdemann, G.; Staudacher, D. (2017): Skill-Grade-Mix ist ein Kulturwandel. In: *intensiv*, Jg. 25, H. 06, S. 308–313.

Gessler, Michael (Hg.) (2016): *Kompetenzbasiertes Projektmanagement (PM 3). Handbuch für die Projektarbeit, Qualifizierung und Zertifizierung auf Basis der IPMA Competence Baseline Version 3.0. 8. Auflage.* Nürnberg: GPM Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement e.V.

Gute Führung sichert Qualität (2018). In: *Heilberufe*, Jg. 70, H. 1, S. 64–65.

Gutmann, J.; Schwuchow, K. (Hg.) (2015): *Personalentwicklung. Themen, Trends, Best Practices 2016.* Freiburg: Haufe-Lexware GmbH & Co. KG.

Haubrock, M. (Hg.) (2018): *Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft. 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.* Unter Mitarbeit von Wilhelm Brokfeld, Jennifer Decu und Jürgen Georg. Bern: Hogrefe.

Hax-Schoppenhorst, T.; Schmidt-Quernheim, F. (2008): *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug. 2. Auflage.* Bern: Huber.

Herbold, R. (2018): *Personaleinsatzplanung und Ausfallmanagement: Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus.* Berlin: Springer, S. 69–96.

Herrmann, L./ Woodruff, C. (2019): *Gute Dienstpläne: Neue Anforderungen, alte Mythen.* In: Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.): *Dienstplanung im stationären Pflegedienst.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–36.

Herrmann, L./ Woodruff, C. (2019): *Wie Ausfallzeiten bei der Dienstplanung systematisch berücksichtigt werden.* In: Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.): *Dienstplanung im stationären Pflegedienst.* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 215–319.

- Herrmann, L./ Woodruff, C. (2019): Wissen, ob es „passt“: Von „gefühlter“ zu nachvollziehbarer Personaleinsatzplanung. In: Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.): Dienstplanung im stationären Pflegedienst. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 365–394.
- Herrmann, L.; Fischer, C. (2016): Sieben Fehler beim Ausfallmanagement in der Pflege und wie sie behoben werden können. Krankheitsreserven effizient verplanen. In: Pflegezeitschrift : Wissen & Management, Jg. 69, H. 4, S. 240–245.
- Herrmann, L.; Rademacher B.; Schmaderer, L. (2018) Professionelles Ausfallzeitenmanagement im Pflegedienst. Mannheim: Tages-Seminar.
- Herrmann, L.; Woodruff, C. (2019): Gute Dienstpläne: Neue Anforderungen, alte Mythen. In: Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.): Dienstplanung im stationären Pflegedienst. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–36.
- Herrmann, L.; Woodruff, C. (2019): Wie Ausfallzeiten bei der Dienstplanung systematisch berücksichtigt werden. In: Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.): Dienstplanung im stationären Pflegedienst. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 215–319.
- Herrmann, L.; Woodruff, C. (2019): Wissen, ob es „passt“: Von „gefühlter“ zu nachvollziehbarer Personaleinsatzplanung. In: Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.): Dienstplanung im stationären Pflegedienst. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 365–394.
- Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.) (2019): Dienstplanung im stationären Pflegedienst. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Herrmann, Lars; Woodruff, Christine (Hg.) (2019): Dienstplanung im stationären Pflegedienst. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- König, A. (2018): Attraktive Pflege. In: Im OP, Jg. 08, H. 04, S. 164–168.
- Lieberman, M.; Hall, R. E. (07-99): Introduction to economics. Cincinnati, Ohio: South Western College Publ.

- Lienerth, H.-J. (2017): Problemlöser Regeldienstplan. In: Heilberufe, Jg. 69, H. 1, S. 18–20.
- Piontek M. (2019): Der Intensivpflegepool an der Uniklinik Köln. Uniklinik Köln.
- Roßbruch, D. (2015): Flexible und bedarfsgerechte Dienstpläne in der Pflege. Irsee.
- Roßbruch, D. (2017): Die strafrechtliche Haftung in der Pflege. Günzburg.
- Roßbruch, D. (2017): Die Zivilrechtliche Haftung in der Pflege. Günzburg.
- Schelle, H. (2010): Projekte zum Erfolg führen. Projektmanagement systematisch und kompakt. 6., überarb. Aufl., Orig.-Ausg. München: Dt. Taschenbuch-Verl. (dtv Beck-Wirtschaftsberater im dtv, 5888).
- Stab, N. (2016): Gute Stationsorganisation. Ein Leitfadens für Pflegeeinrichtungen. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Waurick, R. (2014): OP-Planung, OP-Management. In: OP-JOURNAL, Jg. 30, H. 01, S. 28–32.
- Wegerich, C. (2015): Strategische Personalentwicklung in der Praxis. Instrumente, Erfolgsmodelle, Checklisten, Praxisbeispiele. 3. Aufl. Berlin: Springer Gabler.
- Welk, I. (2006): Implementierung des OP-Managements. In: Welk, I.; Bauer, M. (Hg.): OP-Management: praktisch und effizient: Springer Berlin Heidelberg, S. 139–148.
- Welk, I.; Bauer, M. (Hg.) (2006): OP-Management: praktisch und effizient: Springer Berlin Heidelberg.

# Interviewleitfaden Ausfallmanagement

Interview-Nr. 20201210/1



Einrichtung	Bereich	Größe	Datum
Gesprächspartner	Funktion	Ausfallkonzept	Uhrzeit

- Begrüßung und Dank für die Zeit
- Kurzer Umriss des Themas
- Kurze Beschreibung des Interviewablaufs und der ungefähren Dauer (1h)
- Datenschutzvereinbarung / Sperrvermerk



1	Wann wurde das Ausfallkonzept an ihrer Einrichtung etabliert?	
2	Wer hat sich vorrangig für die Einführung eines Konzeptes eingesetzt (Mitarbeiter, Leitung, andere)?	
3	Wie ist Ihr Ausfallkonzept aufgebaut?	
4	Wie wird Ihr Ausfallkonzept umgesetzt?	
5	Haben Sie im Vorfeld auch andere Konzeptideen in Betracht gezogen? Wenn Ja, welche?	
6	Was sprach jeweils dafür?	
7	Was sprach jeweils dagegen?	

# Interviewleitfaden Ausfallmanagement

Interview-Nr. 20201210/1



8	Warum entschieden Sie sich für das aktuell von Ihnen genutzte Konzept?	
9	Wird das Konzept evaluiert? Wenn ja, welche Kennzahlen werden genutzt?	
10	Gilt das Konzept für weitere Funktionsbereiche? Falls dieses nicht zutrifft, welche Gründe sprachen dagegen.	
11	Wie wurde das Konzept im Team aufgenommen?	
12	Wurden Bedenken bei der Umsetzung berücksichtigt?	
13	Welche Vorteile sehen Sie in der bisherigen Umsetzung?	
14	Wo sehen Sie noch Optimierungsbedarf?	
15	Wenn eine Einrichtung ein Ausfallkonzept etablieren möchte, welche Aspekte wären Ihrer Meinung nach, bei der Planung/Auswahl des Konzeptes besonders zu berücksichtigen?	
16	Wenn eine Einrichtung so wie Sie ein Ausfallkonzept etablieren möchte, welche Aspekte wären Ihrer Meinung nach, bei der Einführung/Umsetzung zu berücksichtigen?	
17	Gibt es im Zusammenhang mit dem Thema Ausfallkonzept noch etwas, was bislang noch nicht angesprochen wurde, das Sie uns aber mit auf den Weg geben möchten?	



## Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

**Forschungsprojekt:** Masterarbeit zum Thema „Ausfallmanagement“  
**Durchführende Institution:** Hamburger Fern-Hochschule  
**Projektleitung:** Paul Buschmann B.A.  
**Interviewerin/Interviewer:** Paul Buschmann B.A.  
**Interviewdatum:** 10.12.2020

Beschreibung des Forschungsprojekts (zutreffendes bitte ankreuzen):

mündliche Erläuterung

schriftliche Erläuterung

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sein denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

**Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview/ an mehreren Interviews teilzunehmen.**

ja  nein

Ich bin damit einverstanden, für zukünftige themenverwandte Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Hierzu bleiben meine Kontaktdaten über das Ende des Forschungsprojektes hinaus gespeichert.

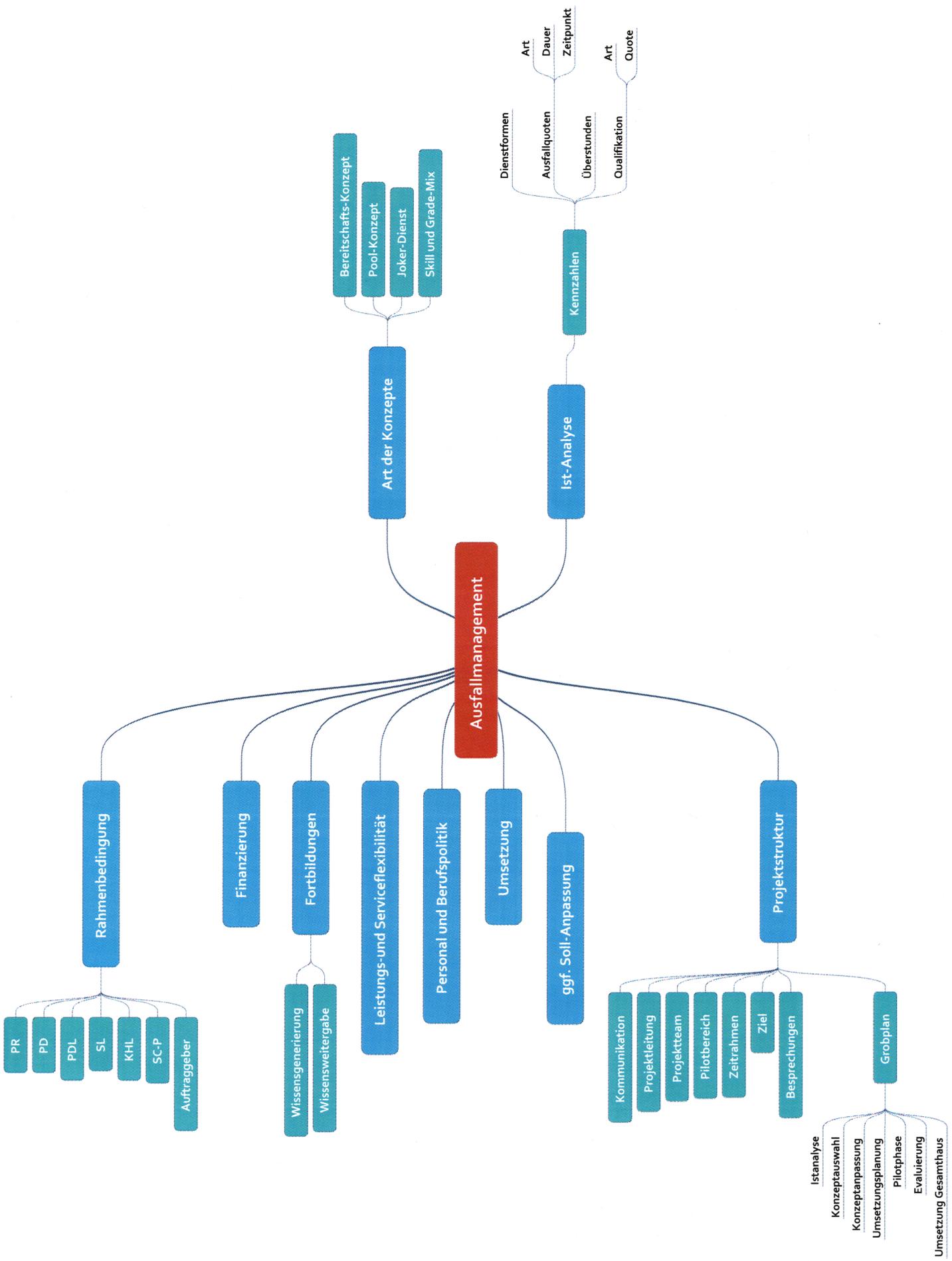
ja  nein

---

Vorname; Nachname in Druckschrift

---

Ort, Datum / Unterschrift





UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

## Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Insbesondere versichere ich, keinerlei entgeltliche Hilfe für die Themenfindung, -aufbereitung oder -recherche sowie für die Abfassung und Endredaktion meiner Arbeit in Anspruch genommen zu haben. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Dies gilt auch für Quellen aus eigenen Arbeiten.

Ich versichere, dass ich diese Arbeit oder nicht zitierte Teile daraus vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht habe.

Mir ist bekannt, dass meine Arbeit zum Zwecke eines Plagiatsabgleichs mittels einer Plagiats-erkennungssoftware auf ungekennzeichnete Übernahme von fremdem geistigen Eigentum überprüft werden kann.

Ich versichere, dass, falls meine Arbeit in elektronischer Form einzureichen ist, diese mit der gedruckten Version identisch ist.

Buschmann  
Name  
1098942  
Matrikelnummer

Paul  
Vorname  
MG00-MAS-PM1-210630  
Prüfungskennzeichen

30.03.2021  
Datum/Unterschrift