

Auf der Suche nach der verlorenen Zeit Einsatzplanung in der ambulanten Pflege

Beginnen möchte ich diesen Artikel mit einem Phänomen: ich weiß nicht, ob Sie dieses Phänomen auch kennen: es scheint sehr weit verbreitet zu sein:

Das Phänomen der immer gleichen Tour:

Das Phänomen der gleichen Tour

1. Tag:	8 Pflegekunden 300 Minuten	300 DM Erlös
2. Tag:	10 Pflegekunden 300 Minuten	375 DM Erlös
3. Tag:	6 Pflegekunden 300 Minuten	225 DM Erlös

Beim Beispielpflegedienst wird am Dienstag eine Tour definiert, die unter qualitativen (ausreichend Zeit für die Versorgung) und wirtschaftlichen (kostendeckende Erlöse) Gesichtspunkte gut geplant ist: 8 Pflegekunden werden innerhalb von 300 Minuten versorgt, erlöst werden dafür 300 DM. Eine pflegerische und wirtschaftliche gute Situation. Am nächsten Tag fällt eine Mitarbeiterin aus, es müssen in dieser Tour nun 10 Pflegekunden versorgt werden. Es werden Erlöse von DM 375 erzielt, komischerweise ist der Mitarbeiter auch nach 300 Minuten wieder in der Station. Am dritten Tag sind zwei Pflegekunden ins Krankenhaus gekommen, der ausgefallene Mitarbeiter ist wieder da. Jetzt müssen in der Tour nur 6 Pflegekunden versorgt werden, es werden nur DM 225 erzielt, trotzdem erscheint der Mitarbeiter erst nach 300 Minuten wieder in der Station.

Ein Phänomen: Es lässt sich nicht dadurch zufriedenstellend erklären, dass man am zweiten Tag deshalb schneller gemacht hat, um dies am dritten Tag auszugleichen. Es war ja gar nicht abzusehen, dass am dritten Tag mehr Zeit vorhanden sein würde, auch bekämen

dann nur 6 von 10 die fiktive Nachholzeit. War die Versorgungsqualität am 1. Tag optimal, dann hätte die Tour am zweiten Tag länger dauern müssen und am dritten Tag kürzer dauern müssen. Die Gründe, warum dies Phänomen auftritt haben aus meiner Sicht weniger mit der aktuellen Pflegesituation als vielmehr mit vielen anderen Gründen und Motiven zu tun (vom Kindergartentermin um 12.30 bis zum schlechten Gewissen und vielem mehr).

Tatsache scheint aber zu sein, daß in diesem Pflegedienst weder mit Standards noch mit Vorgabezeitorientierungen für die einzelnen Leistungen gearbeitet wird. Mit klaren, auf den einzelnen Pflegekunden angepassten Zeitvorgaben hätte die Tour am 2. Tag mutmaßlich 375 Minuten, die Tour am dritten Tag vielleicht 225 Minuten gedauert.

Grundlage jeder Einsatzplanung müssen klare Vorgabezeiten sein. Natürlich geht es in der Pflege um Menschen, deren individuelle Lebenssituationen man nicht in Schubladen pressen kann. Trotzdem hat auch heute schon jede Mitarbeiterin und jede Einsatzplanerin latent (d.h. nicht offenkundig) klare Zeitvorstellungen für

die einzelnen Leistungen. Sonst könnte weder die Einsatzplanerin noch die Mitarbeiterin einschätzen, ob in deren Tour noch eine Pflegekundin passt oder nicht.

Voraussetzung: die Definition der Leistung

Wie werden die Vorgabezeiten ermittelt?

Es gibt viele Möglichkeiten, einige davon will ich aufzeigen: Zuerst 2 falsche Wege:

1. **Errechnung im Rahmen der Pflegeversicherung aus den Punktwerten:** 250 Punkte = 25 Minuten: Dies ist ein falscher Weg: Warum: Wenn man nur die Arbeitszeit vor Ort bezahlt (und das wäre bei dieser Umrechnung so), fehlt die Finanzierung der anderen notwendigen Kosten wie beispielsweise Urlaub, Krankheit, Dienstbesprechungen, Verwaltung. Zum anderen haben die Vertragsparteien bei Abschluss in der Regel ausdrücklich erwähnt, dass es keine Zeitabsprachen, sondern Leistungsabsprachen gibt. In einigen Bundesländern gab es bei Einführung der Leistungskomplexe Modellphasen, in denen das neue Prinzip ausprobiert und überprüft werden sollte. In diesen Modellphasen wurde auch verstärkt mit der oben genannten Umrechnungsformel gearbeitet. Leider wurden diese Modellphasen weder abgeschlossen noch ausgewertet bzw. führte die Auswertung zu einer einvernehmlichen Änderung der Komplexe (z.B. Schleswig-Holstein). Heute muss jede Einrichtung davon ausgehen, daß die Leistung Kleine Toilette, bewertet mit 250 Punkten, eine Leistungserbringung von 5 Teiltätigkeiten umfasst, aber keine Zeitvorgaben.

2. **Erlösorientierte Einsatzplanung:** Aus der vorhandenen Vergütung wird auf die Arbeitszeit vor Ort geschlossen: auch hier ein Beispiel: Mitarbeiter 1 kostet inklusive aller kalkulatorischer Kosten DM 60 pro Stunde, Mitarbeiter

2 DM 40 pro Stunde. Eine Leistung wird mit DM 30 bezahlt. Damit kann Mitarbeiter 1 nur 30 Minuten bleiben, Mitarbeiter 2 aber 45 Minuten: obwohl der Kunde jedes Mal die gleiche Leistung eingekauft und bezahlt hat und obwohl die Pflegeeinrichtung zu einer gleichbleibenden Qualität und Dienstleistung verpflichtet ist, erhält der Kunde bei diesem Modell je nach Erreichung unterschiedliche Leistungen.

Unsinn der erlösorientierten Einsatzplanung

MitarbeiterIn A kostet pro Std. kalk.
DM 60

MitarbeiterIn B kostet pro Std. kalk.
DM 40

Leistung LK 1: Vergütung
DM 30

Verweildauer vor Ort

MitarbeiterIn A = 30 Minuten

MitarbeiterIn B = 45 Minuten

Beide Einsätze müssen die gleichen Qualitätsanforderungen erfüllen!

Folgende Variante der Zeitermittlung hat sich in der Praxis gut bewährt:

Im Rahmen einer Dienstbesprechung mit möglichst allen MitarbeiterInnen werden die Vorgabezeiten für die einzelnen Leistungen bestimmt: Erstaunlicherweise ergeben sich in solchen Diskussionsrunde recht realistische Zeitwerte: Die MitarbeiterInnen sind durchaus in der Lage, neben den wünschenswerten Zeiten die realen Zeiten zu benennen und Ausreißerwerte/Pflegen entsprechend zu bewerten. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Diskussionen ist der Schritt zu bestimmen, was alles zu einer Leistung dazu gehört und was nicht. Ich möchte nur an den berühmten Mülleimer erinnert (Grafik 3), der für sich genommen keinen großen Aufwand macht, in der Masse aber sehr viel Geld kostet. Hier mündet die Diskussion unmittelbar in einer Leit-

bilddiskussion: welches Pflegeverständnis haben wir? Wollen wir helfen? Wollen wir die Verwöhnpflege? Oder haben wir einen klar definierten Arbeits- und Pflegeauftrag, den wir professionell erbringen? Da nur letzteres den gesetzlich festgelegten Auftrag umfasst, werden in dieser Diskussion die Grundverständnisse und Einstellungen der einzelnen MitarbeiterInnen und der Einrichtung öffentlich und müssen geklärt werden.

Dies ist ein in sich schwieriger Prozess und der eigentliche Kernpunkt zukünftiger Veränderungen: akzeptieren die Mitarbeiter die neu gewonnenen Zeiten und Definitionen und halten sich dann an die Vorgaben (inklusive fallbezogener Abweichungen)? Solch ein Prozess sollte sinnvollerweise extern (durch Moderatoren, die nicht aus der Einrichtung stammen) begleitet werden. Nur wenn die Einstellungen der Mitarbeiterinnen entsprechend verändert sind, kann auch die neu strukturierte Einsatzplanung umgesetzt werden.

Die so gewonnenen Zeiten werden in der Praxis überprüft und modifiziert: Sei es mit einer dezidierten Zeiterfassung von

Was kostet Zeit?

Beispiel: Frage an die Krankenschwester:

"Können Sie nicht noch den Mülleimer mitnehmen!?"

Arbeitsschritte:

1. Gang in die Küche: **1 Minute**
 2. Müllbeutel rausnehmen, neuen einsetzen: **2 Minuten**
 3. Müllbeutel mitnehmen und in Mülleimer werfen: **1 Minuten**
- 1 Patienten**
4 Minuten
- Am Tag bei 5 Patienten:**
20 Minuten
- Im Monat (20 Tage)**
400 Minuten
- Im Jahr (12 Monate)**
4.800 Minuten

= 80 Stunden !!!

ca. 2 Wochen über alle Mitarbeiter oder bei einer Anzahl typischer Pflegekunden. Die Aufschreibung erfolgt über ein entsprechendes, einfach zu erstellendes Formular.

LK 99

Ein wichtiger Punkt für die Aufschreibung ist die Abgrenzung der einzelnen Leistungen und der in einem Einsatz gemeinsamen Leistungen: Das Öffnen der Wohnung, die Begrüßung, die Dokumentation sowie die Verabschiedung sind vom Aufwand immer gleich, egal ob eine einzelne Leistung oder mehrere Leistungen verbunden erbracht werden. Würde man diesen Zeitanteil bei jeder Leistung einrechnen, wäre bei 4 Leistungen in einem Einsatz der vierfache Zeitanteil vorhanden. Um dies zu vermeiden, empfehle ich die Einführung des "LK 99": dieser fiktive LK umfasst die Inhalte: Betreten der Wohnung, Begrüßung, Ablegen der Jacke, Dokumentation, Verabschiedung und Verlassen der Wohnung. Dieser LK 99 wird pro Einsatz gebucht, so dass in der Definition der anderen Leistungen dieser Anteil nicht berücksichtigt werden muss.

Positives Nebenprodukt dieser bewussten Zeitfestlegung: auch für die Verhandlung einer leistungsgerechten Vergütung im Rahmen des SGB XI (und vielleicht auch zukünftig im SGB V) benötigen sie die Zeit für den echten Arbeitsaufwand vor Ort, also die Menge der Leistungsstunden, die sie demnächst (prospektiv) erbringen wollen. (mehr dazu in "Leistungsgerechte Vergütung" Vincentz Verlag 1997).

Erwartungen an die Einsatzplanung

Die Erwartungen an eine Einsatzplanung sind je nach Sichtweise sehr unterschiedlich:

Die Kunden erwarten eine zuverlässige Leistungserbringung zu der von ihm gewünschten Zeit: dazu gehört natürlich auch die Pünktlichkeit. Sie wünschen sich in der Regel möglichst viel Zeit und Un-

terstützung, auch bei Tätigkeiten, die nebenbei anfallen und für die sonst scheinbar keiner da wäre ("Ach Schwester, können Sie bitte noch den Mülleimer mit runter nehmen?").

Die Mitarbeiter erwarten viel Freiheit (auch in der eigenen Zeiteinteilung), ihnen angenehme Arbeitszeiten und wenig Streß.

Die Einrichtung will über eine Einsatzplanung klare und zuverlässige Aussagen, wer wo ist und was tut und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Einsätze sichergestellt haben.

Allen unterschiedlichen Erwartungen kann keine Einsatzplanung gerecht werden: will der Kunde beispielsweise um 23.30 Uhr ins Bett gebracht werden, muss ein Mitarbeiter dafür eingesetzt werden, auch wenn er lieber um 17.00 Uhr Feierabend hätte. Wie dieses Beispiel zeigt, muss die Einsatzplanung sich an den echten Kunden und deren Wünschen orientieren: Zuerst der Kundenwunsch, danach der Mitarbeiterwunsch. Manchmal habe ich in der Praxis allerdings den Eindruck, diese Reihenfolge wäre umgekehrt: der Pflegekunde solle sich an die Arbeitszeiten der Mitarbeiter anpassen und nicht umgekehrt: er solle also schon um 20.00 Uhr ins Bett gehen (weil dann die Schicht aufhört) und nicht erst wenn er will.

Die Wünsche des Kunden allein sollten die Einsatzplanung bestimmen, schließlich kauft er die Leistung ein und bezahlt sie. Natürlich gibt es die klassischen Konflikte, daß alle Kunden gern um 7.30 Uhr aufstehen wollen und dies in der Regel nicht machbar ist. Trotzdem sollte man dabei immer an die eigenen Lebensgewohnheiten denken, bevor man dem Pflegekunden leichtfertig 10.30 Uhr zum Aufstehen vordiktiert.

Die in der Regel vorhandenen Schichtmodelle (Früh- und Spätdienst) stammen alle aus der stationären Pflege und wurden meist unangepasst auf die ambulante Pflege übertragen. Um zukünftig kunden-

orientiert und bedarfsabhängig eine Einsatzplanung durchführen zu können, müssen auf Sicht flexiblere Arbeitszeitmodelle eingeführt werden, sei es über Stundenkonten, KaPoVaz-Modelle oder differenzierte Schichtmodelle.

Mitarbeiterorientierte Tourenplanung?

Gerade bei älteren Einrichtungen, die noch durch das (positive) Bild der Gemeindeschwester geprägt sind, steht für die Pflegekunden und die MitarbeiterInnen eine starke Personenbindung und Fixierung im Vordergrund. Diese festen Bezüge: Mitarbeiterin A versorgt immer Pflegekunden B sorgen in der Einsatzplanung dafür, daß dann teilweise uneffektiv eingesetzt werden muss. Das andere Extrem ist die völlige Loslösung jeglicher Beziehung zum Pflegekunden und die schlichte Reduzierung auf die Dienstleistung: "Egal wer kommt, Sie werden schon auf die Toilette gebracht". Die sind die zwei aus meiner Sicht negativen Extreme, die beide in der Praxis nicht vorkommen sollten: die einseitige (dann nicht mehr professionelle) Fixierung auf einen Mitarbeiter oder die völlige Beliebigkeit. Das kleine Team von 2 bis 4 Mitarbeitern mit einem festen Ansprechpartner als Koordinator dürfte eine pflegerisch sinnvolle und professionelle Lösung sein.

Touren planen

Touren haben sich als Planungsprinzip bewährt: die Pflegekunden werden nicht mehr Mitarbeitern zugeordnet, sondern festen Touren. Bei der Zusammenstellung sollten die Mitarbeiter beteiligt werden: Sie sind schließlich jeden Tag auf der Straße und können wesentlich besser beispielsweise die Zeiten für geschlossene Bahnschranken einplanen. Die Touren werden dann von einem festen Stamm von Mitarbeitern möglichst Wochenweise übernommen, so daß der Pflegekunde zwar von 2 bis 4 Mitarbeitern betreut wird, aber nicht von mehr.

Innerhalb einer Tour sind die Pflegekunden nach qualitativem Zwängen und danach nach Zeitwünschen sowie nach geografischen Gesichtspunkten geordnet. Unter qualitativen Zwängen verstehe ich zeitpunktabhängige Tätigkeiten wie beispielsweise die Insulingabe. Wird zunächst einmal eine optimale Tour geplant, sind in dieser Tour auch automatisch ideale Wege- und Fahrtzeiten geplant.

Sind die Touren ideal geplant, bedeutet jede Veränderung eine Verschlechterung: Oberstes Prinzip muss daher sein: so wenig Veränderung wie möglich.

Was aber passiert, wenn ein Pflegekunde ausfällt? Oder wenn ein Mitarbeiter ausfällt und die Tour aufgeteilt werden muß? Es kommt ganz schnell zu Dominoeffekten: der erste Stein schmeißt alle anderen auch mit um. Wie und durch welche Strategien lassen sich solche Dominoeffekte vermeiden bzw. durchbrechen?

- Bildung von sogenannten Paketen: mehrere Pflegekunden, die beispielsweise in der selben Straße oder dem selben Stadtteil/Dorf wohnen, werden zu einem Paket zusammengefasst. Muss die Tour wegen Ausfalls des Mitarbeiters verteilt werden, werden nicht mehr einzelne Pflegekunden auf andere Touren verteilt, sondern solche Pakete. Damit sind zumindest innerhalb des Pakets die Fahrt- und Wegezeiten optimal.
- Schaffung von "Sollbuchstellen": Was passiert, wenn eine Pflege durch eine ungeplante Situation länger dauert? Alles verschiebt sich: Dauert morgens um 7.00 Uhr die erste Pflege eine halbe Stunde länger als geplant, bekommen dies alle weiteren 10 Pflegekunden in der Tour zu spüren, sei es durch Verspätungen oder (eigentlich aus Qualitätsgesichtspunkten nicht möglich) Verkürzungen der Anwesenheitszeit mit. Sind in der Tour Sollbruchstellen beispielsweise in Form von Pausen eingeplant, kann dieser Dominoeffekt aufgehalten werden und es würde nur die Hälfte der Kunden davon betroffen. Natürlich wollen alle

Mitarbeiter die Pausen lieber am Ende machen (eher nach Hause), aber schließlich gibt es eigentlich auch eine Arbeitszeitordnung, die theoretisch auch für die ambulante Pflege gilt.

- So wenig Verschiebungen wie möglich: ein weiteres Beispiel: in einer Tour sind 6 Pflegekunden, der zweite Pflegekunde fällt aus:
 - Variante 1: alle anderen Kunden werden vorgezogen, durch die Veränderungen sind 4 Pflegekunden betroffen.
 - Variante 2: in der Ausfallzeit hat der Mitarbeiter Pause: keine weiteren Auswirkungen
 - Variante 3: es wird der letzte Pflegekunde gefragt, ob man ihn ausnahmsweise zu der Zeit des 2. Pflegekunden versorgen darf. Dann würden die 3 anderen Kunden keine Veränderung haben.

Die Zeitfallen

Rüst- und Wegezeiten eignen sich hervorragend als Zeitfallen: Hier schleicht buchstäblich das Geld weg. Klassische Bereiche sind:

- zentraler Einsatzort (morgens von der Station aus)
- Zeiten und Methoden der Übergabe/der Informationsweitergabe
- Pflegedokumentation nicht vor Ort
- Fahrtzeiten an sich
- Transportmittelwahl (Autos in der Innenstadt mit stundenlangem Parkplatzsuchen)
- Schlüsselübergabe/systeme
- Art der Dienstbesprechungen

Im Prinzip sind dies alles Punkte, die man auf die eine oder andere Art organisieren kann: Dazu mehrere Beispiele:

- Jeden Morgen kommen alle MitarbeiterInnen in die Station, um auf die Stecktafel zu sehen, sich ihre Kunden aufzuschreiben, dann ins Übergabebuch zu schauen, ob etwas für sie oder ihre

Kunden drinsteht, dann zum Schlüsselschrank, um sich die Schlüssel zu suchen, dann noch kurz eine Zigarette und dann geht es schon los. Das Ganze dauert ca. 10 bis 15 Minuten. Und zwar jeden Morgen, bei einer Station mit täglich 10 Mitarbeiterinnen in der Frühschicht x 365 Tage im Jahr sind das ca. 608 Stunden = ca. eine halbe Stelle.

- Die Pflegedokumentation wird nur teilweise vor Ort geführt. Die Mitarbeiter notieren sich die wichtigsten Stichworte in eine Kladde und führen dies später in der Station zu Ende. Neben rechtlichen Problemen (§ 80 SGB XI: Pflegedokumentation muss bis auf einzelne Ausnahmen vor Ort sein) führt dies zu doppelter Arbeit und damit zu Zeitverschwendung.
- Schlüssel: Gerade in ländlichen Bereichen kommt es vor, dass die Station zentral in der Mitte liegt, die Pflegekunden außen herum verteilt sind: So kann es sein, dass die Mitarbeiterin von ihrem Dorf 15 Kilometer in die Station fährt, dort den Schlüssel für Pflegekunden A holt und dann in ihr Dorf zurück fährt zu Pflegekunde A. Usw. . Beispielsweise ließen sich hier durch dezentrale Schlüsseldepots einiges an Fahrt- und Wegezeiten reduzieren.

Dies sind nur einige Beispiele, wie mögliche Zeitfallen außerhalb der Pflege aufgespürt und verringert werden können. Ließen sich hier Zeiten reduzieren, auch im Minutenbereich, hätte dies auf das Jahr gesehen große Auswirkungen. (Ein Erfahrungsbericht einer Seminarteilnehmerin: allein durch die Einführung schriftlicher Tourenpläne mit definierten Leistungs- und Arbeitszeiten tauchten auf einmal ungeahnte Zeitreserven auf!)

Aber ich denke (ich bin Nichtraucher) nicht an die Zigarette, sondern beispielsweise an schriftliche Tourenpläne, die das Aufschreiben und Nachsehen im Übergabebuch überflüssig machen. Zeiten für soziale Kontakte der Mitarbeiter un-

tereinander dürfen nicht auf Null reduziert werden. Gerade in der sehr schwierigen ambulanten Pflege muß es auch Räume für ein "Luftholen", "Meckern", "Berichten" geben, sonst geht dies allein zu Lasten der Mitarbeiter und damit zu Lasten deren Gesundheit und letztendlich führt dies zu höherer Unzufriedenheit und Krankheit.

Neuplanen lohnt sich

Alle diese Strategien bilden nur Bausteine oder Werkzeuge für die ideale Einsatzplanung. Ein bzw. das für alle gültige Rezept stellen sie nicht dar. Letztendlich ist die Einsatzplanung jeder Einrichtung von sehr individuellen Faktoren abhängig, so dass die eine oder andere vorgestellte Lösungsmöglichkeit nicht anwendbar ist. Allerdings erlebe ich häufig, daß bei den ersten Diskussionen zu einer Umstellung erst einmal alles nicht möglich ist, also der berühmte gordische Knoten erscheint. Diesen gilt es zu durchschlagen. Also auch bisher scheinbar 'heilige' Konstellationen wie "Frau Meyer darf nur von Schwester Martha versorgt werden". In der Praxis erlebe ich immer wieder Überraschungen, wie viel oder wie wenig von dem bisherigen wirklich wichtig und unantastbar ist. Überraschend ist für viele Einrichtungen auch immer das Erlebnis, wenn man die bisherige Planung komplett über den Haufen wirft und alles völlig neu plant. Aus dem Personalmangel, verbunden mit sehr vielen Überstunden, entsteht ein Personalüberhang (mit der Chance zum Abbau von Überstunden).

Aber die Umstellung, Neustrukturierung, Veränderung der Einsatzplanung ist schwierig und der Weg mit vielen Hindernissen versperrt. Trotzdem lohnt sich dieser Weg. Es dürften sich hier bei einem Großteil der ambulanten Pflegedienste noch Verbesserungsmöglichkeiten finden lassen, die dann auch die finanzielle Situation entspannen könnten.

Zum Abschluß noch ein Wort zur EDV-Systemen: Wer die Einsatzplanung nicht auf dem Papier beherrscht, dem nutzt auch keine noch so ausgefeilte EDV-Einsatzplanung. Auch elektronische Er-

fassungsgeräte helfen hier keineswegs weiter.

Schritte zur Reorganisation der Einsatzplanung

- Definition (Inhalte und Zeitorientierung) und Abgrenzung der Leistungen (Erarbeitung mit allen Mitarbeitern)
- Planung in Touren mit Sollbruchstellen und Paketen

- Veränderungen mit möglichst wenig Folgen (Dominoeffekt) planen
- Regelmäßige Neuplanung zusammen mit allen Mitarbeitern
- Schriftliche Tourenpläne
- Gibt es Zeitfallen, die beseitigt werden könnten (dezentrale Schlüsseldepots, Übergabesystematik, Pflegedokumentation, Formularwesen, ...)

Veröffentlicht in:

PDL Praxis: Häusliche Pflege, Ausgabe 1/99

© **Andreas Heiber**

System & Praxis
Andreas Heiber
Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld
Tel. 0521/801 8247, Fax: 0521/801 8248
email: Heiber@SysPra.de
net: www.SysPra.de

System & Praxis

Andreas Heiber