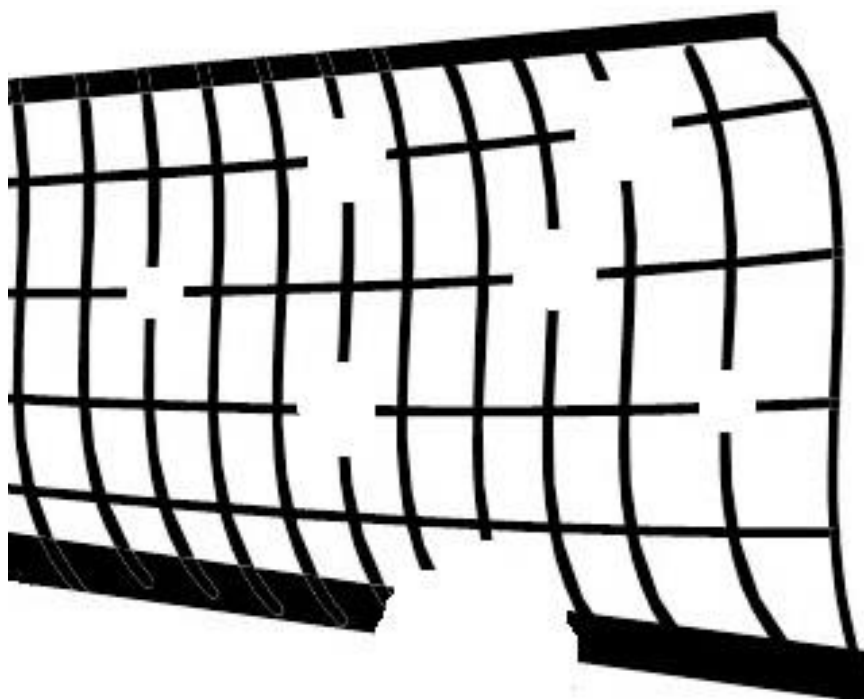


Kompensation von Personalausfällen in der Pflege

Ein Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Krankenhaus

Oktober 2014



Stark für
die Pflege



DBfK

Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Inhaltsverzeichnis:

Alltag im Krankenhaus.....	3
Welche Faktoren spielen eine Rolle?	3
Zahlen und Fakten	4
Wie gehen Kliniken mit (akutem) Personalausfall der Pflege um?	6
Vorbilder aus der Industrie?.....	7
Lösungsansätze.....	7
Beispiele	8
Fazit und Forderungen	10

Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. – Bundesverband

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel: +49 30/21 91 57 0

Fax: +49 30/21 91 57 77

E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de

Autor/innen: Anuschka Dolezalek-Frese, Rosemarie Ernst, Andreas Häußler, Cornelius Kieninger, Mathias Oberländer, Gerhard Weiß, Johanna Knüppel (BAG Pflege im Krankenhaus)

© DBfK 2014

Alle Rechte vorbehalten

Alltag im Krankenhaus

Fünf Uhr morgens - noch eine Stunde, dann ist der Frühdienst da zur Ablösung. Und wird zufrieden sein, denn im Nachtdienst konnten diesmal alle anfallenden Aufgaben erledigt werden, was nicht jede Nacht gelingt. Es war sogar Zeit geblieben, für den Tagdienst ein wenig vorzuarbeiten, das wird tagsüber etwas Luft verschaffen bei der Menge an Arbeit, die geleistet werden muss. Die Personalbemessung auf der Station ist seit langem extrem ausgedünnt, der Zeitdruck nimmt immer mehr zu. Die Geschäftsführung verweist auf rote Zahlen, Überlastungsanzeigen und unzählige Überstunden werden nur noch mit Achselzucken kommentiert. Gemessen am Arbeitsanfall, dem Durchlauf an Patienten und dem Unterstützungsbedarf der vielen recht alten und oft kognitiv eingeschränkten Kranken fehlen kompetente Kolleginnen und Kollegen auf allen bettenführenden Stationen des Krankenhauses.

Das Stationstelefon klingelt und die diensthabende Kollegin ahnt bereits, was jetzt kommt. Eine Mitarbeiterin des Frühdienstes meldet sich krank, sie liegt mit starker Migräne im Bett und fällt somit für diesen Arbeitstag aus. Jetzt ist guter Rat teuer, denn der heutige Frühdienst hatte am Vortag schon verringert werden müssen, weil auch im Spätdienst jemand wegen der Erkrankung seines Kindes zuhause bleiben muss. Wie sollen die wenigen Mitarbeiter, die um 06.00 Uhr zum Dienst antreten werden, all die Arbeit am Vormittag bloß schaffen? Gibt es eine Möglichkeit, diese Lücke zu schließen?

Solche oder ähnliche Szenen spielen sich tagtäglich in den Kliniken ab. Während die Abläufe immer komplexer und schneller (effizienter?) gestaltet werden, müssen die Pflegenden auf den Stationen Entscheidungen zur Priorisierung und Rationierung treffen, weil es überhaupt nicht mehr anders geht. Und die Managementebene ist vom Alltag am Bett weit entfernt – sieht oftmals wenig Handlungsbedarf und träumt von der nächsten Qualitätsoffensive.

Weil es ein zentrales Thema auf den Stationen ist, hat sich die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Krankenhaus mit der „**Kompensation von Personalausfällen in der Pflege**“ beschäftigt.

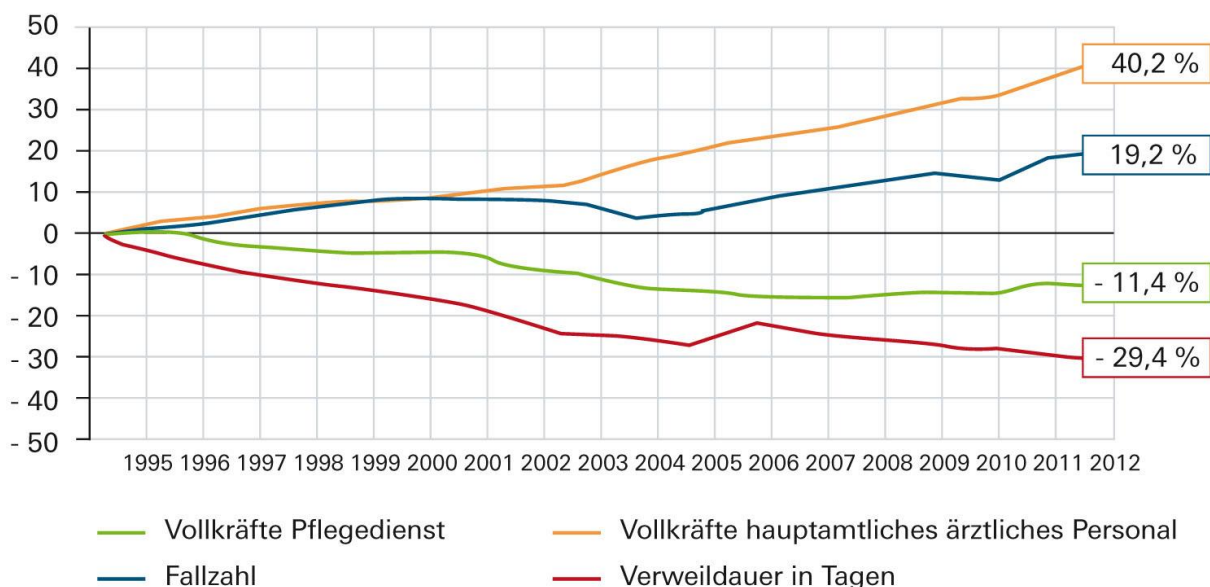
Welche Faktoren spielen eine Rolle?

- Seit Wegfall der Pflege-Personal-Regelung (PPR) 1996 ist in Deutschland die Pflegepersonalbemessung in den Krankenhäusern nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben.
- Die DRG`s haben von Anfang an Pflege nur unzureichend abgebildet. Parallel wurden Anteile des Pflegepersonalbudgets immer wieder zur Subventionierung unterfinanzierter anderer Klinik-Bereiche verwendet (siehe dazu: Simon, Michael , 2007: Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005).
- Pflege ist die größte Berufsgruppe im Krankenhaus. Wenn gespart werden soll, fällt der begehrliche Blick offenbar automatisch auf diesen „Topf“.
- Pflegefachpersonen haben in den letzten Jahren zunehmend ärztliche Tätigkeiten mit übernehmen müssen, ohne dass sie entsprechend an anderer Stelle entlastet wurden.
- Das Durchschnittsalter der Patienten steigt kontinuierlich, die Zahl alter und hochaltriger Pflegebedürftiger mit chronischen Erkrankungen und hohem Versorgungsbedarf hat erheblich zugenommen.
- Die Prozesse haben sich verändert. An sieben Tagen der Woche und in allen Schichten werden, eng getaktet, Diagnostik und Therapiemaßnahmen durchgeführt – ein hoher Arbeitsanfall für die Pflegenden, dem die Personalbemessung nicht angepasst wurde.

- Die Fallzahl steigt seit Jahren kontinuierlich, die durchschnittliche Krankenhausverweildauer ist auf ca. 7,5 Tage abgesenkt worden. Aufnahme- und Entlassungstag sind besonders arbeits- und zeitaufwendig, Leichtpflegetage wurden gestrichen. Übrig geblieben ist der Krankenhausaufenthalt als für das Pflegepersonal maximal verdichtete Arbeitsphase.
- Aus ökonomischen Gründen wurde die Fachkraftquote abgesenkt. Assistenten können das Pflegefachpersonal zwar entlasten, aber nicht ersetzen. Häufig ist somit die Patientensicherheit gefährdet, das erhöht den Druck auf die Pflegefachpersonen.
- Der Aufwand an Dokumentation (Bürokratie) hat sich über die Jahre erhöht. Eines von vielen Beispielen ist die zunehmende Zahl von Assessments in Anwendung der Expertenstandards.
- Durch die zunehmende Zahl isolationspflichtiger Patienten bei Nachweis eines multiresistenten Erregers entsteht ein erheblicher Mehraufwand in der pflegerischen Versorgung.

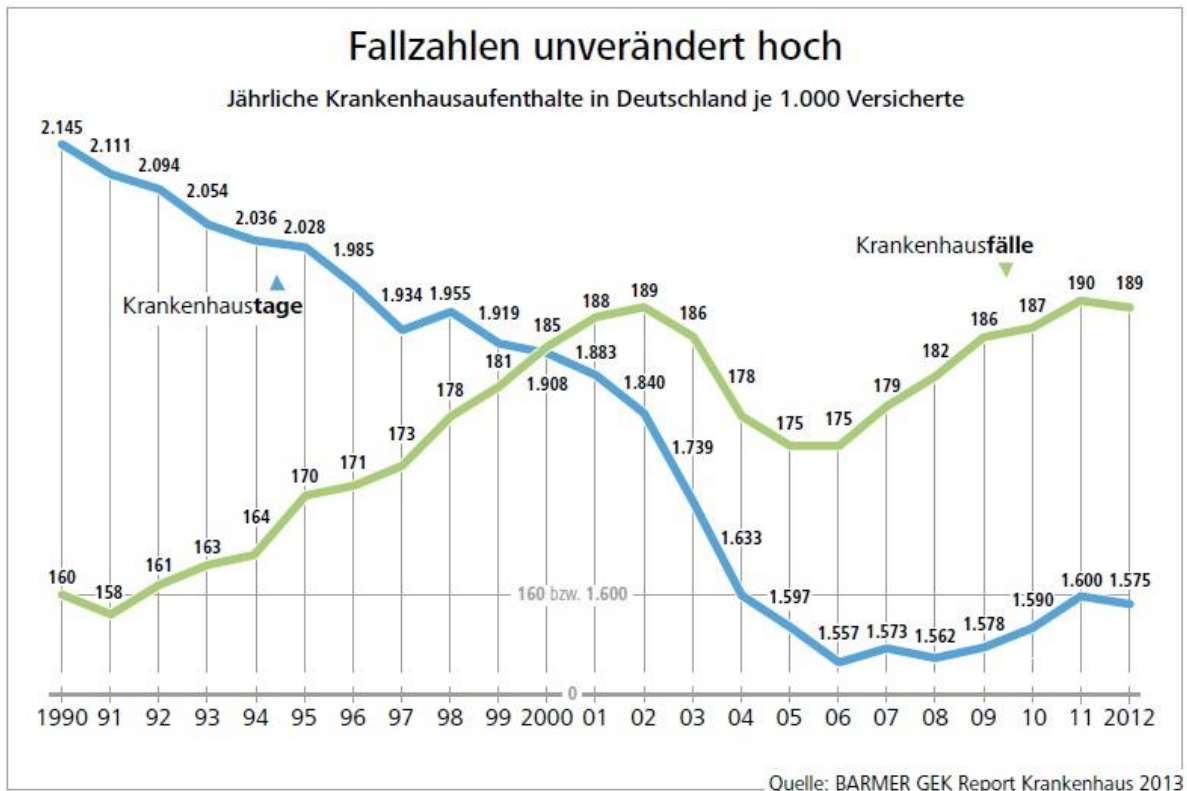
Entwicklungen der Personal- und Fallzahlen im Krankenhaus

Quelle: Krankenhausstatistik des Bundes. Fachserie 12 Reihe 6.1/Grafik © dip



Zahlen und Fakten

Aktuelle Daten zum Versorgungsgeschehen in den Krankenhäusern liefert der im Juli 2014 veröffentlichte BARMER GEK Report Krankenhaus 2014 (S. 10): „Standardisiert auf die Bevölkerungsstruktur in Deutschland im Jahr 2005 und damit bereinigt um demografische Effekte ergibt sich, dass die Fallzahl – nach einer Stagnation im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2011 – im Jahr 2013 wieder leicht zugenommen hat: von 204,1 vollstationären Behandlungsfällen je 1.000 Versichertenjahre im Jahr 2012 auf 206,7 im Jahr 2013 (+1,3%). Die durchschnittliche Verweildauer hat im Trend der Vorjahre demgegenüber um knapp 1% von 7,7 auf 7,6 Krankenhaustage je vollstationärem Behandlungsfall weiter leicht abgenommen.“ Dies spricht für eine weiter zunehmende Verdichtung von Arbeit.



Jüngste Zahlen inkl. einer Einschätzung von Auswirkungen der Personalbemessung in den Krankenhäusern bietet das Ende August 2014 veröffentlichte Pflege thermometer des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Darin heißt es: „Ein zentraler Faktor für die pflegerische Versorgung ist die Personalausstattung auf den Stationen. Im Pflege-Thermometer 2014 wurden die Entwicklungen im Pflegedienst in den Krankenhäusern über eine Zeitreihe ermittelt. Insgesamt ist die Personalausstattung (gemessen an Vollzeitkräften/Stellen) in etwa auf dem Niveau von vor zehn Jahren. Eine nennenswerte Anpassung und Verbesserung der Personalausstattung zeigt sich nicht. Die in der Tendenz seit 2007 erfolgten Ausweitungen der Stellen (ca. 11.000 Stellen im Zeitraum von fünf Jahren) können nicht als eine Entlastung in der klinischen Versorgungsrealität der allgemeinen bettenführenden Stationen verstanden werden. Sie sind eine Anpassung, die sich aber vor dem Hintergrund der Anzahl der Kliniken und der in den Kliniken behandelten Patientinnen und Patienten nicht spürbar auf den Stationen auswirken kann. Zwischen 2007 und 2012 wurden ca. 3.000 zusätzliche Intensivbetten geschaffen - hier ist davon auszugehen, dass dies mit einer Zunahme der Pflegenden auf Intensivstationen einherging, sodass die geringfügige Stellenausweitung von real fünf Pflegenden pro Krankenhaus über einen Zeitraum von fünf Jahren insgesamt nicht alle Bereiche gleichermaßen betroffen haben kann. (...)

Insgesamt bleibt die Personalausstattung im Pflegebereich nicht nur angespannt, sondern befindet sich weiterhin auf einem niedrigen Niveau ungeachtet dessen, dass die Versorgungs- und Behandlungsintensität erheblich gesteigert wurde. Die folgenden Entwicklungen verdeutlichen die Spreizung in der Möglichkeit der pflegerischen Versorgungs- und Behandlungsrealität:

- Der Quotient der behandelten Fälle zur Anzahl der Vollkräfte im Pflegedienst steigt seit 1995 kontinuierlich an. Waren es 1995 noch 48,5 Patienten pro Pflegekraft, so stieg die Kennziffer bis 2012 kontinuierlich auf 65,3 im Jahr 2012.

- Die Relation zwischen der Zahl der Pflegenden und der Zahl der Ärztinnen und Ärzte verändert sich ebenfalls seit 1995 kontinuierlich zu Ungunsten der Pflege. Wies die Relation der Vollkräfte in 1995 noch 3,3 Pflegende im Allgemeinkrankenhaus auf einen Arzt aus, so waren es 2012 noch 2,1 Pflegende pro Arzt.

Die Bewertungen zur Personalausstattung in der vorliegenden Studie weisen auf bestehende Versorgungslücken hin.“ (Pflegethermometer 2014 Seiten 8 -9)

Dass die Pflegepersonalbemessung in deutschen Kliniken seit langem vergleichsweise gering ist, wurde durch zahlreiche Studien belegt (Pflegethermometer-Reihe, RN4cast, Projekte des ZeS Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Simon 2012 usw.). Die kontinuierlich hohe Arbeitsbelastung spiegelt sich in hohen Krankenständen und einer deutlichen Steigerung berufs- und stressbedingter Erkrankungen unter den Pflegenden. Dies zeigen seit Jahren die Gesundheitsreports der Krankenkassen. Arbeitsrecht und Arbeitsschutzgesetze werden häufig nicht eingehalten. Gleichzeitig wird politisch vor dem Hintergrund des sich zuspitzenden Pflegefachpersonalmangels gefordert, dass mehr Menschen für diesen Beruf angeworben werden sollen. Die bereits Ausgebildeten sollen am Arbeitsplatz gehalten werden und möglichst bis zum regulären Renteneintritt in der Pflege tätig bleiben. Pflegefachpersonen aus Süd- und Osteuropa sowie Fernost werden für den deutschen Arbeitsmarkt angeworben.

Wie gehen Kliniken mit (akutem) Personalausfall der Pflege um?

Eigentlich sollte die Personalbemessung so gestaltet sein, dass Ausfälle durch Urlaub, Krankheit oder Fort- und Weiterbildung mit einkalkuliert sind und aus dem „Bestand“ kompensiert werden können. Soweit die Theorie, die in den Kliniken bis zum Jahr 1996 auch funktioniert hat. Heute ist ein Dienstplan bereits in der Ausarbeitung äußerst diffizil und lässt bei ausgedünnter Personaldecke so gut wie keine Ausfallkompensation mehr zu. Die Lösung des Problems bleibt in der Regel dem Team überlassen: Kann die anfallende Arbeit auf noch weniger Schultern verteilt werden? Gibt es eine Kollegin, die frei hat und zum Einspringen gerufen werden kann? Werden Schichtzeiten verlängert und Mehrarbeit/Überstunden geleistet? Ob solche Maßnahmen gegen geltendes Recht verstoßen, wird dabei kaum überprüft.

Am Beginn des Projekts stand die Literaturrecherche, die sich allerdings als wenig ergiebig erwies. Im Anschluss haben sich die Mitglieder der BAG zunächst in den eigenen Einrichtungen umgesehen und zusammengetragen, welche Regelungen es dort für den Umgang mit Personalausfall in der Pflege gibt. Folgende Varianten wurden berichtet:

- Die Station organisiert selbstständig: Stationsleitung/Schichtleitung telefoniert die Mitarbeiterliste durch.
- Mitarbeiter werden aus Frei oder sogar Urlaub geholt; es werden Dienste getauscht.
- Einspringen wird finanziell besser vergütet mit Zulagen oder angerechneter Mehrarbeit (zwei Stunden zusätzlich für Wegezeit)
- Einspringen von Teilzeitkräften löst außertarifliche Überstundenzuschläge aus.
- Stationen helfen sich gegenseitig aus.
- Mitarbeiter werden von der Pflegedienstleitung von besser besetzten Stationen abgezogen, um die Lücken zu füllen.
- Einbindung von Leiharbeit

- Beschäftigung von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen (wird derzeit kaum noch genutzt, da die Deutsche Rentenversicherung in solchen Fällen Scheinselbständigkeit unterstellt und von den Arbeitgebern hohe Sozialbeiträge fordert)
- Es gibt, unterschiedlich gestaltet, Personal-Pools.
- Umgesetzt werden auch „Rufbereitschaften“, die im Dienstplan eingeteilt werden. Entweder eines Mitarbeiters für seine Station oder einer Station für eine Abteilung.
- Belegbare Betten werden gesperrt (geschlossen).
- Durch Priorisierung/Rationierung wird pflegerische Leistung eingeschränkt. Die Entscheidung darüber, welche Tätigkeiten wegfallen, müssen die Mitarbeiter/innen in der Pflege am Bett selbst treffen. Hier entsteht regelmäßig ein ethisches und professionelles Dilemma.
- Einarbeitungszeiten neuer Mitarbeiter werden verkürzt.
- Pflegeschüler werden als Lückenfüller eingesetzt.
- Praktikanten werden auf den Stellenplan angerechnet.
- Pflegefachpersonen leisten Doppelschichten.

Die hier aufgelisteten unterschiedlichen Kompensationsmodelle werden leider oftmals auf dem Rücken der Mitarbeiter ausgetragen. Meist leiden Einzelne oder das gesamte Team unter der Situation. Positiv zu erwähnen ist allerdings, dass ein - mindestens durch Bereitschaft – *geplanter* Einsatz auch als gute Erfahrung wahrgenommen werden und die Kommunikation, das Verständnis untereinander und die stationsübergreifende Zusammenarbeit fördern kann.

Vorbilder aus der Industrie?

Auch in vielen Bereichen der Industrie ist Schichtarbeit üblich, auch hier müssen personelle Ausfälle effektiv kompensiert werden. Die BAG hat deshalb etliche große Firmen angeschrieben und nach erprobten Lösungen gefragt. Möglicherweise lassen sich gute Ideen ja auf die Pflegebranche übertragen.

Leider waren die Ergebnisse dieses Bemühens ernüchternd. Von den Unternehmen IBM, Siemens, Aurubis und Lufthansa kam keine Reaktion. Geantwortet haben dagegen

- **Beiersdorff:** Je nach Aufgabenbereich werden Zeitarbeitskräfte eingesetzt; Aufgaben werden aufgeschoben oder an andere Mitarbeiter delegiert.
- **Airbus:** Bei Erkrankung vertritt der direkte Kollege; daraus resultieren Überstunden oder Mehrarbeit. In der Verwaltung hat jeder Mitarbeiter seine zugeordnete Vertretung. Einsatz von Leiharbeitnehmern bei delegierbaren Aufgaben, in der Produktion auch Aushelfen untereinander.
- **VW:** Strategien ähnlich wie Airbus.

Lösungsansätze

Der DBfK hat im Rahmen seiner Kampagne „Tausche wichtigen gegen guten Arbeitsplatz“ in 2012 die gleichnamige Broschüre herausgegeben, unter <http://www.dbfk.de/download/download/Broschuere-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz-2012-03-10.pdf> ist sie als Download abrufbar. Unter dem Schwerpunkt „Arbeitszeit ist Lebenszeit“ finden sich auf den Seiten 35 bis 39 einerseits Variationsmöglichkeiten flexibler Arbeitszeitgestaltung, die teilweise bei kurzfristig anfallenden Personallücken nutzbar sind. Andererseits gibt es dort aber

auch das Kapitel ‚Personalausfall – gut kompensiert‘ mit einer ausführlichen Präsentation und Diskussion der verschiedenen, auch hier bereits angesprochenen Variationen zum Umgang mit Personalausfall. Erläutert werden

- das Stationsübergreifende Team,
- der Springerpool,
- das Rotationsprinzip,
- Leiharbeit,
- der Einsatz von Freiberuflern,
- Stand-by-Verfahren sowie
- Arbeitszeitkonten.

Welche Ansätze letztlich gewählt werden, ob man unterschiedliche Modelle innerhalb einer Klinik miteinander verzahnt, ob sich geeignete Mitarbeiter für einen Pool finden und ob die dort gesetzten Anreize überhaupt motivieren, hängt von den individuellen Gegebenheiten vor Ort ab. Geld kostet es in jedem Fall, eine zahlenmäßig und qualitativ gut aufgestellte Mannschaft der Pflege bekommt man nicht zum Sparpreis.

Beispiele

Seit einigen Jahren findet man in Fachzeitschriften hin und wieder Artikel und Berichte über unterschiedliche Kompensationsmodelle. Manche Klinik hat offenbar tatsächlich Wege gefunden, akzeptable Lösungen für den Umgang mit akutem Personalausfall der Pflege anzubieten, mindestens für eine Zeitlang. So jedenfalls die Botschaft solcher Artikel. Ob und wie gut es tatsächlich funktioniert und ob wirksame Anreize gesetzt werden, können nur die Belegschaften selber beurteilen. Was im Ballungsraum München klappt, scheitert aber womöglich im Flächenland Niedersachsen, weil eben viele und ganz unterschiedliche Faktoren zur Situation vor Ort beitragen. Das Krankenhaus der Regelversorgung muss andere Anforderungen bedienen als ein Zentrum für Hochleistungsmedizin. Fachkräftemangel hat hier oder dort unterschiedliche Ursachen. Die hier geschilderten Beispiele können daher nicht eins zu eins übertragen werden, sondern sind ggfs. Impulse und Bausteine für die eigene Konzeptentwicklung.

Beispiel Klinikum Bremen-Mitte: Nach dem Tod dreier Frühchen infolge verbreiteter Klebsielleninfektion auf der Station war die Klinik monatelang in den Schlagzeilen, die Staatsanwaltschaft ermittelte, es gab einen parlamentarischen Untersuchungsausschuss. Die ohnehin angespannte Personalbemessung verschlechterte sich weiter durch hohe Krankenstände. Beim Neustart wurden auch Strukturen geändert: „Die Bremer haben eine ‚Ausfallkonzeption‘ geschneidert. Eine Kombination aus Aushilfskräften, einem ‚Springer-Pool‘ ausgebildeter Mitarbeiterinnen plus Arbeitszeitmodell soll den Zeitdruck mindern.“ (Meldung der Ärztezeitung vom 22.04.2013a).

Unter dem Stichwort „**Pflege-Pool**“ findet sich eine ganze Reihe von Beispielen.

Beispiel Universitätsmedizin Göttingen: „Der Pflegepool der Universitätsmedizin Göttingen ist ein Team aus Gesundheits- und Krankenpflegern/-innen sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen. Als Fachkraft im Pflegepool arbeiten Sie abwechselnd auf verschiedenen Stationen. So lernen Sie die medizinischen Fachgebiete mit ihren unterschiedlichen Teamstrukturen, Arbeitsabläufen sowie Behandlungsmethoden kennen. Die Schwerpunkte Ihrer Arbeit setzen sich zusammen aus

Ihren bereits erworbenen Fähigkeiten und Erfahrungen sowie Ihren fachlichen Interessen.“ (Quelle: <http://www.gepd.med.uni-goettingen.de/pflegepool.shtml?31>) Als Anreize für eine Tätigkeit im Pool nennt die Klinik

- Verbindlicher Dienstplan
- Ausschließlich Tagdienst
- Individuell zusammengestellte Kurse zur Vorbereitung
- Einen Monat Einarbeitung an *einem* Einsatzort mit gezielter Praxisanleitung
- Besprechungen und Schulungen mit allen Pool-Beschäftigten. Gemeinsamer Betriebsausflug.

Beispiel Universitätsklinikum Münster: Mit einer Stellenausschreibung in Die Schwester Der Pfleger 9/14 sucht die Klinik Mitarbeiter/innen im Intensivpool. Geboten werden interessierten Bewerber/innen neben dem Tarifgehalt

- ein intensives Einarbeitungskonzept,
- absolute Dienstplansicherheit im 3-Schicht-Dienstmodell mit maximal vier Nachtdiensten im Monat,
- drei zusätzliche Tage Arbeitsbefreiung zu den tariflichen Regelungen,
- hoher Einfluss auf die Dienstplangestaltung,
- gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie,
- vielfältiger Einsatzbereich mit drei bis vier Intensiv- oder Intermediate Care Unit (IMC) Stationen,
- intensive Einarbeitung,
- Einbindung in ein festes Team von Mitarbeitern mit einer Poolleitung.

Beispiel Asklepios Klinik Hamburg Altona: „Wir wünschen uns teamfähige, kreative Persönlichkeiten, die möglichst zwei Jahre Berufserfahrung vorweisen können. Eigeninitiative, Interesse in verschiedenen Fachbereichen tätig zu sein und gute EDV-Kenntnisse runden Ihr Profil ab.“ (Stellenangebot unter kimeta.de, Abruf 11.08.2014). Als Besonderheiten werden u.a. geboten

- verbindliche Dienstpläne langfristig vorgeplant, auf Ihre Einsatzbedarfe abgestimmt
- eine arbeitgeberfinanzierte Altersversorgung
- Ihr Einsatz erfolgt entweder in konservativen oder in operativen Fachbereichen wahlweise im Nachtdienst und/oder an Wochenenden auch im Tagdienst.

Beispiel DRK-Schwesternschaft Marburg e.V.: Team PPP (PflegePersonalParat) – Leiharbeit. „Das Team PPP ist ein Dienstleistungsangebot speziell für das Gesundheitswesen und richtet sich hauptsächlich an Krankenhäuser und Altenheime, um dortige personelle Engpässe mit kompetentem Pflegepersonal auszugleichen. Unsere Pflegekräfte sind unterschiedlich qualifiziert (Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen, Fachkrankenpfleger/ -innen, Kranken- und Altenpflegehilfskräfte). So ist es uns möglich, individuell nach den Anforderungen der jeweiligen Einrichtungen, entsprechendes Personal zur Verfügung zu stellen. Das Team PPP arbeitet derzeit mit verschiedenen Einrichtungen im Landkreis Marburg - Biedenkopf, Gießen, Wetzlar und Dillenburg zusammen.“ (<http://www.drk-schwesternschaft-marburg.de/teamppp/info-fuer-kunden.html>; Abruf am 11.08.2014).

Eine Reihe von Arbeitgebern hat erkannt, welche Rolle die Dienstplansicherheit als Faktor für Arbeitsplatzattraktivität und Motivation spielt. Planbarkeit und Verlässlichkeit der Dienste sind

Voraussetzung für eine gute Work-Life-Balance und gewährleisten, dass auch beruflich Pflegende weitgehend am normalen sozialen Leben teilnehmen können, trotz Schichtdienst und Nacharbeit. Das **Albertinen-Krankenhaus in Hamburg** beispielsweise sichert seinen Beschäftigten 26 freie Wochenenden im Jahr zu – tariflich geregelt. Ein Träger im Bereich Altenpflege, die **Deutsche Seniorenstift Gesellschaft**, nähert sich mit ihrem neuen Arbeitszeit-Modell amerikanischen Verhältnissen an und macht mit 7/7 Schlagzeilen (7 Tage Arbeit, 7 Tage Frei). „Die berechenbare Abfolge von Arbeits- und freien Tagen erweist sich als sehr gute Lösung. Unser Verfahren gewährleistet ein Höchstmaß an Verlässlichkeit und bietet Vorteile für alle Beteiligten“, schreibt der Geschäftsführer in einem Evaluationspapier. Ob dieses 2-Schicht-Modell auf Dauer gut funktioniert, wie es mit deutschem Arbeitsrecht kompatibel gestaltet werden kann und ob es auch auf den Krankenhausbereich übertragbar ist, bleibt vorerst offen.

Fazit und Forderungen

Wie man es auch dreht und wendet – ein Personalausfall in der Pflege, ob kurz- oder längerfristig, ist mittlerweile im DRG-geprägten deutschen Krankenhaus ein kaum noch lösbares Problem, so die Erfahrung der BAG-Mitglieder. Dienstpläne sind häufig nicht mehr als fragile Gerüste, die schnell zusammenbrechen. Im Dienstleistungsbereich am Patienten lassen sich Aufgaben und Prozesse in der Regel auch kaum zeitlich verlagern. Die Personalbemessung ist bei weitem zu knapp, um entstehende Lücken zu schließen, ohne neue zu reißen. Hohe Krankheitsquoten, Verschleiß durch jahrelange Überlastung und ein steigendes Durchschnittsalter wirken sich mehr und mehr aus. Statt sie konsequent und fundiert praktisch auszubilden, nutzt man Pflegeschüler/innen als „Springer“ und billige Arbeitskraft. Für den Beruf begeisterte junge Menschen werden auf diese Weise abgeschreckt, viele unter ihnen treten noch während oder kurz nach Ende der Ausbildung den Rückzug an und wechseln die Branche.

Seit Jahren weist der DBfK auf diese problematische Entwicklung und die unerträglichen Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende in den Krankenhäusern hin und fordert eine dem Versorgungsbedarf entsprechende Pflegepersonalbemessung. Nachgewiesene Pflegedefizite, hohe Fluktuationsraten, die steigende Zahl belastungsbedingter psychischer Erkrankungen, die in internationalen Studien immer wieder nachgewiesene Korrelation zwischen Pflegekapazität und Patienten-Outcomes – all dies hat aber bisher nicht zu politischem Handeln geführt.

In ihrem Koalitionsvertrag greift die Bundesregierung das Thema immerhin auf: „Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.“ (S. 79 im Koalitionsvertrag). Dass ihm die Sache durchaus ernst ist, drückt der Pflegebeauftragte der Bundesregierung Laumann in einem Interview so aus: „Die Pflegekräfte sind lange genug der Sparstrumpf der Krankenhäuser gewesen.“ Die Zeit scheint reif für ein Umdenken, allzu lange haben die Pflegenden darauf warten müssen. Druck kommt auch einerseits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (z.B. Vorgaben über die Ausstattung von Intensivstationen für Frühgeborene mit Pflegefachkräften) und andererseits durch die Kostenträger. Hier entwickelt sich zunehmend eine Diskussion darüber, dass Ergebnis-Qualität im Krankenhaus eben auch maßgeblich abhängt von Struktur, beispielsweise der Anzahl vorgehaltener Pflegefachpersonen.

Was die Kompensation von akutem Personalausfall auf der Krankenhausstation angeht, so gilt nach Einschätzung der BAG:

Der mit Abstand beste und wirkungsvollste Schutz vor Personallücken, die zum Problem werden, sind immer und in jedem Fall

- eine Personalbemessung, die von vornherein Ausfälle mit einberechnet hat, und
- eine intelligente und vorausschauende Dienstplanung.

Wir unterstützen daher in vollem Umfang die Forderung des DBfK nach einer gesetzlich definierten Pflegepersonalbemessung, die sich in erster Linie am Pflege- und Versorgungsbedarf der Krankenhauspatienten orientiert.

Berlin im Oktober 2014; Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Pflege im Krankenhaus