

# **Das 3-Phasen-Modell der Personal-Einsatz-Planung**

## **Wie ein Personal-Einsatz-Plan individuell für die Praxis entwickelt werden kann**

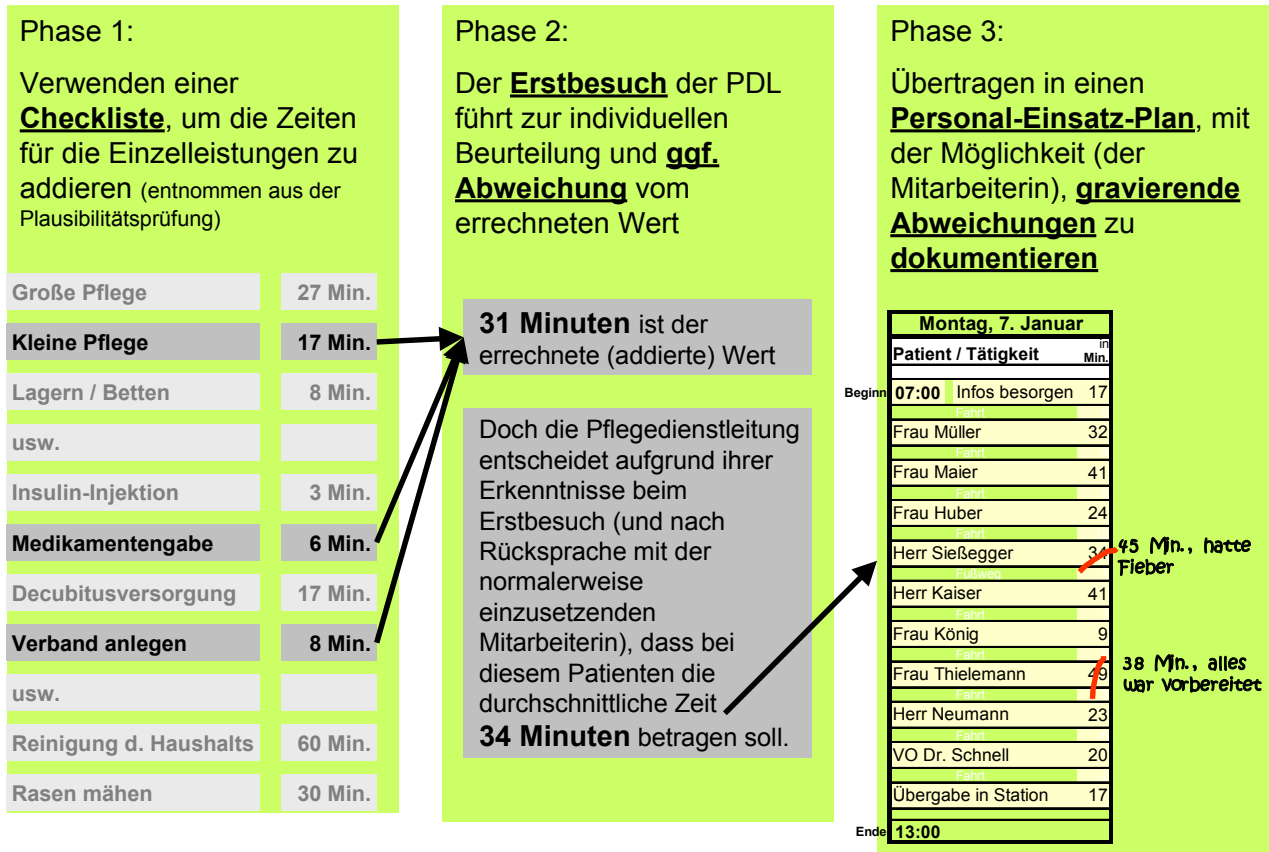
Eine Veröffentlichung im Rahmen von PDLpraxis in der Fachzeitschrift „Häuslichen Pflege“ des Vincentz-Verlag, Hannover - von Thomas Sießegger

Bei dem hier vorgestellten Beitrag handelt es sich um die „Rohversion“ des Beitrags, d.h. der Text wurde von der Redaktion Häusliche Pflege noch überarbeitet. Insofern muss dieses Manuskript nicht exakt mit der Veröffentlichung übereinstimmen: Die Titel sind anders und in den meisten Fällen wurden die Beiträge etwas gekürzt. Die Original lesen Sie bitte in der Häuslichen Pflege.

Wenn in Pflegediensten eine minutiöse Personal-Einsatz-Planung eingeführt wird, kann es zu vielen Missverständnissen kommen. Alleine die Tatsache, dass die PDL ankündigt, zukünftig werde „nach Minuten“ gearbeitet, löst oft Angst bei den Mitarbeitern aus. Schnell ist die Rede von „Pflege im Minutentakt“ oder „Rennpflege“. Dabei besagt ein durchschnittlicher Zeitwert in keinem Fall aus, dass die Mitarbeiter schneller als früher arbeiten sollten.

Anhand eines Zahlenbeispiels soll demonstriert werden, dass immer genug Individualität in der Personal-Einsatz-Planung vorhanden sein muss. Allerdings ist - aus meiner Sicht - die tatsächliche Umsetzung in der Praxis leider nicht immer so differenziert.

## Das 3-Phasen-Modell der Personal-Einsatz-Planung (Beispiel)



In Phase 1 bedient man sich einer Pflegedienst-internen Checkliste, in der für alle Leistungen (also auch für die "nicht abrechenbaren Leistungen" und für die Trägerspezifischen Leistungen) exakte Minutenwerte hinterlegt sind. Diese Checkliste muss plausibel sein, d.h. die Anzahl aller Leistungen multipliziert mit den jeweiligen hinterlegten Zeiten muss in der Summe der tatsächlichen Arbeitszeit der Mitarbeiter entsprechen (mehr dazu, siehe: Sießegger, Thomas: Am Ende muss die Summe stimmen. Personal-Einsatz-Planung: Eine Anleitung zur Ermittlung von Zeitwerten für Einzelleistungen in der Pflege. In: Pflegen Ambulant 4/99 August 1999, S. 24-28.). Aus der Summe dieser Einzelzeitwerte errechnet die PDL einen Gesamtzeitwert, in unserem Beispiel 31 Minuten.

### Phase 2:

Bereits beim Erstbesuch hat die PDL einen Eindruck von dem Patienten gewonnen. Ausgangspunkt ihrer weiteren Überlegungen ist der Wert von 31 Minuten. Sie kann und soll jedoch diesen Zweitwert nach oben oder unten anpassen, aufgrund besonderer Umstände, z.B.

- unterschreiten, wenn es die Situation des Patienten erlaubt, da dieser die Leistungen zwar benötigt (vielleicht aber nicht in allen Teilkomponenten) - und überhaupt noch relativ agil ist.
- überschreiten wenn eine besonders aufwendige aktivierende Pflege notwendig ist, die zeitlich über das durchschnittliche Maß hinausgeht, wo aber trotzdem keine anderen zusätzlichen Leistungskomplexe in Frage kommen.

Am sinnvollsten ist diese Änderung dann, wenn die Pflege-Mitarbeiterin, welche die Tour im allgemeinen fährt, der PDL eine Rückmeldung gegeben hat, wie sich der Patient innerhalb der ersten 7 Tage entwickelt hat, d.h. die PDL macht diese Festlegung der Zeit nicht ohne eine Mitteilung oder eine Rücksprache mit der dann in der Tour zuständigen Mitarbeiterin.

In unserem Beispiel korrigiert die PDL den errechneten Wert auf 34 Minuten, weil sie dies für pflegefachlich notwendig hält.

In Phase 3 wird der von der PDL erstmals modifizierte Zeitwert der Pflege-Mitarbeiterin über den schriftlichen Personal-Einsatz-Plan mitgeteilt.

Nun kann zum zweiten Mal in diesem Prozess der Erstellung und Umsetzung der Personal-Einsatz-Planung die Zeit für den Patienten individuell angepasst werden: Weicht die tatsächliche Zeit der Leistungserbringung gravierend<sup>1</sup> von der vorgegebenen geplanten Zeit ab, macht die Mitarbeiterin im Personal-Einsatz-Plan eine entsprechende Notiz. Bei minimalen Abweichungen erfolgt keine Erfassung.

In unserem Beispiel korrigiert die Pflege-Mitarbeiterin den vorgegebenen Wert auf 45 Minuten und macht handschriftlich eine Begründung für die Überschreitung.

Es ist zu erwähnen, dass geplante Zeitwerte über- und unterschritten werden können. Leider fassen Mitarbeiter geplante Zeitwerte allzu oft als Maximalwerte auf. In der Regel können Mitarbeiter eine Zeitüberschreitung - aller Wahrscheinlichkeit nach - bei anderen Patienten wieder kompensieren, so dass am Ende die geplante Endzeit der Tour wieder einigermaßen stimmt.

Werden bei einer Tour die Zeitwerte immer überschritten, dann hat entweder die PDL eine falsche Planung abgeliefert - oder die eingesetzte Pflege-Mitarbeiterin hat den Umgang mit Durchschnittswerten nicht verstanden, Schulungen sind notwendig.

Wie zu sehen ist, kann darf und soll die Individualität des einzelnen Menschen sowohl bei der Planung als auch bei der tatsächlichen Leistungserbringung berücksichtigt werden.

---

<sup>1</sup> z.B. ab einer Abweichung von +/- 5 Minuten