

Paradigmenwechsel in der Tourenplanung!

Angesichts dauerhaft fehlender Mitarbeiter müssen Wege gefunden werden, wie die vorhandenen Mitarbeiter mehr Kunden versorgen können. In dieser Serie werden Ideen zur Weiterentwicklung der Tourenplanung vorgestellt.

Kleine Teams oder übergreifende Tourenplanung?

In den letzten Jahren sind die Pflegedienste insgesamt größer geworden, gerade in der freien Wohlfahrt. Die Zahl der versorgten Kunden pro Pflegedienst ist im Durchschnitt von 41 auf 52 Pflegebedürftige gestiegen (lt. Pflegestatistiken 1999 bis 2015). Um auf die ungefähre Größe zu kommen, sollte man noch ca. $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ weitere Kunden (SGB V) addieren. Während die Pflegedienste privater Träger von durchschnittlich 30 auf 40 Pflegebedürftige gestiegen sind, sind die Pflegedienste der Wohlfahrt von 53 auf 74 Pflegebedürftige gestiegen.

Je größer die Dienste werden, umso größer wird die Zahl der zu planenden Touren und Mitarbeiterinnen. Größe hat dann Vorteile, wenn man dadurch ein genügend großes Potential an Mitarbeitern hat, die bei Krankheit oder sonstigem Ausfall einspringen können. Damit müssen viel weniger Touren aufgelöst oder komplett umgestellt werden, die Kunden werden zu ihren erwarteten Zeiten versorgt, wenn auch nicht von den bekannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Andererseits können dann so große Teams entstehen, dass der Kontakt der Kollegen untereinander leidet.

Bei einer Zentralplanung stehen mehr Ressourcen und Möglichkeiten zur Verfügung, aber die Toureneinteilung wird auch ein Stück anonym und willkürlicher. Auch kann man oft bei großen Teams widersprüchliche Entwicklungen beobachten: zwar gibt es mehr Vertretungsmöglichkeiten, aber auch die Zahl der kurzfristigen Krankheitstage nimmt eher zu. Vermutlich ist das damit zu erklären, dass der einzelne Mitarbeiter auch davon ausgeht, dass seine kurzfristige Montagskrankheit

schon aufgefangen wird bei der Menge der Kollegen. Das hier konkret die eigenen Kollegen kurzfristig einspringen müssen, hat aber kein großes Gewicht, wenn das Team so groß ist. Auch die Installation von Springern kann zu solchen Effekten führen. Dagegen sieht es in kleinen Teams oft anders aus: hier ist es viel klarer, wer einspringen muss, wenn man selbst nicht kommt. Diese soziale Komponente scheint sich auch auf kurzfristige Ausfälle positiv auszuwirken.

Kleine und oft geografisch auch dezentral angesiedelte Teams bieten sich dann an, wenn man ein größeres Einzugsgebiet zu versorgen hat und durch entsprechende Anlaufstellen oder Büros Wegezeiten sparen kann. Dabei müssen die Vorgaben in den Rahmenverträgen insbesondere im SGB V dies auch ermöglichen (je nach Bundesland unterschiedlich). Dezentrale und kleine Teams können sowohl zentral oder auch dezentral geplant werden. Da rein rechnerisch ein Team von 4 Mitarbeiter 3 Touren versorgen könnte (bei $\frac{1}{4}$ der Arbeitszeit, die durch Urlaub, Krankheit, etc. nicht verfügbar ist), könnten kleine Teams mit 8 bis 12 Mitarbeiter auch relativ autonom arbeiten. Durch die heutigen EDV-Lösungen zur Einsatzplanung könnte die dezentrale Planung über eine Teamleitung erfolgen, die dafür anteilig Zeit hat. Faktisch ist für die Tourenplanung die Pflegedienstleitung verantwortlich, die diese Aufgabe aber auch anteilig delegieren kann, jedoch über die Vernetzung der Software jederzeit den Überblick hat.

Die kleinen Teams sollten in der Lage sein, sich im alltäglichen Ablauf gegenseitig zu vertreten. Nur bei mehrfachen Ausfällen oder längerfristigen Krankheiten müsste auf die Kapazität des Gesamtteams zurückgegriffen werden können. Eine solche Organisationsform

setzt führt zu mehr Verantwortung in den Teams, die die Mitarbeiter auch annehmen müssen: man kann sich nicht mehr im großen Team ‚auflösen‘, sondern wird unmittelbar von seinen Kollegen in die Verantwortung genommen, wenn es um Vertretung und Verschiebungen geht. Andererseits kennt man die Kunden in seinem Versorgungsgebiet besser, allein weil das Gebiet kleiner ist.

Wenn man eine zentrale Planungseinheit in kleinere Gruppen auflöst, müssen gleichzeitig die Abläufe, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten genau geklärt werden: von der Frage, wer die Vertragsgespräche führt bis hin zum Verordnungsmanagement und den Abrechnungsfragen. Ohne eine entsprechende Klärung und insbesondere Schulung der Aufgaben können kleinere Teams nicht funktionieren. Um insbesondere den Verwaltungsaufwand nicht zu vervielfachen, muss im Detail definiert werden, wer was wie macht. Die Transparenz erfolgt dann durch die Software.

Tipp:

Die Einführung von kleineren Organisationseinheiten ist nicht für alle Dienste geeignet und sinnvoll. Ohne eine zentral nutzbare Planungssoftware lässt sich das nicht umsetzen, dazu gehört aber auch die entsprechende Schulung der jeweiligen Mitarbeiter. Wer von einer zentralen Organisation umstellen will, sollte dies zunächst mit einem Modellteam ausprobieren und hier die Rahmenbedingungen und Erfahrungen lernen, bevor man dies komplett umstellt. Mit der Umstellung auf kleinere Teams nimmt die Verantwortung des Einzelnen zu, auch das muss klar sein.

Literatur:**Heiber, Andreas / Nett, Gerd
Handbuch Ambulante Einsatzplanung**

Grundlagen - Abläufe - Optimierung

2. völlig neu überarbeitete Auflage

Reihe PDL Praxis, Bd. 1

[Vincentz Network](#)

248 Seiten, kartoniert;

2. Auflage, Dezember 2014

ISBN-13: 978-3-86630-378-2

Zur Bestellung im [Vincentz Shop](#)

Veröffentlicht in:

PDL Praxis, Häusliche Pflege,

Ausgabe 03/2018

© **Andreas Heiber**

System & Praxis Andreas Heiber

Platzstraße 49a, 33611 Bielefeld

Tel. 0521/801 8247,

Fax: 0521/801 8248

E-Mail: info.heiber@SysPra.de;

www.SysPra.de