



Forschungsbericht

PERSONALBEDARF UND -EINSATZ IN DEN OÖ. KRANKENHÄUSERN

Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf

Stand: Juni 2019

Impressum:

Medieninhaberin und Herausgeberin:
Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich
Abteilung Arbeitsbedingungen
Volksgartenstraße 40
4020 Linz
arbeitsbedingungen@akooe.at
+43 (0)50 6906-2310
ooe.arbeiterkammer.at

Autorin:

Heidemarie Staflinger

Projektmitarbeit (in chronologischer Reihenfolge nach Projektverlauf):

Sophie Hötzingler, Martina Winkler, Michaela Feichtl, Stephanie Müller-Wipperfürth

Danksagung:

Vielen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen in der AK OÖ, den AK-Länderkammern, den Gewerkschaften, in Forschungseinrichtungen und in den (ober)österreichischen Krankenhäusern, die durch ihre Fachexpertise zum Thema Arbeitswelt Krankenhaus, rechtliche Unterstützung, Transkription, Layout, Korrektur, etc. zum Gelingen dieser Studie beigetragen haben.

Druck:

FAB Pro.Work, Industriezeile 47a, 4020 Linz

Download:

Die vorliegende Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich steht zum Download bereit unter <https://ooe.arbeiterkammer.at/krankenhaus>

Zitiervorschlag:

Staflinger, H. (2019): Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Arbeiterkammer Oberösterreich. Linz.



Dr. Josef Moser, MBA
AK-DIREKTOR

Dr. Johann Kalliauer
AK-PRÄSIDENT

STUDIE ZU PERSONALBEDARF UND -EINSATZ IN DEN OÖ. KRANKENHÄUSERN

**Bessere Bedingungen für Beschäftigte bringen
bessere Bedingungen für Patientinnen und Patienten**

Als Interessensvertretung der Beschäftigten in den oberösterreichischen Krankenhäusern ist es uns ein Anliegen, immer wieder die großartigen Leistungen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufzuzeigen und gleichzeitig konsequent und nachhaltig auf dringend notwendige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen hinzuweisen.

Die nun vorliegende große Studie stellt einen wichtigen Beitrag dazu dar. Detailliert und umfassend werden viele Themen rund um die Personalplanung und den Personaleinsatz der Gesundheitsberufe dargestellt. Mehr als 200 Interviews mit Beschäftigten, Betriebsräten/-innen, Führungskräften und Experten/-innen wurden dafür geführt, alle Details wurden intensiv recherchiert.

Als Arbeiterkammer wollen wir mit unserer Expertise dazu beitragen kann, die Bedingungen und Gegebenheiten positiv zu gestalten. Darum gilt unser Angebot und unser Ersuchen weiter, gemeinsam mit den Verantwortlichen auf Landesebene und den Einrichtungsträgern Strategien zu entwickeln, wie Verbesserungen möglich werden. Im Sinne aller – sowohl der Patient/-innen als auch der Beschäftigten – für eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Josef Moser'.

Dr. Josef Moser, MBA
AK-Direktor

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Johann Kalliauer'.

Dr. Johann Kalliauer
AK-Präsident

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung	1
2	Einleitung: Grundlagen, Ziele und Methoden	3
2.1	Arbeitswelt Krankenhaus: Ein Problemaufriss	3
2.1.1	Daten und Fakten	4
2.1.2	Herausforderungen	6
2.2	Rechtliche Grundlage Personalmessung	8
2.3	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung als Grundlage	10
2.4	Zielsetzung der Studie	13
2.5	Methodik	15
2.5.1	Fokus der Interviews	15
2.5.2	Auswahl der Interviewpartner/-innen	16
2.5.3	Durchführung	16
2.5.4	Auswertung	18
3	Modelle der Personalmessung im Überblick	19
3.1	Einleitung	19
3.2	Qualitätskriterien	26
3.2.1	Einleitung	26
3.2.2	Qualitätsvorgaben aus dem ÖSG	27
3.2.3	Qualitätsvorgaben aus dem LKF-Modell	30
3.3	Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)	34
3.4	Pflege-Personal-Regelung (PPR)	38
3.4.1	Begriffsklärung	38
3.4.2	Entwicklung	38
3.4.3	Einsatzgebiete	39
3.4.4	PPR-Systematik	39
3.5	Leistungserfassung Pflege (LEP)	43
3.6	Modelle mit Internationalem Kontext	45
3.6.1	Überblick	45
3.6.2	Nurse-to-Patient-Ratio	47
3.6.3	Ein Blick nach Deutschland	50
3.7	Fazit Modelle der Personalmessung	52
4	Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern – Status quo	53
4.1	Die Trägerstruktur der öö. Krankenhäuser	53
4.1.1	Versorgungsregionen Oberösterreich	53
4.1.2	öö. Trägerstruktur in Veränderung	53
4.2	Patientenstruktur	55
4.2.1	Verweildauer	56
4.2.2	Auslastung	56
4.3	Beschäftigte in den öö. Krankenhäusern	58
4.4	Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen	61
4.4.1	Steigende Aufgaben	63
4.4.2	Zeitdruck	64
4.4.3	Personalmangel	65
4.4.4	Spitalsreformen	67

4.5	Wirtschaftlicher Druck	73
4.5.1	Ressourcenneutral als Maxime	73
4.5.2	Druck auf Dienstposten und Personaleinsatz.....	74
4.5.3	Finanzierung beeinflusst das Leistungsangebot	75
4.6	Auswirkung auf die Versorgungsqualität	76
4.6.1	Behandlungsverlauf.....	77
4.6.2	Pflege- und Betreuungsqualität unter Druck.....	78
4.6.3	Patientenzufriedenheit.....	79
4.6.4	Versorgungsqualität im Fokus weiterer Studien	80
4.7	Auswirkung auf die Arbeitsqualität	81
4.7.1	Steigende Anforderungen zeigen Wirkung	81
4.7.2	Verspürter Zeitmangel als Belastung	82
4.7.3	Zufriedenheit der Beschäftigten.....	82
4.8	Personalberechnung Status Quo	86
5	Personalberechnung in den öö. Krankenhäusern – Handlungsfelder	88
5.1	Einleitung	88
5.2	Ausgangslage	90
5.3	Fokus Patienten/-innen.....	92
5.3.1	Ausgangslage	92
5.3.2	Verweildauer	94
5.3.2.1	Sinkende Verweildauer.....	94
5.3.2.2	Zunehmender Drehtüreffekt.....	97
5.3.2.3	Ideen aus der Praxis.....	98
5.3.3	Veränderte Diagnosen.....	99
5.3.4	Demenz.....	101
5.3.4.1	Herausforderungen für Pflege und Therapie.....	102
5.3.4.2	Auswirkung auf die Personalplanung.....	103
5.3.4.3	Ideen aus der Praxis.....	104
5.3.5	Kultureller Hintergrund	105
5.3.5.1	Unterschiedliche Herausforderungen.....	105
5.3.5.2	Ideen aus der Praxis.....	107
5.3.6	Veränderte Anspruchshaltung.....	108
5.3.6.1	Mündigere Patienten/-innen	108
5.3.6.2	Fordernde Haltung der Patienten/-innen	109
5.3.6.3	Anspruchshaltung Angehörige.....	110
5.3.6.4	Beispiel Sonderklasse	111
5.3.6.5	Ideen aus der Praxis.....	111
5.3.7	Fazit Fokus Patienten/-innen.....	112
5.4	Fokus Beschäftigte.....	113
5.4.1	Ausgangslage	113
5.4.1.1	Professionelle Haltung und hoher Anspruch an Beruf.....	113
5.4.1.2	Hohe Flexibilität und Einsatzbereitschaft.....	115
5.4.1.3	Erlebte Wertschätzung.....	116
5.4.2	Altersstruktur der Beschäftigten.....	118
5.4.2.1	Jüngere Beschäftigte.....	119
5.4.2.2	Ältere Beschäftigte.....	120
5.4.2.3	Ideen aus der Praxis.....	123

5.4.2.4	Fazit.....	123
5.4.3	Rückkehrer/-innen und Wiedereinsteiger/-innen	124
5.4.4	Schwangere.....	126
5.4.4.1	Konkreter Einsatz ist fordernd	126
5.4.4.2	Nachbesetzungen unterschiedlich gelebt	128
5.4.4.3	Zusatzberechnung bei Dienstposten sinnvoll	128
5.4.4.4	Ideen aus der Praxis.....	129
5.4.5	Praktikanten/-innen	130
5.4.6	Kultureller Hintergrund	133
5.4.7	Arbeitsbelastung.....	134
5.4.7.1	Arbeitsverdichtung.....	134
5.4.7.2	Belastungsempfinden.....	135
5.4.7.3	Mehr- und Überstunden	139
5.4.7.4	Auswirkungen auf die Gesundheit.....	143
5.4.7.5	Arbeiten bis zur Pension.....	148
5.4.8	Zusammenarbeit	150
5.4.8.1	Zusammenarbeit im Team	150
5.4.8.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	152
5.4.8.3	Zusammenarbeit mit Führung.....	154
5.4.9	Fazit Fokus Beschäftigte.....	155
5.5	Fokus Organisation	156
5.5.1	Dienstpostenberechnung.....	156
5.5.1.1	Durchführung	157
5.5.1.2	Herausforderungen	159
5.5.1.3	Ideen aus der Praxis.....	161
5.5.1.4	Fazit.....	161
5.5.2	Personaleinsatz	162
5.5.2.1	Veränderungen Personalstand.....	163
5.5.2.2	Herausforderungen	164
5.5.2.3	Kurzfristige Kompensationsmöglichkeiten – Ideen aus der Praxis	167
5.5.2.4	Fazit.....	170
5.5.3	Dienstplan	170
5.5.3.1	Zufriedenheit mit dem Dienstplan.....	170
5.5.3.2	Rückmeldungen zur Dienstplanstabilität.....	172
5.5.3.3	Dienstplangestaltung als Herausforderung	173
5.5.4	Fehlzeiten	175
5.5.4.1	Ausgangslage	175
5.5.4.2	Fehlzeiten zu wenig berücksichtigt.....	178
5.5.4.3	Fazit.....	184
5.5.5	Einspringen	185
5.5.6	Wochenende und Feiertage.....	190
5.5.6.1	Steigende Aufgaben	190
5.5.6.2	Personalberechnung ist knapp	191
5.5.7	Nachtdienst	192
5.5.7.1	Steigende Aufgaben	192
5.5.7.2	Zu wenig Personal in der Nacht	194
5.5.7.3	Nachtdienst führt im Alter zu Belastung.....	196

5.5.7.4	Ideen aus der Praxis.....	196
5.5.8	Arbeitszeit.....	197
5.5.8.1	Vollzeit.....	197
5.5.8.2	Unterschiedliche Stundenausmasse	199
5.5.8.3	12-Stunden-Dienste	201
5.5.9	Dokumentation	202
5.5.9.1	Dokumentationsaufwand	203
5.5.9.2	Nutzen der Dokumentation	205
5.5.9.3	Ideen aus der Praxis.....	207
5.5.10	Struktur des Hauses/Trägers	209
5.5.11	Ablauf und Strukturen im Haus	211
5.5.11.1	Ablauforganisation.....	211
5.5.11.2	Strukturen.....	213
5.5.11.3	Infrastruktur	214
5.5.11.4	Ideen aus der Praxis.....	214
5.5.12	Qualifikationsmix.....	214
5.5.12.1	Ausgangslage	214
5.5.12.2	Veränderte Berufsbilder in der Pflege.....	217
5.5.12.3	Pflegeentlastende Berufe.....	219
5.5.12.4	Potenzielle weitere Berufsbilder.....	221
5.5.12.5	Fazit.....	222
5.5.13	Führung	223
5.5.13.1	Unterstützung durch Führungskräfte nötig	224
5.5.13.2	Zeit für Führungsaufgaben.....	224
5.5.13.3	Stärkung der Führungskräfte nötig.....	225
5.5.14	Fazit Fokus Organisation	226
5.6	Fokus Berechnungsmodelle.....	226
5.6.1	Status quo	226
5.6.1.1	Unterschiedliche Modelle im Einsatz	226
5.6.1.2	Vergleichbarkeit schwierig	227
5.6.1.3	Mangelnde Transparenz	228
5.6.1.4	Tauglichkeit der Modelle.....	229
5.6.1.5	Aktuelle Anforderungen zu wenig abgebildet	229
5.6.1.6	Fehlende Modelle in vielen Bereichen.....	230
5.6.2	Darstellung ausgewählter Zahlen zum Personaleinsatz	233
5.6.2.1	Erhebungszugang	233
5.6.2.2	Erste Zahlen im Überblick	234
5.6.2.3	Reflexion der Erhebung.....	237
5.6.3	Pflege-Personal-Regelung (PPR)	239
5.6.3.1	Entwicklung	240
5.6.3.2	Status quo	241
5.6.3.3	Tauglichkeit.....	247
5.6.3.4	PPR bildet Aufwand zu wenig ab	249
5.6.3.5	PPR bildet Aufgaben zu wenig ab.....	255
5.6.3.6	Ideen aus der Praxis.....	264
5.6.3.7	Fazit zur PPR.....	265
5.6.4	Qualitätskriterien	266

5.6.4.1	Nutzen	266
5.6.4.2	Weniger verbindliche Vorgaben	267
5.6.4.3	Aufgaben nicht komplett abgebildet	268
5.6.4.4	Kritische Reflexion.....	269
5.6.5	Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)	272
5.6.5.1	Steigende Anforderungen.....	272
5.6.5.2	Eignung für die Personalberechnung	273
5.6.5.3	Ideen aus der Praxis.....	274
5.6.6	Arbeitsplatzberechnung.....	274
5.6.7	Notwendige Schritte	275
5.6.7.1	Leistungen als Basis für Personalberechnung.....	275
5.6.7.2	Bereichsbezogene Modelle nötig.....	276
5.6.7.3	Kürzere Betrachtungszeiträume	277
5.6.7.4	Gesetzlicher Rahmen sinnvoll.....	277
5.6.8	Fazit Fokus Berechnungsmodelle	279
5.7	Fokus Entwicklung	281
5.7.1	Ausbildung der Pflegeberufe.....	282
5.7.2	Stärkung von Kompetenzen	285
5.7.3	Innovation	287
5.7.4	Qualitätsmanagement.....	291
5.7.5	Fazit Fokus Entwicklung	292
5.8	Fokus weitere Handlungsfelder	292
5.8.1	Gewalt.....	293
5.8.1.1	Gewalt gegenüber Mitarbeitern/-innen	293
5.8.1.2	Gewalt zwischen Kollegen/-innen.....	295
5.8.1.3	Gewalt als Folge von Zeitdruck	295
5.8.1.4	Ideen aus der Praxis.....	296
5.8.2	Entlohnung	297
5.8.3	Integrierte Versorgung.....	300
5.8.4	Arbeitsbedingungen weiterer Berufsgruppen	304
6	Resümee.....	308
6.1	Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse	308
6.2	Empfehlungen.....	309
7	Anhang.....	314
7.1	Literaturverzeichnis	314
7.1.1	Publikationen	314
7.1.2	Rechtsgrundlagen	324
7.2	Interviewleitfäden	326
7.2.1	Leitfaden Pflegemanagement	326
7.2.2	Leitfaden Gewerkschaft/Betriebsrat	328
7.2.3	Leitfaden Beschäftigte.....	331
7.3	Forderungen der Arbeiterkammer Oberösterreich im Überblick.....	333

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Auftrag österreichischer Krankenhäuser	3
Abbildung 2: Vertrauen/Misstrauen in das eigene Krankenhaus	7
Abbildung 3: Berechnung des quantitativen Personalbedarfs.....	19
Abbildung 4: Verfahren der Personalbedarfsermittlung	20
Abbildung 5: Berechnung des Personals nach der Leistungsmethode.....	22
Abbildung 6: Berechnung des Personals nach der Arbeitsplatzmethode	23
Abbildung 7: Prozess der Personalbedarfsberechnung in österreichischen Krankenanstalten	24
Abbildung 8: Vom Personalbedarf zum Dienstplan	25
Abbildung 9: Bewertung Tagesklinischer Patienten/-innen in der PPR OÖ.....	42
Abbildung 10: Leistungen in den verschiedenen Detaillierungs- bzw. Aggregationsstufen.....	44
Abbildung 11: Versorgungsregionen Oberösterreich	53
Abbildung 12: Trägerstruktur oberösterreichischer Ordensspitäler.....	55
Abbildung 13: Teilzeitanteil in den Gespag-Krankenhäusern.....	59
Abbildung 14: Personalfaktor.....	59
Abbildung 15: Personal je tatsächlich aufgestelltem Bett	59
Abbildung 16: Wertschöpfung 2017	61
Abbildung 17: vermutete Auswirkungen der Spitalsreform.....	70
Abbildung 18: Gesamtbeurteilung der Spitalsreform	71
Abbildung 19: Vorteile und Nachteile durch die Spitalsreform	71
Abbildung 20: wahrgenommene Probleme im Arbeitsbereich.....	72
Abbildung 21: Auswirkung der Gesundheitsreform.....	72
Abbildung 22: wirtschaftliche Einsparungen	73
Abbildung 23: Zufriedenheit der Beschäftigten	84
Abbildung 24: Belastung.....	85
Abbildung 25: gestiegene Aufgaben.....	90
Abbildung 26: kürzere Verweildauer der Patienten/-innen.....	94
Abbildung 27: zunehmender Drehtüreffekt.....	98
Abbildung 28: Patienten/-innen mit schwereren Erkrankungen	99
Abbildung 29: mehr Patienten/-innen mit Demenz	101
Abbildung 30: Wirkungsziel 5 – Demenzgerechte Versorgung	102
Abbildung 31: höhere Ansprüche der Angehörigen	110
Abbildung 32: Tägliche Arbeitszeit und Fehler beim Krankenpflegepersonal	138
Abbildung 33: Zusammenhang zwischen täglicher Arbeitszeit, Überstunden und Fehlerhäufigkeit..	142
Abbildung 34: mehr Arbeit im Nachtdienst.....	192
Abbildung 35: steigender Dokumentenaufwand	203
Abbildung 36: Aufgaben in der Pflege.....	215
Abbildung 37: Skill-and-Grade-Mix Pflege am Beispiel „Nahrung verabreichen“	216
Abbildung 38: Qualifikationsmix im Fokus von „dürfen-müssen-können“	223
Abbildung 39: Durchschnittliche Patienten/-innen pro Pflegekraft.....	236
Abbildung 40: PPR-Themenfelder	239
Abbildung 41: PPR – zu wenig berücksichtigte Aufgaben.....	256
Abbildung 42: Prozess der Umsetzung einer einheitlichen Methode zur Personalbedarfserhebung ...	278
Abbildung 43: Personalberechnung bottom-up und top-down	280
Abbildung 44: Unsicherheit durch neue Berufsbilder	282
Abbildung 45: steigende Gewalt durch Patienten/-innen an Beschäftigten	293

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Vorgaben zur jährlichen Ausgabenobergrenze	4
Tabelle 2: Krankenhausbetten in Österreich 2017	4
Tabelle 3: Bettenentwicklung in Österreich	4
Tabelle 4: durchschnittliche Belagsdauer-Entwicklung	4
Tabelle 5: 0-Tagesaufenthalte - Entwicklung	5
Tabelle 6: Krankenhausbetten und Entlassungen 2016	5
Tabelle 7: Missverhältnis Spitalsbetten/Krankenhauspersonal	6
Tabelle 8: System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung	10
Tabelle 9: Interviewpartner/-innen im Überblick	16
Tabelle 10: Interviews im zeitlichen Überblick	17
Tabelle 11: durchschnittliche Interviewdauer je Interviewperspektiven	17
Tabelle 12: Ebenen der Personalbedarfsermittlung	19
Tabelle 13: Grundverfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs	21
Tabelle 14: Folgeverfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs	21
Tabelle 15: Methoden der Personalbedarfsanalyse	22
Tabelle 16: Qualitätsvorgaben ÖSG	27
Tabelle 17: Palliativ- und Hospizversorgung von Erwachsenen	28
Tabelle 18: Anästhesiologische Versorgung bei Kindern.....	28
Tabelle 19: Personalausstattung Intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen	29
Tabelle 20: Qualitätsvorgaben LKF-Modell	30
Tabelle 21: Personalausstattung AG/R.....	30
Tabelle 22: Personalausstattung Palliativmedizinische Einheit.....	30
Tabelle 23: Personalausstattung RNS.....	31
Tabelle 24: Personalausstattung Psychiatrie – Abteilungsgruppe 01	31
Tabelle 25: Einstufung und Bepunktung von Intensivseinheiten (Erwachsene)	32
Tabelle 26: Vergleich Qualitätsvorgaben ÖSG17 und LKF19	33
Tabelle 27: Bereiche der Erwachsenenpsychiatrie	35
Tabelle 28: Minutenwerte je Patient/-in und Woche	36
Tabelle 29: Personalschlüssel Psych-PV	36
Tabelle 30: Definition PPR Oberösterreich	38
Tabelle 31: Zuordnungsregel für Leistungsbereiche allgemeine und spezielle Pflege.....	41
Tabelle 32: Pflegestufen und dazugehörige Minutenwerte	41
Tabelle 33: Einteilung der Altersstufen in der Kinder- und Jugendlichen-PPR	42
Tabelle 34: Minutenwerte in der Kinder- und Jugendlichen-PPR	42
Tabelle 35: Beispiele für die Zusammensetzung der Terminologie für die LEP Interventionen	43
Tabelle 36: Definition Nurse-to-Patient-Ratio	47
Tabelle 37: Definition Nurse-to-Bed-Ratio	47
Tabelle 38: Pflegepersonal pro Patient/-in	49
Tabelle 39: Personaluntergrenzen in Deutschland.....	51
Tabelle 40: Durchschnittliche Belagstage OÖ - Entwicklung.....	56
Tabelle 41: 0-Tages-Aufenthalte in OÖ - Entwicklung.....	56
Tabelle 42: Auslastung in Österreich.....	57
Tabelle 43: Personal in LGF-finanzierten Krankenanstalten in OÖ	58
Tabelle 44: Personal in Österreich.....	60

Tabelle 45: Nurse to Physician Ratio	87
Tabelle 46: Legende zu den Interviews	88
Tabelle 47: Katalog Handlungsfelder	89
Tabelle 48: Definition Fehlzeiten	175
Tabelle 49: Definition qualitative Fehlzeiten.....	176
Tabelle 50: Beispiele für quantitative Fehlzeiten.....	176
Tabelle 51: Netto-Jahresstunden-Beispielberechnung.....	177
Tabelle 52: Fehlzeiten – Berechnung Ausfall vom Ausfall.....	178
Tabelle 53: Personaleinsatz – erste Zahlen im Überblick	234
Tabelle 54: Auswertung Krankenhaus stationärer Bereich gesamt.....	234
Tabelle 55: Personaleinsatz – nach Uhrzeit.....	235
Tabelle 56: Personaleinsatz – Wochenende	235
Tabelle 57: Personaleinsatz – Abteilung Interne	235
Tabelle 58: Auswertung Abteilung Interne	236
Tabelle 59: Auswertung Ambulanter Bereich.....	237
Tabelle 60: Auswertung Entbindungen	237
Tabelle 61: Verteilung der PPR-Nennungen in den Interviewgruppen.....	239
Tabelle 62: PPR-Fallbeschreibung 1 – Station Interne - Kardiologie (Begleitdiagnose Demenz)	251
Tabelle 63: PPR-Fallbeschreibung 2 – Station Interne - Kardiologie	252
Tabelle 64: PPR-Fallbeschreibung 3 – Station Orthopädie.....	253
Tabelle 65: PPR-Fallbeschreibung 4 – Station HNO.....	253
Tabelle 66: PPR-Fallbeschreibung 5– Station Kinder - Kleinkind.....	254
Tabelle 67: PPR-Fallbeschreibung 6 – Station Kinder - Jugendlicher	254
Tabelle 68: Personalausstattung AG/R.....	270
Tabelle 69: Pflege-Betten-Verhältnis am Beispiel AG/R.....	270
Tabelle 70: Pflege-Patienten-Verhältnis am Beispiel AG/R.....	270

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Ø	Durchschnitt	EKG	Elektrokardiogramm
§	Paragraph	etc.	et cetera
%	Prozent	EuGH	Europäischer Gerichtshof
A	Allgemeine Pflege; allgemeine Psychiatrie	europ.	europäisch
Abs.	Absatz	Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
AG/R	Akut-Geriatrie/Remobilisation	ev.	eventuell
AKH	Allgemeines Krankenhaus	FA	Facharzt/Fachärztin
AN	Anästhesiologie	FSB	Fachsozialbetreuer/-in
ANDA	Austrian Nurse Directors Association	G	Gerontopsychiatrie
AN-KI	Anästhesiolog. Versorgung bei Kindern	GA	Gesundheitsausgaben
Arb.	Arbeiter/-in	GBRG	Gesundheitsberuferegistergesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	GKK	Gebietskrankenkasse
AVRAG	Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz	GKV-SV	Gesetzlicher Krankenverband-Spitzenverband
AZG	Arbeitszeitgesetz	GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
BGBL.	Bundesgesetzblatt	GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
BIP	Bruttoinlandsprodukt	gr.	gramm
BMA	Biomedizinische/-r Analytiker/-in	GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	h	Stunden
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	HNO	Hals-Nasen-Ohren
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
bspw.	beispielsweise	ICU	Intensivbehandlungseinheit
BVG	Bundes-Verfassungsgesetz	IFES	Institut für empirische Sozialforschung GmbH
bzw.	beziehungsweise	inkl.	Inklusive
CT	Computertomographie	IMCU	Intensivüberwachungseinheit
DE	Deutschland	IT	Informationstechnologie
DBfP	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	KA	Krankenanstalt
DGKP	Diplomierte/-er Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	KAG	Krankenanstaltengesetz
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstalten-gesetz
DKKP	Dipl. Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenpfleger	KHVI	Krankenhausvertrauensindex
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	KJ(P)	Kinder- und Jugend (-Psychiatrie)
DRG	Diagnosis Related Groups	klin.	klinisch
DPR	Deutscher Pflegerat	KUK	Kepler Universitätsklinikum
Ebd.	Ebenda	KV	Kollektivvertrag
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System	LDF	Leistungsorientierter Diagnosefall
EDV	Elektronische Datenverarbeitung	LEP	Leistungserfassung Pflege

LGF	Landesgesundheitsfonds	o.V.	ohne Verfasser/-in
lit.	litera	PA	Pflegeassistentz
LJ	Lebensjahr/e	pädagog.	pädagogisch
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten- finanzierung	PAL	Palliativmedizinische Einheiten
LM	Lebensmonat	Pat.Gr.	Patientengruppe
m.E.	meines Erachtens	PDRG	Procedure- and Diagnosis Related Groups
MAB	Medizinisches Assistenzberufe-Gesetz	PEP	Personaleinsatzplanung
max.	maximal	PFA	Pflegefachassistent/-in
MFA	Medizinische/-r Fachangestellte/-r	pH	potentia hydrogenii
Mio.	Million(-en)	PHC	Primary Health Care
min.	mindestens	PPR	Pflege-Personal-Regelung
Min.W.	Minimalwert	PPR-ONR	Pflege-Personal-Regelung Österreichische Norm
MS	Multiple Sklerose	PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzie- rungsfonds
MTD	Medizinisch Technische Dienste	PSO	Psychosomatik und Psychotherapie
MTD-G	Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste	psycholog.	psychologisch
MTF	medizinisch-technische Fachkraft	Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
Neonat.	Neonatologie	RT	Radiologietechnologe/-in
NHPPD	Nursing Hours per Patient Day	RNS	Remobilisation/Nachsorge
NLGF	Nicht-Landesgesundheitsfonds	S	Abhängigkeitskranke; spezielle Pflege
nö.	niederösterreichisch	SAPS	Simplified Acute Physiology Score
NSchG	Nachtschwerarbeitsgesetz	Sozialarb.	Sozialarbeit/arbeiter/-in, sozial- arbeiterisch
Nr.	Nummer	SSW	Schwangerschaftswoche
NRG	Nursing Related Groups	system.	systematisch
o.A.	Ohne Angabe	TBett	Tatsächlich aufgestelltes Bett
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusam- menarbeit und Entwicklung	tel.	telefonisch
ö.	österreichisch	TISS- System	Simplified Therapeutic Intervention Scoring System
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Ge- sundheitswesen	tlw.	teilweise
ÖGKV	Österreichisches Gesundheits- und Krankenpflegeverband	UKH	Unfallkrankenhaus
ÖNORM	Österreichische Norm	US	Ultraschall
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit	USA	United States of America
ÖZPR	Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht	vgl.	vergleiche
OGH	Oberster Gerichtshof	VZÄ	Vollzeit-Äquivalente
oö.	oberösterreichisch	Z.	Ziffer
OÖN	Oberösterreichische Nachrichten	ZA	Zeitausgleich
OP	Operation	z.B.	zum Beispiel
OP-Ass.	Operationsassistent/-in		
OTA	Operationstechnische Assistenz		

1 ZUSAMMENFASSUNG

In Oberösterreich betreiben acht¹ landesgesundheitsfondsfinanzierte Träger² an 19³ Standorten Krankenhäuser. Zusätzlich gibt es zwei Krankenhäuser mit gesondertem Rechtsstatus. 2018 haben 11.387⁴ Beschäftigte⁵ in Gesundheitsberufen öö. Patienten/-innen bei 504.363⁶ stationären Aufenthalten betreut⁷.

Die oberösterreichischen Krankenhäuser sind damit wichtige Arbeitgeber/-innen und die Beschäftigten erbringen täglich Spitzenleistungen. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag für die Gesellschaft, zahlen allerdings auch einen hohen Preis, weil sie im Vergleich zu anderen Sparten häufiger belastenden Rahmen- und Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Die zugrundeliegenden gesetzlichen Vorgaben sind sehr vage formuliert und lassen zahlreiche Interpretationen zu. Bestehende Modelle kommen teils aus den späten 1990er-Jahren und haben seither kaum Anpassungen erfahren.

In einer umfassenden Studie, durchgeführt durch die Arbeiterkammer Oberösterreich, wurde ein Status quo erhoben und Handlungsfelder zum Thema „**Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern**“ identifiziert. Mehr als **200 Personen**, Beschäftigte aller Berufsgruppen in den Gesundheitsberufen (mit Ausnahme der Ärzte/-innen), Führungskräfte, Betriebsräte/-innen, Kollegen/-innen aus den Gewerkschaften und weitere Experten/-innen schilderten in Interviews die aus ihrer Sicht aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt Krankenhaus, bewerteten die derzeitige Praxis der Personalberechnung und zeigten auf, wo es Entwicklungsbedarf gibt. Begleitet wurden die Interviews, aufbauend auf einem „**Mixed-Methods-Ansatz**“, durch quantitative Erhebungen zur Belastungssituation im Arbeitsbereich, Fallbeschreibungen zu PPR-Minuten, Beispielerhebungen zur Nurse-to-Patient-Ratio, etc.

Die Handlungsfelder umfassen sechs Fokusse: **Patienten/-innen, Beschäftigte, Organisation, Berechnungsmodelle, Entwicklung** und **weitere Handlungsfelder**. Die Fülle der Handlungsfelder reicht dabei von Demenz über Fehlzeiten, PPR-Evaluierungsbedarf, Nachtdienst, Berücksichtigung der Mitarbeiter/-innen in der Personaleinsatzplanung (z.B. Schwangere, ältere Kollegen/-innen, etc.), Dienstpostenberechnung, bis hin zu Berechnungsmodellen für alle Arbeitsfelder im Krankenhaus ➤ *siehe Kap.5.6*. Die abgeleiteten Handlungsfelder wurden mit Aussagen der Literatur verglichen.

Ergänzt wird der Forschungsbericht um eine Schilderung Darstellung der gesetzlichen Ausgangslage und eine Beschreibung der derzeit in der Praxis eingesetzten Modelle. Wo möglich, wurden aus den Ergebnissen der Interviews auch **Ideen aus der Praxis** abgeleitet, die Vorbildfunktion für andere Träger bzw. Führungskräfte haben können. Die Zusammenfassung zeigt,

¹ Stand: 05.06.2019; <http://www.oee-ordensspitaeler.at/spital/spital.html> (dl: 12.04.2019) plus die beiden großen Träger öö. Gesundheitsholding (ehemals Gespag) und Kepler Universitätsklinikum. Für das Jahr 2019 ist eine Fusionierung mit dem Kepler Universitätsklinikum (KUK) zu der Gesundheitsholding Oberösterreich GmbH geplant.

² Die beiden Krankenhäuser mit Sonderstatus Klinik Diakonissen und AUVA Unfallkrankenhaus sind in den Zahlen nicht berücksichtigt. Bei den Gesundheitsberufen sind die Ärzte/-innen nicht umfasst. Zur Ausgangslage Krankenhäuser in Oberösterreich ➤ *siehe Kap. 2.1*.

³ Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), 2017

⁴ BMASGK, 2018f

⁵ nicht-ärztliche Gesundheitsberufe; Insgesamt 19.892 Beschäftigte (VZÄ); BMASGK, 2018f

⁶ BMASGK, 2018f

⁷ Genauere Ausführungen ➤ *siehe Kap. 4.1*.

dass es sehr unterschiedliche Zugänge zur Personalbedarfserhebung gibt, ein Vergleich ist daher nur schwer möglich. Zudem kann die Personalausstattung als Strukturqualitätsmerkmal nie alleine gesondert vom Qualitätslevel der Arbeit im Krankenhaus in den einzelnen Bundesländern betrachtet werden. Deutlich wurde, dass die Schaffung bzw. die Evaluierung gesetzlicher Vorgaben begrüßt werden. Dazu braucht es eine Neubewertung der Arbeit in den oberösterreichischen Krankenhäusern aufgrund arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse. Nur so kann auch in Zukunft eine hohe Versorgungsqualität in den öö. Krankenhäusern geschaffen und zugleich die Gesundheit der Beschäftigten gestärkt werden.

Ein **besonderer Dank** ergeht an dieser Stelle an alle mitwirkenden öö. Krankenhäuser, an alle Interviewpartner/-innen für ihre Ideen und Anregungen, sowie an viele weitere Personen, die in vielfältiger Art zum Entstehen dieses Forschungsberichtes beigetragen haben.

2 EINLEITUNG: GRUNDLAGEN, ZIELE UND METHODEN

2.1 ARBEITSWELT KRANKENHAUS: EIN PROBLEMAUFRISS

Krankenhäuser sind komplexe Systeme mit vielen Wirkgrößen, die die Arbeit bestimmen. Der Auftrag der Krankenhäuser lässt sich auf der Begriffsbestimmung im § 1 KAKuG ableiten.

<p>Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung, 2. zur Vornahme operativer Eingriffe, 3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, 4. zur Entbindung, 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder 6. zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation bestimmt sind. <p>Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.</p>

Abbildung 1: Auftrag österreichischer Krankenhäuser⁸

Aktuell⁹ (Ausgangsbasis 2017/18) gibt es österreichweit gesamt 275 Krankenanstalten. Davon werden 113 über Landesfonds und 39 über den PRIKRAF finanziert. Somit sind 152 der österreichischen Krankenanstalten LKF-finanziert. In Oberösterreich gibt es insgesamt 32 Krankenanstalten, von denen 16 LKF-finanziert sind (14 Landesfonds und 2 PRIKRAF).¹⁰

Die österreichischen Krankenhäuser leisten einen wesentlichen Beitrag zum BIP. 10,4 % des BIP stammen aus Gesundheitsausgaben. 8,9 % des BIP werden für laufende Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege aufgewendet, dies entspricht 32.794 Mio. Euro.¹¹

Wesentliche Zielvorgaben für die österreichische Versorgung liefern unter anderem die jeweils aktuellen Verträge zur Zielsteuerung Gesundheit und der Österreichische Strukturplan Gesundheit.¹² Derzeit wird versucht, medizinische Leistungen aus dem Krankenhaus zu anderen Versorgungsbereichen hin zu verlagern, zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang der Ausbau der Primärversorgung. Diese Vereinbarung gemäß Artikel 15a BVG trat mit 1.1.2013 in Kraft und strebte die partnerschaftliche Zusammenarbeit über gemeinsame Versorgungsziele, Planungswerte, Versorgungsprozesse und -strukturen, Ergebnisorientierung, Qualitätsparameter und Finanzziele an, welche in verbindlicher Form im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2017) vorliegt.¹³ Dieser ist ein zentrales Planungsinstrument für die „integrative Versorgungsplanung in Österreich“ und ist auf die Maßnahmen und Ziele der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit), abgestimmt.¹⁴

⁸ § 1 KAKuG (eigene Darstellung)

⁹ Aktualität der Zahlen bei Drucklegung Stand Juni 2019; kein Anspruch auf Tagesaktualität; bei Bedarf siehe aktuelle Quellen zur Primärliteratur

¹⁰ BMASGK, 2018c

¹¹ Statistik Austria, 2019

¹² Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF), 2017b; BMASGK, 2018a. Für eine detaillierte Darstellung der Vorgaben siehe Originalquellen

¹³ BMGF, 2017b; BMASGK, 2018a

¹⁴ BMASGK, 2018a: 15

Im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (Bundes-Zielsteuerungsvertrag) wurde eine verbindliche Ausgabenobergrenze angefordert. Im Zeitraum 2017 bis 2021 sollen die Ausgabensteigerungen stufenweise reduziert werden.¹⁵

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	
§ 17 Abs. 1 Z 1	Öffentl. GA ohne Langzeitpflege							
	lit a	Jährliche Ausgabenobergrenzen	25.563	26.483	27.410	28.342	29.277	30.214
	lit b	Jährlicher Ausgabenzuwachs in Prozent		3,6%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%

Tabelle 1: Vorgaben zur jährlichen Ausgabenobergrenze¹⁶

2.1.1 DATEN UND FAKTEN

Zahlen zu Betten und Patienten/-innen

Österreich wies laut Daten vom BMASGK im Jahr 2017 folgende Bettenzahlen auf:

	Systemisierte Betten	Tatsächlich aufgestellte Betten
Österreich gesamt	67.212	64.805
LGF Krankenanstalten	46.910	44.738
NLGF Krankenanstalten	20.302	20.067

Tabelle 2: Krankenhausbetten in Österreich 2017¹⁷

Österreich hat 2016 im Vergleich zum Jahr 2000 von 8,0 Betten auf 7,42 Betten pro 1.000 Einwohner/-innen reduziert, hingegen die Krankenhausentlassungen relativ konstant bei 253 pro 1.000 Einwohner/-innen gehalten.¹⁸ Die aktuellsten Daten 2017 zeigen eine Bettenanzahl pro 1.000 Einwohner/-innen von 7,37 auf.¹⁹

Krankenbetten pro 1.000 Einwohner/-innen in Österreich:									
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
7,69	7,68	7,66	7,68	7,68	7,65	7,59	7,55	7,42	7,37

Tabelle 3: Bettenentwicklung in Österreich²⁰

Der Trend zeigt auch, dass die Belagsdauern in den österreichischen Krankenhäusern sinken. Die durchschnittliche Verweildauer in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (ohne 0-Tagesaufenthalte und Langzeitaufenthalte) betrug für das Jahr 2017 5,26 Tage.

Durchschnittliche Belagstage Österreich:										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5,64	5,59	5,52	5,48	5,43	5,41	5,39	5,36	5,33	5,30	5,26

Tabelle 4: durchschnittliche Belagsdauer-Entwicklung²¹

Einher geht die Entwicklung mit einem Anstieg von Null-Tages-Aufenthalten. Seit 2007 sind die 0-Tagesaufenthalte in den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten – mit Ausnahme 2017 stetig gestiegen.

¹⁵ BMGF, 2017b

¹⁶ Ebd., 2017b: 44 (eigene Darstellung)

¹⁷ BMASGK, 2018f

¹⁸ OECD/EU, 2018

¹⁹ BMASGK, 2018f

²⁰ Ebd. (eigene Darstellung)

²¹ Ebd. (eigene Darstellung)

0-Tages-Aufenthalte Österreich:										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
414.870	444.594	448.938	465.136	493.821	521.453	544.860	573.823	588.684	630.501	615.143

Tabelle 5: 0-Tagesaufenthalte - Entwicklung²²

Österreichische Krankenhauszahlen im internationalen Vergleich

Österreichische Krankenhäuser werden gerne im internationalen Vergleich dargestellt.²³

In Österreich, Deutschland und Bulgarien gibt es die meisten Krankenhausbetten pro Kopf, über dem EU-Durchschnitt und doppelt so viele wie in Schweden, England und Dänemark.²⁴ Im Vergleich zum EU-Durchschnitt hat Österreich, gemeinsam mit Bulgarien und Deutschland eine 50 % höhere Entlassungsrate, was sich allerdings unter anderem durch die hohe Anzahl an Krankbetten erklären lässt.²⁵

Land	Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner/-innen	Entlassungen pro 1.000 Einwohner/-innen
Bulgarien	8,1	317
Deutschland	7,4	257
Österreich	7,3	253
EU-Schnitt	5,1	172
Dänemark	2,6	145
England	2,6	131
Schweden	2,3	147

Tabelle 6: Krankenhausbetten und Entlassungen 2016²⁶

Österreich weist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern im Jahr 2016 mit 555 eine hohe Anzahl an Krankenhausbetten²⁷ je 100.000 Einwohner/-innen auf, befindet sich jedoch bei den Krankenhauspersonalia²⁸ je 100.000 Einwohner/-innen mit 869 unterhalb des europäischen Durchschnitts von 1.436. Das bedeutet, dass ein Missverhältnis zwischen Spitalsbetten und Krankenhauspersonal besteht.²⁹ Während viele Länder mittlerweile auf eine Nurse-to-Patient-Darstellung zurückgreifen, ist diese Berechnung in Österreich noch nicht verbreitet. > siehe Kap. 3.2.

„Man sieht auch ganz zum Beispiel auch ganz genau wer an den Strukturqualitätskriterien mitarbeitet. Aber Österreich ist zum Beispiel an zweiter Stelle in Europa was die Arztdichte betrifft und die Pflege ist glaube ich jetzt an neunzehnter Stelle. Das ist ja der größte Wahnsinn.“
(PM22)

²² BMASGK, 2018f (eigene Darstellung)

²³ Anmerkung: Bei der Interpretation der internationalen Zahlen muss immer die Versorgungsstruktur im jeweiligen Land gesondert mitbetrachtet werden, sodass es Limitationen in der Vergleichbarkeit gibt.

²⁴ OECD/EU, 2018

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd.: 186 (eigene Darstellung)

²⁷ Betten für medizinische Behandlungen in Krankenhäusern; siehe: Eurostat, 2019a

²⁸ Praktizierende Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger und Pflegehilfpersonal; siehe: Eurostat, 2019b

²⁹ Eurostat, 2019a/2019b; eigene Auswertung

Missverhältnis Spitalsbetten/Krankenhauspersonal			
Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner/-innen		Krankenhauspersonal je 100.000 Einwohner/-innen	
Deutschland	606	Norwegen	3.500
Bulgarien	603	Island	2.902
Litauen	581	Liechtenstein	2.545
Österreich	555	Vereinigtes Königreich	2.419
Europ. Durchschnitt			
	377	Europ. Durchschnitt	1.436
		Österreich	869
Spanien	241	Lettland	591
Schweden	215	Bulgarien	483
Liechtenstein	159	Griechenland	404

Tabelle 7: Missverhältnis Spitalsbetten/Krankenhauspersonal³⁰

Zahlen zu den Beschäftigten

Die aktuellsten Zahlen zu den Beschäftigten stammen aus dem Jahr 2017. In allen Krankenanstalten österreichweit arbeiteten 2017 77.407 Personen (VZÄ) im nicht-ärztlichen Gesundheitsbereich; davon arbeiteten 66.143 in landesgesundheitsfondsfinanzierten Anstalten und 11.264 in nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Anstalten.³¹ Eine konkrete Beschreibung der Ausgangslage in Oberösterreich findet sich in [Kap. 4.1](#).

2.1.2 HERAUSFORDERUNGEN

Die Krankenhauswelt ist laufend Veränderungen ausgesetzt. Verändert haben sich die Anforderungen an die Pflege, die immer aufwändiger wird:

„Es haben sich die Anforderungen an das Pflegepersonal massiv erhöht, jetzt auch nicht nur von der Organisation, auch von der Bevölkerung her, von den Klienten, ja, auch das Thema der Angehörigen ist ein ganz großes für uns geworden die letzten 20 Jahre ja, diese Mitbetreuung der Angehörigen ist sehr anspruchsvoll geworden. Verlangt eine gewisse Kompetenz, und die auch zu begleiten und ich finde das wichtig und gut, aber das hat sich nie in der Ressourcenplanung wiedergefunden.“ (PM19)

Auch das Patientengut hat sich verändert. Neben einem demographischen Wandel ist auch die Zahl der demenzkranken Personen und der damit verbundene Pflegeaufwand gestiegen:

„Also das muss man schon sagen, der Aufwand für die Betreuung von demenzkranken Patienten ist einfach gestiegen. Und wir wissen, da gibt es Hochrechnungen, wie stark das noch steigen wird. Da braucht es Konzepte dafür.“ (PM13)

³⁰ Eurostat, 2019a/2019b; eigene Auswertung

³¹ BMASGK, 2018f; in den Werten sind alle Krankenanstalten gemäß § 2 KAKuG subsummiert, so auch Sonderanstalten wie z.B. Reha-Einrichtungen. Die Zahlen dienen als Überblick zur Veranschaulichung des Forschungsfeldes. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass andere Literaturquellen, wie z.B. Statistik Austria ein anderes Zahlenmaterial liefern. Wie viele Beschäftigte derzeit, zumindest in den zu registrierenden Gesundheitsberufen in den Krankenanstalten arbeiten, wird die Erstauswertung des neuen Gesundheitsberuferegisters zeigen. Erste Berechnungen werden für das 1. Halbjahr 2020 erwartet.

Gleichzeitig haben große Reformen, wie z.B. die Spitalsreformen Auswirkungen auf die Beschäftigten:

„Dieses Bild mit den Zitronen gefällt mir ganz gut, aus meiner Sicht waren wir vorher schon ausgequetscht... Diese Spitzenmedizin ist zu Lasten der Belegschaft insgesamt gegangen.“ (BR17)

Der dadurch entstandene wirtschaftliche Druck wird spürbar:

„Das gibt es alles nicht mehr. Es wird wirklich sich genau angeschaut, was bringt Geld und das wird gemacht. Also das ist sicherlich eine Veränderung, weil all die Bereiche, die einfach nicht kostendeckend sind oder profitabel sind, wird sich angeschaut, haben die trotzdem auf irgendeine Art einen Mehrwert für das Unternehmen und wenn sie das nicht haben, werden sie abgestoßen.“ (BR22)

„Da höre ich den letzten Jahren sehr oft die Aussage, das muss ressourcenneutral passieren. Und das bringt uns in eine ganz eine schwierige Situation.“ (PM19)

Des Weiteren sind aus Sicht der Akteure/-innen die derzeit vorhandenen Personalberechnungsmethoden veraltet und nicht mehr geeignet, die Anforderungen abzudecken³²:

„Du, du dawuzzelst dich mit einem Patienten, da hast du so zu tun, dass du da zurechtkommst. Wenn du da jetzt einen weniger intensiven Patienten hast, dann kannst durchaus zwei nehmen. Aber du hast nicht die Flexibilität. Du hast immer Spitzen, die du mit diesem Personalschlüssel nicht abdecken kannst und die werden in den letzten Jahren mehr.“ (BK31)

Aktuelle Studien³³ aus mehreren Bundesländern zeigen, dass die Herausforderungen und Belastungen gestiegen sind und laut Einschätzung der Befragten immer mehr werden ➤ siehe Kap. 5.4.7.

Die Beschäftigten schenken ihrem/ihrer Arbeitgeber/-in immer noch viel Vertrauen und würden sich großteils auch hier behandeln lassen. Deutlich wird aber auch, dass das Vertrauen in die Versorgungsqualität im eigenen Haus sinkt. Der Krankenhausvertrauensindex (KHVI) bemisst das Vertrauen in Krankenhausleistungen von Mitarbeitern/-innen in Krankenhäusern und wird jährlich erhoben.³⁴

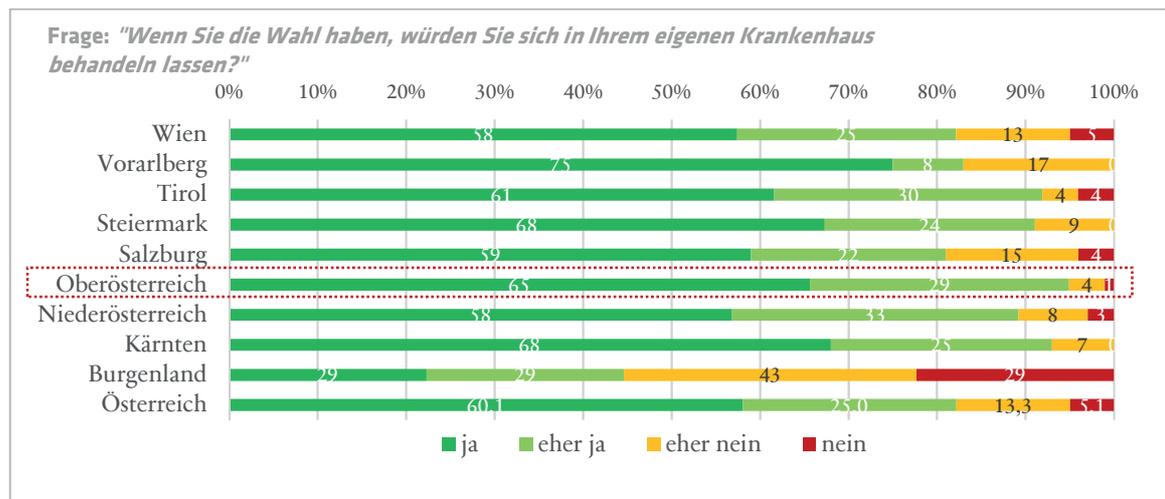


Abbildung 2: Vertrauen/Misstrauen in das eigene Krankenhaus³⁵

³² Siehe dazu z.B. auch die Forderungen des Pflegekonsiliums; Gratzner, 2014

³³ Geissler, 2019; IFES, 2018a; IFES, 2018b; Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2018

³⁴ imh GmbH, 2018

³⁵ imh GmbH 2017: 6 (eigene Darstellung)

Der KHVI zeigt weiters, dass der Großteil der Befragten die österreichischen Krankenhäuser nicht gerüstet für den demographischen Wandel sieht. Die Befragten erwähnten einen höheren Pflegeaufwand mit gleichzeitigem Zeitdruck aufgrund von Personalengpässen und Aufgabeverdichtungen.³⁶

Gleichzeitig wird es immer schwieriger, ausreichend neue Beschäftigte für Gesundheitsberufe in Österreich zu gewinnen > siehe Kap. 4.4.3. Die beschriebenen Faktoren haben starke Auswirkungen auf den Personaleinsatz in den österreichischen Krankenhäusern.

2.2 RECHTLICHE GRUNDLAGE PERSONALBERECHNUNG

Die Personalberechnung in den öö. Krankenhäusern ist in verschiedenen Quellen geregelt. Der österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) enthält allgemeine Formulierungen zur Personalausstattung in den Krankenanstalten.

„Die quantitative Ausstattung mit Personal der verschiedenen Gesundheitsberufe muss die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Anforderungen der Patientenversorgung erfüllen.“³⁷

Weiters weist der ÖSG darauf hin, dass es zu einer „qualitativ hochwertigen Versorgung“ auch eine ausreichende Personalausstattung mit allen für das Leistungsangebot am Standort erforderlichen Berufsgruppen braucht. Der Personaleinsatz ist demnach entsprechend den betrieblichen Erfordernissen sowie den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall jedenfalls gesetzeskonform sicher zu stellen.³⁸

Der Gesetzgeber ist vage in der Formulierung der Anforderungen zur Personalausstattung. Die Personalausstattung ist auf **Bundesebene** im § 8d Kranken- und Kuranstaltengesetz³⁹ (KAKuG) geregelt.

„Die Landesgesetzgebung hat die Träger von bettenführenden Krankenanstalten zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.“

Auf Bundesländerebene umgelegt werden spezifische Vorgaben in den Landesgesetzen getroffen.

Für **Oberösterreich** ist im § 19 öö. Krankenanstaltengesetz⁴⁰ die Personalausstattung definiert:

„Die Rechtsträger der bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist dafür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist jährlich der Landesregierung zu berichten. Die Landesregie-

³⁶ imh GmbH, 2018

³⁷ BMASGK, 2018a: 95

³⁸ Ebd.

³⁹ Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)

⁴⁰ Oö. Krankenanstaltengesetz (Oö. KAG)

„... hat Methoden, nach denen die Personalbedarfsermittlung in Krankenanstalten durchzuführen sind, mit Verordnung festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung einer vergleichbaren Grundlage für die Personalbesetzung erforderlich ist.“

Oberösterreich hat mit dem „PPR-Handbuch Oberösterreich“, den Versuch gestartet, geeignete Methoden zu entwickeln. Eine Weiterentwicklung dieser Methoden stockt jedoch seit den 2000er-Jahren. Für weitere Arbeitsbereiche und Berufsgruppen wurden keine Methoden festgelegt. Eine Verordnung zur Personalplanung wurde bisher nicht erlassen ➤ *siehe dazu Kap. 5.6.3.* Für weitere Beschreibungen zur Ausgangslage Personalberechnung in den öö. Krankenhäusern ➤ *siehe Kap. 0.*

Die gesetzlichen Vorgaben zur Personalausstattung in den anderen Bundesländern sind ähnlich gestaltet. Die konkreten Vorgaben sind in den einschlägigen Rechtsquellen der Bundesländer nachzulesen.

Salzburg gibt für die Krankenanstalten erweiterte Vorgaben, dass ausreichendes und qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden sein muss. Bezug zu nehmen ist auf die Anzahl und den Pflegeaufwand der Patienten/-innen, die räumlichen Gegebenheiten. Die Berechnung hat mit wissenschaftlich anerkannten Methoden zu erfolgen, welche der Gesetzgeber offenlässt. Es wird das Ziel der Personalplanung definiert.

„In Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 1 Z 1 bis 4 ist durch die Personalplanung sicherzustellen, dass in jeder Abteilung und Organisationseinheit jederzeit ausreichendes und qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Die erforderliche Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals ist insbesondere nach der Anzahl der Patienten/-innen, dem mit deren Betreuung verbundenen Pflegeaufwand und den räumlichen Gegebenheiten in der Krankenanstalt nach wissenschaftlich anerkannten Methoden zu ermitteln. Ziel hat dabei die Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen, sparsamen und an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierten Pflege zu sein.“⁴¹

Auch **Niederösterreich** weist auf die Anwendung wissenschaftlicher Methoden bei der Personalberechnung hin. Eine Konkretisierung der Methoden erfolgt jedoch nicht:

„Die Personalbedarfsermittlung ist nach wissenschaftlich anerkannten Methoden vorzunehmen.“⁴²

Das Gesetz gibt einen groben Rahmen für die Personalausstattung in den Krankenanstalten vor. Die Umsetzung, mit Ausnahme der Bereiche mit verpflichtenden Qualitätskriterien vorgegeben durch den „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG) und das LKF-Modell,⁴³ liegt meistens direkt den Trägereinrichtungen.

Ergänzend zu den Grundlagen des KAKuG haben noch weitere rechtliche Bestimmungen wie z.B. die Dienstrechtlichen Bestimmungen der Länder, das Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz, Mutterschutzgesetz, Kollektivverträge, Betriebsvereinbarungen, etc. einen wesentlichen Einfluss auf die konkrete Personalberechnung in den Krankenhäusern, hier vor allem auf die Umsetzung der Personalausstattung in den Dienstplänen.⁴⁴

⁴¹ Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG)

⁴² Nö. Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG)

⁴³ BMASGK, 2018a; BMASGK, 2018b. Für eine exemplarische Beschreibung der Qualitätskriterien ➤ *siehe Kap. 3.2*

⁴⁴ Einen Überblick zu rechtlichen Bestimmungen für das Arbeitsfeld Krankenhaus geben Wabro et al., 2010

2.3 LEISTUNGSORIENTIERTE KRANKENHAUSFINANZIERUNG ALS GRUNDLAGE

Bei der Bearbeitung des Themenfeldes Personalbedarfsplanung im Krankenhaus wird **407-mal** auf die Finanzierung des Krankenhaussystems hingewiesen. In diesem Zusammenhang soll das österreichische Finanzierungsmodell für Krankenhäuser kurz beschrieben werden.

Vor der Einführung des LKF-Systems im Jahr 1997 wurde in Österreich das „Pflegetagsvergütungssystem“ angewendet, bei dem stationäre Spitalsaufenthalte nach der Zahl der im Spital verbrachten Kalendertage abgegolten wurden. Dabei wurde in der Regel dem jeweiligen Sozialversicherungsträger ein Fixbetrag pro Tag verrechnet, unabhängig davon, woran der/die Patient/-in erkrankt war. Restliche Kosten der Krankenhäuser wurden als so genannter Betriebsabgang meist von verschiedenen Zahlern getragen.⁴⁵

„Ja, die Leistung wird nach LKF Punkten berechnet. Welche Leistung hast du? Da wird die Leistung angesehen und nicht mehr der Patient. Und früher war es die Belegsdauer. Was du für die Leistung bekommst, oder, wie lang ist der dagelegen? Das hat sich auch geändert. Und die Punkte werden berechnet vom Land. Wie viel kriegst du an Geld für die Leistung.“
(BR15)

Das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem (LKF-System) in der derzeitigen Fassung LKF-Modell 2019⁴⁶ beschreibt die Anwendung dieses Modells zur Abrechnung stationärer Krankenhausaufenthalte⁴⁷. Anwendung findet es in allen österreichischen Krankenhäusern, die über den Landesgesundheitsfinanzierungsfonds und den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert werden.⁴⁸

Das LKF-Modell⁴⁹ stellt ein Instrumentarium dar, das die bundesweit einheitliche Bepunktung von Krankenhausaufenthalten sichert. Grundlegendes Ziel dabei ist, eine Abrechnung der Krankenhäuser zu gewährleisten, die das tatsächliche Leistungsgeschehen berücksichtigt. Das LKF-System ist auf zwei Finanzierungsebenen aufgebaut.

Bundesweit einheitlicher LKF-KERNBEREICH	Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen.
Länderweise gestaltbarer LKF-STEUERUNGSBEREICH	Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds an die Träger der Krankenanstalten kann im Rahmen des LFK-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Tabelle 8: System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung⁵⁰

Der LKF-Kernbereich ist bundesweit einheitlich gestaltet und basiert auf den leistungsorientierten Diagnosefallgruppen und auf den speziellen Bepunktungsregelungen. Der LKF-Kernbereich wird seit der Einführung im Jahr 1997 laufend weiterentwickelt und aktualisiert und liegt derzeit im LKF-Modell 2019 vor. Der LKF-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht bei der Anwendung des LKF-Systems, besondere Versorgungsfunktionen einzelner Krankenhäuser bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung aus dem Landesgesundheitsfonds zu berücksichtigen.

⁴⁵ Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2010

⁴⁶ BMASGK, 2018b

⁴⁷ Die Finanzierungslogik für die Spitalsambulanzen erfolgt nach einer speziellen Logik. Auf diese soll an dieser Stelle nicht gesondert eingegangen werden.

⁴⁸ Für weitere Informationen zu PRIKRAF siehe: www.prikraf.info

⁴⁹ Für eine detaillierte Beschreibung des LKF-Modells siehe BMASGK, 2018b

⁵⁰ BMASGK, 2018b: 5 (eigene Darstellung)

Als besondere Versorgungsformen im Rahmen der LKF-Abrechnung gelten:

- Zentralversorgung
- Schwerpunktversorgung
- Krankenanstalten mit speziellen fachlichen Versorgungsfunktionen
- Krankenanstalten mit speziellen regionalen Versorgungsfunktionen

Bei der Zuordnung zu den Versorgungsstufen sind auch die Versorgungsfunktionen einzelner Abteilungen entsprechend ihrer Anzahl und Struktur zu berücksichtigen.⁵¹

Insgesamt stehen derzeit 979 leistungsorientierte Diagnosefallgruppen zur Verfügung.⁵² Ein Krankenhaus bekommt „pro Patient/-in einen gewissen Betrag, der sich aus der Diagnose und den erbrachten Leistungen errechnet. Jedem stationären Aufenthalt werden so „LKF-Punkte“ zugeschrieben. Je nach Bundesland erhält das Spital für stationär aufgenommene Patienten/-innen einen bestimmten Euro-Betrag pro

„Kodiert wird das, logischerweise, was die meisten Punkte bringt. Und vieles andere geht unter.“
(BR15)

LKF-Punkt aus dem Landesgesundheitsfonds. Spitalsambulanzen sind nicht vom LKF-System erfasst und werden über Pauschalen⁵³ finanziert. Die über LKF-Punkte „erwirtschaftete“ Finanzierung deckt allerdings nicht alle Kosten der Spitäler. Der restliche Betrag wird über die Betriebsabgangsdeckung beglichen.“⁵⁴

Die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung kann im weitesten Sinne als ein, den österreichischen Rahmenbedingungen angepasstes „Diagnosis Related Groups System“ (DRG-System)⁵⁵ beschrieben werden. Streng genommen wäre es unter dieser Definition aber ein „PDRG-System“, ein „Procedure- and Diagnosis Related Groups System“, da neben den Diagnosen auch die Leistungen ein vorrangiges Kriterium darstellen.⁵⁶

Dies bedeutet, dass stationäre Aufenthalte in diesem Modell auf Basis der in den Krankenanstalten erfassten Daten in leistungsorientierte Diagnosefallpauschalen bzw. Diagnosefallgruppen (LDFs) eingeteilt werden. Beachtung finden hierbei die medizinischen Leistungen, die festgestellten Krankheiten bzw. Diagnosen nach ICD-10, das Alter der Patienten/-innen und auch die im Krankenhaus benötigten Abteilungen. Je nach Gruppierung in LDFs wird das zu bezahlende pauschale Entgelt erhoben.

Für das zuständige Bundesministerium für Gesundheit gilt eine bundesweit einheitlich durchgeführte Diagnosen- und Leistungsdokumentation, ebenso wie die Datenqualität und Plausibilität der Dokumentation als wichtige Voraussetzung für die Durchführung des LKF-Systems.

Da es sich bei der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung um ein Punktesystem handelt, das eine Pauschalvergütung für die medizinischen Leistungen unabhängig von den

⁵¹ BMASGK, 2018b

⁵² Ebd.

⁵³ Die Pauschalregelung geht zurück auf die ursprüngliche KRAZAF-Vereinbarung zwischen Bund und Länder aus dem Jahr 1997, welche 2000 außer Kraft gesetzt wurde; siehe <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12016294>. Aktuell gibt es Diskussionen zur Neuorganisation der Finanzierung der Spitalsambulanzen. Für einen aktuellen Diskussionsstand siehe z.B. Gretzl, 2017; Gesundheit Österreich GmbH, o.A.; Rechnungshof Österreich, 2018; BMGF, 2017d

⁵⁴ weitere Informationen unter <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung>

⁵⁵ Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem DRG-System und den Folgewirkungen siehe Dieterich et al., 2019

⁵⁶ BMG, 2010

real angefallenen Kosten vorsieht, können Krankenanstalten Gewinne ebenso wie Verluste machen. Somit ergibt sich für sie der Druck, reale Kosten so niedrig wie möglich zu halten, was zu Konzentrationsprozessen führt.⁵⁷ Das System hat dazu geführt, dass die medizinischen Leistungen im Krankenhaus immer schneller abgewickelt werden (müssen) und Patienten/-innen nach Ablauf der je nach Diagnose zugeteilten Pauschalen schneller das Krankenhaus verlassen.

„... und wir reden von Daseinsvorsorge, das heißt, es gibt eine Leistung, die zu erbringen ist, egal ob es mittags ist, 18 Uhr oder 24 Uhr. Da stellt sich mir die Frage, warum muss ich durch ein LKF-finanziertes Finanzierungssystem einen Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenhäusern starten, indem man immer wieder die Vergleiche auf dem Tisch hat, die eine Orthopädie hat so und so viele Punkte geschrieben, die andere Orthopädie hat so viele Punkte geschrieben, etc. Und für den Punkt gibt es einen Wert in Euro... Ich verstehe, dass man in dem einen oder anderen Parameter vergleichbar ist, oder sein will, was ich nicht verstehe ist das Schüren des Wettbewerbs durch das LKF-System. Und deshalb glaube ich auch nicht, dass es ein LKF-System braucht. Wir reden von Daseinsvorsorge, wir reden davon, dass kranke Menschen behandelt werden wollen und müssen und das ist abzuarbeiten, ob ich jetzt LKF habe oder nicht.“ (G1)

Die Auswirkungen der LKF auf die Arbeits(-dichte) im Krankenhaus ist bis dato wenig erforscht. Geschildert wird, dass das LKF-Modell Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation hat. Während beispielsweise im Bereich der Pflege eine verstärkte Taylorisierung der Arbeit durch die Einführung von Zeitbewertungen für bestimmte Schlüsseltätigkeiten erfolgte, kann im administrativen Bereich eine Flexibilisierung der Arbeit und des Personaleinsatzes festgestellt werden. Durch die geforderte Dokumentation im Rahmen des LKF-Systems erfolgte eine Zunahme bürokratischer Tätigkeiten, vor allem auch für Pflegekräfte.⁵⁸

„Die Leistung, die grundsätzlich die Pflege, egal welcher Qualifikation, täglich zu erledigen hat, die ist ganz schlecht abgebildet.“

(PM9)

Der Kostendruck und die dadurch hervorgerufenen Konzentrationsprozesse wirken sich allerdings nicht nur auf die stärkere Durchtaktung der Arbeit und Veränderung der Arbeitsschwerpunkte aus. Vielmehr führt der Kostendruck zu Personaleinsparungen und somit zu einer Erhöhung der Arbeitsdichte generell. Dass im Zuge der Ökonomisierungstendenzen im Krankenhausesektor Pflegekräfte als die Träger variabler Kosten betrachtet werden, über jene sich Einsparpotenziale realisieren lassen, stellen auch Braun et al für das, dem österreichischen LKF-System sehr ähnliche, deutsche DRG-System fest.⁵⁹ Experten/-innen im Feld geben an, dass die Leistungen der Pflege viel zu wenig im LKF-System abgebildet sind, wodurch gerade hier versucht wird, die Zahl der Dienstposten im Vergleich zu den Ärzten/-innen gering zu halten. Gerade Erkrankungen wie z.B. Demenz lassen sich kaum in der LKF abbilden, wodurch es dafür auch eine spezielle Finanzierung gibt.

„Bleiben wir beim Thema Demenz, wir haben sehr viele Patienten, die kognitiv eingeschränkt sind, die eine Demenz haben. Und wenn wir in der LKF-Kodierung danach suchen, dann finden wir diese Patienten nicht, weil die Demenz nicht diagnostiziert ist. Das setzt dann ganz wo anders ab, aber wir können aufgrund der LKF-Kodierung nicht sagen, wir sind in der Pflege so belastet mit diesen Patientinnen und Patienten. Weil das sind viel, viel mehr. Aber nicht, dass man sagt, ok, bei ein paar ist das nicht diagnostiziert, sondern der Anteil passt überhaupt nicht zusammen... Diese Verknüpfung ist ganz, ganz schwierig und meines Erachtens kann man die derzeit nicht valide darstellen. Das hat so viele Einflussfaktoren. Und auch wenn... der Patient diese Diagnosen

⁵⁷ Brandt et al., 2009

⁵⁸ Ebd.

⁵⁹ Braun et al., 2011

hat, kodiert wird das, logischerweise, was die meisten Punkte bringt. Und vieles andere geht unter.“ (E7)

Es wird daher laufend von Pflegekräften eingebracht, dass Pflegeleistungen besser in den Finanzierungsmodellen abgebildet werden sollen.

„Es gibt schon diese LKF-Punkte, da steht halt drinnen, die und die Diagnose, aber alles was rundherum passiert, was an Gesprächen mit Patienten passiert, was an Beziehungsarbeit passiert, das kann ich ja nicht messen, der eine braucht mehr, der andere weniger. Und darum bin ich gegen solche Instrumente... Aber das ist für mich nicht menschlich.“ (PM15)

„Und dadurch, dass sich die Pflegediagnostik sich überhaupt nicht monetär abbildet, oder nicht mal monetär sondern sich irgendwie abbildet... aber wenn man diese Dinge über Pflegediagnose abbilden würde, das würde auch die Wertigkeit der Pflegediagnosen heben. Dann wären wir auch mehr bestrebt, das Korrekte zu finden und dann würde man viele Dinge sehen.“ (E7)

„Die Leistung, die grundsätzlich die Pflege, egal welcher Qualifikation, täglich zu erledigen hat, die ist ganz schlecht abgebildet. Man versucht zwar mit den Pflegediagnosen, da jetzt Pflegewege zu finden, dass man da eine Abbildung dahinter hat, aber, dass das eine Wertigkeit bekommt, wo dann dahinter eine Zahl steht, dass ist das was uns fehlt.“ (PM9)

Lange Zeit besteht z.B. in Deutschland schon die Diskussion, z.B. die Pflege in eigenen Kategorien darzustellen – den Nursing Related Groups (NRG).⁶⁰ In Deutschland wird daher der Weg beschritten, dass die Pflegefinanzierung mit 2020 auf eigene Beine gestellt wird.⁶¹ Die Personalkosten für die Pflege am Bett sollen dabei fallpauschalenunabhängig vergütet und somit aus dem DRG ausgegliedert werden. Die Pflegepersonalkosten werden dabei über ein krankenhausesindividuell zu vereinbarendes Pflegebudget finanziert. Im Mittelpunkt steht dabei das vom „Institut für das Entgeltsystem“⁶² entwickelte Konzept der sogenannten Pflegelast. Die Pflegelast bildet dabei aber keinen Aufwand im pflegerischen, sondern im ökonomischen Sinne ab. Es lohnt sich, die deutschen Entwicklungen laufend zu betrachten und ev. Ableitungen für Österreich zu treffen.

2.4 ZIELSETZUNG DER STUDIE

In der Ausübung der gesetzlichen Interessenvertretung wird die Arbeiterkammer Oberösterreich laufend von Beschäftigten in Gesundheitsberufen mit der zunehmenden Verdichtung der Arbeit und der immer stärker werdenden Belastung konfrontiert. In diversen Gesprächen mit Führungskräften und Betriebsräten/-innen wurde immer wieder der Mangel an zeitgemäßen Personalberechnungsmethoden im Krankenhaus als Hauptursache für diese Phänomene angeführt. Dass die Situation gerade in den Gesundheitsberufen⁶³ im Krankenhaus als sehr belastend empfunden wird, belegen unter anderem aktuelle Studien der Arbeiterkammer Wien, Arbeiterkammer Tirol und Arbeiterkammer Salzburg.⁶⁴ Bereits 2013 hat das Pflegekonsilium (unter Federführung der Kammer für Arbeiter und Angestellte Steiermark⁶⁵) darauf hingewiesen, dass es Überlegungen zur Personalberechnung im Krankenhaus braucht. Auf Bundes- und Landesebene aber auch auf Modellebene hat es wenig konkrete Veränderungen dazu gegeben.

⁶⁰ Siehe dazu z.B. auch Thomas et al., 2014

⁶¹ Deutscher Bundestag, 2018; weitere Einschätzung dazu auch in Simon, 2018

⁶² Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), 2019

⁶³ Die Zuordnung zu den Gesundheitsberufen erfolgt gemäß Weiss et al., 2019

⁶⁴ Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2018; IFES, 2018b; IFES, 2018a

⁶⁵ Gratzner, 2014

Auf Systemebene wird derzeit erstmals versucht, im Auftrag des BMAGSK bis 2019 eine Prognose für den Bedarf an Pflegekräften auf System(Makro)ebene zu erfassen. Weiters läuft aktuell eine Studie im Auftrag der AK Wien, der den Bedarf an MTD-Kräften auf Makroebene erhebt. Derzeit ist nicht valide darstellbar, wie viele Personen in Österreich überhaupt für viele Gesundheitsberufe qualifiziert sind. Mit dem Gesundheitsberuferegister⁶⁶ soll hier ein wesentlicher Meilenstein erreicht werden, in dem Pflege- und MTD-Berufe erfasst werden. Bis Beginn 2020 sollen erste Daten über die Zahl der qualifizierten Personen vorliegen.⁶⁷ Dass Pflege- und MTD-Kräfte registriert werden, wird mittlerweile großteils begrüßt.

„Also sehr positiv sehe ich auch das Gesundheitsregister. Das finde ich ganz wichtig, weil wenn man mal erfasst, wie viele überhaupt da sind, wie viele haben wir, Ausgebildete und so weiter, und wie schaut die Situation aus, wo sind die auch. Das ist so wesentlich für uns, wir bilden so viele aus. Ich denke, dass es sehr wichtig ist die Bewerbung, die Rekrutierung, dass man da gut darauf schauen müssen.“ (PM8)

„Also das ist eine Studie, die spannend ist.“
(PM8)

In (Ober)österreich gibt es derzeit keine vertieften Studien zu den Personalberechnungsmodellen auf Einrichtungsebene und die Auswirkungen auf die Versorgungs- und Arbeitsqualität. Während es in (Ober)österreich wenig Initiativen gibt, neue gesetzliche Vorgaben zur Personalbedarfsberechnung

festzulegen, gibt es international bereits seit geraumer Zeit – häufig unter dem Druck der Gewerkschaften – Initiativen, um die Personalberechnung in Krankenhäusern neu zu gestalten.⁶⁸

Die vorliegende Arbeit soll eine Basis für notwendige nächste Schritte zur Personalberechnung im Krankenhaus in Oberösterreich (und auch auf Bundesebene) sein.

Zielsetzung der Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Personalberechnungsgrundlagen für die öö. Krankenhäusern, die Implementierung in der Praxis, die Auswirkungen auf die Versorgungs- und Arbeitsqualität, eine Prüfung der Passung für die Anforderungen der öö. Krankenhäuser im Jahr 2018/2019 und die Identifikation von Handlungsfeldern durch Experten/-innen aus der Praxis.

Besonders betrachtet wurden dabei folgende Themenstellungen:

- aktuelle und zukünftige Herausforderungen der Arbeitswelt Krankenhaus
- unter welchen (personellen) Rahmenbedingungen arbeiten derzeit Beschäftigte und Führungskräfte in den Gesundheitsberufen (Ärzte/-innen ausgenommen) in den öö. Krankenhäusern
- wie erfolgt die Personalbedarfsberechnung in den öö. Krankenhäusern konkret
- wie tauglich erleben die Akteure/-innen die derzeit verfügbaren Modelle und Vorgaben zur Personalberechnung
- wie wird derzeit die Versorgungs- und Arbeitsqualität eingeschätzt
- was läuft derzeit gut zum Thema Personaleinsatz
- wo sehen die Akteure/-innen im Feld Handlungsbedarf

⁶⁶ Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen sowie das öffentliche Gesundheitsberuferegister

⁶⁷ Für ausgewählte Gesundheitsberufe wie Hebammen, Psychologen/-innen, etc. gibt es bereits seit geraumer Zeit verpflichtende Registrierungen in Form einer Eintragung in die entsprechende Liste (z.B. die Liste der Klinischen Psychologen/-innen, Register für Hebammen). Für weitere Informationen siehe: Weiss et al., 2019

⁶⁸ Für einen kurzen Überblick zu Entwicklungen in Deutschland aber auch internationalen Modellen, wie z.B. in Kalifornien ➤ siehe Kap. 3.6.

2.5 METHODIK

Auf Basis von Vorstudien zum Thema Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und einer Durchsicht relevanter Literatur (inkl. „grauer Dokumente“, Projektberichte und Vorgespräche) wurde eine Auflistung relevanter Fragenkomplexe zum Themenfeld „Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern“ entwickelt. Für die Bearbeitung der Themenstellungen wurde der Zugang „**Mixed Methods**“, ein Bündel von Forschungsmethoden, gewählt.

Auf Basis der theoretischen Erkenntnisse wurden 207 Interviews an 25 Krankenhaustandorten und 15 anderen Standorten (z.B. Schulen, Gewerkschaften, etc.) geführt. Zielgruppe der Befragung waren Beschäftigte in den Gesundheitsberufen (ohne Ärzte/-innen), Führungskräfte, Betriebsräte/-innen, Gewerkschaftsfunktionäre/-innen, weitere Experten/-innen (z.B. Vertreter/-innen von Ausbildungseinrichtungen, Fachexperten/-innen zur Personalberechnung im Krankenhaus, Gesundheits- und Sozialsprecher/-innen, Berufsverbände, etc.). Aufgrund zahlreicher Rückmeldungen wurde die Liste der zu befragenden Personen um Vertreter/-innen weiterer Berufsgruppen im Krankenhaus, wie z.B. Patienten/-innen-Begleitung, Qualitätsmanagement, Verwaltung, etc. erweitert. Die Ergebnisse dieser Berufsgruppen fließen in die allgemeine Auswertung ein ➤ *siehe Kap. 5.8.4*. Für eine detaillierte Beschreibung der Arbeitsbedingungen dieser Berufsgruppen wird ein erneutes Forschungsvorhaben empfohlen. Da manche Interviewpartner/-innen mehrere Perspektiven vertreten (z.B. Pflegekraft und Betriebsrat/-rätin) wurden diese doppelt codiert und gesondert ausgewertet.

2.5.1 FOKUS DER INTERVIEWS

Der Fokus der Interviews liegt bei den oberösterreichischen Krankenhäusern⁶⁹. Einige Interviews (Berufsverbände, Gewerkschaft, Experten/-innen Personalberechnung) wurden bundeslandübergreifend geführt. Zielsetzung bei der Auswahl der Interviewpartner/-innen war es, Gesprächspartner/-innen in möglichst vielen öö. Krankenhäusern zu gewinnen. Bei den Gesprächen wurde der Hauptfokus auf die LGF-finanzierten Krankenhäuser⁷⁰ gelegt. Zur Anbahnung der Interviews wurde (größtenteils unterstützt von Betriebsräten/-innen) das Management der öö. Krankenhäuser kontaktiert und die Projektidee vorgestellt. Aufbauend auf einer Gesamtmatrix mit Blick auf die jeweiligen Berufsgruppen und Abteilungen im Haus, wurden von den Führungen in den Häusern die Interviewpartner/-innen nominiert und die Interviews in den öö. Krankenhäusern durchgeführt. Mit Ausnahme eines Krankenhauses im Innviertel (hier wurden Interviews mit den Betriebsräten/-innen geführt), beteiligten sich alle öö. Krankenhausträger an der Studie. An dieser Stelle gilt ein besonderer Dank an die Kollegen/-innen in den öö. Krankenhäusern für die ausgezeichnete Organisation, die Gastfreundschaft und die Einblicke in den Arbeitsalltag und die Herausforderungen aus Sicht der Interviewpartner/-innen.

⁶⁹ In der öö. Praxis werden die Begriffe Krankenhaus, Krankenanstalten, Spitäler häufig parallel verwendet. Im Rahmen dieser Studie sind sie als synonym zu betrachten.

⁷⁰ Bei den beiden Krankenhäusern Diakonissen und Unfallkrankenhaus der AUVA wurden Interviews mit den Betriebsräten/-innen geführt. Diese bestätigten die allgemeinen Handlungsfelder ➤ *siehe Kap.5*. Um keine Verzerrungen durch unterschiedliche Finanzierungsformen zu erhalten, wurde – trotz Zustimmung der Geschäftsführungen – auf Interviews mit Beschäftigten und Führungskräften verzichtet.

2.5.2 AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNER/-INNEN

Insgesamt wurden mit **216 Personen** Interviews (243 Perspektiven) geführt. Die Verteilung stellt sich wie folgt dar:

Interviewperspektive	Anzahl	
Experten/-innen: Verbände, Schulungsträger/-innen, Wissenschaft	12	
Gewerkschaft	7	
Betriebsräte/-innen	33	
Pflegemanagement	24	
Bereichsleitungen	22	
Stationsleitungen	44	
Beschäftigte im Krankenhaus	101	
	Pflege (DGKP/PA)	67
	MTD	8
	MAB/MFA/MTF	7
	Hebammen	10
	Sozialarbeit	2
	weitere Berufsgruppen	7

Tabelle 9: Interviewpartner/-innen im Überblick⁷¹

Die Auswahl der weiteren Interviewpartner/-innen – ohne direkte Verortung in einem öö. Krankenhaus (n = 15) erfolgte im Schneeballsystem. In einigen Vorgesprächen und in der Literaturanalyse wurden zusätzliche potenzielle Interviewpartner/-innen identifiziert, die anschließend für ein Interview gewonnen werden konnten.

Bei der Auswahl der Interviewpartner/-innen wurden folgende Faktoren beachtet:

- Experten/-innen zum Feld: Forschung, Personallberechnung, Aus- und Weiterbildung, Vertretung der berufspolitischen Interessen (ÖGKV, ANDA, MTD-Verband)
- Kollegen/-innen aus den relevanten Gewerkschaften
- bestmögliche Einbindung aller öö. Krankenhäuser
- Betriebsräte/-innen, BR-Vorsitzende, Zentralbetriebsratsvorsitzende (fraktionsübergreifend)
- Beschäftigte⁷² im Krankenhaus mit Fokus Gesundheitsberufe
- Führungskräfte für Gesundheitsberufe in allen Hierarchieebenen (ohne Ärzte/-innen)
- junge und erfahrene Kollegen/-innen
- Frauen und Männer

2.5.3 DURCHFÜHRUNG

Für die Interviews wurde ein semi-strukturierter Interviewleitfaden für die verschiedenen Interviewgruppen erstellt und einem Pre-Test unterzogen ➤ siehe Kap. 7.2. Alle Interviews wurden persönlich – meist direkt im Krankenhaus – durchgeführt. Während bei den Interviews mit den Führungskräften und Betriebsräten/-innen auch die Modelle der Personallberechnung im

⁷¹ Die Perspektive Bereichsleitung umfasst Leitungen mit höherer Führungsspanne aus allen Bereichen. Die Perspektive Stationsleitung umfasst ebenfalls Leitungen aus allen Bereichen (z.B. Stationsleitungen, Leitung Ambulanzen). Konkret wurden folgende weitere Berufsgruppen interviewt: Personalmanagement, QM, Patientenbegleiter, Stationssekretärin, Sekretärin, ABH (ausbildungsbegleitende Hilfen)

⁷² Im Krankenhausalltag werden die Begriffe Beschäftigte, Mitarbeiter/-innen und Personal häufig parallel verwendet. Im Rahmen dieser Studie werden sie synonym verwendet.

Mittelpunkt standen, waren es bei den Beschäftigten vor allem die Kategorien „was läuft derzeit gut zum Thema Personalberechnung“ und „wo drückt uns derzeit der Schuh zum Thema Personalberechnung“ *➤ siehe Kap. 7.2*. Die Interviews wurden einzelnen Interviewgruppen zugeordnet und codiert *➤ siehe dazu Kap. 5.1*. Aufgrund von Doppelfunktionen mancher Interviewpartner/-innen im Krankenhaus, wie z.B. Beschäftigte und Betriebsrat/-rätin wurden differenzierte Antworten gegeben. Für die weitere Bearbeitung wurde in diesen Fällen eine Doppelcodierung vergeben (z.B. BK56/BR3). Die 216 Interviewpartner/-innen lieferten daher Aussagen aus 243 Perspektiven.

Alle Interviews hatten einen stark narrativen Charakter, wodurch weitere Erkenntnisse über das zentrale Forschungsinteresse hinaus gewonnen werden konnten. 200 Interviews wurden in Form eines Einzelinterviews durchgeführt, auf Wunsch der Befragten wurden sieben Interviews als Mehrpersoneninterview (6 Doppel- und 1 Gruppeninterview mit 4 Personen) durchgeführt. Die Interviews wurden in mehreren Wellen durchgeführt (je nach Anbahnungsstatus mit den Krankenhäusern). Der Zeitraum reichte von Ende November 2016 bis Mitte April 2019, mit einer Haupterhebung im Zeitraum von Juni 2017 bis Juni 2018.

Monat(e)	Anzahl Interviews
November 2016 – März 2017	3
Juni 2017 – August 2017	18
September 2017	15
Oktober 2017	18
November 2017	39
Dezember 2017	40
Jänner 2018	32
Februar 2018 – Mai 2018	14
Juni 2018	11
Juli 2018 – Dezember 2018	10
Jänner 2019 – April 2019	7

Tabelle 10: Interviews im zeitlichen Überblick

Die Interviews dauerten von knapp sechs (00:05:49) Minuten bis 94 (01:34:18) Minuten. Der große Unterschied in der Interviewdauer ergibt sich vor allem durch den Einsatz unterschiedlicher Interviewleitfäden *➤ siehe auch Kap. 7.2*. Im Durchschnitt dauerten die Interviews rund 35 Minuten.

Interviewperspektive	Durchschnittliche Interviewdauer
Experten/-innen: Verbände, Schulungsträger/-innen, Wissenschaft	00:54:14
Gewerkschaft	00:52:14
Betriebsräte/-innen	00:52:29
Pflegemanagement	00:46:14
Bereichsleitungen	00:38:07
Stationsleitungen	00:33:24
Beschäftigte im Krankenhaus	00:24:08
Gesamt	rund 35 Minuten

Tabelle 11: durchschnittliche Interviewdauer je Interviewperspektiven

Alle Interviews wurden nach vorheriger Absprache und Einhaltung der Richtlinien der Datenschutzgrundverordnung in digitaler Form aufgenommen, volltranskribiert, codiert und anonymisiert.

Aufbauend auf dem Ansatz „*Mixed Methods*“ wurden ergänzend zu den Interviews bei den Beschäftigten, Gewerkschaften und Betriebsräten/-innen zum Themenkomplex „*Einschätzung zukünftiger Belastungen*“ Grade der Zustimmung zu vorgegebenen Antwortkategorien erhoben > siehe Kap. 7.2. Diese fließen in die weitere Bearbeitung ein und werden im Kapitel Handlungsfelder beschrieben. Da nicht alle Befragten alle Kategorien bearbeiten konnten (z.B. kein Nachtdienst) werden als „n“ jeweils die tatsächlichen Nennungen verwendet, wodurch sich in den Detailauswertungen unterschiedliche Anzahlen ergeben. Zusätzlich wurden einzelne Fallbeschreibungen zu „*tatsächlichen Pflege-Minuten*“ > siehe Kap. 3.4 und „*tatsächlicher Nurse-to-Patient-Ratio*“ > siehe Kap. 3.6.2 erstellt.

2.5.4 AUSWERTUNG

Die Transkripte wurden nach zentralen Stichworten und Themenfeldern analysiert.⁷³ Insgesamt wurden 9.829 Themenzeilen aus den vorliegenden Interviews verdichtet und daraus 47 Schlüsselaspekte und 104 Unterkategorien ausgearbeitet werden. Für die Auswertung wurden zusätzliche Methoden herangezogen. Erkenntnisse aus der Literatur, quantitative Einschätzungen zu „zukünftigen Belastungen“, exemplarische Erhebungen zur „Nurse-to-Patient-Ratio“ in 30 Abteilungen in neun öö. Krankenhäusern: 23 bettenführende Stationen und sieben Abteilungen mit verbindlichen Qualitätskriterien. Weiters wurden sechs exemplarische Fallbeschreibungen zur PPR-Kategorisierung und tatsächlichen Ist-Minuten durchgeführt. Die Ergebnisse wurden zu 39 Handlungsfeldern verdichtet und in einem Katalog > siehe Tabelle 47: Katalog Handlungsfelderzusammengeführt. Dieser bildete die Basis für eine Plausibilitätsprüfung. Dabei wurden die zentralen Handlungsfelder mit ausgewählten Führungskräften und Betriebsräten/-innen in moderierten Sequenzen kritisch diskutiert, um mögliche Abweichungen zu beleuchten und diese in politische Empfehlungen und Forderungen der Arbeiterkammer Oberösterreich einfließen zu lassen.

⁷³ zusammenfassende Inhaltsanalyse; leicht adaptiertes Vorgehen nach Mayring, 2015

3 MODELLE DER PERSONALBERECHNUNG IM ÜBERBLICK

3.1 EINLEITUNG

Ziel der Personalbedarfsplanung⁷⁴ ist, zu planen, wie viele Mitarbeiter/-innen mit welcher Qualifikation zu welcher Zeit und an welchem Ort benötigt werden, um das Leistungsangebot des Krankenhauses bewältigen zu können. Der Personalbedarf wird dabei maßgeblich bestimmt vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses (Standard-, Schwerpunkt- oder Zentralkrankenhaus), sowie von den zu erbringenden Schwerpunkten und Leistungen. Basis der Personalberechnung ist eine Analyse der Aufgaben und der qualitativen und quantitativen Voraussetzungen, die für die Erfüllung der Aufgabe nötig sind.⁷⁵ Die qualitative und die quantitative Personalbedarfsermittlung erfüllen dabei unterschiedliche Aufgaben.

Personalbedarfsermittlung	
qualitativ	quantitativ
<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung an Kompetenzen • Definition der Arbeitsaufgabe • Festlegung Qualifikationsprofil für Mitarbeiter/-innen • Fachliche, körperliche und geistige Anforderungen an die Beschäftigten 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung am Kapazitätsbedarf (kurz-, mittel- und langfristig) • Festlegung Mengengerüst an Mitarbeiter/-innen • Wie viele Personen werden zur Erfüllung der geplanten Leistungen in einem definierten Zeitraum benötigt

Tabelle 12: Ebenen der Personalbedarfsermittlung⁷⁶

Der quantitative Personalbedarf lässt sich wie folgt berechnen:

$$\text{Personalbedarf (Anzahl der Stellen)} = \frac{\text{Arbeitsmenge (Zeiteinheit pro Periode)}}{\text{Arbeitszeit (Zeiteinheit pro Periode)}}$$

Abbildung 3: Berechnung des quantitativen Personalbedarfs⁷⁷

Die Ermittlung der Arbeitsmenge ergibt sich aus der jeweils ausgewählten Berechnungsmethode. Die Arbeitszeit errechnet sich durch die zeitliche Verfügbarkeit der Beschäftigten in einer Periode (z.B. Tag, Woche, Jahr). Die Literatur unterscheidet dabei zwischen theoretischer Verfügbarkeit (Brutto-Arbeitszeit) und der realen Arbeitszeit (Netto-Arbeitszeit).⁷⁸ Auf den Unterschied zwischen Brutto-Arbeitszeit, Netto-Arbeitszeit, die derzeitige Berücksichtigung in den eingesetzten Modellen und die Auswirkungen in der Praxis wird im [Kap. 5.5.4](#) nochmals gesondert eingegangen. Bereits an dieser Stelle soll erwähnt werden: Aus Sicht der in der Studie

⁷⁴ Die vorliegende Studie konzentriert sich auf die Mikroebene der Personalberechnung direkt in den Krankenhäusern. Diese hat – neben weiteren Faktoren – eine Auswirkung auf die Bedarfsplanung der Gesundheitsebene auf Makroebene. In diesem Zusammenhang laufen zwei aktuelle Studien der GÖG mit Fokus Pflege (im Rahmen des Masterplanes Pflege) bzw. im Auftrag der AK Wien zu den MTD-Berufen. Die Ableitung konkreter Handlungsbedarfe auf Makroebene ist Nichtziel der vorliegenden Arbeit.

⁷⁵ Wabro et al., 2010

⁷⁶ Ebd.: 11 (eigene Darstellung)

⁷⁷ Ebd.: 11 (eigene Darstellung)

⁷⁸ Für die Berechnung der Verfügbarkeit siehe z.B. Wabro et al., 2010; Zulehner, 2016; Dorfmeister, 1999

befragten Teilnehmer/-innen sind die Fehlzeiten derzeit zu wenig in den Personalbedarfsberechnungen abgebildet.

„Nettoarbeitszeit, die ja bei allen Berechnungen herangezogen wird, ist nicht mehr demensprechend. Es werden immer noch die 1.600 Stunden herangezogen und tatsächlich fallen viele von den Älteren durch Kuren, etc. aus und jetzt haben wir eine durchschnittliche Nettoarbeitszeit von 1.380 Stunden. Und bei diesem Träger, und ich glaube, das ist bei vielen noch nicht anders, werden 1.600 Stunden zugrunde gelegt. Und das wäre etwas, was uns bei allen Berechnungsformen helfen würde, weil, die brauche ich überall.“ (PM22)

Zulehner⁷⁹ weist bereits 2016 darauf hin, dass eine Berechnung des Personalbedarfs in verfügbaren Netto-Arbeits-Stunden zielführend erscheint.

In der Praxis arbeiten die meisten Krankenhäuser mit ähnlichen Berechnungsmodellen. Bereits 2010 wurde im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ein Handbuch für die Personalplanung⁸⁰ entwickelt, mit dem Ziel, „*Mindeststandards für eine einheitliche, transparente und letztendlich vergleichbare Vorgehensweise*“ in der Personalplanung festzulegen. Auf österreichischer Ebene gibt es immer wieder Einzelaktivitäten einzelner Träger, der Gewerkschaften und von weiteren Experten/-innen, die Personalberechnungsmodelle weiter zu entwickeln
 ➤ siehe dazu auch Kap. 5.6. So hat z.B. Zulehner⁸¹ 2016 ein Grundlagenwerk zum Personalbedarf und -einsatz in Gesundheitsunternehmen geschrieben, das in der Praxis häufig in Teilen im Einsatz ist bzw. zitiert wird. Für einige Zeit gab es eine ÖNORM zur PPR, die mittlerweile wieder außer Kraft gesetzt ist ➤ siehe dazu Kap. 5.6.3. In der gängigen Literatur⁸² werden folgende Methoden der Personalbedarfsplanung beschrieben:

Grundverfahren

- Leistungsmethode (analytische Verfahren)
 - Analytisches Berechnungsverfahren
 - Analytisches Schätzverfahren
- Arbeitsplatzmethode
- Folgeverfahren
 - Fortschreibungsmethode
 - Kennzahlenmethode

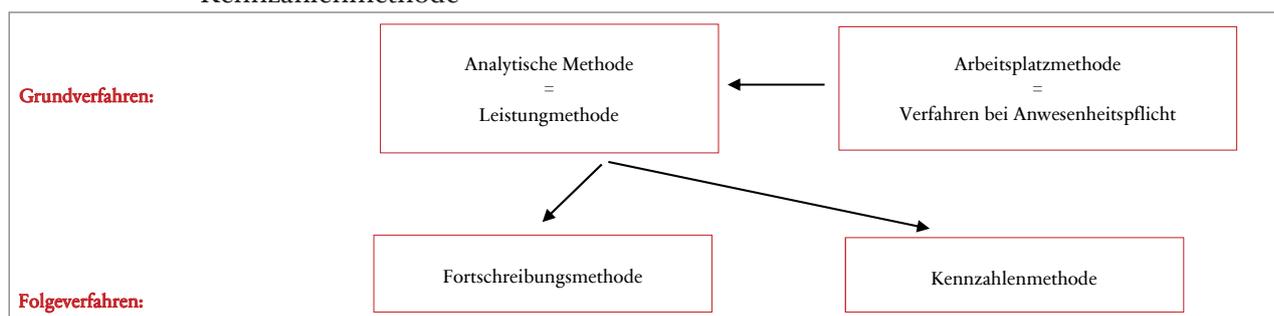


Abbildung 4: Verfahren der Personalbedarfsermittlung⁸³

Die Wahl des eingesetzten Verfahrens hängt dabei von der zur Verfügung stehenden Datenqualität ab und davon, ob die Aufgaben in der zu untersuchenden Leistungseinheit quantifi-

⁷⁹ Zulehner, 2016

⁸⁰ Wabro et al., 2010, Vorwort

⁸¹ Zulehner, 2016

⁸² Wabro et al., 2010; Zulehner, 2016

⁸³ Wabro et al., 2010: 13 (eigene Darstellung)

zierbar sind oder nicht. „Dazu muss vor der Wahl der Berechnungsmethode ein Aufgabenkatalog für die zu untersuchende Leistungseinheit erstellt werden, in dem die einzelnen Arbeitsaufgaben, die Arbeitsmenge und die dafür benötigte Zeit aufgezeichnet werden.“⁸⁴

Die folgenden Tabellen aus dem Handbuch zur Personalplanung geben einen ersten Überblick, wann welches Verfahren anzuwenden ist.

GRUNDVERFAHREN	Verfahren	Leistungsmethode		Arbeitsplatzmethode
		Analytisches Berechnungsverfahren	Analytisches Schätzverfahren	
	Grundlage	Aktuelle Ist-Daten	Erfahrungen der Mitarbeiter/-innen und plausibilisierte Prognosedaten	Stellenplan
	Anzuwenden bei	<ul style="list-style-type: none"> • bestehenden, wiederkehrenden und quantifizierbaren Aufgaben • messbaren Aufgaben (Menge und Zeit) in einem repräsentativen Zeitraum 	<ul style="list-style-type: none"> • nicht (durchgängig) quantifizierbaren Aufgaben • Fehlen eines repräsentativen Zeitraumes für die Datenerhebung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anwesenheitspflicht (mengunenabhängig) • Leistungsfunktionen • gesetzlichen Vorgaben (Beauftragte im Krankenhaus lt. Gesetz)
	Erhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstaufschreibung • Laufzettelverfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview • Dokumentenauswertung 	
	Berechnung	Jahresarbeitsbedarf im Verhältnis zur verfügbaren Jahresarbeitszeit einer Normalarbeitskraft = Personalbedarf für die jeweilige Aufgabe		
	Anmerkungen			Verifizierung des ermittelten Personalbedarfs durch Auslastungsprüfung (analytisches Berechnungsverfahren)

Tabelle 13: Grundverfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs⁸⁵

In der Praxis finden häufig die Fortschreibungs- und die Kennzahlenmethode als Folgeverfahren Anwendung.

FOLGEVERFAHREN	Verfahren	Fortschreibungsmethode	Kennzahlenmethode
	Beschreibung	Fortschreibung von Ergebnissen im untersuchten Bereich	Vorgabe von zentralen Kennzahlen (Datenbasis repräsentative Erhebung in einem anderen Untersuchungsbereich)
Voraussetzung für die Anwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Seit der letzten detaillierten Ermittlung gab es nur Änderungen im Mengengerüst • Die Zeiten für die Bearbeitung einer Aufgabe wurden repräsentativ erhoben und sind weiterhin gültig • Aktualisierung der Mengendaten 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau, Abläufe und Rahmenbedingungen des untersuchten Bereichs sind repräsentativ für den Bereich, wo die Kennzahlen angewendet werden (Dokumentation der erhobenen Daten zur Ermittlung der Kennzahlen für die Überprüfung der Repräsentativität) 	

Tabelle 14: Folgeverfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs⁸⁶

⁸⁴ Wabro et al., 2010: 13

⁸⁵ Ebd.: 14 (eigene Darstellung)

⁸⁶ Ebd.: 14 (eigene Darstellung)

Zulehner (2016) gibt einen Überblick zu den konkreten Einsatzmöglichkeiten der Modelle in der Praxis.

Methodik	Kurzbeschreibung	Beispielhafte Anwendungsbereiche
Arbeitsplatzmethode	Leistungsunabhängige Berechnung der zur Verfügung zu stellenden Personalressource für im Anlassfall zu erbringende Leistungen	Notfallambulanz Entbindungsbereich Nachtdienste Journaldienste Rezeption
Leistungsorientierte Methode	<p>Komplexe kombinierte Methoden: PPR, Psych-PV, Kinder-PPR LEP® Kombinierte Leistungsorientierte Methode Pflegestufenverfahren Kalkulation mit gewichteten Bewohnern Schnitt-Naht-Zeit-Methode</p> <p>Anhaltzahlen-Kennzahlen-Methoden: Personaleinsatz je belegtes Bett Personaleinsatz je Aufenthalt Personaleinsatz je Patientenkontakt Personaleinsatz je Leistungseinheit (Dialyse) Personaleinsatz je Intervention Personaleinsatz je Leistungsfrequenz Personaleinsatz je Leistungspaket Fallzahlen je Facharzt und Fachrichtung Arzt je belegtem Bett</p> <p>Methoden der Einzelleistungserfassung: Minutenwerte je Einzelleistung Teilweise unter Berücksichtigung von Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung</p>	<p>Bettenführende Bereiche Operationseinheiten Ärztlicher Dienst Alten- und Pflegeheime</p> <p>Interventionseinheiten Bettenführende Bereiche Langzeitpflege Tagesklinik Hauskrankenpflege Funktionseinheiten Interventionseinheiten Plan-Ambulanzen Diagnostik Ärztlicher Dienst</p> <p>Therapieeinheiten Rehabilitation Diagnostik Bildgebende Diagnostik Funktionsdiagnostik</p>
Prozessorientierte Methode	Personalressourcen je Grade (Qualifikation) unter Berücksichtigung der patientenorientierten Ablauforganisation	Kritische Analyse der Kernprozesse und Neubewertung des Grade-Mix

Tabelle 15: Methoden der Personalbedarfsanalyse⁸⁷

Für die Berechnung des Personals mittels Leistungsmethode ergibt sich folgende Berechnungsformel:

$$\frac{\text{Ø Arbeitszeit je Leistung (min.)} \times \text{Anzahl der Leistungen pro Periode}}{\text{Arbeitszeit}}$$

Abbildung 5: Berechnung des Personals nach der Leistungsmethode⁸⁸

⁸⁷ Zulehner, 2016: 46 (eigene Darstellung)

⁸⁸ Wabro et al., 2010: 16 (eigene Darstellung)

Für die Berechnung des Personals mittels Arbeitsplatzmethode ergibt sich folgende Berechnungsformel:

$$\frac{\text{Stunden notwendige Besetzung} \times \text{Anzahl Personen} \times \text{Anzahl Tage}}{\text{Arbeitszeit}}$$

Abbildung 6: Berechnung des Personals nach der Arbeitsplatzmethode⁸⁹

Für eine konkrete Beschreibung des angeführten Verfahrens inkl. Berechnung und Einsatzbereiche und deren Vor- und Nachteile wird auf das Handbuch Personalplanung⁹⁰ verwiesen.

Qualitätskriterien der Personalbedarfsplanung

Das ÖBIG/GÖG⁹¹ hat bereits 2010 die Grundsätze für die Personalbedarfsplanung festgelegt.

- Die Differenzierung der Planung erfolgt nach Personalgruppen, Leistungsbereichen und Planungsperioden.
- Anzustreben sind möglichst vollständige, richtige und ausreichend differenzierte Daten. Soweit solche nicht vorliegen, sollten diese realistisch geschätzt werden. Falls ein Erfassungszeitraum unter einem Jahr gewählt wird, ist darauf zu achten, dass der gewählte Zeitraum einen möglichst repräsentativen Leistungsanfall darstellt.
- Die gewählte Berechnungsmethode sollte regelmäßig unter dem Aspekt kontrolliert werden, ob sie ihrem Anspruch, die Praxis abzubilden, gerecht wird oder, ob sie gegebenenfalls anzupassen ist *➤ siehe auch Kap. 5.6.3.*
- Gegenstand der Personalbedarfsermittlung ist die (Plan-)Stelle. Die zu erledigende Aufgabe und das dafür erforderliche Anforderungsprofil sind in einer (Plan-)Stellenbeschreibung festzulegen.

Weiters schlägt die GÖG/ÖBIG eine Vorgangsweise vor, wenn aufgrund veränderter Rahmenbedingungen der Ist-Stand in der Personalbedarfserhebung nicht einfach fortgeschrieben werden kann. Für die Ermittlung des Personalbedarfs soll demnach je nach Arbeitsbereich eine leistungsorientierte oder arbeitsplatzbezogene Berechnungsmethode gewählt werden. Grundsätzlich ist dabei jene Methode zu favorisieren, die für den zu untersuchenden Bereich die genauesten Daten liefert *➤ siehe auch Kap. 5.6.*

⁸⁹ Wabro et al., 2010: 18 (eigene Darstellung)

⁹⁰ Ebd.; weiterführende Informationen siehe auch Zulehner, 2016

⁹¹ Ebd.; für eine vollständige Auflistung der Grundsätze siehe ebenda

Der Prozess der Personalbedarfsberechnung in österreichischen Krankenanstalten lässt sich wie folgt beschreiben:

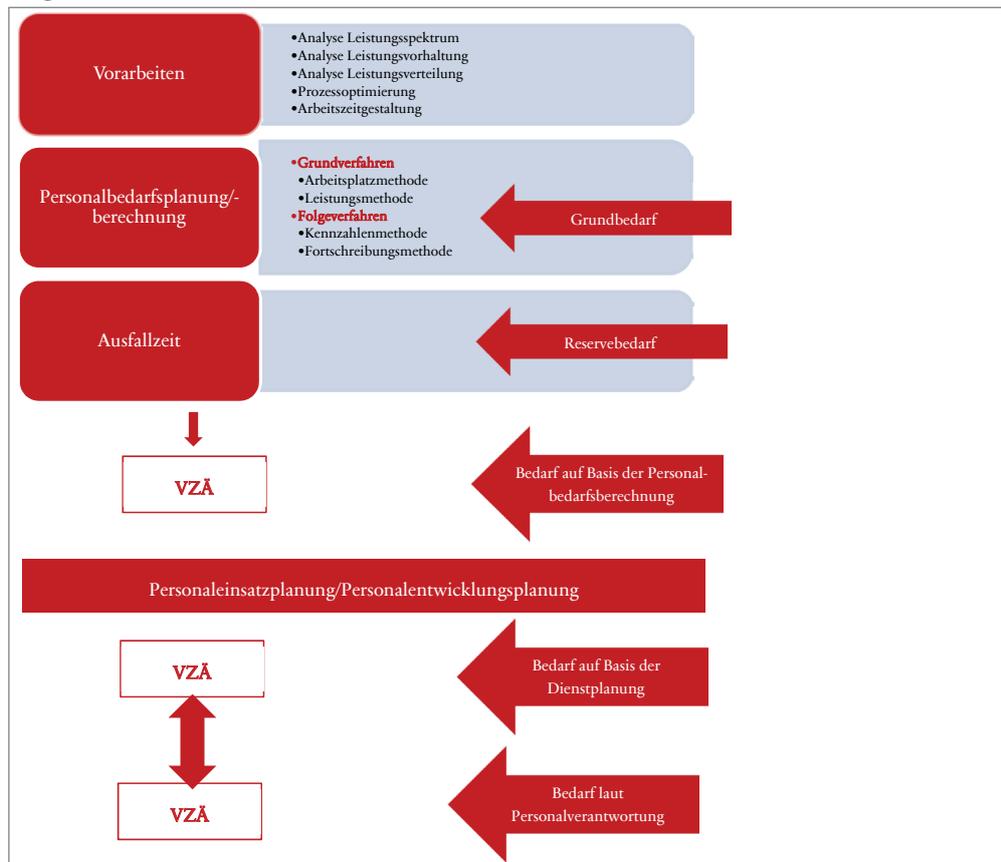


Abbildung 7: Prozess der Personalbedarfsberechnung in österreichischen Krankenhäusern⁹²

Die folgenden Ausführungen geben einen Einblick in verwendete Modelle in Österreich und einen kurzen Exkurs in international eingesetzte Methoden und Entwicklungen. Die Ausführungen dienen zur Einleitung in die Identifikation der Handlungsfelder und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Methoden der Personalbedarfsermittlung bilden die Basis für die darauffolgende Dienstpostenberechnung und Personaleinsatzplanung im Krankenhaus. Aufgabe der Personaleinsatzplanung ist es, einen Arbeitsplatz mit einem dazugehörigen Anforderungsprofil mit einem/r Beschäftigten zu besetzen, dessen Fähigkeitsprofil dem Anforderungsprofil entspricht.⁹³ Die Personaleinsatzplanung⁹⁴ findet sich in den Dienstpostenplänen der einzelnen Träger bzw. Krankenhäuser und letztendlich in den Dienstplänen der Abteilungen wieder.⁹⁵ In der Praxis hat die Personaleinsatzplanung (PEP) mehrere Anforderungen zu erfüllen⁹⁶:

- Nicht produktive Leerzeiten sollen vermieden werden
- Verringerung der Überstunden
- Ökonomischer PEP durch entsprechende Belegung/Auslastung

⁹² Wabro et al., 2010: 26 (eigene Darstellung)

⁹³ Naegeler, 2008

⁹⁴ Für eine detaillierte Betrachtung des Themenfeldes Personaleinsatzplanung siehe z.B. Zulehner, 2016; Hötzing, 2018

⁹⁵ Die Bezeichnungen für Dienstpostenpläne, Dienstpläne, etc. variieren je nach Träger der Krankenhäuser. Sie sind in der Praxis Synonyme für die jeweiligen organisationsspezifischen Bezeichnungen.

⁹⁶ Wabro et al., 2010

Die Personaleinsatzplanung hat auch Rücksicht auf die Anforderungen der Beschäftigten zu nehmen wie z.B.

- Grundlagen des Arbeitnehmer/-innenschutzes
- Einhaltung der gesetzlichen Arbeits- und Ruhezeiten
- Planbarkeit der Arbeit und Dienstplanstabilität

Der Personaleinsatzplanung liegen folgende Aspekte zugrunde⁹⁷:

- eine bedarfsgerechte PEP basiert auf der Leistungsverteilung im Krankenhaus
- Voraussetzung einer flexiblen PEP ist die Orientierung am Leistungsanfall. Der Arbeitszeiteinsatz hat auslastungs- und mitarbeitergerecht zu erfolgen
- Für die Einsatzzeit ist der tatsächliche Besetzungsbedarf maßgebend
- arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse⁹⁸ sollen in die Gestaltung der Dienstpläne einfließen.
- nach Möglichkeit (Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes) sind die zeitlichen Interessen der Beschäftigten zu berücksichtigen
- die Dienstplangestaltung soll dezentral und multiprofessionell direkt in den Teams erfolgen, sowie zentral abgestimmt und kontrolliert werden
- Abwesenheiten (planbare Ausfalls- bzw. Fehlzeiten) der Beschäftigten sollen bereits bei der Dienstplanung berücksichtigt werden ➤ siehe dazu auch Kap. 5.5.4.

Die Personaleinsatzplanung erfolgt aufbauend auf der Personalbedarfserhebung. Es wird anhand der verfügbaren Dienstposten abgebildet, an welchen Kalendertagen und zu welchen Uhrzeiten bestimmte Berufsgruppen in den Abteilungen zur Verfügung stehen müssen. Die Dienstpostenerstellung als dritter Schritt ist die Personifizierung der Personaleinsatzplanung. Der Personaleinsatz wird auf den/die einzelne Mitarbeiter/-in heruntergebrochen.⁹⁹ Der Zusammenhang zwischen Personalbedarfsplanung, Personaleinsatz und Dienstplan lässt sich in drei Schritten darstellen:

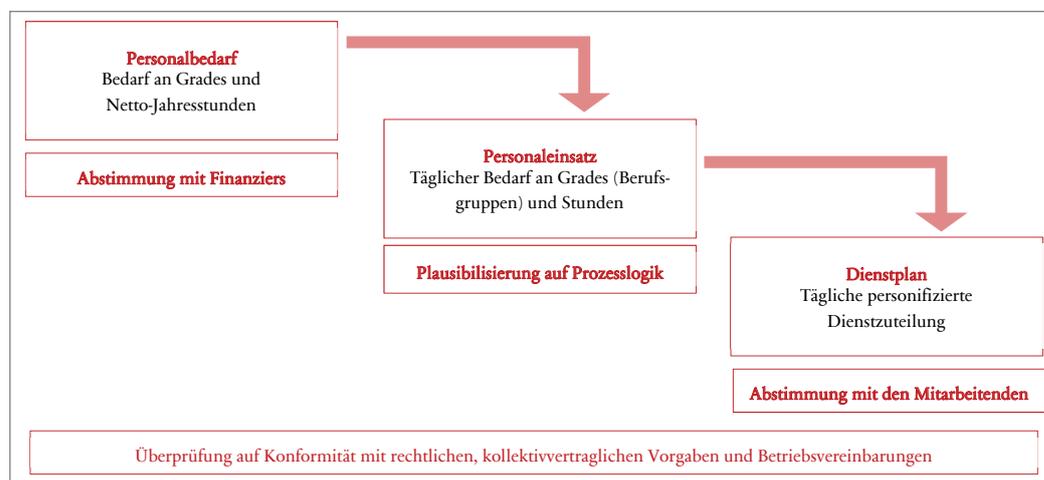


Abbildung 8: Vom Personalbedarf zum Dienstplan¹⁰⁰

⁹⁷ Wabro et al., 2010

⁹⁸ Für eine detaillierte Bearbeitung zur Arbeitsgestaltung in der Pflege siehe z.B. Glaser/Seubert, 2018

⁹⁹ Zulehner, 2016

¹⁰⁰ Zulehner, 2016: 185 (eigene Darstellung)

3.2 QUALITÄTSKRITERIEN

3.2.1 EINLEITUNG

„Eine gewisse, also Kriterienvorgabe finde ich schon sinnvoll. Und überall, wo es welche gibt, die sind entspannter. Das ist so, auf der Intensiv, Akutgeriatrie, Palliativ...“
(PM8)

Während für viele Bereiche im Krankenhaus keine verbindlichen Personalbedarfsberechnungsmethoden vorhanden sind, gibt es für ausgewählte Schwerpunkte¹⁰¹ verbindlich festgelegt Qualitätskriterien. Diese sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)¹⁰² und im LKF-Modell¹⁰³ (mit Kopplung der Mittelflüsse an die notwendige Mindestausstattung) verbindlich geregelt.

Die Darstellung der Qualitätskriterien laut ÖSG und LKF in diesem Bericht ist exemplarisch und dient zur Veranschaulichung der Thematik. Bei der Beschreibung der Qualitätskriterien wurden jene Berufe (z.B. Ärzte/-innen nicht durchgehend angeführt) gewählt, die auch Untersuchungsgegenstand der Studie sind. Für eine tagesaktuelle und vollständige Darstellung der Personalberechnungsgrundlagen wird auf die Literatur zu ÖSG, LKF in der jeweils aktuellen Fassung bzw. sonstige Bundesländervorgaben verwiesen.

„Ja, das wär‘ sehr, sehr gut [dass die Qualitätskriterien] bleiben.“
(BK90)

Die qualitätsbezogenen ÖSG-Inhalte gelten grundsätzlich – unabhängig von organisatorischen Strukturen, Trägerschaft und sektoraler Zugehörigkeit – gleichermaßen für alle Leistungserbringer in Österreich.¹⁰⁴ Sie bilden somit auch die Basis für die Personalberechnung in den öö. Krankenanstalten.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gibt vor, dass sich die Einbeziehung der jeweils erforderlichen Gesundheitsberufe nach dem Versorgungsbedarf im Einzelfall richtet. Die Gesundheitsberufe können *„aus dem Team des jeweiligen Fach- bzw. Versorgungsbereichs, aus einem fachbereichsübergreifend eingerichteten Pool oder von außerhalb der jeweiligen Versorgungsstruktur erfolgen; die Ausgestaltung liegt im Entscheidungsbereich der Rechtsträger. Die Qualitätskriterien des ÖSG beziehen sich auf die erforderlichen Mindestanforderungen je Fach- oder Versorgungsbereich.“*¹⁰⁵

¹⁰¹ Der deutsche Gesetzgeber Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) spricht hier z.B. von pflegesensiblen Bereichen, die besondere Personalvoraussetzungen haben. Zur Eignung dieses Begriffes, aber auch zur Auswirkung auf Bereiche ohne Vorgaben ➤ *siehe dazu Kap. 3.6.3*

¹⁰² BMASGK, 2018a

¹⁰³ BMASGK, 2018b

¹⁰⁴ BMASGK, 2018a

¹⁰⁵ Ebd.: 72

3.2.2 QUALITÄTSVORGABEN AUS DEM ÖSG

Der ÖSG definiert Qualitätskriterien für folgende Fach- und Versorgungsbereiche:

- Anästhesiologische Versorgung
- Intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen
- Intensivmedizinische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Neugeborenen
- Stationäre Versorgung von Kinder und Jugendlichen
- Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen, Wöchnerinnen
- Traumaversorgung – im Rahmen des Fachbereichs Orthopädie und Traumatologie
- Schwerbrandverletztenversorgung
- Erkrankungen des Nervensystems (Neurologie, Neurochirurgie, Neurologisch-Neurochirurgische Spezialzentren)
- Psychische Erkrankungen (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- Krebserkrankungen (Onkologie, Kinder- und Jugendonkologie, Strahlentherapie-Radioonkologie, Sammelzelltransplantation)
- Nierenerkrankungen (Nephrologie und Dialyse)
- Herz-Kreislaufkrankungen (Kardiologie endovaskulär, Herzchirurgie, Kinder-Herzzentrum, Gefäßchirurgische Versorgung)
- Thoraxchirurgie
- Transplantationschirurgie
- Nuklearmedizinische stationäre Therapie (NUKT)
- Zentren für Medizinische Genetik
- Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen
- Erstversorgung von Akutfällen in Akutkrankenanstalten
- Psychosomatische Versorgung (Psychosomatische Versorgung von Erwachsenen, Psychosomatische Versorgung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen)
- Multidimensionaler Versorgungsbedarf – Akutgeriatrie/Remobilisierung (AG/R) und Remobilisation und Nachsorge (RNS)
- Unheilbar kranke und sterbende Menschen (Palliativ- und Hospizversorgung von Erwachsenen, Palliativ- und Hospizversorgung von Kindern und Jugendlichen)

Tabelle 16: Qualitätsvorgaben ÖSG¹⁰⁶

Der ÖSG bezieht sich in den Qualitätskriterien auf die DGKP, schließt jedoch in den Ausführungen die Pflegefachassistenz (PFA) ein:

„Angaben zu DGKP beziehen sich auch auf die Pflegefachassistenz, soweit dies berufsrechtlich möglich ist. Die Pflegefachassistenz ist zur eigenverantwortlichen Durchführung der ihr übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten ohne verpflichtende Aufsicht berechtigt. Der/die anordnende Arzt/Ärztin bzw. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat im Rahmen der Anordnungsverantwortung zu entscheiden, ob die Durchführung durch die Pflegefachassistenz jeweils im Einzelfall einer Aufsicht bzw. begleitenden Kontrolle bedarf.“¹⁰⁷

¹⁰⁶ BMASGK, 2018a (eigene Darstellung)

¹⁰⁷ Ebd.: 72

Zur Veranschaulichung der ÖSG-Logik für die Qualitätskriterien werden exemplarisch einige Bereiche dargestellt.

Für die Palliativ- und Hospizversorgung gibt der ÖSG folgende Qualitätskriterien vor:

Palliativ- und Hospizversorgung von Erwachsenen (PAL/HOS-E)						
	Palliativstation	Stationäres Hospiz	Tageshospiz	Palliativkonsiliardienst	Mobiles Palliativteam	Hospizteam
Personal-Qualifikation						
Leitung	AM oder FA	Entsprechend Organisationsform		Im Team festzulegen		Koordinationsperson (nicht ehrenamtlich)
Stammpersonal	Interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang (Nachweis innerhalb von 2 Jahren anzustreben)					
Personal-Anwesenheit						
AM oder FA aus Stammpersonal	Tagdienst	Stundenweise Präsenz 7/24 Rufbereitschaft: innerhalb 30 Min. verfügbar	Stundenweise Präsenz Rufbereitschaft	Tagdienst	Tel. Erreichbarkeit 7/24	-
DGKP aus Stammpersonal	7/24	7/24; mind. 80% der Pflegekräfte; 20% PA oder FSBA	Mind. 2 Personen anwesend	Tagdienst in KA	Tel. Erreichbarkeit 7/24	-

Tabelle 17: Palliativ- und Hospizversorgung von Erwachsenen¹⁰⁸

Für die Anästhesiologische Versorgung bei Kindern werden folgende Qualitätskriterien festgelegt:

Anästhesiologische Versorgung bei Kindern (AN-KI)	
Für die AN-Versorgung von Kindern bis zum vollendeten 3. LJ gilt:	
FÄ für AN/INT	≥ (größer/gleich) 2 primär für die AN-KI verantwortlich
	Nachweis einer entsprechenden Erfahrung und laufenden Fortbildung in AN-KI
DGKP oder DKKP	≥ (größer/gleich) 2 primär für die AN-KI verantwortlich
	Nachweis der gesetzlich vorgeschriebenen Sonderausbildung für AN gemäß GuKG
	Regelmäßige Fortbildung im Bereich der AN-KI (z.B. Fachtagung oder Hospitation)

Tabelle 18: Anästhesiologische Versorgung bei Kindern¹⁰⁹

¹⁰⁸ BMASGK, 2018a: 158 (eigene Darstellung)

¹⁰⁹ Ebd.: 105 (eigene Darstellung)

Für die intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen legt der ÖSG folgende Qualitätskriterien fest:

Intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen			
	Intensivüberwachungseinheit (IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (ICU)	
		ICU Stufe 1	ICU Stufe 2
Personal			
Ärztliche Leitung ¹	FA AN/INT oder Sonderfach mit Additivfach INT		
FA AN/INT oder FA IM in Krankenanstalt ¹	7/24		7/24
FA/TA-FA AN/INT oder IM der entsprechenden Sonderfach in ICU	-	7/24 überwiegend für ICU zuständig ^{2,3}	7/24 ³
Intensivbereiche für die Behandlung von neurologischen/neurochirurgischen Patienten/-innen			
Ärztliche Leitung ¹	FA NEU oder NCH	FA NEU oder NCH mit Additivfach für Intensivmedizin	
FA NEU oder NCH in Krankenanstalt	7/24		7/24 ⁴
TA-FA NEU oder NCH	-	7/24 überwiegend für ICU zuständig ^{2,4}	7/24 ⁴
Pflegepersonal in INT-Einheit	DGKP 7/24	DGKP (mind. 50 % mit Intensivausbildung) ⁵ 7/24	
¹ In Abhängigkeit von medizinischen Schwerpunkt der jeweiligen IMCU/ICU; für RCU auch PUL/IM-PUL ² Im Fall der Abwesenheit von FA oder FA in Ausbildung von der Intensivbehandlungseinheit müssen diese ohne nötigen Aufschub (außer in begründeten Ausnahmefällen, wie z.B. Reanimation) in der Lage sein, der Intensivbehandlungseinheit wieder zur Verfügung zu stehen. ³ Ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit sollte durch FÄ für AN/INT oder mit Additivfach für INT bzw. von FÄ in Ausbildung zum Additivfach INT abgedeckt werden. Das ständige Erhöhen dieses Anteils ist anzustreben. ⁴ Ein möglichst hoher Anteil der Anwesenheitszeit sollte durch die FÄ für NEU/NCH mit Additivfach für INT bzw. von FÄ in Ausbildung zum Additivfach INT abgedeckt werden. Das ständige Erhöhen dieses Anteils ist anzustreben. ⁵ Berufsberechtigung als DGKP gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG); zumindest 50% der für die Mindestausstattung erforderlichen DGKP müssen die Berechtigung zur Ausübung der Spezialaufgabe Intensivpflege haben. Dieser Richtwert soll bis 2020 erreicht werden. Eine Evaluierung dieses Richtwertes soll vorgenommen werden.			

Tabelle 19: Personalausstattung Intensivmedizinische Versorgung von Erwachsenen ¹¹⁰

¹¹⁰ BMASGK, 2018a: 106-107 (eigene Darstellung); für weitere Qualitätskriterien zu ausgewählten Intensiveinheiten siehe den ÖSG 2017 als Originalquelle

3.2.3 QUALITÄTSVORGABEN AUS DEM LKF-MODELL

Das LKF-Modell als Finanzierungmodell im Krankenhaus ➤ *siehe auch Kap. 2.3* liefert auch verbindliche Vorgaben für einige spezielle Krankenhausbereiche. Diese sind:

- Intensiveinheiten (Erwachsene, Neonatologische/Pädiatrische Intensiveinheiten)
- Stroke Unit
- Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/-innen
- Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)
- Remobilisation/Nachsorge (RNS)
- Palliativmedizinische Einheiten
- Psychiatrie
- Psychosomatik und Psychotherapie (stationäre Behandlung)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (intensive, allgemeine, Eltern/Kind-Behandlung)

Tabelle 20: Qualitätsvorgaben LKF-Modell¹¹¹

Für die Akutgeriatrie/Remobilisation gibt das LKF-Modell vor:

Personalausstattung Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) in VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett	
Berufsgruppe	Anzahl
Ärzte/-innen (Tagdienst)	0,11 je Bett (1 VZÄ je 9 Betten)
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen	0,67 je Bett (1 VZÄ je 1,5 Betten)
Therapeuten/-innen (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf)	0,12 je Bett (1 VZÄ je 8,4 Betten)
Sozialarbeiter/-innen	0,02 je Bett (1 VZÄ je 50 Betten)
Klin. Psychologen/-innen mit Psychotherapieausbildung bzw. Psychotherapeuten/-innen	0,01 je Bett (1 VZÄ je 100 Betten)

Tabelle 21: Personalausstattung AG/R¹¹²

Palliativmedizinischen Einheiten (PAL)

Das Pflegepersonal sollte über eine entsprechende Ausbildung und Erfahrung in der palliativmedizinischen Betreuung verfügen.¹¹³ Konkret gelten folgende Vorgaben:

Personalausstattung Palliativmedizinische Einheiten (PAL) in VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett	
Berufsgruppe	Anzahl
Ärzte/-innen (Tagdienst; exkl. palliativmedizinischer Konsiliardienst)	0,2 je Bett (1 VZÄ je 5 Betten)
DGKP (mind. 1 anwesend im Tagdienst)	1,2 je Bett (1 VZÄ je 0,83 Betten)
Therapeuten/-innen (Physiotherapeuten/-innen, Psychotherapeuten/-innen, weitere nach Bedarf), Sozialarbeiter/-innen (6 Wochenstunden je Patient/-in)	0,2 je belegtes Bett (1 VZÄ je 5 Betten)

Tabelle 22: Personalausstattung Palliativmedizinische Einheit¹¹⁴

¹¹¹ BMASGK, 2018b (eigene Darstellung)

¹¹² BMASGK, 2018b: 21 (eigene Darstellung)

¹¹³ Ebd.

¹¹⁴ Ebd.: 23 (eigene Darstellung)

Für die Remobilisation/Nachsorge gibt das LKF-Modell vor:

Personalausstattung Remobilisation/Nachsorge (RNS) in VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett	
Berufsgruppe	Anzahl
Ärzte/-innen (Tagdienst)	0,7 je Bett (1 VZÄ je 15 Betten)
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (Anteil DGKP \geq 70%)	0,5 je Bett (1 VZÄ je 2 Betten)
Therapeuten/-innen	0,08 je Bett (1 VZÄ je 12 Betten)

Tabelle 23: Personalausstattung RNS¹¹⁵

Für die Psychiatrischen Einheiten liefert der LKF Qualitätskriterien zu folgenden Bereichen:

- Psychiatrie – Abteilungsgruppe 01
- Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) – MEL AM100
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) mit der Behandlungsform I
- KJP mit der Behandlungsform A
- KJP/peripartale Psychiatrie mit der Behandlungsform E

Exemplarisch für alle psychiatrischen Vorgaben in der LKF wird die Psychiatrie – Abteilungsgruppe 01 dargestellt.

Vorgegeben ist eine Mindestpersonalausstattung:

Personalausstattung Psychiatrie – Abteilungsgruppe 01 in VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett	
Berufsgruppe	Anzahl
Ärzte/-innen	0,15 je Bett (1 VZÄ je 6,67 Betten)
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (mind. 1 anwesend im Tagdienst)	0,67 je Bett (1 VZÄ je 1,5 Betten)
Therapeutisches Personal (Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Sport-, Kunst- und Musiktherapie, weitere nach Bedarf), Sozialarbeiter/-innen	in Summe: 0,15 je Bett (1 VZÄ je 6,67 Betten) oder alternativ 2340 h pro 10 Betten und Jahr

Tabelle 24: Personalausstattung Psychiatrie – Abteilungsgruppe 01¹¹⁶

Es wird bereits an dieser Stelle hingewiesen, dass die meisten öö. Krankenhäuser bei der Personalberechnung für die psychiatrischen Bereiche auf die (nicht verbindliche) Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) \blacktriangleright *siehe auch Kap. 5.6.4* zurückgreifen, da diese ihrer Meinung nach besser den Anforderungen entspricht. Zu den Herausforderungen im psychiatrischen Bereich und den Handlungsoptionen aus Sicht der Interviewpartner/-innen \blacktriangleright *siehe auch Kap. 5.6.3*.

Weiters trifft das LKF Vorgaben für intensivmedizinische Abteilungen¹¹⁷. Die zugehörigen Berechnungen basieren auf einer Bepunktung nach dem TISS-System. Das Simplified Therapeutic Intervention Scoring System ist ein Instrument zur Erfassung des Pflegeaufwandes von Patienten/-innen auf Intensivstationen. Das TISS wurde in den 1970er-Jahren unter dem Namen „TISS-76“ von Cullen et al.¹¹⁸ entworfen. Es basiert auf 76 verschiedenen Maßnahmen, die den

¹¹⁵ BMASGK, 2018b: 21 (eigene Darstellung)

¹¹⁶ Ebd.: 25 (eigene Darstellung)

¹¹⁷ Detaillierte Ausführungen zur Einstufung und Bewertung von Intensiveinheiten in den österreichischen Krankenanstalten siehe ebenda

¹¹⁸ Miranda et al., 1996

Zustand der Patienten/-innen erfassen sollen. Um die Durchführung zu vereinfachen, wurde das TISS-76 von Miranda et al. im Jahr 1996 auf 28 Maßnahmen (auch „Items“ genannt) heruntergebrochen und blieb in dieser Form bis heute bestehen.¹¹⁹ Derzeit ist in den österreichischen Krankenhäusern das System TISS-A in Kombination mit SAPS3 (= Simplified Acute Physiology Score – zur Erfassung des Gesundheitszustandes) im Einsatz.¹²⁰ Die Erfassung von TISS-A-Daten erfolgt täglich; SAPS-Daten werden nur bei Aufnahme auf die Intensivereinheit erfasst.¹²¹ Die Einstufung der Intensivbehandlungseinheiten erfolgt allerdings weiter auf dem TISS-28.¹²² „Daher wird der TISS-A durch das vom BMGF zur Verfügung gestellte EDV-Programm XDok im Zuge des Datenexports bei Auswahl der Option „*BMGF für Intensiv-einstufung*“ automatisch auf den TISS-28 umgeschlüsselt.“¹²³

Die nachstehende Tabelle zeigt die Kriterien für die Einstufung und Bepunktung von Intensivereinheiten:

Einstufung	Intensivüberwachungseinheiten	Intensivbehandlungseinheiten		
		Stufe I	Stufe II	Stufe III
Mittelwert der TISS-28-Punkte	Kein	≥ 22	≥ 27	≥ 32
DGKP/system. Bett	≥ 1,50:1	≥ 2,00:1	≥ 2,50:1	≥ 3,00:1
Anerkennung durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF	Ja	Ja	Ja	Ja
Mindestbettzahl, systemisiert	4	6	6	6
Auslastungsfaktor	Ja	Nein	Nein	Nein
Verpflichtende Intensiv-Dokumentation	Optional	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3	TISS-A, SAPS3
Bepunktung (Es müssen beide Kriterien erfüllt sein.)	Intensivüberwachungseinheiten	Intensivbehandlungseinheiten		
		Stufe I	Stufe II	Stufe III
DGKP/system. Bett	≥ 1,50:1 + 0,01 je 0,1 TISS-28 über 17	≥ 2,00:1 + 0,01 je 0,1 TISS-28 über 22	≥ 2,50:1 + 0,01 je 0,1 TISS-28 über 27	≥ 3,00:1 + 0,01 je 0,1 TISS-28 über 32
Zusatzpunkte pro Tag (TISS-Mittelwert aus allen Belagstagen der Intensivereinheit)	Basiswert 480 510 + 3,0 je 0,1 TISS-28 über 17 max. 657	748 + 3,4 je 0,1 TISS-28 über 22 max. 915	1.134 + 4,2 je 0,1 TISS-28 über 27 max. 1.340	1.664 + 5,2 je 0,1 TISS-28 über 32 max. 2.080

Tabelle 25: Einstufung und Bepunktung von Intensivereinheiten (Erwachsene)¹²⁴

Datenbasis für die Einstufung ist: „*Der Mittelwert der TISS-28-Punkte je Intensivtag für die Ermittlung der Einstufung wird nur aus jenen dokumentierten Tagen ermittelt, die eine Mindestzahl von 16 TISS-28-Punkten erreichen. Seitens der Krankenanstalten hat eine vollständige TISS-Dokumentation je Pflegetag auf der Intensivbehandlungseinheit zu erfolgen und ist an den Landesgesundheitsfonds zu melden. Für Intensivüberwachungseinheiten ist die TISS-Dokumentation optional.*“¹²⁵ Datenbasis für Zusatzpunkte: „*Der Mittelwert der TISS-28-Punkte*

¹¹⁹ Miranda et al., 1996: 64-65

¹²⁰ Vesely, 2010: 3; siehe auch BMGF, 2017a

¹²¹ BMGF, 2017a

¹²² BMASGK, 2018b

¹²³ Ebd.: 13

¹²⁴ Ebd.: 15 (eigene Darstellung)

¹²⁵ Ebd.: 16

pro Intensivtag für die Ermittlung der Zusatzpunkte wird auf Basis der dokumentierten TISS-Punkte aller Intensivtage berechnet, inklusive der Tage mit weniger als 16 TISS-28 Punkte. Sollte dadurch der TISS-28 unter die Einstufungsgrenze fallen, so ist der Basiswert gemäß Einstufung für die Zusatzpunkte zu verwenden.“¹²⁶ „Der bis zu LKF-Modell 2016 angewendete Korrekturfaktor für Intensivbehandlungseinheiten entfällt ab 2017.“¹²⁷

Die Praxis zeigt, dass die Herkunft der Qualitätskriterien nicht überall klar kommuniziert ist. So wird teils der ÖSG als Quelle angeführt, obwohl teils ausschließlich das LKF-Modell Vorgaben für die Berechnung liefert.

„Wir haben die ÖBIG-Richtlinien, die gehen aus vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen, da gibt es genaue Richtlinien, wie Personalplanung ist, zum Beispiel ist es bei uns so, das Krankenpflegepersonal ist pro Bett haben wir 0,86 Personal.“ (SL11;AG/R)

Folgende Grafik soll einen Überblick (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) zu den Bemessungsgrundlagen bieten.

Qualitätsvorgabe	LKF	ÖSG
Intensivmedizin (Erwachsene, Kinder/Jugendliche)	✓	✓
Stroke Unit	✓	
Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten/-innen	✓	
Akutgeriatrie/Remobilisation	✓	✓
Remobilisation und Nachsorge	✓	✓
Palliativ	✓	✓
Psychiatrie (Erwachsene, Kinder/Jugend)	✓	✓
Psychosomatik, Psychotherapie	✓	✓
Anästhesiologische Versorgung		✓
Stationäre Versorgung von Kinder und Jugendlichen		✓
Versorgung von Schwangeren, Neugeborenen, Wöchnerinnen		✓
Traumaversorgung (Orthopädie und Traumatologie)		✓
Schwerbrandverletztenversorgung		✓
Erkrankungen des Nervensystems		✓
Krebserkrankungen		✓
Nierenerkrankungen		✓
Herz-Kreislaufferkrankungen		✓
Thoraxchirurgie		✓
Transplantationschirurgie		✓
Nuklearmedizinische stationäre Therapie		✓
Zentren für Medizinische Genetik		✓
Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen		✓
Erstversorgung von Akutfällen in Akutkrankenanstalten		✓

Tabelle 26: Vergleich Qualitätsvorgaben ÖSG17 und LKF19¹²⁸

Eine Analyse wie zeitgemäß und tauglich die Qualitätskriterien sind, erfolgt im Kapitel [siehe auch Kap. 5.6.4.](#)

¹²⁶ BMASGK, 2018b: 16

¹²⁷ BMGF, 2017c

¹²⁸ BMASGK, 2018a/2018b (eigene Darstellung)

3.3 PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG (PSYCH-PV)

„In der Neuropsychiatrie ist es komplett egal, ob gerade August und Urlaubszeit ist. Wenn jemand ein Suchtproblem hat, dann scheppert es. Aus und fertig.“ (BR9)

In den psychiatrischen Abteilungen der öö. Krankenhäuser findet häufig die Psych-PV als Berechnungsmodell Anwendung. Die aus Deutschland stammende Psych-PV¹²⁹ wurde 1990 verabschiedet und findet in der Ursprungsform – Adaptierungen zu Österreich fehlen – auch heute noch in vielen Krankenhäusern Anwendung.

Sie bildet die Besonderheiten der psychiatrischen Abteilungen konkreter ab.

„Die Psych-PV wird eben aus den Minuten her berechnet, von den Kategorisierungen her. Sprich eigentlich schon von der PPR, also es gibt eben die A1- und die S-Patienten, aus denen heraus resultieren diese Pflegeminuten und eh, wie Sie sagen, wir haben natürlich auch mit den Gesprächen, man hat halt einfach die Besonderheiten dazu von der Psychiatrie, von viel Unvorhergesehenem und auch viel mehr Management im Entlassungsmanagement und dadurch eben die andere Berechnung.“ (SL40)

„Aber richtig angewendet deckt diese Berechnung den Pflegebedarf in der Psychiatrie, so wie sie ist, gut ab. Außer in der Gerontopsychiatrie, da habe ich sowieso zu wenige. Die Strukturqualitätskriterien würden mir für alle vier Stationen 32 Dienstposten geben und 56 habe ich und das entspricht aber noch nicht der Psych-PV.“ (PM22)

Eine gesetzliche Basis dazu gibt es nicht. Die Interviewpartner/-innen beschreiben, dass eine Berechnung der Dienstposten mit der Psych-PV zu höheren Dienstposten führt als in den Qualitätskriterien ➤ *siehe Kap. 3.2*. Die Genehmigung der erhöhten Dienstposten ist nicht immer fixiert ➤ *siehe auch Kap. 5.6.4*.

„Bei der Psych-PV kommt aber jedenfalls mehr Personal raus als die Strukturqualitätskriterien hergeben.“ (PM22)

„Das Personal wird aber vom Träger vorher schon und jetzt auch, nur von den Strukturqualitätskriterien bewilligt.“ (PM22)

Die Psych-PV ist eine leistungsorientierte Methode, die sich auf den bettenführenden Bereich bezieht.¹³⁰ Hierbei werden medizinische, therapeutische und pflegerische Dienste in einer psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt für Erwachsene oder Kinder und Jugendliche berechnet. Konkret gibt es Vorgaben für die Berufsgruppen (deutsches Berufsrecht und -bezeichnungen):

- Ärzte/-innen
- Krankenpflegepersonal
- Diplompsychologen/-innen
- Ergotherapeuten/-innen
- Bewegungstherapeuten/-innen, Krankengymnasten/-innen, Physiotherapeuten/-innen
- Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen

¹²⁹ Für eine detaillierte Beschreibung der Psych-PV und der Besonderheiten der Kinder- und Jugend-Psych-PV siehe: Kunze/Kaltenbach/Kupfer, 2010.

¹³⁰ Zulehner, 2016

Die Psych-PV geht von den psychisch kranken Personen einer definierten Versorgungsregion (Versorgungsverpflichtung) aus. In psychiatrischen Krankenhäusern/Abteilungen gibt es folgende Teilgebiete:

- A = Allgemeine Psychiatrie
- S = Abhängigkeitskranke
- G = Gerontopsychiatrie

Diese werden unterteilt in je 6 Ebenen:

- Regelbehandlung
- Intensivbehandlung
- Rehabilitative Behandlung
- Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
- Psychotherapie
- Tagesklinische Behandlung ¹³¹

Die drei Bereiche und sechs Unterbereiche der Erwachsenenpsychiatrie stellen sich wie folgt dar:

Erwachsenenpsychiatrie		
A Allgemeine Psychiatrie	S Abhängigkeitskranke	G Gerontopsychiatrie
A1 Regelbehandlung	S1 Regelbehandlung	G1 Regelbehandlung
A2 Intensivbehandlung	S2 Intensivbehandlung	G2 Intensivbehandlung
A3 Rehabilitative Behandlung	S3 Rehabilitative Behandlung	G3 Rehabilitative Behandlung
A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
A5 Psychotherapie	S5 Psychotherapie	G5 Psychotherapie
A6 Tagesklinische Behandlung	S6 Tagesklinische Behandlung	G6 Tagesklinische Behandlung

Tabelle 27: Bereiche der Erwachsenenpsychiatrie ¹³²

Analog zu den Erwachsenenbereichen gibt es eine Psych-PV für Kinder und Jugendliche. Die Aufteilung erfolgt in sieben Teile:

- Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (KJ1)
- Jugendpsychiatrische Regelbehandlung (KJ2)
- Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung (KJ3)
- Rehabilitative Behandlung (KJ4)
- Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker (KJ 5)
- Eltern-Kind-Behandlung (KJ6)
- Tagesklinische Behandlungen (KJ7)

Richtig eingesetzt deckt die Berechnungsmethode die Anforderungen gut ab.

„Aber richtig angewendet deckt diese Berechnung den Pflegebedarf in der Psychiatrie, so wie sie ist, gut ab.“ (PM22)

Der Aufwand für psychiatrische Abteilung in der Pflege ist aus Sicht der Befragten gut vorhersehbar, wodurch auch keine tägliche Kategorisierung nötig ist. Die Berechnung erfolgt gemäß dem Modell an vier Stichtagen im Jahr, wobei sich aus dem Durchschnitt der Patienten/-innen pro Behandlungsbereich der Betreuungs- und Pflegeaufwand berechnen lässt. Dabei gibt es

¹³¹ Kunze et al., 2010

¹³² Dorfmeister, 2008: 14 (eigene Darstellung)

Minutenwerte, die sich auf den wöchentlichen Arbeitsaufwand pro Bereich beziehen und Zeitwerte, die die Leistungen während des Tagdienstes abbilden. Zusätzlich gibt es noch den Basiszeitwert, der sich nicht nach der Anzahl an Patienten/-innen, sondern nach der Station richtet und sich auf fixe Tätigkeiten pro Woche bezieht.¹³³

Kritisch anzumerken ist, dass die Berechnung mit den ermittelten Zeiten pro Woche pro Patient im Verhältnis zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden durchgeführt wurde und bei einer höheren Wochenarbeitszeit ein geringerer Personalbedarf herangezogen wurde.¹³⁴

Behandlungsbereiche	Ärzte/-innen	Krankenpflegepersonal	Diplompsychologen/-innen	Ergotherapeuten/-innen	Bewegungstherapeuten/-innen Krankengymnasten/-innen, Physiotherapeuten/-innen	Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen
A1	207	578	29	122	28	76
A2	257	1118	12	117	29	74
A3	82	376	110	197	29	79
A4	132	734	57	113	27	59
A5	154	198	107	103	31	14
A6	114	51	83	176	17	67
S1	226	557	43	72	35	109
S2	256	1142	55	51	34	153
S3	82	242	110	156	46	175
S4	106	683	80	112	38	77
S5	131	199	100	101	31	48
S6	115	40	81	154	16	101
G1	183	992	26	102	35	75
G2	211	1221	0	78	40	51
G3	84	518	66	85	42	79
G4	100	909	43	72	44	42
G5	119	241	81	76	31	13
G6	115	94	83	167	26	68

Tabelle 28: Minutenwerte je Patient/-in und Woche¹³⁵

Daraus ableiten lässt sich folgender Personalschlüssel:

	A1	S1	G1	A2	S2	G2	A6	S6	G6
VZÄ ¹ Basisbesetzung	4,0	3,9	7,6	6,2	6,2	8,1	0,9	0,8	1,2
Anteil der Basisbesetzung zur Gesamtbesetzung in %	60%	59%	77%	57%	56%	69%	35%	33%	43%
Pflege-Patienten-Relation bei zwei Schichten ²	1:9	1:9,2	1:4,7	1:5,8	1:5,8	1:4,4	1:20	1:22,5	1:15

¹sind keine Fehlzeiten, Nachtzeiten, abteilungs- und/oder einrichtungsleitende Pflegestellen miteinberechnet
²außer bei tagesklinischer Behandlung nur eine Schicht

Tabelle 29: Personalschlüssel Psych-PV¹³⁶

¹³³ Dorfmeister, 2008

¹³⁴ Löhr et al., 2016

¹³⁵ Kunze et al., 2010: 42 (eigene Darstellung)

¹³⁶ Löhr et. al., 2016: 154 (eigene Darstellung)

Zu den Ausfallzeiten (Fehlzeiten) gibt die Psych-PV in der Ursprungsvariante folgende Klärungen:

Die Minutenwerte enthalten keine Ausfallzeiten. Nicht jede Höhe der Ausfallzeiten ist abzugsfähig – auch für Ausfallzeiten gilt das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot, wozu auch eine „angemessene Arbeitsorganisation“ zählt. Darunter ist die Anwendung moderner Führungsstile zu verstehen, da diese tendenziell zu geringeren Ausfallzeiten führen.

Ausfallzeiten¹³⁷ entstehen für:

- Erholungsurlaub
- Sonderurlaub, Arbeitsbefreiungen, Freistellungstage, Zusatzurlaub für Begünstigte Behinderte, Bildungsurlaub
- Arbeitsunfähigkeit im Falle von Krankheit, Arbeitsunfall (sofern Anspruch auf Krankenbezüge besteht; ist der Lohnfortzahlungsanspruch erloschen, liegen keine Ausfallzeiten vor).
- Kur- und Heilverfahren
- Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sind in den „Regelaufgaben“ enthalten)
- Betriebsratstätigkeiten, Sicherheitsbeauftragte, Beauftragte für die Arbeitssicherheit, usw.
- Wochenfeiertage
- Schutzfristen und Mutterschutzzeiten (außer Erziehungsurlaub)
- Grundwehrdienst

Die Bezugsgröße für die Personalberechnung in der Psych-PV ist die Woche. Unter „Arbeitszeit“ wird daher die Wochenarbeitszeit exklusive Ausfallzeiten verstanden.¹³⁸

Die Befragten schildern, dass aus ihrer Sicht die Psych-PV ein gutes Berechnungsmodell ist, die darin enthaltenen Referenzwerte nicht mehr zeitgemäß sind und daher eine Evaluierung des Modelles notwendig wäre *➤ siehe auch Kap. 5.6.4.*

„Die Psych-PV würde meinen, ist überholt. Auch die Literatur ist aus dem Jahr 2006 oder so und vorher war sie aus dem 93er Jahr, also komplett uralte. Also meiner Meinung nach, gibt es bei der Psych-PV Referenzwerte, nicht mehr.“ (PM23)

Ähnliche Erkenntnisse haben auch deutsche Experten/-innen. So zeigt eine Studie der Fachhochschule der Diakonie Bielefeld¹³⁹, dass die Pflegepersonalbesetzung in psychiatrischen Kliniken nicht ausreichend ist und die Fachkräfte das nötige Leistungsspektrum nicht erfüllen können. Die Studie zeigt den Bedarf an einem verbesserten Pflegeschlüssel auf. Weitere Merkmale der Studie ist eine Erweiterung der Liste der Pfl egetätigkeiten. Es werden neue Pflege-Patienten-Relationen aufgrund von neuen Sollzeiten definiert. Je nach Setting sollen im Tagdienst auf eine Pflegefachperson nicht mehr als vier oder fünf Patienten/-innen kommen, bei Patienten/-innen mit Intensivmerkmalen braucht es deutlich mehr Personal. Die Studie kam auf deutlich höhere Werte als die Werte in der Psych-PV. Vor allem in der tagesklinischen Behandlung sowie der Versorgung von Intensivpatienten/-innen und gerontopsychiatrischen Patienten/-innen insbesondere mit Demenz wurde der stärkste Handlungsbedarf geortet.¹⁴⁰ Es bleibt abzuwarten, ob und wie sich die aktuelle Studie in einer Weiterentwicklung der Psych-PV in Deutschland mit ev. Folgewirkungen in Österreich auswirkt.

¹³⁷ Die Darstellung erfolgt anhand der deutschen Rechtslage der Psych-PV.

¹³⁸ Kunze et al., 2010

¹³⁹ Sauter, 2019

¹⁴⁰ Sauter, 2019

3.4 PFLEGE-PERSONAL-REGELUNG (PPR)

„Aber das Thema PPR traut sich scheinbar niemand anzugreifen, das ist für mich auch ganz spannend.“
(PM17)

In den bettenführenden Stationen der öö. Krankenhäuser ist die Pflege-Personal-Regelung (PPR) weit verbreitet. Die Tauglichkeit dieser Berechnungsmethode, die Zeitgemäßheit und die Validität der Methode ist in der gängigen Literatur und auch bei den Interviewpartnern/-innen nicht unumstritten *➤ siehe auch Kap. 5.6.3*. Die PPR hat als Berechnungsgrundlage selbst schon eine lange Geschichte hinter sich. Die Entwicklung und Systematik der PPR wird zur Einführung kurz dargestellt.¹⁴¹

3.4.1 BEGRIFFSKLÄRUNG

Die PPR zählt zu den leistungsorientierten Methoden der Pflegebedarfsplanung *➤ siehe dazu Kap. 3*. Sie beinhaltet alle Elemente einer anspruchsvollen leistungsorientierten Analytik.¹⁴² Ursprüngliches „Ziel der PPR ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege stationär oder teilstationär zu behandelnder Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung (...) bedürfen.“¹⁴³

Für die oberösterreichischen Krankenanstalten liegt ein „**Handbuch für Erwachsene in den öö. Krankenhäusern**“¹⁴⁴ in der Fassung aus dem Jahr 2006 vor, zudem gibt es eine Variante für Kinder.¹⁴⁵ Diese Dokumentation stellt eine Basis für die Krankenhäuser dar, ist aber nicht verpflichtend. Mit der Durchführung der Kategorisierung, aber auch zu den Minutenwerten haben einige Krankenhausträger trägerinterne PPR-Vorgaben ausgearbeitet. Teils liegen trägerinterne Sonderformen des oberösterreichischen Handbuches vor. Das Handbuch definiert PPR folgendermaßen:

PPR

„... ist eine Einschätzung des zu erwartenden notwendigen Pflegeaufwandes des stationär aufgenommenen Erwachsenen basierend auf dem Pflegeprozess bzw. der Pflegeplanung sowie der medizinischen Anordnungen. Die Pflegekategorisierung gibt somit Auskunft über die einmalige oder mehrmalige pflegerische Tätigkeit am Patienten.“

Tabelle 30: Definition PPR Oberösterreich¹⁴⁶

3.4.2 ENTWICKLUNG

Das PPR-Modell hat eine mittlerweile fast 30-jährige Geschichte.¹⁴⁷ Die Grundzüge der heute immer noch in vielen österreichischen Krankenhäusern eingesetzten PPR stammen aus Deutschland. Im September 1990 wurde eine Expertengruppe aus Pflegefachleuten, verbandsunabhängigen Ärzten/-innen und Verwaltungsdirektoren/-innen beauftragt, neue Grundsätze und Maßstäbe zur Personalbedarfsbemessung im Pflegedienst zu erarbeiten. Das entwickelte

¹⁴¹ Für eine vertiefte Beschreibung der PPR siehe: Schöning et al., 1993

¹⁴² Zulehner, 2016

¹⁴³ Art. 13, §1, Abs.3 Pflege-Personalregelung-Pflege-PR

¹⁴⁴ o.V., Handbuch PPR OÖ, 2006

¹⁴⁵ o.V., Handbuch für Kinder und Jugendliche in den Gespag-Krankenhäusern, 2003. Laut Recherchen ist dieses Handbuch die Basis für die Kinder-PPR in den öö. Krankenhäusern. Einige Träger haben mittlerweile Weiterentwicklungen des Modells im Einsatz.

¹⁴⁶ o.V., Handbuch PPR OÖ, 2006

¹⁴⁷ Für eine detaillierte Abhandlung siehe: z.B. Zulehner, 2016; Schöning et al., 1993

Konzept wurde in 400 Krankenhäusern in Deutschland erprobt. Im Jahr 1993 trat die PPR durch eine Verordnung der Bundesregierung in Kraft und wurde erstmals für Pflegesatzverhandlungen in Deutschland budgetrelevant. Die ermittelten Pflegeminutenwerte wurden in Planstellen (Vollzeitäquivalente) umgerechnet. Mit der Verordnung zur Änderung der Pflege-Personalregelung vom April 1996¹⁴⁸ wurde in Deutschland die Budgetrelevanz der PPR rückwirkend mit 1.1.1996 wieder außer Kraft gesetzt. Auch wenn die Budgetrelevanz außer Kraft gesetzt wurde, arbeiten noch immer viele Häuser mit der PPR als Planungsgröße für die Personalberechnung, jedoch ohne finanzielle Sanktionen bei Nichteinhaltung der PPR-Kennzahlen. Im Laufe der letzten Zeit wurden auch in Deutschland wieder Forderungen laut, zur verpflichtenden PPR zurückzukehren.¹⁴⁹ Seit 1993 findet die PPR auch in vielen österreichischen Krankenhäusern in diversen Versionen Anwendung.¹⁵⁰ Zusätzlich wurde eine PPR ÖNORM entwickelt, mit dem Ansinnen, die PPR für österreichische Rahmenbedingungen zu adaptieren. Die PPR-ONR wird zum einen für das operative Management, im Sinne der Tagesauswertung, und zum anderen für das strategische Management, für Budgetplanung und Personalbedarfsanalysen angewandt.¹⁵¹ Die ÖNORM hat in Oberösterreich kaum Anwendung gefunden. Sie wurde zudem mittlerweile zurückgezogen und seither nicht mehr bearbeitet. Die neuen Aufgaben der GUKG-Novelle aus dem Jahr 2016 wurde bisher noch nicht eingearbeitet. Bisher haben sich noch keine Interessensgruppen gefunden (Träger, Länder, Vereine, etc.), die die PPR-Norm weiterentwickeln und vor allem die Evaluierung auch finanzieren wollen.¹⁵²

3.4.3 EINSATZGEBIETE

Die PPR regelt generell die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes im bettenführenden Bereich. Für einige Bereiche wie z.B. Intensiveinheiten, Akutgeriatrie, etc. wurden spezielle und verbindliche Qualitätskriterien geschaffen ➤ *siehe auch Kap. 5.6.3*. Diese Ableitungen sind aus der PPR auszunehmen.

Es wurde schon bei der Entstehung darauf hingewiesen, dass jedes Krankenhaus seinen individuellen Stellenplan auf der Grundlage der Besonderheiten der Abteilung erarbeiten muss.¹⁵³

3.4.4 PPR-SYSTEMATIK

Die PPR beschreibt den Pflegezustand des/der Patienten/-in und stellt eine Einschätzung des voraussichtlichen Pflegeaufwandes und somit des Bedarfs an Pflegepersonal im Regeldienst (mit Ausnahme von Nachtdienst, Bereitschaftsdienst und Rufdienst¹⁵⁴) dar. Die aus der PPR ermittelten Minutenwerte gelten für einen Regeldienst von 14 Stunden und einer halben Stunde für die Übergabe an den Nachtdienst. Die restlichen zehn Stunden für den Nachtdienst werden mittels Arbeitsplatzberechnung kalkuliert¹⁵⁵. Die PPR berechnet sich aus dem **Grundwert**, dem **Fallwert** und der **Kategorisierungsstufe** und ergibt daraus den Pflegezeitaufwand, der den zeitlichen Rahmen pro Patient und Tag darstellt.¹⁵⁶

¹⁴⁸ Verordnung zur Änderung der Pflege-Personalregelung

¹⁴⁹ Für weitere Ausführungen dazu siehe: z.B. Simon, 2018

¹⁵⁰ Zulehner, 2016

¹⁵¹ Austrian Standards Institute, 2012

¹⁵² Schriftliche Auskunft per E-Mail: Dorfmeister: 12.09.17

¹⁵³ Zulehner, 2016

¹⁵⁴ Zulehner, 2016; für die Originalliteratur siehe: Schöning et al., 1993

¹⁵⁵ Siehe dazu auch die Pflege-Personalregelung-Standardstruktur-Personalmanagement in der allgemeinen Erwachsenenpflege; Austrian Standards Institute, 2012

¹⁵⁶ Zulehner, 2016

Der **Grundwert** umfasst folgende Leistungen:

- Pflege und behandlungsbezogene Besprechungen
- Leitungsaufgaben
- Ablauforganisationen¹⁵⁷

Der **Fallwert** umfasst die Aufnahme, Einweisung, sowie erste Pflegemaßnahmen und –anamnese, eventuell Verlegungen und Pflegeübergaben und die Entlassung inklusive Abschluss- und Informationsgespräche etc. Wobei der Fallwert nur der aufnehmenden Station und nur einmal pro Aufenthalt zusteht.¹⁵⁸

Die **Kategorisierungsstufen** teilen den/die Patienten/-in in zwei Pflegebereiche ein, der allgemeinen Pflege (A) und der speziellen Pflege (S). Jeder dieser Pflegebereiche wird wiederum in drei Stufen geteilt. Wobei die erste Stufe Grundleistungen, die zweite Stufe erweiterte Leistungen und die dritte Stufe besondere Leistungen enthält.¹⁵⁹

Die deutsche Systematik der **allgemeinen Pflege** (oder auch der arztfreie Bereich) kann mit den pflegerischen Kernkompetenzen nach dem GuKG verglichen werden.¹⁶⁰ In der Allgemeinen Pflege trägt das diplomierte Pflegepersonal die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung für:

- Körperpflege
- Ernährung
- Ausscheidung
- Bewegung und Lagerung

Bei der **speziellen Pflege** liegt die Anordnungsverantwortung bei den Ärzten/-innen und die Durchführungsverantwortung bei dem diplomierten Pflegepersonal. Daher lässt sich die spezielle Pflege mit den Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie im GuKG¹⁶¹ vergleichen. Die spezielle Pflege umfasst folgende drei Leistungsbereiche:

- Operationen, invasive Maßnahmen, akute Krankheitsphasen
- Medikamentöse Versorgung
- Wund- und Hautbehandlungen

¹⁵⁷ o.V., Handbuch PPR OÖ, 2006

¹⁵⁸ Ebd.

¹⁵⁹ Zulehner, 2016

¹⁶⁰ Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), § 14

¹⁶¹ Ebd., § 15

Das Handbuch gibt folgende Zuordnungsregel für die Leistungsbereiche allgemeine und spezielle Pflege vor:

Allgemeine Pflege	
A1	Jede/-r Patient/-in der/die nicht der Stufe A2 oder A3 zuzuordnen ist – Grundleistung
A2	Mindestens ein Einordnungsmerkmal aus zwei Leistungsbereichen von A2 oder ein einordnungsmerkmal aus A2 und eines aus A3 – erweiterte Leistung
A3	Aus mindestens zwei Leistungsbereichen von A3 ein Einordnungsmerkmal – besondere Leistung
Spezielle Pflege	
S1	Jede/-r Patient/-in der/die nicht der Stufe S2 oder S3 zuzuordnen ist – Grundleistung
S2	Mindestens ein Einordnungsmerkmal aus S2 – erweiterte Leistung
S3	Mindestens ein Einordnungsmerkmal aus S3 – besondere Leistung

Tabelle 31: Zuordnungsregel für Leistungsbereiche allgemeine und spezielle Pflege¹⁶²

Das PPR OÖ-Handbuch gibt für die einzelnen Bereiche folgende Minutenwerte vor:

	PPR OÖ [in Minuten]	PPR DE [in Minuten]	ÖNORM [in Minuten]
Grundwert	30	30	30
Fallwert	70	70	76
A1/S1	52	52	50
A1/S2	62	62	68
A1/S3	88	88	106
A2/S1	98	98	96
A2/S2	108	108	114
A2/S3	134	134	152
A3/S1	179	179	177
A3/S2	189	189	195
A3/S3	215	215	233

Tabelle 32: Pflegestufen und dazugehörige Minutenwerte¹⁶³

Die Pflegeminutenwerte stellen den aufwandsorientierten Pflegebedarf pro Patient/-in dar. Die Einstufung des/der Patienten/-in erfolgt in der theoretischen Regelung prospektiv¹⁶⁴ und hat jeden Tag durch die zuständige Pflegekraft (Gehobener Dienst) bis 20 Uhr abgeschlossen zu sein.¹⁶⁵

¹⁶² o.V., Handbuch PPR OÖ, 2006: 5 (eigene Darstellung)

¹⁶³ Ebd.: 6; Schöning et al., 1993: 100, Austrian Standards Institute, 2012: 6 (eigene Darstellung). Die Tabelle gibt zusätzlich einen Überblick zu den ursprünglichen PPR-Minuten aus Deutschland und den hinterlegten Werten in der mittlerweile außer Kraft gesetzten ÖNORM zur PPR.

¹⁶⁴ Die Praxis zeigt, dass in Oberösterreich großteils retrospektiv kategorisiert wird. Auch gehen einige Träger von der Praxis, täglich zu kategorisieren ab. Zu den ö. Besonderheiten ► *siehe Kap. 5.6.3*

¹⁶⁵ o.V., Handbuch PPR OÖ, 2006

Für tagesklinisch zu behandelnde Patienten/-innen und Stundenfälle innerhalb eines Tages gelten die halben Minutenwerte der Pflegestufe und des Grundwertes sowie der halbe Fallwert.

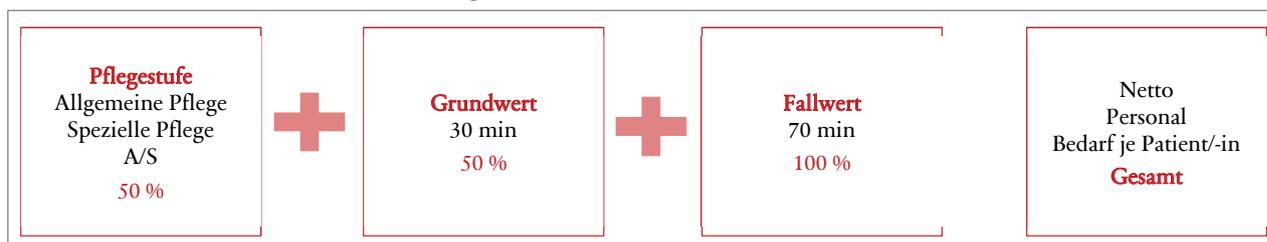


Abbildung 9: Bewertung Tagesklinischer Patienten/-innen in der PPR OÖ¹⁶⁶

Die Kinder- und Jugendlichen-PPR folgt einer ähnlichen Systematik. Untergliedert wird dabei in drei Altersgruppen:

Früh-/Neugeborene/Säuglinge	Frühgeborene bis zur 37. SSW unter 2500 gr. Kranke Neugeborene bis zum 28. Lebenstag Säuglinge bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
Kleinkinder	Ab dem 13. LM bis zum vollendeten 5. LJ
Schulkinder/Jugendliche	Schulkinder ab dem 6. LJ Jugendliche bis zum vollendeten 17. LJ

Tabelle 33: Einteilung der Altersstufen in der Kinder- und Jugendlichen-PPR¹⁶⁷

Für die einzelnen Kategorien sind folgende Minutenwerte hinterlegt.

Pat. Gr.	Min. W.	Pat. Gr.	Min. W.	Pat. Gr.	Min. W.
KA1-F/ KS 1	113	KA2-F/ KS 1	149	KA3-F/ KS 1	236
KA1-K/ KS 1	118	KA2-K/ KS 1	153	KA3-K/ KS 1	230
KA1-J/ KS 1	54	KA2-J/ KS 1	116	KA3-J/ KS 1	188
KA1-F/ KS 2	162	KA2-F/ KS 2	198	KA3-F/ KS 2	285
KA1-K/ KS 2	167	KA2-K/ KS 2	202	KA3-K/ KS 2	279
KA1-J/ KS 2	103	KA2-J/ KS 2	165	KA3-J/ KS 2	237
KA1-F/ KS 3	238	KA2-F/ KS 3	274	KA3-F/ KS 3	361
KA1-K/ KS 3	243	KA2-K/ KS 3	278	KA3-K/ KS 3	355
KA1-J/ KS 3	179	KA2-J/ KS 3	241	KA3-J/ KS 3	313

Als **Pflegegrundwert** werden je Patient und Tag **31 Minuten** zugrunde gelegt
Fallwert: 45 Minuten

Tabelle 34: Minutenwerte in der Kinder- und Jugendlichen-PPR¹⁶⁸

Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende, gesunde Neugeborene gibt es einen Wert von 110 Minuten pro Tag. Für die Durchführungssystematik wird auf die Originalliteratur verwiesen. Anwender/-innen in der Praxis bringen ein, dass die Kinder-PPR in der derzeitigen Letztversion von 2003 nur noch kaum den heutigen Anforderungen entspricht.

¹⁶⁶ o.V., Handbuch PPR OÖ, 2006; Zulehner, 2016: 95 (eigene Darstellung)

¹⁶⁷ o.V., Handbuch PPR Kinder- und Jugendlichen-PPR, 2003: 7 (eigene Darstellung)

¹⁶⁸ Ebd.: 8 (eigene Darstellung)

Die PPR ist in den ö. Krankenhäusern immer noch sehr weit verbreitet, oft auch mangels anderer anerkannter Methoden. Die Befragten sehen starke Verbesserungsbedarfe für die PPR
 ➤ siehe auch Kap. 5.6.3.

3.5 LEISTUNGSERFASSUNG PFLEGE (LEP)

Im deutschsprachigen Kontext und teils auch in österreichischen (Pilot)Projekten findet die LEP-Methode vermehrt Einkehr. LEP ist eine Leistungsklassifikation für die einheitliche Dokumentation von Leistungen im Gesundheitswesen. Die LEP-Einzelleistungen sind in den Klassifikationskatalogen nach Themengebieten geordnet und in Gruppen und Untergruppen zusammengefasst.

„Was ich an LEP so charmant finde ist, dass man mit LEP den Personalmix berechnen kann. Das können wir mit der PPR nicht.“
 (E7)

Name LEP / Achsen	Handlung	Ausrichtung	Zugang	Mittel	Lokalisation	Fall
Gelenke durchbewegen	durchbewegen	Gelenke				
Injektion i.v. verabreichen	verabreichen	Injektion	intravenös			
Vitalzeichen mit Monitor messen	messen	Vitalzeichen		Monitor		
Patienten/-in suchen	suchen					Patient/-in
Nabelschnur-pH-Wert messen	messen	pH-Wert			Nabelschnur	

Tabelle 35: Beispiele für die Zusammensetzung der Terminologie für die LEP Interventionen¹⁶⁹

Die Handlungsbeschreibungen können berufsgruppenspezifisch abgeleitet werden¹⁷⁰. So benötigt zum Beispiel ein betriebswirtschaftliches Controlling keine detaillierten, jedoch vollständige Leistungsdaten. Angehörige der Gesundheitsberufe dagegen benötigen detaillierte Daten, davon aber nur einen spezifischen Teil. Damit alle Nutzergruppen das bekommen, was sie benötigen, können Daten auf vier unterschiedlichen, hierarchisch geordneten Stufen erfasst und dargestellt werden.



¹⁶⁹ <https://www.lep.ch/de/aufbau-und-struktur.html> (eigene Darstellung)

¹⁷⁰ Für eine Zuordnung zu den einzelnen Berufsgruppen siehe: <https://www.lep.ch/de/leistungsklassifikation.html>

Abbildung 10: Leistungen in den verschiedenen Detaillierungs- bzw. Aggregationsstufen¹⁷¹

„Gesundheitsberufe ordnen laufend den einzelnen Patienten/-innen Pflege- bzw. Therapieleistungen zu. Eine einzelne Tätigkeitsvariable besteht dabei aus einer Bezeichnung, einer Definition und einem vorgegebenen Zeitwert sowie gegebenenfalls aus illustrativen Beispielen und ergänzenden Bemerkungen.“¹⁷² Leistungen an, mit oder für Patienten/-innen werden als Leistungen mit Fallzuordnung gekennzeichnet, alle Leistungen ohne Fallzuordnung wie Unterstützung, Qualitätssicherung, Ausbildung von Studenten/-innen können keinem administrativen Fall direkt zugeordnet werden. Die Datenerfassung und -darstellung kann auf vier verschiedene, hierarchisch geordnete Stufen geschehen. Aufsteigend werden die jeweils unteren Gruppen miteingeschlossen und so zeigt sich der Grad an Aggregation. Absteigend finden sich die Bereiche in immer detaillierterer Form. Der Sinn dahinter ist, dass alle Nutzergruppen dieser Leistungsmatrix „LEP“ zu den Ergebnisauswertungen kommen, die sie brauchen. Mit Hilfe der LEP-Methode soll sowohl die klinische Praxis, als auch die Zusammenarbeit beim Behandlungsprozess optimiert werden. Der Ressourcenaufwand wird den realen Patientenbedürfnissen angepasst, wodurch auch die Behandlungsabläufe sich nach dem/der Patienten/-in richten und berufsübergreifend geschehen. Das Pflegepersonal wird von der Erfassung unnötiger Daten entlastet und kann jederzeit in die Behandlungsinterventionen des/der Patienten/-in einsehen. Weiters ist es möglich, standardisierte, festgelegte Behandlungspläne, in Form von Leistungsbündel, anzulegen, um übermäßiges Dokumentieren zu vermeiden.

Der Hauptunterschied zur PPR (Pflege-Personal-Regelung) ist, dass bei der LEP die einzelnen Tätigkeiten (hier Interventionen, Leistungen) kategorisiert werden und nicht die Patienten/-innen, wie in der PPR-Kategorisierung üblich. Somit ergeben sich Zeitwerte zum einen mittels Zuordnung anhand der jeweiligen Tätigkeiten durch den/die Leistungserbringer/-in im Vorhinein oder retrospektiv bzw. auch durch betriebseigene Vorbelegungen, wo der/die Leistungserbringer/-in im Nachhinein die Leistung erfasst.¹⁷³ Zusätzlich gibt es für weitere Leistungen der spezifischen Falldaten noch die LEP-Nebenklassifikationen, welche ebenso hierarchisch anhand der Aggregationsstufen aufgebaut sind.

Laut LEP-Entwickler/-innen können mit der LEP nicht nur erbrachte Leistungen, sondern auch zusätzliche Faktoren wie subjektive Einschätzung der Arbeitsbelastung erhoben werden. In Ergänzung zu den erfassten Zeitwerten liefert diese Einschätzung wertvolle Informationen über die Wahrnehmung der Arbeitssituation von Gesundheitsfachpersonen.¹⁷⁴ Die LEP wird laufend weiterentwickelt und auch an die aktuellen Gegebenheiten angepasst. In Österreich wurde z.B. 2016 das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz novelliert. Es wurden die Berufsbilder aktualisiert und die pflegerischen Kernkompetenzen neu auf drei Berufsgruppen verteilt. Diese Interventionen mit gleichzeitiger Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität bringen die Träger des Gesundheitswesens vor Herausforderung und sorgen für Unsicherheiten bei dem betroffenen Pflegepersonal ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.7.1*. Mittels einer Folgestudie von Ranegger und Baumberger (2017) soll der Fragestellung „Welche Berechnungsmöglichkeiten gibt es, um prozessorientierte Aspekte im Zusammenhang mit dem Grademix abzubilden?“ nachgegangen werden.¹⁷⁵

¹⁷¹ <https://www.lep.ch/de/aufbau-und-struktur.html>

¹⁷² Brosziewski/Brügger, 2001: 60

¹⁷³ LEP, 2016

¹⁷⁴ LEP, 2019

¹⁷⁵ Ranegger/Baumberger, 2017

Auch in Oberösterreich gab es in den letzten Jahren vermehrt Bemühungen, LEP als Pilotprojekte zur Personalberechnung heranzuziehen. Die Erfahrungen mit der Methode in den Häusern waren größtenteils positiv. Letztendlich erfolgte jedoch wieder eine Abkehr, da es absehbar war, dass durch die LEP mehr Dienstposten in der Berechnung geschaffen werden müssten. Das Interesse einzelner Träger/-innen bzw. des Landes Oberösterreich war nach Einschätzung der Interviewpartner/-innen hier zu wenig gegeben.

„Ja, ich weiß, in Kärnten haben sie die LEP, die läuft ja im Hintergrund in der Doku mit, die bei uns einmal angedacht und dann auch kurz einmal ausprobiert wurde. Die hat aber einen wesentlich höheren Personalbedarf ergeben. Daher war die ganze Geschichte wieder mega-out. Wenn ich jetzt böse bin, sag ich, dass die Dienstgeber schon auch die Modelle anwenden, die ihnen am ehesten entsprechen.“ (BR9)

„Ja, es muss zuerst einmal zu einer Akzeptanz kommen, dass ein neues Modell in der Unternehmensleitung akzeptiert wird. Die schauen sich das natürlich auch verständlicher Weise sehr gut an und sagen, wenn da mehr herauskommt, dann wollen wir das eher flach halten. Wir hätten vor Jahren versucht das LEP-Schema... bei uns einzuführen, aber das ist natürlich nach meinem Wissen aufgrund des zu erwartenden Mehraufwandes an Personal, der dadurch nämlich entstanden wäre, wieder gestoppt worden.“ (BR31)

„Und da kann ich nicht von vorne herein sagen, ok, nehmen wir ein anderes System, aber es darf nicht mehr Posten sein. Ja, so ist es halt oft, dass dann die Firma sagt, oder wie auch immer, ja, aber mehr darf nicht herauskommen. Ja, dann brauche ich es aber überhaupt nicht probieren, wenn es sowieso nicht geht.“ (PM8)

Neben einer Kategorisierung in Leistungstätigkeiten und einer umfassenden Dokumentation sehen die Interviewpartner/-innen vor allem die Chance, dass abgeleitet aus der Dokumentation Prozesse neu geplant werden können > siehe Kap. 5.5.11. Aus heutiger Sicht gibt es in Oberösterreich keine Bestrebungen, die LEP als Methode in den öö. Krankenhäusern zu verankern.

„Aber es gibt genug Beispiele österreichweit, die schon... gerade LEP stellen viele um. Und das halte ich auch für ein sehr vernünftiges Instrument mittlerweile. Nur sage ich immer, es bringt mir nichts, wenn ich sage, ich führe jetzt LEP ein... Wenn hinten was rauskommt, was keiner akzeptiert... Das gibt es auf alle Berufsgruppen mittlerweile schon. Und genau dort sehe ich meine Prozessfehler, das ist das Spannende. Und wenn ich gewillt bin, dass ich das Ergebnis akzeptiere und auch gewillt bin, dass ich Prozesse umstellen darf, macht es einen Sinn.“ (PM12)

3.6 MODELLE MIT INTERNATIONALEM KONTEXT

3.6.1 ÜBERBLICK

Auf internationaler Ebene¹⁷⁶ zeichnen sich unterschiedliche Verfahren zum Personalbemessungsverfahren ab, wobei sich die Anwendung verschiedener Kennzahlen etabliert hat. Einige unterschiedliche Modelle sollen kurz für die weitere Betrachtung, auch bei den Handlungsfeldern im > Kap. 5.6 skizziert werden.

In **Australien** beispielsweise bezieht sich die Kennzahl für die Personalausstattung auf „Nursing¹⁷⁷ Hours per Patient Day“ (NHPPD), wo auch Arbeitsstunden, die nicht direkt mit der Pflege zusammenhängen, miteinbezogen werden können.¹⁷⁸ Mit diesem Modell wird, ähnlich wie bei der „Nurse-to-Patient-Ratio“, der Personalbedarf in Zeitwert pro Patient/-in und

¹⁷⁶ Für einen Überblick zu international eingesetzten Modellen siehe auch: Simon, 2018; Thomas, 2014.

¹⁷⁷ Für eine genaue Definition der „nurses“ in Australien siehe: Health Workforce Australia, 2014.

¹⁷⁸ Albrecht et. al., 2017

Tag dargestellt.¹⁷⁹ Dieses Modell ähnelt der Personalberechnung in Deutschland vom Jahr 1985, wo täglich eine Pflegezeit in Minuten als Grundlage für die Personalausstattung berechnet wurde.¹⁸⁰ Bei der „Nursing Hours per Patient Day“ wird zwar anders als bei der PPR, die Nachtschicht in die Berechnung miteinbezogen, jedoch finden beim Vergleich mit der PPR für den durchschnittlichen Pflegeaufwand pro Patient/-in und Tag deutlich mehr Stunden Berücksichtigung. Dadurch ergibt sich in Australien und auch in den USA ein deutlicher Unterschied bei der Personalbesetzung als in den Ländern, in denen die PPR noch Anwendung findet.¹⁸¹

In den **USA** kommt die „Minimum-Nurse-to-Patient-Ratio“ zur Anwendung, wobei das Personal so bemessen wird, dass auch bei schwankender Patientenzahl ein Minimum an Belegschaft im Einsatz ist. Diese Regelung wurde 1999 aufgrund der Forderung von Gewerkschaften und Berufsverbänden eingeführt.¹⁸² Die Besonderheit in **Kalifornien** ist, dass es sich bei den beschlossenen Verhältniszahlen nur um Mindestbesetzungen handelt, die allerdings zu jeder Zeit (jeden Tag und jede Schicht) einzuhalten sind. Außerdem sind nur jene Pflegekräfte, die unmittelbar die Pflege des/der Patienten/-in ausüben, miteinzubeziehen. Zusätzlich gilt es jeden/jede Patienten/-in mittels Klassifizierungssystem einzustufen. Bei unerwartet gestiegenem Pflegebedarf, über die Mindestbesetzung hinaus, muss zusätzliches Personal bereitgestellt sein. Jeden Tag und jede Schicht für jede Versorgungseinheit hat ein Personaleinsatzplan vorzuliegen, wobei auch die tatsächliche Personalbesetzung jeden Tag und jede Schicht zu dokumentieren ist.¹⁸³

Ein erheblicher Unterschied zu diesem Regulierungssystem, im Vergleich zur PPR oder Psych-PV, zeigt sich bei den Motiven der Einführung. Während die PPR und Psych-PV lediglich zur Budget- und Pflegesatzvereinbarung entwickelt wurden und keine Verpflichtung über eine Mindestbesetzung liefern, dient die „Nurse-to-Patient-Ratio“ zur externen Qualitätssicherung mit Mindestanforderungen an Strukturqualitätsvorgaben.¹⁸⁴

Patientenkategorisierung

Die ersten traditionellen Patientenkategorisierungen zur Messung der Pflegebedarfsintensität und somit des Bedarfs an Personalressourcen entstanden 1950 in den USA. Auch in Großbritannien und den nordischen Ländern nahm die Patientenkategorisierung in den 80er und 90er Jahren Einzug in die Literatur. Ziel war es, generell ein zuverlässiges und brauchbares Modell für die Personalbedarfsplanung zu finden. Die Patientenkategorisierung gilt als Instrument, um die Vorhersage des Personalbedarfs aufgrund des Pflegebedarfs der Patienten/-innen treffen zu können und in Folge eine optimale Personaleinsatzplanung und Budgetplanung möglich zu machen.

Daher wurde in den 90er Jahren in **Schweden** das „RAFAELA-System“ als modernes System der Patientenkategorisierung eingeführt. Mit diesem Modell soll die tatsächliche Arbeitsbelastung des Pflegepersonals mit einem berechneten Optimum verglichen werden, um dann ein bestmögliches Pflegeausmaß abzuleiten und das tägliche Pflegebedarfsausmaß zu berechnen.¹⁸⁵

¹⁷⁹ Simon/Mehmecke, 2017

¹⁸⁰ Fachgesellschaft Profession Pflege, 2018

¹⁸¹ Simon/Mehmecke, 2017

¹⁸² Ebd.

¹⁸³ Ebd.

¹⁸⁴ Ebd.

¹⁸⁵ Für eine detaillierte Darstellung des RAFAELA-Systems siehe: Rauhala/Fagerström 2003.

3.6.2 NURSE-TO-PATIENT-RATIO

In der aktuellen Diskussion werden häufig „Nurse-to-Patient-Ratios“ in die Debatte eingebracht. Ratios oder Anhaltszahlen sind einfache numerische Vorgaben, die als Richtwerte für eine angemessene Personalbesetzung dienen sollen. Unterschieden wird in der Praxis häufig zwischen Nurse-to-Patient-Ratio (Verhältnis Pflegekräfte pro Patient/-in) und Nurse-to-Bed-Ratio (Verhältnis Pflegekräfte pro Bett).¹⁸⁶

Die Nurse-to-Patient-Ratio definiert:

Nurse-to-Patient-Ratio

„... Zahl der Pflegefachkräfte für eine bestimmte Zahl an Patienten pro Schicht auf einer Station, in der Notaufnahme, im OP, etc.“

Tabelle 36: Definition Nurse-to-Patient-Ratio¹⁸⁷

Die Nurse-to-Bed-Ratio definiert:

Nurse-to-Bed-Ratio

„... Zahl der Pflegepersonalstellen pro Station im Verhältnis zur Zahl der aufgestellten oder durchschnittlich belegten Betten“

Tabelle 37: Definition Nurse-to-Bed-Ratio¹⁸⁸

Während **Österreich** in manchen Bereichen den Weg geht, Nurse-to-Bed-Ratios abzubilden *➤ siehe Kap. 3.2* und die Personalbesetzung in den offiziellen Daten in diesem Verhältnis abbildet *➤ siehe Kap. 5.6.2¹⁸⁹*, gehen international einige Länder einen anderen Weg, in dem sie Vorgaben zur „Nurse-to-Patient-Ratio“ machen.¹⁹⁰

Es gibt wenige Länder¹⁹¹, in denen konkrete Anhaltszahlen als (Mindest)Personalbesetzungsinstrument eingesetzt werden. In Europa sind solche Regelungen derzeit kaum verbreitet. Eine Ausnahme bildet hier Belgien, wo bereits 1987 eine Anhaltszahl eingeführt wurde.¹⁹² Aktuell hat Deutschland mit den Personaluntergrenzen vier Anhaltszahlen für Bereiche im Krankenhaus eingeführt *➤ siehe Kap. 3.6.3*. Auch Österreich hat in speziell definierten Bereichen gemäß LKF und ÖSG Qualitätskriterien im Einsatz, die als Anhaltszahlen definiert sind *➤ siehe Kap. 3.2*. In einigen Anhaltszahlen wie z.B. im Staat Kalifornien¹⁹³ werden anders als in Österreich nur Pflegekräfte mit direktem Patientenkontakt berücksichtigt (keine Leitungspersonen). In Australien gibt es im Bundesstaat Victoria eine vergleichbare gesetzliche Vorgabe.

„Nurse-to-Bed“ und „Nurse-to-Patient“ im Vergleich

Während die „Nurse-to-Bed-Ratio“ als Kennzahl für das Krankenhausbudget und die Vergütung, sowie als Regulierungsmodell für die Bereitstellung von Personal dienen soll, gilt sie, anders als die „Nurse-to-Patient-Ratio“, als ungünstig für die Qualitätssicherung.¹⁹⁴ Die „Nurse-

¹⁸⁶ Thomas et al., 2014

¹⁸⁷ Simon/Mehmecke, 2017: 7 (eigene Darstellung)

¹⁸⁸ Ebd.: 7 (eigene Darstellung)

¹⁸⁹ Siehe auch BMASGK, 2018d

¹⁹⁰ Siehe dazu auch Simon/Mehmecke, 2017

¹⁹¹ z.B. einzelne US-amerikanische Bundesstaaten, Australien, Singapur und Taiwan

¹⁹² Für eine detaillierte Beschreibung der Modelle und zusätzliche Originalliteratur siehe: Thomas, 2014; Simon/Mehmecke, 2017

¹⁹³ Aiken et al., 2010

¹⁹⁴ Simon/Mehmecke, 2017

to-Patient Ratio“, wie sie in Australien und der USA geführt wird, gibt gesetzlich eine Untergrenze für Personalbesetzung vor, welche die Qualitätssicherung sicherstellen soll und dies zum Schutz der Patientengesundheit und der besseren Arbeitsbedingungen für das Personal.¹⁹⁵ Da bei den gesetzlichen „Mindestanforderungen“ an Personal nicht nur bestehende, sondern auch erwartete Patienten/-innen berücksichtigt werden, hat dies zur Folge, dass nur bei ausreichend Personal zusätzliche Betten belegt werden dürfen.¹⁹⁶ Darüber hinaus nimmt die „Nurse-to-Bed-Ratio“ nur die Bruttoarbeitszeit (ohne Rücksicht auf Arbeitsausfallzeiten) als Grundlage, beachtet Abweichungen bei Schichten und Tagen nicht und schließt in die Gesamtzahl des Pflegepersonals auch Leitungsfunktionen, Praxisanleitung, etc. mit ein.¹⁹⁷

Internationaler Vergleich

Wenn es um den internationalen Vergleich¹⁹⁸ geht, sehen Pflegekräfte in Krankenhäusern die „Nurse-to-Patient-Ratio“ bezüglich der Vorgabe an Mindestbesetzung¹⁹⁹ teils auch kritisch. Was in der internationalen Literatur meist übersehen wird, ist die Komplexität dieser Regulierungssysteme in USA und Australien.²⁰⁰ Um die bedarfsgerechte Personalbesetzung sinnvoll und wirksam zu berechnen, ist es notwendig, über die Mindestbesetzung hinaus, gesondert den individuellen Pflegebedarf der Patienten/-innen zu erfassen und zu berücksichtigen.²⁰¹ Daher finden sich vor allem in den USA und Australien zusätzlich zur Anwendung der Mindestbesetzung in Form von „Nurse-to-Patient-Ratios“ noch weitere Regulierungsmaßnahmen zum Personaleinsatz in Krankenanstalten.²⁰²

¹⁹⁵ Simon/Mehmecke, 2017

¹⁹⁶ Genster et al., 2017

¹⁹⁷ Simon/Mehmecke, 2017

¹⁹⁸ Für eine konkrete Beschreibung der international angewandten Modelle siehe: Simon/Mehmecke, 2017, Thomas et al., 2014.

¹⁹⁹ Siehe dazu auch die Diskussion zu Untergrenzen in Deutschland > siehe Kap. 3.6.3 und die derzeitigen Erfahrungen mit Mindestkriterien bei den Qualitätskriterien > siehe Kap. 5.6.4, aber auch die großteils übertragbaren Erfahrungen mit Mindestpflegepersonalschlüsseln in der Altenarbeit, siehe dazu z.B. Staflinger, 2016.

²⁰⁰ Simon/Mehmecke 2017

²⁰¹ Ebd.

²⁰² Für eine detaillierte Beschreibung der Regulierungsmaßnahmen siehe: Simon/Mehmecke, 2017

Das tatsächliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Patienten/-innen stellte sich im Jahr 2012 im internationalen Vergleich (Europa und USA) wie folgt dar:

Pflegepersonal-Patient/-in – Verhältnis in USA und Europa		
	Patient/-in pro „registered Nurse“ ¹ oder vergleichbar qualifizierte Pflegefachkraft	Patient/-in pro Pflegekraft (Pflegefach- und Pflegehilfskräfte insgesamt)
Belgien	10,7	7,9
Deutschland	13,0	10,5
England	8,6	4,8
Finnland	8,3	5,3
Griechenland	10,2	6,2
Irland	6,9	5,0
Niederlande	7,0	5,0
Norwegen	5,4	3,3
Polen	10,5	7,1
Schweden	7,7	4,2
Schweiz	7,9	5,0
Spanien	12,6	6,8
USA	5,3	3,6

¹ mindestens dreijährige berufliche oder hochschulische Ausbildung

Tabelle 38: Pflegepersonal pro Patient/-in²⁰³

Validität von Anhaltzahlen

Im Hinblick auf die Validität von Anhaltzahlen stellt sich die Frage, welches Betreuungsverhältnis für eine Regelung dieser Art angemessen wäre. Aus wissenschaftlicher Sicht kann ein „optimales“ Betreuungsverhältnis nicht allgemeingültig beantwortet werden. Insbesondere gilt es zu betrachten, dass die einzelnen Patienten/-innen einen ganz unterschiedlichen Pflegebedarf haben. Es ist daher schwer, eine Pauschalvorgabe für das ganze Krankenhaus bzw. für fixe Bereiche zu treffen. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass durch die Vorgabe verbindlicher Betreuungsquoten, sofern diese die derzeit aktuellen Anhaltzahlen \blacktriangleright *siehe dazu auch Kap. 3.2* übersteigen, eine Verbesserung der Betreuungssituation und der Arbeitsqualität zu erreichen wäre. Allerdings wird diese Regelung als pauschal und unflexibel betrachtet, sodass differenzierte Modelle zu bevorzugen wären.²⁰⁴ Die Auswirkung bzw. Einbeziehung der Beschäftigtenstruktur wie z.B. Schwangerschaft, Altersstruktur, gesundheitliche Einschränkungen, Bedarf der Praxisanleitung, etc. finden derzeit in den gängigen Modellen kaum Anwendung. In der aktuellen Diskussion sollte daher diesem Aspekt besonders Rechnung getragen werden.

Die Diskussion um gesetzliche Standards ist nicht zuletzt durch die aktuelle Diskussion zur Personalberechnung neu entflammt. So werden in Deutschland Untergrenzen beim Pflegepersonal für vier Abteilungsarten eingeführt \blacktriangleright *siehe dazu Kap. 3.6.3*, wo laut Expertenschätzung²⁰⁵ nur wenige Gewinner/-innen hervorgehen und andere Stationen ohne Anhaltzahlen „entleert“ werden \blacktriangleright *siehe Kap. 5.6*.

²⁰³ Aiken et al., 2012 (eigene Darstellung)

²⁰⁴ Thomas et al., 2014

²⁰⁵ Simon, 2018

3.6.3 EIN BLICK NACH DEUTSCHLAND

Nicht selten fällt der Blick bei der Suche nach geeigneten Berechnungsmodellen für Krankenhäuser nach Deutschland. Nicht verwunderlich, wurde doch auch die deutsche **PPR** für Österreich übernommen ➤ *siehe Kap. 3.4.4.*

Status quo

In Deutschland wurde die PPR stufenweise eingeführt, mit dem Ziel ein Pflegepersonalzuwachs von 13.000 Dienstposten zu erreichen. Das Projekt verwirklichte sich zwar mehr als erhofft, wurde aber aufgrund der schlechten finanziellen Lage der Krankenversicherungen wieder eingebremst. Auf einen starken Rückgang des Pflegepersonals folgten zwei Förderungsprogramme zur Pflegepersonalstellenentwicklung, die seit 2012 positiv laufen.²⁰⁶

Ähnlich wie in Österreich ➤ *siehe Kap. 2.1.2* ist die Situation in der Pflege vieler deutscher Krankenhäuser zunehmend durch Personal- und Zeitknappheit gekennzeichnet. Häufig wird die Zunahme der Arbeitsverdichtung mit der Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups System) im Jahr 2004 in Verbindung gebracht. Teils können notwendige pflegerische Leistungen aufgrund von Zeitmangel nicht mehr erbracht werden, was sich auf die Versorgungsqualität und die Attraktivität des Pflegeberufes auswirkt. Die Pflege wird derzeit im DRG-System über eine „indirekte Orientierung“ an der PPR berücksichtigt. Dabei wird jedoch nicht der pflegerische Bedarf der Patienten/-innen oder der tatsächlich geleistete pflegerische Aufwand erfasst ➤ *siehe Kap. 5.6.3*, sondern es erfolgt eine an der Bezugsgröße PPR-Minuten orientierte Verteilung der Personal-Ist-Kosten.²⁰⁷

Aktuell fordert der Deutsche Pflegerat (DPR) die Bundesregierung auf, ein verbindliches Personalbemessungsverfahren für das Krankenhaus einzuführen, welches den Versorgungsbedarf einzelner Patienten/-innen berechnet, um die Anzahl benötigter Pflegekräfte zu ermitteln.²⁰⁸ Außerdem führte der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfP) eine Onlineumfrage zum Thema Dienstplan durch. Auch hier ist der zentrale Wunsch der Befragten eine angemessene Personalausstattung.²⁰⁹

Personaluntergrenzen

In Deutschland gibt es mittlerweile ein breites Bündnis für eine neue Personalausstattung.²¹⁰ Laut §137i SGB V hatten sich in Deutschland auf Bundesebene die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bis 30.06.2018 auf Regelungen zu „Personaluntergrenzen“ in „pflegesensitiven“²¹¹ Bereichen im Krankenhaus“ zu einigen, welche dann ab 1.1.2019 für alle zugelassenen Krankenhäuser verbindlich gelten. Ihre Verhandlungen ergaben Personaluntergrenzen auf einem sehr geringen Niveau für einen kleinen Teil der Fachabteilungen. Die an der Beratung beteiligten Organisationen kritisierten dies als unzureichend, wodurch die Zuständigkeit auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verschob. Laut BMG wurden Personaluntergrenzen für vier Fachabteilungen auf dem Niveau der unteren

²⁰⁶ Fachgesellschaft Profession Pflege, 2018

²⁰⁷ Thomas et al., 2014

²⁰⁸ Deutscher Pflegerat (DPR), 2019b; für weitere Informationen siehe: DPR, 2019a

²⁰⁹ Springer Pflege, 2019; für die Ergebnisse der Studie siehe: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfP), 2019

²¹⁰ Für einen Überblick zum Bündnis siehe auch: Simon, 2018.

²¹¹ Die Definition „pflegesensitiver Bereich“ meint nach der Gesetzgebung alle jene Bereiche, wo sich ein Zusammenhang zwischen Pflegepersonalunterbesetzung und unerwünschten Ereignissen ergibt; Simon, 2018

Quartilsgrenze einer Krankenhausstichprobe gesetzt. Da sich diese Regelung von der ursprünglichen durch DKG und GKV-SV nicht unterschied, kam wiederum heftige Kritik der anderen Organisationen.

Die konkreten Untergrenzen für die vier Bereiche wurden wie folgt festgelegt:

Personaluntergrenzen je Bereich:		
Bereich	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin¹⁾	Max. 2,5 Patienten/-innen pro Pflegekraft	3,5 Patienten/-innen pro Pflegekraft
Geriatric	10 Patienten/-innen pro Pflegekraft	20 Patienten/-innen pro Pflegekraft
Unfallchirurgie	10 Patienten/-innen pro Pflegekraft	20 Patienten/-innen pro Pflegekraft
Kardiologie	12 Patienten/-innen pro Pflegekraft	24 Patienten/-innen pro Pflegekraft
¹⁾ Ab 1. Januar 2021 gilt: Tagschicht 2 Patienten pro Pflegekraft; Nachschicht 3 Patienten pro Pflegekraft In diesem Zusammenhang wird auch festgelegt, welchen Grenzwert der Anteil von Pflegehilfskräften jeweils nicht überschreiten darf, damit ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.		

Tabelle 39: Personaluntergrenzen in Deutschland²¹²

Kritik

„Personaluntergrenzen“ sollen eine Mindestzahl beim Verhältnis „Pflegekraft zu Patient“ vorgeben, also wie viele Patienten/-innen eine Pflegekraft²¹³ pro Schicht maximal zu versorgen hat. Unklar ist jedoch, was den Zeitraum der Einhaltung von Untergrenzen betrifft, möglicherweise bezieht sich die Mindestzahl auf einzelne Schichten oder auch auf den gesamten Jahresdurchschnitt.²¹⁴ Tatsache ist jedoch, wie auch USA und Australien mit ihrer „Nurse-to-Patient-Ratio“ erkannten, dass eine Personaluntergrenze alleine nicht ausreicht. Zusätzlich zur Mindestzahl an Personal gilt es den individuellen Pflegebedarf der Patienten/-innen zu erheben und zu berücksichtigen.

Kritiker/-innen bringen außerdem ein, dass mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung weder eine bedarfsgerechte, ausreichende Personalbesetzung noch eine gute Pflege angestrebt wird. Das zuständige Bundesministerium vertritt intern eher die Meinung, dass die geplanten Pflegepersonaluntergrenzen nur eine Minimalbesetzung verlangen sollen, die lediglich ausreicht, eine patientengefährdende Pflege zu verhindern. Dementsprechend sollen die Untergrenzen auch nur auf einem Niveau festgelegt werden, das sich an der Grenze zu den 25 % am schlechtesten besetzten Krankenhäusern befindet.²¹⁵ Die Festsetzung von einzelnen Mindestvorgaben wie z.B. 10 oder 25 % birgt das Risiko, dass alle anderen 90 oder 75 % der besser besetzten Fachabteilungen Personal abbauen und die Besetzung auf das Niveau der am schlechtesten besetzten Kliniken abgesenkt wird.²¹⁶ Zu hinterfragen ist, inwieweit ein Krankenhaus auf einzelne pflegesensible Bereiche festgeschrieben werden kann. Der weit überwiegende Teil

²¹² BMG, 2018 (eigene Darstellung)

²¹³ Zu berücksichtigen sind all jene Pflegekräfte, die unmittelbar in der Pflege der Patienten/-innen tätig sind, damit gemeint sind alle Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit mindestens drei Jahren Ausbildung und zusätzlich Pflegehelfer/-innen als Ergänzung.

²¹⁴ Simon, 2018

²¹⁵ Simon, 2018; für eine weitere Vertiefung zu Vorarbeiten für die Einführung von Personaluntergrenzen in den deutschen Krankenhäusern siehe: Schreyögg/Milstein, 2016. Zur weiteren Kritik an den Untergrenzen siehe auch: IGES, 2018.

²¹⁶ Simon, 2018. Ähnliche Entwicklungen sind z.B. in der stationären Langzeitpflege erkennbar, indem Mindestpflegepersonalschlüssel als Höchstvorgaben interpretiert werden; siehe dazu Staflinger, 2016. Die Befragten in der aktuellen Studie kommen teilweise zu ähnlichen Ergebnissen ➤ siehe Kapitel 5.6.3.2.

der pflegeabhängigen Komplikationen ist unabhängig von der Art der einzelnen Fachrichtung und kann daher in jeder Station im Krankenhaus vorkommen.²¹⁷

Ein weiteres Problem bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nur für bestimmte Fachabteilungen ist die – auch in Oberösterreich – immer mehr praktizierte interdisziplinäre Belegung der Stationen. Daraus folgt, dass auch Fachabteilungen mit identischer Bezeichnung ein sehr unterschiedliches Spektrum an Patienten/-innen und Erkrankungen aufweisen.²¹⁸ Um eine gute Pflege im gesamten Krankenhaus zu gewährleisten, wurde der „Ganzhausansatz“ als zusätzliche Maßnahme eingeführt.²¹⁹ Zur Chancen und Gefahren von einheitlichen Anhaltswerten > siehe Kapitel 5.6.3.

3.7 FAZIT MODELLE DER PERSONALBERECHNUNG

Die gesetzliche Basis zur Personalberechnung lässt, mit Ausnahme der verbindlichen Qualitätskriterien, große Interpretationsspielräume zu. Viele der Modelle haben bereits eine lange Entwicklungsgeschichte und sind teils aus deutschen Modellen abgeleitet. Die Beschreibungen der Modelle sind unterschiedlich gehalten, die Durchführungsspielräume in der Praxis daher groß. Häufig fällt der Blick auf internationale Modelle, zu hinterfragen ist jedoch stets, unter welchen Rahmenbedingungen diese auch in das österreichische Krankenhaussystem integriert werden können. Anerkannte Modelle werden vor allem auch von den Führungskräften geschätzt, da sie auch eine Vergleichbarkeit bieten. Kritisch hinterfragt wird allerdings, dass es derzeit üblich ist, die in den Modellen berechneten Dienstposten nur zu gewissen Prozentanteilen anzuerkennen. Diese Vorgehensweise schränkt auch modernste Berechnungsmodelle ein.

„Ich bin auf der einen Seite schon froh, dass wir eine Methode haben, ich bekenne mich auch dazu, dass man einfach eine Vergleichbarkeit hat zwischen den Häusern. Aber auf der anderen Seite ist auch, wie gehen die Unternehmen oder die Finanziere damit um, wie erfüllt man es. Und da wird uns LEP auch nichts bringen, wenn man sagt, ich erfülle es, aber nicht zu 100 Prozent oder einen gewissen Prozentanteil“. (PM13)

"Es kommt mehr Personal heraus... Man weiß, dass man mehr brauchen würde, aber man bekommt den Dienstpostenplan nur, wenn er vom Land genehmigt wird. Da erzeugt man mehr Unruhe als man Effekt hat, weil da bin ich ja gedeckelt von oben. Genau!“ (PM10)

Letztendlich wird ein Personalberechnungsmodell daran gemessen werden, ob es von den Finanzgebern/-innen akzeptiert ist, sprich in den Budget- und Dienstpostenverhandlungen die nötigen Mittel bereitgestellt werden.

„Das ist eine Sache, ob die PPR Schwächen hat. Ob jetzt LEP oder etwas besser ist... Es ist immer die Sache, was wir genehmigt bekommen.“ (PM13)

Die Interviewpartner/-innen der vorliegenden Studie haben zahlreiche Handlungsfelder skizziert, die als Basis für weiterführende Diskussionen zu einer zeitgemäßen Personalberechnung in Krankenhäusern dienen können > siehe auch Kap.5.

²¹⁷ Simon, 2018

²¹⁸ Ebd.

²¹⁹ Für eine detaillierte Beschreibung des „Ganzhausansatzes“ siehe: BMG, 2018

4 PERSONALBEDARF UND –EINSATZ IN DEN ÖÖ. KRANKENHÄUSERN – STATUS QUO

Vor einer vertieften Analyse der Personalberechnung aus Sicht der Akteure/-innen im Feld in den öö. Krankenhäusern²²⁰ führen einige Zahlen und Daten in die „Arbeitswelt öö. Krankenhaus“ ein.

4.1 DIE TRÄGERSTRUKTUR DER ÖÖ. KRANKENHÄUSER

4.1.1 VERSORGUNGSREGIONEN OBERÖSTERREICH

Oberösterreich umfasst 15 politische Bezirke und mit Linz, Wels und Steyr drei Statutarstädte. Oberösterreich bildet gemeinsam mit Salzburg die Versorgungszone Nord in Österreich gemäß ÖSG 2017.²²¹ Das Bundesland Oberösterreich selbst ist in sechs verschiedene Versorgungsregionen eingeteilt.²²²



Abbildung 11: Versorgungsregionen Oberösterreich²²³

4.1.2 ÖÖ. TRÄGERSTRUKTUR IN VERÄNDERUNG

Die Trägerstruktur der öö. Krankenhäuser ist heterogen und gerade in starker Weiterentwicklung.

„Und ich sehe auch welche, die sich überfordert fühlen mit den Fragestellungen. Und ich sehe vor allem eines, dass es im fachlichen Bereich viele tradierte, historisch entstandene Strukturen gibt. Als Beispiel Abteilungsstrukturen, Primariatstrukturen, was auch immer. Wo wir zunehmend draufkommen, und ohne diesen Systemen jetzt sozusagen was Böses zu wollen. Aber wo

²²⁰ Für eine Beschreibung der unterschiedlichen Arten von Krankenanstalten siehe § 2 Abs. 1 KAKuG sowie Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2019

²²¹ BMASGK, 2018a

²²² Amt der Öö. Landesregierung und OÖ GKK, 2016: 10

²²³ Ebd.: 10

man draufkommt, dass diese tradierten Systeme, die dem nicht gerecht sind oder Strukturen vorhanden sind, die das nicht bewältigen, was aber zu bewältigen ist. Das ist mein Bild dazu.“ (E11)

Das neu geschaffene Kepler Universitätsklinikum, die Schaffung des Ordensklinikums Linz und der Gesundheitsholding prägten die letzten Jahre der öö. Krankenhauswelt. Geplant ist weiters der Zusammenschluss der beiden Krankenhausstandorte Steyr und Kirchdorf zum „Pyhrn-Eisenwurz-Klinikum“ und die Zusammenführung von Gesundheitsholding und Kepler Universitätsklinikum. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den vorhersehbaren Status zum Zeitpunkt der Berichtslegung (Juni 2019). Die Form der Trägerschaft lässt nicht zwingend auf den rechtlichen Status der Krankenanstalt schließen. Vielmehr gibt es Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht in privater Trägerschaft genauso, wie jene ohne Öffentlichkeitsrecht in öffentlicher Trägerschaft.²²⁴

Öffentliche Trägerschaft

„Ich bin überzeugt davon, dass man es so, wie man es jetzt macht, nicht machen sollte, weil jedes Haus wirklich eine eigene Kultur hat. Aber jeder glaubt, durch diese Fusion ersparen wir uns etwas, und das kann ich sicher von mir aus sagen, es wird vieles teuer werden, weil man so viel umändern muss, und Energie einsetzen muss, dass man irgendwann sagen kann, man zieht vielleicht an einem Strang. Aber das sind Jahrzehnte.“
(PM15)

Unter öffentlicher Trägerschaft befindet sich das Kepler Universitätsklinikum Linz, das 2015 aus einer Fusion des AKH Linz (Med Campus III), der Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz (Med Campus IV) und der Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg (Neuromed Campus), veranlasst durch die Gründung einer medizinischen Fakultät an der Johannes Kepler Universität Linz, entstand. Inhaber sind zu 74,9 % das Land Oberösterreich bzw. die OÖ Landesholding GmbH und zu 25,1% die Stadt Linz.²²⁵

Die Oberösterreichische Gesundheitsholding (vormals Gespag) ist im Eigentum des Landes Oberösterreich und Betreiber der oberösterreichischen Landeskrankenhäuser. Die Krankenanstalten sind gemeinnützig und besitzen das Öffentlichkeitsrecht, finanziert werden sie aus dem Landesgesundheitsfonds (LGF).

Die Gesundheitsholding betreibt folgende sechs Spitäler (an acht Standorten):²²⁶

- Landes-Krankenhaus Freistadt
- Landes-Krankenhaus Kirchdorf
- Landes-Krankenhaus Rohrbach
- Landes-Krankenhaus Schärding
- Landes-Krankenhaus Steyr²²⁷
- Salzkammergut-Klinikum (Landes-Krankenhaus Vöcklabruck, Landes-Krankenhaus Bad Ischl u. Landes-Krankenhaus Gmunden)

²²⁴ BMASGK, 2018e; zur Begriffsdefinition Krankenanstalten ► siehe Kap. 2.1

²²⁵ Kepler Universitätsklinikum, 2017

²²⁶ Zudem befindet sie sich in einer Allianz mit dem von der AUVA betriebenen UKH Linz und den Krankenhäusern des Ordensklinikums Linz.

²²⁷ Mit 1. Jänner 2020 sollen die beiden Landes-Krankenhäuser Steyr und Kirchdorf zum Krankenhaus „Pyhrn-Eisenwurz-Klinikum“ fusionieren. Siehe dazu Oö. Gesundheits- und Spitals-AG, 2018

Eine Fusion der beiden großen Träger Gesundheitsholding und Kepler Universitätsklinikum ist in Planung und soll voraussichtlich im 2. Halbjahr 2019 durchgeführt werden.²²⁸

Als privat-gemeinnützige Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht gelten die oberösterreichischen Ordensspitäler. Die sieben Ordensspitäler an acht Standorten unterliegen einer unterschiedlichen Trägerstruktur:



Abbildung 12: Trägerstruktur oberösterreichischer Ordensspitäler²²⁹

Das Unfallkrankenhaus (UKH) Linz in Trägerschaft der AUVA, ohne Öffentlichkeitsrecht aber mit Gemeinnützigkeit und die Klinik der Diakonissen Linz ohne Öffentlichkeitsrecht und ohne Gemeinnützigkeit komplettieren die ö. Krankenhauslandschaft.²³⁰

4.2 PATIENTENSTRUKTUR

Die Patientenstruktur hat wesentliche Auswirkungen auf die Personalberechnung in den Krankenhäusern. Einige Zahlen und Veränderungen sollen die Veränderungen darstellen. Betrachtet man lediglich die 14 LGF-Krankenanstalten, so gab es im Berichtsjahr 2017 7.823 systemisierte, bzw. 7.819 tatsächlich aufgestellte Betten. Die Zahl von 504.363 stationären Aufenthalten in LGF-Krankenanstalten entspricht 2.217.354 Belagstagen. 140.620, das entspricht 6,34%, waren Nulltagesaufenthalte.²³¹ Insgesamt gab es im Jahr 2017 in Oberösterreich 504.182 Aufnahmen im stationären Bereich (Österreich: 2.491.494).²³²

„Also wir haben jetzt Unfallchirurgische liegen und bekommen gynäkologische Patienten, internistische, weil oft andere Stationen voll sind, wir nehmen dann den Rest auf, das ist halt auch die Herausforderung finde ich, in unserem Bereich. Wo wir einfach verschiedene Disziplinen haben.“
(BK37)

²²⁸ Ursprünglich war eine Zusammenführung in der ö. Gesundheitsholding mit 1. Juni geplant. Laut Medienberichten verzögert sich diese Zusammenführung bis mindestens Juli 2019; OÖN, 2019a.

²²⁹ OÖ Ordensspitäler Koordinations GmbH, 2019 (leicht veränderte Darstellung)

²³⁰ Aufgrund der speziellen Versorgungssituation wurden ausschließlich Interviews mit Betriebsräten/-innen geführt und von einer weiteren Analyse Abstand genommen. Die Ersteinschätzung der Betriebsräteinterviews bestätigen die in Kap. 5 skizzierten Handlungsfelder in weiten Teilen.

²³¹ BMASGK, 2018f; Für eine Betrachtung von demografischen Daten wie Geschlecht und Alter bzw. die Hauptdiagnosen der Patienten/-innen siehe: BMASGK, 2018d. Für die Entwicklung wie z.B. durchschnittliche Belagsdauer nach Regionen, etc. siehe: Land OÖ, 2018

²³² BMASGK, 2018d

4.2.1 VERWEILDAUER

Die durchschnittliche Verweildauer in den öö. landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (ohne 0-Tagesaufenthalte und Langzeitaufenthalte) ist seit 2007 kontinuierlich gesunken und liegt im Jahr 2017 bei 5,07 Tagen (Österreich: 5,26 Tage), das entspricht einem Rückgang seit 2007 um 5,59 %.

Durchschnittliche Belagstage Oberösterreich:										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5,37	5,29	5,25	5,20	5,18	5,18	5,16	5,12	5,16	5,10	5,07

Tabelle 40: Durchschnittliche Belagstage OÖ - Entwicklung²³³

Während die durchschnittlichen Belagstage rückläufig sind, gibt es eine kontinuierliche Steigerung bei den 0-Tagesaufenthalten. Diese sind seit 2007 konstant angestiegen und lagen 2017 bei 140.620 Tagen. Während die Steigerung seit 2007 für Österreich bei + 48,27 % lag, sind es in Oberösterreich + 131,26 %.

0-Tagesaufenthalte in Oberösterreich:										
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
60.805	72.895	79.976	85.496	94.421	101.592	112.085	114.829	124.345	133.009	140.620

Tabelle 41: 0-Tages-Aufenthalte in OÖ - Entwicklung²³⁴

Die Belagstagesdichte²³⁵ ist in Oberösterreich zwar im Zeitraum 2009 – 2017 von 1.792 Belagstagen auf 1.503 Belagstage gesunken, was einem Rückgang um rund 16 % entspricht, im Vergleich zum Durchschnitt der anderen acht österreichischen Bundesländer (1.344 Belagstage/1.000 Erwachsene) ist dieser Wert aber dennoch am höchsten. Die durchschnittliche Belagsdauer²³⁶ hat sich im selben Zeitraum von 5,18 auf 4,37 Tage reduziert, womit Oberösterreich im Bundesländervergleich im unteren Drittel liegt.²³⁷

4.2.2 AUSLASTUNG

Interessant ist auch die Entwicklung der Auslastung, etc. Betrachtet man Kennzahlen wie Auslastung, Bettenanzahl und Belagstage im Zeitverlauf, so lässt sich feststellen, dass die Bettenanzahl (tatsächlich aufgestellte Betten) nach der Spitalsreform 2010/11 *➤ siehe auch Kap. 4.4.4* gesunken ist. Innerhalb des Vergleichszeitraumes 2009 – 2017 ergibt sich eine Differenz von 756 Betten, was einer Reduktion von minus 8,8 % entspricht. Die Auslastung hat sich innerhalb des Zeitraumes 2016 – 2017 um 1,7 Prozentpunkte auf 83,1 % erhöht.²³⁸

„Weil ich weiß, wenn jetzt wieder irgendeine Spitalsevaluierung kommt, dass wir 67 % Auslastung haben. Und dann berechnen wir das, wie es wirklich ist nach Pflegetagen und nach Bettensperren, die wir dann herausrechnen müssen mit den Wochenenden etc., dann liegen wir momentan bei 93 % Auslastung. Und das ist für den Regelbetrieb ein Wahnsinn eigentlich. Weil dann kann man es sich vorstellen was dann passiert, wenn akut wer kommt.“ (PM12)

„Nur die Zahlen zeigen halt was Anderes auf. Ich habe zum Beispiel seit drei Jahren, in denen ich da bin, Statistik mitgeführt. Ich habe im Durchschnitt eine 150%ige Auslastung. Weil von der

²³³ BMASGK, 2018f (eigene Darstellung)

²³⁴ Ebd. (eigene Darstellung)

²³⁵ Anzahl Belagstage je 1.000 Einwohner/-innen; Land OÖ, 2018: 22

²³⁶ Anzahl Belagstage je Aufenthalt (inkl. 0-Tagesaufenthalte); Land OÖ, 2018: 27

²³⁷ Land OÖ, 2018

²³⁸ Ebd. Die Auslastung war auch ein wesentlicher Aspekt in den Interviews; 73 Nennungen

Personalbedarfsberechnung, man sagt ja, glaube ich, bei 85 % redet man ja schon von 100 %igen Auslastung. Ich bin da weit drüber aus meiner Sicht.“ (SL40)

Die durchschnittliche Auslastung der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten in Oberösterreich betrug im Jahr 2017 77,69 % und lag damit über dem österreichischen Durchschnitt von 74,78 %. Unter Mitberücksichtigung der 0-Tagesaufenthalte, wies Oberösterreich einen Auslastungsgrad von 82,62 % auf (Österreich: 78,55 %).²³⁹

	Durchschnittliche Auslastung	Durchschnittliche Auslastung inkl. 0-Tagesaufenthalte
Burgenland	62,76	68,45
Kärnten	78,71	80,24
Niederösterreich	69,17	70,98
Oberösterreich	77,69	82,62
Salzburg	74,37	77,85
Steiermark	75,73	77,69
Tirol	73,71	76,18
Vorarlberg	69,49	74,13
Wien	78,46	84,81
Österreich	74,78	78,55

Tabelle 42: Auslastung in Österreich²⁴⁰

Deutlich wurde auch eine weitere Auswirkung der Veränderung der Bettenzahlen. Interviewpartner/-innen einzelner Krankenhäuser schilderten, dass teils mit unterschiedlichen Bezeichnungen auch „Gangbetten“ vorhanden sind bzw., dass Patienten/-innen wieder schnellstmöglichst entlassen werden, weil keine Betten verfügbar sind.

„Und das ist dann oft für uns ein Wahnsinn, weil natürlich die Aufnahmeschwester im Dienstzimmer nicht weiß, wo sie die Patienten hinlegen soll, weil die Betten noch gar nicht frei sind. Also, die stehen dann auch oft am Gang, in einem Bett mit einem Paravent davor, bis sie dann in den OP abgeholt werden.“ (BK70)

„Wir sind dann oft im ganzen Haus unterwegs, dass man Betten sucht und dass man Leute heimschickt, die eigentlich noch einen Tag brauchen würden. Oder, dass wir die Aufnahmen wieder heimschicken und den nächsten Tag in der Früh wieder reinholen, dass die Mobilen halt daheim schlafen, weil man kein Bett hat.“ (SL2)

Interviewpartner/-innen einzelner Krankenhäuser schilderten des Weiteren, dass durch die zusätzlichen Betten oftmals Knappheit beim Personal herrscht. Interessant in diesem Zusammenhang ist, wie diese Betten in der Personalberechnung²⁴¹ berücksichtigt sind ➤ *siehe auch Kap. 3.6.2.*

„Und da geht es nicht darum, dass wir Betten frei haben, sondern, wenn wir eine volle Station haben, ist das wunderbar. Wir arbeiten natürlich, wir sind darauf ausgelegt, mit einer 100%igen Auslastung zu fahren und das ist auch absolut richtig so. Nur, wenn ich jetzt eine Station habe mit 32 Betten und ich versorge jeden Tag aber 40 Patienten...“ (SL13)

„Das sind halt diese sogenannten Zusatzbetten, Notbetten. Wie immer man das bezeichnen möchte. Und für 9 Patienten habe ich das Personal, das würde auch so passen. Nur ich habe diese Patientenanzahl nicht. Ich habe ständig mehr. Und dadurch ergibt sich eine Dauerbelastung, das was sich a la long auch auf Dauer niederschlägt, sprich Krankenstände, Unzufriedenheit.“ (SL40)

²³⁹ BMASGK, 2018d

²⁴⁰ Ebd.: 38 (eigene Darstellung)

²⁴¹ Zur Auswirkung von nicht systemisierten Betten – wie z.B. Gang- und Einschubbetten ➤ *siehe Kap. 5.6.2.*

Durch die ständig erhöhte Zahl an Betten bzw. Patienten/-innen ist der Arbeitsalltag aller Beschäftigten im Krankenhaus durch verspürten Zeitdruck gekennzeichnet ➤ siehe dazu z.B. Kap. 5.4.1 bzw. Kap. 5.4.7.

4.3 BESCHÄFTIGTE IN DEN ÖÖ. KRANKENHÄUSERN

Die öö. Krankenhäuser sind ein wichtiger Arbeitgeber. Im Folgenden werden ausgewählte Zahlen beschrieben.

Beschäftigte in Zahlen

„Mir ist das bewusst, wenn da für eine Station 14 herauskommt, es kann sein, dass sie mit 15 unterbesetzt sind und es kann sein, dass sie mit 13 überbesetzt sind. Wieso? Weil einfach die Leute als Personen 80 Prozent bis 120 Prozent Leistung erbringen können, die sind alle unterschiedlich.“ (G4)

Insgesamt waren im Jahr 2017 22.188²⁴² Personen in öö. Krankenhäusern erwerbstätig.²⁴³ In den oberösterreichischen Krankenanstalten sind insgesamt 12.429 Personen (VZÄ) im nicht-ärztlichen²⁴⁴ Gesundheitsbereich beschäftigt, davon 11.387 vom Landesgesundheitsfonds finanziert und 1.042 nicht-landesgesundheitsfondsfinanziert. Die genannten Kennzahlen gehen von 32 Kliniken in Oberösterreich aus.²⁴⁵ Seit 2008 ist die Beschäftigtenzahl der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den öö. LGF-finanzierten Krankenanstalten von 10.591 auf 11.387 gestiegen, was einer Steigerung von 7,52 % entspricht.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Personal (VZÄ)	18.636	18.988	19.316	19.243	19.079	19.034	19.226	19.561	19.791	19.892
Nicht-ärztliches Personal (VZÄ)	10.591	10.763	10.916	11.008	10.953	10.985	11.129	11.293	11.339	11.387

Tabelle 43: Personal in LGF-finanzierten Krankenanstalten in Öö²⁴⁶

Der Frauenanteil in Krankenanstalten liegt in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen bei über 80 % (85 % bei gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegekräften, 79 % bei den Pflegeassistenten/-innen).²⁴⁷

²⁴² Personal (VZÄ) allen öö. Krankenanstalten (LGF: 19.892, NLGF: 2.295); BMASGK, 2018f

²⁴³ BMASGK, 2018f

²⁴⁴ Dazu zählen Hebammen, der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegefachassistenz (derzeit aufgrund der Neuheit des Berufsbildes noch kaum im Einsatz), der gehobene medizinisch-technische Dienst, Masseure/-innen, Pflegeassistenz und die Stationshilfsdienste; siehe: BMASGK, 2018f

²⁴⁵ Ebd.; In den Werten sind alle Krankenanstalten gemäß § 2 KAKuG subsummiert, so auch Sonderanstalten wie z.B. Reha-Einrichtungen. Die Zahlen dienen als Überblick zur Veranschaulichung des Forschungsfeldes. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass andere Literaturquellen, wie z.B. Statistik Austria, ein anderes Zahlenmaterial liefern. Wie viele Beschäftigte derzeit, zumindest in den zu registrierenden Gesundheitsberufen in den Krankenanstalten arbeiten, wird die Erstauswertung des neuen Gesundheitsberuferegisters zeigen.

²⁴⁶ BMASGK, 2018f (eigene Darstellung)

²⁴⁷ Arbeitsmarktservice (AMS) Österreich, 2018

Bemerkenswert ist auch der Anstieg der Teilzeitbeschäftigten seit 2014. Dieser macht bspw. in den Krankenhäusern der Gespag etwas mehr als die Hälfte aus.²⁴⁸

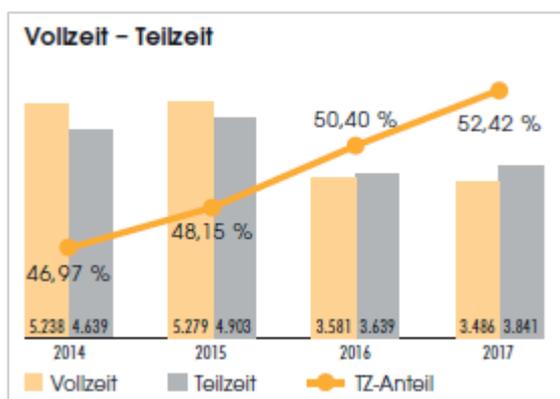


Abbildung 13: Teilzeitanteil in den Gespag-Krankenhäusern²⁴⁹

Zuständigkeit für Patienten/-innen – ein erster Einblick

Einen ersten Einblick in die Zuständigkeiten der Gesundheitsberufe bringen die Zahlen Personalfaktor und Personal pro tatsächlich aufgestelltem Bett.

Beim **Personalfaktor** handelt es sich um eine „Kennzahl zur Darstellung der Personalintensität eines Krankenhauses“²⁵⁰ Sie definiert sich durch:

$$\text{Personalfaktor} = \text{Durchschnittsbelag} / \text{Personal (Vollzeitäquivalente)}$$

Abbildung 14: Personalfaktor²⁵¹

Das **Personal je tatsächlich aufgestelltem Bett** definiert sich durch:

$$\text{Personal je tatsächlich aufgestelltem Bett} = \text{Personal (Vollzeitäquivalente)} / \text{tatsächlich aufgestellte Betten}$$

Abbildung 15: Personal je tatsächlich aufgestelltem Bett²⁵²

²⁴⁸ Ö. Gesundheits- und Spitals-AG, o.A.; Aufgrund der Schilderungen in den Interviews ist anzunehmen, dass der Teilzeitanteil auch bei anderen Trägern ähnlich ist.

²⁴⁹ Ebd.: 15

²⁵⁰ BMASGK, 2018d: 5

²⁵¹ Der Durchschnittsbelag eines Krankenhauses gibt die durchschnittliche Zahl an Patienten/-innen an und berechnet sich folgendermaßen: Belagstage/365 (366); siehe dazu: BMASGK, 2018d: 4, 7

²⁵² Ebd.: 10

Das Personal je tatsächlich aufgestelltem Bett und der Personalfaktor stellen sich in Österreich wie folgt dar:

	Personal pro tatsächlich aufgestelltem Bett	Personalfaktor	Personalfaktor inkl. 0-Tagesaufenthalte
Burgenland	1,07	0,59	0,65
Kärnten	1,09	0,73	0,75
Niederösterreich	1,02	0,68	0,70
Oberösterreich	1,11	0,70	0,75
Salzburg	1,13	0,66	0,69
Steiermark	1,16	0,66	0,68
Tirol	1,18	0,62	0,65
Vorarlberg	1,14	0,61	0,66
Wien	1,40	0,56	0,61
Österreich	1,17	0,64	0,68

Tabelle 44: Personal in Österreich²⁵³

Oberösterreich liegt bei den Beschäftigten pro tatsächlich aufgestelltem Bett unterhalb, beim Personalfaktor hingegen leicht oberhalb des österreichischen Durchschnitts. Im internationalen Vergleich wird der Personalfaktor kaum verwendet, hier sind in der Darstellung eher „Nurse-to-Patient-Ratios“ im Einsatz.²⁵⁴ Für eine weitere Betrachtung zum Verhältnis Pflegekräfte je Patienten/-innen ➤ siehe Kap. 3.6.2 bzw. Kap. 5.6.2.

Beschäftigte bringen Wertschöpfung

Beschäftigte erbringen tagtäglich Spitzenleistungen. Das wird auch in den Interviews geschildert.

„Und das sind aber jetzt auch Mitarbeiterinnen, die jetzt zu mir kommen, die sind, ja die haben noch 20 Jahre bis zur Pension, oder so. Und die sind auch körperlich gesund, geistig gesund, also motiviert. Also, das sind keine leistungsschwachen Mitarbeiterinnen, oder so, sondern das sind auch wirklich sehr gute, engagierte, professionelle Pflegekräfte, die einfach sagen, Ich weiß nicht, wie lange ich mir das so noch antun möchte.“
(SL13)

„Generell ist der Anspruch der Patienten gestiegen, was an Leistungen und Qualität gefordert wird. Ja und der verkürzte Durchlauf und natürlich auch die vollen Betten, das spielt alles zusammen, dass man sagt, Nachtdienste sind teilweise wirklich am Limit.“
(SL10)

„Anzahl der Patienten hat sich nicht geändert, Anzahl der Betten hat sich nicht geändert, aber die Anzahl der Leistungen, die erbracht werden müssen, hat sich massiv erhöht. Und das wird sich fortsetzen. Das hört jetzt nicht auf, die Gesellschaft wird immer älter und es kommen einfach immer mehr Leute in den Genuss unter Anführungszeichen, mehrerer Krankheiten.“ (G4)

²⁵³ BMASGK, 2018d: 39 (eigene Darstellung)

²⁵⁴ In diesem Zusammenhang ist außerdem darauf hinzuweisen, dass Österreich im Unterschied zu anderen Ländern den Weg der „Nurse-to-Bed-Ratio“ anstelle einer „Nurse-to-Patient-Ratio“ wählt.

Diese Leistung bildet sich auch in Zahlen ab.



Abbildung 16: Wertschöpfung 2017²⁵⁵

19.892 Beschäftigte²⁵⁶ arbeiten zum Wohle der öö. Patienten/-innen und tragen zur Wertschöpfung²⁵⁷ in Oberösterreich bei. Im Jahr 2017 betrug diese in den öö. Krankenanstalten 67.030€ pro Beschäftigten, in Gesamtösterreich lag diese bei 65.395€. Als Vergleich dient die Wertschöpfung des Handels im Jahr 2017, welche 55.208€ pro Beschäftigten betrug und somit deutlich unterhalb der Wertschöpfung der öö. Krankenanstalten liegt.²⁵⁸

Laut Schilderungen sind die Beschäftigten größtenteils immer noch sehr zufrieden mit ihrem gewählten Beruf, gehen aber teils an die Grenzen ihrer eigenen Leistungsfähigkeit. Für eine weitere Analyse zur Arbeitszufriedenheit, Gesundheit, etc. der Beschäftigten in den öö. Krankenhäusern ➤ siehe Kap. 5.4.

4.4 AKTUELLE ENTWICKLUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Die öö. Krankenhauslandschaft erlebt derzeit laufend Entwicklungen. Da sich diese auch auf die Arbeit in den Krankenhäusern und teils auch auf die Interviewaussagen und die definierten Handlungsfelder auswirken ➤ siehe auch Kap. 5 sollen sie kurz skizziert werden.

„Das Fordernde für das Krankenhaus an sich... Ich glaube mit Sicherheit die Einsparungen, die zu treffen sind und diese... Vom Land her vorgegeben halt diese Spitalsreformen, die wir schon gehabt haben, die Einser und Zweier und natürlich kommt jetzt auch die Dritte dann bald. Also das ist mit Sicherheit eine Herausforderung.“ (BK23)

Die öö. Krankenhausversorgung ist stark von Zielplanungen und Vereinbarungen auf Bundesebene gelenkt. Mit dem österreichischen Strukturplan Gesundheit (derzeit ÖSG 2017) werden Grundlagen für die Planung und Weiterbildung der Gesundheitsversorgung in Oberösterreich vorgegeben, an die sich alle Träger und Krankenanstalten verbindlich zu halten haben.²⁵⁹ Ziel

²⁵⁵ KA Ö bezieht sich auf 23 Krankenanstalten in Österreich; KA OÖ bezieht sich auf 7 Krankenanstalten in OÖ (Oberösterreichische Gesundheits- und Spitals AG, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried BetriebsgmbH, A.Ö., Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH, Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH, Ordensklinikum Linz GmbH, Kreuzschwestern Sierning GmbH, Kepler Universitätsklinikum GmbH); auf Vergleiche zum Vorjahr wurde aufgrund von Fusionierungen verzichtet; siehe: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2019; Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich, 2019b (eigene Darstellung)

²⁵⁶ Personal (VZÄ) in öö. LGF-finanzierten Krankenanstalten; siehe: BMASGK, 2018f

²⁵⁷ Wertschöpfung = Betriebsleistung + Ertragszinsen – Aufwand für Material und bezogene Leistungen – sonstige betriebliche Aufwendungen; siehe: Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich, 2019b; Sonderauswertung

²⁵⁸ Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2019; Sonderauswertung

²⁵⁹ OÖ. Landesrechnungshof (LRH), 2017

ist eine verbindliche Grundlage, in Form von Planungsrichtwerten und –kriterien, für die regionalen Planungsentscheidungen der Länder in den jeweiligen Regionalen Strukturplänen Gesundheit – RSG.²⁶⁰ Besonders im Versorgungsraum Linz sowohl innerhalb als auch zwischen den neuen Trägern (Ordensklinikum Elisabethinen GmbH und Kepler Universitätsklinikum GmbH) sollen die Leistungsschwerpunkte gemäß den geänderten Rahmenbedingungen angepasst werden.²⁶¹ Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde eine verbindliche Ausgabenobergrenze anfordert, wobei das Land OÖ bis 2016 Ausgabendämpfungseffekte von 458,74 Mio. Euro kumulierte. Im Zeitraum 2017 bis 2021 sollen die Ausgabensteigerungen stufenweise von jährlich 3,6 Prozent auf 3,2 Prozent reduziert werden²⁶² ➤ *siehe dazu auch Kap. 2.1.*

Neben den Zielvereinbarungen und Vorgaben seitens des Bundes hat die öö. Krankenhauswelt weitere Herausforderungen zu bewältigen. Sie alle haben zu großen Teilen Einfluss auf die Personalbedarfsplanung und vor allem den –einsatz.

„... ich glaube, es passt viel eben nicht.“ (BL1)

Die Befragten schildern, dass aus ihrer Sicht vieles im Krankenhaus nicht mehr passt. Als Grund dafür sehen sie unter anderem, dass das Gesundheitswesen generell ein sehr hohes Tempo angenommen hat.

„Die Entwicklung im Gesundheitswesen hat ein Tempo aufgenommen, eine Geschwindigkeit, derer man kaum gerecht werden kann. Wir implementieren, entwickeln, implementieren und kaum sind wir mit einer Entwicklung so annähernd fertig, kommt das nächste Thema. und das für sehr viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Und das eigentlich zusätzlich zu einem Aufgabenbereich, der Routinearbeit darstellt. Und ich glaube, dieses Tempo im Gesundheitswesen ist etwas, das der Pflege momentan sehr zusetzt.“ (PM19)

„Die größte Herausforderung ist sicher die Arbeitsverdichtung, auch für die Pflege aufgrund der Leistungsbündelung, der sinkenden Verweildauer, auch des Drehtüreffekts, den wir ja nicht wirklich nachweisen können, der aber mit Sicherheit auch da ist. Also, das ist jetzt mal für die Berufsgruppe der Pflege die größte Herausforderung.“ (E7)

„Generell ein hohes Tempo, es ist der Patientenwechsel viel schneller, die Spezialisierung, überall, natürlich auch in der Pflege, aber auch in der Medizin...“ (SL37)

Zwar wird laufend an einer Adaptierung der Strukturen und Prozesse gearbeitet, laut Einschätzung, vor allem von Führungskräften, sind diese mittlerweile fast ausgereizt. Sie beschreiben, dass eine ständige Optimierung mittlerweile zulasten der Beschäftigten geht ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.4.7.*

„Irgendwann sind Strukturen, Prozesse endgültig und maximal ausgereizt, ich kann immer sagen, es geht immer noch ein bisschen mehr, jetzt bin ich bei 90 % in den Prozessen und ich möchte auf 95 %, dann befürchte ich, dass die emotionalen Kosten viel zu hoch sind als der Benefit, den ich davon habe.“ (PM4)

Auch die Zunahme an Teilzeitkräften stellt die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Zeit für Übergaben ist teils zu wenig vorhanden, was Teilzeitbeschäftigten ihre Arbeit oft erschwert.

„Ja, was wir haben, was ich schon auch glaube ist die Teilzeitquote, die haben wir in der Pflege bei 82 %, dass das auch mit eine Rolle spielt... das heißt eine längere Dienstübergabe, wenn man

²⁶⁰ LRH 2017; der RSG 2025 ist gerade in der finalen Entwicklung

²⁶¹ Ebd.

²⁶² Ebd.; in diesem Zusammenhang sind auch die öö. Spitalsreformen zu sehen ➤ *siehe auch Kap. 4.4.4*

einen Dienst hat ist alles neu, ich kenne den Patienten noch nicht, etc. Habe mehr Informationsbedarf als eine, sage ich jetzt einmal Vollzeitkraft, jemand der fünfmal in der Woche da ist, als jemand der zweimal in der Woche da ist. Das deckt die PPR natürlich einmal gar nicht ab, wobei ich es positiv finde, dass man das Teilzeitkräften ermöglicht, da ist man sehr großzügig bei uns mit Teilzeit, aber..." (BR5)

Zahlreiche Überstunden, die Personalbesetzung aber auch die fordernde Haltung der Patienten/-innen, die teils mit Aggressivität verbunden ist, werden als weitere Herausforderungen beschrieben.

„Belastungen sind die Überstunden, die Aggressivität generell und die Personalbesetzung, ich sage jetzt einmal, nicht praxistauglich.“ (BK96)

Eine detaillierte Beschreibung der genannten Probleme findet sich bspw. in den ➤ *Kap. 5.3.6.2 bzw. Kap. 5.4.7.3.*

Eine detaillierte Beschreibung der Herausforderung inkl. ansatzweise erfolgter Maßnahmen zur Lösung bietet das ➤ *Kap. 5.* Gesondert werden einige häufig zitierte aktuelle Herausforderungen an dieser Stelle dargestellt.

4.4.1 STEIGENDE AUFGABEN

Von allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen wurden die steigenden Aufgaben geschildert. Häufig wird angeführt, dass vor allem die Pflege mehr und mehr Aufgaben von den Ärzten/-innen übernimmt, ohne dafür ausreichende Personalressourcen bereitgestellt zu bekommen.

➤ *siehe dazu auch Kap. 5.6.3.5 bzw. Kap. 5.5.1.*

„Venenkanäle legen und Infusionen anhängen war doch den Ärzten vorbehalten, das haben die Pfleger auch noch übernommen, sind aber dann in die Richtung der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, kaum entlastet worden. Das heißt, die Arbeitsdichte ist noch einmal gestiegen... aber nach unten, wenn es um die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten gegangen ist, wie Reinigung, ist nichts abzugeben gewesen, das haben die Pflegehelfer übernommen und sind dann der Diplompflege zur Pflege nicht zur Verfügung gestanden.“ (BR17)

Durch die Tätigkeiten, die auch die Pflege eben übernommen hat, durch diese ganzen Projekte, wie Integriwa, die ganzen Blutabnahmen, Katheterlegen und, und, und ja.“

(PM7)

Vor allem Pflegekräfte berichten, dass durch diverse neue Zusatzaufgaben immer weniger Zeit für die „klassischen Kernaufgaben der Pflege“ zur Verfügung bleibt. Auch die therapierenden MTD-Berufe schildern Ähnliches.

„Wenn ich heute auf die Station gehe und ich sehe mir die Gruppenschwester an, die ist ein einziges Mal am Patienten. Das ist bei der Visite, sonst ist die nur mehr im Dienstzimmer drinnen, die ist nicht mehr an der Basis.“ (BR27)

„Es bleibt halt einfach für den Patienten dann sehr wenig Zeit im Kerngeschäft, das ist das tragische, was mich immer ein wenig schmerzt. Grundsätzlich glaube ich nicht, dass es nur die Administration ist, weil das ist es nicht, aber es sind so viele andere Sachen. Weil man sich mit Prozessen beschäftigen muss, vom Kerngeschäft abgezogen wird, vom Krankenbett, weil wir so viele Zertifizierungen haben, was sehr viel Zeit braucht.“ (BL5)

„Einfach der ganze administrative Aufwand... bei Aufnahmen, Formularwesen, was trotzdem noch bei der Pflege ist.“ (SL21)

Während die diagnostizierenden MTD-Berufe schildern, dass der Aufwand der Diagnosen extrem gestiegen ist, ist es bei den Hebammen vor allem die Begleitung während und nach der Geburt und veränderte Geburtstechniken, die den Arbeitsaufwand erhöhen.

„Und die Ambulanz am Wochenende... Ja und ganz viel Dokumentation halt. Wir haben die elektrische Kurve für die Frau, wir haben die schriftliche für das Kind, dann haben wir eine Checkliste zu führen für das ganze Stillen. Stillmanagement. Die Betreuung ist viel individueller, was ja eh gut ist grundsätzlich... wenn ich acht Frauen habe und die Kinder dazu und vielleicht ein, zwei Sectios zum Aufstehen am Vormittag, dann komme ich nicht zusammen. Also ich kann diese Qualität nicht bringen, die verlangt wird...“ (BK11; Hebamme)

„Bei uns werden einfach nur Frequenzen gezählt, nur Leistungen gezählt und die werden dann verglichen mit wem auch immer, oder nur untereinander, egal, aber jedenfalls ist das das, was verglichen wird. Ob der Patient jetzt reinkommt, einmal auf den Tisch hüpf und wieder runter und dann geht. Oder, ob er bettliegend ist, er erst einmal, viermal umgelagert werden muss, bis wir überhaupt mit der Behandlung beginnen können. Er uns vielleicht gar nicht versteht. Das wird alles nicht berücksichtigt. Da werden nur die Zahlen verglichen.“ (BL21;RTA)

Alle Aufgaben zu vereinen, fällt den Befragten teils schwer.

„... dass man Grundpflege halbwegs schafft und dann vom Medikamentenmanagement, von den ganzen ärztlichen Sachen auch noch alles halbwegs schafft.“ (BK36)

Experten/-innen schildern, dass die Aufgaben auch in Zukunft noch steigen werden, wenn neue Themenfelder Einzug halten bzw. die konkrete Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 und ihrer neu geschaffenen Kompetenzen erfolgt.

„Die Themenfelder Gesundheitsförderung und Prävention werden in Zukunft noch eine wesentlich größere Rolle spielen. Vermehrte Beratungen auch um Beispiel beim Thema Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz im Rahmen von Beratungsgesprächen unter anderem durch das Pflegepersonal...“ (E12)

4.4.2 ZEITDRUCK

Steigende Aufgaben, die nicht ausreichend in Dienstposten abgebildet sind, führen dazu, dass die Befragten häufig Zeitdruck erleben.

„Wir haben wirklich oft Leute, die, wo du merkst, es geht ihnen, auch von der Psyche her, einfach nicht gut. Und du würdest gerne, aber du kannst dich nicht hinsetzen, weil du genau weißt, ich muss jetzt echt schauen, dass ich, keine Ahnung, bis zu einem gewissen Zeitpunkt, muss ich jetzt noch meine restlichen Verbände machen, wie es bei uns ist auf der Dermo, weil, wenn ich das bis zu diesem Zeitpunkt nicht schaffe, dann hinke ich wieder komplett hinterher.“ (BK35)

„Du gehst zu einem Patienten und erklärst ihm etwas, er hätte noch Fragen, du weißt aber schon, dass du wieder hinausmusst, weil das Nächste wartet. Ich muss ja den Ablauf gewährleisten. Und du hast die Zeit nicht, dass du ihnen etwas erklärst. Oder einmal ein paar Minuten zuhören. Das würde den Patienten und auch der Pflege guttun.“ (BR8)

„Und wenn die jetzt da drinnen steht für fünf oder zehn Minuten, dann bekommt sie ein schlechtes Gewissen, weil sich draußen die Arbeit türmt. Dieser ewige Zwiespalt.“ (BL10)

„Ja, eben und deswegen ist ein permanenter innerlicher Zwist da. Das unangenehme Gefühl, dass ich beim Patienten bleiben sollte, aber auch draußen arbeiten sollte und dieser Missstand wird immer mehr. Das war schon immer da, aber es wird einfach immer mehr.“ (BL10)

Erlebter Zeitdruck beschäftigt Beschäftigte in allen Bereichen im Krankenhaus. Pflegekräfte in der Onko beklagen besonders, dass sie nach der Übermittlung der Diagnose teils keine Zeit haben, Patienten/-innen in dieser Situation beizustehen. Zu wenig Zeit führt dann häufig zu Schuldgefühlen ➤ siehe auch Kap. 5.4.1.1.

„... und ich muss ihn auch, wenn er mit mir redet, muss ich schon fast ein bisschen ein schlechtes Gewissen haben, weil ich schon zum nächsten sollte, dass ich zusammenkomme. Das ist klar und onkologische Patienten sind einfach... Das ist am Anfang schon mal ein Schock, wenn du mal

die Diagnose kriegst und ich glaube, dass ein jeder von uns froh wäre, wenn man dann jemanden hat zum Reden.“ (BK34)

Auch Hebammen schildern, dass sie ständig neue Prioritäten setzen müssen und eine Erledigung aller Aufgaben kaum möglich ist.

„Was da gleichzeitig läuft, wie wenn eine Aufnahme kommt, eine Frau zum Gebären da ist, dokumentieren soll ich ja auch, putzen muss ich aber auch... und manchmal, wenn drei, vier Geburten sind, muss ich schauen, dass schnell geputzt ist, dann muss ich halt überlegen, was ich zuerst mache und was ich schieben kann.“ (BK59)

Beschäftigte schildern, dass sie dann teils auch auf ihre Pausen verzichten, um die Arbeit zu erledigen.

„Aber bei einem eher kurzen Dienst, lass ich sie auch schon mal weg.“ (BK41; Ambulanz)

4.4.3 PERSONALMANGEL

Die Befragten – und hier vor allem die Führungskräfte – berichten, dass es immer schwieriger wird, selbst bei teils genehmigten Dienstposten, neue Mitarbeiter/-innen zu finden. **315-mal** wurde Personalmangel in den Interviewantworten thematisiert. Die Akquise gestaltet sich teils sehr fordernd und betrifft mittlerweile alle Berufsgruppen.

„Und ich habe einfach Sorge, dass man gut qualifiziertes Personal bekommt, also das ist schwierig. Das wird sehr schwierig werden. Nicht nur beim diplomierten Personal, sondern Pflegeassistenten, Stationssekretärin, also da spreche ich alle durch die Bank an. Das wird in den nächsten fünf bis sechs Jahren noch schwierig werden.“ (SL36)

„Momentan brennendes Thema, das ist jetzt wirklich, der Bedarf an Pflegepersonal, den wir nicht mehr decken können.“
(PM17)

„In der Pflegeassistent ist es zurzeit sehr schwierig. Da ist der Markt einfach sehr sehr leer. Wie schon seit langem nicht mehr, aber derzeit kämpfen wir sehr.“ (PM18)

Auch in den Ausbildungsstätten ist derzeit die Nachfrage teils sinkend, vor allem für die Pflegeberufe.

„Weil sie natürlich auch in den Ausbildungseinrichtungen darum kämpfen, genug Bewerberinnen zu bekommen.“ (PM18)

„Wir bekommen sukzessive ein Problem in der Rekrutierung. Nicht nur in der Rekrutierung von Personal für offene Stellen, sondern auch in der Rekrutierung für die Ausbildung.“ (PM19)

„Und beim Personal insbesondere die Herausforderung, ich glaube in Zukunft ist es schon, dass man merkt, können wir genug Personal rekrutieren?“
(BR5)

Indem offene Dienstposten nicht nachbesetzt werden können, wird die Arbeitsbelastung für die Beschäftigten gesteigert. Besondere Engpässe wurden unter anderem im OP-Bereich, in Bereichen mit erforderlichen Spezialisierungen und bei den Hebammen geschildert ➤ *siehe auch Kap. 5.5.2.*

„Ich habe zum Beispiel drei Stellen auf meinen zwei Stationen offen und weiß nicht, wie ich sie nachbesetzen soll.“ (BL11)

„... gibt auch Bereiche, das sage ich Ihnen ganz ehrlich, da habe ich die Dienstposten am Papier, aber ich bekommen sie nicht. Im OP-Bereich zum Beispiel. Was nützt mir das wenn ich sage: Da brauchen wir noch einen Spätdienst... wenn ich die Mitarbeiter dann nicht bekomme.“ (PM3)

„Ja, die größte Herausforderung wird sein, egal wie der Personalschlüssel aussieht, dass man wirklich ein kompetentes Personal findet, das auch den Herausforderungen gewachsen ist, das, glaube ich, wird ein großer Teil sein.“ (PM2)

„Es gibt nicht so viele Leute, die im OP arbeiten wollen. Das ist nicht jedermanns Sache. Erstens ist es stressig. Du musst halt schnell reagieren und du bist in der Nacht alleine. Und man muss sehr viel wissen.“ (SL13)

Gerade auch nach der Umstellung auf die generalistische Ausbildung sehen die Befragten große Herausforderungen für die Spezialisierung in der Kinder- und Jugendlichenpflege.

„Wir haben ja jetzt dann gar keine Ausbildung, also Diplomierete werden bei uns im Haus gar nicht mehr ausgebildet, sondern über die FH... Und die beenden das mit einem Bachelor und viele werden den Master nachmachen und die stellen sich dann da nicht her

und arbeiten, sondern die streben sicher Höheres an.“ (SL36)

Aus Sicht der Befragten hängt der drohende Personalmangel auch mit der fehlenden Attraktivität der Berufe zusammen.

„Attraktivität speziell durch Pflegeberufe ist sicherlich ein Thema, was man sich anschauen muss, wie kann man das gestalten? Und ehrlich wir müssen nicht das Rad neu erfinden, wir müssen nur in andere Länder schauen, wie es wo anders funktioniert. Ich spreche mich immer noch dafür aus, dass wir ein super gutes System haben, aber in den letzten Jahren ist Verschiedenes gelaufen, was meiner Meinung nach in die falsche Richtung geht... Und da weiß man, dass man aus den skandinavischen Ländern Beispiele hat, wie man es machen könnte.“ (PM6)

Kritisch angemerkt wurde, dass die Möglichkeit der „Aktion 20.000“ abgeschafft wurde, die einerseits Erleichterung im Arbeitsalltag brachte und zudem auch Menschen neue Wege in die Gesundheitsberufe eröffnete.

„Denn die Abteilungshelfer hätte man mit der 20.000-Aktion, die kriege ich kostenlos zwei Jahre.“ (G4)

Die Suche nach ausreichend und qualifiziertem Personal sehen viele Führungskräfte als eine der größten Herausforderungen der Zukunft. Für manche Berufe, wie z.B. Hebammen, wird es nötig sein, mehr Ausbildungsplätze zu schaffen.

Aus Sicht der Befragten wird die Attraktivität der Gesundheitsberufe steigen müssen, um auch noch in Zukunft genügend Mitarbeiter/-innen zu bekommen. Die potenziellen Bewerber/-innen sichten mittlerweile sehr genau die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit.

„... weil Generationen, die jetzt in den Pflegeberuf einsteigen eine andere Erwartungshaltung haben, ein anderes Selbstbewusstsein haben, was ich persönlich als total positiv empfinde, aber es ist nun einmal so, dass sich die Mitarbeiterinnen die Rahmenbedingungen mittlerweile sehr genau anschauen. Und auch klar entscheiden, nein, diese Rahmenbedingungen sind nicht so, wie ich mir das vorstelle und dann gehe ich woanders hin. Das kennen wir so eigentlich nicht aus der Pflege, kommt aber jetzt.“ (PM19)

Pflege braucht geeignete Persönlichkeit

Die Tatsache, dass zu wenige Menschen verfügbar sind bzw. gerade ausgebildet werden, wird dadurch verstärkt, dass nicht alle Menschen für Gesundheitsberufe geeignet sind. Das spiegelt sich auch in den Interviews wider. 18-mal wurde erwähnt, dass besonders darauf geachtet werden muss, wer tatsächlich für den Pflegeberuf geeignet ist.

„Ich glaube, dass es die Menschen auf dem Markt gar nicht gibt, die nämlich auch passen. Da kann man jetzt sagen, das ist vielleicht nicht mehr modern, dass man eine gewisse Berufung zum Pflegeberuf haben muss, wenn ich das aber nicht mitbringe, wird es schwierig werden.“ (PM4)

„Man braucht eine gewisse Persönlichkeit, um sich für diesen Beruf zu entscheiden. Die Leute, die nach der Ausbildung in diesem Beruf bleiben, haben diese Persönlichkeit.“ (PM19)

„Das ist schon ein spezieller Bereich eben, da ist nicht jeder dafür geeignet, also die spezielle Liebe zu den älteren Menschen... Wenn wer dafür nicht geeignet ist, dann passt das nicht, den kann ich nicht hinstecken einfach, wenn er so unzufrieden ist, das wird nix. Dann wird die Arbeit einfach auch nix.“ (BK90)

4.4.4 SPITALSREFORMEN

Die oberösterreichischen Krankenhäuser haben mittlerweile zwei große Spitalsreformen erfahren. Mit der konstituierenden Sitzung vom 11. Februar 2004 wurde vom Land Oberösterreich, Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer die oberösterreichische Spitalsreformkommission eingesetzt. Ziel dieser Kommission war

*„... die Erarbeitung von Vorschlägen zur Optimierung der Erbringung der Spitalsleistungen in Oberösterreich unter Berücksichtigung der Gewährleistung einer flächendeckenden hochwertigen medizinischen Versorgung. Daraus sollten Kosteneinsparungspotenziale für die Leistungserbringung soweit möglich quantifiziert werden.“*²⁶³

Neben vielen Zielen zur Spitalslandschaft generell und zu den Kosteneinsparungspotenzialen sollte den Beschäftigten durch die Reform ein *„attraktives Arbeitsumfeld geboten werden.“*²⁶⁴

Während die Reform I aus dem Jahr 2004 bereits abgeschlossen ist, läuft die komplette Umsetzung der Spitalsreform II 2010/2011 mit Beschluss vom 6. Juni 2011²⁶⁵ noch bis 2020. Sie ist mittlerweile in Umsetzungsperiode C (2017 – 2020) angekommen. Die für Oberösterreich beschlossene Spitalsreform II hat laut Experten/-innen des Landes Oberösterreich zum Ziel, die langfristige Finanzierbarkeit des Spitalssystems – einschließlich des medizinischen Fortschritts – sicherzustellen. Realisiert soll dies durch eine kumulierte Kostendämpfung von rund 2,3 Mrd. Euro bis zum Jahr 2020 werden. 51 % der Kostendämpfung sollten durch Maßnahmen im nicht-medizinischen, 49 % aus jenen im medizinischen Bereich lukriert werden.²⁶⁶

Der Spitalsreform II liegt, neben der Sicherstellung der langfristigen Finanzierbarkeit des Spitalssystems, insbesondere der medizinischen Fortschritts durch Ausschöpfung von Kostendämpfungspotenzialen, folgende Zielsetzungen zugrunde:²⁶⁷

- *„Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmten, hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung*
- *Weiterentwicklung und Anpassung des medizinischen Leistungsangebotes entsprechend der zu erwartenden demografischen Entwicklung*
- *Optimierung der Erbringung der Spitalsleistungen unter bestmöglicher Ausnützung von Synergien in allen Bereichen*
- *Vermeidung aller Organisationskosten, die den Patientinnen und Patienten keinen Nutzen stiften“*

Erreicht werden sollen diese Ziele beispielweise durch die *„Definition des Versorgungsauftrages je Versorgungsregion, eine Abstimmung der Leistungsbereiche zwischen den Standorten*

²⁶³ Land OÖ, 2004: 10; für weitere Details und Auswirkungen wird auf den Bericht verwiesen.

²⁶⁴ Ebd.: 14

²⁶⁵ Siehe dazu die Vorlage der oberösterreichischen Landesregierung betreffend den Bericht der Experten zur Spitalsreform II einschließlich Maßnahmenplan: Land OÖ, 2011b

²⁶⁶ OÖ LRH, 2017; Land OÖ, 2018

²⁶⁷ Land OÖ, 2011a: 1

*und Schwerpunktsetzungen der einzelnen Krankenanstalten unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, eine verstärkte Kooperation und Bereinigung von Parallelstrukturen und die Optimierung und Weiterentwicklung von bestehenden Ressourcen“.*²⁶⁸

Als Nicht-Ziel wird explizit die Auflösung von Standorten und die Kündigung von Mitarbeitern/-innen angeführt.²⁶⁹

Eine Expertenkommission wurde beauftragt, die Umsetzung der Reform laufend ab 2012 über jährliche Evaluierungsberichte zu kontrollieren. Ebenso wurde der öö. Landesrechnungshof beauftragt, die Durchführung der Umsetzungsschritte alle zwei Jahre, beginnend ab dem Jahr 2013 zu überprüfen. Zum Zeitpunkt des Forschungsberichtes liegt der Evaluierungsbericht für das Jahr 2017 vor.²⁷⁰

Wie geplant²⁷¹, konnten für die quantitative Leistungserbringung bis Ende 2016 nicht nur die Reformziele der Prioritäten A und B umgesetzt werden, sondern auch Teile der Priorität C:

- Die Bettenauslastung konnte im Jahr 2017 in OÖ um 0,4 Prozentpunkte zum Vorjahr gesteigert werden (inkl. 0-Tagesaufenthalte) und ohne 0-Tagesaufenthalte um 0,1 Prozentpunkte.
- Die Bettenreduktion konnte mit 2017 zu 100,5 % verwirklicht werden. Das heißt, von den laut Reform geplanten zu reduzierenden 751 Betten konnten sogar 756 Betten abgebaut werden.
- Die Krankenhaushäufigkeit (ohne 0-Tagesaufenthalte) konnte zwar reduziert (von 121,5 % im Jahr 2009 auf 120,5 % im Jahr 2017) werden, jedoch liegt OÖ 20,5 % höher als der österreichische Durchschnitt (ohne OÖ).
- Auch die Belagstage je 1.000 Einwohner/-innen konnte seit 2009 um 16,1 % reduziert werden (Stand 2017).
- Die durchschnittliche Belagsdauer von 4,37 (im Jahr 2017) gemeinsam mit den Wiederaufnahmen befindet sich unter dem österreichischen Durchschnitt (Ö: 5,02).²⁷²

Um bezüglich Belagsdichte und Krankenhaushäufigkeit an den Durchschnitt der restlichen Bundesländer zu kommen, empfiehlt der Landesrechnungshof das Vorgehen der stationären Aufnahmen zu analysieren und diese mit Best-Practice-Modellen zu optimieren.²⁷³ Auch das Land OÖ berichtet 2018, dass die Ziele laut Spitalsreform II größtenteils erreicht werden konnten. Um weitergehend die Zielsetzung der Spitalsreform II zu verfolgen, sollen vor allem unnötige stationäre Aufenthalte vermieden und die Primärversorgung sowie der ambulante Bereich ausgebaut werden²⁷⁴ > siehe auch Kap. 5.8.3.

Bezüglich der qualitativen Leistungserbringung wurden die Bereiche Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität evaluiert. Sowohl auf Struktur- als auch auf Prozessqualitätsebene wurden für die Verbesserung und Zielerreichung verschiedene Projekte gestartet, bei denen der Evaluierungsprozess zum Teil noch nicht abgeschlossen wurde.²⁷⁵

Ein weiterer Teil der Evaluierung ist die Erhebung der Patienten- und Bürgerbeteiligung. Bezüglich der Zufriedenheitswerte der Krankenhausaufenthalte zeigten sich die Befragten in

²⁶⁸ Ebd.: 1

²⁶⁹ Land OÖ, 2011a

²⁷⁰ Ebd.; Land OÖ, 2018

²⁷¹ Land OÖ, 2004

²⁷² Land OÖ, 2018

²⁷³ OÖ LRH, 2017

²⁷⁴ Land OÖ, 2018

²⁷⁵ Ebd.

Summe zufrieden und es konnte im Vergleich zum Vorjahr auch im Jahr 2016 keine markante Verschlechterung festgemacht werden. Einzig die Wartezeiten in Ambulanzen und im Allgemeinen sowie der Informationsfluss innerhalb der Krankenanstalt wurde als negativ beurteilt.²⁷⁶ Die Evaluierungskommission empfiehlt, weiterhin konsequent unnötige Spitalsaufenthalten zu vermeiden und Schwerpunkte auf krankenhausentlastenden Maßnahmen zu legen. Auch eine verstärkte Kooperation zwischen den einzelnen Krankenanstalten²⁷⁷ ist zukünftig anzustreben.²⁷⁸

Während die Vertreter/-innen des Landes OÖ und der Rechnungshof zufrieden mit den Ergebnissen der Spitalsreform sind, gibt es auch kritische Stimmen zu den beiden Spitalsreformen. Die Auswirkungen sind für manche Befragten noch in den Arbeitsbedingungen und auch in der Versorgungsqualität > siehe Kap. 4.6. spürbar. Vor allem Träger und Lokalpolitik brachten kritisch ein, dass die Spitalsreformen nicht zulasten der Patienten/-innen gehen dürfen. Auch die Interviewpartner/-innen schätzen die Auswirkungen der Spitalsreform, gerade auch auf die Arbeitsbedingungen, sehr unterschiedlich ein. So gibt es Stimmen, dass die Spitalsreformen direkt im Krankenhaus keine Auswirkung hatte bzw. sogar Verbesserungen nach sich zog.

„Und es geht uns jetzt nach der Spitalsreform in den Arbeitsbedingungen besser als vorher... ich glaube nicht, dass das jetzt die Lorbeeren der Spitalsreform sind, aber es hat sich auf keinen Fall negativ auf die Arbeitsbedingungen vor Ort ausgewirkt. Das ist Blödsinn... Also bei uns im Haus mit Sicherheit nicht. Auf die Arbeitsbedingungen hat es sich nicht ausgewirkt, ich wüsste nicht warum.“ (BR5)

„Ich kann jetzt von meinem Haus konkret sagen, da hat man sehr wohl, wenn auch meist etwas verzögert darauf reagiert und hat auch Einrichtungen geschaffen, was die Stationen entlastet. Entgegen aller Unkenrufe Spitalsreform, dass alles nur mehr wird und, oder zusammengekürzt wird, oder verdichtet wird, das ist zum Teil, aber es sind auch neue Bereiche geschaffen worden, was zur Entlastung der Stationen und des dort tätigen Personals geführt hat.“ (BR9)

In der Spitalsreform wurde angekündigt, dass es zu keinen Kündigungen kommt. Auch in der Praxis kam es laut Schilderungen zu keinen direkten Auflösungen von Arbeitsverträgen, teils wurden aber Stellen nicht mehr nachbesetzt.

„Die Spitalsreform haben wir schon gespürt, weil Abteilungen zusperren. Aber es hat natürlich niemand gehen müssen, wir haben dafür gesorgt, dass alle untergebracht werden.“ (BR11)

„So nicht abbauen, sondern, dass der natürliche Abgang nicht mehr nachbesetzt wird. Naja, aber die Kolleginnen, die ja jetzt dann in Pension gehen oder aus irgendeinem anderen Grund auch kündigen, die haben ja vorher auch gearbeitet, die sind ja nicht umeinander gestanden und waren faul gewesen, sondern, die waren vorher genauso fleißig und diese Arbeit muss aufgefangen werden.“ (BR33)

Andere Befragte schätzen die Situation schlechter ein und führen die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen > siehe Kap. 5.4.7, aber auch der Versorgungsqualität > siehe Kap. 4.6 teils auf die Spitalsreformen zurück.

„Dass durch die Spitalsreformen, einfach aufgrund der kurzen Verweildauer, Patienten viel intensiver zu versorgen sind, in der kurzen Zeit, wo sie da sind, trotzdem auch sehr viele Patienten halt wiederkommen, also so dieser Drehtüreffekt, der ist, aus meiner Sicht, schon in den letzten Jahren

²⁷⁶ Land OÖ, 2016

²⁷⁷ Die Kooperation soll dabei auf Ebene der Leistungsabstimmung im medizinischen bzw. nicht-medizinischen Bereich erfolgen; siehe dazu Land OÖ, 2018: 90

²⁷⁸ Land OÖ, 2018

„stärker geworden, was sicher da auch mit eine Rolle spielt, weil sich da einfach von der Verweildauer sehr viel verkürzt hat.“ (PM2)

„Was natürlich dann für die dort tätigen Personen, aber auch für die Patientinnen und Patienten zu Belastungen führt. Die einen, weil sie höhere Wartezeiten haben, die anderen, weil sie einem höheren Druck ausgesetzt sind.“ (E9)

„Grundsätzlich wird jetzt Keiner sagen, das war super.“ (BR3)

„Und dann wird bei der Spitalsreform nicht nach den Stationen unterschieden. Es gibt einen Unterschied zwischen einer Augen-, HNO- oder MS-Station. Aber wir rechnen nach Betten. Wir haben sehr viele Stationen, die therapieintensiv sind.“ (SL18)

„Und auch in der Spitalsreform. Wo ist eingespart worden? Bei Pflegekräften und bei Reinigungskräften.“ (PM13)

„Und jeder fürchtet zum Großteil um seinen Arbeitsplatz, es gibt immer wieder in der unteren Führungsebene, die bewusst diese Ängste schüren und die Leute und die Kollegen noch mehr an der Kantare zu haben und Sie noch mehr auszupressen, Sachen so wie, dann gehst halt nicht jaunen, tust Mittag durch, schaut so, dass du noch Sachen dazu machst, ohne, dass es aufscheint, nur, dass du ein Braver bist, dass du ja sicher den Platz auch noch nachher hast.“ (BR33)

Die Spitalsreformen haben in allen Krankenhäusern große Organisationsprozesse nach sich gezogen.²⁷⁹

„Beispiel auch durch die Spitalsreform - so sehr sie ihre Berechtigung hat natürlich - gibt es viele Zusammenlegungen von Organisationseinheiten, die Teams werden ausgetauscht, das Patienten-klientel mischt sich. Das muss alles wieder aufgestellt werden. Die Prozesse müssen angeschaut werden. Also das ist eine völlige Neuorganisation. Zu dem kommt, dass die Patienten gut versorgt werden müssen. Und da gibt es ganz, ganz viele Dinge.“ (PM10)

Die unterschiedlichen Positionen haben zu emotionalen Debatten um die Versorgungssicherheit in Oberösterreich geführt.²⁸⁰ Eine Umfrage im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich zeigt auf, dass die vermuteten Auswirkungen der Spitalsreform noch immer als eher negativ eingeschätzt werden.

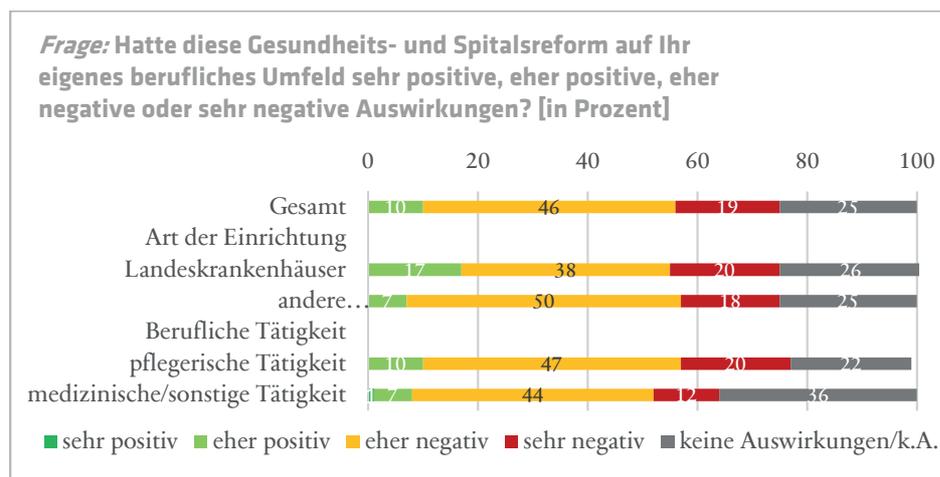


Abbildung 17: vermutete Auswirkungen der Spitalsreform²⁸¹

²⁷⁹ Wie einflussreich die Spitalsreform auf die öö. Krankenhäuser immer noch ist, zeigt auch die Zahl der Interviewaussagen zum Thema Spitalsreform. Insgesamt wurden die beiden Reformen und deren Auswirkungen von den Interviewpartnern/-innen 74-mal thematisiert.

²⁸⁰ Siehe dazu z.B. ooe.ORF.at, 2011; Krenn-Aichinger, 2014; Meinhart, 2011

²⁸¹ Michenthaler, 2017; n=500 (eigene Darstellung)

Auch die Gesamtbeurteilung der Spitalsreform durch die Befragten fällt eher kritisch aus.

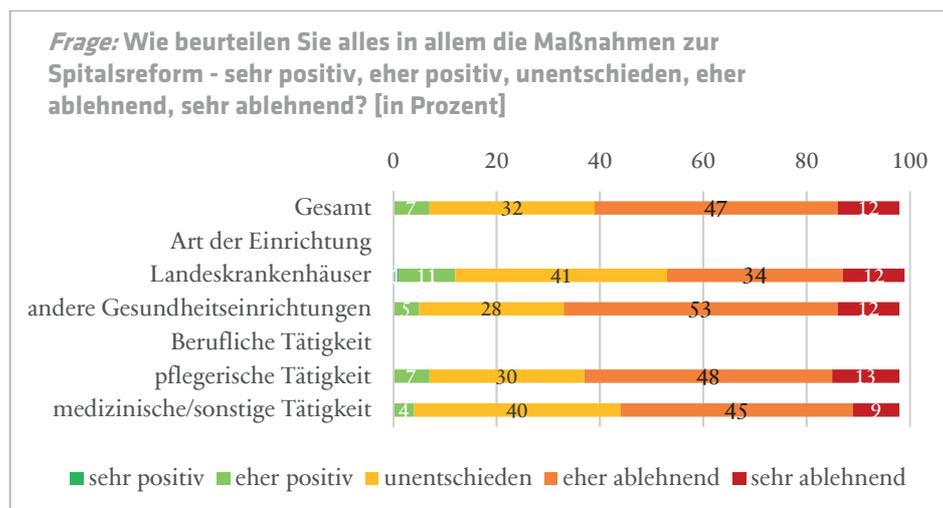


Abbildung 18: Gesamtbeurteilung der Spitalsreform²⁸²

Aus Sicht der Befragten überwiegen die Nachteile der Spitalsreform.

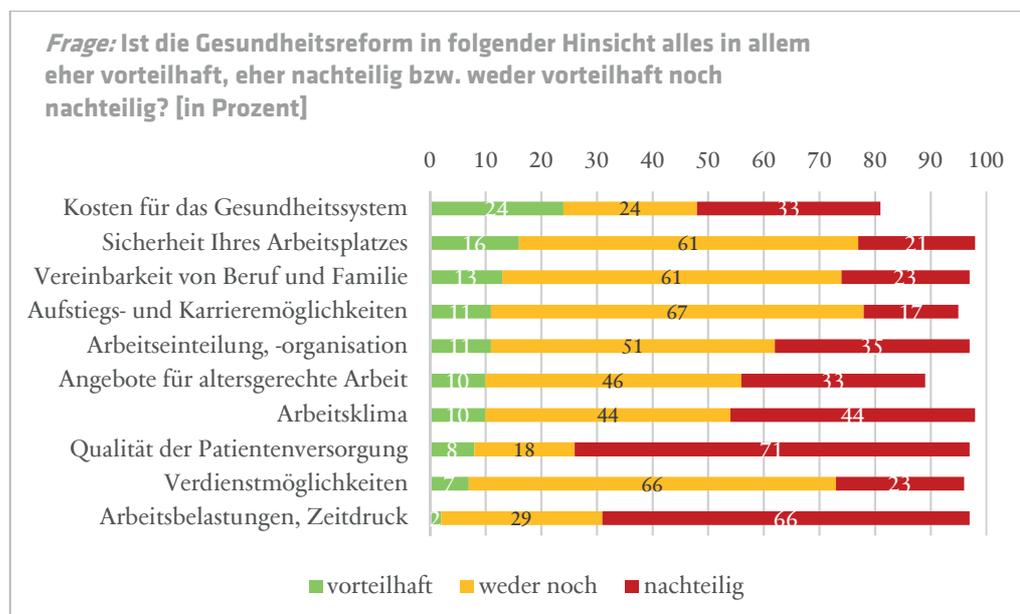


Abbildung 19: Vorteile und Nachteile durch die Spitalsreform²⁸³

Noch heute hinterfragen manche Interviewpartner/-innen den Nutzen der Reformen.

„Und mit null Ersparnis geht es irgendwie weiter, mit schlechter Qualität und das ist das, was mich am Patienten bezogen ärgert, wie das alles gelaufen ist und dass nicht Leute von der Basis miteingebunden werden.“ (BL4)

Befragte, die schon länger im Krankenhaus arbeiten, beschreiben, dass sich ein „Patiententourismus“ entwickelt hat, indem an manchen Standorten nicht mehr alle Leistungen erbracht werden können.

²⁸² Michenthaler, 2017; n=500 (eigene Darstellung)

²⁸³ Ebd. (eigene Darstellung)

„Aber was wir jetzt haben, einen Patiententourismus haben wir schon, weil Herzkatheter haben wir jetzt nicht mehr, die fahren nach Wels, zum Bestrahlen fahren wir nach Vöcklabruck und die Chemotherapien nach Salzburg... also der Patiententourismus ist schon da...“ (BR15)

Die Auswirkungen auf das berufliche Umfeld wurden sehr heterogen beschrieben.

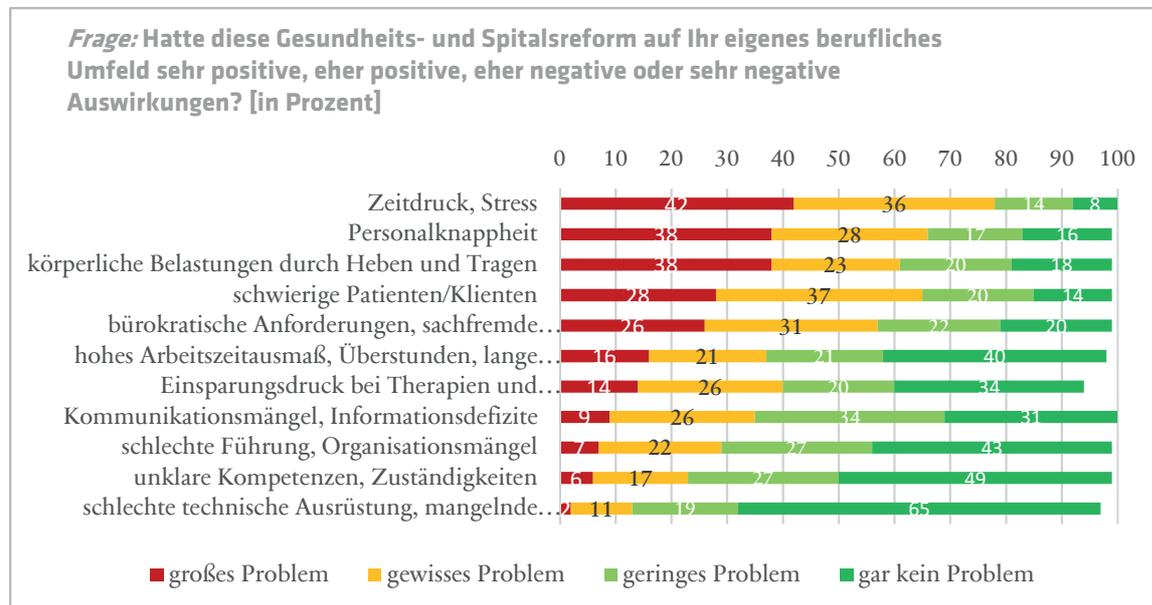


Abbildung 20: wahrgenommene Probleme im Arbeitsbereich²⁸⁴

Abgefragt nach Veränderungen durch die Spitalsreform für die Patienten/-innen waren vor allem die Wartezeiten²⁸⁵ ein häufig genanntes Thema.

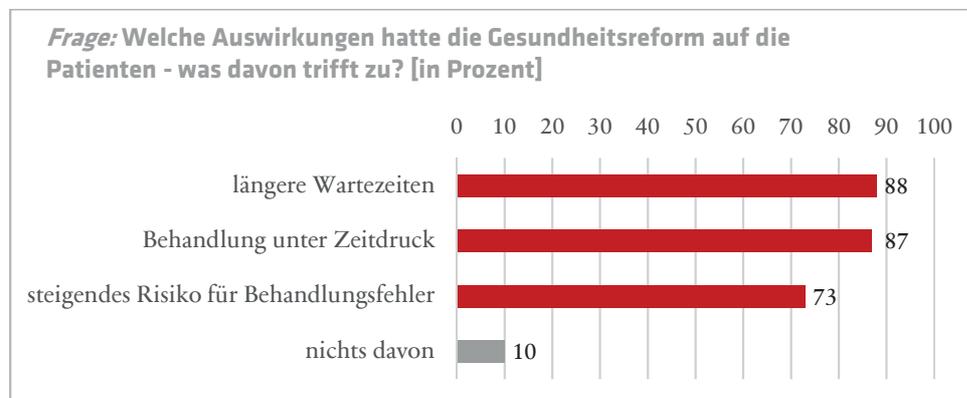


Abbildung 21: Auswirkung der Gesundheitsreform²⁸⁶

In der Ankündigung zur Spitalsreform II war eine Befragung der Beschäftigten vorgesehen, welche die Veränderungen für die Mitarbeiter/-innen aufgrund der Spitalsreform aufzeigen soll.²⁸⁷ Das erarbeitete Befragungskonzept wurde 2017 freigegeben und sollte zu Teilen in die Mitarbeiterbefragung der einzelnen Krankenhäuser mit einbezogen werden. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Evaluierungsberichtes lagen nur von vier Krankenanstalten Ergebnisse vor, weshalb sich die Evaluierungskommission noch kein umfassendes Bild machen

²⁸⁴ Michenthaler, 2017; n=500 (eigene Darstellung)

²⁸⁵ Für eine aktuelle Erhebung der AK OÖ zum Thema Zufriedenheiten mit den Wartezeiten siehe auch Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich, 2019a

²⁸⁶ Michenthaler, 2017; n=500 (eigene Darstellung)

²⁸⁷ Land OÖ, 2018

konnte. Bisher ersichtlich ist jedoch, dass erhöhte Ansprüche von Patienten/-innen eine Herausforderung darstellen²⁸⁸ ➤ siehe Kap. 5.3.6. bzw. auch Kap. 4.7.3.

Derzeit liegt der Evaluierungsbericht für das Jahr 2017 vor und wird aktuell in einem Unterausschuss des öö. Landtages behandelt. Laut Einschätzung einiger Experten/-innen wäre es an der Zeit, die Spitalsreformen ganzheitlicher zu evaluieren, als dies derzeit aus ökonomischen Faktoren heraus der Fall ist.

„Jetzt in Oberösterreich glaube ich, dass es an der Zeit wäre, eine etwas ernsthaftere Evaluierung der Spitalsreform anzugehen. Ernsthafter nämlich dahingehend anzusehen, da die Kostendämpfung und die ökonomischen Auswirkungen waren ein Ziel. Aber es hat immer geheißen, dass sich in der Gesundheitsversorgung nichts verschlechtert. Jetzt ist mir klar, wenn man in einem Bereich weniger oder nicht mehr so viel ausgibt wie davor, oder die Steigerungen eigentlich nicht mehr so stark steigen sollen. Das muss sich irgendwo auswirken. Aber ich bin trotzdem überzeugt, dass es möglich gewesen wäre, unter Berücksichtigung gewisser Faktoren außer der budgetären ein besseres Ergebnis zustande zu bringen. Und das hat man dann irgendwie verabsäumt und da gibt es auch leider jetzt noch keine Bereitschaft, davon abzugehen.“ (E9)

4.5 WIRTSCHAFTLICHER DRUCK

Die gesetzten Reformen und aktuellen Entwicklungen erhöhen laut vielen Interviewpartnern/-innen den wirtschaftlichen Druck. 122-mal wurde in den Interviews der Kostendruck als Thema genannt.

„Das stimmt schon. Alle sagen, sparen, sparen und immer am falschen Ort.“

(BK89)

Die Einschätzung zur Frage „Gespart muss werden“ als Leitmaxime für die Arbeit erbrachte ein ähnliches Bild.

45 % der Befragten Beschäftigten und Betriebsräte/-innen stimmen der Aussage zu, dass „Gespart muss werden“ zum Motto wird. Auch Führungskräfte im mittleren Management bestätigen häufig diese Einschätzung.

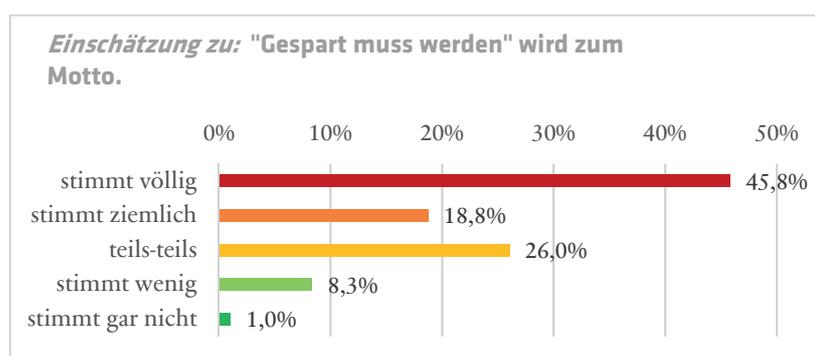


Abbildung 22: wirtschaftliche Einsparungen²⁸⁹

4.5.1 RESSOURCENNEUTRAL ALS MAXIME

Obwohl in den letzten Jahren die Leistungen stark ausgebaut wurden, ist vielerorts die Erwartungshaltung, dass das Angebot ressourcenneutral erfolgen soll. Zwar wurden an vielen Stellen die Abläufe optimiert ➤ siehe Kap. 5.5.11, mittlerweile sehen aber viele Verantwortliche die Möglichkeiten beinahe erschöpft.

²⁸⁸ Land OÖ, 2018

²⁸⁹ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=96 (eigene Darstellung)

„Ich glaube schon, dass in den letzten 20 Jahren sehr vieles an Ressourcen vorhanden war, ... ich glaube, dass alleine durch den Kompetenzaufbau schon vieles machen konnten ohne jetzt zusätzlich Personal zu benötigen. Das war sehr lange so. Und sehr viele Menschen, die jetzt nicht direkt in der Pflege arbeiten, aber für das Budget verantwortlich sind, haben dadurch den Eindruck gewonnen, ah, geht immer noch ein bisschen etwas. Ressourcenneutral, ein Wort, das hoffentlich irgendwann einmal zum Unwort des Jahres gewählt wird, und natürlich sehe ich es als Prozessverantwortlichen als meine Pflicht, darauf zu schauen, hätten wir nicht irgendwo noch ein Spatzl, hätten wir nicht irgendwo noch eine Ressource, wenn man so etwas macht, dann gehört das immer dazu. Nur, ich merke speziell in den letzten fünf Jahren, dass die Ressourcen ausgeschöpft sind. Und nicht nur, dass die Ressourcen ausgeschöpft sind, sondern auch, dass was wir jetzt machen unter dem Tempo, das uns abverlangt wird, auf Dauer nicht machbar ist.“ (PM19)

Dieser Kostendruck wird in der Praxis von vielen tagtäglich erlebt.

„Es gibt keine Ressourcen und es ist egal, wie viel Arbeit hinzukommt, man bekommt einfach nicht mehr, man muss mit dem was man hat haushalten. Ich denke da passt das ganze System nicht.“ (BR26)

„Mit der neuen Schülerin, die wollte ein Leintuch, was unten zerrissen war, schon wegtun und dann heißt es, nein, weil es muss gespart werden. Das wird einem auch schon beim Lernen eingeprägt.“ (BK74)

Häufig geht der erlebte Spardruck zulasten der Beschäftigten.

„Ich glaube, dass die einzige Möglichkeit, wo ein Krankenhaus noch sparen kann, das Personal ist. Weil der medizinische Fortschritt wird immer teurer.“ (BR18)

4.5.2 DRUCK AUF DIENSTPOSTEN UND PERSONALEINSATZ

„Ich spüre schon, dass sie uns oft mehr geben würden, aber nicht mehr bekommen. Genau, weil sie es eben nicht vom Land bezahlt bekommen.“ (BR11)

Viele der befragten Beschäftigten geben an, dass die Führungskräfte ihnen gerne mehr Personal zur Verfügung stellen würden, dieses laut ihrer Einschätzung aber häufig nicht durch die genehmigten Dienstposten bereitgestellt wird

➤ siehe Kap. 5.5.1.

„Es gibt seit Jahren keine Dienstposten mehr dazu. Da heißt es höchstens, Leistung reduzieren. Es geht eher runter. Es werden pro Jahr vom Land trotzdem Dienstposten reduziert und nicht aufgestockt.“ (BL9)

„In Wirklichkeit ist es nur eine budgetäre Vorgabe [Anm.: die rechtl. personellen Grundlagen], weil sich ja die Finanziere im System ausmachen, wie viel Geld ist da.“ (E9)

„Was die wirklich beschäftigt, sind gerade die restriktiven Eingriffe der Politik. Also, dass die Politik nicht nach objektivierte Berechnungsmethoden fragt, sondern sagt, die Budgetmittel sind knapp. Die Politik steuert ja bevorzugt über Budget und sagt, keine Ahnung, ihr müsst so und so viel Budget einsparen... Also wir müssen konsolidieren und dann kommen die natürlich her und sagen, wir müssen über Berechnungsmethoden beweisen, dass wir nicht konsolidieren können... Die sind mit der Tatsache konfrontiert, dass sie Politik sagt, keine Ahnung 10 % Einsparung im Budget oder 10 % Konsolidierungsauftrag Budget und dann sagen die, wie beweisen wir jetzt der Politik, dass wir nicht mehr konsolidieren können? Dass wir den Grenzwert schon erreicht haben, dass weniger nicht mehr geht? Das ist grad das Thema. Also da sind wir weit weg von irgendeinem gestalterischen Ding oder einer Phantasie, wo ich hinwill.“ (E11)

„Ja, es heißt immer einsparen und letztes Jahr im Februar haben wir eine 40-Stunden-Schwester Stunden einsparen müssen und dann haben wir Altersteilzeit, die erst nachbesetzt wird, wenn sie ganz weg ist und eben noch Langzeitkrankenstände...“ (BK69) ➤ siehe dazu auch Kap. 5.5.4.

„Und was mich dann wirklich ärgert, ist, wenn dann teilweise Führungskräfte dazu genötigt werden, bis zur 3. Stelle... dass man bis zur 3. Stelle hinter dem Komma rechnet... und, dass ich

sozusagen Arbeitssitzungen, Papiere und Studien brauche, damit ich dann 0,2 VZÄ rechtfertigen kann, das halte ich dann schon für ziemlich kurios.“ (E11)

Führungskräfte und Betriebsräte/-innen schildern, dass es sehr detaillierte Beschreibungen der Fakten und Verhandlungen braucht, um zu mehr Dienstposten zu kommen *➤ siehe dazu auch Kap. 5.5.1.* Vertreter/-innen in Abteilungen mit Qualitätskriterien schätzen diese Vorgaben, weil sie zumindest eine Personalmindestausstattung garantieren, aber auch hier besteht in vielen Bereichen der Trend, so wenig Personal wie möglich vorzuhalten.

„Zum einen kann ich sagen im Intensivbereich, ist es gut, dass wir Strukturqualitätskriterien haben. Sozusagen kann man uns nicht so schnell zusammen kürzen. Wir sind schon in den letzten Jahren gekürzt worden. Wir haben früher mehr Vollzeitäquivalente gehabt, wie jetzt.“ (SL12)

4.5.3 FINANZIERUNG BEEINFLUSST DAS LEISTUNGSANGEBOT

Einige Befragte schildern, dass sie erleben, dass beim Leistungsangebot teils auch darauf geschaut wird, wo das meiste Geld lukriert werden kann. Andere Bereiche werden teils abgebaut.

„Das gibt es alles nicht mehr. Es wird wirklich sich genau angeschaut, was bringt Geld und das wird gemacht...“

(BR22)

„Also das wird sich wirklich genau angeschaut, was sind die Punkte, was sind Operationen, die Geld bringen? Früher haben wir ein viel breiteres Feld gehabt und haben auch Ergotherapien gehabt und so weiter.“ (BR22)

„Ich sehe schon die Nöte an Personal in den OP-Sälen. Die Ärzte nehmen keine Rücksicht, ob genügend Personal da ist. Ich verstehe es auch. Es ist ein hochspezialisierter Bereich, kostet sehr viel und da kann ich es mir einfach nicht leisten, dass etwas leer steht. Aber da muss ich mir schon Gedanken machen.“ (PM6)

Teils werden auch regelmäßig neue Generica eingesetzt, nur um kostenschonend zu arbeiten, dies stellt jedoch in manchen Fällen eine große Herausforderung für die Pflegekräfte dar.

„Und dann kommt zusätzlich das dazu, dass sich die Medikamente wirklich andauernd, kurzfristig ändern, weil irgendein Generica wieder am Markt ist, der ein paar Cent günstiger ist.“ (BL13)

Zu einer leistungsgerechten Finanzierung würde aus Sicht der Befragten auch gehören, dass nicht nur Großgeräte angeschafft werden (wie auch im ÖSG gesteuert), sondern auch das Budget für die nötige Personalausstattung dafür bereitgestellt wird. Aus Sicht einiger Befragten ist die Dienstpostensteigerung in den ö. Krankenhäusern großteils dadurch erklärbar, dass Großgeräte angeschafft wurden und zumindest teils einige Stellen dafür zusätzlich veranschlagt wurden *➤ siehe dazu auch Kap. 5.5.1.*

„Mindeststandards festlegen, was braucht eine Abteilung, was braucht ein Großgerät, wenn ich das neu wo hinstelle und auf das hinauf dann einen Personalplan zu machen und da dann zu schauen, wie das budgetär möglich ist und nicht den umgekehrten Weg, so viel Geld gibt's und damit wird jetzt alles ermöglicht, weil das ist einfach unehrlich.“ (E9)

Eingespart werden könnte aus Sicht mancher Leitungen noch, wenn Abläufe so optimiert werden, dass es eine Zusammenarbeit aller Berufsgruppen gibt und somit Doppelgleisigkeiten wie in der Diagnostik oft vorhanden, vermieden werden könnten.

„Ich bin schon der Meinung, dass die Ressourcen nicht immer notwendig sind. Manchmal könnte man auch..., wenn man sich die Prozesse und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen anschaut, manche Doppelgleisigkeiten vermeiden. Wir haben sehr viel Diagnostik in manchen Bereichen...“ (PM3) *➤ siehe auch Kap. 5.5.11.*

Der wirtschaftliche Druck²⁹⁰ ist für viele Interviewpartner/-innen spürbar, wobei die Aussagen größtenteils direkt von den Führungskräften und Betriebsräten/-innen angesprochen werden. Aus ihrer Sicht kann die Diskussion um neue Personalberechnungen erst nach der Kostendiskussion geführt werden.

„Am Ende des Tages zählen nur die verfügbaren Mittel. Und das ist es nur, da gibt es nichts, das sagt, das bräuchten wir und wie kommen wir dahin oder Auseinandersetzung, wie das brauchen wir nicht. Sondern, es gibt nur, so viel ist da und so muss es halt angepasst werden.“ (E9)

Derzeit bemühen sich die Träger im Rahmen ihrer Möglichkeiten, auf das Wohl der Patienten/-innen zu schauen und Patienten/-innen auch länger im Krankenhaus zu lassen als vorgegeben, wie eine Leitung aus der Akutgeriatrie schildert.

„Wir sind halt auch kein Akutkrankenhaus. Wir haben nicht den Druck, dass man sagt, ‚ok der Blinddarm gehört nach drei Tagen wieder weg‘. Diese Nebenerkrankungen dürfen wir gar nicht erwähnen. (BL22, AG/R)

Für viele stellt sich die Frage, wofür derzeit generell im Gesundheitsbereich hereingespart wird. In Zukunft wird es beide Blickweisen brauchen, um das Krankenhaus erfolgreich zu gestalten, die medizinisch-pflegerisch-therapeutische Sicht und die wirtschaftliche Komponente.

„Ich kann es nimmer hören, gespart muss werden, ich kann es nimmer hören. Für wen spart denn die Regierung? Nicht für die Bevölkerung.“ (BR25)

„Die wirtschaftliche Sichtweise und die medizinisch pflegerische Sichtweise, aber wir müssen auf beide Richtungen schauen. Das Pflegerische soll nicht zu kurz kommen unter einer ökonomischen Möglichkeit.“ (PM6)

Letztendlich muss aus Sicht der Befragten die hohe Qualität der öö. Krankenhäuser auch in den Ressourcen Niederschlag finden und vor allem auch in wertschätzenden Rahmenbedingungen für die Beschäftigten.

„Es ist auch, die finanzielle Sache ist ja auch in manchen Sachen wo ich sage, hallo, auf der einen Seite Gesundheit ist das größte Gut und weiß ich was, und dann zahlen wir ihnen nichts, im Vergleich zu anderen Berufen. Wir haben keine Klosterkrankenhäuser mehr, wo die Klosterschwester 24 Stunden am Tag, 365 Tage...“ (BR30)

4.6 AUSWIRKUNG AUF DIE VERSORGUNGSQUALITÄT

„Nur Zuneigung braucht Zeit, das geht nicht im Vorbeigehen... dass du mal ein Gespräch führst in Ruhe, weil du schon wieder ein schlechtes Gewissen hast, weil die Kollegen müssen ja deine Arbeit mitmachen... Das, was auch so wichtig wäre für das Personal aber auch für die Patienten, die Zeit zum Zuhören.“

(BR8)

In den Interviews wurden die Gesprächspartner/-innen im Laufe der Gespräche auch gefragt, welche Auswirkung der derzeitigen Personaleinsatzpolitik sie auf die Versorgungsqualität der Patienten/-innen sehen. Vorweggesagt, der Großteil der Interviewpartner/-innen sieht die Versorgungsqualität (noch) sehr gut an, von „gefährlicher Pflege“ wird nur selten und ungerne gesprochen. Deutlich wurde aber, dass vor allem der Fokus der Betreuung häufig als zu gering eingestuft wird.

²⁹⁰ Zum Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag und Ökonomie im Krankenhaus siehe auch Staflinger/Prohaska, 2018

4.6.1 BEHANDLUNGSVERLAUF

Interviewpartner/-innen aller Berufsgruppen, die direkt mit den Patienten/-innen arbeiten, berichten, dass der Behandlungsverlauf nicht immer ideal gestaltet ist. Befragte schildern teils, dass Patienten/-innen aus ihrer Sicht zu früh entlassen werden, nur um wieder freie Betten zu haben, obwohl noch Pflegebedarf vorhanden wäre.

„In der Früh kommen die Ärzte zusammen, man weiß, ein Bett wird benötigt, weil sonst sind sie zu voll, es muss irgendwer entlassen werden. Und dann kann es genau passieren, dass Patienten entlassen werden, wo du dir denkst, hä?“ (BK48)

„Wir gehen mit den Leuten essen, leiten sie an oder zu Therapien und da haben wir gesehen, mit den Strukturen schaffen wir das nicht mehr auch von der Zeit her. Und darum zum Beispiel gehen die Leute bei uns nur mehr mittags und nicht mehr abends zum Essen.“ (SL11; AG/R)

Die derzeitige Finanzierungslogik wird von einigen Befragten kritisiert. Derzeit erscheint es für manche so, dass gerade jene Leistungen favorisiert werden, die die meisten LKF-Punkte bringen.

„Weil am Ende vom Tag, umso mehr Röhren ich in einen Patienten hineinstecke, umso mehr Punkte bringt er. Ganz salopp gesagt. Und das ist eigentlich pervers das System. Weil eigentlich muss ich dem Patienten, um meine Intensivstufe zu rechtfertigen, möglichst lange und möglichst viele Schläuche drinnen lassen, wenn ich viele Punkte sammeln will.“ (BK95)

In einigen Bereichen wäre es notwendig, eine neue Infrastruktur inkl. Personalausstattung zu schaffen, um die hohe Qualität an den Patienten/-innen aufrecht zu halten.

„Der nächste Schritt wäre, wir müssen ein Kreißzimmer dazu bauen, Personalstand erhöhen, weil sonst schaffen wir es nicht, dass die Qualität auch noch passt. Weil, wir müssen auch immer berücksichtigen, dass ein gewisser Qualitätsstandard auch da sein sollte. Und das spiegelt sich relativ schnell in den Feedbackbögen der Patienten wider.“ (PM9; Hebamme)

Bei Personalmangel werden gerade im Therapiebereich teils Leistungen vorenthalten, um mit den eingesetzten Ressourcen auszukommen.

„Es werden dann teilweise Leistungen heruntergefahren, das heißt, Patienten, die nicht wirklich unbedingt jeden Tag drangenommen werden müssen, werden seltener drangenommen...“ (BK101; Ergo)

„Diese Gruppe [Anm.: ältere Patienten/-innen mit hohem Zeitbedarf bei Therapien] beschäftigt uns sehr viel und um die anderen können wir uns gar nicht mehr kümmern.“ (SL18; Physio)

Oft werden einzelne Leistungen nicht oder zu wenig angeboten, da sie im Gesamtsystem zu wenig finanziert sind.

„Dass sie Diabetes total einsparen wollen. Was für mich gar nicht geht, weil ich denke mir, die Politik weiß ganz genau, die Krankheit ist wie ein Tsunami.“ (BK49, Diätologie)

„Wenn jetzt eine Phase ist, wo recht viel los ist, dann kann es sein, dass wir eingeben beim Dokumentieren ‚verkürzt behandelt wegen Ressource‘... Oder ‚pausiert wegen Ressource‘. Das heißt, da kommt jemand vielleicht nur 3-mal in der Woche dran und nicht 5-mal.“ (BK32; Physio)

Nicht selten führt eine schnelle Entlassung zum „Drehtüreffekt“ *➤ siehe Kap. 5.3.2.2.*

„Der Drehtüreffekt nimmt zu. Ja, auf jeden Fall. Also das Kommen und Gehen, dass das bei uns, bei uns ist das ein Wahnsinn.“ (BK3)

4.6.2 PFLEGE- UND BETREUUNGSQUALITÄT UNTER DRUCK

Einige Befragte befürchten, dass es erst zu Änderungen kommen wird, wenn wieder ein großer Vorfall auftritt, der die Qualität in den Mittelpunkt stellt.

„Und drum glaube ich, dass wir wieder dorthin kommen, bis es wieder einen Tuscher macht.“
(SL4)

„Und wenn jetzt bei uns aber irgendein Patient zu Tode kommt, beispielsweise, weil wir zu wenig Leute sind oder es zu gefährlich für die Pflege ist, weil ich einfach nicht mehr weiß, wen von den 15 Leuten ich zuerst dran nehmen soll in der Unterbringung, dann stehen wir wieder in den Medien und dann ist wieder ein Skandal.“
(BK96)

„Es liegt einfach denke ich oft an der Politik. Es wird gekürzt, es muss eingespart werden und ich denke auch für die Patienten ist das nicht gut. Es geht ja nicht nur um uns, sondern es soll ja der Patient gut gepflegt werden, das geht sich aber dann einfach oft nicht.“ (SL9)

Während nur selten geäußert wurde, dass es zu „gefährlicher Pflege“ kommt, war häufig Thema, dass die Betreuungsqualität teils unter vielen Aufgaben gleichzeitig mit geringer Besetzung leidet. Besonders auch am Wochenende mit weniger Personaleinsatz leidet die Betreuungsqualität ➤ *siehe auch Kap. 5.6.3 bzw. Kap. 5.5.6.*

„Auf dem Computer, man arbeitet die Fragen, die dort stehen einfach ab, damit man das einfach abgearbeitet hat und zum nächsten Schritt gehen kann. Man hat einfach für die individuelle Betreuung und die Bedürfnisse der Patienten nicht mehr so viel Zeit, beziehungsweise, hält einen das von einer anderen Tätigkeit ab und das ist einfach schade.“ (SL7)

„Weil halt nur schnell rein und deine Sache machen und gerade ein paar Worte reden. Du merkst zwar, er bräuchte irgendetwas, aber du hast einfach nicht die Zeit dazu, dich einfach mal hinsetzt und redest mit ihm oder auch einfach mal zuhörst, was er zu sagen hat oder was er dir sagen möchte vielleicht.“ (BK15)

So wird teilweise für Patienten/-innen manches übernommen, weil es schneller geht, als die Patienten/-innen anzuleiten, es selbst zu tun, ein Widerspruch zum aktuellen Pflege- und Therapieverständnis.

„Aber man muss sagen, das übernehme ich, weil ich keine Zeit habe, dass ich warte, weil ich noch zehn oder elf anderen helfen muss.“
(SL9)

„Die PA ist halt dann oft allein, weil die Diplomierten dann oft schon wieder Visite gehen muss, oder bei der Verbandpflege beschäftigt ist. Da wäre ein zusätzliches Personal hilfreich, damit man den Patienten besser betreuen kann. Damit auch bei der Körperpflege besser auf den Patienten eingehen kann.“ (SL9)

„Du gehst zu einem Patienten und erklärst ihm etwas, er hätte noch Fragen, du weißt aber schon, dass du wieder hinausmusst, weil das Nächste wartet. Ich muss ja den Ablauf gewährleisten.“ (BR8)

Oft fehlt auch die Zeit für ein beruhigendes Gespräch in schwierigen Lebensphasen, so wie z.B. im Onkologie-Bereich.

„In einer Strahlentherapie, da brauchst du eine psychoonkologische Betreuung. Ja, kannst du installieren, ganz klar, aber ich gebe dir keinen Dienstposten dafür. Wo zwicke ich das runter, ganz ehrlich? Und das ist eine Sache, wo ich durchaus sage, ja die würde Sinn machen, weil das ist, den Patienten quälen 100 Sorgen.“ (BL7)

„Gerade auf der Onkologie haben wir halt welche, die kennen wir schon jahrelang. Oder teilweise wirklich von Therapie zu Therapie und denen geht es halt oft nicht so gut. Oder sie haben einfach mehr Redebedarf... aber das geht oft in so Zeiten, wo du einfach keine Zeit nicht hast dafür. Da musst du einfach schauen, dass du selber mit deiner Arbeit fertig wirst.“ (BK15)

Die Befragten schildern, dass ein „schnell schnell“ aufgrund knapper Personalressourcen häufig zulasten der Patienten/-innen geht.

„Das merkt man dann auch in der täglichen Betreuung. Bei der Körperpflege zum Beispiel, das muss schnell gehen, weil mehrere Patienten gewaschen werden müssen.“ (SL9)

Gerade auf „Normalstationen“ wurde häufig geschildert, dass sterbende Patienten/-innen aus ihrer Sicht nicht bestmöglich versorgt werden können.

„Oder auch wenn es jemanden schlecht geht oder Sterbende... Viele wollen aber bei uns bleiben, weil sie uns kennen... Aber es ist natürlich zeitaufwendig und die Zeit ist es nicht mehr.“ (BL10)

Letztendlich überträgt sich der Zeitdruck, den viele Beschäftigte verspüren auch auf die Patienten/-innen.

„Und Patienten merken das einfach voll, wenn man gestresst ist oder auch nicht.“ (BK37)

In einigen Interviews wurde als Nebenthema auch der Einsatz von Generica angeführt. Teils sehen die Befragten Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

„Es ändert sich gefühlt alle vierzehn Tage die Medikamentenentnahme. Ein Medikament wird durch ein Generikum ersetzt... aber es ist insofern schwer, weil man einen gewissen Pool an Medikamenten hat und dann irgendein Medikament plötzlich anders heißt, also vom Namen her oder von der Zusammensetzung, dann ist das einfach extrem schwer zu bedenken.“ (BK81)

„Gerade in dem Sinne, dass es immer wieder einmal falsch aufgeschrieben wird, oder nicht falsch, aber nicht mit dem richtigen Namen, sondern irgendeinen.“ (BK66)

Die Einschätzungen der Befragten zur Versorgungsqualität wirken sich derzeit nur kaum auf die Patientenzufriedenheit aus.

4.6.3 PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Viele Patienten/-innen sind zufrieden mit ihrem Aufenthalt im Krankenhaus. Laut Evaluierungsbericht der Spitalsreform sind im Jahr 2015 95 % aller Befragten mit dem Aufenthalt und 96 % mit der medizinischen Behandlung im Krankenhaus zufrieden bzw. eher zufrieden.²⁹¹

„Und da habe ich schon oft gehört, dass sie eigentlich recht zufrieden sind.“ (BK64)

„Von den Patienten bekommen wir noch Feedback und da wird das Personal sehr gelobt.“ (BR23)

Gerade in Zeiten, in denen Beschäftigte nicht immer mit ihrer persönlichen Arbeitserfüllung zufrieden sind, stärken sie zufriedene Patienten/-innen.

„Wo früher noch ein Erfolgserlebnis war, ist jetzt ein Frusterlebnis, die Mitarbeiter beschreiben es so und die, die mehr damit zu tun haben beschreiben ein Gefühl der dauernden Insuffizienz. Und wir wissen gar nicht mehr, wie wir das anders richten sollen. Und ich sage dann immer, sammelt doch einfach die positiven Schreiben der Patienten und um das geht es.“ (BL19; MTD)

Die Befragten schildern aber auch, dass die Unzufriedenheit mancher Patienten/-innen zunimmt. Beschäftigte führen die teilweise Unzufriedenheit, teils verbunden mit Aggressivität
➤ siehe Kap. 5.8.1 auch zu wenig Zeit für die Patienten/-innen zurück.

²⁹¹ Land OÖ, 2018

„Und das Problem, das ich auch glaube, warum die Patienten fordernder werden, was auch hineinspielt ist, dass das Pflegepersonal oder die Leute, die auf der Station arbeiten, nicht mehr die Zeit haben, dass sie sich in Ruhe mit ihnen unterhalten.“ (BR7)

4.6.4 VERSORGUNGSQUALITÄT IM FOKUS WEITERER STUDIEN

Viele Ausführungen lassen sich auch durch weitere internationale Studien belegen. Im „Pflegethermometer 2009“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (dip) z.B. wurde deutlich, dass gerade bei schwerkranken Patienten/-innen mit hohem Betreuungsaufwand häufig Mängel in der Versorgung auftreten. Insbesondere bei Krankenhäusern mit „dünnere Personaldecke“ tritt häufig das Problem auf, dass nicht sämtliche notwendigen pflegerischen Maßnahmen durchgeführt werden können. Nur jede dritte Pflegekraft geht dabei davon aus, dass sie sämtliche notwendigen Maßnahmen in der Regel tatsächlich erbringen kann. 80 % der Pflegekräfte gaben weiters an, dass sie nicht ausschließen können, dass Mängel bei der Patientenversorgung in den letzten sieben Tagen aufgetreten sind, die auf eine zu hohe Arbeitsbelastung zurückzuführen sind.²⁹² Ergebnisse der europaweiten RN4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) konnten sowohl Qualitätsdefizite nachweisen, die sich aus einer unzureichenden Personalausstattung ergeben, als auch aufzeigen, dass (neben anderen organisatorischen Faktoren > siehe Kap. 5.5.11 insbesondere eine zu niedrige Personalbesetzung als wesentliche Ursache des Unterlassens notwendiger pflegerischer Leistungen zu sehen ist.²⁹³ Aiken et al. gehen davon aus, dass mit jedem/jeder zusätzlich zu betreuenden Patienten/-in pro Pflegekraft eine Erhöhung des Mortalitätsrisikos um 7 % zu assoziieren ist.²⁹⁴

Eine weitere Studie von Cimiotti et al. besagt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Patientenzahl pro Pflegekraft und Harnwegsinfektionen besteht. Jede/r zusätzliche einer Pflegekraft zugewiesene Patient/-in wurde mit einer gesteigerten Rate an Harnwegsinfektionen assoziiert.²⁹⁵ Isfort et al. fanden heraus, dass zwischen der Schichtbesetzungen der Pflegenden und der pflegefachlichen Absicherung der Patientenversorgung ebenfalls ein Zusammenhang besteht. Nur 58,7 % der Befragten gaben an, ausreichend Zeit für notwendige Prophylaxen aufwenden zu können.²⁹⁶

Zwar liegen für (Ober)österreich derzeit keine vergleichbaren quantitativen Studien zu dieser Frage vor, die Aussagen aus den Interviews bringen jedoch vergleichbare Ergebnisse. Der Krankenhausvertrauensindex (KHIV) zeigt, dass mehr als ein Viertel der befragten Pflegeverantwortlichen als größte Herausforderung für die nächsten fünf Jahre die Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität sieht.²⁹⁷

So sehen auch einige Aussagen der Befragten die Zukunft ihrer Arbeitswelt sehr düster wie z.B.

„Ich sage halt immer und das sage ich schon lange, meine ganz persönliche Meinung, vielleicht hört sich das schlimm an, ist eigentlich... das System das wird sich so verschlechtern und das Gesundheitssystem, das wird so sinken, dass die Leute einfach wieder früher sterben und damit wird sich viel erledigen.“ (BK59)

²⁹² Isfort et al., 2010

²⁹³ Zander et al., 2014

²⁹⁴ Aiken et al., 2014

²⁹⁵ Cimiotti et al., 2012

²⁹⁶ Isfort et al., 2010

²⁹⁷ imh, 2018

Aus Sicht der Befragten besteht Handlungsbedarf²⁹⁸, damit diese Situation nicht eintritt. Vor allem ist es wichtig, die Personalausstattung am Bedarf der Patienten/-innen und der Möglichkeiten der Beschäftigten auszurichten, damit eine gute Versorgungsqualität gewährleistet und gefährliche Pflege ausgeschlossen werden kann.

„Ja es ist immer abhängig vom Patientengut und auch was Personal betrifft. Ab und zu kommen wir leicht aus, das ist je nach dem, wie mobil die Leute sind, wie pflegebedürftig sie sind und ab und zu, wenn sich das häuft ist es knapp. Dann haben wir nicht die Ressourcen, dass man das so machen kann.“ (BK58)

„Was mir am allermeisten am Herzen liegt ist, dass es in keinem Sinne irgendwo zu einer gefährlichen Pflege kommen sollte. Und das, was ich unter gefährlich verstehe, das ist wirklich eine gefährliche Pflege, die meistens, oder auch ganz viel daraus resultiert, dass Personalknappheit da ist, und wenn extreme Stresssituationen auftreten. Und ich denke einfach, solche Dinge stehen nicht dafür. Auch wenn das Personal ein extrem hoher Kostenfaktor mit allem Drum und Dran ist, ein Menschenleben ist ein Menschenleben. Das wäre die erste Grundvoraussetzung, die auf allen Stationen durchgedacht werden muss.“ (BK19)

4.7 AUSWIRKUNG AUF DIE ARBEITSQUALITÄT

Im Folgenden werden die Auswirkungen der aktuellen Entwicklungen im Krankenhaus auf die Arbeitsqualität der Beschäftigten näher betrachtet.

4.7.1 STEIGENDE ANFORDERUNGEN ZEIGEN WIRKUNG

Durch diverse Entwicklungen und Reformvorhaben, wie z.B. die beiden Spitalsreformen kam es zu einer Steigerung des Arbeitstempos, was dazu führte, dass sich die Beschäftigten durch das hohe Tempo belastet fühlen.

„Dieses Bild mit den Zitronen gefällt mir ganz gut, aus meiner Sicht waren wir vorher schon ausgequetscht... Diese Spitzenmedizin ist zu Lasten der Belegschaft insgesamt gegangen.“ (BR17)

„Der Nachtdienst ist sicher sehr belastend. So viele Junge haben wir nicht mehr und weil es einfach durchgeht, kommt man da aus dem Rhythmus. Und auch tagsüber ist es oft schon sehr belastend, vor allem das Tempo. Aber es ist nicht permanent, es gibt eben so Spitzen und dadurch geht es dann doch wieder.“ (BL18)

Diese Aussage bestätigen auch aktuelle Zahlen aus dem Arbeitsklima Index: 22 % der befragten Personen, die in einem Pflegeberuf arbeiten, sind sehr stark bzw. eher stark durch einen ständigen Arbeitsdruck ohne Zeit zu verschnaufen belastet. Im Vergleich dazu sehen sich nur 16 % der anderen Berufe dadurch belastet²⁹⁹ > siehe dazu auch Kap. 4.4.2. Die erhöhten Anforderungen führen weiters dazu, dass Dienste oft als sehr belastend und anstrengend empfunden werden. Einige der Befragten schilderten in den Interviews, dass sie nach der Arbeit oft müde sind.

„Oder einfach müde. Ich weiß es nicht, es ist dann so eine Mischung. Sehr oft. Wenn es ein ruhigerer Tag ist und ich wirklich meine vier fünf Frauen habe, das gefällt mir, aber meistens ist es anders.“ (BK11)

„Und bei den Dienstzeiten merke ich, dass es ein langer Tag ist. Dienstbeginn ist um 6:00 und Schluss ist um 17:00. Und wenn ich nach Hause komme, bin ich wirklich müde und dann muss

²⁹⁸ Für eine vertiefte Analyse zur Patientensicherheit siehe auch das Mustercurriculum zu Patientensicherheit der WHO; Charité, 2018

²⁹⁹ AK ÖÖ, 2018

ich wieder schauen, dass ich spätestens um 22:00 im Bett bin, damit es sich am nächsten Tag wieder ausgeht.“ (BK29)

Laut Arbeitsklima Index empfinden 40 % der befragten Personen in einem Pflegeberuf Erschöpfung, Mattigkeit, oder Ähnliches³⁰⁰ ➤ siehe dazu auch Kap. 5.4.7.

4.7.2 VERSPÜRTER ZEITMANGEL ALS BELASTUNG

Wie bereits erwähnt, fühlen sich Beschäftigte in Gesundheitsberufen häufig durch einen Zeitmangel belastet ➤ siehe dazu auch Kap. 4.4.2. Dies beschreiben auch einige der interviewten Personen mit ihren Aussagen.

„Es kann schon einmal ein Tag dabei sein, wo du dir denkst... jetzt hau' ich, auf gut Deutsch gesagt, den Hut drauf... wo du dann sehr drawig bist und dir denkst, jetzt könnte ich einmal schnell eine zweite brauchen, die dir schnell das Bett fährt oder was...“ (BK89)

„In kürzester Zeit werden die Patienten durchgeschleust, trotzdem muss die Arbeit passieren. Also es ist alles beschleunigt, bis zum geht nicht mehr.“ (PM16)

Das zunehmende Tempo stellt eine Belastung für die Beschäftigten dar.

„Das waren die Zeiten, wo das auch für die Pflege leichter war, weil der Patient nicht so intensiv war. Jetzt haben wir den Patienten wirklich... in der Früh kommt er rein, wird operiert, und sobald er alleine aufs Klo gehen kann, wird er heimgeschickt. Also die Leute sind nur mehr zur pflegeintensiven Zeit da. Das ist auch etwas, das sehr, sehr belastend ist.“ (BR30)

Zum Teil finden die Befragten nicht einmal mehr Zeit, während der Arbeitszeit ihre persönlichen Bedürfnisse zu befriedigen.

„Und dann kommt man oft nicht einmal dazu, dass man sich zum Trinken was herrichtet und auch das Klo gehen oft, weiß man jetzt nicht, wann gehe ich jetzt einmal aufs Klo. Also das sind dann schon, also es ist jetzt nicht, dass jede Nacht so ist, aber wir haben immer wieder solche Nächte. Und ja, man merkt das schon, dass das irgendwann mal. Und vor allem die letzten drei Stunden dann, ab vier weg, mühsam wird. Und, das sagen auch die Jungen, also das hat jetzt nicht nur mit dem Alter was zu tun. Generell alle sagen das.“ (BK47)

4.7.3 ZUFRIEDENHEIT DER BESCHÄFTIGTEN

„Also ich fahre wirklich gerne rein und mir macht es auch Spaß. Und auch, wenn 12-Stunden-Dienste oft wirklich anstrengend sind, aber trotz alledem, fahre ich am nächsten Tag auch wieder gerne rein.“ (BK35)

Es zeigen sich deutliche Unterschiede bei der Zufriedenheit der Beschäftigten. Einige berichten in den durchgeführten Interviews, dass sie ausreichend Zeit für die Patienten/-innen haben und ihnen die Arbeit gefällt.

„Also so bin ich echt sehr zufrieden. Ich habe genug Zeit für die Patienten, ich habe immer eine Stunde halt für jeden Patienten Zeit... Dann kann ich mir es selbst einteilen, wann ich den Patienten sehen will und wann nicht. Also, ich habe echt, kann mir viel einteilen.“ (BK72;Orthoptik)

„Meins ist es voll, ich habe es bis jetzt noch nicht bereut.“ (BK90)

„Also für mich persönlich, ich arbeite hier sehr gerne. Für mich passt es sehr gut.“ (BK83)

Die Zufriedenheit der Beschäftigten hängt gemäß den Schilderungen der Interviewten auch davon ab, wie gut sich jemand erholen kann.

³⁰⁰ AK OÖ, 2018

„Und sicher, meistens schafft man es irgendwie, nur die Zufriedenheit sag ich jetzt einmal, also das ist, ich persönlich. Da knabberte ich dann schon, ich denke mir dann immer wieder, für was habe ich Krankenschwester gelernt (lacht). Aber ich kann mich so gut erholen, ich kann mich wirklich gut erholen. Ich persönlich jetzt.“ (BK13)

Andere wiederum berichten von einem hohen Zeitdruck, der oftmals dazu führt, dass es den Mitarbeiter/-innen in ihrer Arbeit nicht gut geht und diese unzufrieden sind.

„Es entsteht so ein Druck ja, und wenn es einem nicht gut geht, entscheidet man sich halt 1, 2 Jahre früher fürs Baby. Is ma eh wurscht, dann werde ich halt früher schwanger. Das sollte jetzt keine Lösung sein, sag ich jetzt einmal, ist auch keine. Du siehst halt grad da die Hilflosigkeit, ja.“ (BR25)

„Das merkt man massiv und das macht auch die Leute total unglücklich.“ (BK55)

„Weil das ist das große Problem und die große Unzufriedenheit: Ich kann die Arbeit nicht so machen wie ich eigentlich will, wie ich es gelernt hätte; warum bin ich in der Pflege? Weil ich den Leuten helfen will. Und das ist dann oft das Problem.“ (BR8)

„... ist es mir eigentlich nicht mehr so lustig, muss ich ehrlich sagen. Weil du einfach, ja, wie soll ich das beschreiben, es ist, man soll wie eine Maschine sein. Man soll sich um 6.45 einschalten und um 19.15 ausschalten und das geht aber nicht.“
(BK59)

„Gerade dort, wo auch Stellen, zum Teil, unbesetzt waren, weil ich sie einfach nicht besetzen habe können, war dann häufig das noch einmal, dass, nach einer gewissen Zeit, man das Gefühl gehabt hat, dass die Leute dann sagen, ich gebe mir das auch nimmer mehr und ich verändere mich jetzt.“ (PM2)

Die Unzufriedenheit resultiert oftmals daraus, die Motivation nicht aufrecht erhalten zu können.

„Wie gesagt, es wird zunehmend schwierig. Die Motivation hochzuhalten, und vor allem, man kann die Leute nicht für blöd verkaufen, die sind ja nicht dumm.“ (PM17)

„Und ich kann dann immer nur sagen, das muss jede Pfl egetätige oder Pflegekraft im Gesundheitsbereich für sich selber entscheiden, wie weit will sie da mitgehen. Und da glaube ich, dass wir noch viel, viel mehr Fluktuation bekommen werden, weil das sich irgendwann niemand mehr antut. Oder zumindest nicht dauerhaft antut.“ (SL13)

„Aber es ist auf der Station schon so ein, es ist schon jeden so viel wurscht. Es haben jetzt viele schon gekündigt, weil es einfach nicht mehr, weil es sie einfach nicht mehr interessiert.“ (BK44)

Häufig wurde auch die Menge an Überstunden als Grund angegeben, warum die Befragten unzufriedener mit ihrer Arbeitssituation sind ➤ siehe Kap. 5.4.7. Diese ergeben sich vor allem durch eine zu geringe Personalausstattung, zu wenig beachteten Fehlzeiten ➤ siehe Kap. 5.5.4 und häufiges Einspringen ➤ siehe Kap. 5.5.5, um den Arbeitsbetrieb aufrecht zu erhalten.

Zur Analyse der Zufriedenheit werden auch weitere aktuelle Studien herangezogen. Im Zuge der Evaluierung der Spitalsreform II 2010/11 wurde eine Zufriedenheitsbefragung der Beschäftigten in den Krankenhäusern geplant, jedoch noch nicht überall durchgeführt³⁰¹ ➤ siehe dazu Kap. 4.4.4. Viele Träger³⁰² führen derzeit Zufriedenheitsbefragungen durch, die Ergebnisse werden aber nur selten veröffentlicht.

³⁰¹ Land OÖ, 2018

³⁰² Siehe z.B. Oö. Gesundheits- und Spitals-AG, 2019; ooe.ORF.at, 2018

Der Arbeitsklima Index zeigt, dass 91 % der in Pflegeberufen beschäftigten Personen³⁰³ mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden bzw. eher zufrieden sind.

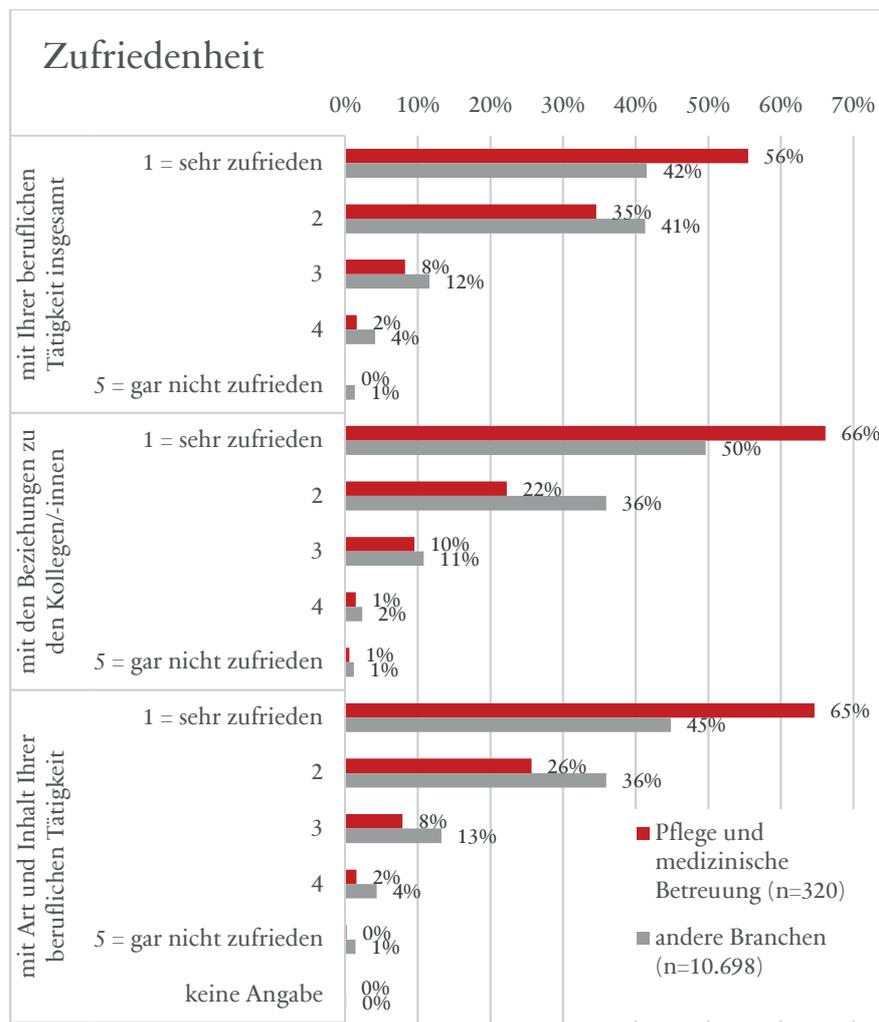


Abbildung 23: Zufriedenheit der Beschäftigten³⁰⁴

Die anderen erhobenen Berufsgruppen³⁰⁵ weisen im Vergleich eine niedrigere Zufriedenheit von 83 % auf.³⁰⁶ Besonders zufrieden waren die Beschäftigten in der Pflege mit der Beziehung zu den Kollegen/-innen (88 %) und mit der Art und dem Inhalt der beruflichen Tätigkeit (91 %).³⁰⁷ Die Erhebung zeigte allerdings auch, dass sich die Personen in Pflegeberufen am stärksten von Zeitdruck (28 %) und dadurch belastet fühlen > siehe auch Kap. 4.7.2, weil die Arbeit seelisch belastend und aufreiben sein kann (33 %), wovon sich andere Berufsgruppen weniger belastet sehen (22 % bzw. 11 %).³⁰⁸

³⁰³ Arbeiterkammer OÖ, 2018; n=320

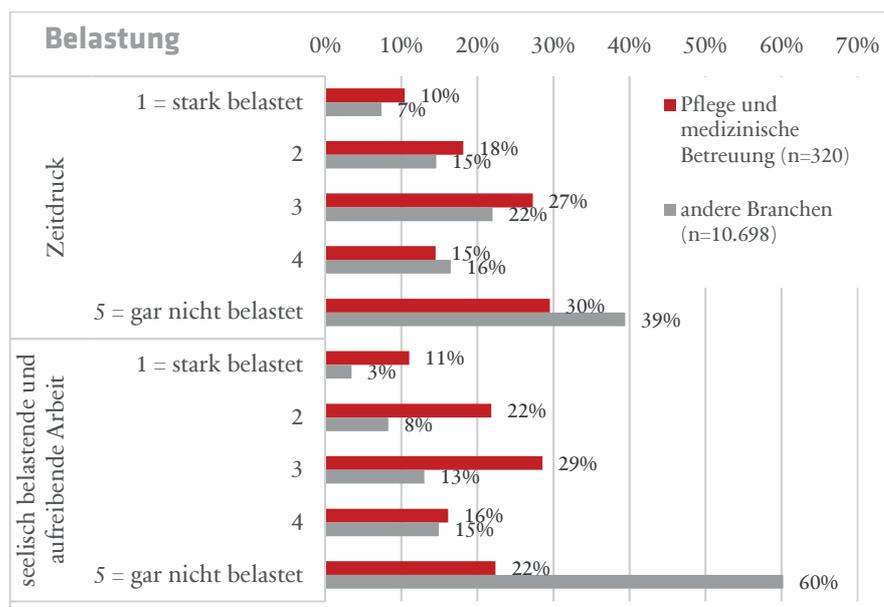
³⁰⁴ Ebd. (eigene Darstellung)

³⁰⁵ Ebd; n=10.698

³⁰⁶ Ebd.

³⁰⁷ Ebd.

³⁰⁸ Ebd.

Abbildung 24: Belastung³⁰⁹

Eine weitere Befragung von Gesundheitsberufen³¹⁰ in Österreich zeigte ebenfalls, dass diese vor allem mit der Art und dem Inhalt der jeweiligen Tätigkeit (76,8 %) und dem Arbeitsklima im Team (79,3 %) eher zufrieden bzw. zufrieden waren. Eher unzufrieden waren die Befragten mit dem jeweiligen Einkommen (62,1 %) und der Unterstützung durch Vorgesetzte (49,5 %).³¹¹ Die Studie verdeutlichte außerdem, dass vor allem die Beschäftigten in Krankenhäusern (gemeinsam mit den Beschäftigten in der stationären Langzeitpflege) Durchschnitt im Vergleich zu allen Gesundheitsberufen am unzufriedensten waren.³¹²

Ergebnisse des europaweiten RN4CAST-Projektes (ohne österreichische Beteiligung) zeigen weiters, dass sich angesichts der hohen Arbeitsbelastungen und den nicht zufriedenstellenden Rahmenbedingungen 30 % der Pflegekräfte emotional erschöpft fühlen.³¹³ Es sind noch zahlreiche weitere Studien vorhanden, die sich ebenfalls mit der Zufriedenheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen bzw. im Krankenhaus beschäftigen.³¹⁴

Viele der Befragten sind immer noch mit dem Beruf zufrieden und würden diesen gerne auch in Zukunft weiter ausüben. Die hohen Zufriedenheitswerte lassen sich unter anderem durch das gute Teamklima und die hohe Sinnstiftung, aber auch die Wertschätzung vieler Patienten/-innen begründen. Deutlich wurde aber auch, dass die Belastungen in den letzten Jahren zugenommen haben und für viele die Arbeitsqualität sinkt *➤ siehe dazu Kap. 5.4.7*. Einige Interviewpartner/-innen schildern auch gesundheitliche Einschränkungen, die durch die Arbeit entstanden sind. Die Befragten sehen in vielen Punkten Verbesserungsbedarf, vor allem auch in ausreichend Zeit für ihre Arbeit. Gerade Führungskräfte und Betriebsräte/-innen aber auch Beschäftigte aller Berufsgruppen und weitere Experten/-innen führen den zunehmenden Arbeitsdruck auf nicht mehr zeitgemäße Personalberechnungen zurück *➤ siehe Kap. 5.6*.

³⁰⁹ Arbeiterkammer OÖ, 2018 (eigene Darstellung)

³¹⁰ Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2018; n =14.034, davon 6.360 im Krankenhaus beschäftigt

³¹¹ Ebd.

³¹² Ebd.

³¹³ Zander et al., 2014

³¹⁴ Siehe z.B.: die Befragung der Angehörigen der Gesundheitsberufe in Tirol bzw. der Beschäftigten der SALK, beide durchgeführt durch das IFES, 2018a/2018b; Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2018; Geissler, 2019, Hartmann, 2019

4.8 PERSONALBERECHNUNG STATUS QUO

Der verbindliche Rahmen zur Personalberechnung in den öö. Krankenhäusern gemäß § 19 öö. Krankenanstaltengesetz³¹⁵ wird eingehalten. Die rechtlichen Vorgaben sind sehr vage gestaltet und lassen – mit Ausnahme der Qualitätskriterien *➤ siehe Kap. 3.2* – den Trägern einen breiten Handlungsspielraum. Wenn in der Praxis von einer Erfüllung der Personalvorgaben³¹⁶ gesprochen wird, handelt es sich dabei meist um die Erreichung der Soll-Dienstposten, die jeder Träger/jedes Krankenhaus selbst berechnet und im Rahmen der Budgetgespräche mit dem Land Oberösterreich verhandelt. In den öö. Krankenhäusern sind wie in den meisten anderen Bundesländern die gängigen Personalberechnungsmethoden im Einsatz *➤ siehe Kap. 3*. Die darauf aufbauenden Berechnungen stimmen meist mit den Dienstposten zusammen, wobei es teils die Einschränkung gibt, dass z.B. die PPR-Dienstposten nur mit 90 % zu berücksichtigen sind.

„Also was bei den Berechnungen herauskommt, das passt zusammen... der Großteil unseres Personal wird mit PPR berechnet und da haben wir unsere Themen. Also wir erfüllen die Vorgaben der Unternehmen aber nicht mehr. 90 % ist die Vorgabe bei uns.“ (PM13)

Auch wenn Veränderungen in den Dienstposten belegbar sind, siehe dazu die Entwicklung der VÄZ in den offiziellen Zahlen in Krankenanstalten in Zahlen, sind aus Sicht vieler Befragter die Dienstpostenpläne eher statisch gehalten und lassen wenig Veränderung zu.

„Ich erlebe, dass unser Dienstpostenplan ein starres System ist. Starr deswegen, weil er irgendwann einmal berechnet wurde und manchmal kommt etwas dazu und ab und zu kommt für ein paar Jahr nichts dazu. Wir hatten jetzt Jahre wo es geheißen hat, dass es einen Aufnahmestopp gibt. Das richtet sich eben auch immer stark nach dem Budget.“ (BR23)

In (Ober)österreich liegen viele Zahlen zur Personalbesetzung und -planung vor, die wenigsten davon sind jedoch öffentlich. Einen guten Überblick zur „Zahlenwelt Krankenhaus“ bietet der jeweils aktuelle Bericht Krankenanstalten in Zahlen³¹⁷. Dieser zeigt Zahlen und Entwicklungen auf Bundes- und Länderebene an. Die Darstellung relevanter Zahlen für Oberösterreich findet sich im *➤ Kap. 4.2 bzw. 4.3*.

Einige öffentliche Zahlen geben einen kurzen Einblick. So bringt Oberösterreich mit 2,54 die höchste Rate von DGKP im Verhältnis zu Ärzten/-innen hervor (Österreich 2,16 – Stand 2015). Für die PFA liegen noch keine aktualisierten Zahlen vor.

„Was die Messgröße Relation DGKP und PFA, derzeit nur DGKP zu Ärztinnen betrifft, liegt OÖ an erster Stelle.“ (E12)

³¹⁵ Öö. Krankenanstaltengesetz (Oö. KAG)

³¹⁶ Siehe dazu z.B. auch die Berichtslegung zur anlassbezogenen sanitären Einschau im KUK vom 16.01.2019, in dem festgestellt wird, dass die Ist-Dienstposten größtenteils dem Soll entsprechen, Magistrat der Landeshauptstadt Linz, 2019. Eine Ausnahme dazu bilden die Vorgaben für spezielle Bereiche im Krankenhaus mit verbindlichen Qualitätskriterien im ÖSG und in der LKF

³¹⁷ Siehe: BMASGK, 2018d

Operatives Ziel	2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sichern					
Messgröße	(9) Relation DGKP und PFA zu Ärzte/-innen in FKA („Nurse to Physician Ratio“)					
Zielvorgabe	Beobachtungswert					
Definition	Anteil DGKP und Pflegefachassistenz (VZÄ) zu Ärzte/-innen in Fonds-Krankenanstalten					
Berechnung	$\frac{\text{Anzahl DGKP + Pflegefachassistenz (PFA) in Fondskrankenanstalten (VZÄ)}}{\text{Anzahl Ärzte/-innen in Fondskrankenanstalten (VZÄ)}}$					
Format	Rate					
Datengrundlage	KA Statistik (BMGF)					
Werte (dzt. nur von DGKP)	Standort-Region	2011	2012	2013	2014	2015
	Burgenland	2,34	2,24	2,30	2,34	2,45
	Kärnten	2,40	2,38	2,39	2,41	2,42
	Niederösterreich	2,28	2,27	2,22	2,18	2,17
	Oberösterreich	2,41	2,44	2,50	2,56	2,54
	Salzburg	2,30	2,31	2,35	2,37	2,40
	Steiermark	2,02	2,06	2,06	2,05	2,00
	Tirol	2,13	2,15	2,15	2,13	2,11
	Vorarlberg	2,19	2,21	2,16	2,07	2,07
	Wien	2,08	2,05	2,05	2,02	1,93
Österreich	2,20	2,20	2,20	2,19	2,16	

Tabelle 45: Nurse to Physician Ratio³¹⁸

Konkrete Einblicke zum Status quo der Personalberechnung und zu aktuellen Herausforderungen und Limitationen vorhandener Praktiken und Modelle befinden sich im [Kap. 5.6](#). Angemerkt soll bereits an dieser Stelle werden, dass trotz Einsatzes gängiger Berechnungsmodelle für Dienstposten derzeit ein hoher Bestand an Mehr- und Überstunden in den öö. Krankenhäusern vorhanden ist, der unter anderem darauf hindeutet, dass es Handlungsbedarfe zum Themenfeld Personalberechnung in den öö. Krankenhäusern gibt [siehe Kap. 5.4.7.3](#).

Gerade Führungskräfte schildern, dass diese Vorgaben dazu führen, dass es konkrete Überlegungen braucht, wie diese auch eingehalten werden können.

„Also wir machen es nicht, dass wir sagen, jetzt müssen sie halt mit zu wenig Personal auskommen. Also das spielt es nicht. Wir haben momentan bei uns in... [Anm.: anonym.] 92 % Erfüllungsgrad in der PPR. 90 % sollten es sein. Also mit dem, das passt halbwegs. Aber wenn es jetzt heißt, das geht da überhaupt nicht, dann muss ich irgendwas limitieren. Dann muss ich sagen, ok, ich habe im Sommer einen Monat Sperre von Betten oder sonst was.“ (PM12)

Letztendlich gibt es in vielen Bereichen häufig Verhandlungswege für Besetzungen über das Soll hinaus, damit der tägliche Arbeitsbetrieb im Krankenhaus aufrechterhalten werden kann.

„Jetzt befinden wir uns halt immer in einer kontinuierlichen Überbesetzung, dass wir das überhaupt leisten können, was die von uns wollen. Die schaufeln halt das Budget so herum, dass es für uns halt geht.“ (BL21;OP)

³¹⁸ BMGFb, 2017: 56 (eigene Darstellung)

5 PERSONALBERECHNUNG IN DEN ÖÖ. KRANKENHÄUSERN – HANDLUNGSFELDER

5.1 EINLEITUNG

„Nur objektive und nachvollziehbare Daten und Fakten, nicht Fiktionen, sind dazu angetan, das Leistungsspektrum des Pflegedienstes darzustellen und entsprechende Personalressourcen zu begründen.“
(Dorfmeister, 2001: 24)

Die öö. Krankenhauswelt erlebt zum Themenfeld Personalbedarf und -einsatz Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen. Diese wurden durch diese Studie gesammelt und sind Basis für eine weiterführende Diskussion rund um das Thema Personalbedarfsmodelle und Personaleinsatz in den (ober)österreichischen Krankenhäusern. Die vorliegenden Erkenntnisse mit 216 Interviewpartner/-innen und weiterer methodischer Zugänge *➤ siehe Kap. 2.5* werden im vorliegenden Kapitel zusammengeführt. Aufbauend auf die *➤ Kap. 3 und 4* werden aus Sicht der Befragten notwendige Handlungsfelder skizziert und um Ausführungen aus der Literatur ergänzt. Um Krankenhäuser gerade auch in Bezug auf eine hohe Ergebnisqualität im Bereich Patienten/-innen *➤ siehe Kap. 4.6* als auch der

Mitarbeiter/-innen *➤ siehe Kap. 4.7* auf hohem Niveau zu halten, braucht es eine kontinuierliche Weiterentwicklung in allen beschriebenen Handlungsfeldern. Nach der Beschreibung der jeweiligen Charakteristika und derzeitigen Herausforderungen werden Handlungsempfehlungen aus Sicht der Experten/-innen abgeleitet. Alle Originalzitate sind gekennzeichnet und wurden anonymisiert. Zur besseren Lesbarkeit wurden folgende Abkürzungen verwendet.

Kürzel	Interviewgruppe
E	Experte/-in (extern): z.B. Verbände, Schulungsträger, Wissenschaft
G	Gewerkschaft
PM	Pflegemanagement/Pflegedirektion
BL	Bereichsleitung
SL	Stationsleitung
BK	Beschäftigte
BR	Betriebsrat/-rätin

Tabelle 46: Legende zu den Interviews³¹⁹

Die Darstellung der Handlungsfelder erfolgt auf Metabene ohne direkten Bezug auf einzelne Krankenhäuser, Bereiche oder Berufsgruppen. Definiert werden in diesem Bericht ausschließlich Handlungsfelder, die haus- und settingübergreifend sichtbar wurden. Zur Verdeutlichung der besonderen Herausforderungen in einzelnen Bereichen/Abteilungen und Berufsgruppen wird an einigen Stellen zusätzlich exemplarisch eine Auswertung für den Bereich/die Berufsgruppe durchgeführt bzw. bei den Originalzitate die jeweilige Abteilung oder Berufsgruppe angeführt. Teilweise haben die Träger, einzelne Krankenhäuser, Führungskräfte, Beschäftigte oder Betriebsräte/-innen eigene Projekte, Konzepte oder Initiativen gestartet, um Verbesserungen im skizzierten Handlungsfeld herbei zu führen. Diese werden im Kapitel „**Ideen aus der Praxis**“ kurz skizziert.

³¹⁹ Die Bezeichnung BL umfasst Leitungen mit höherer Führungsspanne aus allen Bereichen. Die Bezeichnung SL umfasst Leitungen aus allen Bereichen (z.B. Stationsleitungen, Leitungen Ambulanzen). Für eine konkrete Beschreibung der Befragten *➤ siehe Tabelle 9*

Überblick zu den identifizierten Handlungsfeldern (n=39)	
Fokus Patienten/-innen (n=5)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verweildauer ➤ Veränderte Diagnosen ➤ Demenz ➤ Kultureller Hintergrund ➤ veränderte Anspruchshaltung
Fokus Beschäftigte (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Altersstruktur ➤ Rückkehrer/-innen und Wiedereinsteiger/-innen ➤ Schwangere ➤ Praktikanten/-innen ➤ Kultureller Hintergrund ➤ Arbeitsbelastung ➤ Zusammenarbeit
Fokus Organisation (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dienstpostenberechnung ➤ Personaleinsatz ➤ Dienstplan ➤ Fehlzeiten ➤ Einspringen ➤ Wochenende und Feiertage ➤ Nachtdienst ➤ Arbeitszeit ➤ Dokumentation ➤ Struktur des Hauses/Trägers ➤ Ablauf und Strukturen im Haus ➤ Qualifikationsmix ➤ Führung ➤ Arbeitsplatzberechnung ➤ Notwendige Schritte
Fokus Berechnungsmodelle (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Status quo ➤ Pflege-Personal-Regelung (PPR) ➤ Qualitätskriterien ➤ Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)
Fokus Entwicklung (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausbildung der Pflegeberufe ➤ Stärkung von Kompetenzen ➤ Innovation ➤ Qualitätsmanagement
Fokus weitere Handlungsfelder³²⁰ (n=4)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gewalt ➤ Entlohnung ➤ Integrierte Versorgung ➤ Arbeitsbedingungen weiterer Berufsgruppen

Tabelle 47: Katalog Handlungsfelder

³²⁰ Von den befragten Personen wurden im Laufe der Interviews weitere Handlungsfelder identifiziert, die über das Forschungsvorhaben „Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern“ hinausgehen. Die Handlungsfelder werden aufgelistet und kurz beschrieben, jedoch nicht ausführlich weiterbearbeitet. Sie dienen als Anregung für weitere Forschungsvorhaben im Arbeitsfeld Krankenhaus.

5.2 AUSGANGSLAGE

Die Schilderungen der Befragten zeigen, dass sich die Anforderungen an die Arbeit im Krankenhaus seit der Entwicklung der derzeit eingesetzten Berechnungsmodelle, wie z.B. der PPR, stark verändert haben.

„Generell ein hohes Tempo, es ist der Patientenwechsel viel schneller, die Spezialisierung, überall, natürlich auch in der Pflege, aber auch in der Medizin.“ (SL37)

Neben den bereits skizzierten Reformen im Krankenhausbereich und der zugehörigen Finanzierungslogik im LKF-Modell wurden die gestiegenen Aufgaben und die immer aufwändigere Pflege als zentrale Herausforderungen beschrieben.

Gestiegene Aufgaben

„Einfach, dass es ein Wahnsinn ist, weil der Arbeitsaufwand immer mehr wird und das Personal immer weniger wird. Man kann seine Arbeit nicht richtig fertigmachen, weil man dazwischen immer wieder weggeholt wird.“ (BK54)

Alle Befragten stellten eine Veränderung der Aufgaben fest, meist geht diese Veränderung mit einem Anstieg der Aufgaben einher ➤ *siehe auch Kap. 4.4.1.*

„Also die Arbeit ist ja viel mehr geworden. Es ist überall so, gell?“ (BK63)

134-mal brachten die Interviewpartner/-innen ein, dass die Aufgaben im Krankenhaus angestiegen sind. Ein ähnliches Bild zeigt die quantitative Befragung in den Einschätzungsabfragen.

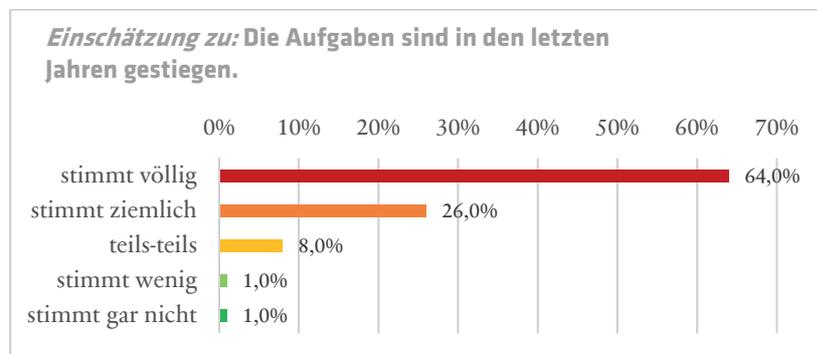


Abbildung 25: gestiegene Aufgaben³²¹

Die Aufgaben sind in vielen Bereichen angestiegen.³²²

„Ja, ich glaub konkret, die Erstkontakte mit den Patienten, die sind, die rennen jetzt ganz anders.“ (BR10)

„Und es wird sicher noch in nächster Zukunft, sicher noch einiges dazukommen von der Ärzteschaft, was wir übernehmen müssen und da ist es schon so... phasenweise, wo halt dann schon relativ viel, viel zum Arbeiten ist.“ (BK15)

„Also die größte Herausforderung, die momentan die Pflege trifft, ist einfach die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten bei nicht angepassten Dienstposten in der Pflege.“ (BL4)

³²¹ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=100 (eigene Darstellung)

³²² Das Pflegekonsilium hat bereits 2013 gefordert, dass die Aufgaben neu bewertet und in den Personalberechnungen abgebildet werden müssen; Gratzner, 2014

Neben den laufenden Aufgaben kommen in allen Bereichen immer wieder unvorhersehbare Aufgaben dazu, die sich auch in Personalmehrbedarf zeigen.

„Und es ist halt jetzt gerade so, dass wir Updates haben, Geräteausfall, lauter ungeplante Sachen, wo ich zusätzlich noch Teams brauche, weil wir es sonst nicht schaffen.“ (SL5;RTA)

Die Fülle an Aufgaben ist teils nur durch Mehr- und Überstunden zu bewältigen.

„Die Menge, wir haben extrem viel Arbeit. Also, ohne Überstunden geht gar nichts. Also, ich will jetzt nicht sagen, dass wir unterbesetzt sind, aber wir sind einfach, die Arbeit, die wir machen müssen, also wir arbeiten jetzt von 7.00 in der Früh bis 21.00 Uhr, aber für die Schicht ist es zu wenig Personal. Also, wir haben dann Zeitausgleich wieder. Aber es ist die Leistung, die gebracht werden muss, sind die 12 Stunden. Und das ist das was momentan am fordernten ist für uns.“ (BK18)

Die Befragten schildern, dass es zwar durch den Anstieg der Aufgaben teils eine Anpassung in den Dienstposten gegeben hat *➤ siehe Kap. 5.5.1*. Kritisch angemerkt wird jedoch, dass diese Anhebung zu gering ausgefallen ist. Viele sehen dies darin begründet, dass die derzeitigen Personalberechnungsmodelle auf die gestiegenen Aufgaben zu wenig eingehen, siehe dazu z.B. *➤ Kap. 5.6.3.5*.

„Und da glaube ich, dass, was Personalausstattung anbelangt, ein wenig ein Aufholbedarf ist.“ (BR10)

„... vom Personal her nicht mehr wird oder nicht so viel aufgestockt wird.“ (BK15)

„Es sind natürlich Aufgaben dazugekommen und das Personal ist nicht im entsprechenden Ausmaß mehr geworden. Weil der Dienstgeber kommt sofort und sagt, nein, nein vor 7 Jahren haben wir gehabt so viele und jetzt haben wir so viele. Nur, um das was die Aufgaben mehr geworden sind, ist das Personal nicht mehr geworden. Das Personal kann numerisch mehr geworden sein, aber nicht im Gleichgang mit den Aufgaben.“ (BR9)

Pflege wird immer aufwändiger

Berichtet wird, dass die Pflege in vielen Bereichen aufwändiger wird.³²³ Die Gründe für die Aufwandssteigerung sind unterschiedlich und reichen von veränderten Diagnosen, höheren Anspruchshaltungen, neuen Dokumentationsanforderungen, Qualitätsmanagement bis hin zu einem neuen Selbstverständnis der Pflege.

„Und die Pflegearbeit ist ja trotzdem viel, auch wenn der Patient munter ist, aber das macht es nicht immer leichter, ja.“ (SL32;Intensiv)

„Weil so wie bei mir oben auf Chirurgie... ist ja eine Montag- bis Freitagstation, aber ich habe sehr viele tageschirurgische Patienten, die ganz anders bewertet werden, und aber ein totaler organisatorischer Aufwand sind. Und das sind nicht wenige Patienten. Die brauchen ja genauso ein Essen, eine Pflege, Betreuung, dann der ganze organisatorische Aufwand, bis hin zum Bett putzen. Den Platz wieder sauber machen.“ (SL36; Kinderchirurgie)

„Eher viele Kinder kommen mit unklaren Bauchschmerzen. Da muss man einfühlsam sein, mit Mama, mit Kind... aber als Pflege ist man halt acht Stunden da drinnen... aber es ist sehr herausfordernd.“ (SL36)

³²³ Für eine konkrete Beschreibung zu „Pflege wird aufwändiger“ siehe die folgenden Handlungsfelder

Die Befragten – und hier vor allem die Führungskräfte und Betriebsräte/-innen - geben an, dass diese Veränderung im Pflegeaufwand viel zu wenig in den derzeitigen Berechnungsmodellen berücksichtigt ist *➤ siehe dazu Kap. 5.6.*

Die veränderten Anforderungen an alle Gesundheitsberufe und weitere Beschäftigtengruppen im Krankenhaus, verbunden mit aus Sicht der Befragten teils nicht mehr zeitgemäßen Berechnungsmethoden und Limitationen in der Dienstpostenberechnung, führen teils zu subjektiv empfundenem Zeitstress *➤ siehe Kap. 5.4.7.*

Der Status quo, notwendige Veränderungsschritte und bereits zur Verbesserung umgesetzte Maßnahmen in öö. Krankenhäusern werden aus fünf unterschiedlichen Perspektiven beschrieben:

- Fokus Patienten/-innen
- Fokus Beschäftigte
- Fokus Organisation
- Fokus Berechnungsmodelle
- Fokus Entwicklung

Der Fokus weitere Handlungsfelder zeigt Veränderungsbedarfe und Lösungswege in weiteren Themenfeldern auf.

5.3 FOKUS PATIENTEN/-INNEN

2.929.990³²⁴ Tage verbrachten die Oberösterreicher/-innen im Jahr 2017 im Krankenhaus³²⁵ *➤ siehe auch Kap. 4.2.* Patienten/-innen haben sich seit der Entwicklung einiger Berechnungsmodelle stark verändert. Sie haben veränderte Diagnosen, sind teils multimorbider, kommen zunehmend mit Demenz in das Krankenhaus, sind mündiger, aus anderen Kulturkreisen und teils auch fordernder. Im folgenden Kapitel werden Handlungsfelder aus der Patientenperspektive und ihre Auswirkungen auf die Personalberechnung beschrieben.

5.3.1 AUSGANGSLAGE

„Was halt auch Frauen, die einfach ein bisschen behäbiger sind oder schwerer sind, bei denen muss man halt ein bisschen mehr Zeit einrechnen, dass alles länger dauert mit dem Aufstehen und so. Ich habe mir selbst vorgenommen, die Frauen weniger aktiv zu bewegen. Weil es tut ihnen gut, das selber zu tun und es dauert vielleicht ein bisschen länger, aber es geht ja.“
(BK94;Hebamme)

Die Patienten/-innen in den öö. Krankenhäusern haben sich stark verändert. Neben Veränderungen auf Systemebene *➤ siehe Kap. 2.1 und Kap. 4.4* sind die demographische Entwicklung³²⁶, eine Veränderung der Diagnosen, neue Anspruchshaltungen von Patienten/-innen und Angehörigen und nicht zuletzt die Zunahme von Demenz wesentliche Einflussgrößen auf die Arbeit aller Berufsgruppen im Krankenhaus. Viele dieser Faktoren sind aus Sicht der Befragten in der derzeitigen Dienstpostenberechnung und Modellen der Personalberechnung noch unzureichend berücksichtigt. Die Beschäftigten stellen den/die Patienten/-innen und deren Wohlergehen tagtäglich in den Mittelpunkt ihrer Arbeit, teils mit hohen Belastungen *➤ siehe Kap. 5.4.7* und gesundheitlichen Folgen.

³²⁴ Belagstage von allen Krankenanstalten in OÖ (LGF: 2.217.354, NLGF: 712.636); siehe: BMASGK, 2018f

³²⁵ BMASGK, 2018f

³²⁶ So geben z.B. 52,6 % der Befragten in einer aktuellen Studie der AK Vorarlberg an, dass die Patienten/-innen immer älter werden; Geissler, 2019.

Unplanbarkeit als große Herausforderung

Fordernd aus Sicht der Befragten, vor allem auch für die Dienstpostenberechnung und Modelle, ist, dass die Verfasstheit der Patienten/-innen und der konkrete Anfall der Leistungen nur schwer vorhersehbar ist. 141-mal wurde dieses Thema in den Interviews thematisiert. Aufgrund dieser Unplanbarkeit ist es laut Ansicht vieler Führungskräfte wichtig, eine Mindestbesetzung vorzuhalten.³²⁷

„Also es kann, wir sind auf einen Tag voll also, dass wir wirklich nichts mehr aufnehmen können und am anderen Tag oder 2 Tage später sind wir fast leer, also fast leer nicht, aber wir haben zehn bis zwölf Leute wieder entlassen, aber es kommt halt auch, wir nehmen auch alle Kategorien auf. Also wir haben jetzt Unfallchirurgische liegen und bekommen gynäkologische Patienten, internistische, weil oft andere Stationen voll sind, wir nehmen dann den Rest auf.“ (BK37)

„Aber gut, ich meine, das kann man natürlich nie so planen, denn manchmal sind wir halt komplett voll und manchmal sind wir halb leer. Es ist auch wirklich schwer so zum Einteilen.“ (BK11;Hebamme)

„Ja es kommt halt manchmal darauf an. Ich glaube so genau koordinieren kann man das oft nicht. Es kommt auch auf das Patientengut darauf an, das man da hat. Manchmal kann man mehr Leute brauchen.“ (SL3)

„Ja, es kommt bei uns auch immer viel darauf an, welches Patienten Klientel, dass wir dahaben. Es gibt sicher Tage, da wo wir gut auskommen mit dem, was wir zur Verfügung haben vom Personal, aber es gibt halt dann auch wieder Tage, wo man sich wünschen würde, dass vielleicht ein paar mehr da wären auf der Station.“ (BK4)

„Und da kann man das oft nicht an der Anzahl der Patienten festmachen mit dem Arbeitsaufwand. Es können 20 Patienten weit mehr Arbeit sein als 35. Es kommt immer auf den Gesundheitszustand oder den Pflegeaufwand an.“ (BR31)

Durch die Unplanbarkeit der anfallenden Anzahl und des Pflegebedarfes der Patienten/-innen sind Modellen wie der PPR in vielen Bereichen derzeit Grenzen gesetzt.

„Ich kann die PPR in einem Bereich machen, wo ich die Betten immer befüllt habe, so in der Art, da kann ich planen. Aber ich kann auf der Akutabteilung nicht planen, was ich am 4. März, also, wie viele Leute ich dahabe. Wie viel Personal soll ich am 4. März einsetzen. Also, ich muss mich immer bewegen, dass ich, Untergrenzen für Personal so einsetze, dass ich für mich weiß, ok, dann kann ich die Leute schultern, auch wenn sie einmal wahnsinnig überbelegt ist, es wird nicht gefährlich. Also meine Patienten sind trotzdem sicher auf der Abteilung. Ich brauche das gewisse diplomierte Personal.“ (SL35)

„Nur, das ist bei uns ja wirklich jetzt, man rechnet das ja übers Jahr. Und dann kommt aber geballt eine Zeit, so drei, vier Monate im Winter, wo man mehr Personal brauchat, gefühlsmäßig. Und das ist halt dann schwierig. Weil man macht ja einen Durchschnitt, man kann ja nicht...“ (BK13;Kinder)

³²⁷ Siehe dazu auch die Überlegungen zu „Nurse-to-Patient-Ratios“ und weitere internationale Konzepte im [Kap. 3.6.](#)

5.3.2 VERWEILDAUER

5.3.2.1 SINKENDE VERWEILDAUER

69,5 % der Befragten stimmen der Einschätzung „völlig/ziemlich“ zu, dass die Verweildauer sinkt.³²⁸

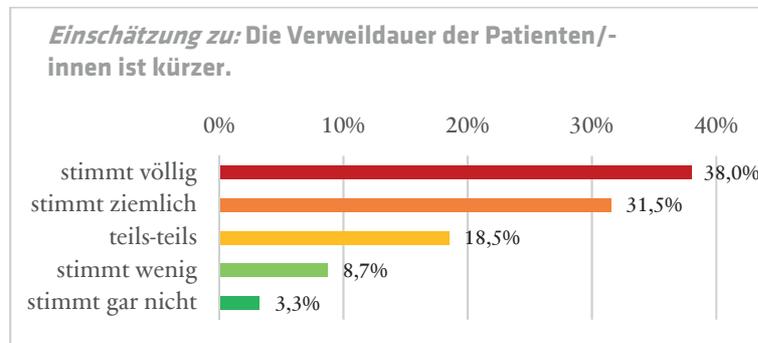


Abbildung 26: kürzere Verweildauer der Patienten/-innen³²⁹

Die Zielsetzungen des ÖSG und der beiden Spitalsreformen zeigen Wirkung in den ö. Krankenhäusern > siehe auch Kap. 2.1 und Kap. 4.4.4.

„Die Liegedauer hat sich auch verändert, durch die Spitalsreform haben wir weniger Akutbetten, wodurch die Patienten schneller wieder entlassen werden in die häusliche Pflege.“ (SL33)

„Es geht nach Belegsdauer, es geht nach den LKF-Punkten, aber es ist nicht mehr so, lass ich mal 14 Tage da, das geht nicht mehr. Wenn es geht, werden die schon heimgeschickt.“ (BR15)

„Die LKF triggert natürlich in der Verweildauer. Dass ich nicht ober der Belegsdauer bin. Dass ich die Punkte optimal lukrier.“ (BR3)

„Also ich bin seit nahezu 10 Jahren im Spitalsbereich. Was sich abzeichnet, das ist eh evident, die Anzahl an Patienten, die durchgeschleust werden, wird immer höher, das zeigt sich auch an einer niedrigeren Verweildauer.“ (BR1)

„Die Fluktuation ist viel mehr, die bleiben drei, vier Tage, früher waren es fünf, sechs, sieben Tage.“ (BK11;Hebamme)

„Also ich arbeite jetzt vierundzwanzig Jahre als Physiotherapeutin, wenn ich das jetzt vergleiche mit früher, was wir total spüren, das sind die kürzeren Aufenthaltsdauern von den Patienten, die schnellere Entlassung.“ (BK48;Physio)

Die Verweildauer der Patienten/-innen sinkt. Auffällig ist, dass sich die Beschäftigten schon an die immer kürzer werdenden Verweildauern gewohnt haben.³³⁰

„Das ist ganz normal und ist einfach so.“ (BR3)

Der kürzere Aufenthalt hat Auswirkungen auf die Arbeit im Krankenhaus.

³²⁸ Bei der Auswertung waren auch Abteilungen mit höheren Verweildauern inkludiert, wie z.B. AG/R, RNS, Psychiatrie, die anführen, dass die Kürzung in ihrem persönlichen Arbeitsumfeld nicht so stark spürbar ist. Auf Nachfrage gaben sie an, dass für andere Bereiche diese Einschätzung gilt. Korrigiert um diesen Faktor ist die Einschätzung dazu m.E. noch höher.

³²⁹ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=92 (eigene Darstellung)

³³⁰ Lag die Einschätzung z.B. in den Vorarlberger Kliniken 2014 noch bei 47,4 %, so sind es 2018 39,3 %; Geissler, 2019

„Ich glaube, dass sich die Krankenhäuser noch gut auf das einstellen müssen, dass durch die Spitalsreformen einfach, aufgrund der kurzen Verweildauer, Patienten viel intensiver zu versorgen sind, in der kurzen Zeit, wo sie da sind.“ (PM2)

96-mal wurde in den Interviews geschildert, dass die sinkende Verweildauer eine Herausforderung im Arbeitstag ist. Die Kürzung der Verweildauer ist mit einer Verdichtung der Arbeit verbunden. Zwar ist die Zahl der Gesamtbelagstage gesunken, da aber insbesondere die Tage mit geringem pflegerischen und therapeutischen Betreuungsaufwand eingespart werden und die Beschäftigten mit einer zunehmenden Alterung und Multimorbidität der Patienten/-innen *➤ siehe dazu Kap. 5.3.3* konfrontiert sind, ist insgesamt von einer Zunahme der Arbeitsintensität auszugehen.³³¹ Es deutet also vieles darauf hin, dass die Effizienzsteigerungen durch die Einführung der LKF *➤ siehe Kap. 2.3* und der zahlreichen Reformen *➤ siehe Kap. 4.4.4* im Spitalsbereich zu höherer Arbeitsbelastung der Beschäftigten geführt hat. Gerade auf die konkrete Pflege und Therapie hat die Verweildauer eine enorme Auswirkung, da Leistungen in kürzer Zeit erbracht werden müssen.

„Der Patient ist immer kürzer im Krankenhaus und man braucht immer schneller einen Befund. Es war auch das mit dem Nachtdienst anders, jetzt geht der ja durch.“ (BL18; BMA)

„Ja, eine Herausforderung ist die kürzere Aufenthaltsdauer bei den Patienten, sodass man immer besser organisieren muss. Untersuchungen sind möglichst schnell, früher machte man eine Röntgenuntersuchung am nächsten Tag und heute wird alles gleich am ersten Tag gemacht, damit möglichst schnell eine Therapie eingeleitet und man wieder entlassen werden kann... und das ist es natürlich auch, was Personal fordert, weil man das natürlich oft nicht planen kann und alles schnell laufen muss.“ (BR5)

„... dass die Operationen mehr werden, die Belagsdauer kürzer und die Folge daraus ist natürlich auch, dass das organisatorische immer mehr wird. Weil, wenn ich jetzt mehr Patienten operieren will, muss ich mehr Patienten aufnehmen. Die OP-Zeit oder die Liegezeit ist zwar kürzer, aber die Zeit vorher und nachher, die wird dann praktisch mehr, weil das mit den Patienten mehr wird.“ (SL34;OP)

„Und, dass sich die Anforderungen an das Pflegepersonal dadurch wirklich massiv erhöhen. Es müssen gleich viele Tätigkeiten, die sie vorher in 4 Wochen planen konnten, jetzt in 14 Tagen erledigt werden. In der Psychiatrie, Neurologie und Neurochirurgie in drei bis fünf Tagen oder auch weniger und dann soll aber die Qualität in der Betreuung der Patienten auch noch spürbar sein.“ (PM22)

„Bei uns im Haus ist es so der Usus, dass man sagt, die Patienten kommen herein, bekommen ihre Untersuchungen, gehen spätestens am nächsten Tag wieder heim und haben dann alles durchgecheckt. Aber, dass die Stationen, die sie dafür brauchen, dass das funktioniert, oft nicht miteinbeziehen, sondern einfach verlangen, dass das so ist, das macht es oft so schwierig.“ (BK33;MTF)

„Jetzt haben wir den Patienten wirklich... in der Früh kommt er rein, wird operiert, und sobald er alleine aufs Klo gehen kann, wird er heimgeschickt. Also die Leute sind nur mehr zur pflegeintensiven Zeit da. Das ist auch etwas, das sehr, sehr belastend ist.“ (BR30)

„Ja, freilich. Die Belegstage sinken und sinken und sinken, eh. Wenn du dir die Leistungsberichte ansiehst... die sinken von Jahr zu Jahr die Belegstage.“ (BR15)

„Weil, wie ich eine Schülerin war im ersten Jahr, da waren Hüftprothesen, Knieprothesen waren immer zwischen sieben und acht Tagen da und jetzt bin ich das dritte Jahr auf der Ortho und jetzt sind Hüftprothesen vier Tage netta noch da.“ (BK4)

³³¹ Thomas et al, 2014

Die kurze Verweildauer zeigt auch Auswirkungen auf weitere Berufsgruppen.

„Durch diese schnelle Entlassung und Wiederaufnahme der Patienten, diese SHDs [Anm.: Abteilungshilfen] kommen nicht mehr nach damit. Am Freitag zu Mittag geht die heim und kommt am Montag in der Früh. So, am Samstag auch, es wird ja täglich entlassen. Die Betten stehen da und ich weiß am Montag in der Früh stehen die Leute da.“ (BR30)

Laut Ansicht – vor allem vieler Führungskräfte – ist dieser Aspekt in den Personalberechnungsmodellen, wie z.B. der PPR, aber auch in den Berechnungen für Physiotherapeuten/-innen, Ergotherapeuten/-innen, zu wenig abgebildet.

„Wenn sie kommen, operiert werden, am nächsten Tag wieder heimgehen, dann kriege ich effektiv nur den Grundwert und die Pflegeplanung, die man macht, ist eigentlich nur eine Dokumentation.“ (SL10)

„Und das ist ja auch in der PPR, ich meine, wir haben dieselbe Arbeit in einem kürzeren Zeitraum. Was ich vorher über 14 Tage gehabt habe, habe ich jetzt über 4 Tage oder tagesklinisch. Kommt im Endeffekt nicht recht eine andere Zahl heraus als damals vom Personal, nur ich habe weit mehr Aufwand mit dem Ganzen, und weit mehr Tätigkeiten auch, die gar nicht berechnet sind in der PPR.“ (PM12)

Neben der Steigerung der Arbeitsbelastung durch kurze Verweildauern sehen Befragte auch Auswirkungen für die Patienten/-innen.³³²

„Die fahren 2 Stunden her teilweise, oder müssen im Winter... kommen die am Freitag in der Früh und müssen am Freitag dann wieder heimgehen und am Samstag zur Kontrolle wieder rein, weil sie dürfen nicht mehr stationär bleiben, weil die Belagsdauer einfach runtergekürzt wird dadurch, was ein Wahnsinn ist. Wo ich mir denke, ist das für alte Leute, ist das generell zumutbar? (BK82)

„Weil wir immer die Betten gleich brauchen, weil wir zu wenig Betten haben. Sie müssen schon öfter früher heimgehen, obwohl sie sagen, ich bin noch gar nicht so fit, aber wir brauchen die Betten.“ (BK89)

„Und was trotzdem einfach schade ist, beim Patienten selber, dass der oft, gerade was Entlassungen betrifft, da geht es nicht um eine subjektive Beurteilung, sondern nach dem Krankheitsbild, ja, eine Orthoskopie, der geht halt nächsten Tag heim, und fertig. Da gibt es relativ wenige Ausnahmen... oder auch ältere Leute, Schenkelhalsbrüche, nach drei, vier Tagen, Ah, der ist eh im Heim, weg... Und, genau, ich stelle mir das dann im Heim schon schwierig vor... gerade, was Mobilisation betrifft, das ist auch eine Herausforderung... Ja, die kurzen Aufenthaltsdauern, wo man sich oft denkt, wäre schon gut, wenn der noch ein wenig mobiler wäre...“ (BK48)³³³

Viele Befragte schildern, dass einige Behandlungen mittlerweile teilweise tagesklinisch³³⁴ durchgeführt werden. Die Beschäftigten sehen Grenzen in der tagesklinischen Versorgung in Bezug auf die Gesamtversorgung. Zusätzlich berichten sie, dass die Übertragung von Leistungen in tagesklinische Bereiche die Arbeit noch weiter verdichtet, da der Bereich „Tagesklinik“ zu wenig in den Personalberechnungen *➤ siehe Kap. 5.6.3.5* abgebildet ist.

³³² In der Studie wurde deutlich, dass vor allem eine teils fehlende Versorgung im niedergelassenen Bereich und generell der Komplex der integrierten Versorgung noch einen starken Handlungsbedarf zeigt *➤ siehe dazu auch Kap. 5.8.3.*

³³³ Diese Praxis stellt unter anderem die Langzeitpflege, mit ebenfalls nicht mehr zeitgemäßen Personalberechnungsvorgaben, vor große Herausforderungen, siehe dazu auch Staflinger, 2016.

³³⁴ Die Herausforderungen einer tagesklinischen Behandlung werden in der vorliegenden Studie – mit Fokus Einfluss Personalberechnung – nur kurz skizziert. Für eine konkrete Darstellung der Versorgungssituation durch vermehrte tagesklinische Behandlungen, einer ev. anschließenden Versorgungslücke im extramuralen Bereich und konkrete Anforderungen zur Personalberechnung; siehe dazu auch die Forderungen des Pflegekonsiliums, Gratzner, 2014; im tagesklinischen Bereich bedarf es weiterer Forschungsvorhaben.

„Und dann ist es natürlich so, dass am Abend... wenn dann tagesklinische Patienten entlassen werden... habe ich zum Beispiel dann am Abend sogar Ressourcen frei. Und wenn man jetzt denkt, dass die Bettenbelegung dann die Mitternachtsstände gerechnet werden, habe ich quasi eine Belegung von 70, 80 Prozent, die aber den Tagesablauf in keinster Weise abbildet. Und das ist schon etwas, wo die Arbeitsmenge, die anfällt nicht so, glaube ich, erfasst wird, wie sie wirklich in der Realität ist.“ (SL13)

„Weil so wie bei mir oben auf Chirurgie 2 ist ja eine Montag bis Freitagstation, aber ich habe sehr viele tageschirurgische Patienten die ganz anders bewertet werden, und aber ein totaler organisatorischer Aufwand sind. Und das sind nicht wenige Patienten. Die brauchen ja genauso ein Essen, eine Pflege, Betreuung, dann der ganze organisatorische Aufwand, bis hin zum Bett putzen. Den Platz wieder sauber machen.“ (SL36)

„Es ist weit mehr geändert worden, und es sind damals auch Pauschalzahlen gewesen und wenn ich sage, für einen Tagesklinikpatient ist es halt ausgerechnet worden, bekomme ich halt jetzt nur die Hälfte Minutenwerte und das ist unser Hauptbestandteil, dass ich nur die Hälfte Minutenwerte bekomme, das passt halt nicht mehr zusammen.“ (PM12)

„Dass Patienten halt oft schnell nach Hause geschickt werden... und dann schnell wieder herinnen sind. Dann werden sie eh wieder uns zugewiesen... wir haben viele Patienten, die einfach immer wieder kommen.“

(BK90)

„... bekomme ich gerade einmal die Hälfte davon, also 26 Minuten, für das, was ich für einen Aufwand habe, mit dem Patienten, heißt die ganze präoperative Vorbereitung, Nachbereitung, Aufnahmeentlassung, also das kann sich auf jeden Fall nicht ausgeben. Ist auch verständlich, zu der Zeit, wie die PPR gestaltet ist, haben wir so gut wie keine tageschirurgischen Tageseingriffe gehabt. Heute ist es aber umgekehrt, heute wird sehr viel tageschirurgisch operiert, was eben vor 20, 30 Jahren nicht denkbar war.“ (PM2)

Die Befragten glauben, dass irgendwann die Grenze bei der Kürze der Verweildauer erreicht ist.

„Wenn die Entwicklungen so laufen wie es sich bisher abzeichnet, dann glaube ich, dass wir zwar mal irgendwann die Grenze erreicht haben mit der Kürze der Verweildauer.“ (BR1)

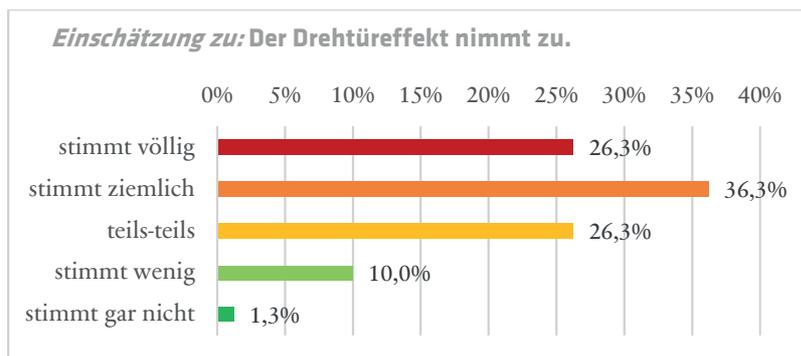
5.3.2.2 ZUNEHMENDER DREHTÜREFFEKT

Befragte sehen Grenzen in der immer kürzer werdenden Verweildauer. So berichten sie, dass verkürzte Aufenthalte immer häufiger zur schnellen Rückkehr in das Krankenhaus führen – dem Drehtüreffekt.

„Also so dieser Drehtüreffekt, der ist, aus meiner Sicht, schon in den letzten Jahren stärker geworden, was sicher da auch mit eine Rolle spielt, weil sich da einfach von der Verweildauer sehr viel verkürzt hat.“ (PM2)

„Der Drehtüreffekt nimmt zu, das kann ich bestätigen, weil durch die kürzere Liegedauer geht der Patient früher heim, ist ein Versorgungsproblem und kommt aber nach zwei, drei Tagen vielleicht wieder zurück.“ (SL33)

62,6 % der Befragten stimmen der Einschätzung „Der Drehtüreffekt nimmt zu“ *völlig/ziemlich* zu.

Abbildung 27: zunehmender Drehtüreffekt³³⁵

Die Befragten fordern Rahmenbedingungen, die den Drehtüreffekt minimieren.

„Personal, das wirklich auch dafür sorgen kann, dass nicht die Leute bei der vorderen Tür hinausgehen und bei der hinteren Tür wieder herein kommen, so wie wir es jetzt bei den Geburten haben, weil die eben schon am zweiten Tag entlassen werden anstatt am dritten Tag und dann kommen sie mit den Brustentzündungen, weil keiner Zeit hatte, ihnen zu erklären, okay stillen hin und her was muss ich beachten. Dann kommen sie wieder, und ich muss sie wieder aufnehmen und dann haben sie halt eine andere Diagnose und das ist ja viel kostenaufwändiger.“ (G3)

Die Befragten sehen aus unterschiedlichen Perspektiven Auswirkungen durch die verkürzte Verweildauer. Eine intensive Betrachtung der Thematik bei diversen Zielvorgaben auf Bundes- und Landesebene erscheint sinnvoll, vor allem auch im Zusammenhang mit dem Ausbau der extramuralen Versorgung. Weiters geben Experten/-innen mit auf den Weg, dass internationale Vergleichszahlen kritisch zu reflektieren sind.

„Ja, weil wenn ich diskutiere über das, dass wir in Österreich eine so hohe Verweildauer haben und Belagstage, und dann ist jetzt der nächste Trick, den anscheinend die anderen europäischen Länder auch alle machen, dass der Tagesklinikpatient als ambulanter Patient geführt wird, und der 2-Tagespatient auch... das verstehe ich dann nicht ganz, weil ich müsste ja das System irgendwie ändern und nicht nur die Abrechnung, nur, dass ich irgendwo schöne Zahlen herausbekomme.“ (PM12)

5.3.2.3 IDEEN AUS DER PRAXIS

Die Befragten haben auf eine zu geringe Berücksichtigung der kurzen Verweildauer in diversen Personalberechnungsmodellen wie z.B. der PPR hingewiesen. In der Praxis wird teils versucht, mit Zusatzberechnungen die tatsächliche Arbeit abzubilden.

„Wir versuchen damit Arbeitsplatzberechnungen zu hinterlegen, sofern es geht. Das ist auch mittlerweile gut akzeptiert von den Budgetthemen her. Weil es einfach keinen Sinn macht. Zum Beispiel bei uns auf der Augenabteilung haben wir 0,65 Durchschnitts-Liegetage. Und da geht das einfach nicht mehr.“ (PM9)

³³⁵ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=80 (eigene Darstellung)

5.3.3 VERÄNDERTE DIAGNOSEN

Die Befragten berichten, dass sich die Diagnosen verändert haben, mit denen Patienten/-innen in das Krankenhaus kommen.³³⁶

Schwerere Erkrankungen

41,5 % der Befragten stimmen der Einschätzung *völlig* zu, dass Patienten/-innen mit schweren Erkrankungen in das öö. Krankenhaus kommen³³⁷. Diese Entwicklung bestätigt auch eine aktuelle Befragung der AK Vorarlberg mit 32,2 %.³³⁸

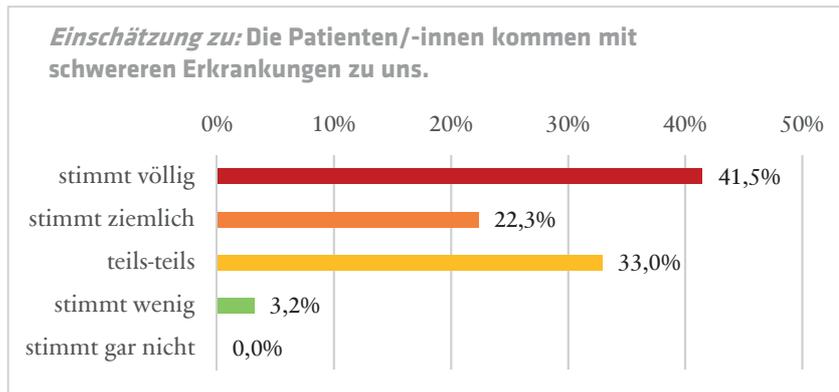


Abbildung 28: Patienten/-innen mit schwereren Erkrankungen³³⁹

In der Medizin wird derzeit Vieles ermöglicht. Immer mehr Menschen, vor allem auch Kinder in frühen Schwangerschaftswochen überleben. Die Folgeerkrankungen stellen eine Herausforderung für die Personalberechnung in den Krankenhäusern dar. Diese sind in den Modellen noch zu wenig berücksichtigt.

„Und wir haben oft Patienten mit einem sehr hohen Aufwand, die Medizin entwickelt sich auch so sehr weiter, dass Patienten dann mit einem sehr hohen Aufwand überleben, wo wir dann die Mamas einplanen müssen, oder die Eltern, das braucht alles seine Zeit, damit die daheim dann das Kind gut versorgen. Und das ist ja nirgendst einberechnet, zumindest so minimal eingerechnet. Und diese Patienten werden immer mehr.“ (SL36;Kinderchirurgie)

„Diese Multimorbidität der Patientinnen und Patienten braucht eine völlig andere Sichtweise. Und so wie sich die Medizin weiterentwickelt und die Medizintechnik, so entwickelt sich auch die Pflege weiter, klar.“ (PM8)

Häufige Multimorbidität

Multimorbidität von Patienten/-innen ist mittlerweile nicht mehr nur ein Thema für spezielle Abteilungen wie die Akutgeriatrie. Gerade multimorbide Patienten/-innen werden als Herausforderung erlebt, da sie teils auch starke körperliche oder auch psychische Einschränkungen mitbringen, die eine ressourcenstärkende Pflege erschweren.

³³⁶ Für eine konkrete Veränderung der Diagnosen siehe die Unterteilung der Hauptdiagnosen in BMASGK, 2018d

³³⁷ Einige Befragte schildern, dass diese Einschätzung für sie nicht stimmt, es handelt sich dabei vor allem um Hebammen bzw. um Abteilungen, die bereits bisher mit schweren Diagnosen arbeiten, wie z.B. onkologische Abteilungen, Palliativstationen, etc. Für alle anderen Bereiche wurde großteils zugestimmt.

³³⁸ Geissler, 2019

³³⁹ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=94 (eigene Darstellung)

„Ja Patienten werden immer schwieriger, immer schwerer vom Handling her, und jetzt nicht nur vom Gewicht her, das sie haben, sondern auch aufgrund der Multimorbidität, aufgrund der Betroffenheit. Vielleicht auch deshalb, weil ich immer sage, alles muss aus dem Bett heraus, auf irgendeine Weise, wenn es irgendwie geht.“ (BL3)

„Und durch das, dass wir Unfallbetten dabei haben, kann es jederzeit sein, dass wir eben nicht so einen guten Patienten reinbekommen, der was vielleicht einen Schenkelhals hat und dement ist und dann ist einer schon direkt nur bei dem einen Patienten eigentlich abgestellt und muss mit dem...“ (BK4)

Eine Kollegin aus der Akutgeriatrie schildert den notwendigen angepassten Zugang zur Pflege, der auch für andere Abteilungen mit älteren und multimorbiden Patienten/-innen gilt.

„Das ist vor allem, wenn man frisch auf die Station kommt, das ist mir nicht anders gegangen. Da ist man das gewohnt, so Waschlappen und owigewaschen und tschack, tschack, tschak und dann kommt halt dann der nächste dran. Und wir müssen einfach schauen, dass die Ressourcen, die er hat, dass wir die fördern und beibehalten und dass wir sie vielleicht wieder erlernen. Dass er einfach seine Selbständigkeit wieder zurückgewinnt oder ein Stück weit davon. Und dass man dann schaut, wie es daheim geht.“ (BK90)

Teils braucht es aufgrund der Multimorbidität in der Pflege und Therapie die Unterstützung von Kollegen/-innen.

„Manchmal brauche ich immer einen zweiten dazu, das wird immer häufiger, bei einem Patienten. Weil es immer schwieriger wird.“ (BL3;Physio)

Gerade für multimorbide Patienten/-innen wünschen sich Pflegekräfte häufig mehr Personalressourcen.

„Wir haben ab und zu besseres Patientengut und manchmal ist es ein schlechteres... Und wenn wirklich ein schlechteres ist, dann wünschte man sich halt dann einen Kollegen mehr. Wenn man sagt, 2 Hände mehr wären gut.“ (BK90)

Patienten/-innen ohne Akutbedarf

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass immer öfter Menschen ohne Akutbedarf das Krankenhaus für eine Behandlung aufsuchen. Diese Schilderungen stammen vor allem aus den Ambulanzen, die häufig stark überfüllt sind aufgrund mangelnder Alternativen ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.8.3*, aber auch aus einer fordernden Haltung an das Gesundheitssystem insgesamt.

Multimorbide Patienten/-innen, wie auch die starken Zunahmen im Ambulanzbereich sind aus Sicht der Befragten derzeit zu wenig in den Personalberechnungsmodellen abgebildet ➤ *siehe auch Kap. 5.6*.

Für spontan auftretende Akutfälle in Bettenstationen sind die Personalausstattungen kaum geeignet.

„Aber unser Personal ist eben nicht nach dem Patientengut berechnet, weil unser Patientengut einfach ein anderes geworden ist. Die ambulanten Patienten, die stetig mehr werden sind auch nicht berechnet worden.“ (BR23)

„Naja, die Planung ist einfach so am oberen Limit und wenn es darum geht, man sich keine Ressourcen lassen kann für mögliche Akutfälle.“ (SL13)

„Das Tempo, das ist zum Umlernen. Das ist zum Umlernen.“
(BK90)

Die Anforderungen durch Patienten/-innen mit veränderten Diagnosen sind gestiegen. Aus Sicht der Befragten sind diese Veränderungen noch zu wenig in den Berechnungsmodellen und

Dienstpostenplänen berücksichtigt, siehe dazu z.B. auch die nicht ausreichende Kategorisierungsmöglichkeit in der PPR-Systematik ➤ siehe dazu Kap. 5.6.3.2.

5.3.4 DEMENZ

Die Befragten berichten über die Zunahme von dementen Patienten/-innen³⁴⁰ und die dadurch entstehenden Herausforderungen im Arbeitsalltag.

„Wir wissen, dass sich die Anzahl der dementen Personen alle fünf Jahre verdoppelt mit der Altersgruppe. Und ich habe bis jetzt nicht wirklich eine Antwort von der Politik gesehn auf diese Entwicklung und das ist nichts Neues, das wissen wir seit Anfang der 90er Jahre. Und in zehn, fünfzehn Jahren vielleicht sogar früher, wird das böse Erwachen kommen.“ (PM23)

58 % der Befragten stimmen der Einschätzung *völlig* zu, dass die Anzahl der Patienten/-innen mit Demenz weiter zunimmt, 27,2 % stimmen der Aussage ziemlich zu.³⁴¹

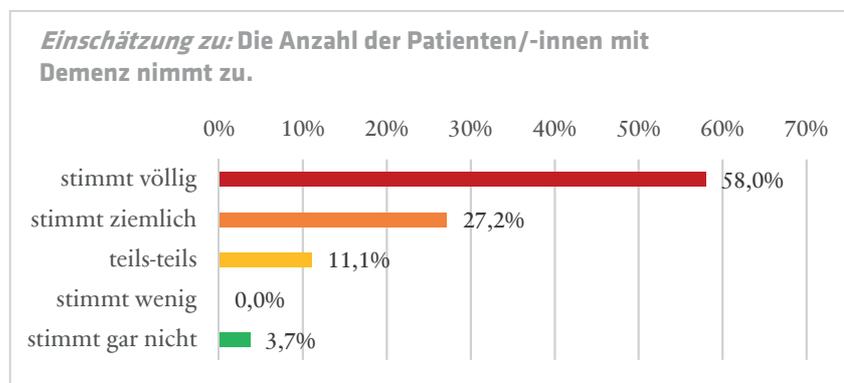


Abbildung 29: mehr Patienten/-innen mit Demenz³⁴²

Oö. Befragte schildern, dass die Zahl der Dementen derzeit im Steigen ist. Ihre Schätzungen für eine „Normalstation“ sind derzeit bei einem Demenzanteil von 30 %.

„Kann man schon einschätzen. Ein Drittel sage ich jetzt mal.“ (BK87;interdisziplin.chirurg.Betten)

„Jeder Dritte ist demenzkrank, das traue ich mir sicher sagen. Jeder dritte hat eine Demenz im Hintergrund, manche mehr, manche weniger ausgeprägt.“ (SL21)

Zahlen zur Demenz in „Normalstationen“ in einem großen Wiener Krankenhaus bestätigen die öö. Schätzungen.³⁴³

„Sie haben eine sehr gute Einstellung und Wahrnehmung, es sind zwischen 48% und 52%.“ (E1)

Die aktuellen Herausforderungen von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wurden auch in der österreichischen Demenzstrategie thematisiert und mit einem Wirkungsziel verdeutlicht.

„Denen kannst du nicht sagen, Warten Sie da. Das ist nicht verhandelbar mit denen. Und es macht Selbststress für die Pflegeperson.“ (PM8)

„Und die ganz große Herausforderung in den letzten Jahren ist als die Begleiterkrankung die ganz schwere Demenz, das sind die Herausforderungen auch fürs Pflegepersonal.“ (BL1)

³⁴⁰ Siehe dazu auch eine aktuelle Studie im Auftrag der AK Vorarlberg, in der 46,6 % angeben, dass die Demenz im Krankenhaus steigend ist, Geissler, 2019

³⁴¹ Die Einschätzung zu „stimmt gar nicht“ wurde ausschließlich von Befragten getroffen, die in ihrem Berufsalltag in Bereichen arbeiten, die kaum von Demenz betroffen sind, wie z.B. Kinder, Geburtshilfe, etc.

³⁴² Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=81 (eigene Darstellung)

³⁴³ Siehe z.B. Wallner/Paul, 2014

Wirkungsziel 5: Demenzgerechte Versorgungsangebote sicherstellen und gestalten.

Die Angebote der Versorgungskette von Gesundheitsförderung bis Palliativ Care sind niederschwellig, leistbar, bei Bedarf aufsuchend, multiprofessionell, aufeinander abgestimmt, kontinuierlich und individualisiert.

Abbildung 30: Wirkungsziel 5 – Demenzgerechte Versorgung³⁴⁴

In der österreichischen Demenzstrategie „*Gut leben mit Demenz*“ wird empfohlen, die Strukturen, Prozesse, Abläufe und Umgebungsfaktoren in Krankenanstalten den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz anzupassen (Handlungsempfehlung im Rahmen des Wirkungsziels 5 der Demenzstrategie).³⁴⁵

5.3.4.1 HERAUSFORDERUNGEN FÜR PFLEGE UND THERAPIE

Viele Krankenhäuser sind derzeit, mit Ausnahme spezieller Bereiche, wie eigene Demenzabteilungen, wenig dafür geeignet, dementen Menschen Orientierung und eine ideale Betreuung zu geben.³⁴⁶ Die Anpassungsfähigkeit der Patientin/des Patienten voraussetzt. Die Abläufe im Krankenhaus bauen darauf, dass Patientinnen und Patienten ihre Bedürfnisse zum Ausdruck bringen können und sie schnell durch das System geschleust und entlassen werden, sobald das akute Problem behoben ist.³⁴⁷ Demente Patienten/-innen sind in fast allen Bereichen im Krankenhaus anzutreffen.

„Mich betrifft das eher, wenn sie von den Stationen kommen und Untersuchungen haben, da muss man sie dann auch bewachen, oder sie schreien, oder laufen davon, stellen immer dieselben Fragen. Das ist einfach zusätzlicher Stress.“ (BK42)

„Naja, die Demenzgeschichten sind sicherlich ein großes Thema. Das ist auch immer das, was sehr zeitaufwendig ist auch im Akutbereich und die hat man überall. Also das ist auch nicht nur auf der Neuro, oder der Internen, sondern außer auf der Geburtshilfe eigentlich überall.“ (BK3)

„Vor allem bei einem Ortswechsel tun sie sich schwer und reagieren viel stärker, das ist dann schon wirklich eine Herausforderung für das Pflegepersonal.“ (SL15)

„Die klassische Therapie ist oft einfach dann nicht möglich und da muss man eben anders arbeiten dann mit den Leuten. Genau und auch halt eben von den Zielen, die ich mir stecke, die muss ich einfach runter-, runter-, runter-, runterschrauben, damit ich nicht verzage und der Patient auch nicht verzagt.“ (BK108)

Vor allem unruhige Patienten/-innen, teils mit starkem Bewegungsdrang fordern im Alltag sehr.

„Bei anderen, bei denen wir wissen, dass es Wanderer sind, muss man dann mehr schauen. Obwohl sie bei der Dialyse oft liegen bleiben, aber danach oft gleich weglaufen und nicht mehr zu finden sind.“ (BK29)

„Da ist eben das Problem. Man kann demente Menschen... darf man nicht mit Hektik kommen und so. Das ist halt schon ein bisschen schwierig, so viel in einem Raum, und ja. So viele Geräusche, die die dann haben und wie gesagt, ja. Beschäftigen sollte man sie, tun wir dann eh, wir geben ihnen dann Bandagen zum aufwickeln... wir bemühen uns eh, weil man einfach sieht, je

³⁴⁴ Gesundheit Österreich GmbH, 2015: 28 (eigene Darstellung)

³⁴⁵ Ebd.

³⁴⁶ Siehe dazu auch Prohaska/Staflinger, 2019

³⁴⁷ Betz et al., 2009

mehr man dagegen arbeitet oder je mehr man sie stresst, desto blöder wird es. Für uns auch. Darum schauen wir da immer, dass wir sie trotzdem ein wenig beschäftigen.“ (BK87)

„Und was ein bisschen frustran ist natürlich, weil die oft in dem Bereich, wenn sie Demenz haben und dann die Übungen, die man ihnen sagt, dann eigentlich gar nicht imstande sind, aktiv durchzuführen.“ (BK1;Physio)

„Definitiv, weil sie sind ja schon beeinträchtigt und wenn dann auch noch Sturzgefahr dazu kommt mit der Demenz, das ist halt dann schon ein Gesamtpaket.“ (SL3)

Die Befragten schildern, dass sie vor allem bei Menschen mit Demenz eher von Gewalt betroffen sind ➤ *siehe auch Kap. 5.8.1. Aggression entsteht dabei auch häufig durch Unsicherheit der Patienten/-innen.*

„Ja, das ist oft vielleicht bei älteren Patienten, wenn sie dement sind oder so...“ (BK87)

„Andererseits möchte ich mich jetzt, wenn man sich in den Patienten hineinversetzt und du bist dement, und da kommt einer rein, maskiert, mit gelbem Kittel, na, was wird sich der denken? Das ist ja auch eine komplette Stresssituation für den Patienten.“ (SL34)

5.3.4.2 AUSWIRKUNG AUF DIE PERSONALPLANUNG

Gesundheitsberufe möchten auf die Bedürfnisse von dementen Patienten/-innen eingehen, häufig fehlt jedoch die Zeit³⁴⁸. Meist kommen die Patienten/-innen mit anderen Diagnosen in das Krankenhaus und eine vorliegende Demenz ist entweder überhaupt nicht bekannt oder wird auch nicht diagnostiziert. Der Zeitaufwand für Menschen mit Demenz in der Pflege und Therapie ist allerdings für alle Gesundheitsberufe höher.

„Wir kriegen viele Patienten, die eine sogenannte Salondemenz haben, die kommen rein und da wird es eigentlich erstmals sichtbar, dass der Mensch an einer Demenz erkrankt ist. Weil im gewohnten Umfeld war das noch nicht so. Die kommen wegen einem Schenkelhals herein, wir haben keine Psychiatrie da. Wer diagnostiziert denn das? Das ist ja eigentlich eine Nebendiagnose und die auch nicht einmal diagnostiziert.“ (PM14)

„Den Demenzaufwand haben wir in der klassischen Kernaufgabe und ist in der PPR nicht abgebildet, das ist zum Beispiel ein Thema und das wird Ihnen auch jeder gesagt haben, dass man da im Grunde genommen Berechnungsmodelle braucht, die dem auch Rechnung tragen.“ (PM13)

„Also das muss man schon sagen, der Aufwand für die Betreuung von demenzkranken Patienten ist einfach gestiegen. Und wir wissen, da gibt es Hochrechnungen, wie stark das noch steigen wird. Da braucht es Konzepte dafür.“ (PM13)

Besonders bei knappen Nachtdienstbesetzungen stellen demente Patienten/-innen eine große Herausforderung dar ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.5.7.*

„Wir kennen demente Leute, die mobil sind. Der wacht halt um vier in der Früh auf, war davor ein Bauer und hat so um diese Zeit praktisch, weil das hat er ja ganz tief drinnen, muss er aufstehen und muss jetzt in den Stall gehen. Wenn ich das jetzt natürlich aus der Sicht des Pflegepersonals, vielleicht auch noch im Nachtdienst, wenn ich da jetzt auch noch zu zweit bin, hast du da an sich einen gewaltigen Mehraufwand. Und das ist ja oft nicht nur einer, das sind dann oft auch mehr.“ (BR13)

„Die Demenz ist ein großes Thema, speziell auch im Nachtdienst. Da reicht einer, der dir das Leben schwer macht im Nachtdienst. Das ist nicht so ‚Da habe ich fünf und brauche jetzt mehr

³⁴⁸ Siehe dazu auch alzheimer.ch, 2019

Personal‘ und das ist auch immer unterschiedlich. Aber, es wird mehr und ist eigentlich schon Standard.“ (BK71)

Die fehlende Personalbesetzung hängt teilweise auch damit zusammen, dass Demenz nur ansatzweise in den LKF-Bepunktungen hinterlegt ist.

„Wir haben sehr viele Patienten, die kognitiv eingeschränkt sind, die eine Demenz haben. Und wenn wir in der LKF-Kodierung danach suchen, dann finden wir diese Patienten nicht, weil die Demenz nicht diagnostiziert ist. Das setzt dann ganz wo anders ab, aber wir können aufgrund der LKF-Kodierung nicht sagen, wir sind in der Pflege so belastet mit diesen Patientinnen und Patienten. Weil das sind viel, viel mehr. Aber nicht, dass man sagt, ok bei ein paar ist das nicht diagnostiziert, sondern der Anteil passt überhaupt nicht zusammen.“ (E7)

Eine zu knappe Personalausstattung wirkt sich stark auf die Arbeitsqualität aus.

„Und die brauchen einen anderen Umgang. Also ich rei mir da ein immenses Loch auf, wenn ich da zu einem Menschen mit Demenz hineingehe und hektisch bin, das werde ich den ganzen Tag bereuen. Der fühlt sich dann so unsicher, der wird dann ein herausforderndes Verhalten zeigen, wo er aggressiv wird, wo er herumläuft und so weiter. Das habe ich zu ben. Das heißt ich muss meine Geschwindigkeit, selbst wenn ich eine höhere Geschwindigkeit an den Tag legen könnte, ich muss mich an den Bedarf des Patienten...“ (PM14)

Bereits die SPACE-Systematik³⁴⁹ weist auf die Notwendigkeit von ausreichend und adäquat geschultem Personal hin. Die konkrete Quantität und der Level der Qualifikation ist für die oberösterreichischen Krankenhäuser noch gesondert zu klären und sollte in verbindliche Personalberechnungsvorgaben einflieen³⁵⁰ > siehe dazu Kap. 5.6.

5.3.4.3 IDEEN AUS DER PRAXIS

In vielen öö. Krankenhäusern findet derzeit eine rege Diskussion zum Thema Demenz statt.

„Darum war ich ja so glücklich, dass wir die Demenz... Und da haben wir gesagt, das müssen wir jetzt nach vorne schieben. Also diese Möglichkeiten gibt es dann, dass man sagt, das brauchen wir jetzt unbedingt und das muss so argumentiert werden und das sieht dann auch eine Landesrätin ein. Weil das ist auch, wie soll ich sagen, in der Gesellschaft einfach abgebildet. Das hilft uns natürlich dann auch. Und da helfen uns auch Institutionen, wie eine Arbeiterkammer, das muss ich schon sagen, dass die das unterstützen, wenn man Themen einfach wahrnimmt und öffentlich macht.“ (PM8)

„Ich habe ja da mal eine Ausbildung machen dürfen, so eine Zusatzausbildung...“ (BK87)

Zahlreiche Überlegungen fließen ein in Konzepte wie „Demenzsensibles Krankenhaus“³⁵¹, „Demenzkompetentes Krankenhaus“³⁵², etc. Häufig werden spezielle Demenzbeauftragte eingesetzt.

„Und die Demenzbeauftragte, die ist im Krankenhaus dafür da, alle Mitarbeiter/-nnen durchgehend, von Portier bis über Pflege, Ärzte, medizinische Kräfte, Reinigungskräfte zu sensibilisieren für dieses Thema. Damit man nicht dann einen demenziell Erkrankten schlecht behandelt, weil

³⁴⁹ Siehe dazu Juraszovich/Rappold, 2017

³⁵⁰ Das Pflegekonsilium hat in diesem Zusammenhang bereits 2013 einen Demenzschlag für alle Bereiche im Krankenhaus gefordert, in denen Menschen mit Demenz betreut werden, Gratzner, 2014

³⁵¹ Für eine Einführung in die Thematik Demenzsensibles Krankenhaus wird auf die SPACE-Systematik beschrieben in Juraszovich/Rappold, 2017 verwiesen

³⁵² Für weitere Ideen für ein „Demenzfreundliches Krankenhaus“ siehe auch Perneckzy auf alzheimer.ch, 2019; Juraszovich/Rappold, 2017; Gesundheit Österreich GmbH, 2019a

man glaubt er ist nur lästig, sondern dass man erkennt, da ist irgendetwas, und das haben wir jetzt umgesetzt.“ (PM8)

„Es hat ein Schulungsmodul gegeben wo für jedes Haus ein Demenzbeauftragter geschult worden ist. Und dann gibt es eine Station wo diese Demenzbeauftragte arbeitet, bei uns ist es zufällig die Akutgeriatrie. Das ist dann so zu sagen eine Pilotenstation und da werden dann die Leute auch wieder geschult, wobei es diese Schulungsmodelle noch gar nicht gibt.“ (SL18)

„Demenzkompetent zu sein bedeutet, in Hinblick auf die Anliegen und Bedürfnisse von Menschen mit Demenz aufmerksam zu sein, auf deren veränderten Lebensstil, deren Geschwindigkeit, deren Auffassungsvermögen und deren Bedürfnisse einzugehen und Abläufe entsprechend zu adaptieren und anzupassen. So werden auch spezielle Demenzmultiplikatoren/-innen ausgebildet und Schulungen angeboten. Dies gelingt dann gut, wenn die gesamte Krankenhausführung hinter dem Thema steht.³⁵³

Während auf Prozess- und Innovationsebene bereits sehr viel unternommen wird, um Menschen mit Demenz einen guten Krankenhausaufenthalt zu gestalten und Beschäftigte für die neuen Anforderungen zu wappnen, haben die gestiegenen zeitlichen Anforderungen durch Menschen mit Demenz bisher – mit Ausnahme von Berechnungsmodellen für Spezialbereiche – noch kaum in diverse Berechnungsmodelle Einzug gehalten ➤ siehe dazu Kap. 5.6.

„Wenn ich jetzt ein Demenzprojekt habe, das ist wunderschön. Nur was sicher im derzeitigen System... das überrollt uns insofern, speziell Thema Demenz. Man sieht wirklich messbar, wie massiv das zunimmt. Auch diese nicht massiven Demenzen, sondern nur die beginnenden usw., aber es ist eine Mehrarbeit, eine Mehrbelastung und man muss mehr auf den Patienten eingehen.“ (BR30)

„Weil da einfach wieder die Rolle der Frau oder die Sichtweise der Frau ganz stark hineinspielt. Wie viel ist eine Frau wert? Wie viel lasse ich mir von einer Pflegerin sagen.“
(SL10)

„Da gibt es Geburten, die begleitest du ohne Sprache, weil du sie nicht verstehst, das passiert. Mit dem bist du konfrontiert.“
(BK11;Hebamme)

Damit mit einem steigenden Zuwachs von Demenz eine gute Versorgungs- und Arbeitsqualität gewährleistet werden kann, stellt diese Weiterentwicklung einen nächsten notwendigen Schritt dar.

5.3.5 KULTURELLER HINTERGRUND

5.3.5.1 UNTERSCHIEDLICHE HERAUSFORDERUNGEN

In allen Berufsgruppen und auf allen Bereichen wird von Erfahrungen mit Patienten/-innen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund berichtet. Es wird geschildert, dass die Zusammenarbeit meist gut funktioniert, aber auch Herausforderungen entstehen, häufig dadurch, dass Menschen aus anderen Gesundheitssystemen kommen³⁵⁴.

„Es gibt schon Probleme, weil ja gerade im Osteuropäischen Raum sag ich einmal, dass üblich ist, wenn heute wer ins Krankenhaus kommt, dort ist das Gesundheitswesen anders. Das weiß ich aus

³⁵³ Juraszovich/Rappold, 2017

³⁵⁴ Das Thema Pflege und Versorgung von Menschen aus anderen Kulturen und kultursensible Pflege ist nicht konkreter Teile dieser Studie. Verwiesen wird dazu auf weitere Literatur wie Studien des ZQP, o.A.; Uzarewicz/Schuster, 2013a;2013b; Uzarewicz. 2013; Kurz, 2014

Griechenland, wenn heute wer ins Krankenhaus kommt, dann wird er auch von der Familie versorgt. Also essensmäßig und so weiter. Und somit ist es so, dass die Familie oft den ganzen Tag da hockt bei dem. Und das versuchen sie bei uns eben dann auch manchmal. Weil da kommt ja nicht einer oder zwei. Sondern das ist dann ein Vierbettzimmer, wo dann bei einem 20 Leute drinnen sind.“ (BR18)

Fordernd ist dann vor allem die Kommunikation.

„Also seitens der Patienten ist eine große Herausforderung in den letzten Jahren das Thema des Migrationshintergrundes. Also, wo wir wirklich auch im Pflegebereich sehr oft Dinge wiederholen müssen, wir auch an Formen der Kommunikation arbeiten müssen, wie Videodolmetsch zum Beispiel, um auf beide Seiten ein Medium zu finden, dass man sich verständigen kann.“ (PM7)

„Es waren natürlich immer wieder ausländische Frauen da, aber einige sind schon länger da und können dadurch ganz gut deutsch aber diejenigen, die ganz frisch gekommen sind und kein Wort Deutsch können, um die sollte man sich gut kümmern. Ich habe gemerkt, dass die das brauchen, dass jemand bei ihnen sitzt und, dass sie eine Ansprechperson haben, die sich um die kümmert. Und wenn viel los ist, kann man ihnen schlecht erklären, dass man wegmuss.“ (BK5;Hebamme)

„Sprachbarrieren sind etwas, was sicher die Pflege und uns betreffen. Das macht das Arbeiten schon oft schwieriger, wenn ich mich mit jemanden nicht unterhalten kann. Mit Händen und Füßen geht viel aber nicht alles.“ (BK5;Hebamme)

Als herausfordernd wird der Umgang mit Patienten/-innen und ihren Angehörigen aufgrund der sprachlichen Barrieren und des kulturellen Hintergrundes empfunden. Gerade im Zentralraum wurden häufig die großen sprachlichen Herausforderungen genannt.

„Wir sind im ländlichen Bereich... das ist ein Unterschied. Im Zentralraum... die haben sehr viele ausländische Patienten, da ist schon allein eine Sprachbarriere da, wir haben auch welche, aber das ist ein Bruchteil.“ (SL15)

„Oder wir hatten eine Frau mit einem Herzalarm und der Mann hat nicht zugelassen, dass die reanimiert wird, weil das ein Mann war.“ (BL10)

Auch ein anderer Zugang zu Hygiene und Grundpflege wirkt sich im Arbeitsalltag aus. Die Anleitung zu notwendigen Grundpflegeaktivitäten braucht dann mehr Zeit.

„Die gehen nicht so duschen wie wir und die sehen das auch gar nicht ein und wenn man dann die Sprache nicht kann und der steht vor der OP und soll endlich duschen gehen und sich umziehen, dann ist das ein Zeitaufwand, den sich keiner vorstellen kann.“ (BL10)

Besonders häufig wurden die unterschiedlichen kulturellen Zugänge im Geburtenbereich genannt. Die Kommunikation während der Behandlungen und des Geburtenverlaufes erfolgt hier häufig eingeschränkt oder gänzlich ohne Kommunikation. In manchen Fällen bieten sich die Angehörigen, oft die Männer der werdenden Mütter, als Dolmetscher an. Diese werden von den Beschäftigten als wenig kooperationsbereit angesehen und vor allem die weiblichen Pflegekräfte fühlen sich von den männlichen Angehörigen häufig zu wenig wertgeschätzt. Deutlich wird in diesem Zusammenhang auch das unterschiedliche Frauenbild in vielen Kulturen, das sich gerade im Gesundheitsbereich mit einem hohen Frauenanteil stark im Arbeitsalltag auswirkt.

„Und da ist halt dann das Szenario, ich bin jetzt brutal und sag, die türkischen Männer, da haben Frauen überhaupt nichts zu sagen.“ (BK59;Hebamme)

„Wo die ein Problem mit den Schwestern haben, weil sie Frauen sind. Das nimmt teilweise Formen an wo man sagt, dass das unerträglich ist. Man wird zwar im Haus auch unterstützt, also so ist es nicht aber die Belastung ist trotzdem da.“ (BL10)

Verstärkt wird dies dadurch, dass Frauen aus anderen Kulturkreisen häufig nur sehr wenig über ihren Körper, ihre Schwangerschaft und die Geburt wissen. In diesen Fällen sehen sich Hebammen in der Rolle als empathische, fürsorgliche Ansprechpartnerin, wenn die Kommunikation auch nur nonverbal stattfindet. Häufig wird auch geschildert, dass Patienten/-innen nicht den Therapieschritten und Anleitungen folgen können, mit Auswirkungen auf den Genesungserfolg.

„Wir haben zum Beispiel auch ein Problem mit der Sprache, dass wir ganz viele und immer mehr Patienten haben, die nicht einmal ansatzweise ein Therapiegespräch verstehen, Diabetesberatung zum Beispiel oder wenn wir in der Ambulanz unten sind.“ (BL6;Physio)

Letztendlich wird es einen Zugang brauchen, sich auf die unterschiedlichen Umgangsstrategien unterschiedlicher Kulturen mit Krankheit, Pflege und Geburt einzulassen.

„... aber Patienten sind halt sehr extrovertiert manches Mal. Also andere Kulturen haben das eher so... kennt man auch von den Geburten her, dass muslimische Frauen diesen Schmerz eher nach außen tragen, und genauso ist es auch in solchen Phasen oft. Auch Angehörige dann, die so ein extrovertiertes Weinen und Schreien auch haben. Und in der Pflege, naja, man muss sich dem halt einfach anpassen und das akzeptieren so wie die sind. Das macht es halt oft ein bisschen schwierig dann für andere Patienten im Nebenzimmer, die dann nicht wissen, was da jetzt vor sich geht. Da wird man dann auch hie und da mal gefragt, hat der solche Schmerzen, kann man da nichts tun? Da muss man halt auch einmal erklären, was da alles zusammenspielt.“ (SL3)

5.3.5.2 IDEEN AUS DER PRAXIS

Die Träger haben mittlerweile die Herausforderungen durch verschiedene Kulturen im Krankenhaus erkannt und zumindest ansatzweise darauf reagiert, um die Beschäftigten zu entlasten und die konkrete Belastung z.B. durch Sprachdefizite nicht auf Einzelpersonen zu übertragen.

„Oder wir haben einen ungarischen Arzt gehabt. Und da kommt eine Ungarin zur Geburt, ich meine, das ist super, denn die können halt reden miteinander.“ (BK10;Hebamme)

„Und dann haben sie auch oft Leute geschickt, das Personalbüro, die halt mit der Medizin nichts zu tun haben. Oder sie haben Männer geschickt zu Frauensachen, was auch nicht passt, weil halt einmal ein Mann nicht alles übersetzt.“ (BR18)

So sind mittlerweile in einigen Trägern Video-Dolmetsch-Systeme in Verwendung, die die Kommunikation erleichtern sollen. Patientenbögen sind teils in unterschiedlichen Sprachen verfügbar.

„Englisch kann jeder, aber wir machen auch schon viel mit Dolmetsch oder Videodolmetsch, da wird auch wirklich viel getan, wo auch die Pflegekräfte unterstützt werden. Nicht so wie früher mit der Familie oder anderen, wo man versucht hat zu übersetzen.“ (SL15)

„Das haben wir jetzt ganz neu, dass eine Mitarbeiterin in der Muttersprache dann geholt wird und wenn es um das medizinische geht, da hat man dann zwei Übersetzungsbüros im Haus.“ (BL6;Physio)

„Wir haben ein Handy, wo wir einen Dolmetscher jederzeit anrufen können, in verschiedensten Sprachen. Das ist seit der Flüchtlingskrise, haben sie eigentlich schon viel mehr gemacht.“ (BK11;Hebamme)

„Wir versuchen dann auch den Befragungsbogen gleich in der jeweiligen Sprache auszudrucken, damit sie das gleich mal lesen können. Natürlich ist das alles mehr Aufwand.“ (SL7)

Wenn Sprache alleine für die Kommunikation nicht mehr ausreicht, versuchen die Beschäftigten die Patienten/-innen über andere Formen der Kommunikation zu erreichen.

„Es ist natürlich schon so, wenn man nicht gut mit der Frau kommunizieren kann, man andere Wege finden muss. Manchmal funktioniert es sehr gut über die Begleitperson, weil die dolmet-schen kann. Wenn die auch nichts versteht, wird es komplizierter. Aber wenn die Geburt normal verläuft ist nicht viel Kommunikation notwendig. Also das ist nonverbale Kommunikation, Em-pathie viel wichtiger. Wenn natürlich so Dinge sind, wie das Komplikationen auftreten, wird es schwierig.“ (BK94;Hebamme)

„Es fängt schon dabei an, dass, wenn man die Pflege erledigt im Durchgang, dass hier natürlich bei den normalsten Fragen schon ein Handicap entsteht, da muss man dann versuchen mit Hän-den und Füßen oder eventuell mit ein bisschen sich ein bisschen zu helfen, natürlich ist das auch wieder mit mehr Zeitaufwand verbunden.“ (SL7)

Teils wäre hier mehr Zeit nötig, um sich auf die Patienten/-innen einzulassen > *siehe dazu auch Kap. 5.6.*

5.3.6 VERÄNDERTE ANSPRUCHSHALTUNG

„Also die Frauen werden anspruchsvoller, sie erwarten eigentlich, wenn sie ins Krankenhaus gehen eine Eins-zu-Eins-Behandlung, viele, nicht alle. Aber viele erwarten sich eine Eins-zu-Eins-Betreuung und, dass man ständig für sie da ist. Und das merkt man halt schon, dass sie viel fordernder werden.“ (BK20;Hebamme)

Eine zentrale Erkenntnis der Interviews ist, dass sich die An-spruchshaltung der Patienten/-innen in den letzten Jahren stark verändert hat. Die Auswirkungen einer veränderten An-spruchshaltung werden in allen Berufsgruppen deutlich.³⁵⁵

„Ich sage einmal so, Patienten, also nicht die Pflege selber, wenn wer jetzt pflegeaufwändig ist, das stört mich gar nicht, sondern so for-dernde Patienten, die was immer meinen, sie müssen zuerst alles haben und zuerst.“ (BK65)

108-mal wurde der Themenkomplex veränderte Anspruchs-haltung der Patienten/-innen und Angehörigen thematisiert. Die Herausforderungen betreffen dabei alle Berufs- und Hie-rarchiegruppen.

5.3.6.1 MÜNDIGERE PATIENTEN/-INNEN

„Am meisten haben sich die Patienten verändert, dass die fordernder sind, dass die mündiger sind, dass sie viel besser Bescheid wissen wie früher. Dass sie sich auch nicht mehr alles gefallen lassen. Dass sie verbal aggressiver als früher sind. Auch dem Pflegepersonal gegenüber.“ (SL2)

Patienten/-innen kommen heute mündiger und informierter in das Krankenhaus.

„Ja seitens der Patienten kommt aus meiner Sicht dazu, dass sie im-mer mehr informiert sind, das heißt, über Selbstrecherchen und dem entsprechend auch Dinge einfordern. Also diese Aufklärung der Patienten, die sie sich selbst zuführt, die wird halt mehr.“ (PM7)

Die Beschäftigten schätzen es, dass die Patienten/-innen mün-diger werden, sehen dadurch aber Auswirkungen auf ihre Ar-beit.

„Aber ja, das was man sich zum Teil wünscht als Hebamme, dass die Frauen mündiger werden, stärker werden, was aber das Arbeiten nicht primär einfacher macht. Wir sind jetzt noch mehr gefordert,

³⁵⁵ Interviewpartner/-innen in allen Bereichen und Gruppen beschreiben die veränderte Haltung von Patienten/-innen und Angehörigen. Gerade im Bereich der Sonderklasse, Kinderpflege und Geburtshilfe gab es eine Häu-fung an Nennung. Eine konkrete weitere Betrachtung dieser Bereiche scheint ist m.E. von Interesse.

dass man selbstreflektiert ist. Das ist sicherlich wieder eine Herausforderung.“ (BK27;Hebamme)

„Also zuerst einmal zu den Frauen. Die Ansprüche sind sicher andere als vor 15 Jahren. Einfach der Wunsch nach einer individuellen Betreuung oder individuelleren Betreuung, der Wunsch nach einer nahezu permanenten Anwesenheit der Hebamme bei der Frau. Auch das die Geburt von vielen nicht mehr als etwas Natürliches empfunden wird, sondern eher die wollen entbunden werden. Die kommen herein so quasi, macht's und ich muss eigentlich hauptsächlich tun mit Unterstützung.“ (BK94;Hebamme)

5.3.6.2 FORDERNDE HALTUNG DER PATIENTEN/-INNEN

Die fordernde Haltung ist häufig auch verbunden mit einer steigenden Aggressivität ➤ *siehe dazu Kap. 5.8.1. Pflegekräfte mit Patientenkontakt berichten, dass die Aggressivität häufig auch in Verbindung mit langen Wartezeiten bzw. Zeitstress der Gesundheitsberufe steigt.*

„Und einfach auch sehr, also nicht mehr so wie früher, dass man sagt Gottseidank hilft mir wer oder Gottseidank kann ich wohin gehen, sondern einfach, ich bin jetzt da und ich will jetzt das und das und das.“ (BR7)

„Generell ist der Anspruch der Patienten gestiegen, was an Leistungen und Qualität gefordert wird.“ (SL10)

„Sicher die Frauen erwarten... die möchten am liebsten jedes Mal einen Ultraschall, weil sie das Baby sehen möchten, da hat sich schon viel verändert. Die Frauen sind nicht mehr so schnell zufrieden zu stellen...“ (BK56;Hebamme)

„Teilweise sind die Patienten sehr kritisch und fordernd und wenn dann eine Beschwerde kommt dann denkt man sich, oh mein Gott, haben wir jetzt das richtiggemacht und sind wir eh richtig vorhergegangen.“ (BK26)

„Dass sie verbal aggressiver als früher sind, auch dem Pflegepersonal gegenüber, weil sie einfach nicht auf ein Bett, oder auf eine Untersuchung warten wollen. Was ich auch verstehen kann.“ (SL2)

„Dass die Frauen und die Männer auch sehr fordernder werden. Das ist mir mehrfach berichtet worden von den Kolleginnen, dass sie sich sehr kontrolliert vorgekommen sind von den Männern. Wie wenn die gar nicht für ihre Frauen da gewesen wären, sondern auf die Hebamme schauen, dass die eh alles richtigmacht.“ (BL12;Hebamme)

„Warum die Patienten fordernder werden... Dass das Pflegepersonal oder die Leute, die auf der Station arbeiten, nicht mehr die Zeit haben, dass sie sich in Ruhe mit ihnen unterhalten... Nachtdienst, beim Durchgehen, wenn du dir die Zeit nimmst und die Zeit auch hast, dass du mit den Leuten sprichst, dann sind sie ruhig die ganze Nacht, du hast eigentlich deine Ruhe. Wenn du aber die Zeit nicht hast und sie merken, dass du hektisch bist, dann läuten sie andauernd. Dann bist du nur noch mehr gefordert.“ (BR7)

Die Befragten führen die gesteigerte Anspruchshaltung unter anderem darauf zurück, dass das Gesundheitssystem häufig als System mit allen Möglichkeiten verkauft wird.

„Aber andererseits kann es auch sein, dass das massiv über die Stränge schlägt, im Sinne von Forderungen stellen, die nicht erfüllbar sind. Hotellerie, individuelle Behandlungsfälle.“ (PM23)

„Das ist halt in Österreich so das Thema, dass man sagt, ich habe ein Leben lang eingezahlt, jetzt will ich die Leistung dafür.“ (PM5)

„Aber es werden auch die Anforderungen von den Müttern immer mehr. Ich plane meine Schwangerschaft. Ich will das perfekte Kind und wir haben dafür zu sorgen. Wir wissen aber selber nicht, wie das geht. Die fachliche Kompetenz haben wir schon, ja, aber was sich im Verlauf der Geburt entwickelt, wir haben keinen Einfluss darauf. Wir können nur auf das reagieren, was das Kind oder die Mutter zeigt.“ (BK59;Hebamme)

5.3.6.3 ANSPRUCHSHALTUNG ANGEHÖRIGE

Die Interviewpartner/-innen berichten, dass die Anforderungen der Angehörigen an die Beschäftigten immer mehr werden. 57,6 % stimmen der Einschätzung *völlig* zu.

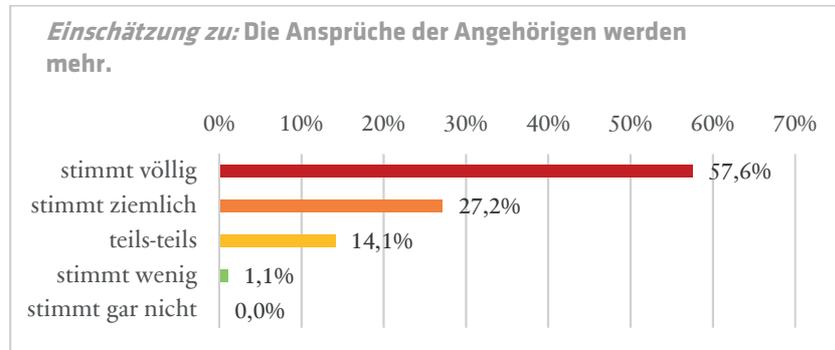


Abbildung 31: höhere Ansprüche der Angehörigen³⁵⁶

Die Anspruchshaltung der Angehörigen wird in allen Bereichen wahrgenommen.

„Also da hat sich in den letzten Jahren ganz viel verändert, was wir im Kinder- und im Frauenbereich schon immer gewohnt sind, dass wir viele Angehörige mit dabei haben. Weil automatisch, Kinder sind begleitet. Aber auch durch die Spezialbereiche im Frauenbereich, Pränatalmedizin, haben wir viele Begleitpersonen, das sind wir jetzt eher gewöhnt. Patienten und Angehörige sind herausfordernder geworden. Und was auch ist, es hat sich der Ton verändert.“ (PM16)

Teils werden Leistungen verlangt, die nicht mehr in das Aufgabenspektrum der Pflege fallen.

„Manchmal wird man auch als Servicestelle verwechselt, also, dass man sagt, okay, ihr macht das jetzt und ich nicht, ja? Also man muss dann schon oft auch wirklich Grenzen setzen und sagen, ja, wir sind Ihnen behilflich, wir haben eine beratende Tätigkeit, aber es ist jetzt nicht so, dass man sagt, man übernimmt das völlig und man übernimmt die ganze Verantwortung für alles.“ (BK100;ÜLP)

Der Umgang mit den Pflegekräften durch Angehörige wird teils als wenig wertschätzend beschrieben.

„Wenn man jemanden bittet, sagen wir mal, Angehörige, wenn man jetzt bittet, dass man sie rausschickt vom Zimmer, ich meine, wie sich da oft welche aufregen, das ist einfach unmöglich.“ (BK59)

Die Befragten sehen in den gesteigerten Ansprüchen häufig auch eine Gegenreaktion auf persönliches Schuldempfinden. Betont wird aber auch, dass es auch viele dankbare Angehörige gibt.

„Man merkt auch, die Angehörigen haben nicht mehr so viel Zeit, teilweise auch ein schlechtes Gewissen und dadurch eine fordernde Art zum Teil auch ein bisschen Aggressionen dahinter. Das ist schon zunehmend. Aber umgekehrt haben wir auch sehr viele dankbare Patienten.“ (BL4)

³⁵⁶ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=92 (eigene Darstellung)

5.3.6.4 BEISPIEL SONDERKLASSE

Exemplarisch für die veränderte Anspruchshaltung werden Interviewergebnisse aus dem Bereich Sonderklasse unterschiedlicher Träger dargestellt. Die Sonderklasse-Leistung bezieht sich vor allem auf die ärztliche Versorgung bzw. auch Hotelkomponente, in der PPR sind keine Sonderaufgaben bzw. gesteigerten Minutenwerte hinterlegt. In der Praxis zeigt sich aber, dass durch den Aufenthalt in Sonderklassebereichen häufig auch eine gesteigerte Anspruchshaltung an die Pflege entsteht, die in der Praxis mit den aktuellen Personalbesetzungen nicht erfüllt werden kann.

„Und natürlich sehen wir uns auf der Sonderklasse natürlich mit besonderen Ansprüchen auch der Patientinnen und Patienten konfrontiert, wo einfach das Verständnis für diese Art von Versorgung... immer weniger gegeben ist.“ (SL13)

„Ein Patient hatte einen Urlaub in Spanien gebucht, mit Flug und Hotel und meinte wir sollen das umbuchen, weil er das nicht machen kann. Das ist eben nicht mehr unser Tätigkeitsbereich. Das sind oft Dinge wo wir dann sagen, nein, das können wir nicht mehr machen.“ (SL9)

„Wenn jetzt aber der Patient Sonderklasse ist und sagt, ich zahle aber ein und ich will jetzt diese Leistung dazu. Ja, aber es wird einfach, Personalressourcen, besser nicht wirklich berechnet, weil man es sich einfach auch nicht leisten kann.“ (PM5)

„Aber, die, die, ich finde manche Patienten verwechseln die Hotelkomponente, was sie durch ihre Zusatzversicherung bezahlen, mit einem Aufenthalt in einem Hotel... Und sie werden teilweise immer fordernder. Ich habe zum Beispiel bei 19 Betten eine Nachtdienstschwester. Die ist ganz allein und da spielt es keine Fußmassage.“
(BL14)

5.3.6.5 IDEEN AUS DER PRAXIS

Konkret wird versucht, so gut wie möglich mit den veränderten Anspruchshaltungen umzugehen. Führungskräfte nehmen ihre Fürsorgeverantwortung wahr und stellen z.B. auch bei Patienten/-innen in Sonderklassebereichen dar, welche konkreten Aufgaben ein Krankenhaus hat.

„Wobei ich eben schon sagen muss, wenn es Probleme gibt, dann gehe ich runter und bin da schon sehr ehrlich zu den Patienten und erklärte ihnen, warum sie Zusatzversichert sind. Genau. Und, dass die Schwester nicht der Diener ist, oder der Pfleger, sondern dass es da um andere Sachen geht.“ (BL14)

Neben mehr Zeit, um der neuen Anspruchshaltung besser begegnen zu können,

„Da klaffen einfach die Wünsche der Patienten mit den Arbeitsbedingungen, mit den Menschen, die die Leute betreuen ein bisschen auseinander.“ (BR11)

wünschen sich viele Befragte, dass die Patienten/-innen auch ihre Verpflichtungen im Krankenhaus verstärkt wahrnehmen, wenn es um den wertschätzenden Umgang geht.

„Was eben jetzt auch ist, der Patient kommt herein und glaubt, er ist der Patient und hat alle Rechte und keine Verpflichtungen und das macht es ganz, ganz schwierig auch oft.“ (SL1)

Die Herausforderung an die Beschäftigten in den Gesundheitsberufen wird in Zukunft vor allem auch sein, sich persönlich abzugrenzen. Die Pflege braucht in diesem Zusammenhang für Vieles ein neues Selbstverständnis *➤ siehe auch Kap. 5.4.1.1.*

„Jetzt werde ich mich aber abgrenzen müssen. Sowohl bei den Patienten als auch bei den Angehörigen und wir leben in einer Kultur, in der erwartet wird, dass wir alles rundherum versorgen und das wird diese Gratwanderung werden, wie schafft die Pflege das, hier auch sich Grenzen zu

setzen und zu sagen, das ist jetzt mein neues Selbstverständnis, an dem werden wir arbeiten müssen.“ (PM4)

5.3.7 FAZIT FOKUS PATIENTEN/-INNEN

Patienten/-innen und ihre Ansprüche haben sich stark verändert. Das zunehmende Alter, veränderte Diagnosen, eine häufig aufgeklärtere, aber auch fordernde, teils auch aggressive Haltung, oft auch der Angehörigen, steigende Demenz, eine immer kürzer werdende Verweildauer, es gibt viele Aspekte, die derzeit fordernd für die Beschäftigten in den öö. Krankenhäusern sind. Auch das Pflege- und Therapieverständnis hat sich stark verändert. Der Paradigmenwechsel hin zur ressourcen- und autonomiestärkenden Pflege ist begleitet von einem höheren Zeitaufwand. Nicht alle Aspekte sind aus Sicht der Befragten ausreichend in den aktuellen Berechnungsmodellen, Dienstpostenberechnungen und im Personaleinsatz abgebildet.

Ideen aus der Praxis

Die oberösterreichischen Krankenhäuser setzen laufend Aktivitäten, um die zukünftigen Herausforderungen zu meistern.

„Was die Umsetzung des Pflegeprozesses oder die Etablierung von Pflegeexpertinnen und -experten wie Krankenhaushygiene, Überleitungspflege, Wundmanagement, etc. in den Fondskrankenanstalten betrifft, ist Oberösterreich sicher sehr gut aufgestellt. In Oberösterreich ist bereits seit Jahren die Überleitungspflege in allen oberösterreichischen Fondskrankenanstalten etabliert. Ebenfalls ist in Oberösterreich eine Arbeitsgruppe zum Thema Dekubitus-Management, etabliert unter Federführung des oberösterreichischen Gesundheitsfonds, an der alle oberösterreichischen Fondskrankenanstalten teilnehmen. Es werden Kennzahlen zum Thema Dekubitus erhoben, diese gemeinsam analysiert, bewertet und entsprechende Maßnahmen ableitet. Dies ist in dieser Form in Österreich einzigartig.“ (E12)

Die einzelnen Krankenhäuser und auch viele Träger sind laufend bemüht, die aktuellen Anforderungen durch eine veränderte Patientenstruktur zu meistern. Auf Dauer wird es aber Berechnungsmodelle brauchen, die die veränderten Bedarfe abbilden. Auf Landesebene ist ein Gesundheitsbudget, das die berechneten Dienstposten auch finanziert, sicher zu stellen.

„Nichts, wenn ich sage, ich führe jetzt... ein... Wenn hinten was rauskommt, was keiner akzeptiert.“ (PM12)

5.4 FOKUS BESCHÄFTIGTE

22.188 Beschäftigte³⁵⁷ in den öö. Krankenhäusern sichern die Versorgungsqualität der Oberösterreicher/-innen. Gesundheitsberufe begleiten Menschen in allen Lebensphasen.

„Wir haben 900, 950 [Tote] im Jahr, 3 [am Tag]. Aber ich habe einen guten Leitsatz (lacht), man muss sich vor den Lebenden mehr fürchten als wie vor den Toten, ja.“ (BK93;Obduktionassistentin)

Gleichzeitig ist die Beschäftigtenstruktur derzeit kaum in den gängigen Berechnungsmodellen abgebildet. Die Herausforderungen der unterschiedlicher Beschäftigtengruppen, die Arbeitsbelastung, fördernde und hinderliche Faktoren und deren Zusammenhänge mit der Personalberechnung stehen im Blickwinkel der Betrachtung dieses Fokus.³⁵⁸

5.4.1 AUSGANGSLAGE

Beschäftigte in Gesundheitsberufen zeichnen sich durch eine professionelle Haltung, hohe Flexibilität und Einsatzbereitschaft aus. Nicht immer erhalten sie dafür aus ihrer Sicht ausreichend Wertschätzung.

5.4.1.1 PROFESSIONELLE HALTUNG UND HOHER ANSPRUCH AN BERUF

Beschäftigte in Gesundheitsberufen haben eine hohe professionelle Haltung. Gerade Pflegeberufe schildern, dass sie einen hohen Anteil für den Genesungserfolg leisten.

„Weil die Pflege diejenige ist..., die dafür sorgt, dass ein Krankenhaus läuft. Die Pflege ist die, die in der Organisation und Administration sehr viele Verantwortlichkeiten hat, um zu gewährleisten, dass die Behandlung für den Patienten Müller genauso abläuft, wie sie für den Patienten Müller am besten ist. Das sind wir. Wir machen Termine, wir fragen ab, wir machen die Vorbereitung, wir assistieren, wir machen dann auch im Anschluss wieder die Versorgung. Und da ist so ein Ungleichgewicht für mich drinnen.“ (PM19)

„Und das ist ja der Grundgedanke, warum man den Beruf ergreift. Man will ja jemanden unterstützen, jemandem helfen.“
(PM17)

„Ja, da muss man einfach einmal..., wir haben immer noch das Schwestern-Ding drinnen. Und, ja, das ist aber leichter gesagt, aber ich sehe trotzdem auch so, es ist, du kannst diesen Beruf nicht mit jedem anderen Beruf vergleichen, das ist eine Tatsache und das lässt sich nicht wegwischen. Und ich kann nicht hingehen und sagen, ich schreibe jetzt da meine Befunde und, habe ich sie halt geschrieben, tue die Kopfhörer weg und stehe auf und gehe und die Geschichte ist erledigt. Das gibt es in diesem Beruf nicht und darum ist es einfach schwierig.“ (BR4)

„Interessanterweise auch, dass ich oft sage, das ist gar nicht der Anspruch von der Leitung, sondern von den Leuten selber, dass sie eine gute Qualität bieten.“ (PM9)

„Die Versorgung der Patienten und Patientinnen ist absolut gut. Das ist auch das Ziel jedes Einzelnen würde ich sagen. Deshalb haben wir diesen Beruf gelernt.“ (SL16)

„Die Pflege an sich hat ja einen hehren Anspruch. Und da rede ich jetzt von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die direkt am Patienten arbeiten. Man braucht eine gewisse Persönlichkeit, um sich für diesen Beruf zu entscheiden. Die Leute, die nach der Ausbildung in diesem Beruf bleiben,

³⁵⁷ Davon 19.892 Beschäftigte in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Stand 2017; siehe: BMASGK, 2018f

³⁵⁸ Für weitere Ausführungen zur Arbeitsqualität in den öö. Krankenhäusern und der Zufriedenheit ➤ siehe auch Kap.4.7.

haben diese Persönlichkeit. Und damit verbunden ist immer ein sehr hoher Anspruch an sich selbst. Sie wollen Qualität liefern.“ (PM19)

„Natürlich hat das Personal an sich selbst den Anspruch und das geht auch als Leitung nah, die bestmögliche Betreuung im letzten Lebensabschnitt. Und das ist uns wichtig und das lassen wir uns nicht nehmen. Und das bildet sie nicht ab.“ (SL29;Palliativ)

Gesundheitsberufe stellen selbst häufig hohe Anforderung an sich und ihren Beruf. **113-mal** wurde in den Interviews die dienende Haltung vieler Pflegekräfte und die hohen Selbstansprüche thematisiert.

„Und, die halten ja ganz viel aus, kompensieren sehr viel, und das ist ja der Grundgedanke, warum man den Beruf ergreift. Man will ja jemanden unterstützen, jemandem helfen, glaube ich,...“ (PM17)

Die Haltung, Patienten/-innen helfen zu wollen, führt teils auch dazu, dass die Beschäftigten wenig auf sich selbst schauen.

„Ist nach wie vor so, dass man ganz lange nicht auf sich selbst schaut, das ist das, was ich so merke, bis die Leute wirklich wo geben. Aber es wird jetzt über die Jahre und vor allem das letzte Jahr, sag ich, dramatisch fällt es mir auf.“ (PM17)

Nicht so arbeiten zu können, wie es die eigene Anspruchshaltung verlangen würde, belastet die Beschäftigten teils sehr.

„Dann kommen sie in einen Konflikt und das ist auch ein Problem. Eine Belastung.“ (BR22)

„Manchmal ist es frustrierend. Man möchte halt gerade für die onkologischen Patienten, weil die halt wiederkommen. Weil man oft weiß, wie es ausgeht oder halt... bei uns trotzdem viele Patienten sterben. Und auch oft auch in der Sterbezeit zu wenig Zeit ist für gewisse Sachen. Also es ist, ich würde sagen, ein schlechtes Gewissen ist jetzt vielleicht übertrieben, aber ja dem Patienten gegenüber hat man oft halt ein schlechtes Gewissen.“ (BK15;Onko)

„Und man wirft eigentlich, also ich für mich jedenfalls, ich werfe jeden Tag so ein bisschen meine Prinzipien ein Stückweit mehr über Bord, damit ich es überhaupt leisten kann und da muss ich mir einfach dann, oder muss sich jeder dann überlegen, wie lange will er das noch tun, um das mit sich selbst dann, seinen Ansprüchen zu genügen.“ (SL13)

Mit dem beginnenden Generationenwechsel im Krankenhaus ist auch die positive Entwicklung feststellbar, dass Beschäftigte auch auf sich und ihre eigenen Ressourcen achten.

„Heute und das finde ich auch richtig, wird... auf die eigene Person mehr geschaut. Meine Vorgängerin hat gesagt, zuerst kommt der Dienst und dann kommt alles andere. Heute bei den Jungen ist jetzt auch oft die Freizeit wichtig oder, dass sie auch die Balance und ich denke mir, das ist so wichtig, wir haben ja auch ein anderes Leben auch noch, nicht nur hier drinnen. Wir sind gerne für die Patienten da, machen unsere Arbeit gerne, aber wir müssen auch auf uns selber schauen.“ (BL17)

„... ich habe auf der einen Seite praktisch, gibt es jetzt sage ich mal die jüngeren, die teilweise frisch diplomiert haben oder die halt noch nicht so lange im Geschäft sind, die halt schon sehr oft leicht eine bessere Selbstwahrnehmung haben, sich besser auch abgrenzen können. Die wirklich auch von der Sprache her sagen, bis hier hin gehe ich, und ab da ist es mir zu viel!“ (BR13)

Häufig sehen sie den Zeitmangel als Grundproblem für die Unzufriedenheit mit der Erledigung der Aufgaben.

„Es ist jetzt nicht so, dass wir dann schlecht pflegen, aber einfach nicht mehr mit dem Gewissen wie man es gerne machen würde. Das man sich einmal für das Gespräch Zeit nimmt, das bleibt einfach auf der Strecke.“ (BK21)

„Es ist schon schade. Man ergreift einen Beruf im Sozialbereich und sagt, dass man sich mehr mit den Menschen auseinandersetzen will und dann bleibt einfach nicht die Zeit. Man merkt, dass der Patient Gesprächsbedarf hätte... Der würde vielleicht jemand brauchen, der einem ein offenes Ohr schenken würde. Das ist das Schade, was einfach darunter leidet.“ (BK21)

5.4.1.2 HOHE FLEXIBILITÄT UND EINSATZBEREITSCHAFT

35-mal wurde angesprochen, dass die Beschäftigten im Krankenhaus eine hohe Flexibilität gegenüber den Anforderungen zeigen.

„Dann sind wir halt Mädchen für alles.“ (BK38)

„Jeder der in diesem Beruf ist, hat ein Helfersyndrom, dass man es mal lieb und nett ausdrückt. Und es sind viele Sachen... Es ist notwendig, ich mach es einfach. Wie in der Familie die Mama, es ist so.“ (BR30)

„Es klingt immer so selbstverständlich, aber es ist ja für eine Familie eine Herausforderung, wenn ich so arbeite. Keine Regeldienstzeit, unterschiedliche Dienstzeit. Einmal habe ich 8 Stunden Dienst einmal 12 Stunden Dienst, einmal habe ich Tagdienst, einmal Nachdienst, Wochenende. Wirklich diese Herausforderungen, dann kommen die nächsten dazu.“ (PM16)

„Und in der Pflege, das Klassische, das Dienende, da kann man halt nichts machen, das ist halt so. Und das sage ich immer, wenn in der Pflege nicht 80 Prozent Frauen wären, sondern 80 Prozent Männer, da schaut die Geschichte anders aus. Die ließen sich viele Sachen nicht so gefallen, ja.“ (BR10)

„Ja, die Bereitschaft von den Mitarbeitern, man sieht einfach, dass noch ganz viel persönliches Engagement dahintersteckt.“ (SL14)

„Ich kann halt nicht hergehen und sagen, ich will mein Leben, meine Gleizeit, ich will das, das, das. Das wird nicht funktionieren, einfach, weil das System aufrechterhalten werden muss. Und das würde ich sagen, ist eine Grundvoraussetzung in dem Beruf, dass ich eine gewisse Flexibilität mitnehmen muss. Und das hat jetzt nichts zum tun, wenn einmal ein Kind zu versorgen ist, sondern einfach die Bereitschaft generell dazu, dass man unregelmäßige Dienste hat, ein unregelmäßiges Arbeitsangebot.“ (BL5)

„Was sehr gut funktioniert, ist die Bereitschaft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das normale Maß hinaus, Einsatz zu zeigen. Also, ich glaube schon, das ist eine, auch berufsbezogene Eigenschaft, gerade von Pflegeberufen oder von Berufen im Gesundheitsbereich, dass da einfach eine Bereitschaft besteht, wirklich mehr, als das normal geforderte zu leisten.“ (SL13)

„Also ich glaube ja sowieso, wir sind ein wenig der helfende Beruf, der nicht aufschreit, weil er einfach sagt, ok, es ist einfach so, wir nehmen es so hin. [lacht] ok, da sind wir alle einfach so. Mein Gott na, was hätten wir denn früher getan, das war immer schon so.“ (BK90)

In den öö. Krankenhäusern arbeiten – aus unterschiedlichen Gründen – immer mehr Menschen in Teilzeit. Gerade bei Teilzeitkräften wird von einer höheren Bereitschaft zur Flexibilität ausgegangen.

Ich habe 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wobei das 20 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind. Davon habe ich eben einen relativ großen Anteil an Teilzeitkräften und das ist auch mit ein Grund, warum einfach diese Bereitschaft so hoch ist. Weil natürlich in Teilzeit einfach auch die Mitarbeiterinnen flexibel sind, oder flexibler sind und eine Vollzeitkraft ist sowieso schon fast immer da. Da ist es dann einfach schwieriger.“ (SL13)

„Ich habe heute schon zu meinen Kolleginnen gesagt, wir bräuchten eigentlich eine Flexibilitätszulage, weil wie wir oft zaubern auf dieser Station, das heißt einfach wie wir uns gut aufteilen und zusammenhelfen. Es geht nicht anders, man muss die akuten Situationen lösen.“ (BK80)

Gerade auch Führungskräfte schildern, dass das System Krankenhaus derzeit nur noch funktioniert, weil die Beschäftigten so hohe Selbstansprüche haben und daher immer an den Patienten/-innen orientiert sind.

„Und da ist es natürlich günstig, dass die, wie soll ich jetzt sagen, von ihrer Einstellung her, sind wir ja noch immer so, die Hilfeleistenden und da passiert einmal lange nichts, bis man dann sagt, jetzt ist es wirklich genug.“ (PM17)

„Ja, ich habe das Glück, dass ich relativ gut belastbar bin. Und flexibel. Also ich merke es dann schon. Es gibt dann auch andere, wo ein bisschen mehr Grenzen sind.“ (BK38)

Die Einsatzbereitschaft geht teilweise so hoch, dass Mitarbeiter/-innen schon vor ihrer Arbeitszeit mit der Arbeit beginnen, um ihren Ansprüchen gerecht zu werden, größtenteils auch unbezahlt ➤ *siehe auch Kap. 5.4.7.*

„Dienstbeginn ist eigentlich um 7. Wir sind aber um Dreiviertel 7 schon gestellt. Das hat sich so eingependelt.“ (BK38;Unfallchirurgie)

„Ich war vorher in einer Autowerkstatt [Anm.: tätig], wo man sich denkt, wo bin ich da überhaupt, warum lassen sich die Leute das gefallen.“ (SL22)

Die Befragten schildern häufig, dass der Anspruch an Gesundheitsberufe nicht mehr zusammenpasst mit den Rahmenbedingungen, die vorhanden sind. Sie fordern daher eine Verbesserung bei den Personallösungen ein.

„Und als Krankenschwester gibt man alles, du bist einfach, was die Patienten angeht, bedürfnisorientiert. Sicher einmal mehr einmal weniger, je nach Stresslevel, aber wir sind auf wahrnehmen aus und deshalb passt das nicht zusammen, auf der einen Seite gibt man alles und man bekommt zu wenig zurück. Trotzdem arbeite ich noch gerne, das möchte ich schon sagen.“ (BK80)

„Ich glaube, die Kuh ist gemolken. Also mehr aus dem bringt man nicht mehr hinaus. Wir haben eine hohe Belastung und es wundert mich an manchen Tagen, wie wir das geschafft haben. Und wir haben es geschafft, der Patient ist zufrieden. Und es kommen auch noch Patienten zu mir und sagen, wie Sie die Station, wie die geführt wird, und da gibt es noch ein Mensch und keine Nummer und das macht uns aus. Und das geht bei Zahlen, Daten, Fakten unter. Wir sind immer zum Wohle der Patienten da und das widerspricht sich.“ (SL29)

5.4.1.3 ERLEBTE WERTSCHÄTZUNG

136-mal wurde von den Befragten das Thema Wertschätzung und Image eingebracht. Auf die Frage zur Wertschätzung für die Arbeit im Krankenhaus ergibt sich ein heterogenes Bild. Viele Pflegekräfte schildern, dass sie Wertschätzung von den Patienten/-innen erhalten.

„Und von den Patienten kommt halt sehr viel zurück. Auch die Einzelberatungen, sie wissen, wenn sie anrufen, bin ich da für sie. Und das schätzen sie halt schon sehr.“ (BK49)

„Von den Patienten bekommen wir noch Feedback und da wird das Personal sehr gelobt.“ (BR23)

Zeitgleich sprechen sie aber auch an, dass es immer mehr Patienten/-innen gibt, die den Beschäftigten gegenüber geringschätzend auftreten ➤ *siehe auch Kap. 5.3.6.* Häufig ist es der wertschätzende Umgang im Team und mit manchen Führungskräften, der den Arbeitsalltag erleichtert ➤ *siehe auch Kap. 5.4.8.*

„Dass man gut aufeinander schaut, also und man kann auch wirklich, wenn man jetzt irgendwelche Anliegen hat, immer zu den Vorgesetzten gehen. Das ist auch, also man hat das Gefühl, dass man gut aufgehoben ist, sage ich einmal.“ (BK30)

„Ja meine Chefin lobt mich schon und wie ich mit meiner Ausbildung fertig war, habe ich auch ein Lob von der Pflegedirektion bekommen.“ (BL54;OP-Ass.)

Gleichzeitig wird aber auch noch mehr Wertschätzung durch manche Vertreter/-innen oberer Führungsebenen und von einigen Kollegen/-innen aus der Ärzteschaft hingewiesen.

„Auf der einen Seite gibt man alles und man bekommt zu wenig zurück. Trotzdem arbeite ich noch gerne, das möchte ich schon sagen.“ (BK80)

„Und dann ist keine Wertschätzung mehr da, es ist kein respektvoller Umgang mehr da, es gibt dann eigentlich auch kein Danke mehr, ja, weißt, was so wichtig ist auch, für mich ist das ganz ganz wichtig. Dass ich heute auch einmal danke sagen kann. Super gemacht, klass‘, das geht alles verloren, diese Werte gehen verloren.“ (BR25)

„Wo immer sehr, sehr viele Werte propagiert werden und man viel über Wertschätzung spricht, dann ist das sicher etwas, das bei uns sehr stark mit Leben gefüllt ist. Das heißt, diese Wertschätzung, die man ja propagiert, Patientinnen und Patienten erfahren das, dürfte durchaus auch mit mehr Leben gefüllt sein gegenüber den Beschäftigten, im Sinne von, da gibt es auch noch Verbesserungspotenzial im Bereich der Führungskräfte.“ (BR1)

„Wir kompensieren halt schon sehr viel und das wird nicht wertgeschätzt, also irgendwie ein Danke oder gut gemacht oder Wahnsinn was ihr leistet. Weiß ich nicht wann das das letzte Mal war.“ (BK96)

„Also es kommt ganz auf den Arzt an, aber ich will sicher nicht alle in einen Topf werfen, aber das Gefühl, dass man nur Hilfsarbeiter ist, das ist ganz extrem ausgedrückt, ist schon da.“ (BK62)

„Wenn es uns nicht gibt, kann die Pflege auch nicht arbeiten, können die Ärzte nicht arbeiten, und trotzdem sind wir eine vergessene Schicht.“ (SL17;BMA)

„Was uns in letzter Zeit ein wenig erschreckt hat, ist, dass du, wenn du einen grauen Kragen hast, bist du niemand. Da wird von oben herabgeschaut.“ (BR8)

Gerade Befragte aus interdisziplinären Bereichen berichten zeitgleich, dass mittlerweile in einigen Bereichen die Wertschätzung der Ärzte/-innen gestiegen ist.

„Auch mit den Ärzten... ist das Verhältnis sehr, sehr gut und wie gesagt, die geben uns auch klare Anweisungen in höflicher Form, weil oft vielleicht kann es einmal sein, dass das nicht so ist, aber bei uns ist das wirklich extrem gut.“ (BK30)

Nicht immer fühlen sich die Befragten ausreichend wertgeschätzt. Eine aktuelle Studie der AK Vorarlberg bestätigt dies. Nur 55,9 % geben hier an, dass sie von ihren Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung erhalten, die sie glauben zu verdienen. 50,6 % halten die erfahrene Anerkennung für ihre erbrachten Leistungen und Anstrengungen als angemessen.³⁵⁹

Manche Berufsgruppen schildern, dass sie teils weniger Anerkennung erhalten, weil ihr Berufsbild nicht so bekannt ist und nicht so viele Beschäftigte in diesem Feld tätig sind.

„Also, was man so schon... mitbekommt, ist schon, dass wir halt eher wenig Anerkennung haben, weil man uns halt nicht so kennt.“ (BK72;Orthoptik)

Generell wünschen sich viele Befragte mehr Zeit für ihre Arbeit als Wertschätzung. Bei der Berechnung neuer Vorgaben wünschen sich die Befragten, mehr als Experten/-innen eingebunden zu werden.

³⁵⁹ Geissler, 2019

„Nur Zuneigung braucht Zeit, das geht nicht im Vorbeigehen. Und genau das ist der Faktor. Der Faktor ist nicht mehr da, dass du mal Zeit hast.“ (BR8)

„Ich möchte einfach die persönliche Betreuung, diese Beziehungspflege aufrechterhält. Also nur auf Funktion jetzt zurück gehen, dass wäre für mich der falsche Weg. Nur um Zeit zu sparen.“ (SL42)

„Natürlich gibt es genug zu ändern. Es ist so, dass ich glaube, wenn ich versuche, mich in die Situation dieser Menschen zu versetzen, die an diesen Schalthebeln sitzen. Ich glaube, ich würde mir wirklich die Expertise vom Betroffenen vor Ort holen. Das ist einmal Punkt eins, dass ich überhaupt Verständnis entwickeln kann für das Problem.“ (PM23)

Die Befragten wünschen sich vielfach mehr Wertschätzung durch die Politik und Gesellschaft.

„Und, dass du von der Arbeitswelt und der Politik wahrgenommen wirst. Wenn jetzt wo steht, es fehlen 100 IT-Menschen in Österreich wird ein Mords- Bahö geschrien, aber wenn jetzt 10.000 Pflegende fehlen, das ist eigentlich Standard. Und da denke ich mir immer wieder wie weit der Standard in der Gesellschaft dargestellt wird. Wie ist denn das Bild in den Köpfen? Und da gehört etwas geändert.“ (SL42)

„Und was mir am allermeisten stinkt, dass man das nur in der Pflege macht. Keiner, weil wenn ich nur 50 Prozent Belegung habe, das würde ja dann heißen, dass die Verwaltung auch zu 50 Prozent nach Hause gehen müsste... oder man stellt sich vor, es müssen 50 Prozent der Ärzte dann heim gehen. Ich finde das wirklich furchtbar für mein Personal. Ich bin schon so lange in der Gewerkschaft, ich bin schon so lange in diesem Beruf. Warum hat man auf diesen Beruf vergessen? Für mich. Also für mich in der Pflege, ich habe oft das Gefühl, man hat auf uns in der Vertretung vergessen... Wir haben das Gefühl, dass man auf uns vergessen hat... Wir haben die 12-Stunden-Tage, uns sind die Überstundenzuschläge weggefallen und keiner sagt was.“ (SL35)

Auf Gesamtsystemebene wünschen sich viele Befragte auch eine wertschätzende Entlohnung ihrer Arbeit *➤ siehe auch Kap. 5.8.2.*

„Gesellschaftlich ist sicher noch einiges zu machen, Aufwertung, Bezahlung, dass man gut leben kann davon.“ (SL42)

5.4.2 ALTERSSTRUKTUR DER BESCHÄFTIGTEN

„Gibt es auch wieder zwei Seiten. Wir haben ja natürlich die Jungen, die sehr gerne, da gibt es... eine große Gruppe, die sehr gerne und viele Nächte machen wollen und dann haben wir die Älteren, die die Belastungen einfach schon spüren von den jahrzehntelangen Nachtdiensten, Schichtwechselfeldern.“ (BR22)

Beschäftigte aller Altersgruppen arbeiten in den öö. Krankenhäusern.

„Wir haben einen guten Mix... Aber ich habe mich über den Schnitt sehr gefreut, weil es eine gute Mischung, quer durch ist.“ (PM4)

„Ich muss sagen, ich habe wirklich zwei ganz tolle Teams, die wirklich miteinander super arbeiten können. Das hat sich so entwickelt und die haben die Jungen auch schön mitgenommen. Also es ist wirklich so ein Generationsmix.“ (BL6)

Jedes Alter bringt unterschiedliche Chancen und Herausforderungen mit sich.

„Ich glaube, die größten Herausforderungen in so einem Gesundheitsberuf oder in so einem weiblich dominierten Beruf sind eben die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zum einen, weil sie nicht mehr alles tun können und weil sie einfach nicht mehr so belastbar sind. Und die zweite Geschichte sind sicher die werdenden Mütter, die nicht mehr alles machen dürfen. Und auch wenn sie dann wieder zurückkommen, die sich einfach für eine Zeit andere Prioritäten setzen in ihrem Leben.“ (BR18)

Diese und auch deren Auswirkungen auf die Personalberechnung werden in diesem Handlungsfeld skizziert.

5.4.2.1 JÜNGERE BESCHÄFTIGTE

Aufgrund der Interviewergebnisse lohnt es sich, einen Blick auf die jungen Kollegen/-innen zu werfen.

Deutlich wird, dass junge Kollegen/-innen gerade in der Einarbeitung *➤ siehe Kap. 5.7* und als Praktikanten/-innen *➤ siehe Kap. 5.4.5* gute Begleitung und die nötigen Zeitressourcen brauchen. In der Praxis ist die Zeit dafür nicht immer ausreichend vorhanden.

„Nein, also das leidet auch. Also die Einarbeitungszeit leidet auch. Das macht wieder Druck auf die neuen Mitarbeiter, die sich dann unsicher sind, es ist schwierig auch für die Leitungen zu schauen, sind wir eh auf einem Level, was jetzt fachliches Wissen anbelangt. Dinge gehen unter, Dinge gehen verloren. Das ist sozusagen ein Teufelskreis..., alles leidet.“ (PM17)

Junge suchen oft Herausforderungen in speziellen Bereichen.

„Junge Menschen interessiert jetzt nicht nur die Grundpflege und vielleicht schon gar nicht diese komplexe Grundpflege, die ein Demenzkranker braucht, weil sie es vielleicht nicht so greifbar haben, die Erfahrung fehlt. Der Trend ist, alle unsere jungen Leute wollen auf die Intensiv, alle nicht, aber der Großteil. Das ist interessant, da tut sich was, da geht etwas weiter.“ (E8)

Häufig wurde genannt, dass jüngere Kollegen/-innen teils andere Lebensprioritäten haben, die teils auch Auswirkungen auf die Personaleinsatzplanungen haben.

„Die Jungen und die Alten, das splittert sich total. Die Y-Generation, die Jungen sind viel freizeitorientierter, da ist ganz klar die Arbeit nicht die erste Priorität. Da gibt es auch ganz viele frisch Diplomierte, die sagen, da nimm ich nur 30 Stunden, das reicht mir auch. Die sind einfach viel freizeitorientierter und die schauen, dass sie da eine Lebensqualität haben.“ (SL2)

Unterschiedliche Einstellungen zur Arbeit führen oft auch zu Konflikten zwischen den Generationen.

„Das wird noch viel schlimmer, weil nämlich die Alten, das nicht verstehen, warum die Jungen so sind und die Jungen sagen, dass die alle dumm sind, wenn sie das tun, dass schafft euch ja niemand an, ihr müsst das ja nicht tun, ihr seid selbst schuld.“ (SL2)

„Sei es die Kulturunterschiede zwischen Vorgängergeneration an Personal und Nachfolgenera-tion an Personal, die teilweise ja massive Unterschiede bis zur eigenen Selbstorganisation im Arbeitsalltag haben.“ (E10)

„Wobei natürlich die älteren dann sagen, passt eh, ich hab‘ es eh nicht so mit dem Computer. Ich geh auf die Glocke, du machst die Dokumentation, was aber dann natürlich eine Eigendynamik entwickelt, dass man ihnen automatisch die Kompetenz dazu gibt, dass sie sich an den Rechner setzen und die anderen die niederen Tätigkeiten machen. Da sind aber die älteren auch daran schuld, weil sie sich mit dem Rechner zu wenig auseinandersetzen. Irgendwann jammern sie dann und sagen, mah, die geht überhaupt nicht mehr auf die Glocke.“ (BR11)

Selbst jüngere Kollegen/-innen schildern steigende Belastungen. So ist selbst mit 30 Jahren der Nachtdienst oft anstrengend.

„Da haben wir eigentlich keinen älteren in dem Sinne, die älteste bei uns ist 30. Aber die letzte, die ist jetzt auch schon wieder länger in Pension, die hat das gut geschafft mit 100 Prozent und Tag- und Nachtdienste. Aber es ist unterschiedlich. Bei uns ist es eher so, dass sie schon jammern, in jüngeren Jahren, dass die Nachtdienste anstrengend sind.“ (SL6;Hebamme)

Die Befragten schildern, dass gerade jüngere Kollegen/-innen schneller Grenzen aufzeigen. Dieser neue Zugang wird von vielen Befragten begrüßt. Als Herausforderung sehen sie aber auch, dass die derzeitigen Überlegungen in der Personalberechnung häufig darauf aufbauen, dass mit der Aufopferungsbereitschaft der Kollegen/-innen gerechnet wird *➤ siehe auch Kap. 5.4.1*.

„Die Belastbarkeit, ist eh glaube ich Gott sei Dank nicht mehr so hoch. Dieses Opfern, das wir eigentlich schon noch sehr haben, dieses Aufopfern für den Beruf und für die Firma, da hast du eh nichts davon. da merke ich schon, die jungen Hebammen haben ein ganz anderes Selbstbewusstsein als wir damals. Das kann man nicht vergleichen. Das ist eh gut, aber da wird es irgendwann einmal einen Crash geben, weil die lassen sich das nicht gefallen.“ (BK11;Hebamme)

5.4.2.2 ÄLTERE BESCHÄFTIGTE

Der Anteil an älteren Beschäftigten steigt demografiebedingt an.

„Nein, wir sind, also wir sind eher alt,..., also wir haben einen großen Teil an der Belegschaft, die eher in den älteren Bereich gehört.“ (BR22)

„Ich habe jetzt großteils Mitarbeiter, die sehr berufserfahren sind, das heißt in den nächsten 5 bis 7 Jahren geht der Großteil in Pension. Die haben natürlich sehr viel intuitives und Erfahrungswissen, sind aber auch auf der anderen Seite hoher psychischer Belastung ausgesetzt, durch das, dass sich ständig irgendetwas ändert. Man ist halt auch mit 55, 60, 62 nicht mehr so, dass man von einem auf den anderen Tag, anders einstellen kann.“ (PM14)

Das Durchschnittsalter liegt laut Einschätzungen einiger Interviewpartner/-innen teils bei 50 Jahren. Ältere Kollegen/-innen werden als Bereicherung im Arbeitsalltag empfunden.

„Ich habe einen Altersdurchschnitt, ausgedrückt jetzt, wir haben einen Altersschnitt von derzeit 50 Prozent, mit über 45 Jahren, über 45 bis zur Pension... Ich habe es nämlich schwarz auf weiß, 50 Prozent.“ (BR25)

„Aber die haben halt dann andere Zugänge zu verschiedenen Sachen.“ (SL32)

„Weil jede alte Schwester,..., die hat wahnsinnig viel weiter zu geben hat an Fachwissen. Also vor allem nicht das Fachwissen, das in den Büchern steht, sondern das was im Notfall, im Akutfall wirklich anzuwenden ist.“ (BR30)

Manche Aufgaben lassen sich mit zunehmendem Lebensalter auch besser meistern. Dazu zählen vor allem beratungs- und beziehungsintensive Aufgaben, wie z.B. die Arbeit in der onkologischen Beratung.

„Ja, das kann ich jetzt natürlich, ob ich 20-jährig bin, die vielleicht frisch von der Ausbildung kommt, die wird das vielleicht anders empfinden und eine junge Kollegin habe ich, die sagt, sie wird sich wieder verändern, sie hält das nicht aus, dass sie immer mit Brustkrebspatientinnen zu tun hat. Aber für mich persönlich und ich denke, ich bin ja schon reifer und älter und habe mehr Lebenserfahrung, also für mich passt es gut.“ (BK83;Pflegeexpertin Onko)

Manche Tätigkeiten, vor allem aber auch die Umstellung auf neue Prozesse, fällt im Alter vielen schwerer.

„Was man so hört von den Kollegen, tun diese sich schon noch schwerer, weil sie einfach weniger mit dem Computer schon immer weniger zu tun gehabt haben und auch vielleicht nicht so gelernt und brauchen auch oft länger.“ (BK62)

Ältere Beschäftigte haben teils bereits gesundheitliche Einschränkungen, die eine Auswirkung auf die Dienstplangestaltung haben ➤ *siehe auch Kap. 5.5.3.*

„Gleichzeitig ist der Großteil vom Personal auch schon um die fünfzig Jahre alt und jeder hat schon körperliche Gebrechen und jetzt muss ich mit älteren Mitarbeitern, die eigentlich entlastet werden sollten, muss ich körperlich volles Programm machen.“ (SL18;Physio)

„Vor allem, ich merke es dann bei Mitarbeitern, die schon eine gewisse Zeit in dem Beruf sind, die dann schon gesundheitliche Einschränkungen auch haben. Wo man nachher schon sieht, die

können zum Beispiel keinen langen Dienst mehr machen, weil sie es einfach nicht mehr schaffen.“ (PM20)

„Wir sollten ja immer älter werden und arbeiten, also jetzt sind wir nicht mehr 60 sondern 62 und 63, du siehst schon vermehrt, speziell auf starken Stationen, es ist da einfach vom Alter her, nicht mehr zu schaffen. Wie kann ich, wie kann ich, was können wir machen, dass man sagt, jetzt bin ich 58 Jahre, 60 Jahre, jetzt muss ich aber noch drei Jahre arbeiten, gibt es überhaupt irgendetwas in einem Krankenhaus, gibt es Arbeitsbedingungen, was erleichtert, wenn ich dieses gewisse Alter habe.“ (BR4)

„Das Alter macht, das ist in dem Beruf schon... und das ist nicht nur... weil man früher gesagt hat, ja, das Heben, und du hast jetzt einfach einen Bandscheibenvorfall. Das ist es schon lange nicht mehr alleine, also das ist einfach diese ganze Vielfalt, wo man einfach auch... Nur habe ich selbst gesehen, zwei Tage, zum Beispiel Samstag, Sonntag, ist mir schon zu wenig geworden zum Regenerieren.“ (BR4)

„Es wäre sicher erstrebenswert, dass man nicht bis 65 arbeiten müsste. Man muss sich also jetzt außerhalb der Arbeit gut schauen, dass man sich um seinen Körper kümmert und schauen, dass man fit bleibt.“ (BK65;Ergo)

„Also es kann sowohl psychisch als auch körperlich zu anstrengend werden. Und ich weiß auch welche, die eben nicht so leistungsfähig sind, die nicht 40 Stunden arbeiten könnten.“ (BK32;Physio)

„Der Nachtdienst ist sicher sehr belastend. So viele junge haben wir nicht mehr und weil es einfach durchgeht, kommt man da aus dem Rhythmus. Und auch tagsüber ist es oft schon sehr belastend, vor allem das Tempo. Aber es ist nicht permanent, es gibt eben so Spitzen und dadurch geht es dann doch wieder.“ (BL18;BMA)

„Das frage ich mich schon. Wenn ich mir denke, dass ich bis 65 arbeiten muss und knie dann, als selber schon ältere Dame mit Patienten im Patientenbett, dann ist es für mich schon fragwürdig.“ (BK65;Ergo)

Gerade die Arbeit in der Nacht und fehlende Regenerationszeiten werden als fordernd beschrieben.

„Oder auch zum Körperlichen, da fällt mir vielleicht generell noch ein, der Turnusdienst und Nachtdienste, gerade je älter man wird, man spürt jedes Jahr. Ich weiß, ich habe in der Nacht zwar voll gerne gearbeitet, aber die Erholungszeit ist nicht ohne.“ (BK12;Hebamme)

„Ich habe lange keine mehr machen müssen, das ist sich Gottseidank super ausgegangen, aber jetzt muss ich. Ich mag es nicht, denn es tut mir gar nicht gut. Die Nacht selbst ist nicht so schlimm, aber die Zeit danach ist es für mich.“ (BK11;Hebamme)

„Es gibt Kolleginnen, die stecken den Nachtdienst auch weg, ich früher auch, aber mittlerweile bin ich da sehr ferngesteuert.“ (BK56;Hebamme)

Auf die Altersstruktur ist besonders Rücksicht zu nehmen, da mit zunehmendem Alter auch die Arbeitsbewältigungsfähigkeit sinkt, vor allem dann, wenn es keine systematischen Entlastungsmaßnahmen für Ältere gibt.³⁶⁰

„Ja, lebensphasenorientierte Arbeitsplatzgestaltung wird uns noch sehr beschäftigen, weil wir werden immer länger arbeiten müssen, dürfen. Und das ist natürlich in dem Bereich körperliche Belastung, psychische Belastung schon eine Herausforderung.“ (PM13)

³⁶⁰ Siehe dazu auch Geissler, 2019

Bereits 2013 hat das Pflegekonsilium konkrete Maßnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit³⁶¹ von älteren Beschäftigten gefordert, z.B., dass ein Altersfaktor eingeführt werden soll, der mit dem 20. Lebensjahr beginnt.

Die Befragten fordern, dass die Anforderungen älterer Kollegen/-innen in den Personalberechnungsmodellen noch viel stärker einfließen müssen.

„Nein, das Problem bei den Dienstpostenplänen für meine Begriffe ist ja auch, dass man nicht genügend Rücksicht nimmt auf älter werdende Belegschaften... Ich glaube einfach, dass es da beginnt. Das wird sich verschärfen, weil heute Leute, die alle bis 65 arbeiten sollten. Weil das gar nicht geht, dass die alle noch so leistungsfähig sind. Jetzt bin ich 57. Ich war im OP über Jahre und ich könnte es mir nicht mehr vorstellen, heute noch im OP zu stehen.“ (BR18)

„Ich meine, dass ist 100%ig, wenn man sich das genau ansieht würde es sich nicht ausgeben. In manche Bereiche geht es vielleicht, wenn du jüngeres Personal hast, aber wie Sie sagen, wenn sie älter sind, da brauchen sie sicher mehr. Da geht es halt um das Geld, aber besser wäre natürlich mehr. Und das stimmt natürlich, mit sechster Woche, Krankenstand oder Kur.“ (PM16)

„Und ich muss sagen... habe Praktikum gemacht in Deutschland und in der Schweiz und da arbeiten sie schon lange bis 65 und das fällt einem richtig auf, so alte Leute im Dienst, aber die haben sehr wohl Gesetze geschaffen, für diese Leute. Die brauchen keinen Nachtdienst mehr machen. Die haben andere Arbeiten. Die sind nicht mehr in den Zimmern und sind voll eingeteilt. Die machen Bestellungen für Apotheken und so organisatorische Sachen. Also da muss sich bei uns was tun.“ (BK63)

Die Zunahme an älteren Beschäftigten ist aus Sicht der Befragten zu wenig in den Fehlzeiten berücksichtigt *➤ siehe auch Kap. 5.5.4.*

„Das Nächste, was für mich spannend ist, ich weiß ja auch nicht, ob da wirklich die echten Fehlzeiten berechnet werden. Wir haben in der Pflege ja sehr viele ältere Kolleginnen, die natürlich viel mehr Urlaub haben.“ (BR23)

Auch soll es rechtliche Möglichkeiten geben, sich von Nachtdiensten befreien zu lassen.

„Ich finde, dass einem das ab einem gewissen Alter zusteht, dass man keine Nächte mehr macht, aber ich weiß nicht, wie ich das als Leitung abfangen soll. Ich glaube nicht, dass alle bis über 60 Nächte machen können. Ich finde da gehört auch eine Regelung her.“ (SL18;BMA)

Gefordert wird in diesem Zusammenhang auch ein Rechtsanspruch auf Altersteilzeit³⁶² und häufig auch eine Neudefinition von Vollzeit.

„Aber ich glaube, es wird die Zeit kommen, wo jemand ab einem bestimmten Alter, oder ab einer gewissen Verweildauer im Beruf, nicht mehr voll arbeiten können wird. Und das wird aber die Mehrzahl sein.“ (SL13)

³⁶¹ Die beschriebenen Maßnahmen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Dienstpostenberechnungen und den Personaleinsatz für einzelne Abteilung. Es bedarf daher einer genaueren Analyse der Ausgangslage und die Ableitung konkreter Maßnahmen.

³⁶² Gratzner, 2014

5.4.2.3 IDEEN AUS DER PRAXIS

Die Führungskräfte in den Krankenhäusern versuchen, bessere Rahmenbedingungen für ältere Beschäftigte zu schaffen, wie z.B. durch Versetzungen in andere Bereiche mit weniger Belastungen, weniger Nachtdienste, etc. Einige Träger, wie z.B. die Gespag haben eigene Konzepte zur Lebensphasenorientierung für die Mitarbeiter/-innen eingeführt.³⁶³

„Und ich muss ja ganz ehrlich sagen, wir haben auch vom LOA-Team, ich habe speziell von der Pflegedirektion jegliche Freiheit, wenn wer Wünsche hat, dass man das durchbespricht. Dass auch auf den Stationen so gelebt wird. Weil ich gesagt habe, wie schaut es aus mit euch? Die Nachtdienste sind so schwer? Gut, dass ich sage, ab dem 55. oder 52. Lebensjahr, ihr macht nur mehr Hausnummer zwei Nachtdienste im Monat.“ (BR30)

„Hat es schon gegeben, Überlegungen, hat man schon versucht, hat man schon geschaut. Ist es auf Ambulanzen leichter? Geht man, ja, es ist momentan so, oder, es wird zunehmend so, dass es fast nichts mehr gibt, an Arbeit in einem Krankenhaus, wo man sagt, es ist eine leichtere Arbeit, speziell, wenn ich älter werde.“ (BR4)

„Da haben wir auch geschaut, eben mit Einbindung mit Betriebsrat... dass man sagt, ok. Früher war es ja ganz streng. Jeder hat drei Nächte zu machen, jeder hat das zu machen. Da haben wir dann schon geschaut... wenn die Kollegin sagt, ich schaffe es nicht mehr zwei Nächte. Dann haben wir das Glück, muss ich jetzt ehrlich sagen, auf einer Station und sonst muss man schauen, wie man die Leute auf Stationen, dort hingeben kann, wo es heißt, ok, da gibt es mehr Junge, die reißen sich um die Nächte.“ (BR4)

Die Praxis zeigt jedoch, dass die vorhandenen Möglichkeiten beschränkt sind, vor allem unter dem Aspekt, dass die Beschäftigten immer älter werden und aufgrund der Pensionsanpassungen auch länger arbeiten werden.

„Also wir schauen in der Einsatzplanung... dass wir praktisch, die, die weniger Nächte machen wollen, eine Umverteilung machen zu den Kollegen die mehr machen wollen. Aber trotzdem schickest du dann auf die Jüngeren. Weil trotzdem wird es welche geben, die schaffen es gut, aber es ist trotzdem, ob das der Weisheit letzter Schluss sein kann, da werden wir Konzepte brauchen, dass man einfach einen Ersatz bekommt dafür... Aber wir werden für den Bereich irgendwie, wenn die Leute länger arbeiten gehen müssen, für das irgendwie Rechnung tragen müssen. Weil man kann es nicht immer nur auf die Jüngeren überlagern.“ (PM13)

5.4.2.4 FAZIT

Die Altersstruktur der Beschäftigten zeigt Anforderungen in allen Beschäftigtengruppen. Während jüngere Kollegen/-innen spezielle Bereiche bevorzugen, mehr Zeit für den Aufbau von Wissen brauchen und häufig eine andere Werthaltung aufweisen, sind es bei den älteren Kollegen/-innen häufig die zunehmende Belastung, gesundheitliche Folgen, anstrengende Nachtdienste und längere Generationszeiten, deren Auswirkungen auch in der Personalberechnung besser berücksichtigt werden sollten ➤ *siehe auch Kap. 5.6.* Beschäftigte schildern, dass die Anforderungen derzeit enorm sind, dass aber, der nötige Wille vorausgesetzt, auch Lösungen für die Arbeit bis zur Pension geschaffen werden können.

„Also, wenn man da so eben einfach aufeinander Rücksicht nimmt, habe ich das Gefühl, dann ist es schon möglich. Es gibt für mich, finde ich schon, einen Einsatzbereich, wo ich tätig sein kann bis zum Schluss. Denke ich mir jetzt derweil, ja.“ (BK107;Ergo)

³⁶³ Siehe dazu das Projekt "Lebensphasenorientierte Arbeitsgestaltung in der Gespag"; Arbeit und Alter, o.A.

5.4.3 RÜCKKEHRER/-INNEN UND WIEDEREINSTEIGER/-INNEN

Beschäftigte befinden sich in unterschiedlichen Lebensphasen, die sich auch in Auszeiten aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse äußern. Die Rückkehr nach längeren Abwesenheiten durch Krankheit, Elternschaft, etc. stellt Krankenhäuser vor Herausforderungen. Exemplarisch wird hier das Beispiel Rückkehr nach Elternzeit und nach Krankheit beschrieben.

Elternschaft

Gerade Frauen haben teils lange Auszeiten aufgrund von Kindererziehungszeiten. Die Rückkehr muss gut gestaltet werden, damit die Rückkehrer/-innen ihre Arbeit gut bewältigen können. Zeit für Einarbeitung, Einschulung in neue Systeme, etc. sind wichtig und zugleich zeitintensiv *➤ siehe Kap. 5.7 bzw. Kap. 5.6.3.5.*

„Ich glaube, dass es Menschen gibt, die zum Teil jahrelang bei den Kindern zuhause waren und gerade meine Generation war jahrelang bei den Kindern daheim. Dass sie dann den Anschluss verpasst haben mit den ganzen neuen Technologien.“

(BR18)

Aufgrund neuer Prioritätensetzung bei vielen Frauen ergeben sich auch neue Anforderungen, wie z.B. spezielle Arbeitszeitwünsche, Teilzeit, etc., die in die Dienstplangestaltung *➤ siehe auch Kapitel 5.5.3* einwirken.

„Ich habe aber auch viele, die zurück kommen aus der Karenz, nach dem ersten oder nach dem zweiten Kind und die ganz klar sagen, ich komme jetzt mit Teilzeit, 20 Wochenarbeitsstunden oder so. 40 Stunden würde ich nie wieder arbeiten, weil ich mir selber das einfach nicht antue.“ (SL13)

Auch die Organisation von Karenzvertretungen bringt Aufgaben mit sich, so müssen sie gut integriert werden und meist wird im Anschluss versucht, auch neue Arbeitsplätze im eigenen Träger anzubieten.

„Wenn jetzt jemand von Karenz zurückkommt und die Vertretung... Wir haben keinen Platz. Früher haben wir gesagt, ok, die geht eh in einem Jahr in Pension, bleibst du halt da, stellst du sie dazu ein. Solche Sachen gibt es nicht mehr. Wenn eine eine Karenzvertretung hat, die muss dann gehen, aber es wird immer geschaut. Man sagt nicht, auf Wiederschauen, baba, sondern... oder irgendwo in der Nähe, da gäbe es so etwas, da wird schon geschaut.“ (BR30)

„Wiedereingliederung nach der Karenz. Ist auch ganz ein Thema. Genau, wir haben momentan das, dass vorausgesetzt wird, dass jeder Wiedereinstieg mindestens zwanzig Stunden, mit zwanzig Stunden kommt. Genau. Weil gewünscht ist, dass ein bisschen eine Stetigkeit da ist. Genau.“ (BK48)

Führungskräfte schildern die großen Herausforderungen, stellen aber auch klar, dass diese Lösung wichtig ist, um als attraktive/r Arbeitgeber/-in zu gelten.

„Und auch, wenn sie dann wieder zurückkommen, die sich einfach für eine Zeit andere Prioritäten setzen in ihrem Leben... Was auch wichtig und gut ist. Weil auf der einen Seite, entweder sind wir ein familienfreundliches Krankenhaus oder wir sind es nicht.“ (BR18)

„Nein wir brauchen keine Krabbelstube! Jetzt haben wir Gottseidank doch eine, weil der Aufsichtsratsvorsitzende gesagt hat, vielleicht wäre das doch nicht blöd, weil man die Bindung der Leute an den Betrieb einfach forciert.“ (BR18)

Rückkehr nach langen Krankenständen

In Studien³⁶⁴ wird auch die Rückkehr nach langen Krankenständen oder auch passende Arbeitsbedingungen für „Begünstigte Behinderte“³⁶⁵ als große Herausforderung gesehen. Teils wurden auch in den Interviews diese Aspekte thematisiert.

„Auch natürlich die zunehmenden Langzeitkrankenstände, wo man hintenherum dann erfährt, es geht Richtung Burn-out. Also, die dann auch wirklich, wenn sie zurückkommen auch nicht sofort Nachtdienst machen können, oder auch nur ein oder zwei Dienste hintereinander, wo man auch mit der Arbeitsmedizin sich dann abspricht, dass man die Mitarbeiter wieder hineinbringt. Wir haben Mitarbeiter in einigen Teams, die aus irgendwelchen Gründen keine Nachtdienste machen können, die Teilinvalide sind. Also auch das schlägt sich bei den Teams natürlich nieder.“ (PM17)

„Wir haben jetzt auch schon die Erfahrung gemacht, wenn Mitarbeiter nach einer schwierigen Krankheit nach sechs bis sieben Monaten zurückkommen, die kann ich nicht wieder gleich 40 Stunden einstellen. Ich weiß aber auch, dass ich das nicht reduzieren kann, weil, sonst kann sich der sein soziales Leben nicht leisten. Und da haben wir Modelle geschaffen, mit unserem Gesamtleiter, dass wir gesagt haben, die fangen mit einem gewissen Prozentanteil wieder an und den Rest sollen sie einmal Urlaub abbauen.“ (PM9)

„Bis jetzt haben sie halt den Urlaub konsumiert. Das heißt, es ist rein auf Kosten des Arbeitnehmers gegangen...“ (BR18)

„Aber ich habe mir nach meinem Krankenstand sehr schwergetan, wirklich, weil dann schaue ich immer, dass die Wäschesäcke nicht so überfüllt sind... Weil, ich habe dann immer die Angst, dass dann irgendwo.“

(BK92;Abteilungshilfe)

Derzeitige Modelle der Wiedereingliederung nach langer Krankheit gehen meistens zulasten der Beschäftigten. Gewünscht werden Modelle mit Rechtsanspruch und eine Berücksichtigung in der Personalplanung.³⁶⁶

„Was ich da total schade finde, dieses Modell, dass eine 40-stündige, wegen langer Krankheit, zum Beispiel Burn-out, keine Ahnung. Die war jetzt drei Monate im Krankenstand, die will wieder zurückkommen und, die muss mit 40 Stunden einsteigen. Sie kann sich das privat nicht leisten, dass sie runtersteigt mit den Stunden, dann steigt die mit 40 Stunden wieder ein, dann kann ich ihr vielleicht noch entgegenkommen, wenn sie noch einen Urlaub stehen hat. Da hantelst du dich halt rüber, aber das ist nicht die Möglichkeit, dass man ein stufenweises Einsteigen machen kann, ob das mit vollen Bezügen oder irgendwie, ein Modell irgendwie. Das wäre was tolles.“ (PM20)

Abschließend bleibt zu sagen, es gibt große Bemühungen, die Beschäftigten nach langen Auszeiten wieder gut im Arbeitsalltag zu integrieren und auch Unterstützungsstrukturen zu schaffen.

„Wir haben das dann so gemacht, ich habe einmal sechs Wochen nur vormittags Dienst gehabt und einmal Nachmittag..., aber es war dann auch irgendwann nach zwei, drei Wochen dann anstrengend, wenn man jetzt jeden Tag herinnen ist... Ich habe es dann geschafft. Es waren anstrengende Tage. Ich habe mich dann mal wieder gefreut, dass es mir so gut geht, dass ich wieder mal arbeiten gehen darf.“ (BK92;Abteilungshilfe)

³⁶⁴ Siehe z.B Staflinger, 2016

³⁶⁵ Während in Alten- und Pflegeheimen viele Mitarbeiter/-innen mit Einschränkungen in der Pflege arbeiten, siehe: Staflinger, 2016, wurde in den Interviews deutlich, dass „Begünstigte Behinderte“ im Krankenhaus eher in der Küche, Wäscherei, etc. eingesetzt werden.

³⁶⁶ Als Idee für eine Weiterentwicklung kann hier das Modell der Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) gesehen werden, das ohne Rechtsanspruch für Arbeitnehmer/-innen mit privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen gilt, siehe dazu auch BMASGK, o.A.a bzw. die aktuelle Rechtsquelle (Wiedereingliederungsteilzeitgesetz)

Ob die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppen bereits ausreichend in den derzeitigen Personalberechnungen abgebildet sind, kann nicht mit Sicherheit bejaht werden. Empfohlen wird daher eine spezielle Untersuchung der Bedürfnisse der beschriebenen Beschäftigtengruppen mit der Ableitung weiterer Handlungsbedarfe.

5.4.4 SCHWANGERE

„Und sie sind nicht wirklich einsetzbar. Und ich versteh es auch, ich denke, es ist auch nicht zumutbar.“

(PM17)

Der Frauenanteil bei den Beschäftigten in den oö. Krankenhäusern ist hoch. Ein sinnvoller Einsatz von schwangeren Mitarbeiterinnen ist für viele Befragte eine große Herausforderung, das zeigt auch die Zahl der Nennungen dieses Themas. **86-mal** schilderten die Befragten die aktuelle Situation und konkrete Handlungsfelder.

„Also wir haben jetzt gerade ein sehr junges Team, was durchaus positiv ist, aber was das für die Schwangerschaften bedeutet, sehr schwierig. Also ich sehe das jetzt aus der Dienstplansicht. Ich habe schon teilweise Panik vor dem nächsten Schub, weil es könnten jetzt wieder einige schwanger werden. Also ich rechne schon wieder mit der nächsten Welle von 3, 4 Schwangeren.“ (SL6)

Gerade Angehörige von Gesundheitsberufen wissen über die Bedeutung der Schwangerschaft und fühlen sich dadurch besonders gefordert.

„Ich meine gut, das ist sowieso in der Berufsgruppe, da fürchten sich eh die meisten vom Anfang bis zur Entbindung, weil man weiß, was alles sein kann.“ (PM17)

„Also grundsätzlich lege ich Wert, dass man sich 100 % und, wenn ich sage 100 %, dann ist es ganz selten, dass ich die auch wirklich meine, in dem Fall zu 100 %, will ich, dass die [Anm.: Vorgaben für Mutterschutz] eingehalten werden... Also wir bewegen sich da fix im rechtlichen Rahmen, weil das ist eine Ehrensache, quasi.“ (SL32;ICU)

Selbst schwanger zu sein und die Herausforderungen zu sehen, belastet werdende Mütter teils enorm, wie eine schwangere DGKP schildert:

„Ich finde es nicht sehr kollegial, wenn man die Arbeit sieht und man dann sie nicht machen, man darf sie nicht machen, ich will sie auch nicht machen. Ich weiß, dass ich mein Kind schützen muss und deshalb mache ich es nicht, aber es ist schon schwierig. Mit den isolierten Zimmern, da darf ich nicht rein, Blutabnehmen darf ich nicht, alles, was irgendwie ansteckend sein könnte darf ich nicht. Es bleibt nicht mehr viel.“ (BK24)

5.4.4.1 KONKRETER EINSATZ IST FORDERND

In der derzeitigen Personaleinsatzgestaltung zeigt sich, dass Schwangere teils nicht mehr „korrekt“ eingesetzt werden können, egal, welchem Gesundheitsberuf sie angehören.

„Eigentlich sobald man weiß, dass sie schwanger sind, dürfen sie im Kreißzimmer nicht mehr arbeiten.“ (SL6)

„Es geht auch darum, dass das Mutterschutzgesetz ja sagt, dass du als Schwangere nicht alleine arbeiten darfst. Das ist aber lustig, wenn ich eine Station habe, wo ich drei Gruppen habe, dann ist die Schwangere vielleicht mit einer Schülerin alleine in der Gruppe.“ (BR7)

„Es ist auch schwierig für mich, weil ich so ein kleines Team habe, wenn ich eine Schwangere habe, muss ich die sofort abziehen, die darf mir auch der Station sowieso nichts mehr machen. Sie dürfte das, was die MTF macht, dann nimmt sie der aber die Arbeit weg. Und jetzt kommt es, der Rest des Teams muss das aber tragen. Und wenn ich sage, das sind auch alles Mütter.“ (BL3)

„Die fallen gleich mit den Diensten aus, dürfen nicht röntgen. Werden nicht nachbesetzt, weil sie sind ja noch da, bis sie in Karenz gehen.“ (BK30)

„Ich sage einmal, wenn eine Schwester bei uns schwanger wird, darf sie auf den Tag, sobald sie das bekannt gibt keine Turnusdienste mehr machen. Was aber fürs Dienstrad nichts bringt, weil ich muss trotzdem aufgrund des Personalspiegels 4, 4 sein, also 4 im Nachtdienst und 4 im Tagdienst, 12,5-Stunden-Dienste machen und zwei Patienten voll übernehmen, was ja für den Karenzierten nicht mehr zählt.“ (SL38)

„Ich glaube auf einer anderen Station wird es fast die Hälfte sein, was sie nicht mehr machen dürfen. Das ganze Bettenschieben, Blut abnehmen, infektiöse Kinder, das. Und auch die langen Dienste, da gibt es schon viele Sachen.“ (SL14)

„Im Intensivbereich. Das Delirium, wo Patienten quasi nicht zurechnungsfähig sind. Wo überhaupt letztendlich für mich auch immer Gefahr ausgeht, wo ich mir denke, da möchte ich, dass sie quasi nicht einmal in die Koje reingehen.“ (SL32)

In der Praxis werden häufig Tätigkeitskataloge entwickelt, die aufzeigen, welche Tätigkeiten noch machbar sind. Die Herausforderung der Arbeitsorganisation bleibt.

„Wir haben auf den Abteilungen Tätigkeitskataloge, also Tätigkeiten, die sie machen dürfen und Tätigkeiten, die sie nicht machen dürfen. Das muss aufliegen und durchbesprochen werden und das heißt immer eine Durchorganisation innerhalb der Gruppe, wie man sich von den Tätigkeiten aufteilt. Das ist immer eine Herausforderung... Wie ich Stationsleitung war habe ich halt geschaut, dass die mehr die Administrationsachen und Aufnahmen, solche Sachen halt.“ (BL20)

War es früher noch üblicher, dass Pflegekräfte aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen frühzeitig den Mutterschutz antreten, ist diese Möglichkeit derzeit kaum noch gegeben.

„Noch dazu kam dann jetzt diese neue Geschichte, weil bis vor wenigen Jahren, drei Jahren, sicher mehr oder weniger, wenn dann eine schwanger wurde, ist sie vom Dienst freigestellt worden, was ja jetzt nicht mehr so ist, das heißt die Leute gehen dann in den Krankenstand und die kann ich dann nicht nachbesetzen, das hat massiv etwas ausgemacht, denn im... [anonym.] haben wir im Jahr so ca. 250 Schwangere, also, wenn man sich das vorstellt, dann kann man...“ (G3)

Fordernd wird die Situation vor allem auch dann, wenn mehrere Kolleginnen gleichzeitig schwanger sind.

„Also, wenn ich sage, zwei Schwangere, dann sind das eineinhalb Planstellen.“ (SL32)

„Das kann dramatisch sein. Vor allem wenn ich drei Schwangere habe, auf einer Abteilung. Oder wie wir es einmal hatten, auf einer Abteilung in einem Jahr neun Schwangere.“ (BR18)

„Ich habe jetzt zwei Schwangere auf der Abteilung, ist eine Herausforderung. Drei ist ein Unding. Ja ist so, du kannst keinen Dienstplan mehr erstellen. Es kommt dann sicher auch drauf an, welchen Stundenausmaß sie haben. Es ist so, wenn sie die Meldung abgeben, dann haben sie mit mir ein Gespräch. Sie wissen genau welche Kompetenzen sie haben, und was sie überschreiten dürfen und was nicht.“ (SL29)

Fordernd ist der Einsatz von schwangeren Kolleginnen auch im Reinigungsbereich.

„Und die laufen quasi so mit. Die sind dann nirgends mehr fix eingeteilt. Und jetzt gibt es sowieso ein neues Projekt mit dem Betriebsrat, mit der Bereichsleitung, wo die Bereichsleitung gewährleisten muss, dass sie auch nix mehr tun darf, dass er nix anderes anschafft... da haben wir jetzt schon höhere [Ansprüche als im MSchG] und sonst wird sie vom Dienst frei gestellt, bezahlt natürlich...[mehr Personal] leider nicht, erst dann, wann der in den Mutterschutz geht offiziell.“ (BR19)

5.4.4.2 NACHBESETZUNGEN UNTERSCHIEDLICH GELEBT

Die Nachbesetzung von Schwangeren ist zeitlich sehr unterschiedlich gestaltet. Häufig wird die Stelle erst dann nachbesetzt, wenn die Kollegin in Mutterschutz geht. Die Dienstpostenberechnung bietet laut Aussage der Führungskräfte kaum andere Möglichkeiten.

„Weil was ist, wenn sie das Kind verliert? Dann kommt sie wieder und dann hätten wir jemanden da.“
(BR18)

„Die Nachbesetzung von Graviden ist schon ein Thema in den Häusern. Weil es scheinbar auch unterschiedlich gemacht wird, wann sie nachbesetzt werden, erst nach dem absoluten Beschäftigungsverbot, manche tun es schon vorher... Das kommt auch drauf an.“
(BR3)

„Nein, also das wird wirklich gar nicht berücksichtigt in dem Sinne. Wo sie sich bemühen, ist, dass sie es möglichst zeitnah nachbesetzen, aber das gibt derzeit der Markt nicht her, dass sie jetzt sagen, gut ich brauche wen und am nächsten Tag haben sie wen, sondern es dauert. Wir sind froh, wenn wir es mit Ausscheiden der Mitarbeiterin oder mit der Karenzierung der Mitarbeiterin dann nachbesetzt haben.“ (B22)

Auch wenn versucht wird, frühzeitiger zu ersetzen, so gibt es in manchen Berufen, wie z.B. Hebammen, kaum frei verfügbares Personal. Die Folge ist, dass Beschäftigte häufiger hereingeholt werden ➤ *siehe auch Kap.5.5.5.*

„Es wird schon geschaut, dass relativ schnell nachbesetzt wird, nur es gibt keine Hebammen. Natürlich werden dann die 35%igen eher angerufen, dass man sie braucht. Nur, die haben dann wieder kleine Kinder, die sagen, sie können nicht öfter. Bei mir sind die Kinder schon größer, ich springe öfter ein oder ich sage, ich ersetze jetzt die, ich sage, ich mache nicht mehr die Vormittagsdienste, sondern ich mache wieder 12er. Aber es ist schon immer wieder, dieser Engpass ist schon immer wieder ein Problem.“ (BK20)

5.4.4.3 ZUSATZBERECHNUNG BEI DIENSTPOSTEN SINNVOLL

Führungskräfte schildern, dass Schwangere teils mit vollen Tagen berechnet werden, obwohl sie weniger Stunden arbeiten. Die verbleibenden Kollegen/-innen im Team arbeiten teils mit einer niedrigeren Besetzung.

„... haben dann auch Besonderheiten laut Mutterschutz, maximal 9 Stunden, Sie kennen das eh. Das heißt, die fällt dann auch weg, die gehen um 4 nach Hause, je nach dem was ausgemacht ist. ... Oder es geht ihnen nicht gut. Mit dem muss man immer rechnen... die gravide Mitarbeiterin geht heim und dann sind es eh nur mehr... maximal zu dritt. Weil die gravide Person wird schon als gesamter Dienstposten für die gesamten 10 Stunden gerechnet.“ (SL40)

„Bei drei Schwangeren sind das 120 Stunden, dir fehlt der lange Dienst, dir fehlt der Nachtdienst. Geteilte Dienste sind unbeliebt.“ (SL29)

Empfohlen wird von den Befragten auch eine rechtzeitige Nachbesetzung, um eine gute Einarbeitung zu gewährleisten.

„Früher weiß ich ja noch beim Landesdienst, hast zwei Monate vorher besetzen können, auch zur Einschulung. Die hat den auch noch eingeschult. Jetzt muss das nebenbei gehen. Die werden oft sogar verspätet nachbesetzt, ja.“ (BR25)

Die Forderung vieler Betroffener ist, schwangere Kolleginnen besser in der Dienstpostenberechnung einzuplanen und in den Fehlzeiten zu berücksichtigen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.4.*

5.4.4.4 IDEEN AUS DER PRAXIS

Führungskräfte schildern, dass sie in der Praxis teils mit anderen Bereichen zusammenarbeiten, um schwangere Kolleginnen zu kompensieren.

„Es kann natürlich sein, dass man ein bisschen herumjongliert, zum Beispiel, wenn jetzt von mir eine Schwangere in einen Bereich kommt... aber wenn es wirklich nicht anders geht, dann heißt es ‚ok, dafür gebe ich dir die rauf für die Zeit und so.‘“ (SL31)

Schwangere werden auch häufig in andere Abteilungen „versetzt“, die laut Einschätzung weniger Gefahren bergen.

„Die gravide Mitarbeiterin ist dann aber nur im offenen Bereich.“ (SL40;Psych.)

„Nein, die bleiben dann schon bei uns, aber die kommen halt nicht in den OP, die kommen dann bei uns auf die Leitstelle, oder so, die müssen dann meistens administrative Sachen machen und...“ (BK60; OP-Ass.)

„Wir haben eine Abteilung, da darf keine Schwangere arbeiten, die müssen wir versetzen. Die kommen halt immer als Überbesetzung auf die Geburtshilfe oder Ambulanz, dass man sie da wo unterbringt. Ergibt sich eh oft so, dass da gerade jemand geht.“ (BL20)

„Und wir haben uns ausverhandelt, dass wir, also Schwangere kommen bei uns sofort weg, werden sofort versetzt, weil bei uns die Gefahr einfach zu groß ist, weil wir ja auch die Ambulanz dabei haben am Nachmittag und von draußen sehr viel reinkommt... Genau. Jetzt haben wir so eine Vereinbarung getroffen, über die bin ich aber sehr glücklich, weil der Dienstposten frei ist.“ (SL31)

„Also wir haben vier Pflegekraftabteilungen und eine Pflegegruppe ist ein bisschen ruhiger, da wo es ein bisschen leichter ist, wo keine Pflegefälle sind, da liegt alles, was noch jung und mobil ist und da wird dann die Schwangere eingesetzt.“ (SL2)

„Die kann auf der Neonatologie und im Kinderbereich nicht weiter eingesetzt werden, sondern wird mit dem Tag der Schwangerschaftsmeldung direkt versetzt.“ (SL27)

Führungskräfte schildern, dass es teils eine andere Arbeitsorganisation braucht, dann können auch Schwangere gut im Krankenhausalltag eingesetzt werden.

„Also ich glaube, dass man mehr, wie die Hälfte noch machen darf. Es gibt noch genug, dass man trotzdem noch machen darf. Weil sie kann trotzdem Visite mitgehen, da bin ich eh gleich 3 bis 4 Stunden beschäftigt. Und dann kann ich noch Aufnahmegespräche führen, ich kann Pflegeplanung machen, also es gibt sich noch ganz viel.“ (BL20)

„Oder jetzt gerade haben wir eine Studentin zum Einlernen bekommen, weil die fix angefangen hat und jetzt einen Einlernpartner braucht, also einen Monat lange einen Mentor bekommt, dass das dann die Schwangere übernimmt.“ (SL22)

Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz von schwangeren Kolleginnen derzeit als sehr fordernd erlebt wird, vor allem, weil sie viele Tätigkeiten nicht mehr ausüben dürfen und die Dienstplangestaltung mit den heutigen Grundlagen schwierig wird. Auch wenn sich Führungskräfte bemühen, Lösungen zu finden, stoßen sie teils an ihre Grenzen. Sichtbar wird, dass Schwangere Frauen mehr dazu bereit sind, angepasste Arbeitsbedingungen einzufordern.

„Aber heute stehen die da und sagen, ich bin schwanger, mir steht das jetzt zu.“ (SL14)

5.4.5 PRAKTIKANTEN/-INNEN

Krankenhäuser sind Lernorte für viele Praktikanten/-innen, Schüler/-innen und Studierende. Das Interesse an einem Praktikum im Krankenhaus ist groß. Einige Befragte schilderten in ihren Interviews, dass viele um einen Praktikumsplatz ansuchen.

„Wir haben viele Praktikumsanfragen, die eigenen Auszubildenden, aber auch Praktikumsanfragen von extern.“ (PM17)

Große Unterstützung

„Was wir schauen können, Schüler und Praktikanten sind oft eine ziemliche Unterstützung in der Pflege und, wenn wir die halt nicht haben, so wie oft in den Sommermonaten, das kennt man dann halt schon.“ (SL3)

Praktikanten/-innen³⁶⁷ werden als wertvolle Unterstützung für die Beschäftigten im Krankenhaus erlebt, vor allem, wenn das Personal knapp.

„Draußen bei den Patienten ist es sowieso eng, es geht nur deswegen, weil wir 2 Diplomschüler haben und einen im dritten Lehrjahr.“ (BK74)

„Die meisten sind ja eine Hilfe. Weil als Co-Therapeut brauche ich keine extra Kollegin, sondern habe einen Studierenden dabei.“ (BL3;Physio)

Auch ein verringerter Personalstand aufgrund von Ausfällen durch Urlaube oder Schwangerschaften wird häufig durch Praktikanten/-innen ausgeglichen

➤ siehe dazu auch Kap.5.5.2.

„Und wir waren über den Sommer zum Beispiel zusätzlich noch unterbesetzt und ich habe das dann weg gemacht mit Schülern und Praktikanten, und da waren wir zum Glück gut bestückt an Personal, sodass sich die eigentliche Schwester trotzdem um die Patientengruppe annehmen konnte und viel delegieren konnte.“ (BL10)

„Man versucht zu schauen, dass, wenn man Schwangere hat, dass Studenten oder Schüler, Praktikanten abfedern und in dieser Gruppe sind.“ (SL2)

Einsatz im Dienstplan

„Und das ist auch oft. Schüler, oder wie bei uns Studenten, werden dann oft als fixe Arbeitskraft eingeteilt. Und das ist das Traurige, die wären eigentlich da, um etwas zu lernen, aber es hat keiner Zeit um ihnen wirklich etwas zu erklären. Die fallen oft ganz schön durch den Rost.“ (BR8)

Die Praktikanten/-innen werden laut den Befragten grundsätzlich nur zusätzlich zu den anderen Beschäftigten in den Dienstplan eingeteilt, werden jedoch in der Realität dringend benötigt, um das anfallende Arbeitspensum erfüllen zu können.

„Wir haben trotzdem viele Auszubildende, wir haben in unserem Haus ja die FH, wo wir ausreichend Studenten auch haben, wo ich sage, wir haben da auch Zuarbeiter. Ich rechne sie zwar nicht ein in den Dienstplan, aber es ein Unterschied ob ich eine Mannschaft mit vier Köpfen habe, Standard, fix und wenn ich noch zwei Auszubildende dabei habe, sind das sechs Köpfe.“ (BL2)

„Normalerweise im Dienstplan zusätzlich eingeteilt, wobei es passieren kann, wenn jetzt wirklich jemand krank wird, dass sie so auch. So zum Abfedern auch einmal passiert, aber grundsätzlich sind sie zusätzlich eingeteilt.“ (BK91)

³⁶⁷ Der Begriff Praktikanten/-innen subsummiert diverse Praktikanten/-innen, Schüler/-innen und Studierende

Manche Beschäftigte schilderten auch, dass es ohne die zusätzlichen Praktikanten/-innen sehr knapp werden würde.

„Ja, es heißt zwar von der Krankenpflegeschule, dass sie nur zusätzlich da sind, aber in Wirklichkeit ist es so, dass wir sie ganz dringend brauchen, denn wenn wir die nicht mehr haben, dann wird es knapp.“ (BK42)

Offiziell werden die Praktikanten/-innen nicht in die **PPR** hineingerechnet.

„Und das möchte ich gar nicht verheimlichen, weil es sind sehr wohl die Praktikanten, die von auswärts kommen, die sehr wohl in der Grundpflege gefestigt sind und uns da unterstützen können und das fällt halt nicht rein in die PPR.“ (BL13)

„Es ist schon so, dass die Auszubildenden, die ja offiziell gar nicht gerechnet werden, doch auch einen Teil erledigen. Entlastend sind. Klar muss man zuerst einmal einen Part einrechnen, wo der Auszubildende zuerst einmal gefördert und begleitet wird, wo man sehr viel investieren muss, dass dann wirklich eine Festigung und dass man dann auch einen Output hat.“ (BL13)

In der Praxis bedarf es auch an einiger Zeit für die **Praxisanleitung** der Praktikanten/-innen, welche laut Schilderungen der Interviewten oftmals nicht gegeben ist *➤ siehe dazu auch Kap. 3.4.*

„Wenn ich natürlich sage, ich habe als Diplomschwester nicht einmal mehr Zeit, dass ich einen Auszubildenden anlerne, nämlich auch nicht im Alltag, ohne dass ich freigestellt bin, weil ich so viele andere Aufgaben habe, da frage ich mich, wer leitet jetzt die Leute an? Was kommt dann heraus?“ (BL5)

„Es gibt zwar jetzt so Begleiter praktisch für Schüler, aber auf gewissen Stationen kommen sie gar nicht einmal geschickt dazu, dass sie sich wirklich die Zeit nehmen, weil sie sind deswegen nicht weniger eingeteilt in der Gruppe. Das geht alles nebenbei.“ (BR8)

„Es wäre schlimm, wenn man für die Wissensvermittlung keine Zeit mehr hätte. Das ginge nicht gut. Wir haben Betreuungsschwestern, Praxisanleiter, also da sind wir schon gut aufgestellt.“ (SL42)

„Weil der Patient ist immer noch... im Mittelpunkt steht und nicht der Auszubildende. Wegen dem sind wir da, natürlich ist es unsere gesetzliche Verpflichtung und unser gut Willen und natürlich wollen wir die ausbilden, aber der Patient ist der, der im Mittelpunkt steht.“ (BL13)

Manche der interviewten Personen schildern, dass die Personen, die für die Praxisanleitung zuständig sind, oftmals sehr engagiert sind und sich auch außerhalb der Dienstzeit dafür Zeit nehmen.

„Die machen sie entweder im Dienst oder in der Freizeit mit. Wenn man sagt, ok, ich habe jetzt einen Tagdienst gehabt, setzen wir uns nach dem Dienst noch eine halbe Stunde zusammen und besprechen das. Ja, das ist das was ich informell höre. Da gibt es Menschen, die sind sehr engagiert, denen macht das auch nichts. Es gibt manche, die machen es einfach nicht. Die machen es nur in ihrer Dienstzeit.“ (E8)

Teilweise stellen sich manche Befragten aber auch die Frage, ob sich kurze Praktika im Krankenhaus überhaupt rentieren, da die Einschulungsphase schon einen großen Teil des Praktikums einnimmt.

„Es wird auch zunehmend das spannend, wenn die Leute so kurze Praktika haben, wir müssen die Leute ja auch einschulen und beraten und das ist ja nicht so, dass die kommen und dann arbeiten sie bei uns. Es dauert ja schon einmal ganz lange, dass die überhaupt selber etwas übernehmen können, dass das für uns auch spürbar ist, dass die was machen. Und wenn das kurze Praktika sind, dann investieren wir nur.“ (BL13)

„Es wird die Ausbildungszeit zu kurz werden und auch die Praktikumszeit ist zu kurz. Das wird immer weniger werden und da ist es mir so wichtig, dass man dann den Praxisanleitern sagt, wir werden in der kurzen Zeit möglichst viel verpacken müssen.“ (BL5)

Teilweise ist der erhöhte Zeitaufwand durch das Einschulen von Praktikanten/-innen auch damit verbunden, weniger Patienten/-innen betreuen zu können.

„Sie schnaufen sehr oft meine Kolleginnen, weil es sehr anstrengend ist, sehr aufwändig ist. Weil zu jedem Patienten mitnehmen, bedeutet, vorbesprechen, dabei sein, zusammen machen, alleine machen und zu schauen und nachbesprechen. Also, ich brauche ja noch einmal länger. Das heißt aber für mich ganz klar, der Kollegin weniger Patienten einzuteilen, sonst geht das nicht. Die ganzen Zwischengespräche, Befundgespräche, dabei sein beim Befund, das geht sich ja sonst nicht anders aus.“ (BL3;Physio)

Veränderte Ausbildung

Die Ausbildung an der FH für die Ausbildung zur DKGP *➤ siehe auch Kapitel 5.7.1* bringt weiters Auswirkungen auf die Praktika mit sich. Einerseits müssen Auszubildende neben den Praktika auch andere Projekte fertigstellen und haben dadurch weniger Zeit, die Beschäftigten zu unterstützen.

„Beziehungsweise wird es spannend, wenn die dann aus der Universität kommen, nämlich der Gehobene Dienst, der mir ja jetzt schon einiges abnehmen kann, wenn sie im dritten Ausbildungsjahr sind. Die fehlen dann, die haben dann ganz klar ihre Projekte und Ziele, was sie erledigen müssen und wahrscheinlich werden sie dann nur das machen und dahin arbeiten und nicht allgemein in der Praxis mitarbeiten. Also das wird uns sicher fehlen.“ (BL13)

„Das mit den Praktikanten hat sich seit der FH auch verändert. Früher war es so, dass sie dich unterstützen konnten, heute ist das leider nicht mehr so.“ (SL18)

Andererseits haben manche Beschäftigte die Befürchtung, dass durch die Ausbildung an der FH weniger bzw. keine Praktikanten/-innen um einen Praktikumsplatz in den jeweiligen Krankenhäusern ansuchen und die benötigte Unterstützung durch diese wegfällt.

„Mit dieser Novelle werden wir keine Schüler mehr haben, weil das bei uns dann nicht mehr gelehrt wird, sondern da gibt es dann Zentralen, die FHs und was ich weiß von einer Kollegin, ist, dass sich die Schüler die Stellen für die Praktika dann selbst aussuchen können und ich nehme nicht an, dass da viele eines in Freistadt machen werden und wenn, dann schon gar nicht bei uns in der internen Ambulanz. Da haben wir dann sehr wenig und die Schüler sind einfach eine Hilfe.“ (BK42)

Insgesamt werden durch die Ausbildung an der FH die Anzahl an Praktikumsstunden verkürzt.

„Das heißt, grundsätzlich ist es so, die 4.600 Stunden, die gesetzlich vorgegeben sind, die teilen sich auf in Theorie und Praxis. Also wir können sagen, wir haben 92 ECTS Praxis und 88 Theorie. Genau genommen, haben wir nur mehr um 4 Wochen weniger Praktikum, wie im anderen System. Wenn man sagt, die haben weniger Praktikum, was per se nicht stimmt, aber es werden andere Inhalte zum Praktikum gezählt. Weil die Reflexionsstunden sind Praktika beispielsweise. In Summe haben die weniger, weil die sitzen mir drei Tage vor dem und drei Tage nach dem Praktikum herinnen.“ (E8)

Die Praktikanten/-innen stellen eine große Unterstützung im Arbeitsalltag dar. Die Befragten schildern, aber, dass die Einsatzgebiete der Praktikanten/-innen aufgrund Personalknappheit teils überschritten werden. Daraus kann ein Indiz abgeleitet werden, dass die Dienstposten zu knapp berechnet sind. Deutlich wird auch, dass die qualitativ hochwertige Praxisan- und -begleitung zeitintensiv ist und hier bessere Strukturen geschaffen werden sollten, z.B. durch Abbildung in den Personalberechnungsmodellen *➤ siehe auch Kap. 5.6.*

5.4.6 KULTURELLER HINTERGRUND

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit Mitarbeiter/-innen unterschiedlicher Kulturkreise ergeben sich seitens der Führung und der Beschäftigten spezifische Herausforderungen. Insbesondere werden **sprachliche Barrieren** genannt. Die Sorge ist groß, dass bei Behandlungen und Notfällen Anweisungen nicht, nur teilweise oder falsch verstanden werden.

„... aber die sprachliche... ich muss mich verlassen können im Notfall, dass die versteht, was ist jetzt Sache, was sagt der Arzt und da ist keine Zeit zum Nachfragen.“ (PM17;PDL)

„Es fängt schon dabei an, dass, wenn man die Pflege erledigt im Durchgang, dass hier natürlich bei den normalsten Fragen schon ein Handicap entsteht, da muss man dann versuchen mit Händen und Füßen... sich ein bisschen zu helfen, natürlich ist das auch wieder mit mehr Zeitaufwand verbunden.“ (SL7)

„Ich sähe ein großes Potenzial auch in Pflegekräften mit Migrationshintergrund, da ist die große Barriere die Sprache. Gute Leute, aber das ist erschreckend, wie oft das passiert, dass die sagen, sie sind schon länger in Österreich aber die Sprache ist die große Barriere.“ (PM17)

Ebenso zeigen sich die derzeit manche Beschäftigte aufgrund des Zeitdrucks und der Arbeitsverdichtung weniger bereit, Frauen oder Männer mit Migrationshintergrund einzuarbeiten.

„Die sagen natürlich, jetzt sind wir schon reduziertes Personal, dann bekomme ich jemanden zum Einarbeiten, der mich nicht versteht. Die können nicht mehr. Das interessiert sie auch nicht, sie sagen, sie halten den Kopf nicht hin, dass interessiert sie nicht.“ (PM17)

Manches Mal werden die Kenntnisse einer anderen Sprache aber als durchaus förderlich im Kontakt mit Patienten/-innen mit Migrationshintergrund gesehen.

„Und ich habe zum Glück ein paar Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, die dann gelegentlich in der eigenen Sprache mit den Patienten reden können. Das federt vieles ab.“ (BL10)

Menschen mit unterschiedlichem Kulturhintergrund können die Arbeit im Krankenhaus bereichern. Gerade in Zeiten des Personalmangels sind diese Menschen noch vermehrt als potenzielle Kollegen/-innen in Betracht zu ziehen. Die Schilderungen der Interviews zeigen, dass die Arbeit – nicht nur durch mehr Zeit für Übergaben, Einschulung, etc. – braucht. Ein Forschungsprojekt der Hans Böckler Stiftung hat sich mit der Integration von migrantischen Mitarbeiter/-innen auseinandergesetzt und bietet eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesem Thema.³⁶⁸

³⁶⁸ Siehe dazu: Pütz et al., 2019

5.4.7 ARBEITSBELASTUNG

Inhalt vieler Interviews war die steigende Arbeitsbelastung. Geissler³⁶⁹ definiert in diesem Zusammenhang Belastung wie folgt:

„Als Belastung werden alle Faktoren angesehen, die von außen auf die Person einwirken. Je nachdem, wie die Bewältigbarkeit der Belastung gesehen wird, ergeben sich positive, gesundheitsfördernde oder negative, gesundheitsgefährdende Beanspruchungsfolgen für die Person.“

Im Sprachbegriff und bei vielen Interviews ist die Belastung negativ assoziiert. Im vorliegenden Kapitel werden die hauptsächlich negativen Aspekte der Arbeitsbelastung in den öö. Krankenhäusern beschrieben.³⁷⁰

5.4.7.1 ARBEITSVERDICHTUNG

Eine zunehmende Arbeitsverdichtung über alle Krankenhäuser, Berufsgruppen und Hierarchieebenen wurde als zentrale Darstellung des derzeitigen Status quo beschrieben.

„Einfach, es wirkt sich in dem aus, dass sie einfach überlastet sind damit. Das wirkt einfach noch zusätzlich zu dem, dass ich eine Verdichtung habe und einfach mehr Arbeit habe einfach grundsätzlich und dann kommt eben noch diese psychische Komponente dazu, dass ich nicht das erfüllen kann, was ich mir als meine eigenen, was mir wichtig ist für die Arbeit. Und das verstärkt dann...“ (BR22)

„Schon arg, die Geschwindigkeit nimmt enorm zu.“

(SL22)

76-mal wurde z.B. in den Interviews der Themenkomplex Zeitdruck thematisiert, **176-mal** der erlebte Zeitmangel. Siehe dazu auch die Ergebnisse des Arbeitsklimaindex der AK OÖ im [Kap. 4.7](#). Am wenigsten von Zeitdruck betroffen waren laut Verdichtung einige Beschäftigte in der Akutgeriatrie und in Arbeitsbereichen mit fixen Arbeitszeiten (Tagdienstmodelle).

137-mal war eine steigende Arbeitsverdichtung Bestandteil der Interviewerkenntnisse.

19-mal wurde angeführt, dass der Zeitstress auch dadurch entsteht, dass die Arbeit großteils nicht liegen bleiben kann. Aufgrund der gestiegenen Aufgaben ist es nicht immer möglich, alle Arbeiten gleichzeitig zu erledigen. Oft braucht es eine Priorisierung.

„Das kannst du in der Pflege halt nicht. Da kann ich nicht zum Patienten sagen, dass ich seinen Verband erst morgen wechsle, weil ich heute nicht mehr dazukomme.“

(BR11)

„Und wenn die jetzt da drinnen steht für fünf oder zehn Minuten, dann bekommt sie ein schlechtes Gewissen, weil sich draußen die Arbeit türmt. Dieser ewige Zwiespalt.“ (BL10)

„Und mir ist auch durchaus klar, dass sie nicht immer die Anforderungen, die wir ihnen stellen, erfüllen können. Also, dass alles immer hundertprozentig da ist. Dass man auch einmal Prioritäten setzen muss und, dass man sagen muss, dass der Patient jetzt vorgeht und der Rest heute nicht da ist, oder nicht so genau da ist. Aber es soll nicht überhandnehmen.“ (BK26)

³⁶⁹ Geissler, 2019: 19

³⁷⁰ Zur allgemeinen Zufriedenheit [siehe auch Kap. 4.7](#)

„Es wird immer geläutet und ja, eh logisch. Und manchmal, ja, weil dann denkst du dir, mah, was wird denn da wieder sein? Und man soll ja nicht so zu einem Patienten gehen müssen. Wah, was wird denn da wieder sein, und so. Ma, jetzt muss die wieder aufs Klo gehen und da brauche ich wieder eine Viertelstunde und was weiß ich, so und so, nicht? Das ist einfach schlimm, weil der spürt ja das auch, dass wir einfach keine Zeit haben für sie.“ (BK59)

„Ja. Das haben wir dort auch. Ich meine, sie sind das, wie ich sagen würde, da sind wir wieder bei dem wunderbaren Wort Optimierung.“ (BR22)

Die zunehmende Arbeitsverdichtung bildet sich zu wenig in den derzeitigen Dienstpostenberechnungen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.1 bzw. Kap. 5.6 ab.*

5.4.7.2 BELASTUNGSEMPFINDEN

Arbeitsbelastungen werden von den Befragten häufig als negativ wahrgenommen. Ähnliche Befunde zur Arbeitsbelastung im Krankenhaus zeigt auch die Literatur.³⁷¹ So schätzten mehr als 40 % der Befragten folgende Arbeitsbedingungen als besonders belastend ein:

- mehrere Aufgaben gleichzeitig: 60,8 %
- Zeitdruck: 54,4 %
- Unterbrechungen: 42,9 %
- zu große Arbeitsmenge: 42,8 %
- emotionale Belastung: 40,0 %

Hohe Belastung empfunden

Der Großteil der Befragten empfindet bei der Ausübung ihrer Arbeit eine hohe Belastung.

„Von der Arbeitsbelastung geht es ihnen nicht besonders gut, da diese stark zugenommen hat, auch wenn das teilweise die statistischen Daten nicht hergeben. In dem jährlichen Controllingbericht steht, dass unsere 155 Betten um die 80 Prozent ausgelastet sind, meistens auch ein bisschen weniger und dann sagt natürlich Wien, dass wir nicht ausgelastet sind.“ (BR23)

„Dann gehst du in der Früh heim und natürlich weiß man nicht wie lange man das noch mitmacht.“
(SL22)

„Wir haben eh überall fast alles und leisten uns das um das Budget X und am Ende der Fahnenstange steht aber dann das Personal und weiß nicht, wie es das bewältigen soll.“ (E9)

106-mal erwähnt wurde, dass die Arbeitsbelastung steigt.

„Dass die Arbeitsbelastung überall zunimmt, das wissen wir auch, aber das ist in jeglichem Bereich.“ (BK75)

Die Belastungsfaktoren werden als sehr heterogen beschrieben ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.*

„Diese Herausforderung, diesen Druck, dass sie in der Freizeit hereingeholt werden, weil wieder wer krank ist. Dass sie angerufen werden, dass sie nicht in Ruhe wo mal privat was unternehmen können. Ständig das Gefühl, man muss sozusagen bereit sein. Aber auch das herausfordernde Patientengut, sage ich jetzt einmal,... Wir haben Patientinnen mit schwierigen Schwangerschaften, wo intrauteriner Kindestod ist, die dann auf die Welt kommen müssen die Kinder. Das, was ich von den Mitarbeitern an der Basis höre ist, dass die halt unter dem leiden, die Zeit für den Patienten haben sie nicht. Die Frauen gehören in die schwierigen Situationen intensiv begleitet.“

³⁷¹ Geissler, 2019; befragt wurden Beschäftigte in den Vorarlberger Landeskliniken. Für die Korrelation dieser Belastungsfaktoren mit dem Belastungserleben und geschilderten gesundheitlichen Beschwerden siehe ebenda.

Sie haben die Zeit nicht, oder haben halt das Gefühl, sie können das nicht mehr leisten. Und wenn jemand palliativ ist, sowieso. Aber auch jede normale, unter Anführungsstrichen, Patientin, die auch betreut gehört. Aber das macht ihnen irrsinnig zu schaffen.“ (PM17)

„Also da brauchst du schon eine psychische und eine physische, weil, das ist auch körperlich anstrengend. Absolut Nachtdienst, sterbender Patient, 5 Angehörige nehmen Abschied, daneben ein Patient im Delir, daneben Akutaufnahme, eine Person und noch 3 andere Schüsseln. Da kannst du arbeiten, da kannst du dir den Bachelor und den sonstigen, den kannst du dir sonst irgendwo hinschieben, weil da wirst du nämlich graue Haare bekommen. Da bekommst du graue Haare um 2 Uhr früh und da hilft dir das alles nichts.“ (SL22)

„Für mich ist der Zenit jetzt wirklich demnächst erreicht, was die Mitarbeiter im Krankenhaus noch bewerkstelligen können.“
(PM17)

Auffällig war, dass vor allem die psychischen Belastungen sehr häufig angeführt wurden.

„Manchmal geht es ihnen schlecht [Anm.: den Pflegekräften], weil wir einfach zu wenig Personal sind.“ (BK89;Abteilungshilfe)

„Ja eben und deswegen ist ein permanenter innerlicher Zwist da. Das unangenehme Gefühl, dass ich beim Patienten bleiben sollte, aber auch draußen arbeiten sollte und dieser Misstand wird immer mehr. Das war schon immer da, aber es wird einfach immer mehr.“ (BL10)

„Dass das exponentiell steigt und ich habe auch nicht das Gefühl, dass das weniger wird. Also man merkt, da geht immer noch ein Stückchen mehr. Und man wirft eigentlich, also ich für mich jedenfalls, ich werfe jeden Tag so ein bisschen meine Prinzipien ein Stückweit mehr über Bord, damit ich es überhaupt leisten kann und da muss ich mir einfach dann, oder muss sich jeder dann überlegen, wie lange will er das noch tun, um das mit sich selbst dann, seinen Ansprüchen zu genügen.“ (SL13)

„Und was meine Mitarbeiter immer wieder sagen, da sind Leute da, denen es wirklich schlecht geht und ich habe nicht einmal mehr Zeit, dass ich sage, meine Güte Frau Maier wie schaut's denn aus? War heute das Enkerl da? Ist jetzt mit dem Hund alles in Ordnung? Diese menschliche Seite, für die hast du keine Zeit mehr, und das finden sehr, sehr viele Mitarbeiter schon belastend.“ (BR30)

„Ein schlechter Ausgang, wenn mit dem Kind irgendetwas ist. Wenn das Kind Tod geboren wird, oder, wenn es für die Mütter ganz schlimm ist. Es gibt ja nach wie vor Fälle, wo es für die Mutter schlecht ausgeht. Oder wenn du ein ganz schlechtes Kind bekommst und nicht weißt, wie es weitergeht. Von uns kommen die ganz schlechten Kinder dann nach Linz. Du erfährst einfach dann nichts mehr.“ (BK59;Hebamme)

„Aber es ist auf jeder Station immer so. Es sind überall neue Mitarbeiter, die eingeschult gehören. Wenn man dann selber die ist, die am längsten da ist, dann hat man vielleicht zwei eher jüngere, die gerade 3 Monate oder sonst was auf der Station sind und eine Studentin dabei und dann passieren zeitgleich zwei Notfälle und es ist nicht unwahrscheinlich, dass das passiert. Dann muss man überlegen, wo greift man jetzt selbst als erster hin und wo kann ich jetzt wirklich wen von den anderen hinschicken, ohne dass erstens der überfordert ist, der ein total schlechtes Gefühl dabei hat und zweitens nichts passiert.“ (E6;DGKP/Lehre)

„Das merkt man, erstens da sie viele Dinge, die man früher genutzt hat, auch um solche Stresssituationen abzubauen, Gespräche, Teambesprechungen, alles was auf freiwilliger Basis läuft überhaupt nicht mehr wahrnehmen.“ (G1)

„Ja, ich bin schon sehr oft am Limit. Und sehr viele Kolleginnen, die viel jünger sind als ich, sagen das auch. Irrsinnig viele Krankenstände, auffallend auf unserer Abteilung.“ (BK11;Hebamme)

„Alle anderen waren so frustriert und kämpfen jeden Dienst praktisch ums Überleben, haben keine Perspektive, an der sie sich orientieren könnten, einen Moment an, von dem an es dann besser werden würde.“ (BR17)

Als Folge wurde angeführt, dass aufgrund der psychisch herausfordernden Arbeit ein Abschalten nach der Arbeit nicht immer möglich ist.

„Dass man zu Hause einmal abschalten kann. Es sind einfach stressige Dienste und man denkt sich am Heimweg, dass man es zwar geschafft hat, aber eigentlich weiß man nicht wie, es sind einfach starke Dienste.“ (BK41)

„Aber man denkt schon viel nach, man nimmt es mit nach Hause. Man denkt nochmal alles durch. Oft sind es schöne Erlebnisse, die dann auch stärken, von denen zehrt man auch, aber natürlich gibt es nicht so schöne Erlebnisse, das macht dann auch was aus und das nimmt man schon mit.“ (BK56;Hebamme)

„Aber natürlich. Es kommt dann daheim was. Das Ganze Re-
vue passieren. Dann rufst du halt wieder an [lange Pause]
kannst du mir noch mal schnell schauen.“ (BK38;Unfallchirurgie)

„Lass mich mal telefonieren, ich weiß nicht, ob ich das und das gemacht habe.“ (BR30)

„Von meiner Seite her, als Führungskraft merke ich schon, dass es mir genau so geht wie der Pflege. Ich habe zu Hause einen Zettel liegen und alles was mir am Abend einfällt, wird da aufgeschrieben, damit ich es am nächsten Tag bearbeiten kann, weil man so einmal zur Ruhe kommt. Die Ruhe am Tag ist einfach nicht mehr gegeben.“ (BL10)

„Ich schlafe schlecht. Von Montag bis Freitag liege ich in der Nacht 2 Stunden wach und denke nach und am Wochenende schlafe ich gut. Am Sonntag schon eher nicht mehr, weil der Montag schon wieder bevorsteht.“ (BK42)

Nach der Arbeit nicht abschalten können, ein Aspekt, der gerade in Gesundheitsberufen sehr häufig auftritt. Dies zeigen auch die Zahlen des Arbeitsklima-Index der AK OÖ, wo 33 % der Personen, die in einem Pflegeberuf beschäftigt sind, angaben, mäßig bis sehr stark davon belastet zu sein.³⁷²

Auch die Arbeitszeiten werden von einigen Befragten als belastend empfunden *➤ siehe dazu auch Kap. 5.4.2.*

„Und bei den Dienstzeiten merke ich, dass es ein langer Tag ist. Dienstbeginn ist um 6:00 und Schluss ist um 17:00. Und wenn ich nach Hause komme bin ich wirklich müde und dann muss ich wieder schauen, dass ich spätestens um 22:00 im Bett bin, damit es sich am nächsten Tag wieder ausgeht.“ (BK29)

Auch wenn die häufigsten Belastungen im psychischen Bereich beschrieben wurden, gibt es physische Belastungen.

„Ja, körperlich merkt man es manchmal. Wenn ich jetzt jemanden habe, der fast 200 kg gewogen hat, was durchaus vorkommt, vor allem bei den Intensivpatienten, dann bin ich am Abend fertig. Also eine körperliche Herausforderung ist es schon und man muss schon auf sich schauen.“ (BK25;Ergo)

Durch die physischen Belastungen kann es bspw. zu Problemen mit der Muskulatur oder dem Rücken kommen. Die Ergebnisse des Arbeitsklima-Index der AK OÖ bestätigen dies: 66 % der Befragten in einem Pflegeberuf waren schon einmal von Muskelverspannungen im Nacken-, Schulterbereich betroffen und 61 % gaben an, Kreuzschmerzen bzw. Probleme mit dem Rücken zu haben.³⁷³

³⁷² Arbeiterkammer OÖ, 2018

³⁷³ Ebd.

Der Wunsch nach Entlastung auf vielen Ebenen ist groß.

„Aber ich glaube, dass mindestens so groß auch die Sehnsucht nach Entlastung ist.“ (G1)

„Aber unser Ziel ist, einen Personalschlüssel zu erreichen, der den Kolleginnen ermöglicht, ganz einfach qualitätsvolle Arbeit zu leisten, ohne dass sie dabei draufgehen.“ (G3)

Steigendes Fehlerpotenzial

„Ich habe ganz viele Mitarbeiter, die gehen nach dem Nachtdienst heim und rufen dann an, weil ihnen daheim das auf einmal einfährt als wie.“
(PM17)

14-mal wurde eingebracht, dass durch den Zeitmangel, knappe Personalressourcen und vor allem durch dauernde Überlastung das Fehlerpotenzial ansteigt.

„Und Gottseidank, da muss ich gleich klopfen (klopft auf den Tisch), ist nichts passiert, aber da ist niemand gefeit davor.“ (PM17)

„Und jetzt ist natürlich die Forderung, mit weniger Personal zu arbeiten. Ich mache das auch. Und da gibt es jeden Tag einen Bericht. Patientensicherheit kann ich nicht garantieren, weil ich übernehme das nicht.“ (SL40)

„Die sind teilweise am Limit und sind überbelastet und natürlich darf man sich dann auch nicht wundern, wenn Fehler passieren, die nicht passieren dürften. Wenn ich natürlich knapp besetzt bin, dann ist zusätzlich noch Stress, dann wird irgendwas passieren.“ (BR26)

Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch Studien, die eine Verbindung zwischen der Arbeitszeit und Fehlerhäufungen aufzeigen.³⁷⁴ So steigt ab > 8,5 Stunden Dienst das Fehlerisiko signifikant an, das „Beinahefehlerisiko“ bei über 12,5 Stunden Dienst.

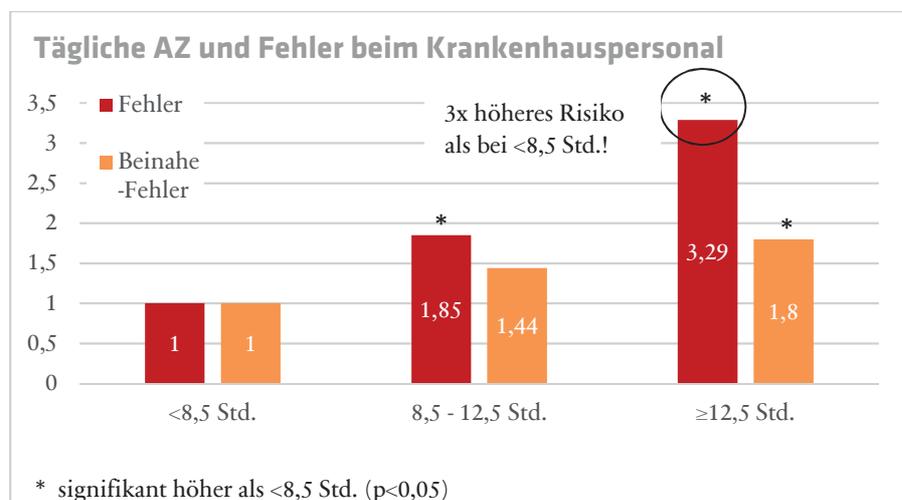


Abbildung 32: Tägliche Arbeitszeit und Fehler beim Krankenpflegepersonal³⁷⁵

Sinkende Belastung empfunden

Lediglich 3 Beschäftigte und 2 Betriebsräte/-innen gaben an, dass für sie die Arbeitsbelastung gefühlt weniger wird. Die Betriebsräte/-innen führen das auf aktiv eingeforderte Maßnahmen der letzten Jahre zurück.

„Also ich muss sagen es hat sich in den letzten fünf Jahren massiv geändert, zum Positiven. Vor fünf Jahren haben sie mir die Türe eingerannt, denn da ging es ihnen schlecht und das wurde jetzt

³⁷⁴ Für eine Zusammenfassung siehe: Arlinghaus, 2015

³⁷⁵ Arlinghaus, 2015 adaptiert nach Rogers, 2004 (eigene Darstellung)

gut. Dementsprechend kann man sich, sage ich einmal auch Lorbeeren aufsetzen, dass wir hier viel bewirkt haben auf der Seite der Arbeitnehmervertretung einfach. Da haben wir dann einfach massiv Druck ausgeübt, weil wir gesagt haben, das geht so nicht mehr.“ (BR5)

„Es schwankt natürlich sehr stark. Im Herbst haben sicher alle Mitarbeiter am Limit gearbeitet. Es war sehr extrem, muss ich sagen. Jetzt gerade ist eine Phase, wo es sehr ruhig ist. Also gerade haben wir wenig Patienten.“ (BK81)

5.4.7.3 MEHR- UND ÜBERSTUNDEN

Mehr- und Überstunden wurden in den Interviews 182-mal als Herausforderungen angesprochen. Besondere Problemlagen definierten vor allem Führungskräfte auf allen Ebenen. Auch Beschäftigte und Betriebsräte/-innen schilderten die unterschiedlichen Auswirkungen von Mehr- und Überstunden im Arbeitsalltag. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass in vielen Bereichen laufend Mehr- und Überstunden aufgebaut werden.

„Die Menge, wir haben extrem viel Arbeit. Also ohne Überstunden geht gar nichts. Also, ich will jetzt nicht sagen, dass wir unterbesetzt sind, aber wir sind einfach...Also wir haben dann Zeitausgleich wieder. Aber es ist die Leistung, die gebracht werden muss, sind die 12 Stunden. Und das ist das, was momentan am forderndsten ist für uns.“ (BK18;MTF)

„Oder wird aber natürlich immer versucht, zum Jahresende hin Besetzungen soweit es geht herunterzufahren damit die Überstunden und die Mehrstunden abgebaut werden.“
(BR31)

Der Status quo, Herausforderungen und Lösungswege sollen kurz skizziert werden.

Unterschiedliche Handhabung

Die Handhabung der Mehr- und Überstunden in den öö. Krankenhäusern ist sehr unterschiedlich.³⁷⁶ So gibt es unterschiedliche Durchrechnungszeiträume und unterschiedliche Praktiken bezüglich eines Abbaus und Auszahlung der Stunden.

„Wir haben Leute mit 200, 300 Mehrdienststunden... Und was tun wir? Wir haben ein Jahr Durchrechnungszeitraum... Und am Ende des Jahres werden die Stunden bis auf 80 aus allen Töpfen ausbezahlt... Bis auf 80 ausbezahlt und dann geht der Kreislauf von vorne wieder los. Während dem Jahr, ja sie müssen einspringen. Werden dauernd, ständig angerufen...“ (BR25)

Es wird aus dem Team heraus mittels Überstunden kompensiert genau.“
(SL38)

Wenn es die Patientenstruktur zulässt, wird teils versucht, Überstunden abzubauen.

„Ich meine, was natürlich schon sehr hilfreich ist, wir haben den Basiseinsatz, den teilen wir ein und wenn jetzt nicht so ein hoher Bedarf ist, dann dürfen die Leute frei nehmen, können Überstunden abbauen und so.“ (SL31)

Einige Häuser versuchen gegen Jahresende die Beschäftigten zum Stundenabbau zu motivieren, um weniger Stunden am Ende des Abrechnungszeitraumes zu haben, teils mit knapperer Besetzung der Dienste, wo möglich und dadurch einer Arbeitsverdichtung ➤ siehe auch Kap. 5.5.2.

³⁷⁶ Eine Darstellung aller relevanten Rechtsgrundlagen ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich. Für die konkreten Grundlagen und Praktiken in den einzelnen Häusern wird auf die jeweiligen Kollektivverträge und Betriebsvereinbarungen verwiesen.

„Vielfach haben wir jetzt das Problem mit Langzeitkrankenständen... immer wieder Krebsgeschichten, die dann Monate lange Ausfälle bewirken. Und das dann zu kompensieren. Es müssen die anderen dann einspringen. Und es wird trotzdem am Jahresende immer wieder versucht, mit allem Nachdruck, dass man die Überstunden so wegbringt, ohne dass man sie auszahlen muss. Viele wollen sich die eh nicht auszahlen lassen. Aber das bewirkt dann eine ganz konsequente knappe strenge Diensterteilung und das macht natürlich den Druck bei den Personen.“ (BR31)

In anderen Häusern wird aufgrund kürzerer Durchrechnungszeiträume und der fehlenden Möglichkeit zum Abbau schneller ausbezahlt, wodurch die Zahl der offenstehenden Überstunden reduziert ist. Mehrfach wurde betont, dass viele Beschäftigte die Stunden gerne als Freizeit konsumieren möchten.

„... haben die Leute wirklich gesagt, sie wollen lieber mehr Zeit haben, sie wollen die Zeit haben und nicht das Geld.“ (BR31)

„Und nachdem wir ja jetzt die Stunden nicht mehr als Überstunden, also die werden ausbezahlt meistens, weil zum Abbauen kommen wir ja nicht. Da kann man auch eigentlich gar nicht mehr so belegen, denn nach drei Monaten bist du wieder dort bei null. Also, mir wäre das natürlich viel lieber, wenn wir uns Zeit nehmen könnten. Aber das geht ja nicht... Vorher haben wir ja hunderte Überstunden gehabt... Dann gibt es welche, die haben 800 Stunden Urlaub. Weil, die haben sich immer Zeitausgleich genommen.“ (BK11;Hebamme)

Ein erster Einblick in Zahlen

Teils sind die Berechnungen so knapp gehalten *➤ siehe auch Kap. 5.6*, dass in manchen Monaten Soll-Besetzungen überschritten werden müssen, damit der Tagesdienstplan überhaupt erstellt werden kann.

„Natürlich sind da dann auch Monate dabei, wo sie wirklich über das Soll arbeiten müssen. Über die Vorgabe vom Dienstplan. Weil ich sonst die Standardbesetzung, die ich habe am Tag, nicht einhalten kann. Und die Tagesbesetzung ist oberstes Gebot.“ (BL4)

Die Zahl der Überstunden ist sehr unterschiedlich. So gibt es einige Abteilungen, wie z.B. im Bereich fixer Tagdienste, wie Therapie, mit überschaubaren Stunden.

„Nein, also bei uns gibt es kaum Überstunden, oder mehr Stunden, gibt es fast nicht... Genau, das läuft ganz gut, eigentlich.“ (BK1;Physio)

„Es sollte in etwa nicht mehr als das Stundenausmaß, das man beschäftigt ist, als Überstunden stehen. Also sollte eine 25 Stundenkraft nicht 25 Stunden stehen haben. Und das funktioniert auch relativ gut.“ (PM18;BMA)

Andere Abteilungen, mit Langzeitkrankenständen, knappen Personalressourcen oder auch generellem Personalmangel klagen über hohe Mehr- und Überstundenkonten.

„Die anderen haben 200 Überstunden. Ist aber jetzt im Dezember, Dezember sind sie jetzt wieder eingeplant. Eine war jetzt 40 Stunden darüber eingeplant, eine 20stündige. Ich meine das ist dann schon viel.“ (BK44)

„Ich bin selbst Teilzeitkraft und habe in Spitzenzeiten über das Jahr 180 Überstunden und damit bin ich nicht alleine.“ (BK69)

„Jetzt habe ich drei Tage frei gehabt, nächsten Tag bin ich schon wieder angerufen worden, ich sollte bitte am Sonntag einspringen, habe aber trotzdem schon Überstunden. Jeder hat, also ich bin, fahre noch gut ich habe 100 Überstunden.“ (BK44)

„Jetzt gerade gestern 4.400. Urlaub und Zeitausgleich... da könnten wir noch locker zwei Leute brauchen.“ (BL21;RTA)

Eine aktuelle IBE-Erhebung³⁷⁷ in einem öö. Krankenhaus zeigt auf, dass im Durchschnitt pro Kollege/-in am Jahresende 63 Stunden stehen bleiben, das Maximum lag bei 259 Stunden.

Auch die Beantwortung einer Anfrage der SPÖ³⁷⁸ an die für die öö. Gesundheitsagenden zuständige Landeshauptmann-Stellvertreterin zeigt den Status quo der Zeitguthaben in den öö. Krankenhäusern. 3,2 Millionen Stunden (Urlaub, Mehrstunden, etc.) sind 2018 in den öö. Krankenhäusern über viele Berufsgruppen angefallen, 2 Millionen davon wurden als Urlaubs- und Zeitguthaben in das Jahr 2019 transferiert. Grob gerechnet bedeutet das durchschnittlich 100 Überstunden pro Mitarbeiter/-in, die an Urlaubs- und Zeitguthaben ins Jahr 2019 mitgenommen wurden. Laut SP-Gesundheitssprecher Peter Binder³⁷⁹ entspricht dies zusätzlichen 2.000 Dienstposten.

Die veröffentlichten Zahlen sind für die Befragten der Studie nachvollziehbar und stimmen mit den in den Interviews genannten Herausforderungen überein. Die Überstundenstände sind in vielen Bereichen über die letzten Jahre hinweg gleichgeblieben bzw. angestiegen.

„Wir haben sicher, weil, wir haben uns das angesehen, wir haben in den letzten Jahren an den Urlaubsständen und an den Zeitbetragständen... aber es hat sich nicht massiv verändert. Also die sind immer hübsch gleichbleibend.“ (BR18)

Teils sind laut Schilderungen von Befragten die Überstunden auch **unbezahlt**.³⁸⁰

„Dienstbeginn ist eigentlich um 7. Wir sind aber um Dreiviertel 7 schon gestellt. Das hat sich so eingependelt.“ (BK38;Unfallchirurgie)

„Speziell, wenn zwei Hebammen da sind, dass man sich dann zusammensetzt und solche Dinge auch bespricht. Oder auch fachlich zu fragen, was hättest du in dieser Geburtssituation gemacht? Aber das ist unsere Freizeit. Das darf ich nicht als Arbeitszeit schreiben, weil wir ja quasi nichts tun, als gemeinsam Kaffee zu trinken. So wird das gewertet.“ (BK59;Hebamme)

„Weil die, ich traue mir behaupten, jeden Tag bleibt jemand fünf, zehn, fünfzehn Minuten länger, ohne dass da irgendwer auf den Gedanken kommt, das schreibe ich auf.“ (G7)

Belastung durch ständige Überstunden

„Das ist auch im Sinne der Mitarbeiter. Also nicht, weiß ich nicht, da so hunderte Stunden entstehen, die sie krankmachen, vielleicht.“ (SL32)

Mehrfach wurde von den Befragten darauf hingewiesen, dass laufende Überstunden auch zu starken gesundheitlichen Belastungen führen **➤ siehe auch Kap. 5.4.7.4** und die Zufriedenheit sinkt **➤ siehe auch Kap. 4.7.3.**

Neben der Belastung durch ständige Überstunden weist die Literatur³⁸¹ auch auf ein höheres Fehlerpotenzial hin. Hinzuweisen ist auf das deutlich erhöhte Fehlerrisiko bei Überstunden und die Neigung zu Beinahe-Fehlern.

³⁷⁷ Rigler/Niederberger, 2019

³⁷⁸ Die Anfragebeantwortung ist nicht öffentlich zugänglich. Für eine erste Analyse wurde auf einen Artikel in den OÖN vom 09.04.2019 zurückgegriffen. Die Überstunden wurden von Ärzten/-innen, Diplompflegerkräften, Pflegeassistenten/-innen, Hebammen, dem medizinisch-technischen Dienst und dem administrativen Personal geleistet, siehe: OÖN, 2019b

³⁷⁹ zitiert aus einem OÖN-Beitrag vom 10.04.2019; siehe: OÖN, 2019c

³⁸⁰ Die Aussagen lassen darauf schließen, dass auch in Krankenhäusern vermehrt Mehr- und Überstunden entstehen, die nicht bezahlt werden, siehe z.B. auch Zeit online, 2019; Bauer et al., 2018.

³⁸¹ Arlinghaus, 2015

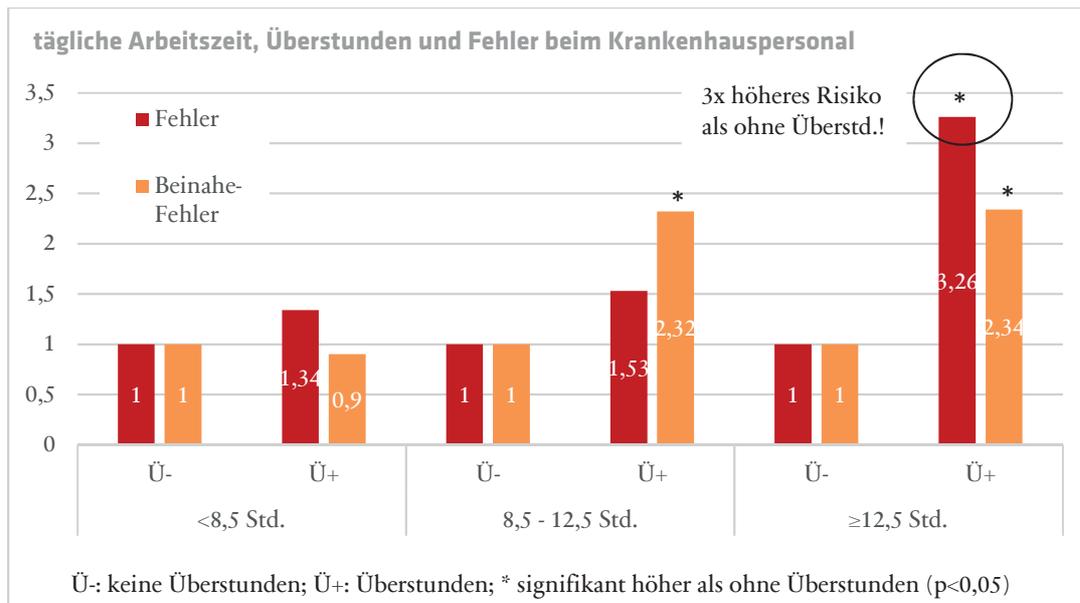


Abbildung 33: Zusammenhang zwischen täglicher Arbeitszeit, Überstunden und Fehlerhäufigkeit³⁸²

Trotzdem nutzen manche Beschäftigte gerne für gewisse Zeiträume Überstunden, um das Gehalt aufzubessern. Auf Dauer gesehen ist aus Sicht von Führungskräften eine adäquate Personalpolitik, wie z.B. Nachbesetzungen und tauglichere Personalbemessungen angebracht.

„Wenn wer mehr dazu verdienen möchte oder mehr Stunden, dann machen wir das so. Das gelingt schon meistens im Team, da gibt es wenig Probleme, wenn es in Abstimmung ist im Team. Aber natürlich ist es auf Dauer auch keine Lösung, die Lösung muss schon die Nachbesetzung sein, ja.“ (PM18)

„Die Kollegialität im Team. Immer, wenn Not am Mann ist, erklärt sich jemand bereit, noch einen extra Dienst zu machen, weil wir meiner Meinung nach generell unterbesetzt sind.“ (BK69)

„Ich muss auch an die Zukunft denken, die Leute werden nicht jünger und desto mehr Überstunden sie leisten müssen, weil sie jemanden ersetzen müssen, desto schlimmer wird es dann später im Alter.“ (BR23) > siehe auch Kap. 5.4.2.

Viele schildern, dass teils auf hohe Überstunden und diverse Fehlzeiten > siehe auch Kap. 5.5.4 zwar reagiert wird, diese Lösungen aber eher als ein „Löcher stopfen“ gesehen werden muss.

„Also Urlaube stehen genug, Überstunden dasselbe. Und es ist auch oft so, dass ein wenig so ein Löcher stopfen passiert. Da war einmal ein großes Thema auf der Intensiv, dass die ihre Nachtdienststunden schon nicht mehr nehmen haben können. Überstunden und so weiter und so fort. Da ist dort dann ein bisschen ein Personal reingeflossen, das fehlt halt dann wieder an anderer Stelle.“ (BR21)

„Wir hatten schon einmal darüber gesprochen, dass wir eine dazubekommen, aber dazu müssen wir 1.500 Überstunden abbauen. Also ein Jahr würden wir eine zur Verfügung bekommen und in dieser Zeit müssten wir so viel abbauen.“ (SL26;BMA)

Abteilungen, in denen viele Überstunden stehen bleiben, haben jetzt schon Schwierigkeiten, neue Kollegen/-innen zu finden.

„Und auch hier ist es dann schwer, jemanden zu finden, der dann noch kommt. Die Leute brauchen die Freizeit zum Erholen.“ (BR17)

³⁸² Arlinghaus, 2015 adaptiert nach Rogers, 2004 (eigene Darstellung)

Ideen aus der Praxis

Die laufenden Überstunden der Abteilung zu sichten und Maßnahmen abzuleiten, wird als wesentliche Führungsaufgabe wahrgenommen.

„Ja, aber ich sage jetzt einmal, wenn bei einem Mitarbeiter an die 1000 Überstunden stehen, da stimmt was nicht. Also, und das ist für mich auch Führungsverantwortung.“ (PM17)

„Wenn sich Stunden anhäufen, schaue ich immer sofort, warum und weshalb? Und was kann ich tun?“ (BL20)

Führungskräfte nehmen ihre Verantwortung wahr und versuchen, Lösungen für die Überstundenthematik zu finden. Teils sind derzeitige Lösungen oft Teilzeitarbeitsverträge zur Entlastung der Beschäftigten.³⁸³

Geschildert wird, dass viele Überstunden zu einer Überlastung führen, die häufig in Krankenzuständen endet.

„Das korreliert sofort. Wenn sie mehr Überstunden haben, werden auch die Ausfälle mehr, weil sie mehr Belastung haben. Wir haben fast 60 Prozent Teilzeit, da müssen sie sich umstellen, da müssen sie die Organisation verändern, das ist uns auch geglückt. Aber gerade in dem Sinn, die Menschen sind ausgeruhter, also man muss dem auch Rechnung tragen, aber für die Organisation ist es eine große Herausforderung.“ (PM13)

„Genau, genau. Es sind schwere Schicksale, genau. Ja... Und es ist auch so, dass wir auch das Angebot einer Supervision wirklich hätten, also das kann ich annehmen. Also, wenn es da Bedarf gibt, kann jeder Mitarbeiter jetzt zu mir kommen, oder zur ärztlichen Direktion, wie auch immer, genau, es steht wirklich eine Supervision zur Verfügung.“ (SL28)

Die Diskussion zu den Überstunden kann als Indiz dafür gesehen werden, dass die derzeitigen Personalberechnungsmethoden und Dienstpostenberechnungen nicht mehr den heutigen Anforderungen entsprechen.

5.4.7.4 AUSWIRKUNGEN AUF DIE GESUNDHEIT

Die bereits beschriebenen Aspekte zur Arbeitsbelastung in den öö. Krankenhäusern haben auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Insgesamt 130-mal wurde in den Interviews das Themenfeld Gesundheit – häufig in Verbindung mit Krankenzuständen eingebracht.

„Ja, weil, natürlich die Pausen und so, ja, aber man fühlt sich den ganzen Tag so gehetzt. Man sitzt zwar schnell einmal so eine halbe Stunde, aber das hat nichts mit Entspannung zu tun. Da isst man was, weil man halt was essen muss, so auf die Art.“ (BK55)

„Weil wir von der Personalplanung her auch Schwierigkeiten hatten, es sind Mitarbeiter gegangen und da ist es einigen gesundheitlich nicht mehr so gut gegangen.“ (SL9)

„Das heißt, da haben sie durchgehalten und, wenn man dann gemerkt hat, jetzt wird es wieder entspannter, ja, dann sind halt die Krankenzustände gestiegen.“ (PM2)

„Und eine Steigerung der Effizienz bedeutet aber wieder eine höhere Ausfallsquote.“ (SL10)

³⁸³ Inwieweit die Verbesserung der Rahmenbedingungen mit Teilzeitarbeitsverhältnissen zu lösen ist, muss – nicht nur aufgrund der späteren Auswirkung auf die Pensionshöhe - kritisch hinterfragt werden.

„Ich find, da sieht man ziemlich gut, dass manche Kräfte einfach überbelastet sind, weil sie immer wieder im Krankenstand sind.“ (SL30)

Zahl der Krankenstände nimmt zu

Aus subjektiver Sicht der Befragten nehmen in vielen Bereichen die Krankenstände zu.³⁸⁴

„Leute, wie kann das sein, dass von 2001 bis 2017 so ein massiver Prozentsatz ist? Das ist eine Milchrechnung, meiner Meinung nach, ist der Krankenstand explosiv gestiegen.“ (BR27)

„Aber man merkt es zum Beispiel an den Krankenständen. In den letzten Jahren hatten wir wirklich vermehrt Langzeitkrankenstände.“ (BR23)

Die Zunahme der Krankenstände wird neben diversen anderen Diagnosen, wie z.B. onkologische Erkrankungen, Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich, etc. häufig auf eine hohe Arbeitsbelastung zurückgeführt.

„Krankenstände, die tendenziell meiner Meinung nach, mehr werden durch die erhöhte Arbeitsbelastung. Es ist eigentlich, wenn man sich so umhorcht, immer irgendein Langzeitkrankenstand in irgendeiner Abteilung.“ (SL10)

Die hohen Selbstansprüche treiben die Beschäftigten an, gerade auch in enormen Belastungssituationen zu kompensieren. Entschärft sich die Situation leicht, steigen häufig auch die Krankenstände.

„Also ich habe jetzt schon den Eindruck, dass es sehr belastete Teams gibt, wo, zum Beispiel, auch wieder, ja, hohes Patientenaufkommen ist, viele Akutsituationen sind, wo man schon merkt, wenn da und da für gewisse Zeit das Personal sehr eng ist, dann merkt man einfach, wenn die Zeit wieder vorbei ist, dass die Krankenstände steigen.“ (PM2)

„Zunehmend mehr kürzere Krankenstände. Dass Leute, wie soll ich denn sagen, kurz ein paar Tage gehen, bevor es gar nicht mehr geht. Die aber dann sagen, mit dem schlechten Gewissen den Kolleginnen gegenüber, die dann schauen, dass sie möglichst bald wiederkommen, aber noch krank sind.“ (PM17)

Die durchschnittliche Krankenstandsdauer ist steigend. 2018 waren die Beschäftigten in den öö. Krankenhäusern 12,69 Tage im Krankenstand (Gesamtdurchschnitt über alle Branchen: 13,82 Tage), 2017 12,16 Tage und 2016 12,33 Tage.³⁸⁵

Teils wird geschildert, dass es nach längeren Krankenständen Rückkehrgespräche gibt, vor allem, wenn die Krankenstände über den Vorgaben für Fehlzeiten im Haus liegen.

„Wenn die benchmarken und mit einer Balance-Score-Card arbeiten, dann sind die Fehlzeiten dort ein Kärtchen und, wenn die Vorlage ist, sie müssen runter, also Urlaub, Krankenstände und Zeitausgleich, das sind diese Dinge, die schlagen sich im Budget nieder und, wenn diese eben runter müssen, dann gibt es eben so etwas wie Krankenstandsrückkehrgespräche, um das in den Griff zu bekommen.“ (BR17)

³⁸⁴ Konkrete Zahlen für einzelne Bereiche und Krankenhäuser liegen nicht vor. Die Schlüsse werden aus den Interviews gezogen. Für eine detaillierte Betrachtung der Entwicklungen wird eine Analyse auf Haus- und Bereichsebene empfohlen.

³⁸⁵ Auswertung nach Wirtschaftsklassen, Q86 Gesundheitswesen, OÖGKK (2019); für eine Beschreibung der allgemeinen Entwicklung der Fehlzeiten in Oberösterreich siehe auch Haider, 2018

Teams kompensieren Krankenstände

Auf Krankenstände wird im konkreten Personaleinsatz einzelner Häuser unterschiedlich reagiert.

„Eng wird es, wie jetzt wieder, jetzt haben wir drei Krankenstände und da wird es halt dann schon ein bisschen grenzwertig.“ (BK82)

Häufig springen Beschäftigte ein ➤ *siehe dazu Kap. 5.5.5.*

„Dass nicht weniger Leute arbeiten, sondern, dass sie einfach sagen, gut, wir holen wen rein, das ist uns schon immer ein ganz wichtiger Punkt gewesen.“ (BR22)

„Einspringen aufgrund von Krankenstand kommt sicher öfter vor und ist auch jetzt öfter vorgekommen, weil man auch nicht ausgekommen ist. Man wird dann angerufen und es wird gesagt, dass man morgen Dienst machen muss. Unsere Chefin sagt dann zwar, ob das bitte geht, weil sonst kein anderer da ist.“ (BK5;Hebamme)

„Von den Arbeitszeiten her belastend, ist nicht nur als Hebamme, sondern generell, dass man immer, wenn jemand krank ist, einspringen muss. Dass man immer eigentlich, immer bereit sein müsste. Natürlich kann man immer sagen, ich kann jetzt nicht. Man hat aber immer so die Verpflichtung, so ich kann nicht, aber sie bräuchten mich.“ (BK20;Hebamme)

„Ich habe es vermieden, dass man, wenn in der Früh sich jemand krankmeldet, dass man herumruft, aber wir haben dieses kurzfristige Einspringen, also es wird abgegolten, wenn man innerhalb von 60 Stunden vorher hereingeholt wird, wird das von daher sehr gut angenommen.“ (BL20)

„Wenn sie uns anruft und sagt, sie hat die Grippe. Bevor sie uns alle ansteckt, dann, ist es besser, sie bleibt daheim, fünf Tage oder zehn oder weiß Gott wie lange halt.“ (BK92;Abteilungshilfe)

„Assistenz sind wir, warten Sie mal, jetzt sind wir nur zu dritt, weil ein Kollege von mir ist ja dauerkrank. Der wird jetzt ersetzt im Februar. Also dann sind wir wieder zu viert.“ (BK50;MFA;OP)

Teils kompensieren die anwesenden Kollegen/-innen den/die kranke Kollegen/-in. Auf Dauer stellt das gerade aus Sicht vieler Führungskräfte keine Lösung dar, weil die Qualität für Patienten/-innen und Beschäftigte sinkt.

„Nein, dann muss man mit weniger zusammenkommen.“ (BK79)

„Ja, weil eine 40 Stundenkraft ist uns weggefallen und einen Langzeitkrankenstand haben wir.“ (BK54;OP-Assistenz)

„Weil es heißt zwar überall, die Qualität muss passen, aber das ist eine Gratwanderung. Und ich kann schon... wenn drei Krankenstände sind, schon einmal minimalistischer fahren, aber das sind drei Tage, aber dann geht es nicht mehr. Erstens steigen die Krankenstände, weil die Leute ausgepowert sind und es fehlt ihnen an Motivation. Es ist einfach dann keine qualitative Versorgung mehr da.“ (SL36)

In einigen Bereichen gibt es kaum einen Ersatz für Kollegen/-innen.

„Und, ja, wenn ich krank bin, ist es halt schon... muss man halt alle Patienten absagen, spontan, weil halt natürlich das keiner, statt mir, machen kann.“ (BK72;Orthoptik)

Häufig werden die Pflegedirektoren/-innen aus ihrer Sicht zu spät über Handlungsbedarfe informiert und können nicht korrigierend eingreifen.

„Dass es so ist, dass sich die Führungskräfte sehr spät melden. Dass ich manche Langzeitkrankenstände gar nicht weiß und dann erst weiß, wenn es schon lange am Kippen ist. Ja, an dem arbeite ich jetzt, an diesem Gedankenwandel, sage ich jetzt, dass man das vorzeitig melden sollte. Wenn es absehbar ist, dass jemand über Monate ausfällt.“ (PM7)

Selbst, wenn Beschäftigte krank sind, kommen sie häufig zur Arbeit, weil sie die Kollegen/-innen nicht im Stich lassen wollen, **Präsentismus** ist immer noch ein Thema in öö. Krankenhäusern.

„Ich kann nicht, wir sind nur zu zweit auf der Station, was sollen denn die anderen tun. Und deswegen erhalten wir noch so viel aufrecht, weil das Team trotzdem noch besteht. Und deswegen können sich die Bereichsleiter, die Führungskräfte allgemein, sich so aufführen, sich so spielen. Weil sie wissen, dass die Leute ihre Kollegen nicht hängen lassen.“ (BR7)

„Ich glaube, das ist vielen nicht bewusst, weil es ist auch wenn der Krankentransport, wenn der hustend, schnupfend durchs Haus geht, schleudert er auch Bakterien, ist ihm aber nicht bewusst, wen er da alles gefährden kann, da glaube ich nicht, dass so weit gedacht wird und wenn man jemandem sagt, du, du bist doch krank, schau dich, an gehe zum Arzt, gehe Heim, dann heißt es, es geht nicht wir haben so wenig Leute, es ist aber in der Pflege genauso.“ (BR33)

„Wir sind jung und wir sind leidensfähig. Ein bisschen herrscht die Mentalität vor und ich nehme mich da leider nicht einmal selber aus, geht schon noch, den einen Dienst mache ich schon noch und kriecht und da meine ich, wirklich fast schon kriechen schon rein.“ (SL32)

„Ich vermute ganz stark, dass wir, genauso wie es die Metastudien sagen, viele Kolleginnen haben, die krank in die Arbeit gehen, weil sie zu wenig Personal sind und wissen, wenn ich jetzt ausfalle, dann muss meine Arbeit wer mitmachen und sie kommen ja jetzt schon nicht zurecht und ich würde das auch nicht wollen, also gehe ich lieber krank in die Arbeit.“ (BR17)

„Und darum haben die Leute schon Großteils einen Sinn für Solidarität und die Kollegialität wird da schon hochgeschrieben und, dass die nicht einspringen muss und nicht hineinkommen muss, gehe ich in die Arbeit.“ (BR4)

Auch eine Erhebung zum Thema Präsentismus im Krankenhaus³⁸⁶ bestätigt die Herausforderung Präsentismus im Krankenhaus. 56,5 % der Befragten gaben an, krank zur Arbeit zu gehen. Die Hauptgründe bestätigen die vorliegende Studie: hohe Arbeitsbelastung (viele Überstunden, hoher Zeitdruck), soziale Spannungen (Umgang der Kollegen/-innen untereinander, Rolle der Führung gegenüber Mitarbeitern/-innen) und auch Unzufriedenheit mit den Arbeitsanforderungen. Vor allem jene Beschäftigten, die viele Mehr- bzw. Überstunden leisten, sind auch besonders gefährdet, krank zur Arbeit zu gehen.

Führungskräfte nehmen hier großteils ihre Führungsverantwortung wahr und schicken kranke Mitarbeiter/-innen nach Hause.

„Ich meine, eigentlich, wenn man sagt, du gehst ins Bett heim, raste dich aus, aber das nehme ich mir auch heraus, dieses Recht, dass ich Leute, quasi... Gerade, wenn Krankheiten verschleppt werden, kommt es dazu, dass Kollegen/-innen immer wieder ausfallen, weil sie zu wenig erholt sind.“ (SL32)

„... in der jemand verschnupft oder erkältet ist. Die, die dann krank sind, sind immer wieder krank, die dafangen sich nicht so schnell, weil die auch oft einen Tag oder zwei früher kommen, weil sie glauben, es muss jemand einspringen.“(SL2)

Mehrfach wurde geschildert, dass auch die Mehrfachbelastungen, vor allem von weiblichen Beschäftigten die Gesundheit beeinträchtigt.

³⁸⁶ Piermayr, 2013. Eine Studie zur Lage der Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern kommt zu ähnlichen Befunden, Roth, o.A.

„... das Thema Burn-out, wo ich dann immer wieder draufkomme in Gesprächen, das sind meistens mehrere Felder, was da zusammenspielen. Überbordung im eigenen Bereich, Mutter, Schwiegermutter pflegen, fünf Kinder versorgen, weil der Nachbarin muss ich auch noch helfen, und dann gehe ich da wieder rein in Beruf.“ (PM9)

Krankenstände zu wenig eingerechnet

Deutlich wurde in vielen Fällen, dass bei mehreren Krankenständen gleichzeitig, die Personalplanung an ihre Grenzen stößt.

„Erstens muss ich wissen, wo es zwickt, wenn es zwickt und ich meine, ich sehe es eh selbst auch am Dienstplan. Wenn eine Station über einen langen Zeitraum wirklich 2 Vollzeitmitarbeiter im Krankenstand hat, dann weiß ich, dass man sich da was überlegen muss.“ (BL20)

Zu hinterfragen ist, ob aufgrund aktueller Daten, die Krankenstände nicht mit einer höheren Wertigkeit in den Dienstpostenberechnungen berücksichtigt werden sollten *➤ siehe auch Kap. 5.5.4.* Zur kurzfristigen Kompensation werden in manchen Bereichen Pools eingerichtet *➤ siehe auch Kap. 5.5.2.*

„Natürlich Stationen, wo ich dann Langzeitkrankenstände habe, da hatte ich letztes Jahr eine, wo ich wirklich fast das ganze Jahr zwei Langzeitkrankenstände bei 18 Planstellen, wenn zwei fehlen, das ist fast nicht zum bewerkstelligen. Entweder man baut Stunden auf oder man jongliert so ein bisschen. Wir haben zwar unseren fixen Stellenplan, aber wir haben auch Poolstellen zur Verfügung, die wir zuteilen können.“ (BL20)

Bewältigungsstrategien und Selbstsorge

Beschäftigte entwickeln eigene Bewältigungsstrategien³⁸⁷, um die Belastungen so gut wie möglich auszugleichen. Sie versuchen z.B., sich so weit wie möglich die Zeit zu nehmen, die sie für ihre Arbeit brauchen und sich nicht stressen zu lassen.

„Also grundsätzlich, ich stress‘ mich eh nicht und wenn ich bis Mittag brauche, also ich nehme mir schon die Zeit. So gut es geht nehme ich sie mir und wenn es nicht geht, muss man eh Abstriche machen.“ (BK37)

Beschäftigte – und hier vor allem jüngere Kollegen/-innen und die MTD-Berufe und Hebammen - schildern, dass es wichtig ist, auf den eigenen Körper und die Psyche zu achten.

„Also ich für mich, finde die körperliche Anstrengung, die gibt es sehr wohl, man muss sich da selbst ein bisschen zurücknehmen. Natürlich wollen wir die Frauen in verschiedenen Entbindungspositionen unterstützen, die auch für die Hebammen unterschiedlich anstrengend sind. Wir müssen da selber schauen, dass wir auf unseren Körper achten.“ (SL39; Hebamme)

„Und deswegen auch diese Co-Therapien, damit man diese Belastungen auch einfach teilen kann.“ (BK25;Ergo)

„Obwohl ich da sehe, dass sie mit der Selbstsorgepflicht, dass es in eine gute Richtung geht, was ja für den Arbeitgeber eine Herausforderung wird. Weil, die Jungen können viel besser auf sich selber schauen als die Älteren. Die Älteren lernen auch von den Jüngeren... es ist gut, wenn die mehr auf sich selber schaut. Weil, gerade diese Berufsgruppe haben früher sehr auf sich selbst vergessen... Sie fordern nicht mehr als ihnen zustehen würde. Sie können sich einfach besser abgrenzen und mehr auf sich schauen.“ (BL12;Hebamme)

„Ich kann es einfach von mir sagen. Ich glaube, dass ich das einfach gut schaffe, ich nimm das nicht wirklich mit heim, natürlich kommen mir jetzt Fälle, die, wo ich vielleicht, Maria, die ist so

³⁸⁷ Für den Einsatz von Copingstrategien in Gesundheitsberufen am Beispiel Langzeitpflege siehe auch Bauer et al., 2018

alt wie ich oder wie meine Schwester, oder. Natürlich assoziiert man dann vielleicht mehr, aber ich nimm das, sozusagen, nicht mit heim, weil dann, glaube ich, könnte ich auch nicht mehr in dem Bereich arbeiten.“ (SL28;RTA)

Häufig wird das Team als gute Bewältigungsstrategie gesehen.

„Es ist zwar nicht so, dass ich das jetzt auf mich im Privaten überziehe, oder dass ich das jetzt mit heimnehme, zum Glück, wir haben bei uns auf der Station ein super Arbeitsklima und wir reden halt dann auch untereinander unter den Arbeitskollegen und so. Also wir haben da jetzt so, dass wir das wieder ausbalancieren können. Können wir da relativ gut.“ (BK15)

5.4.7.5 ARBEITEN BIS ZUR PENSION

„Das frage ich mich schon.
Wenn ich mir denke, dass ich
bis 65 arbeiten muss und knie
dann, als selber schon ältere
Dame mit Patienten im
Patientenbett.“
(BK65;Ergo)

„Grundsätzlich glaube ich, dass
die Hauptfrage sein wird, wie
soll das weitergehen bis zur
Pension?“
(SL13)

Beschäftigte kurz vor Pensionsantritt werden als große Bereicherung empfunden, gleichzeitig wird aber auch klar, dass die Arbeit anders gestaltet sein muss.

„Ich habe jetzt großteils Mitarbeiter, die sehr berufserfahren sind, das heißt in den nächsten 5 bis 7 Jahren geht der Großteil in Pension. Die haben natürlich sehr viel intuitives und Erfahrungswissen, sind aber auch auf der anderen Seite hoher psychischer Belastung ausgesetzt, durch das, dass sich ständig irgendetwas ändert. Man ist halt auch mit 55, 60, 62 nicht mehr so, dass man von einem auf den anderen Tag, anders einstellen kann.“ (PM14)

Viele Befragte schildern, auch aus der eigenen Lebenssituation heraus, dass die Arbeit im Alter anstrengender wird

➤ siehe auch Kap. 5.4.2 bzw. Kap. 5.5.7.

„Du bist halt ständig unter Strom, was jetzt gleich sein könnte. Und das mag nicht jeder bis zur Pension machen.“ (SL42;Stroke)

„Es wird nur immer schwieriger. Weil bis 60, diese Arbeit, das ist halt zu überlegen, ob man es wirklich körperlich schafft. Das ist das nächste, wo ich sage... das ist schon, vom Körper, weil die ganzen Betten sind ja auch nicht leicht. Das ist ja oben, unten, unterhalb, Matratze, das musst du alles heben.“ (BK92;Abteilungshilfe)

„Und trotzdem habe ich schon gesehen mit meinem Alter dann, mit zunehmendem Alter, dass es schon nicht schlecht ist, wenn man am Montag, also einen Tag zum Regenerieren dazu hat oder sogar noch einen. Also man muss sich etwas überlegen, wie man irgendwie mit einem gewissen Alter dann in diesen Berufen, es ist eh nicht nur die Pflege, sondern auch alles was sich anhängt auch MTD, oder auch, auch im Verwaltungsbereich, die dürfen wir wirklich nicht vergessen. Es werden die Befunde mehr, es wird, es werden da auch die Anforderungen mehr. Es werden die Befundausgabe, es werden..., ja. Hängt ja alles mit drinnen, nicht? Das ist, mit dem Alter ist das...“ (BR4)

Häufig wird beschrieben, dass eine Arbeit in Vollzeit bis zur Pension kaum vorstellbar ist. Dies zeigen auch die Zahlen des Arbeitsklimaindex der Arbeiterkammer Oberösterreich: nur 39 % der Befragten in einem Pflegeberuf halten es für sehr bzw. eher wahrscheinlich, dass sie bis zur Pension durchhalten. Im Vergleich dazu halten dies 60 % der Befragten aus anderen Branchen für sehr bzw. eher wahrscheinlich.³⁸⁸

Besonders intensiv wird die Arbeit direkt mit den Patienten/-innen beschrieben.

³⁸⁸ Arbeiterkammer OÖ, 2018

„Ich glaube auf einer normalen bettenführenden Station hat man es sicher ungemütlicher als bei uns. Man hat hier sicher mehr Verantwortung für den Patienten, das schon, und vielleicht auch ein bisschen mehr zu denken, aber der körperliche Aufwand ist sicher eher oben.“ (SL38; Intensivüberwachung)

„Lebensabschnittsorientierte Stellenbeschreibung. Das ist, die Milchküche, das ist ein Bereich, wo beispielsweise Schwestern, die aus einem anderen Bereich aus dem Haus kommen, beispielsweise aus der onkologischen Tagesklinik und irgendwann sagen, der Trubel, das ewige Sterben ist für mich einfach jetzt genug schon. Ich kann nicht mehr. Ich möchte jetzt bis zur Pensionierung, meistens sind das so zwei bis fünf Jahresabschnitte, in einen Bereich gehen, wo ich trotzdem arbeiten kann, aber nicht mehr so diesen psychischen Anstrengungen ausgesetzt bin.“ (SL27)

Für viele ist die geteilte Altersteilzeit \rightarrow siehe auch Kap. 5.5.8 eine gute Strategie. Derzeit besteht dafür aber kein Rechtsanspruch, der für viele als Notwendigkeit gesehen wird.

„Die schaffen das mit den 40 Stunden nicht mehr. Wenn sie die Altersteilzeit nicht bekommen, weil sie keinen Rechtsanspruch haben, dann suchen sie einen anderen Ausweg.“ (BR15)

Häufig wird zur Entlastung auch auf klassische Teilzeitarbeit zurückgegriffen.

„... wenn es Richtung Pension geht, zu sagen, jetzt kann man dann nicht mehr, da ist Teilzeit wieder eine gute Option, wo die Beschäftigten wieder eine Perspektive sehen.“ (BR1)

„Dass sie sagen, da reduziere ich die Stunden, weil ich pack das nicht mehr... die ehrlich sagen, nur weil ich die Arbeit nicht mehr packe und bis zur Pension geht es sowieso nicht mehr.“ (BR8)

Kritisch angemerkt wurde mehrfach, dass sich eine Reduktion der Stunden später negativ auf die Pension auswirkt.

„Und das ist dann auch wieder wahrscheinlich, dass man einfach mit Abschlügen dann geht und somit hat man weniger Pension. Die jungen Leute, die haben schon vor dem Angst.“ (BK59)

„... zum Beispiel dann nur halbtags geht, aber auch dann nicht die Angst haben muss, dass er dann in der Pension verarmt.“ (BR33)

Als große Ungerechtigkeit empfinden viele Angehörige in den Gesundheitsberufen, dass sie nicht automatisch in die **Schwerarbeitsregelung** fallen.

„Also, das ist schon, speziell der Schwerarbeiter, da muss ich ganz ehrlich sagen, gehört das bei der Pflege auch.“

(BR30)

„Wo wir auch immer das Problem haben, dass wir die Leute nicht reinbringen in die Nachtschwerarbeit. Das ist unser Problem mit den 12-Stunden-Diensten. Das tut uns da oft schon sehr weh, weil die Kolleginnen, merkt man in Wahrheit, dass sie da schon sehr die Belastungen schon sehr spüren von den Jahrzehnten.“ (BR22)

„Und was ist mit dem Schwerarbeiter?“ (BR30)

„Und was ich noch finde, was echt berücksichtigt gehört: Wenn ich mir vorstelle, ich bin jetzt 50, ich muss bis 65 arbeiten, ich kann mir nicht vorstellen, dass ich das bis dorthin bewältige. Also da müssen sie sich auf jeden Fall etwas einfallen lassen.“ (BK63)

Beschäftigte schildern, dass sie sich selbst fit halten müssen, um den Beruf überhaupt bis zur Pension zu schaffen.

„Und ich muss mich körperlich selber fit halten, weil sonst glaube ich nicht, dass es geht. also man muss total schon auf sich schauen und auf seine Körperhaltung, selber Krafttraining machen, schauen dass man fit ist. Sowohl psychisch als auch körperlich muss man sich selber wirklich immer wieder bemühen. Energie auftanken in der Freizeit und so weiter.“ (BK32; Physio)

Beschäftigte wollen gerne im Beruf bleiben, die Voraussetzung sind passende Arbeitsbedingungen.

„Ja, ich möchte auf jeden Fall weiter in der Pflege arbeiten. Ich lasse mir jetzt noch offen, ob ich ewig am Patientenbett arbeiten möchte. Oder auch, ob ich ewig in der Chirurgie bleiben werde, also ich möchte mir schon noch mehr anschauen. Aber ich möchte auf jeden Fall in der Pflege bleiben. Da muss man dann hoffen, dass die Arbeitsbedingungen in dreißig Jahren auch noch passen.“(BK21)

„Wir haben keine Alternative. Ich habe Hebamme gelernt, ich kann nur das machen. Ich werde als Hebamme in Pension gehen, wie ist dann die Frage.“ (BK59;Hebamme)

5.4.8 ZUSAMMENARBEIT

Die Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Berufsgruppe, im Team, interdisziplinär und auch mit der Führung wurde von vielen Befragten als ein Aspekt beschrieben, warum selbst mit teils knappen Personalressourcen die Arbeit im Krankenhaus gut funktioniert.

5.4.8.1 ZUSAMMENARBEIT IM TEAM

178-mal wurde in den Interviews das Team als Erfolgsfaktor genannt. Die gute Zusammenarbeit im Team wird von vielen Befragten unter dem Aspekt „*was läuft bei uns gut?*“ beschrieben.

„Von daher bei uns ist das wirklich, ich bin da in einer kleinen, einer feinen Station.“ (SL22)

„Du brauchst junge, du brauchst einen Mittelbau, du brauchst ältere, erfahrene und so stellt man halt das Team zusammen.“ (SL42)

„Unser Team, da sind wir wirklich total toll zusammengesetzt. Das muss man dazu sagen. Wir sind eine richtig gute Mischung, auch mit ein paar Älteren, mittel, Junge dazu natürlich. Es mischt sich ja automatisch.“ (BK19)

„Wir haben ein sehr gutes Team. Und auch kein Konkurrenzdenken, sehr viel Miteinander und das macht schon einiges aus, denke ich.“ (BK32;Physio)

„Wir sind ein großes Team, wir sind fast 30 Mitarbeiter und natürlich... Aber der Großteil passt gut und wir unterstützen uns gegenseitig, weil sonst ginge es nicht.“ (BK18;MTF)

Für viele wird dadurch die Arbeit erst ermöglicht und auch Arbeitsspitzen gemeistert. Laut Arbeitsklimaindex der AK OÖ sind 66 % der Befragten in einem Pflegeberuf sehr zufrieden mit ihren Kollegen/-innen³⁸⁹ ➤ *siehe auch Kap. 4.7.3.*

Hohe Zufriedenheit mit Team

„Ich glaube schon, dass wir in gewisser Weise noch eine Insel der Seligen haben im Vergleich zu anderen Stationen, weil wir einfach auch ein Maß haben, wo das persönlich auch ist im Team. Weil wir ein kleines Team sind unter Anführungszeichen, ist das noch persönlicher und das ist sicher gut für uns.“ (BK95)

„Einfach vom ganzen Team her, wir helfen voll gut zusammen.“ (BK90)

„Wenn ich mit meinen Kolleginnen kann, dann ertrage ich Spitzen oft besser. Wenn es schwieriger ist im Team, dann ist es natürlich...“ (BK88)

„Ja, eigentlich der Umgang mit den Kollegen läuft sehr gut und ich muss auch sagen, dass wenn man etwas von unserer Chefin braucht, dann kann man das mit ihr wirklich gut umsetzen. Also der Umgang unter uns Kollegen ist wirklich sehr gut.“ (BK54;OP-Ass.)

³⁸⁹ Arbeiterkammer OÖ, 2018

„Ich würde sagen, die Team-Zusammenarbeit rennt eigentlich ganz gut bei uns. Also, wenn man irgendwie Schwierigkeiten hat, kann man immer zu wem anderen gehen. Ist immer wer da, denn man fragen kann.“ (BK54;PA;Nephro)

Unterstützung durch Team

Teams werden als Unterstützung im Arbeitsalltag empfunden.

„Was auch ist, so in der Nacht, hilft man andere Stationen aus, wie zum Beispiel, wir gehen auf Klasse, wenn sie wen zum umpositionieren brauchen, oder wenn sie da recht viel Arbeit hätten, oder verwirrte Leute haben, dass man da ein bisschen mithilft.“ (BK65;PA)

„Wir haben ein gutes Team und das merkt man auch glaub' ich sehr viel. Also, das ist einfach von der Zufriedenheit. Also ich habe mal da mehr Arbeit und mal da, aber wenn das Team nicht funktioniert, dann ist es trotzdem schwieriger.“ (BK90)

„Wir sind vom Team so gut aufgestellt, dass wir dann alle irgendwie zusammenhelfen.“ (BK75)

„Ja, ich meine, im OP kenne ich gar nichts, muss ich ganz ehrlich sagen, auch nicht unter den Kollegen, überhaupt nicht. Gar nicht, wirklich nicht. Es ist ein angenehmes und sehr schönes Arbeiten, im Gegenteil, ich werde sehr geschätzt und das tut sehr gut.“ (BK50;MFA;OP)

„Und das ist dann oft für uns eine Zeit, wo wir uns zusammensetzten, speziell, wenn zwei Hebammen da sind, dass man sich dann zusammensetzt und solche Dinge auch bespricht. Oder auch fachlich zu fragen, was hättest du in dieser Geburtssituation gemacht?“ (BK59;Hebamme)

„Aber eine Operation ist wie ein Fußballspiel, einer alleine kann nicht operieren, also ohne uns können Sie nichts tun, das ist so, fertig... Es ist ein Zusammenspielen, es geht keiner ohne den anderen, es geht nicht.“ (BK50;MFA)

Kollegen/-innen werden selbst in Phasen längerer Krankheit durch das Team mitgetragen.

„Wir möchten ja, dass die wieder zu uns zurück kommen dann, wenn es geht, dass man, das Einfachste wäre einfach, versetzen zu lassen, aber das ist jetzt keine gangbare, für mich keine gangbare.“ (SL32)

Teams kompensieren knappe Ressourcen

Auch wenn von vielen Befragten, über alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen die Dienstpostenberechnung sehr knapp geschätzt wird, kompensieren derzeit gut funktionierende Teams häufig den Mangel an Personal.

„Aber letztlich haben wir es in den Jahren immer geschafft, dass wir eigentlich da trotzdem irgendwie immer über die Runden kommen und, dass wir halt dann, das setzt halt wieder ein Team voraus, dass man dann versucht, zusammenzuarbeiten und sich gegenseitig hilft und gegenseitig natürlich auch interviewt, du wie schaut es aus, brauchst du gerade eine Hilfe, kommst du zusammen, oder nicht?“ (BK1;Physio)

„Auch, wenn die zwei im Pensionsmodus sind. Es muss trotzdem wer da sein. Zwei sind nicht nachbesetzt worden, zwei sind im Langzeitkrankenstand, eine auf Urlaub und Schwangere und ich in Ausbildung. Ich bin pro Monat im Schnitt 14 Tage weg gewesen. Und das hat das Team kompensiert.“ (SL40)

„Krankenstände, unerwartete Situationen, das federt immer das Team ab. Das Bestehende.“ (SL40)

„Anstrengend ist es, aber der Zusammenhalt im Team ist gut und wenn man weiß, dass eine krank ist, macht man es gerne.“ (BK5;Hebamme)

„Gerade erlebe ich das als sehr positiv, dass ich immer den Rückhalt habe vom Team, dass einfach jemand einspringt.“ (SL13)

„Auch die Zusammenarbeit im Team ist recht gut, weil eben auch gerade das viele Einspringen bei uns in der Station eben auch Team ist. Auch auf der anderen Station und da eben trotzdem die Bereitschaft und die gute Zusammenarbeit, trotz oft der Belastung, muss man sagen, dann gut läuft.“ (BK45;PA)

Gerade Stationsleitungen beschreiben, dass die derzeitige Arbeitsbewältigung überhaupt nur noch funktioniert, weil tragende Teams vorhanden sind.

„Da kann man nur schauen, dass man teamstärkende Maßnahmen macht und das geht auch nur gut, solange alle im Team ihren Beitrag leisten. Sollte das nicht so sein, kommt das System total an seine Grenzen.“ (SL18;Physio)

Aus Sicht einiger Befragten sollten diese Kompetenzen noch mehr gestärkt werden.

„Und, dass sie viel mehr noch interne Fortbildungen machen, wo das ganze Team, oder Teilbereiche vom Team teilnehmen können. Das machen wir zum Teil schon, aber das würde ich noch mehr fördern, weil da einfach mehr auf einmal halt an einem Strang ziehen können und profitieren davon.“ (BK32)

Deutlich wird jedoch auch, dass Teamkonflikte vor allem dann entstehen, wenn die Personalbesetzung zu knapp ist und dadurch Überforderung entsteht.

„Also, ich habe eine Station gehabt im Haus, wie ich gekommen bin, von der habe ich immer gehört, da brodelts. Ja, was wars, die haben zu wenig Personal gehabt, ganz klar. Da habe ich die PPR dann ausgerechnet und gesehen, ja die haben viel zu wenig. Habe denen dann zwei Stellen hingeschoben und seither höre ich nichts mehr von denen. War ganz einfach zum Lösen.“ (PM5)

5.4.8.2 INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

Die Zusammenarbeit der Beschäftigten funktioniert in vielen Bereichen bereits sehr gut. Die verschiedenen Berufsgruppen unterstützen einander im Alltag vor allem in Stresssituationen.

„Ich würde sagen, im Pflgeteam arbeiten wir gut zusammen, wir haben verschiedene Berufsgruppen, das fängt an bei den Abteilungshelfern bis zum Diplompersonal. Wir ergänzen uns, es hat jeder seinen Zuständigkeitsbereich. Die Bereiche sind nicht so strikt getrennt, dass man nicht auch einmal darüber hinaus mithilft.“ (BK53;DGKP)

„Was mir voll taugt, ist eben die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen im Haus, also die Physio, die Ergo, oder auch bei uns die Abteilungshelfer, Hol- und Bringdienst, weil man hilft halt, wenn zum Beispiel einmal wer krank ist, hilft man da schnell aus und bei den Physio und Ergo, wenn man wirklich einen Patienten hat, der was sich schwerer tut, oder Logopädie, was auch dazugehört, da kann man sehr viel abschauen.“ (BK65;PA)

„Wo du dann sehr drawig bist und dir denkst, jetzt könnte ich einmal schnell eine zweite brauchen, die dir schnell das Bett fährt oder was, aber da sage ich dann zu den Schwestern, bitte könnt ihr mir den schnell aussa sitzen, in a Wagerl eini, dann bin ich auch schneller und das passt.“ (BK89;Abteilungshilfe)

Teils sehen die Befragten noch Verbesserungsbedarf mit einigen Ärzten/-innen.

„Es ginge ja eben, ich möchte eh nicht alle in einen Topf schmeißen, es ginge so schön miteinander.“ (BK54;OP-Ass.)

„Manchmal würde ich mir mehr interdisziplinäres Verständnis wünschen, zwischen den Berufsgruppen, überhaupt, wenn viel los ist.“ (BK94;Hebamme)

„Häufig werden größere Projekte mit anderen Berufsgruppen besprochen und die anderen müssen da mitmachen. Wo ich auch kein Mitspracherecht habe, weil die besprechen das mit den Ärzten und die sagen, ‚wir machen‘. Soll jetzt nicht so klingen, aber es ist so, weil die Ärzte nicht sehen, was die nachfolgenden Berufsgruppen für Arbeit haben.“ (BL5;RTA;Radio-Onko)

Gerade im Arbeitsablauf gibt es hier teils noch Missverständnisse, vor allem auch aufgrund der Kompetenzbereiche, vor allem zwischen Ärzten/-innen und Pflegekräften.

„Also die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen erlebe ich, oder nicht erlebe ich, eher, das bestätigen ja auch Mitarbeiterbefragungen immer wieder, ist eher dort das Thema, wo ich sage, ich habe die Gesundheitsberufe, mit dem ärztlichen Bereich. Also diese zwei Säulen. Und aus verschiedensten Gründen kommt es dort immer wieder zu Konflikten, das heißt, einerseits aus einem falsch verstandenen Hierarchiedenken, dass der Arzt zwar eine Weisungsbefugnis hat gegenüber den Gesundheitsberufen in seinem Kompetenzbereich, macht ihn noch nicht zum Vorgesetzten, da erlebe ich immer wieder Missverständnisse... und stehen natürlich auch unter Zeitdruck und das führt dann natürlich immer wieder zu Konflikten.“ (BR1)

„Und dann gibt es Ärzte die ‚scheißen‘ sich gar nichts. Manche helfen zusammen, aber gerade die Männer, die gehen ins Bett und lassen die anderen sich abhackeln.“ (BK11;Hebamme)

„Und er hat mir dann gesagt, ich bin der Arzt! Und schon in so einem Ton und ich habe gesagt, ja, das weiß ich schon, Herr Oberarzt, aber eine Operation ist wie ein Fußballspiel, einer alleine kann nicht operieren, also ohne uns können Sie nichts tun, das ist so, fertig. Mehr habe ich aber auch nicht gesagt und es ist auch so. Es ist ein Zusammenspielen, es geht keiner ohne den anderen, es geht nicht. Ist auch gut so, weil sonst wäre eh irgendeiner...“ (BK50;MFA)

Positive Beispiele zeigen, dass in vielen Bereichen die Zusammenarbeit der Pflege mit den Ärzten/-innen sehr gut funktioniert.

„Ich glaube auch, dass es wichtig ist, dass wir in der Kinder, sind in der glücklichen Lage, dass wir immer mit Ärzten gut zusammenarbeiten müssen, weil die von uns abhängig sind, genauso wie wir von ihnen im Handeln, aber man merkt es jetzt schon, unter den neuen Führungen zurzeit und der neue Primar, die sind schon und die bringen ihre Sachen durch.“ (SL31)

„Wir können einige Dinge schon selber verändern, aber es ist vieles berufsgruppenübergreifend und das können wir ja nicht einfach verändern, sondern müssen schon die Ärzte mit einbinden und dann redet man sich halt zusammen.“ (BL9;Hämo-Onko)

„Wir haben auch noch Montag, Dienstag, Mittwoch Teambesprechungen für jeden Stock, wo wirklich jede Berufsgruppe beinander sitzt und die sind Gold wert. Da tut sich viel und da erfahre ich auch sehr viel. Da wird wirklich 60 Minuten lang jeder Patient durchbesprochen.“ (BL22; MTD)

Die Zusammenarbeit kann dann verbessert werden, wenn sich alle Berufsgruppen ihrer eigenen Kompetenzen noch besser bewusst werden und die die unterschiedlichen Arbeitsfelder schätzen.

„Die Älteren hat man oft sehen können, wenn der Arzt etwas gesagt hat, da kann man nicht dagegenreden, da muss man hüpfen und springen, ist aber nicht so. Weil, ich habe einen mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, ich habe meinen eigenen und der Arzt hat seinen eigenen und er kann mir nicht Alles anschaffen. Das kommt immer drauf an, wie weit ich etwas zulasse.“ (BR13)

„Beziehungswiese ist auch meiner Meinung nach in der Pflege ganz viel Entwicklungspotential, wo es um die Eigenständigkeit der Pflege geht. Die Pflege an sich hat sich ja entwickelt und ist nicht mehr dem Ärzteteam unterstellt. Es sind zwei Berufsgruppen, die sich beide mit dem Patienten beschäftigen, wobei aber beide Berufsgruppen andere Prioritäten setzen und andere Aufgaben haben. Und da ist es halt ganz so, dass man, dass die Pflege in gewissen Bereichen eine höhere Expertise hat.“ (SL10)

„Wir haben zum Glück einen Facharzt vor Ort mit dem man gut sprechen kann.“ (SL18;Physio)

Eine gute **Kommunikation miteinander** sehen auch viele Führungskräfte immer noch als große Herausforderung im Krankenhaus.

„Wertschätzende und gute Kommunikation, das ist nach wie vor das wesentliche Manko neben den Hierarchieebenen im Krankenhaus, ist das Manko, die zu wenige wertschätzende oder zu

wenig gute Kommunikation. Auch unter den Berufsgruppen, auch untereinander und auch alle Hierarchien.“ (BL1;Palliativ)

„Mit anderen Berufsgruppen, wie mit den Therapeuten, MTDs, werden oft die Berührungspunkte wenig gesehen. Also, da wäre halt auch eine wirklich gute, multiprofessionelle Zusammenarbeit sicher gescheit, weil man erlebt immer wieder, dass man dann sieht, der Physiotherapeut war bei dem Patienten und ich weiß eigentlich gar nicht, was hat der gemacht, gibt es irgendetwas, was wir berücksichtigen sollen, weiter.“ (PM2)

Die (interdisziplinäre) Zusammenarbeit im Team und mit der Führung wird häufig als Quelle für gute Arbeit selbst bei knappen Personalstrukturen beschrieben.

„Ich glaube, es rennt deshalb so gut bei uns und passiert deswegen so wenig, weil wir uns intern einfach so gut organisieren. Weil wir jetzt ein junges Team sind, mit einigen erfahrenen Leuten, mit einer guten Chefin, die uns da voll unterstützt.“ (BK96;Akut-Psychiatrie)

Eine gute berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist letztendlich auch von großem Nutzen für die Patienten/-innen.

5.4.8.3 ZUSAMMENARBEIT MIT FÜHRUNG

Die Zusammenarbeit mit der Führung wird in vielen Fällen als positiv beschrieben. Die Befragten haben auch oft das Gefühl, dass sich die Führungskräfte im Rahmen ihrer Möglichkeiten für sie einsetzen.

„Wenn man die Mitarbeiter gut begleitet, wird das auch gut gehen.“ (PM4)

„Der kommt eh immer wieder rein und fragt, ob alles passt, weil so sieht man sich natürlich nicht so oft, aber...“ (BK82)

„Das merke ich schon, weil ja dann... die Sorgen gemeinsam besprochen werden und der Vorstand auch dann dahintersteht. Man merkt, da steht der Vorstand und der Personaldirektor dahinter. Das gibt uns Kraft.“ (PM8)

„Weil wir ein kleines Haus sind und die Pflegedienstleitung sehr gut ist und auch hinter uns steht und du hast auch persönlichen Kontakt, das habe ich schon anders erlebt. Einfach ein persönliches Verhältnis und Kontakt.“ (BK85)

„Von der Zahl her haben wir Gottseidank einen Bereichsleiter, der darauf schaut.“ (BK29)

Auch viele Führungskräfte selbst sehen positive Entwicklungen in der Zusammenarbeit mit der Führung. Trotzdem wurde mehrmals eingebracht, dass die Pflege nicht überall auf Augenhöhe gesehen wird.

„Was ich für wichtig empfinden würde, wie groß auch immer das Unternehmen ist, man eine kollegiale Führung einsetzt. Also eine echte. Ich bin der Meinung, dass man Partner braucht und ich konnte es in den letzten Jahren, die kollegiale Führung so erleben, dass man Partner hat, mit dem ich in den wesentlichen und wichtigen Dingen zusammen diskutieren konnte und das braucht man. Wenn von der Machtposition von den Rollen jemand oder mehrere darüberstehen und nur einer in der Rolle des kollegialen Führungsstiles ist, dann ist das eine Ungleichstellung. Und eine größere Ungleichstellung wie mit der Pflege sieht man kaum wo.“ (PM22)

Fühlen sich die Beschäftigten von den direkten Vorgesetzten häufig wertgeschätzt, so fehlt es aus Sicht einiger Befragter an Unterstützung der oberen Führungsebene, vor allem bei größeren Einheiten.

„Also irgendwie ein Danke, oder gut gemacht oder Wahnsinn, was ihr leistet. Weiß ich nicht, wann das das letzte Mal war. Und wann, dann geht das von der Stationschefin aus, die was wirklich eine Bereicherung ist und uns sehr unterstützt und sehr motiviert. Aber von oben kommt da

nichts und ich glaube auch, dass die Standortleiterin, das nicht so mitbekommt, wie es abläuft bei uns.“ (BK96)

In einigen Bereichen wurde geschildert, dass die Zusammenarbeit mit Führungskräften teils von wenig Wertschätzung geprägt ist.

„Also, was ich oft gehört habe, denn ich habe mich viel mit meiner Chefin angelegt kannst eh gehen wenn es dir nicht passt, so quasi wir bekommen eh gleich wieder wen und von Leuten, die schwierig sind, von denen trennen wir uns eh.“ (BK11;Hebamme)

„Wie betrachte ich die Menschen. Betrachte ich sie als Mitarbeiter und als wertvoll oder betrachte ich sie nach dem Motto, friss Vogel oder stirb. Jetzt weiß ich schon, dass es nicht nur nette Mitarbeiter gibt, das weiß ich auch... Aber manchmal fahren sie auch Leuten über den Schnabel, die in einer Ausnahmesituation sind ... Es gibt einfach Dinge, wo man einfach nicht mehr funktionieren kann wie man bis dato funktioniert hat. Und dann habe ich keine Unterstützung, sondern werde blöd angeredet. Das ist nicht groß förderlich.“ (BR18)

Deutlich wurde auch, dass viele Führungskräfte selbst Verbesserungsbedarfe in der Zusammenarbeit sehen, aber auch selbst eine Leistungsverdichtung erleben, teils selbst aufgrund der knappen Ressourcen mitarbeiten, etc. Aus Ihrer Sicht wird ihre Arbeit teils zu wenig beachtet, was sich unter anderem auch in der Entlohnung abbildet.³⁹⁰

„Wie soll ich sagen, permanent Dasitzen, Aufzeigen, Leistungsverdichtung und unsere Bereichsleitung und Pflegedirektorin ist da sehr dahinter. Sie ist eine Verfechterin...“ (SL29)

Deutlich wird, dass die Zusammenarbeit innerhalb der Teams meist sehr gut funktioniert, Teams auch erhöhte Anforderungen und Fehlzeiten kompensieren.

„Ich sage immer, wir sind ein Team und wir sind auch ein Team mit den Ärzten, wir müssen gut miteinander und können nicht gegeneinander arbeiten und es ist einfach wirklich so, dass die Zusammenarbeit gut klappt.“ (SL30)

In vielen Bereichen funktioniert die Zusammenarbeit mit der Führung gut. Führungskräfte – gerade in der Pflege – wünschen sich allerdings häufig, noch mehr gehört zu werden. Deutlich wurde auch, dass es über die Berufsgruppen und Hierarchien hinweg noch in einigen Bereichen Verbesserungen in der Kommunikation und Wertschätzung braucht.

5.4.9 FAZIT FOKUS BESCHÄFTIGTE

Der Fokus Beschäftigte analysiert die Arbeitswelt Krankenhaus aus Sicht der Beschäftigten. Die Befragten sind immer noch sehr zufrieden mit ihrem gewählten Beruf und würden ihn auch oft wiederwählen. Die Zusammenarbeit und die Kollegialität im Team lassen die Beschäftigten selbst Spitzenzeiten mit knapper Besetzung bewältigen ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.5.4.*

„Man muss im Team schon so kollegial sein, dann schafft man das auch alles. Das ist wirklich gerade dann, da ist es egal, ob das jüngere oder ältere sind.“ (SL24)

Befragte aller Berufs- und Hierarchiegruppen und Betriebsräte/-innen schildern auch die derzeitigen Herausforderungen, wie z.B. die häufig zunehmende Belastung, gesundheitliche Folgen und für viele die Unsicherheit, wie der Beruf unter den derzeitigen Rahmenbedingungen

³⁹⁰ Die befragten Führungskräfte brachten viele Herausforderungen der Führungsarbeit ein. Die Aussagen fließen in die jeweiligen Handlungsfelder ein. Für eine detaillierte Darstellung der Führungsaufgabe im Krankenhaus und Verbesserungsbedarfe in der interdisziplinären Zusammenarbeit wird eine gesonderte Erhebung mit der Identifikation konkreter Handlungsfelder für die Perspektive Führung empfohlen.

bis zur Pension ausgeübt werden kann. Viele der Erkenntnisse wurden auch in weiteren aktuellen Studien bestätigt. So sind es laut einer aktuellen Studie der AK Vorarlberg vor allem psychisch belastende Arbeitsbedingungen, wie Zeitdruck, mehrere Aufgaben gleichzeitig, die Arbeitsmenge, das emotionale Engagement und Unterbrechungen bei der Arbeit- und körperlich belastende Arbeitsbedingungen, wie schweres Heben und Tragen und fehlende technische Hilfsmittel.³⁹¹ Mehr- und Überstunden gelten als Herausforderung. Gerade jene Beschäftigtengruppe neigt häufiger zu emotionaler Erschöpfung, damit verbundener sinkender Arbeitsbewältigungsfähigkeit und einer stärkeren Neigung zum Austritt aus dem Beruf aufgrund physischer Beschwerden.³⁹² Viele sehen die Ursache der steigenden Belastung in den Dienstpostenberechnungen und Berechnungsmodellen, die viele heutige Anforderungen zu wenig abbildet

➤ *siehe auch Kap. 5.6 bzw. Kap. 5.5.1.*

5.5 FOKUS ORGANISATION

Neben dem Vorhandensein zeitgemäßer Modelle zur Personalberechnung im Krankenhaus bilden organisatorische Maßnahmen einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungs- und Arbeitsqualität im Krankenhaus. Die Handlungsfelder aus der Perspektive Organisation stehen in der Betrachtung dieses Fokus und reichen von der der Dienstpostenberechnung, über Einspringen, Nacht- und Wochenendlösungen bis hin zur Dokumentation und Fehlzeiten.

5.5.1 DIENSTPOSTENBERECHNUNG

Die Dienstpostenberechnung bildet die Basis für den Personaleinsatz und die konkrete Dienstplangestaltung in den öö. Krankenhäusern. **566-mal** wurde in den Interviews das Themenfeld Dienstpostenberechnung und -personaleinsatz eingebracht. Die drei folgenden Handlungsfelder Dienstpostenberechnung, Personaleinsatz und Dienstplan sind daher eng miteinander verknüpft. Während im Handlungsfeld **Dienstpostenberechnung** vor allem die Systemebene geschildert wird, steht im Kapitel **Personaleinsatz** der konkrete Personaleinsatz im Haus im Vordergrund. Das Handlungsfeld **Dienstplan** skizziert die Zufriedenheit mit dem Dienstplan aus Sicht der Beschäftigten und ev. Herausforderungen, die zu großen Teilen durch die Praxis der Dienstpostenberechnung entstehen.

In Zahlen gemessen arbeiten derzeit mehr Beschäftigte in den öö. Krankenhäusern. Seit 2008 ist die Beschäftigtenzahl der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in den öö. LGF-finanzierten Krankenanstalten von 10.591 auf 11.387 gestiegen, was einer Steigerung von 7,52 % entspricht ➤ *siehe auch Kap.4.3.* Offen bleibt die Frage, ob dieser Zuwachs ausreichend ist und in welchen Berufsgruppen ein ev. Handlungsbedarf besteht ➤ *siehe auch Kap. 5.6.*

³⁹¹ Geissler, 2019

³⁹² Auch die Studie der AK Vorarlberg (Geissler, 2019) kommt zu ähnlichen Schlussfolgerungen und legt vor allem einen starken Fokus auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit nach dem Arbeitsbewältigungskonzept.

5.5.1.1 DURCHFÜHRUNG

Die Befragten schilderten aus ihrer beruflichen Perspektive die Erfahrungen mit der Dienstpostenberechnung für ihr Krankenhaus oder ihren Bereich.

Basis der Dienstpostenverhandlungen

Für die Befragten ist nicht immer nachvollziehbar, auf welcher Basis die Dienstpostenberechnungen konkret erfolgen.

„Also es ist schon so, dass mit dem, was wir jetzt dazu bekommen haben, was die Ärzte vorher gemacht haben, wird es schon immer enger.“ (SL4)

„Also, ich kann ja jetzt nicht sagen, inwieweit die PPR in die Personalberechnung ein-, wird wahrscheinlich schon sein, aber da haben wir jetzt ja nicht so den Einblick ja.“ (BK13)

Auch ist unklar, wie z.B. konkrete Experten/-innen in die Dienstpostenberechnung einbezogen werden. In der Praxis ergibt sich dadurch aber eine Auswirkung auf den konkreten Personaleinsatz in den Abteilungen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.2.*

„Unklar, wie derzeit diverse Pflegeexperten einberechnet sind.“ (BR7)

Auf Bereichs- und Hausebene greifen die Führungskräfte auf eine Vielzahl verschiedener Instrumente zur Dienstpostenplanung zurück. Diese bilden die Basis für die weiteren Verhandlungen mit den Geschäftsführungen und letztendlich mit den Budgetverantwortlichen im Land ÖÖ.

„Alle, die in der Pflegedirektion arbeiten, wir müssen das vorbereiten. Wir sind dafür verantwortlich, dass wir sagen, so und so viele brauche ich in dem Bereich. Wenn ich erhöhen will im nächsten Jahr, muss ich das natürlich begründen.“ (PM15)

„Wir haben, also, da gibt es einmal die Strukturqualitätsvorgaben, das ist die Grundlage und dann haben wir noch die Psych-PV dazu. Und dann bekommen wir noch ein Plus vom Haus für unsere Station, weil die Gerontologie sehr personalaufwändig ist. Das heißt, wir haben da noch von der Direktion noch Personal dazubekommen. Also die Berechnung ist zusammengestückelt aus allen Bereichen.“ (SL41;Neuropsych.Geronto)

„Ich nehme viele Elemente, um den Dienstpostenplan zu erstellen, in dem ich sage, ich habe die PPR, ich habe die bauliche Komponente und was an Leistung gekommen ist, ich habe eine Patientenzahl, eine Verweildauer, also mehrere Möglichkeiten, mir ein gutes Bild zu machen, was sich auf dieser Station abspielt.“ (PM4)

„Also bettenführender Bereich Chirurgie, nehmen wir jetzt einmal, und es kommt mir da eine Anzahl heraus, dass ich eigentlich eine halbe Stelle Diplom mehr brauche, dann muss ich das sowohl mit der PPR, als auch fachlich begründen. Also schon noch die Fachlichkeit immer dazugeben. Und dann wird das eingebracht bei uns im Personalcontrolling, und die beurteilt das noch einmal. Und dann geht das einen ganz, einen langen Weg. Über Budgetgespräche, Mittelfristplanungsgespräche, über die Geschäftsführung, bis man sich dann einmal einig ist.“ (PM7)

„Also, normalerweise ist es so, dass wir Budgetgespräche und Mittelfristplanungsgespräche haben, das heißt, das eine Jahr auf das andere, das ist das Budgetgespräch... Die PPR bildet normalerweise das Jahr davor ab. Das heißt, das lässt man miteinfließen, man schaut es sich davor noch einmal genau an.“ (PM7)

Die GÖG weist bereits 2010 darauf hin, dass bei der Berechnung der Dienstposten auf die Besonderheiten der jeweiligen Einrichtungen Rücksicht genommen werden muss. *„Zudem ist nachvollziehbar auf die örtlichen, räumlichen und strukturellen Gegebenheiten sowie die Pa-*

*tientencharakteristika (Schwere der Erkrankung/Risikostratifizierung) in der Organisationseinheit einzugehen.“*³⁹³ Inwieweit diesem Aspekt bei den öö. Dienstpostenberechnungen Rechnung getragen wird, konnte im Rahmen der Studie nicht beantwortet werden.

Die Betriebsräte/-innen ziehen großteils kritische Schlüsse.

„Selbst bei einer richtigen Datenerhebung ein falsches Bild erzeugen, weil viele Daten gar nicht eingegeben werden können. Kurz gesagt, ich glaube, dass nicht einmal alle relevanten Daten erhoben werden. Das nächste ist, dass wir als Betriebsrat auch nicht miteinbezogen worden sind, wie dieser Prozess abläuft und wie Personalforderungen daraus entstehen.“ (BR17)

Priorisierung der Aufgaben

Bei den Dienstpostenverhandlungen werden konkrete Themenfelder eingebracht, die speziell behandelt werden sollen und eine Personalaufstockung benötigen. Auf Ebene der Unternehmensleitung wird dann priorisiert, welche Schwerpunkte gesetzt werden. Nicht selten kommt es auch zu Verschiebungen, da andere Themen an Priorität gewinnen.

„Ja, also das ist schon verhandelt, diese Dienstposten gibt es ja schon. Aber dann liegt es schon am Unternehmen, zu sagen, wir priorisieren, und was brauchen wir ganz unbedingt? Wo ist die Not und das Leid des Personals am größten?... Wir hatten vorher das Thema Kinästhetik... Und das war auch so, dass da beschlossen wurde, dafür gibt es Dienstposten, halt 2019/2020, und dann ist das Thema Demenz so virulent geworden, sodass man dann gesagt hat, da muss man jetzt was tun und das eine wieder zurückverschoben und das andere, das hat einfach Priorität. Also man muss in seinem Rahmen einfach anders verteilen, weil gewisse Dinge kann man nicht einsparen, weil das macht dann ganz, ganz große Schwierigkeiten in der Betreuung von Patienten.“ (PM10)

Argumentation notwendiger Dienstpostenerhöhungen

„Das wäre eine Blauäugigkeit, wie sie im Buche steht, wenn wir sagen, die Pflege hat nur sagen müssen, wir brauchen und die Füllhörner sind ausgeschüttet worden. Also, ich bin über 40 Jahre in der Pflege und ich kann mich auf das überhaupt nicht erinnern.“ (PM6)

Eine Erhöhung der Dienstposten muss von den Führungskräften aller Hierarchieebenen ausreichend argumentiert werden.

„Das ist das Konzeptgespräch, das ist so eine Art 5-Jahres Planung... und da ist alles einzubringen... auch die ganzen Personalforderungen. Und das ist so mein Job, den Ärzten und auch den MTD-Leuten zu helfen, dass wir sagen, ok, so eine Anforderung muss man begründen, da müssen wir uns natürlich ansehen, was hat sich tatsächlich geändert? Ist das eine gefühlte Veränderung, weil ich einen Dauerkrankenstand gehabt habe und weil ich mich vielleicht bei der Urlaubsplanung vertan habe. Dann ist es bei mir eine gefühlte Veränderung. Oder haben wir tatsächlich eine, so eine Leistungserweiterung oder Veränderung vom Klientel, dass ich etwas tun muss.“ (BL19)

„Wie soll ich sagen, permanent Dasitzen, Aufzeigen, Leistungsverdichtung und unsere Bereichsleitung und Pflegedirektorin ist da sehr dahinter. Sie ist eine Verfechterin des zweiten Nachtdienstes.“ (SL29)

„Nehmen wir jetzt zum Beispiel hier die Physiotherapie. Das ist jetzt keine Versorgung, wo das Leben dranhängt und da bekomme ich auch alle Jahre Forderungen, auch vom Abteilungsleiter. Und das ist alle Jahre der Prozess, dass ich ihn anrede und sage, bitte kontrollieren's.“ (BL19)

³⁹³ Wabro et al., 2010: 25

„Und ich muss schon sagen, bei unserer Trägerschaft ist es so, wenn das nachvollziehbar argumentiert ist,..., ich habe noch nie ein Personal abgezogen bekommen, weil ich von der PPR her übererfüllt war.“ (PM14)

„Und das ist das, was ich ihnen dann verklickere, seid mir nicht böse, ihr habt einen Dienstposten eingebracht, wir haben ihn raugenommen. Es hat jetzt für mich nicht Priorität für eine sichere Patientenversorgung. Weil wir haben genug Physiotherapeuten, dass die Patienten, die wirklich eine qualitative physiotherapeutische Versorgung brauchen, denen können wir es gewährleisten.“ (BL19)

„Immerhin haben wir ja 24 Stunden am Tag Arbeiten zu erledigen und das sieben Tage die Woche, da gehören natürlich die Aufgaben besetzt. Da ist also bestimmt auch mehr Personalbedarf da.“ (SL7)

Führungskräfte berichten, dass sie ihre Argumentationsgrundlagen als sehr realistisch einschätzen. Sie geben die Dienstposten an, die sie tatsächlich für die Arbeit brauchen.

„Es ist sicher so, dass man vielleicht am Anfang versucht, rein zu tun, weil man weiß, dass was gestrichen wird. Das bin aber nicht ich. Ich tu das rein, was ich brauche und dann will ich auch nicht, dass das gestrichen wird. Aber ich denke mir, da muss man so ehrlich sein, dass ich zu meinem Gegenüber gehe und sagt, das brauche ich.“ (PM15)

Einige Führungskräfte erwarten sich bei der Verhandlung der Dienstposten mehr Vertrauen von ihren Vorgesetzten in ihre eigenen Berechnungen.

„Dann soll das Gegenüber wissen, dass ich mir das vorher alles genau angeschaut habe, also dieses Vertrauen darauf, dass ich weiß, was ich sage und nicht, dass, dieses, jetzt schauen wir mal zuerst.“ (PM19)

„Unsere Vorgesetzte hat mir das schon einmal vorgerechnet, die hat auch für uns gekämpft in den letzten zwei Jahren, damit wir mehr Personal bekommen, aber es ist auch mit Berechnungen nicht anerkannt worden.“ (BK42)

In der Praxis gestaltet sich die Forderung nach zusätzlichen Dienstposten oft schwierig. So sind Großgeräte oft leichter argumentierbar, die dazu nötigen Personalressourcen oft weniger.

„Aber es ist so, dass ich einfach feststelle in meinen Alltag, es ist leichter, eine zuständige Geschäftsführung davon zu überzeugen, eine Summe für ein Großgerät auszugeben, wie ich brauche aber dann, wenn wir dieses Großgerät anschaffen auch Personal, das das bespielt, um diese neue Leistung auch anbieten zu können, da ist das Verständnis schon wieder ein anderes. Da höre ich den letzten Jahren sehr oft die Aussage, das muss ressourcenneutral passieren.“ (PM19)

5.5.1.2 HERAUSFORDERUNGEN

Aspekte zu wenig beachtet

Aus Sicht der Befragten werden in der Dienstpostenberechnung manche Aspekte zu wenig beachtet. Häufig handelt es sich dabei um Faktoren, die auch in den Berechnungsmodellen zu wenig betrachtet werden ➤ *siehe auch Kap.5.6*. Für viele Befragte bilden sich die Leistungs- und Aufgabensteigerung zu wenig in den Dienstposten ab.

„Es wäre zumindest interessant darzustellen, was heißt denn das. Wenn ich jetzt ein zweites Großgerät habe. Wenn die Voest einen neuen Hochofen aufstellt, weiß man auch, wie viele Stahlarbeiter jetzt dann da arbeiten. Irgendwie beim Krankenhausbereich geht das irgendwie dann immer unter.“ (E9)

„Ich habe den Personaltopf und den Gerätetopf und da darf man untereinander nicht austauschen. Das heißt, wenn ich da eine Ressource freihätte, kann ich nicht einfach, also man muss sich an die Rahmenbedingungen halten.“ (PM9)

„Wir hatten damals, als ich angefangen habe 1.300 Geburten im Jahr, jetzt haben wir knapp 1.800. Wir sind aber nicht mehr Leute geworden.“ (BK11;Hebamme)

„Die ambulanten Patienten, die stetig mehr werden, sind auch nicht berechnet worden.“ (BR23)

„Naja, mit dem absoluten Highlight kämpfe ich jetzt gerade. Ich kriege auf der gesamten zweiten. Internen eine Telemetrie, mit acht Geräten mit genau Null-Komma-Null Personal mehr. Obwohl die Bedienung und die Überwachung unter Anführungszeichen übers Pflegepersonal läuft.“ (BL14)

Aufgrund der fehlenden Berechnungen ergeben sich z.B. knappere Besetzungen in den Nachtdienstbesetzungen, an Wochenenden, etc., damit der Dienstbetrieb aufrecht gehalten werden kann **➤ siehe auch Kap. 5.5.2.**

„Dass die Leute in der Frühe nach dem Nachtdienst heulend bei mir gesessen sind, total fertig, ich kann nicht mehr und, ich habe so eine Angst. Und, lass mich mal telefonieren, ich weiß nicht, ob ich das und das gemacht habe. Also die waren wirklich...“ (BR30)

Kleine Häuser bzw. Abteilungen

Kleine Krankenhäuser bzw. Abteilungen müssen Mindestbesetzungen vorhalten, damit die Arbeit bewältigt werden kann. Diese sind in den Dienstpostenberechnungen zu berücksichtigen.

„Da haben sie noch einen Zusatzfaktor in einem kleinen Haus beim budgetären Rahmen, weil sich da ein kleines Haus fast nicht bewegen kann. Und die MTD-Berufe sind halt, gerade wenn man Diätologen anspricht, Psychologen, Therapeuten, Logopädie. Sie sind nicht wirklich, eh wie ich vorher gesagt habe, die Patienten sterben nicht, wenn ich sie nicht habe. Und wenn ich da gerade Strukturqualitätskriterien erfülle, komme ich als Träger gut durch. Und wenn ich sowieso schon mit dem Budget zu kämpfen habe.“ (BL19)

„Wir vermuten, dass es ist, weil wir dem Haus finanziell nicht viel bringen.“ (BK25;Ergo)

Höhe des Personalbudgets

„Das heißt, Personalbudget, wie viel Personalbudget habe ich? Und das gehört eingehalten und in diesem Rahmen müssen wir uns bewegen.“ (PM12)

Letztendlich bestimmt die Höhe des Personalbudgets häufig den Rahmen, inwieweit neue Dienstposten in den Krankenhäusern geschaffen werden können. Aus Sicht vieler Befragter wurde es zu wenig angepasst **➤ siehe auch Kap. 4.5.**

„Und das Budget für Pflegepersonal hat sich in den letzten 20 Jahren nicht so verändert, wie ich es mir wünschen würde.“ (PM19)

„Ich glaub, die tun da gar nichts mehr ausverhandeln. Die sagen einfach, so und so viel Budget gibt's, ich glaube, das ist ja jährlich so.

Da gibt's einen Prozentsatz, das ist das Vorjahresbudget und dann gibt's die und die Prozent Steigerung, Maximum. Und dann gibt es noch ein internes Gespräch, ja mit der Abteilung Gesundheit wird das noch im Vorfeld alles abgeklärt. Ja, aber, dass man sagt, jetzt feilschen die um irgendwelche Posten... nicht mehr. Die verhandeln um das Budget. Und was dann halt mit dem Budget intern gemacht werden kann, das schauen sie sich dann eh einmal an mit den Angaben, die von den Häusern hereinkommen.“ (BR10)

„Hat man Luft im Budget, ist man großzügiger und dann gibt es ab und zu auch mal für das eine oder andere Haus einen Dienstposten. Aber wenn man keine finanzielle Möglichkeit hat, so wie in den letzten Jahren, dann gibt es eben keinen.“ (BR23)

Die Berechnungen der Träger sind jedoch so gestaltet, dass Gefahrensituationen so weit wie möglich abgewendet werden können.

„Das ist immer abhängig vom Landesbudget, wie viel Geld steht letztendlich zur Verfügung. Wenn ich dann wirklich in Not bin, und wenn ich der Unternehmensleitung artikuliere, dass wir

da in einen Gefahrenbereich hineinkommen, dann habe ich es noch nie erlebt, dass wir etwas nicht bekommen hätten. Wenn aufgrund des Mangels Patienten in Gefahr gebracht wären.“ (BL19)

Langer Weg zu zusätzlichen Dienstposten

Als Herausforderung wird erlebt, dass es im derzeitigen System schwierig ist, schnell zu neuen Dienstposten zu kommen.

„Es ist schwierig, es ist extrem schwierig. Je nachdem, wie die Dringlichkeit gesehen wird, kommt man schneller zu was oder es dauert länger. Manchmal werden Posten aus der Mittelfristplanung hervorgezogen, weil es dringlich ist und manchmal passiert das nicht.“ (PM21)

Der Genehmigungsprozess erstreckt sich oft über lange Zeiträume. Es braucht ergänzend kurzfristige Lösungen siehe [Kap. 5.5.2](#).

„Weil, wenn jetzt, ich sage, eine Station über den Sommer schon sehr belastet ist und da kommt im Herbst noch was dazu, dann kann ich frühestens im nächsten Jahr beim Personal was fordern und dann kommt das 2019, wenn überhaupt.“ (PM7)

„Also Schwierigkeiten haben wir im Haus, wenn jemand zu uns kommt und sagt, so und ab morgen brauche ich einen Dienstposten mehr. Und das war es. Das wird bei uns nicht akzeptiert. Das ist unser Führungsauftrag und so kann man auch nicht arbeiten.“ (BL19)

5.5.1.3 IDEEN AUS DER PRAXIS

Eine gute Datenbasis und gutes Verhandlungsgeschick führen dazu, dass in einigen Bereichen höhere Dienstposten genehmigt werden.

„Damals, wie sie diesen Personalwürfel, vor 20 oder 30 Jahren gemacht haben, wurde gesagt, dass für den Tagdienst und für den Nachtdienst in der Pflege 15 % abgezogen werden. Wir sind dann darauf gekommen, dass sich das bei uns nicht ausgeht und haben zumindest für den Nachtdienst erreicht, dass die 15 % nicht abgezogen worden sind.“ (BR23)

Führungskräfte berichten, dass sie kurzfristig versuchen, Personalengpässe zu überbrücken siehe [Kap. 5.5.2](#), langfristig braucht es aber Überlegungen zu einer zeitgemäßen Dienstpostenberechnung.

5.5.1.4 FAZIT

Die Dienstpostenberechnung erfolgt aufgrund verschiedener Modelle. Nicht immer ist nachvollziehbar, wie konkret die Dienstposten berechnet werden. Führungskräfte schildern, dass sie mit realen Zahlen in die Dienstpostenverhandlungen gehen, teils gibt es aber im Rahmen der Budgetgespräche Kürzungen.

„Unser Dienstpostenplan wird ja vom Land genehmigt. Und wenn wir zum Beispiel um zwanzig Pflegeposten mehr einrechnen, kann es sein, dass wir die nicht genehmigt bekommen. Also, das ist ja das andere Dilemma. Wir haben das, was wir einreichen und das, was wir genehmigt bzw. nicht genehmigt bekommen. Und wir haben als Drittes das was wir selber noch nicht besetzen. Weil auch, wenn wir das genehmigt bekommen, heißt das noch lange nicht, dass sie besetzt werden.“ (BR18)

Anhand offizieller Zahlen stiegen die Dienstposten in den öö. Krankenhäusern kontinuierlich an. Hinterfragt wird von den Akteuren/-innen allerdings, ob die aktuellen Anforderungen ausreichend berücksichtigt sind.

„Darum sage ich ja, das hat sich nie an die tatsächlichen Bedarfslagen und an die Entwicklungen, die ja momentan sehr rasch gegangen sind im Gesundheitswesen, angepasst. Und hinzu kommt dann noch, dass, wenn ich diese Stellen vom Land vorgegeben habe, für meine Begriffe nicht immer ganz sinnvoll verteile... Im Verhältnis dazu, wenn man jetzt den Pflegebereich hernimmt, die Beschäftigtenzahlen steigen zwar jährlich minimal an, aber sicher nicht in dem Ausmaß, in dem der Arbeitsaufwand steigt.“ (BR1)

5.5.2 PERSONALEINSATZ

In vielen Häusern fließen die ausverhandelten Dienstposten in den Bereichen in einen Basiseinsatzplan ein, der sicherstellt, dass die verfügbaren Beschäftigten auf 24 Stunden, 365 Tage im Jahr eingeteilt werden können.

„Wenn es ein Standardtag ist, wo normal viele Patienten kommen, dann finde ich schon.“

(BK91)

„... nur mit vierfach Personal, weiß ich nicht wie das geht, es geht sich eh nicht aus. Wir laufen bis zum. Also wir laufen jetzt schon seit dem Sommer eigentlich.“

(BK44)

„Den Basiseinsatzplan mache ich mit der Bereichsleitung gemeinsam, wie es sich zusammensetzt, wo wir dann die ganze Personalberechnung, bei uns die PPR, miteinander durchgehen und auch schauen, wie die passt.“ (SL21)

„Wir haben einen Dienstpostenplan, den bekomme ich vorgegeben, ich habe eine gewisse Anzahl an Personen, die ich einstellen darf und mit denen muss ich hauswirtschaften. Darum kann ich auch nicht nachbesetzen, wenn die noch da ist. Und ich muss aber ein bis zwei Monate rechnen, bis die einsatzfähig ist, so halbwegs einsatzfähig ist. Aber ich mache es grundsätzlich schon so, das erste Monat sind sie wirklich zusätzlich eingeteilt. Aber das geht natürlich zulasten der restlichen Mitarbeiter.“ (BL5;Radio-Onko)

Dieser eignet sich meist, um die „normalen“ Tagesanforderungen zu bewältigen. Bei höherem Patientenanstieg, Krankenständen, etc. sind die Einsatzplanungen aber kaum geeignet,

um den Arbeitsbetrieb aufrecht zu erhalten, eine häufige Folge ist das Einspringen *➤ siehe auch Kap. 5.5.5.*

„Ja es ist halt gerade einmal aufs Minimum hin besetzt normalerweise, also irgend so ein Spazi nach oben hin, gibt es nicht mehr. Das man sagt man tut halt zwei Leute mehr im Dienst..., eher selten... Und wenn halt dann wer krank wird.“

(BR21)

„Die Anzahl ist eine gute Hilfe, wenn ich gut routinierte eingearbeitete Arbeitende habe, dann komme ich wahrscheinlich mit weniger aus, als wenn ein Drittel nur aus Jungen besteht, das spielt ja auch alles mit.“ (PM4)

„Die Stationsleitung hat hier einen Basiseinsatzplan, oder wie immer das heißt, erstellt und der wird auch immer eingehalten. Nur wenn der Arbeitsaufwand sehr groß ist, mit weniger Personal geht das nicht, dann muss nachbesetzt werden und dann müssen wir flexibel sein, dass wir auch einmal kurzfristig einspringen.“ (BK53)

„Und die Personalausstattung ist leider wirklich permanent... ich will nicht sagen schlechter, sondern gedrängter geworden. Es ist wirklich... seit ich arbeiten war, immer mehr...“ (BR30)

5.5.2.1 VERÄNDERUNGEN PERSONALSTAND

Die Einschätzungen zum Personalstand sind unterschiedlich.³⁹⁴

Personalstand als ausreichend empfunden

Teilzeitkräfte tragen, häufig auch durch die Kompensation mit Mehrstunden, dazu bei, dass der Personaleinsatz aus ausreichend erlebt wird ➤ *siehe auch Kap. 5.5.8.*

„Aktuell geht es sich sehr gut aus, weil, sozusagen durch die Teilzeitmitarbeiter immer ein bisschen ein Stundenplus auch da sein kann. Und das wird dann so ausgeglichen. Das geht sich aufgrund der vielen Teilzeitmitarbeiter besser aus, finde ich.“ (SL12)

„Wie immer man kann manches planen, aber natürlich, das stationäre Patientengut zu dem geplanten Dienstplan, das sind ja zwei Paar Schuhe manchmal.“ (SL37)

Viele Beschäftigte schildern, dass sie teils – gerade im Moment der Interviewführung – ausreichend besetzt sind, dass sich die Situation aber sehr schnell verändern kann und zu wenig Personal da ist.

„Heute haben wir vier OPs, das wechselt ja auch und wenn ein guter Tag ist, sind in jedem OP 3 Leute. Also zu dritt. Das geht sich aus. Ja, das ist, ja das geht sich wirklich gut aus. Sobald halt irgendwer wo fehlt, hinkt das ganze wieder. (BK55;OP)

„So ist es perfekt. Tja, dann macht es halt klack und alles ändert sich, weil dann kommen eben die Schwangerschaften.“ (SL32;ICU)

Als Gründe werden häufig die bereits beschriebenen Aspekte genannt: mangelnde Nachbesetzungspraxis und Fehlzeiten. Auffallend ist, dass Beschäftigte in den Abteilungen zufriedener mit dem Personaleinsatz sind, wo es eine starke Einsatzbereitschaft der Führungskräfte, Qualitätskriterien als Vorgaben und Unterstützung durch Praktikanten/-innen gibt.

„Was bei uns nicht so klass‘ ist, ja, es ist wie überall, zum Teil einfach zu wenig Personal. Momentan sind wir ganz gut aufgestellt, aber es heißt jetzt wieder, dass, wenn wer weggeht, oder wenn eine schwanger ist, dass das nicht mehr nachbesetzt wird.“ (BK63)

„Es rennt eigentlich ganz gut, muss man sagen. Die Chefin schaut auch immer. Man muss schon sagen, wir haben ab und zu besseres Patientengut und manchmal ist es ein schlechteres. Das weiß man aber nicht. Und wenn wirklich ein schlechteres ist, dann wünschte man sich halt dann einen Kollegen mehr. Wenn man sagt, 2 Hände mehr wären gut. Da sind wir dann immer auch recht froh, wenn wir Schüler oder Praktikanten da haben.“ (BK90;AG/R)

Personalstand als zu gering empfunden

„Man ringt schon sehr um das Personal.“ (PM21)

„Also es heißt auch immer, wir haben ja schon jahrelang Kämpfe mit unserer Chefin, weil wir sagen, wir sind zu wenig Leute und immer heißt es nein, wir sind genug.“ (BK11;Hebamme)

„Genau, ja. Also von daher verstehen wir den Personalschlüssel nie. Wir sind nie genug Leute.“ (BK11)

³⁹⁴ Die vorliegenden Schilderungen zeigen eine erste Einschätzung. Für eine detaillierte Betrachtung müssen die konkreten Zahlen auf Abteilungsebene inkl. ev. Veränderungen im Leistungsspektrum des Krankenhauses bzw. sonstiger Faktoren herangezogen werden.

Befragte berichten, dass sie aktuell weniger Beschäftigte im Einsatz haben als früher.

„Aber manchmal denke ich mir schon, paah, zumindest am Vormittag könnten sie eine Person mehr sein, wenn wir viele Patienten haben zum Waschen auf der Interne, also da könnte es schon öfter eine Person oder zwei mehr sein.“ (BK89)

„Also, es fallen Überstunden an und wir haben es uns durchgerechnet. Und es dürfte bei mir nächsten Dezember gar niemand auf Urlaub gehen, dass ich die Stunden zu Verfügung habe, dass sie arbeiten können. Weil ich meine, es sind viele Feiertage. Und im Mai dürften nur 1,5 Dienstposten auf Urlaub gehen. Also das sind eigentlich nur 60 Stunden im Monat.“ (SL2)

„Von meinem Gefühl her bräuchte ich ein bisschen mehr. Ich möchte nicht sagen, dass wir nicht arbeiten können, aber von meinem Gefühl her und auch von meinen Mitarbeitern, wäre es schon besser, wenn vom Basiseinsatzplan ein bisschen mehr wären.“ (SL21)

„Und dann kann es sein, dass unsere Leute sagen, von den Zwölfen besetzen wir nur sechs. Weil man da sparen kann... Sechs Dienstposten ein ganzes Jahr nicht besetzt, ist etwas. Und wir hatten Jahre, da hatten wir im Schnitt 60 im ganzen Klinikum nicht besetzt gehabt.“ (BR18)

„Wo ich mir gerade Mühe mache. Das ist dann auch immer so ein Gefühl, dass ich der Meinung bin, dass früher mehr Personal war. Das lässt sich ja nachvollziehen, anhand von Dienstplänen, das ist ja kein Geheimnis nicht.“ (SL40)

„Ich bin seit 2001, mit kurzen Karenzunterbrechungen, immer schon auf der Chirurgie und, ich finde vom Personal her ist es schwieriger geworden. Es gibt weniger Personal als vor 17 oder 16 Jahren und die ganzen Geschichten, wie Blutabnahme, die uns zugefallen sind, dafür hat es geheißen, dass wir einen Abteilungshelfer bekommen. Wie ich angefangen habe, hat es die Reinigungsdamen gegeben, die dann eben das Essen ausgeteilt haben.“ (BK69)

„Ich meine, sicher wird wieder gekürzt, gekürzt, gekürzt. Das merkt man dann schon immer mal, weil ich tue zum Beispiel Dienstplan machen und ja, ich meine, jetzt waren wir halt auch immer unterbesetzt, wegen Krankenstände.“ (SL4)

Die Befragten berichten, dass sie, auch wenn sie laut Dienstposten ausreichend Personal haben, die Arbeit mit den Soll-Stellen kaum schaffen.

„Drum heißt es auch bei uns, wir haben genügend Personal, aber man sieht eh, wie viele Überstunden, dass anfallen. Also, da kann dann irgendwas nicht stimmen. Ja wir haben über 1.300 ZN-Stunden, die unbedingt genommen werden müssen. Genau, das sind rein nur die Nachtdienstüberstunden. Die was schon seit einem halben Jahr mitschleppen. Das kann eigentlich kaum abgebaut werden. Wie viele werden wir denn sein? Na, 20.“ (BK34)

„Als Antwort bekomme ich schon, dass es eigentlich passt, dass wir nicht mehr Posten bekommen. Ob das von den Zahlen wirklich so abgedeckt ist, kann ich nicht sagen. Ich bekomme nur das Feedback, dass uns mehr Personal nicht mehr zusteht, aber ich sehe es nicht.“ (SL7)

5.5.2.2 HERAUSFORDERUNGEN

Als Herausforderung im Zusammenhang mit der Personaleinsatzplanung wird erlebt, dass nur **selten planbar** ist, wie viele Patienten/-innen mit welchen Anforderungen tatsächlich in einer Abteilung pro Tag anwesend sind, wie z.B. auch im Geburten-Bereich. Gerade zu Spitzenzeiten ergeben sich dadurch große Anforderungen.

„Aber es ist halt schon so, dass manchmal, also heute sind wir drei Hebammen im Dienst und zwei Frauen sind da, da geht das natürlich super. Aber es gibt natürlich Tage, wo wir drei Hebammen sind, wir haben aber sieben bis acht Frauen im Kreißzimmer. Heißt nicht, dass die alle zur Geburt sind, aber zumindest eine Betreuung brauchen.“ (BK20)

„Das kann man nicht planen, weil der Dienstplan Mitte des Monats für das nächste Monat schon steht und das kann man nicht planen, welches Patientengut dann nächstes Monat da ist. Darum

ist bei uns jeder relativ flexibel. Darum geht das nur, wenn jetzt recht viel Arbeitsaufwand ist, dass er länger bleibt oder statt einem halben Tag einen ganzen macht.“ (BK57)

Befragte schildern, dass mit den derzeitigen Dienstposten viel jongliert werden muss, um den Alltag zu bewältigen.

„Entweder wir haben wieder eine Schwester weniger tagsüber, das in der Nacht will auch keiner, das kann sich auch keiner mehr vorstellen, dass die weg ist. Ich bin gespannt, aber sie wird wahrscheinlich alle Dienste ein bisschen kürzen müssen, dann haben wir wieder das Problem, dass die Schwester um drei heimght und die andere Schwester muss dann zwei Gruppen übernehmen von drei weg bis zur Nacht.“ (BK63)

In manchen Bereichen hat sich die Situation massiv verschärft.

„Wo ich sage teilweise bis zu 8 offenen Stellen, die nicht mehr zu besetzen sind, bei gleichem Patientenaufkommen, wo man dann ersucht, Betten zu sperren, weil die Mitarbeiter an der Basis dermaßen ausgepowert und ausgebrannt werden... Ich meine, ich bin jetzt lange genug in diesem Beruf, immer wieder haben wir dieses Auf und Ab, aber dieses Mal lässt es sich nicht mehr stopfen, dieses Loch.“ (PM17)

„Man hört halt auch von bettenführenden Stationen, vom Hörensagen, dass dort viel auch kompensiert wird über Schüler... und so. Das muss man ganz ehrlich sagen, das weiß man ja, dass das so läuft.“ (SL38)

Teils ist es gängige Praxis, dass Schüler/-innen und Praktikanten/-innen fehlende Dienstposten kompensieren ➤ *siehe Kap. 5.4.5.*

Teils³⁹⁵ wird versucht, mit geteilten Diensten zu arbeiten, um die Personaleinsatzplanung aufrecht zu halten. Diese stellen Beschäftigte vor Herausforderungen.

„Da haben wir vier Stunden Pause gehabt und dann wieder ab sechs, Abendessen, das war anstrengend für uns, muss ich sagen, das hat sich für uns auch in eine etwas bessere Sicht geändert. Gottseidank, dass man nicht mehr die geteilten Dienste hat. Weil ich kenne das, weil ich selber früher ein kleines Kind gehabt habe und selber gemacht habe. Ich bin Mittag heim, habe im Kindergarten dann meine Tochter abgeholt, bin nach Hause, habe sie bei meiner Mama oder meiner Schwiegermutter gelassen. Und bin für die zwei Stunden wieder arbeiten gekommen... Also geteilte Dienste glaub ich, mag keiner... Es ist ein ganzer Tag irgendwie weg. Man hat weniger Freizeit. Weil, wenn ich wieder um 19 Uhr nach Hause komme, dann bin ich auch für nix, ok, im Sommer kann man noch etwas machen, aber im Winter ist das wirklich.“ (BK92;Abteilungshelferin)

Druck, Dienstposten einzuhalten

In Extremsituationen wird teils kurzfristig mehr Personal zu Verfügung gestellt, meist durch Einspringen, Mehr- und Überstunden. Es entsteht aber sehr schnell wieder der Druck, Personal(stunden) abzubauen.

„Es haben mindestens vier Leute gefehlt, vier 40-Stunden Kräfte. Und die anderen habens mitkompensiert. Jetzt haben wir Überstunden, bis zu 200 Überstunden und jetzt hat die Stationsleitung den Auftrag bekommen, sie muss Stunden reduzieren. Bekommt aber nicht mehr Personal.“ (BK96)

„Und sie war uns dann schon wohlgesonnen und hat uns dann auch wirklich die Leute gelassen, aber jetzt heißt es wieder, wir sind drüber. Wir müssen abbauen.“ (BK63)

³⁹⁵ Während in der Langzeitpflege geteilte Dienste immer noch gängige Praxis sind, ist zumindest laut Schilderung der Befragten diese Praxis in den öö. Krankenhäusern seltener anzutreffen.

„Aber es ist, wenn man was sagt, stößt man auf taube Ohren, weil von wo sollen sie sie her saugen, sagen sie dann.“ (BK44)

Um Dienstposten einzuhalten, werden z.B. in der Nacht ➤ *siehe Kap. 5.5.7* oder auch am Wochenende ➤ *siehe Kap. 5.5.6* weniger Pflegekräfte eingeteilt.

„Und am Wochenende haben wir immer einen kurzen Dienst, statt 8 Stunden 6 Stunden, am Samstag noch und am Sonntag gar keinen. Und jetzt, weil es sich nicht ausgeht, sind wir am Wochenende draußen in der Pflege anstatt zu sechst, zu fünft.“ (BK36)

Mehrfach berichtet wurde auch, dass die tatsächlichen Dienstposten mit den aktuellen Modellen ➤ *siehe auch Kap. 5.6* richtig berechnet sind, aber der Personaleinsatz trotzdem zu gering ist. In Zusammenhang wird dies häufig unter anderem mit den verschiedenen Fehlzeiten gebracht ➤ *siehe auch Kap. 5.5.4*. Die Argumentation für mehr Personal wird dann als fordernd erlebt.

„Es sind Stationen im Haus, wo es permanent nicht funktioniert und die Pflegedirektion permanent sagt, wir haben genug Leute dort, aber im Dienst sind zu wenig. Wir haben sich dann die Altersstruktur angesehen. Sie haben mit ihren 20 % Ausfallszeiten gerechnet, dass dort aber 80 % des Personals zum Beispiel in einer Altersstruktur ist, die was schon die sechste Urlaubswoche haben, wo 65 % über 50 sind. Man braucht dort erfahrenes Personal, das stimmt, aber dann müsste man auch in der Besetzung darauf reagieren. Da kann ich dann nicht mehr mit der Schablone darüberfahren. Und da kämpft zum Teil unsere Pflegedirektion... mit der Personaldirektion, weil die Personaldirektion sagt, wir haben das ausgerechnet, überall anders geht es, also muss es bei euch auch gehen.“ Und da geht es halt eben nicht. Das ist ein Konfliktpotential.“ (BR9)

Den Führungskräften kommt hier die wesentliche Aufgabe zu, dass sie argumentieren, warum die Soll-Zahlen, die häufig aus der PPR stammen, nicht einzuhalten sind.

„Ich beziehe mich eigentlich nie auf die PPR-Berechnung, sondern Ausgangswert ist der Ist-Stellenplan mit der Begründung und der Hinterlegung der Zahlen, warum ich glaube, dass es nicht ausreichend ist.“ (PM21;Kinder)

Nachbesetzungspraxis

„Wenn es so ein Fall ist, besetzen sie es hi und da mal nach. Großteils wird nichts nachbesetzt, das müssen die anderen auffangen.“ (BR8)

Befragte berichten, dass häufig nicht mehr nachbesetzt wird, weil die Dienstposten zahlenmäßig „übererfüllt“ sind.

„Am Anfang des Jahres haben mehrere Personen bei uns gekündigt und bis wir jemanden bekommen haben, war es dann eher schon Sommer. Da muss man dann einfach die Arbeit mittragen. Dann kommen Krankenstände und die Urlaubszeit im Sommer dazu und dass man das kompensieren kann, ist eher schwierig.“ (BK21)

„Die Oben haben auch Vorgaben, wenn die Stellen besetzt sind, dürfen sie gar nicht nachbesetzen. Manchmal denke ich mir schon, warum können sie nicht mehr einstellen, wenn sie sich eh denken können, dass die schwanger werden? Aber mir ist das natürlich klar, wenn die Stellen besetzt sind, sind sie besetzt.“ (SL6)

„Genau, das ist auch so ein Thema, wo es so schwierig ist, weil, die sind dann schon weg und die haben alle so viel Urlaub oder Überstunden und die sind dann auch oft schon so bald weg und dann darfst du die nicht nachbesetzen. Weil die Schwangeren dürfen im Endeffekt wenig arbeiten, fast gar nicht mehr.“ (SL2)

„Und, wenn ich weiß, dass der Kollege nach 43,5 Dienstjahren in Pension geht, dann weiß ich das schon, mindestens sage ich jetzt einmal, Hausnummer, fünf Monate vorher. Warum wird der nicht adäquat nachbesetzt?“ (BK96)

„Wenn jemand gegangen ist, wurde er bis jetzt nachbesetzt, obwohl in Zukunft sicher mehr geschaut, wird und, dass es zum Beispiel keine Stundenaufstockungen mehr gibt.“ (BL18;BMA)

„Wir haben das Glück, dass noch alle nachbesetzt wurden. Also Pensionierungen wurden nicht mehr nachbesetzt, aber Karenz oder ähnliches schon. Und es gibt auch nichts mehr, also die Botschaft war, dass wir gerne fordern können, aber solange nicht ein neues Betätigungsfeld aufgemacht wird mit genau den klaren Zahlenbelegen, wird es auch kein Personal mehr geben.“ (SL18;Physio)

Manche Häuser besetzten offene Posten schnell nach, finden aber in speziellen Berufsgruppen teils nicht das nötige Personal ➤ *siehe auch Kap. 4.4.3.*

„Es wird schon geschaut, dass relativ schnell nachbesetzt wird, nur es gibt keine Hebammen.“ (BK20;Hebammen)

Führungskräfte beschreiben, dass die Praxis, 20 % als Fehlzeiten einzurechnen, im Alltag teils vor große Herausforderungen bei der Personaleinsatzplanung stellt ➤ *siehe auch Kap. 5.5.4.*

„Es gibt einen Ausfall von 20 %, der eingerechnet ist in die Personalkultur. Urlaub ist geplant übers Jahr und da sollte man nicht allzu viel daneben sein. Wenn man sich ansieht, dass pro Mitarbeiter 20 % Ausfall inklusive Urlaub eingerechnet ist, hat der eine zum Beispiel nie einen Krankenstand, sowas gibt es, und ein anderer bricht sich die Schulter oder sonst was und ist einmal 2 Monate weg, das ist mit eingerechnet. Da bekomme ich nicht extra jemanden dazu, da muss ich einfach jemanden von meinem Personal stellen.“ (SL42)

„Ja, bei Langzeitkrankenständen ist es leider oft so, dass die Mitarbeiter das eine Zeit lang mitarbeiten, bis man weiß, wie lange ist der Langzeitkrankenstand.“ (PM7)

Bereitschaftslösungen

In vielen Abteilungen wurden mittlerweile Bereitschaftslösungen eingeführt. Sie ermöglichen einen flexibleren Personaleinsatz mit den berechneten Dienstposten, werden aus Sicht vieler Befragter aber als Belastung beschrieben. Zu den konkreten Belastungen und rechtlichen Grundlagen siehe auch ➤ *Kapitel 5.5.3.*

„Also, das mit der Bereitschaft merke ich schon, dass das eine Belastung ist für die Kolleginnen. Da wäre mir persönlich auch viel wohler, wenn wir da jetzt drei Nächte hätten. Also, das muss ich ganz ehrlich sagen.“ (BL12;Hebamme)

„Meine 40-Stunden-Kräfte haben zwei Wochenenden, fünf Nächte und sieben lange Dienste im Monat. Das Problem bei den fünf Nächten ist, dass wir ja nur Bereitschaft haben und dadurch verlieren sie so viele Stunden.“ (SL53;BMA)

5.5.2.3 KURZFRISTIGE KOMPENSATIONSMÖGLICHKEITEN – IDEEN AUS DER PRAXIS

Die Schilderungen zeigen, dass es schwierig ist, kurzfristig zu mehr fixem Personal aufgrund der Dienstpostenberechnungen zu kommen.

„Wenn wir da was hätten, wo man sagt, ok, es kann wer eingearbeitet werden zum Switchen, oder, dass wir da wen zum Aushelfen hätten, wäre uns in so einer Gelegenheit einfach mehr geholfen, aber es ist halt nicht so einfach, weil einfach das nicht so vorgesehen ist. Jede Station hat seine Minimumbesetzung.“ (BK78)

Häufig wird derzeit auf Einspringen mit dem Aufbau von Mehr- und Überstunden zurück gegriffen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.5 bzw. Kap. 5.4.7.3.* Die Kompensation mit Überstunden ist kritisch zu hinterfragen, da hohe monatliche Überstunden die Arbeitsfähigkeit auf Dauer senken.³⁹⁶

³⁹⁶ Siehe dazu auch Geissler, 2019

In der Praxis werden derzeit einige Lösungswege versucht, um kurzfristig Erleichterungen zu schaffen, vor allem auch dann, wenn ansonsten rechtliche Grundlagen nicht mehr eingehalten werden könnten.

„Da muss es so sein, dass ich sage, ich kann das Arbeitszeitgesetz nicht einhalten oder ich komme über die maximal erlaubten Stunden zum Überplanen darüber. Dann muss man halt schauen, ob man kurzfristig mit Leasing oder mit Aushelfen von einer anderen Station, wie auch immer, man halt das dann schafft. Das ist dann Aufgabe der Führungskraft, dass die das im Vorfeld, wenn sie das merkt, schon kommuniziert, dass man halt zeitgerecht eine Lösung hat.“ (PM2)

Einrichtung von Pools

Vor allem für den Pflegebereich haben einige Träger mittlerweile Pools installiert. Einerseits tragen sie kurzfristig zur Erleichterung bei, andererseits werden sie auch als Herausforderung beschrieben.³⁹⁷

„Und da wäre es halt eine tolle Idee, wenn man sagt, es gibt im Haus einen Pflegepool, wo man dann einfach auch mal Mitarbeiter heranziehen kann. Das macht es leichter. Es ist auch im Sommer die Haupturlaubszeit.“ (BL14)

„Oder man hätte einen Pool oder was, wo man rekrutieren könnte draus. Oft wäre es ja schon gut, wenn man ab der 1. Woche jemanden hätte. Wenn man so einen Pool hätte, dann könnte man ab dem 1. Tag kompensieren ohne, dass jemand hereinkommt. Aber das ist natürlich ein sehr komplexes Thema. Und ja, das ist halt ein Führungsthema.“ (BR10)

Nicht nur Diplompersonal sollte aus Sicht von Dienstplanverantwortlichen über Pools kompensiert werden, zeigt auch eine aktuelle Erhebung aus einem öö. Krankenhaus. Angesprochen wurden z.B. auch die Bereiche Pflegeassistenz, Patiententransport und Abteilungshilfe³⁹⁸.

Pool-Kräfte sind nicht jederzeit und sofort einsetzbar. Häufig bringen sie für einen Fachbereich nicht das nötige Spezialwissen mit. Teils werden Beschäftigte im Langzeitkrankenstand den Pools zugeteilt, sodass diese nicht verfügbar sind.

„Es heißt dann immer, dass wir ja einen Pool haben, also die Pool-Schwestern, aber die bekomme ich frühestens in 3 Monaten und da ist die Spitze dann eh schon wieder vorbei.“ (BK69)

„Ich glaube ja, dass man das mit dem Pool anders machen müsste, dass man auf das zurückgreifen kann. Aber so wie, das jetzt ist, ist der Pool eher ein Krankenstandspool als ein Hilfspool.“ (BR18)

Einsatz von Leasingkräften

In manchen Fällen wird mittlerweile kurzfristig auf Leasing zurückgegriffen, mit unterschiedlichen Erfahrungen.

„Ich habe das Problem einmal in der Milchküche gehabt, da haben wir uns dann beim Personal mit Leasingkräften ausgeholfen. Also, da sage ich, ich stehe an. Und dann hilft sie mir mit Leasingpersonal.“ (SL36)

„Aber dort wo wir wissen, es fällt wirklich jemand lange aus, schauen wir teilweise mit Leasingkräften.“ (PM7)

³⁹⁷ Eine gesonderte Erhebung von Chancen und Grenzen kurzfristiger Kompensationsmöglichkeiten, wie z.B. Pool-Lösungen wird angeregt

³⁹⁸ Riegler/Niederberger, 2019. Bereiche wie MTD-Berufe, Küche, Reinigung, Verwaltung, etc. wurden in dieser Studie nicht befragt

„Sollte es jetzt gar nicht mehr gehen, haben wir auch die Möglichkeit von Leasingpersonal. Aber das ist natürlich an gewisse Vorgaben gebunden. Das heißt, wir müssen zwei Dienstposten darunter sein und dann bekomme ich Leasingpersonal. Zwei Dienstposten sind natürlich für so einen Betrieb wie wir sind, schon sehr viel, aber da geht es natürlich wieder um die Kosten, was das Leasingpersonal betrifft.“ (BL10)

Unterstützung durch Nachbarabteilungen

Teils wird versucht, akute Personalengpässe mit Kollegen/-innen aus Nachbarabteilungen zu kompensieren. Aufgrund der allgemein angespannten Situation in vielen Bereichen ergeben sich hier aber Grenzen.

„Die Möglichkeit habe ich vom Alarm her. Ich habe die Möglichkeit, dass ich mir von anderen Stationen jemanden abziehe, aber die haben auch diese Akutfälle und die sind auch nicht mehr Leute als wir.“ (BK96)

„Und so tun wir dann halt, wenn es im Haupthaus mal eine Spur leichter ist, machen wir das dann intern, obwohl wir das nicht dürfen, helfen welche vom Haupthaus uns dann auf der Akutgeriatrie. Also, das machen wir uns intern vom Team her irgendwie aus.“ (BK32)

„Dann wird halt grundsätzlich geschaut, wenn ich jetzt akut Personal brauche... dann wird normaler Weise halt auf das reagiert, dass man sich halt untereinander aushilft. Das heißt, ich bekomme ein Personal von anderen Stationen.“ (PM2)

Ehrenamtliche als Unterstützung

Im Pflegealltag werden Ehrenamtliche als Unterstützung gesehen. Sie übernehmen vor allem häufig Aufgaben wie Gespräche, Begleitung von Palliativpatienten/-innen, etc.

„Wir haben den Vorteil, dass wir Ehrenamtliche auch haben, von denen auch welche am Nachmittag mal kommen, die gehen halt dann auch auf Glocke.“ (SL3)

„Oder vielleicht mal Gespräche führen, wenn ich sage, der ist jetzt recht unruhig, dass sie mal dabei sitzen bleiben, wenn keine Angehörigen da sind, solche Dinge.“ (SL3)

„Krisen-Begleit-Dienst. Der ist intern nur für das Haus, ehrenamtlich zuständig und der kann zum Beispiel in einem sehr herausfordernden Bereich angefordert werden, der einem die Angehörigen abnimmt, damit man die effektive Arbeit am Patienten machen kann. Oder am Verstorbenen machen kann.“ (BK7)

„Wie haben den positiven Aspekt, dass wir ehrenamtliche Mitarbeiter zur Verfügung haben, die uns bei dementiell erkrankten Patienten unterstützen. Mit Sitzwache oder auch mit Spaziergängen.“ (BK7)

Gerade in Palliativstationen beschreiben Pflegekräfte, dass die Personalsituation in der Nacht ohne Ehrenamtliche sehr eng wäre.

„Dann wäre es mitunter eng. Bei so herausfordernden Dingen. Bei Hochschwierigkeits-Bereichen, wo man in der Nacht alleine ist und fünf Hände bräuchte“ (BK7;Palliativ)

Beschrieben werden aber auch die Grenzen, die durch das Berufsrecht gesetzt sind. Ehrenamtliche dürfen keine pflegerischen Tätigkeiten ausführen, wodurch sie nur teilweise eine Erleichterung beim Personaleinsatz bringen.

„Aber die dürfen halt überhaupt keine pflegerischen Tätigkeiten machen.“ (SL3)

5.5.2.4 FAZIT

Angesprochen auf den Personaleinsatz schildern viele Beschäftigte, dass es derzeit gut läuft, sich die Situation aber schnell ändern kann, wenn sich z.B. die Patienten/-innen ändern oder Langzeitkrankenstände, Schwangerschaften, etc. eintreten. Führungskräfte berichten, dass die Personaleinsatzplanung derzeit als herausfordernd erlebt wird.

„Da weiß die Leitung auf der Station manchmal gar nicht, wie sie einen Dienstplan machen soll, weil die Dienstposten, die gefordert worden sind, haben wir nicht bekommen, nur zwei Ordinationshilfen.“ (BR26)

Als große Herausforderung wird erlebt, dass die Planungen jahresbezogen sind, sich im Arbeitsalltag aber konkrete Anforderungen ergeben, auf die nur zu Teilen eingegangen wird.

„Nur, das ist bei uns ja wirklich jetzt, man rechnet das ja übers Jahr. Und dann kommt aber geballt eine Zeit, so drei, vier Monate im Winter, wo man mehr Personal brauchat, gefühlsmäßig. Und das ist halt dann schwierig. Weil man macht ja einen Durchschnitt, man kann ja nicht...“ (BK13)

Häufig entsteht auch der Druck, Stunden abzubauen. Als Hauptursache für die knappe Personaleinsatzplanung sehen viele die nicht mehr passenden Modelle *➤ siehe auch Kap. 5.6*, die viele Aufgaben zu wenig abbilden.

„Wir kommen natürlich auch oft an unsere Grenzen, weil eben so viele Sachen im ganzen Dienstpostensystem, jetzt auf der politischen Ebene, nicht berücksichtigt sind.“ (BL6)

Der konkrete Personaleinsatz bildet sich letztendlich im Dienstplan ab.

5.5.3 DIENSTPLAN

Im vorliegenden Handlungsfeld wird die Dienstplanpraxis in den oö. Krankenhäusern aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Dargestellt wird unter anderem die Zufriedenheit mit dem Dienstplan aus Sicht der Beschäftigten, erste Ableitungen zur Dienstplanstabilität und Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Dienstplan.

5.5.3.1 ZUFRIEDENHEIT MIT DEM DIENSTPLAN

Zufrieden mit dem Dienstplan

„Den machen wir uns selber ja und das ist eigentlich voll super, das taugt mir voll gut muss ich ehrlich sagen.“
(BK49;PA)

Auf die Frage *„Was läuft gut bei Ihnen im Haus“* wurde von den meisten Beschäftigten neben der guten Zusammenarbeit im Team die Dienstplangestaltung erwähnt. Viele Befragte schildern, dass sie mit der Dienstplangestaltung in ihrer Abteilung zufrieden sind.

„Meine Dienstplangestaltung läuft ausgezeichnet, also, ich bin sehr zufrieden damit. Ich bin mit 30 Stunden beschäftigt und der Dienstplan ist für mich wirklich gut geplant. Ich habe meine Soll-Stunden, das heißt ich muss fast keine Überstunden leisten.“
(BK79;Endoskopie-Ambulanz)

„Deshalb ist es bei uns, möchte ich sagen, ein sehr guter Arbeitsplatz. Weil wir haben eigentlich einen Wunschdienstplan, also da wird schon beim Schreiben, wo wir gemeinsam sind, darauf geachtet auf die Stunden, wie schaut 's aus mit Überstunden, dass keiner davongaloppiert... Das ist etwas, was glaube ich, wahrscheinlich so in dieser Form, nicht sehr oft gibt und von da her, ist top.“ (SL22)

„Was mir gut gefällt, ist zum Beispiel bei der Dienstplangestaltung, wir können selber in einen sozusagen leeren Dienstplan Wünsche eintragen, wobei das auch prinzipiell einmal limitiert ist, also, ich kann jetzt nicht jedes Monat 15 Wünsche oder so eintragen. Wir haben so ein Limit mit drei Wünschen und da wird auch versucht, das einzuhalten. Das funktioniert eigentlich recht gut.“ (BK88)

„Also Dienstplan läuft eigentlich ganz gut, weil wir haben, die was Dienst machen ein 12er Rad. Also jeden 12. Tag haben wir Dienst, ein Tag, nächsten Tag Nacht, also es läuft eigentlich ganz gut. (BK6;OP-Ass.)

„Also Dienstplan muss ich schon sagen, der ist für mich gesehen voll in Ordnung, weil ich mag es eben gern, wenn man ein bisschen einen geballten Dienst hat und dann wieder frei.“ (BK87)

„Der Plan wird super umgesetzt... Wenn ich einmal etwas tauschen will, dann muss ich mir nur eine Kollegin suchen, die meinen Dienst übernehmen kann.“ (BK59;Hebamme)

„Es gibt bei uns, die Regelung ist die, ein Dienstplan wird erstellt der wird meistens auf's untere Limit erstellt und so gut wie es geht eingehalten.“ (BR9)

„Das ist etwas, was glaube ich, wahrscheinlich so in dieser Form nicht sehr oft gibt und von da her ist top.“ (SL22)

Die Zufriedenheit lässt sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen:

- Sollstunden stimmen mit den Ist-Stunden zusammen
- Berücksichtigung von Wünschen in der Dienstplangestaltung
- Mitwirkung bei der Dienstplangestaltung
- unkomplizierte Tauschmöglichkeiten

Manche Führungskräfte überlegen, mit klaren Richtlinien, die freie Dienstplangestaltung im ganzen Haus einzuführen.

„Ich hätte gerne, wenn im ganzen Haus eine freie Dienstplanplanung gemacht werden würde. Ich habe im... Krankenhaus wo ich war, die freie Dienstplanplanung eingesetzt, hat aber auch Bedingungen dazugegeben und Mitarbeitergruppen gegeben, die sind jeden Monat eine Gruppe weitergerutscht. Also, es war immer wieder wer in der 1er Gruppe oder in der 5er Gruppe. Also es war immer gerecht.“ (PM5)

„Aber eine Mitsprache beim Dienstplan hilft enorm und da gibt es natürlich Leitungen, die dies in einer Art und Weise leben, die nicht mehr zeitgemäß ist.“ (SL22)

In manchen Bereichen wird diese Praxis bereits erfolgreich gelebt.

„Ich habe jetzt den Wunschkdienstplan eingeführt. Das heißt, wir haben den elektronischen Dienstplan und meine Mitarbeiter können alle in diesen Wunschkdienstplan ihre Wünsche eintragen und das sehen dann alle und es funktioniert wirklich toll. Wir haben auch sehr viele Mütter und auf die nehme speziell ich Rücksicht. Ich mache auch jeden Monat einen neuen Dienstplan und konnte bis jetzt alle Wünsche erfüllen.“ (SL53;BMA)

Führungskräfte schildern, dass der Umstieg auf elektronische Dienstpläne die Arbeit erleichtert.

„Oder auch der elektronische Dienstplan gibt ja so viele Kontrollen her, das zeig ich ihnen, wie kann ich mich selbst kontrollieren, dass man den richtigen Blick hat. Dann hat man keinen Druck, weil man es gut schafft.“ (BL20)

Unzufrieden mit dem Dienstplan

Unzufriedenheit mit der Dienstplangestaltung entsteht vor allem dann, wenn die vereinbarten Dienstpläne nicht halten ➤ *siehe auch Kap. 5.5.3.2 und Kap. 5.5.5.*

„Was ist das für ein Dienstplan, ich schreibe einen Dienstplan und eigentlich weiß der Mitarbeiter gar nicht, darf ich da arbeiten, muss ich mehr arbeiten...“ (SL35)

Einige Befragte wünschen sich, dass der Dienstplan früher fertig ist, um besser planen zu können.

„Und wir bekommen ihn relativ spät den Dienstplan.“ (BK45)

„Das ist sowieso schwer planbar. Wenn wir den Dienstplan um den 20. des Monats bekommen, habe ich 14 Tage Zeit, mein Leben zu gestalten, also dreht sich mein Leben um den Dienstplan. Außer ich habe gewisse Termin schon vorher, die kann ich dann im Wunschheft deponieren, das ist aber nicht sicher, dass ich die bekomme.“ (BK80)

5.5.3.2 RÜCKMELDUNGEN ZUR DIENSTPLANSTABILITÄT

Die Einschätzungen zur Dienstplanstabilität sind sehr unterschiedlich.³⁹⁹ Im „Normalbetrieb“ bleibt der Dienstplan aufrecht, gerade aber ungeplante Fehlzeiten, häufig aber auch eine zu knappe Personalberechnung wirken sich auf den Ist-Dienstplan aus.

„Da gibt es Abweichungen, saisonal bedingt durch Krankheitsfälle, aber sonst hält er. Also wenn es nicht zu kurzfristigen, ungeplanten Dienstveränderungen kommt, halten unsere Dienstpläne schon... Genau. Das ist bei uns schon, ich möchte sagen fast ein Luxus, wenn ich mich in anderen Spitälern umhöre.“ (BR1)

„Es hat in der Pflege noch keine einzige Woche gegeben, wo der Ist- genauso wie der Soll-Dienstplan war.“ (E11)

Die Zufriedenheit ist vor allem in den Abteilungen groß, die aufgrund ihrer Arbeitsregelung, z.B. Tagdienst, fixe Dienstzeiten, etc. mehr Planbarkeit haben.

„Es ist nicht so wie auf einer Station, wo jemand einspringen muss, weil einfach bei uns keine unvorhergesehenen Ereignisse passieren. Die Patienten haben einen Wochenplan und dementsprechend läuft es dann. Bei uns sind auch die Aufnahmen und Entlassungen über einen längeren Zeitraum plant.“ (BK85;DGKP;Tagesklinik)

„Ich habe es so, dass meine Physiotherapie immer von 7 - 16 Uhr von mindestens einer Person besetzt ist. Das heißt, meine Mütter mit Kindern dürfen am Vormittag arbeiten und meine Jüngeren kommen am späten Vormittag und müssen bis am Nachmittag arbeiten.“ (BL3;Physio)

Die Beschäftigten berichten, dass sie fallweise angerufen werden, um (kranke) Kollegen/-innen zu ersetzen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.5.* Teils gehen sie früher heim, wenn weniger Arbeit vorhanden ist und bauen dann Stunden ab.⁴⁰⁰

³⁹⁹ Für eine konkrete Betrachtung der Dienstplanstabilität wird eine weiterführende Analyse aufbauend auf Bereichs- und Trägervergleichen empfohlen.

⁴⁰⁰ Zu beachten sind in diesem Zusammenhang die rechtlichen Vorgaben zum Thema Einspringen und tlw. Entschädigungen, wie z.B. eine Einspringzulage, siehe auch ➤ *Kap. 5.5.5.* Die teils in manchen öö. Krankenhäusern gelebte Praxis muss unter Betrachtung des § 1155 ABGB in manchen Teilen kritisch betrachtet werden. Dieser weist darauf hin, dass der Gehaltsanspruch auch dann bestehen bleibt, wenn der Beschäftigte zur Leistungserbringung bereit war und durch Umstände auf Seiten des Arbeitgebers die Leistungen nicht erbracht hat. Zur konkreten Beantwortung dieser Frage bedarf es einer vertieften rechtlichen Analyse.

Die Dienstplanstabilität, nicht zuletzt aufgrund der knappen Personalberechnungen und der mangelnden Berücksichtigung von Fehlzeiten ➤ *siehe auch Kap. 5.5.4* ist daher nicht immer gewährleistet.

„Ja, wir werden von unserer Bereichsleitung angerufen, dass wir den Dienst haben, zum Beispiel, ich habe jetzt frei gehabt, dass jetzt morgen eine nicht kommt, dass sie mich anruft und fragt, könntest du morgen arbeiten und dann, mah und..., und dann, wenn es am Nachmittag mal wirklich dann ruhiger ist, dass man etwas früher heimgeht, das ist einfach so.“ (BK92;Abteilungshilfe)

„Dass wir als Sklaven hereingeholt werden und angerufen werden zu jeder Tages- und Nachtzeit.“ (BK11;Hebamme)

„Wenn ich mir da spezielle Bereiche ansehe, wo ein Zettel ausgehängt wird, wo sich jeder für die Einspringdienste eintragen darf, dann ist es in manchen Bereich extrem dramatisch mit der Dienstplanstabilität.“ (BR17)

Wie häufig der **Soll-Dienstplan** dem **Ist-Dienstplan** entspricht, kann mit den vorliegenden Erkenntnissen nicht eindeutig beantwortet werden.

„Es gibt bei uns, die Regelung ist die, ein Dienstplan wird erstellt, der wird meistens aufs untere Limit erstellt und so gut wie es geht eingehalten. Und das ist dann sehr, sehr unterschiedlich. Da gibt es, das hängt großteils vom Geschick der Leitung dort ab, die halt schauen, dass sie möglichst mit wenig Veränderung dort durchkommen. Diese Bereiche gibt es, sag ich einmal 40 %, wo kaum wo kaum Änderungen sind.“ (BR9)

Einige Befragte schildern, dass bereits bei Erstellung der Dienstpläne damit gerechnet wird, dass es zu massiven Abweichungen⁴⁰¹ kommt.

„Also Soll-Plan wird hin getrimmt auf das Einhalten der gesetzlichen Norm und weist damit zu meist weniger Tagespräsenzen aus, als es im Ist-Dienstplan dann tatsächlich ist. Weil, wenn ich zu wenig Personal da habe, dann muss ich noch jemanden hinzu holen. Und dann ist es aber teilweise schon so, dass Soll und Ist dann abweicht, zu einem Zeitpunkt, wo das Monat noch gar nicht begonnen hat und man schon quasi doppelte Buchführung hat... Denn so wie es bei uns ist, der Träger lässt ja geplante Überstunden in dem Ausmaß, in dem es sie gibt, gar nicht zu. Im Nachhinein muss er es natürlich akzeptieren, wenn sie dann entstehen. Das heißt, wir haben wirklich die Situation, dass bei uns, üblicherweise am 15. des Vormonats, der Dienstplan für das nächste Monat kommt, da gibt es einen Soll-Plan, der mit dem, was tatsächlich zu arbeiten ist, überhaupt nichts zu tun hat. Das heißt, man kaschiert die Soll-Zeit. Denn, die ist jene, die in der Kontrollinstanz aufschlägt. Man muss natürlich sagen, es wäre hilfreich, wenn schon das Soll diese große Anzahl an Überstunden ergeben würde, dann würden wir uns leichter tun, wenn wir vom Dienstgeber mehr Personal fordern. So sage ich immer, wir sind im Soll, nona.“ (BR2)

5.5.3.3 DIENSTPLANGESTALTUNG ALS HERAUSFORDERUNG

Führungskräfte mit Dienstplanverantwortung schildern große Herausforderungen.

„Das merkt man ganz klar, wo man sagt, vor 10 Jahren war eine Personaltagesplanung noch ganz anders, wie jetzt. Es ist viel großzügiger geplant worden. Man hat viel mehr Überlappungszeiten in den Diensten gehabt.“ (SL10)

„Es ist schon schwierig, dass man bei 38 Leuten alles berücksichtigt. Ich habe selbst zwei Kinder, ich verstehe das einfach, wo eine Mutter gerne frei hätte. Dafür haben die Vollzeitkräfte wieder

⁴⁰¹ Inwieweit diese Praxis überall zutrifft, kann im Rahmen der vorliegenden Studie nicht eindeutig beantwortet werden. Interessant wäre dazu ein Forschungsvorhaben, dass auf Basis transparenter Soll- und Ist-Dienstpläne Analysen trifft.

andere Privilegien. Also die bekommen dafür mehr Nächte, weil sie die gerne machen, oder dürfen vielleicht einen Wunsch mehr äußern.“ (SL2; Stationskoord.)

„Den Dienstplan so zu gestalten, dass er den Anforderungen entspricht, dass das richtige Personal zum richtigen Zeitpunkt an der richtigen Stelle das Richtige tut, ist eine große Herausforderung.“ (PM19)

Einschränkungen bei der Dienstplangestaltung ergeben sich vor allem durch folgende Aspekte⁴⁰²; zu großen Teilen betreffen diese die teils zu wenig in der Personalberechnung berücksichtigten quantitativen Fehlzeiten *➤ siehe auch Kap. 5.5.4 bzw. Aspekte, die in den Personalberechnungsmodellen zu wenig einkalkuliert sind ➤ siehe z.B. Kap. 5.6.3.5.*

- Zeitbonus
- Nachtersatzstunden
- akute Krankenstände und Langzeitkrankenstände
- ZA-Stunden
- Wochenend-Dienste
- Urlaube
- Einarbeitungszeiten und Praxisanleitung
- Wünsche der Beschäftigten

Folgen

Teils kompensieren Führungskräfte in Extremsituationen, um die Dienstplangestaltung aufrecht zu halten und haben dadurch zu wenig Zeit für Führungsaufgaben, wie z.B. zur Dienstplanerstellung.⁴⁰³

„Vor allem im Sommer arbeite ich dann wieder normal mit, weil es intern die Regel gibt, dass sie drei Wochen am Stück in den Urlaub gehen können und dann geht das nicht anders.“ (SL53;BMA)

Die Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, wie Höchstarbeitszeiten, Ruhezeiten, etc. ist aufgrund der angespannten Personalsituation teils kaum zu bewerkstelligen. Es wird immer schwieriger, die Abbauziele für Urlaube, Mehr- und Überstunden, Nachtersatzstunden, etc. zu erreichen.⁴⁰⁴

„Und aber auch die Dienste, soweit zu kürzen und zu straffen, dass so wenig Überlappungszeit, wie möglich besteht, damit man einfach das ganze Monat besetzen kann, weil der Urlaub natürlich auch abgebaut werden muss.“ (SL10)

Als Gründe, warum es immer schwieriger wird, gelten die bereits mehrfach zitierten Aspekte.⁴⁰⁵ Es zeigt sich erneut, dass Fehlzeiten eine starke Auswirkung auf den Dienstplan haben.

⁴⁰² Siehe auch Rigler/Niederberger, 2019

⁴⁰³ Siehe auch ebd.

⁴⁰⁴ Siehe ebd.

⁴⁰⁵ Die aktuelle IBE-Erhebung kommt zu gleichen Befunden. Ergänzt wird hierbei, dass auch Kündigungen, Versetzungen, Pensionierungen und Bildungskarenzen mit unterschiedlichem Anteil es erschweren, Stunden abzubauen; ebd.

5.5.4 FEHLZEITEN

302-mal wurde in den Interviews das Thema Fehlzeiten, häufig auch in Kombination Zusammenhang mit Einspringen *➤ siehe auch Kap. 5.5.5*, thematisiert. Die Nennungen sind über alle Berufs- und Hierarchiegruppen gleich verteilt.

„Also, da ist kein Posten zu viel und, wenn natürlich dann, auch uns treffen Krankenstände, uns treffen Urlaube, Schwangerschaften, wie auch immer... Das sind schon Dinge, die fordern die Pflege schon sehr.“ (BK73)

„Ich glaube, 20 Prozent ist jetzt Ausfallsquote berechnet... ja, man muss Demografie sagen, obwohl es nicht unbedingt die älteren Mitarbeiter sind, aber aufgrund der vielen Geschenke, die wir dann bekommen haben, wie 6. Urlaubswoche, Karfreitag dazu und lauter solche Geschichten, die wir die ganzen Jahre immer bekommen, ohne zusätzlichem Personal, sind die Ausfallszeiten, jetzt liegen sie ungefähr schon bei 23 Prozent und das berücksichtigt niemand.“ (PM12)

„Natürlich, weil ja welche weg sind. Entweder im Urlaub oder im Krankenstand, irgendjemand muss sie ersetzen. Und wenn ich das wieder ersetzen muss, aber ich nicht mehr Personal habe, dann müssen die anderen Leute mehr arbeiten.“ (BL6)

Das identifizierte Handlungsfeld gibt Einblicke in die derzeitige Betrachtung von Fehlzeiten und die Herausforderungen aus Sicht der Akteure/-innen.

5.5.4.1 AUSGANGSLAGE

In diversen Beschreibungen *➤ siehe z.B. Kap. 4.3* wird zur Beschreibung die Richtgröße Vollzeitäquivalent (VÄZ) angegeben. Die Zahl der Vollzeitäquivalente lässt dabei lediglich einen Rückschluss auf die Bruttoarbeitszeit zu. Als Bruttoarbeitszeit wird die vertragliche (Kollektivvertrag, Dienstrechte) Arbeitszeit bezeichnet. Die Nettoarbeitszeit hingegen ist jene Zeit, in der der/die Beschäftigte tatsächlich seine/ihre Arbeitsleistung zur Verfügung stellt. Da in der Regel Fehlzeiten anfallen, liegt die Nettoarbeitszeit deutlich unter dem Wert der Bruttoarbeitszeit.⁴⁰⁶

Die Begriffe Fehl- und Ausfallzeiten werden in der Praxis synonym verwendet. In diesem Bericht wurde bewusst der Begriff „Fehlzeiten“ verwendet, da Beschäftigte in dieser Arbeitszeit bei den Patienten/-innen fehlen und daher besonders in der Planung berücksichtigt werden müssen.

Qualitative Fehlzeiten

„Unter qualitativer Fehlzeit ist zu verstehen, dass Mitarbeiter zwar am Arbeitsplatz anwesend sind, die volle Leistungsbereitschaft aber nicht gegeben ist; z.B. wenn trotz Krankheit Dienst versehen wird, bei Burn-out-Syndrom.“

Tabelle 48: Definition Fehlzeiten⁴⁰⁷

⁴⁰⁶ Simon, 2018

⁴⁰⁷ Zulehner, 2016: 52

In der Praxis wird zwischen **qualitativen** und **quantitativen** Fehlzeiten unterscheiden.

Fehl- bzw. Ausfallszeiten

„Als Ausfall werden bezahlte Zeiten gewertet, in denen Arbeitnehmer dem Unternehmen NICHT zur Verfügung stehen... Ausfälle sind IMMER für die jeweilige Organisationseinheit zu erheben und dementsprechend darzustellen.“

Tabelle 49: Definition qualitative Fehlzeiten⁴⁰⁸

Qualitative Fehlzeiten sind in der Praxis schwer zu heben, haben aber einen wesentlichen Einfluss auf die Personalberechnung. In diesem Zusammenhang weist die GÖG⁴⁰⁹ darauf hin, dass in der Leistungsmethode auch Nebenleistungen zur berücksichtigen sind. Dazu zählen z.B.:

- „Zeiten für Besprechungen und Tätigkeiten in diversen Kommissionen
- Zeit für Sonder-, Fort- und Weiterbildung sowie hausinterne Schulungen
- Zeiten für das Anleiten und fachliche Ausbilden
- Zeiten für Managementaufgaben (z.B. Leitung von Funktionseinheiten)
- Zeiten für Patientenadministration und –dokumentation
- Zeiten für wissenschaftliche Tätigkeiten (Forschung und Lehrtätigkeit)
- Zeiten für Projekte und Qualitätsmanagement/-sicherung
- Spezielle Tätigkeiten (z.B. Tätigkeiten im Rahmen von Pflichten, die durch Gesetz oder Verordnung auferlegt sind wie z.B. Strahlenschutzverordnung)
- Mitarbeiterbezogene Tätigkeiten (Supervision, Coaching, etc.)“

Zu den **quantitativen** Fehlzeiten, die durch Berechnungen einfach erfassbar sind,⁴¹⁰ zählen z.B.:

Art	Beschreibung
Urlaub	gemäß der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen starke Abhängigkeit von der Altersstruktur der Beschäftigten (Senioritätsprinzip) teils Sondertage bei speziellen Belastungen bzw. auch einzelvertragliche Lösungen 25 – 35 Tage pro Beschäftigte pro Jahr
Krankenstand	hohe Schwankungsbreite umfasst auch Reha, Kuren, Arztbesuche, Therapie zu erheben ist der tatsächliche Ausfall pro Abteilung/Team
Fort- und Weiterbildung	Spezialisierung, Sonderausbildung, Fort- und Weiterbildungen, interne Schulungen Arbeitszeit wird von der Arbeitgeberin zur Verfügung gestellt
Sonderurlaub	in speziellen Regelungen getroffen und für einzelne Arbeitgeberinnen unterschiedlich, z.B. Wohnortwechsel, Hochzeit, Todesfälle im Familienkreis
weitere	Pflegefreistellung
	Diverse Karenzen: Elternkarenz, Bildung, Betriebsratsarbeit, Pflege- und Hospizkarenz, etc.

Tabelle 50: Beispiele für quantitative Fehlzeiten⁴¹¹

Neben diesen Fehlzeiten sind noch zusätzliche zeitliche Ressourcen einzuplanen und gesondert zu dokumentieren⁴¹²:

- „bezahlte Überstunden und offene Zeitguthaben
- Ersatzruhezeiten für geleistete Wochenend- und Feiertagsdienste

⁴⁰⁸ Dorfmeister, 2008: 8

⁴⁰⁹ Wabro et al., 2010: 24

⁴¹⁰ Siehe auch Dorfmeister, 2008

⁴¹¹ Vgl. Zulehner, 2016, Dorfmeister, 2008

⁴¹² Wabro et al., 2010: 24

- Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft
- vertraglich vereinbarte Überstunden
- Resturlaube“

Wabro et al. stellen bereits 2010 klar, dass „die Zeiten für die Hauptleistungen und Nebenleistungen [...] entweder durch Zuschlagsrechnung oder durch Ermittlung des tatsächlichen Zeitaufwandes zu berücksichtigten.“⁴¹³ sind.

Die Literatur⁴¹⁴ unterscheidet zudem zwischen **planbaren** und **nicht planbaren** Ausfällen. Zulehner geht davon aus, dass derzeit ca. 80 Prozent der Ausfälle planbar sind⁴¹⁵ und somit auch in den Personalberechnungen mit abgebildet werden könn(t)en. Neben den planbaren Fehlzeiten – wie z.B. geplante Operationen, Kuren, Sonderausbildungen, etc. ist es empfehlenswert, basierend auf den krankenanstalteninternen Daten, prospektive Einschätzungen vorzunehmen. In der Theorie und Praxis zeigt sich, dass mit wachsender Seniorität des Teams auch der Anteil der altersbedingten Krankenstände steigt. Gerade bei jüngeren Teams entstehen häufig mehr Fehlzeiten aufgrund von länger dauernden Spezialisierungen und Sonderausbildungen.⁴¹⁶ In der Praxis wird es daher wichtig sein, die Fehlzeiten konkret und auf Abteilungsebene heruntergerechnet zu betrachten.

„Und es dürfte bei mir nächsten Dezember gar niemand auf Urlaub gehen... Und im Mai dürften nur 1,5 Dienstposten auf Urlaub gehen. Also, das sind eigentlich nur 60 Stunden im Monat.“ (SL2)

Zulehner⁴¹⁷ geht anhand seiner Berechnungen von einer jährlichen quantitativen Ausfallsquote von 20 % aus. Inwieweit die 20 % in der Praxis ausreichen, muss hinterfragt werden. Die Schilderungen einiger Befragter ergaben deutlich höhere Einschätzungen zu den Ausfallszeiten.

Tage	Stunden	Beschreibung			
365	8.760	Jahr			
-104	-2.496	Wochenende (Samstag/Sonntag)			
-11	-264	Feiertage (Montag – Freitag)			
250	2.000	Brutto-Jahres-Stunden		Planbarer Ausfall	
Tage	Stunden	%	Beschreibung	Tage	%
-30		-12,00 %	Urlaub	-30	-12,0 %
-12		-4,80 %	Krankenstand	-2	-0,8 %
-6		-2,40 %	Fort- und Weiterbildung	-6	-2,4 %
-1		-0,40 %	Sonderurlaube	-1	-0,4 %
-1		-0,40 %	Sonstiges	-1	-0,4 %
200	1.600	Netto-Jahres-Stunden		-40	-16,0 %

Tabelle 51: Netto-Jahresstunden-Beispielberechnung⁴¹⁸

Zulehner beschreibt weiters, dass es auch einen „**Ausfall vom Ausfall**“ gibt, das heißt, dass geplante Fehlzeiten von z.B. 20 % einen Ersatzbedarf von 25 % zur Folge haben.

„Wobei diese Ausfallsdinge, die man hineinrechnet, meiner Meinung nach viel zu niedrig geschraubt sind, weil wir ja, da gibt es ein gutes Buch vom Dr. Zulehner den Ausfall vom Ausfall

⁴¹³ Wabro, et al.: 25

⁴¹⁴ Zulehner, 2016; Dorfmeister, 2008

⁴¹⁵ Zulehner, 2016: 56

⁴¹⁶ Zu den Anforderungen von Spezialisierungen in diversen Fachgebieten siehe ➤ Kap. 3.2.; zu den Beschreibungen der Sonderausbildungen/Spezialisierungen siehe § 65ff GuKG

⁴¹⁷ Zulehner, 2016: 52

⁴¹⁸ Ebd.: 56 (eigene Darstellung, adaptiert nach Zulehner, 2016)

berechnen müssten. Ich habe jetzt eine Mitarbeiterin in der Ausbildung... und die hat ein paar Rechnungen gemacht nach dem Buch Zulehner, da würden wir sowas von in die Höhe schmalzen, das dürften wir gar nicht präsentieren.“ (PM17)

100,00 20,00	Vollzeitbeschäftigte 20 % Ausfall
120,00 4,00	Vollzeitbeschäftigte 20 % Ausfall vom Ausfall
124,00 0,80	Vollzeitbeschäftigte 20 % Ausfall vom Ausfall vom Ausfall
124,80 0,16	Vollzeitbeschäftigte 20 % Ausfall vom Ausfall vom Ausfall vom Ausfall
124,96 0,03	Vollzeitbeschäftigte 20 % Ausfall vom Ausfall vom Ausfall vom Ausfall vom Ausfall
124,99 0,01	Vollzeitbeschäftigte 20 % Ausfall vom Ausfall vom Ausfall vom Ausfall vom Ausfall vom Ausfall
125,00	Vollzeitbeschäftigte
20 % Ausfall ergeben 25 % Ersatzbedarf	

Tabelle 52: Fehlzeiten – Berechnung Ausfall vom Ausfall⁴¹⁹

Die Fehlzeiten müssen ausreichend in der Personalplanung abgebildet werden. In diesem Zusammenhang stellt die GÖG klar, dass, „falls für die Berechnung der Arbeitszeit die Bruttoarbeitszeit herangezogen wurde, für die Kalkulation des Personalbedarfs ein Reservebedarf zu berücksichtigen ist.“⁴²⁰

5.5.4.2 FEHLZEITEN ZU WENIG BERÜCKSICHTIGT

Fehlzeiten prägen den Arbeitsalltag in öö. Krankenhäusern.

„Wir haben uns einmal auszählen lassen, wie viel Fehlzeiten haben wir über drei Wochen. Und wenn du die zusammenzählst, da kommen 87 Dienstposten heraus. Nur das, was über drei Wochen ist, da sind die anderen Krankenstände nicht dabei.“ (BR10)

„Wir haben eine Ausfallsquotenhöhe von 20 %. Tatsächlich können wir aber gerade bei der älteren Generation mit einer durchschnittlichen Ausfallsquote von 23 bis 24 % rechnen.“ (PM22)

„Ich weiß ja auch nicht, ob da wirklich die echten Fehlzeiten berechnet werden. Wir haben in der Pflege ja sehr viele ältere Kolleginnen, die natürlich viel mehr Urlaub haben. Es gibt auch Sonderausgebildete, die wir im OP haben und die wegen ihrer Gefahrenzulage eine zusätzlich Woche Urlaub haben.“ (BR23)

In den Modellen für die Personalberechnung gibt es derzeit keine konkreten Vorgaben für die Berechnung von Fehlzeiten. In vielen Bereichen wird derzeit mit einer Quote von 20 % kalkuliert.

„Das sind die 20 Prozent circa oder umgekehrt, wenn es nur eine Stelle ist, dann rechnet man mit 1.600 Stunden. Also das sind die 2.000 minus 20 Prozent, sind 400, ja.“ (BR10)

„Ja, also sie rechnen ungefähr 20 Prozent Fehlzeiten... Das geht sich schon lange nicht mehr aus mit den 20 Prozent. Weil, wie gesagt, Krankenstände dürften da eigentlich nicht sein. Auch Bildungszeiten und solche Sachen. Also Weiterbildung, Fortbildung, fällt eigentlich alles heraus.“ (BR18)

⁴¹⁹ Zulehner, 2016: 61 (eigene Darstellung)

⁴²⁰ Wabro et al., 2010: 25

„30 Prozent, werden wir am Jahresende wahrscheinlich hinkommen, ja... Nur, es wird nur mit 20 Prozent gemacht, ich darf nur das Personal zu Verfügung stellen... Und das bei einer 90-prozentigen Regel [Anm.: PPR 90 %] (schweigt) Das läuft so.“ (SL35)

Die Befragten schildern, dass die Fehlzeiten meist zu wenig beachtet werden in der Personalplanung⁴²¹. Exemplarisch werden einige Hauptaspekte beschrieben, vor allem auch mit der Darstellung der Notwendigkeit einer besseren Abbildung in den Personalberechnungen.

„Es sind von den sieben Personen nur drei in Vollzeit, davon einer gerade in Langzeitkrankenstand, das heißt, die anderen sechs müssen das kompensieren, von denen ist aber einer in Altersteilzeit, darf also keine Überstunden machen, bleiben nur mehr fünf über, dann sind Urlaubszeiten auch noch, dann sind alle anderen relativ angestückelt.“ (SL38)

„Fehlzeiten sind, das kann man auch quantitativ belegen, nicht genügend berücksichtigt, denn sonst täten nicht stationsweise, wenn man sich das anschaut, was ist da an Stunden mehr geleistet worden, was an Urlaubstagen noch stehen geblieben, das heißt, das ist für mich Indikator, wenn sowohl als auch in erhöhtem Ausmaß vorkommt, dass irgendwo Fehlzeiten nicht genügend berücksichtigt wurden.“ (BR1)

Urlaub

Die Urlaubsdauer ist schwankend aufgrund diverser Vorgaben (wie z.B. Änderungen in Kollektivverträgen) und aufgrund der Altersstruktur der Beschäftigten. In der Praxis sind diese konkreten Anforderungen teils noch nicht in den Dienstpostenberechnungen abgebildet *➤ siehe auch Kap. 5.5.1*. Aus den Interviews wurde deutlich, dass diese Erhebung auf Abteilungsebene erfolgen und die Daten regelmäßig evaluiert werden müssen.

„im Moment, mit Urlaub, schaut es halt ein bisschen schlecht aus, weil ich Krankenstände auch immer einkalkulieren muss.“ (SL28)

„wir haben für die 6. Urlaubswoche kein Personal mehr... also, das sind alles Scheingeschenke, die eigentlich, gut für die Bediensteten, die freuen sich, aber nur bedingt, weil sie merken, dass alles nur dichter wird, weil Personal ist noch nie dazugekommen für das.“ (PM12)

„Natürlich und in der Urlaubszeit, wir haben halt in Österreich nur eine Urlaubszeit von Juni bis Ende September, natürlich, da wird es immer wieder eng.“ (BL1)

Und was jetzt auch mit 2018 dazukommt, ist die zusätzliche Urlaubswoche für die Mitarbeiter, die halt 43 Jahre alt sind und schon zehn Jahre im Krankenhaus sind und das ist wieder das gleiche, dass es dafür kein zusätzliches Personal gibt, die das dann kompensieren müssen.“ (BL4)

⁴²¹ Konkrete Fehlzeitendarstellungen der einzelnen Häuser/Träger liegen nicht vor, da das Datenmaterial offiziell nicht zugänglich ist. Alle beschriebenen Ableitungen stammen aus den verdichteten Interviews. Für die Erarbeitung von Handlungsoptionen wird eine konkrete Analyse auf Haus- und Bereichsebene angeregt. Eine detaillierte Analyse aller skizzierten Anforderungen und Implikationen auf Systemebene erfolgt in einer Folgepublikation.

(Langzeit)krankenstände

„Eng wird es, wie jetzt wieder, jetzt haben wir drei Krankenstände und da wird es halt dann schon ein bisschen grenzwertig.“
(BK82)

Vor allem Langzeitkrankenstände werden zur Belastung. Teils wird über Monate hinweg nicht nachbesetzt.

„Zwanzig Prozent... ist da in der PPR drinnen, ja. Jetzt kommst du aber mit Langzeitkrankenständen, also das geht sich eben nicht aus.“ (BR4)

„Wir haben jetzt einen... und aufgrund eines Bandscheibenvorfalles einen Langzeitkrankenstand hat, dass die anderen kompensieren müssen über drei bis vier Monate schon.“ (SL38)

„Dann gab es eine Kollegin, die fast ein dreiviertel Jahr im Krankenstand war, das wird auch nicht nachbesetzt, das waren bei der Kollegin aber 40 Stunden und das müssen wir dann mitarbeiten.“
(BK42)

„Kurz gesagt, wir brauchen kurzfristig eine Entlastung... wir brauchen eine Nachbesetzung der Langzeitkrankenstände, momentan machen wir ja wirklich ein Loch zu und ein anderes geht derweil auf, da macht man mit diesem Verschieben ein paar kleine Löcher größer, es geht sich einfach insgesamt nicht aus.“ (BR17)

„Jetzt haben wir drei Krankenstände und da wird es halt dann schon ein bisschen grenzwertig.“
(BK82)

„Dass wir auch dieses Wiedereingliederungsgesetz beachten müssen, weil ja die Leute zumindest vorübergehend nicht voll einsetzbar sind.“ (BR18)

Derzeit werden Krankenstände häufig vom anwesenden Team kompensiert.

„Der Aufwand fürs Einschulen und da überlege ich mit meinen Leuten. Wir setzen uns oft zusammen und sagen, da ist es uns lieber, wir kompensieren das, als wir müssen jetzt wieder jemand Neuen einlernen. Nur für kurze Zeit, das ist so ein Riesenaufwand und bis wir sie einsetzen können, ist sie eh wieder weg, da kompensieren wir es lieber.“ (SL41)

Die Folgen sind häufig eine Arbeitsverdichtung oder der Aufbau von Mehr- und Überstunden

➤ siehe auch Kap. 5.4.7.3.

„Oder Krankenständen oder so etwas, gerade erlebe ich das als sehr positiv, dass ich immer den Rückhalt habe vom Team, dass einfach jemand einspringt.“ (SL13)

„Und, wenn ich weiß, da fällt jetzt für ein halbes Jahr wer aus und gibt dort nicht in absehbarer Zeit, wie soll ich sagen, jemanden dazu, dann ist ja das eigentlich fast fahrlässig.“ (BR10)

„Wenn wer fehlt, dann muss halt einer zwei OPs abdecken. Dann springt er hin und her. Ja. Ja.“
(BK55; Zentral-OP)

„... ist der Wunsch da, dass die eine oder andere Schwester mehr nicht schlecht wäre. Aber das könnte auch mit dem zusammenhängen, dass da vielleicht die Krankenstände dementsprechend in der Höhe sind, ob das mit dem zusammenhängt. Weil die Arbeit bleibt ja dann dieselbe, muss nur von wenigeren getragen werden.“ (BK28)

„Die Sechs-Wochen-Krankenstände. Wir haben derzeit wieder, zum Beispiel das Problem, dass wir eine Masseurin haben im Langzeitkrankenstand, letzte Woche ist die zweite Masseurin auch krank geworden, jetzt haben wir keine gehabt. Jetzt hat unsere Leitung, ist in die Massage gegangen, hat einen ganzen Tag in der Massage gearbeitet. Diese Woche wird es wieder so sein, dass unsere, uns eine, eine 40-Stunden-Kraft, zwei Tage in der Massage steht und, genau, also wir decken auch damit andere Bereiche ab.“ (BK48;Physio)

„Also drei Wochen Urlaub, drei Wochen Kur, das muss schon vor Ort die Mannschaft noch schultern, aber was darüber hinaus geht, dass man dann einen Anspruch hat, dass man einen Ersatz kriegt. Wenn sich natürlich herausstellt, dass der eh am 25. Tag wiederkommt, dann natürlich

ned. Aber wenn nicht absehbar ist, wann ist das beendet oder wenn absehbar ist, dass das sowieso nicht früher wird, dann soll man einen Anspruch haben drauf.“ (BR10)

„Manchmal, wenn jemand im Krankenstand ist, wird es eng... dann muss man mit weniger zusammenkommen.“ (BK79; Endoskopie Ambulanz)

„Und gerade auch bei den Langzeitkrankenständen. Wenn wir nicht mehr nachbesetzen, dann haben wir da ein Problem.“ (BR10)

„Wir hatten im Herbst in der Unfall viele Krankenstände und da bin ich in die ärztliche Direktion gegangen und da hat es geheißen, das macht nichts, wir sollen Überstunden machen. Eine gewisse Zeit kann man das machen, aber das ist auf Dauer nicht die Lösung, weil die die dann da sind, gehen dann auch in den Krankenstand, weil sie nicht mehr können.“ (BL17)

„Wenn ich jetzt einen Dauerkrankenstand oder mehrere habe, was ich auch schon gehabt habe, da wird es dann insofern herausfordernd für die Dienstplanung, weil natürlich die Stunden, die Überstunden nicht so hochgehen sollen.“ (SL27)

„Oder man hätte einen Pool oder was, wo man rekrutieren könnte draus. Oft wäre es ja schon gut, wenn man ab der ersten Woche jemanden hätte.“ (BR10)

Die mangelnde Berücksichtigung von Fehlzeiten ist in allen Berufsgruppen gegeben.

„So wären wir eigentlich relativ gut besetzt, aber mit Langzeitkrankenständen, wie auf unserer Abteilung, wo die Abteilungshelferin, die schon über ein halbes Jahr im Krankenstand ist und da muss von uns die Arbeit mitgemacht werden. Wir müssen nachfüllen, Wäsche verräumen und wir müssen auch noch dokumentieren und die ganze Computerarbeit.“ (BK22;DGKP)

Phasenweise kompensieren Praktikanten/-innen die Krankenstände. Die Befragten beschreiben in diesem Zusammenhang auch die Grenzen dieser gelebten Praxis.

„Vor Jahren haben wir einen Fall gehabt, dass wir zwei Langzeitkrankenstände gehabt haben und nur mehr ich da war. Das war ein enormer Druck, weil ich nicht ausfallen dürfen habe, sonst hätten wir zugesperrt. Und phasenweise habe ich dann wieder Schüler gehabt, die zufällig ein Praktikum gemacht haben, aber die sind in den ersten Tagen auch mehr Belastung als Hilfe, bis sie dann einmal eingelernt sind.“ (BK39;Tagesklinik)

„Wenn nur 4 da sind und einer geht da weg kurz, das ist ein Wahnsinn. Wenn du ein Glück hast, sind ein paar geschickte Schüler da, aber sonst ist das ein Wahnsinn.“ (BK43;PA)

Gewünscht würden auch Modelle, die es erlauben, bei Krankenständen kurzfristig Ersatz zu finden.

„Wenn wir wen hätten, also voriges Jahr war ein sehr intensives Jahr. Weil eine Kollegin sehr viel im Krankenstand war und wir das dann irgendwie kompensieren müssen. Und wir niemanden haben, der bei uns irgendwie einmal kurzfristig für gewisse Zeit einspringen kann.“ (BK78)

„Aber für die Kollegen, die was Februar, März, April gearbeitet haben, wo ich im Krankenstand war, war es schwierig, bis gesundheitsgefährdend und es würde mich nicht wundern, wenn jemand wirklich ins Burn-out gehen würde aufgrund der Situation wie es war.“
(BK96)

Nachtersatzstunden⁴²²

Häufig wird in Dienstpostenverhandlungen argumentiert, dass ausreichend Personal vorhanden ist. Beschäftigte schildern aber, dass in manchen Bereichen selbst die Nachtersatzstunden hohe Dimensionen annehmen und nicht mehr zeitnah konsumiert werden können.

„Und wir haben auch für die ZAN-Stunden nie was bekommen.“ (PM12)

„Drum heißt es auch bei uns, wir haben genügend Personal, aber man sieht eh, wie viele Überstunden, dass anfallen. Also, da kann dann irgendwas nicht stimmen. Ja wir haben über 1.300 ZAN-Stunden, die unbedingt genommen werden müssen. Genau, das sind rein nur die Nachtdienstüberstunden. Die, was wir schon seit einem halben Jahr mitschleppen. Das kann eigentlich kaum abgebaut werden.“ (BK34)

„Also die NZ, die Nachtdienstzeiten, die kriegen wir dann nicht regelmäßig. Die bleiben stehen. Bei uns sind es z.B. 130 und, also 60 bis 150 oder so, NZ stehen bei uns... Ja, genau, was ja eigentlich, was wirklich sinnvoll wäre, wenn man es das nächste Monat gleich wiederkriegen würde, gell, weil für das wären sie ja gedacht.“ (BK63)

„Was auch unbedingt angeschaut gehört... dass die ZAN-Stunden bei Neuberechnungen von Nachtdiensten nicht anerkannt sind. Wir im Haus haben zum Beispiel 13,5 Stunden für den Nachtdienst und für jeden Nachtdienst bekommen sie zwei ZAN-Stunden, aber in der Berechnung werden die nicht miteingenommen.“ (PM22)

„Grob überschlagen, würde ich für die ZAN-Stunden 37 Dienstposten benötigen. Also nur für die ZAN, da ist sonst noch nichts drinnen. Das wären handfeste Sachen, die uns viel bringen würden.“ (PM22)

Zeit für diverse Bildungsaktivitäten

Aufgrund der berufsrechtlichen Verpflichtungen und der Anforderungen im Krankenhaus haben die Beschäftigten diverse Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen bzw. absolvieren die gesetzlich *➤ siehe auch Kap. 3.2* vorgeschriebenen Spezialisierungen/Sonderausbildungen. Teils wird diese zeitliche Anforderung in einigen Abteilungen, meist auf Druck von Führungskräften und Betriebsräten/-innen bereits berücksichtigt.

„Und was ich noch anmerken möchte, wenn ich darf, dass man nicht nur diese Strukturqualitätsvorgaben erfüllt, sondern auch zusätzliches Personal hat, wenn man dann diese Personen in die Sonderausbildung schickt, dass man zusätzliche Dienstposten hat. Wir haben das in den Bereichen, weil sonst kommst du nicht zurecht.“ (PM16;Kinder-Intensiv)

„Und dann ist noch ein Unterschied, was bei den Fortbildungen auch tatsächlich für die Ausfallszeit anerkannt wird. Wenn es eine externe Fortbildung ist, hat man Limitierungen drinnen und wenn es eine interne Fortbildung ist, wird es mir nicht als Ausfall gerechnet.“ (PM22)

„Jetzt mit der neuen Novellierung vom GuKG 2016 haben wir statt 40 Stunden, 60 Stunden Fortbildungsverpflichtung innerhalb von 5 Jahren, auch die Pflegeassistentenberufe haben eine Fortbildungsverpflichtung, also von da her rekrutiere ich ja also erzeuge ich ja schon viel mehr Abwesenheiten, alleine nur von dem.“ (PM14)

„Gerade mit Fortbildungen haben wir jetzt immer noch mehr den Druck, alle möglichen Schulungen, die wir brauchen, Unterweisungen, etc. Das ist alles in der Dienstzeit. Wir kriegen kein Personal in der Zeit, das kriegen wir nicht. In der PPR gehen Fortbildungen sowieso komplett

⁴²² Für die Voraussetzungen zur Berechtigung des Erhalts von Nachtstunden siehe die Novelle des Nachtschwerarbeitsgesetzes (NSchG) 1992 und Folgewirkungen im Art. 5 – Schutzmaßnahmen für das Krankenpflegepersonal.

auf. Das sind einfach Fortbildungen, da gibt es eh nichts dafür, das ist einfach Dienstzeit und fertig.“ (PM12)

Die Schilderungen von Akteuren/-innen, gerade auch in Bereichen mit ÖSG-Kriterien, zeigen jedoch, dass diese Entwicklung noch nicht in allen Bereichen erfolgt ist.

„So um die 20 % genau. Aufgrund der ganzen Fortbildungen einfach, die doch auch sind, also die sind halt schon... Es gibt Seminare, es ist für die Diplomierten die Anzahl an verpflichtenden Fortbildungen gestiegen. Wo man schon sagen muss, ob dieser Prozentsatz überhaupt noch passend ist.“ (PM20)

„Mit diesen 20 Prozent Ausfallsquote, aber auch wieder auf 90 Prozent Personal gesehen, ja. Unsere Meinung, zu wenig berücksichtigt, weil es ja in manchen Bereichen wie OP oder Intensivstation, müssen, oder auch die Dialyse, die müssen ja eine Sonderausbildung machen. Und das ist gar nicht berücksichtigt. Die arbeiten ein halbes Jahr oder Jahr, ja, mit weniger Personal.“ (BR25)

Schwangere

Im Zusammenhang mit den Fehlzeiten wurde häufig auch der limitierte Einsatz von schwangeren Kolleginnen angeführt. Für eine detaillierte Darstellung dazu siehe [Kap. 5.4.4](#).

„Die werden ja erst nachbesetzt, wenn sie im Frühkarenz sind, oder weg sind.“ (BL14)

„Genau, das ist auch so ein Thema, wo es so schwierig ist, weil die sind dann schon weg und die haben alle so viel Urlaub oder Überstunden... Weil die Schwangeren dürfen im Endeffekt wenig arbeiten, fast gar nicht mehr.“ (SL2)

„Ich habe auch drei Schwangere gehabt und den Tagesablauf so umzustellen, also, das ist schon äußerst schwierig. Viel dürfen sie nicht mehr machen, und da den Dienst aufrecht zu erhalten, das ist schon schwierig.“ (SL21)

„Was bei uns nicht so klass' ist, ja, es ist wie überall, zum Teil einfach zu wenig Personal. Momentan sind wir ganz gut aufgestellt, aber es heißt jetzt wieder, dass, wenn wer weggeht, oder wenn eine schwanger ist, dass das nicht mehr nachbesetzt wird.“ (BK63)

Fehlzeiten stark schwankend

Deutlich wurde, dass die Fehlzeiten starken Schwankungen unterliegen. So wirken sich z.B. die Krankenstände vor allem in Wintermonaten stärker aus, manche Bereiche sind durch Langzeitkrankenstände, Kollegen/-innen in Spezialisierungen, etc. stark gefordert. Der häufig angenommene Fehlzeiteinsatz von 20 % ist daher nicht automatisch auf alle Jahreszeiten und Bereiche umzulegen.

„Bei uns werden bei der Personalbedarfsberechnung in der Regel 20 % Fehlzeiten eingerechnet, im Schnitt dürfte das passen. Was natürlich das Problem ist, ist, dass es natürlich Stationen gibt, wo größere Fehlzeiten sind und solche, wo weniger sind. Und dort ist natürlich dann das Geschick in der Führungsebene, dass sie reagieren darauf, und wenn das gemacht wird, dann passt es und sonst gibt es Probleme.“ (BR5)

„Und das ist ja so, dass die 20 Prozent ja trägerweit sehr genau passen. Das haben wir ja auch von so Auswertungen und Projektarbeit genau angeschaut... Und da kommen wir genau hin. Und da war es eben so, dass sie in XY [anonym.] Ausfälle gehabt haben von 23, ja, und in XY [anonym.] von 19. Trotzdem haben wir in X [anonym.] Abteilungen gehabt, wo sie 27 Prozent gehabt haben und in X [anonym.] welche, wo sie netta 17 Prozent haben. Und das ist genau das Thema. Da sage ich dann, wir machen Fehlzeiten 20 Prozent und lasse aber dann Abteilungen damit alleine. Wenn das eine Abteilung ist mit 16 Leuten, dann geht das leichter als mit Abteilungen mit 10 Leuten oder mit 5 Leuten... Aber wenn das eine Abteilung ist mit 15 und da fallen ein oder zwei aus, dann ist das Chaos natürlich perfekt. Und wenn man dann nicht jemanden kriegt dann...“ (BR10)

„Leider ist mein Personal, muss ich sagen, zu 50 Prozent über 50 Jahre alt. Und von die ist wieder 50 Prozent über 55 Jahre alt. Mittlerweile merke ich es halt. Mittlerweile merke ich es. Jetzt geht es hoch. Da gehen die Ausfallszeiten hoch, 26 Prozent... Klar, wie gesagt, die sind eh brav und wenig krank... Aber, wenn ich dann Junge auch noch habe, wie es voriges Jahr war, die sich dann die Hand bricht beim Snowboarden. Und eine andere Kollegin, die sich den Oberschenkel bricht, auch beim Schifahren, dann Zack, dann gehen sie auf einmal hoch. Natürlich.“ (SL35)

„Aber es sind natürlich dann die Fehlstunden, bleiben nicht bei den 20 %, die man so errechnet oder als Soll nehmen soll. Sind im Endeffekt schon mehr, so zwischen 23 bis 27 % habe ich da so in der Liga.“ (SL17;BMA)

5.5.4.3 FAZIT

Die Erkenntnisse der Interviews zeigen, derzeit sind die Fehlzeiten in vielen Bereichen zu wenig abgebildet.⁴²³ Je nach Träger und Führung gibt es unterschiedliche Zugänge.

„Es gibt eine Zahl, die bei uns im Haus, die angewandt wird, wobei das ist auch sehr unterschiedlich. Manche sagen so, manche sagen so. Aber, was mir mein Chef sagt, die nehme ich her. So um die 20 % genau. Aufgrund der ganzen Fortbildungen einfach, die doch auch sind, also die sind halt schon, das ist vielleicht von früher heraus, aber, wenn ich mir ansehe, heute hast du einen gesetzlichen Urlaub, du hast oft eine 6. Urlaubswoche, du hast Pflegeurlaube, Sonderurlaube und, und, und. Es gibt Seminare, es ist für die Diplomierten die Anzahl an verpflichtenden Fortbildungen gestiegen. Wo man schon sagen muss, ob dieser Prozentsatz überhaupt noch passend ist.“ (PM20)

„Fehlzeitenmanagement gibt es schon, wobei man sagen muss, wir sind in einer Situation, wo der Personalplan schon so straff ist, dass man es zwar in der Theorie weiß, in der Praxis aber nicht mehr leben kann. Also diese 20 % Fehlzeiten, die so eine Daumen-mal-Pi Fehlgeschichte sind, die man einplanen sollte, weiß man, was zu tun ist, wir können es aber nicht mehr tun.“ (BR2)

Die in der Praxis häufig gelebte Regel „20 % Fehlzeiten“ wird, mit Ausnahme einiger weniger Bereiche als zu gering betrachtet.

„Diese zwanzig Prozent sind zu wenig, weil... aber grundsätzlich ist die Berechnung nicht mehr zeitgemäß. Also, das ist...“ (BR4)

Es zeigt sich, selbst die quantitativen Fehlzeiten sind in den Berechnungsmodellen großteils zu wenig abgebildet. Die Folge ist häufiges Einspringen \blacktriangleright siehe auch Kap. 5.5.5 und der Aufbau von Überstunden. Eine aktuelle Erhebung zeigt, dass der Abbau von Jahresurlauben und Nachter-satzstunden für manche Krankenhäuser derzeit kaum noch möglich.⁴²⁴ Für viele Befragte ergibt sich daraus eine hohe empfundene Belastung der Beschäftigten \blacktriangleright siehe auch Kap. 5.4.7. Häufig werden Fehlzeiten gar nicht nachbesetzt, wie auch eine weitere aktuelle Erhebung in einen öö. Krankenhaus zeigt⁴²⁵:

- Langzeitkrankenstände: 70 %
- Bildungsaktivitäten wie Sonderausbildungen: 65 %
- Elternkarenzen: 47 %
- Bildungskarenzen: 53 %
- Schwangerschaften (später als 2 Monate): 54 %

⁴²³ Siehe auch Rigler/Niederberger, 2019

⁴²⁴ Ebd.

⁴²⁵ Ebd.; die vorliegende Aufzählung dient zur exemplarischen Veranschaulichung. Für die konkrete Situation in einzelnen Trägern, Häusern bzw. Bereichen wird eine gesonderte Erhebung empfohlen.

Führungskräfte und Betriebsräte/-innen bringen ein, dass eine Orientierung an der tatsächlichen Nettoarbeitszeit bei der Personaleinsatzplanung zu einer großen Entlastung führen würde.

„Die Nettoarbeitszeit, die ja bei allen Berechnungen herangezogen wird, ist nicht mehr dementsprechend. Es werden immer noch die 1.600 Stunden herangezogen und tatsächlich fallen viele von den Älteren durch Kuren, etc. aus. Und jetzt haben wir eine durchschnittliche Nettoarbeitszeit von 1.380 Stunden. Und bei diesem Träger, und ich glaube, das ist bei vielen noch nicht anders, werden 1.600 Stunden zugrunde gelegt. Und das wäre etwas was uns bei allen Berechnungsform helfen würde, weil, die brauche ich überall.“ (PM22)

Wenn Beschäftigte, gerade auch in Gesundheitsberufen, immer länger im Arbeitsprozess gehalten werden sollen, dann bedeutet das auch, dass es höhere Soll-Grenzen für die Fehlzeiten bzw. eine Berechnung der Nettoarbeitszeit aufgrund der tatsächlichen Fehlzeiten geben muss. Die bisher in manchen Bereichen etablierte 20-Prozent-Grenze *➤ siehe auch Kap. 5.6.3 bzw. Kap. 5.6.3.2* wird demnach nach oben zu korrigieren sein. Es geht um eine realistische Bewertung der Fehlzeiten und um ein Bekenntnis, dass Zugeständnisse an gesellschaftliche Veränderungen sich auch in den Personalkalkulationen vermehrt wiederfinden müssen.⁴²⁶ Ein Ansatz, der in analoger Weise auch für viele jüngere Beschäftigte noch viel mehr Beachtung finden muss, wenn diese noch eine stärkere Wissensvermittlung, z.B. durch Wissensaufbau *➤ siehe auch Kap. 5.7* und in der Praxisanleitung *➤ siehe auch Kap. 5.4.5* brauchen.

„Das Nächste ist, dass wir sehr viele haben, die auf Kur, Reha oder Langzeitkrankenstände sind und das wird überhaupt nicht berücksichtigt bei uns in der Berechnung. Weil wir eben so ein starres System haben, denn würde es berücksichtigt werden, hätten wir jedes Jahr eine neue Berechnung des Dienstpostenplans und das haben wir in Wirklichkeit nicht. Wir haben keine Veränderung und er wir mitgeschleppt. Und ab und zu wird er ein bisschen erhöht und manchmal eben nicht.“ (BR23)

Aufgrund der Veränderung der Aufgaben, aber vor allem auch aufgrund der Veränderung der Beschäftigtenstruktur wird eine regelmäßige Evaluierung der Fehlzeiten auf Abteilungsebene und die Ableitung von Handlungsoptionen empfohlen.

5.5.5 EINSPRINGEN

Als erlebte Belastung wird von vielen Interviewpartnern/-innen das laufende Einspringen⁴²⁷ beschrieben, das in vielen Abteilungen an der Tagesordnung steht und für viele Befragte zum Berufsbild zu gehören scheint.

„Ja, natürlich, wenn was unvorhergesehen, dann springt man ein. Das ist halt auf der Station auch so, gell das ist selbstverständlich in dem Beruf.“ (BK100)

„Dann muss blöderweise einer vom Urlaub zurücktreten. Oder, die, was Ersatztage haben, das gibt es ja auch, die was am Wochenende auch Dienst haben, dass die hereingeholt werden.“ (BK6;OP-Ass.)

⁴²⁶ Zulehner, 2016

⁴²⁷ Zu hinterfragen ist gesondert die rechtliche Ausgangslage für das Einspringen. Wird z.B. erwartet, dass Beschäftigte laufend erreichbar sind, ist zu klären, ob in diesem Zusammenhang eine ständige Rufbereitschaft vorliegt; siehe dazu auch § 20a AZG. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, wo die Grenzen zwischen Anwesenheits- und Rufbereitschaft zu ziehen sind; siehe dazu auch die Ableitungen zu einem aktuellen EuGH-Urteil, Resch, 2018. Der EuGH hat am 21. 2. 2018 in der Rechtssache C-518/15, Ville de Nivelles gegen Rudy Matzak, entschieden, dass Bereitschaftsdienste, bei denen Arbeitnehmer innerhalb kurzer Zeit für einen Einsatz zur Verfügung stehen müssen, als Arbeitszeit iSd Art 2 Arbeitszeit-Richtlinie 2003/88 zählen. Eine vertiefte Analyse mit juristischer Perspektive wird empfohlen.

„Es gibt schon Monate, ich sage zum Beispiel Jänner, wenn die Grippewelle kommt, da ist es tendenziell mehr, wenn da ein Virus umgeht, dass Leute erkranken, dass das Personal erkrankt. Und natürlich muss dann wieder wer einspringen für denjenigen. Also das finde ich schon, dass es da halt dann auffällt zu diesen Zeiten. Jänner, ja schon, wenn es um Krankenstände geht.“ (BK98)

Häufigkeiten

Derzeit liegen öffentlich keine validen Zahlen⁴²⁸ zur Häufigkeit des Phänomens „Einspringen“ vor.

„Wir machen Überstunden ohne Ende und es vergeht sicher keine Woche, wo du nicht angerufen wirst zum Einspringen.“ (BK44)

„Ich bin jetzt 2,5 Jahre hier und wurde vielleicht dreimal zusätzlich geholt. Es ist nicht gang und gäbe. Also nicht, weil jemand krank war, sondern, wenn eine dritte Hebamme gebraucht wurde. Und da werden meistens die benachrichtigt, die in der Nähe wohnen und das ist bei mir so, deswegen komme ich da eher dran.“ (BK5;Hebamme)

Die vorliegenden Schilderungen aus den Interviews geben einen ersten Einblick.

„Aber das ist was, was mich nach 24 Jahren Beruf noch immer belastet, dieses dauernde Einspringen. Kann man nicht ändern.“ (BK20)

„Oder ich bin im Urlaub gelegen am Liegenstuhl, in Italien wird man auch angerufen.“ (BK44)

„Und wenn jetzt jemand krank ist, dann kann niemand zum Einspringen kommen, weil wir eh schon alle Überstunden haben.“ (BK21)

„Sonst kann man mindestens zwei Dienste mehr im Monat rechnen.“ (BK11;Hebamme)

„Ja, wir waren jetzt relativ gut beinander, also, wenn ich es von mir rechne, einmal im Monat. Das heißt aber nicht, dass ich nicht öfter angerufen werde. Ja, das ist unterschiedlich, da hat es Phasen geben, da bin ich drei- bis viermal im Monat angerufen worden zum Einspringen und im letzten Monat war gar nichts.“ (BK20)

„Also, ich bin Vollzeit angestellt, da ist's weniger, vielleicht zwei- bis dreimal im Monat. Aber die Teilzeitangestellten schon öfter. Und wir machen's dann auch so, dass, wenn wir zum Beispiel wissen, der ist nächstes Monat auch noch krank, dessen Dienstpläne anschauen und die Dienstpläne, wie sie für uns passen, herausnehmen.“ (BK22)

„Also ich würde sagen, es kommt halt immer auf die Monate an. Klassische Krankheitsmonate und so, aber ich würde schon sagen, dass alle fünf, sechs Wochen einmal angerufen wird zum Einspringen.“ (SL39)

„Aber natürlich, viele andere haben sehr viele Überstunden gerade mit dem Einspringen.“ (BK45)

„Das ist phasenweise. In den Übergangsmontaten kommt mir vor, ist es immer mehr, so dass man einige Male im Monat, es teilt sich natürlich auf, es muss auch keiner zweimal in der Woche einspringen, das teilen wir gut auf.“ (BK66)

Teilzeitbeschäftigte zur Kompensation

In den Interviews wurde mehrfach geschildert, dass der Trend zu Teilzeit auch teils darin begründet ist, dass Teilzeitkräfte flexibler eingeplant werden können.

⁴²⁸ In den einzelnen Häusern/Bereichen sind diese Zahlen, vor allem auch in Kombination mit IT-gestützten Dienstplanungen, vorhanden und könnten als Basis für weitere Analysen und Handlungsschritte herangezogen werden.

„Man schaut schon eher, dass man da Teilzeitkräfte einteilt, wenn es irgendwie geht, schon auch teilweise wie Vollzeitkräfte, aber hauptsächlich Teilzeitkräfte.“ (BK66)

„Davon habe ich eben einen relativ großen Anteil an Teilzeitkräften und das ist auch mit ein Grund, warum einfach diese Bereitschaft so hoch ist. Weil natürlich in Teilzeit einfach auch die Mitarbeiterinnen flexibel sind, oder flexibler sind und eine Vollzeitkraft ist sowieso schon fast immer da. Da ist es dann einfach schwieriger.“ (SL13)

In einigen Trägern sammeln gerade Teilzeitkräfte viele Mehr- und Überstunden an ➤ *siehe auch Kap. 5.4.7.3.*

„Wir haben in der Pflege knappe 50 % Teilzeitkräfte. Es ist mittlerweile die Tendenz, dass man sagt, ich beschäftige die Leute nicht mehr vollbeschäftigt, sondern, ich tu den korrigierten Planposten auf 2 Köpfe aufteilen, weil, wenn mir der eine Kopf ausfällt, ist der zweite da, der kompensiert.“ (BR27)

„Eigentlich dürftest du laut Landesgesetz die Teilzeitkräfte erst holen, wenn du keine Vollzeitkräfte mehr zur Verfügung hast. Die Praxis zeigt, Vollzeit sind eh am Limit, jetzt fällt jemand aus, wen holen wir dann? Jetzt sagen aber die, ich hab' aber Teilzeit und das hab ich ja nicht zum Spaß, ich habe Kinderbetreuungspflichten, ich habe Pflege naher Angehöriger und, und, und. Und das ist natürlich ein permanenter Konflikt.“ (BR9)

„Dann werden oft auch die 20-Stunden-Kräfte herangezogen, weil die weniger Stunden haben, die stört das dann natürlich auch, die haben dann viele Überstunden.“ (BK67)

„Ja, Teilzeitkräfte, das ist auch immer, wie halt die Kinderbetreuung zu Hause ist, es gibt welche, die können gut einspringen, es gibt welche, die können weniger gut einspringen, aber ja zwischen 80 bis 100 [Anm.: Stunden] habe ich bei denen auch.“ (SL36)

„Natürlich werden dann die 35%igen eher angerufen, dass man sie braucht. Nur die haben dann wieder kleine Kinder, die sagen, sie können nicht öfter. Bei mir sind die Kinder schon größer, ich springe öfter ein oder ich sage, ich ersetze jetzt die, ich sage, ich mache nicht mehr die Vormittagsdienste, sondern ich mache wieder 12er. Aber es ist schon immer wieder, dieser Engpass ist schon immer wieder ein Problem.“ (BK20;Hebamme)

Bessere Personalbemessung als Ausweg

Befragte aller Interviewgruppen schildern, dass häufig ältere Kollegen/-innen einspringen.⁴²⁹

„Ich sage auch ganz provokant, wenn wir nicht die älteren Kolleginnen hätten, und das heißt für mich 40 aufwärts, die dauernd einspringen, die wirklich flexibel sind, für die es auch in Ordnung ist, nicht so viele Freiwünsche zu haben, ohne die wird es zukünftig, wenn die mal in Pension gehen, wirklich kritisch.“ (BL15)

Auch Vollzeitkräfte werden häufig über das Vollzeit-Ausmaß in die Arbeit geholt, um Bedarfe, wie Fehlzeiten zu kompensieren. Ermöglicht wird dies unter anderem durch verlängerte Durchrechnungszeiträume.

„Auch als 40-Stunden-Kraft wird man dann oft auch noch hereingebeten, obwohl man in dieser Woche schon 50 Stunden hat und das ist immer schade, dass es hier keine Reserven gibt, daran wird gar nicht gedacht.“ (BK68)

⁴²⁹ Zu hinterfragen wären in diesem Zusammenhang die Beweggründe, wie z.B. fehlende Kinderbetreuung, andere Prioritätensetzungen, etc. Gerade mit dem Fokus „Generationenwechsel im Krankenhaus“ ist hier ein weiteres Forschungsinteresse gegeben.

Die Praxis zeigt, dass ein gut gestalteter Personaleinsatz \blacktriangleright *siehe auch Kap. 5.5.2* bei der Arbeitsbewältigung unterstützt. Bei einem hohen Arbeitsaufwand oder Fehlzeiten kommen die derzeitigen Einsatzpläne häufig an ihre Grenzen.

„Die Stationsleitung hat hier einen Basiseinsatzplan... erstellt und der wird auch immer eingehalten. Nur, wenn der Arbeitsaufwand sehr groß ist, mit weniger Personal geht das nicht, dann muss nachbesetzt werden und dann müssen wir flexibel sein, dass wir auch einmal kurzfristig einspringen.“ (BK53)

Kompensation durch Team

Der häufig zitierte Zusammenhalt im Team \blacktriangleright *siehe auch Kap. 5.4.8* wirkt sich auch beim Einspringen aus. Eine Umfrage der AK Wien zeigte, dass 79,3 % der Befragten eher zufrieden bzw. sehr zufrieden mit dem Arbeitsklima im Team sind.⁴³⁰

„Auch die Zusammenarbeit im Team ist recht gut, weil eben auch gerade das viele Einspringen bei uns in der Station eben auch Team ist. Auch auf der anderen Station und da eben, trotzdem die Bereitschaft und die gute Zusammenarbeit trotz oft der Belastung muss man sagen, dann gut läuft.“ (BK45;PA)

„Ich glaube, wenn wir nicht so ein gutes Team wären, wäre auch schon wieder ein Personal weggegangen.“ (BK18, MTF)

„Die Kollegialität im Team. Immer, wenn Not am Mann ist, erklärt sich jemand bereit, noch einen extra Dienst zu machen, weil wir meiner Meinung nach generell unterbesetzt sind.“ (BK69)

„Und wann ich jemanden brauche, muss ich 20 Leute anrufen, bis ich jemanden habe, deswegen haben wir jetzt eine WhatsApp-Gruppe gegründet.“ (BK69)

„Weil, sehr hoch dieser Gedanke, dieser, wie soll ich jetzt sagen, diese Kollegialität bei uns in dem Beruf sehr stark drinnen ist, das muss ich schon sagen. Dieses Einspringen, jeder wird angerufen und soll kommen, weil irgendwer ausfällt.“ (BR4)

Teils wird versucht, Unterstützung aus anderen Abteilungen zu erhalten. Aus Sicht der Beschäftigten ergeben sich hier große empfundene Belastungen. Eine unzureichende Übergabe(zeit) erschwert die Erledigung der Aufgaben.

„Nachdem es dann auf der anderen Station ruhiger war, habe ich wieder auf meine Station gehen müssen, also um 13.00 Uhr und habe mich dann natürlich dort wieder nicht ausgedankt. Und mir hat die Übergabe gefehlt und, ja, das war jetzt zweimal hintereinander. Einmal bei einem kurzen Dienst und, das ist halt für mich schon sehr gefährlich, weil ich muss ehrlich sagen, einfach nicht mitbekommen, wer da ist, auf was ich aufpassen muss und es fehlt natürlich dann auch auf der Station oft die Zeit, dass man dann eine gute Übergabe bekommt während dem Arbeitsalltag dann, weil einfach ganz viel passiert und ich muss auch ehrlich sagen, das Personal leider dann abgeht.“ (BK45)

Empfundene Belastung

Die häufig beschriebene notwendige Flexibilität der Beschäftigten \blacktriangleright *siehe auch Kap. 5.4.1.2* führt bei häufigem Einspringen zu einer hohen empfundenen Belastung vieler Beschäftigter, gerade auch bei den Teilzeitkräften.

„Oder auch die Tatsache, dass eine sehr hohe Flexibilität vorausgesetzt wird, das sehe ich auch als schwierig, wenn man dann in der Freizeit, immer wieder angerufen wird, ob man nicht da und da einspringen kann und irgendwie hat man das Gefühl, oder es wird einem nahegelegt, dass man zurückrufen soll, wenn man angerufen wird, kommt dann die Nachricht auf die Mobilbox und

⁴³⁰ Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2018

man hat dann irgendwie den Zwang, dass man zurückrufen muss und eine Antwort geben soll.“ (BK62)

„Naja, also wir sind jetzt 27 Leute und vor zwei Wochen waren 11 krank. Wobei drei, eine ist in Frühkarenz, zwei Langzeitkrankenstände, ja, da musst du halt einspringen, du hoffst nur, dass du selbst nicht krank wirst. Das häuft sich einfach auch, solche Akutphasen. Ich denke mir ja, ich bin schon sehr geduldig und ich halte auch viel aus aber irgendwie ist das schon...“ (BK11;Hebamme)

„Da musst du halt einspringen, du hoffst nur, dass du selbst nicht krank wirst.“ (BK11)

„So, jetzt wirst du aber angerufen, genau an einem freien Tag, auf den du dich schon so gefreut hast, so, jetzt kannst du einspringen. Und das ist das, wo dann irgendwer sagt, nein, ich gehe jetzt in die Arbeit, weil jetzt wird dann wieder die Kollegin angerufen, oder, ich weiß, wie es mir gegangen ist, und du freust dich ja jetzt, du brauchst auch deine Freizeit, du freust dich auf diese freien Tage, und dann müsstest du immer einspringen.“ (BR4)

Teils wird durch Führungskräfte, bedingt durch den sonst drohenden Personalmangel im Dienst, Druck aufgebaut, dass eingesprungen wird.

„dann ist es so, dass die Stationsleitungen das natürlich nicht gerne sehen, dass sie nicht einspringen. Dann kommen nicht unbedingt gute Meldungen von den Stationsleitungen auf das Personal, ja. Es entsteht so ein Druck, ja. Ist eh klar, die Stationsleitungen stehen unter Druck, weil ihnen keiner mehr einspringt und die geben den Druck wieder weiter auf die Pflegemitarbeiter. Dann springen sie schon ein, dass die Kolleginnen und Kollegen nix mehr sagen. Ich kann doch meine Kollegin nicht im Stich lassen, ja. Das geht teilweise wirklich bis an ihre Grenzen.“ (BR25)

„Aber das ist nicht lustig, dieses Einspringen, weil, wenn du zu Hause anrufst, die wissens eh schon dann... der hebt dir halt nicht ab.“ (BK86)

„Da geht dir ja schon gar niemand mehr ans Telefon mittlerweile... Weil vor allem, was ist das für ein Dienstplan? Ich schreibe einen Dienstplan und eigentlich weiß der Mitarbeiter gar nicht, darf ich da arbeiten, muss ich mehr arbeiten...“ (SL35)

„Also, es ist aber auch, es wird dann gesagt, du bist die letzte Chance jetzt, dass wer einspringt.“ (BK44)

Fazit

Von den Befragten wurde beschrieben, dass das Einspringen als große Herausforderung gilt. Ist es für die Führungskräfte vor allem der Druck, einen ausreichenden Personaleinsatz zu gewährleisten, ist es bei vielen Beschäftigten oft die Unplanbarkeit, die belastet. Gerade kleinere Teams sind, aufgrund knapper Personalressourcen noch stärker betroffen.

„Ja, das kommt wahrscheinlich ganz darauf an, in welchem Team man arbeitet. Je kleiner ein Team ist, desto häufiger ist es natürlich auch der Fall, das muss man auch dazusagen. Aber aus meiner Praxis, wie ich noch im Team gearbeitet habe, ich sage jetzt einmal so, zwischen zwei bis vier, fünf-mal im Monat, ist jetzt schon die Norm, außer es ist halt wirklich so, dass einmal ein Monat irgendwie gar nichts passiert, an das kann ich mich eigentlich nicht wirklich erinnern.“ (PM2)

Zwar finden Angehörige in Ordenskrankenhäusern die kollektivvertragliche Einspringzulage als Wertschätzung > siehe dazu auch Kap. 5.8.2, auf Dauer wird es aber Überlegungen brauchen, wie ein laufendes Einspringen reduziert werden kann. Viele der beschriebenen Auswirkungen des Einspringens resultieren aus einer nicht adäquaten Dienstpostenberechnung > siehe auch Kap. 5.5.1, mit einer mangelhaften Berücksichtigung der Fehlzeiten > siehe auch Kap. 5.5.4 und der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Dienstplans > siehe auch Kap. 5.5.3.

„Genau, fürs Reinholen. Und auch, wenn es jetzt, der Dienstplan steht und ich hole in einem Monat wen rein, müssen sie trotzdem bezuschlagt werden, weil wir einfach für jede Änderung

des Dienstplanes Zuschläge die Mitarbeiter kriegen müssen, was dazu hinführen sollte, dass es Dienstplanstabilität gibt.“ (BR22)

„Das was zum Unternehmen beigetragen hat, in den letzten Jahren, ist dieses kurzfristige Einspringen, dass sie es noch einmal extra abgelten. Das ist wirklich super, weil das schätzen auch die Mitarbeiter.“ (BL13)

5.5.6 WOCHENENDE UND FEIERTAGE

Bedingt durch zahlreiche Reformen im Gesundheitsbereich *➤ siehe auch Kap. 4.4*, sowie durch veränderte Anspruchshaltungen *➤ siehe auch Kap. 5.3.6* hat sich die Arbeit am Wochenende und an Feiertagen in den öö. Krankenhäusern stark verändert. 26-mal wurde in den Interviews die Arbeit am Wochenende als Herausforderung thematisiert.

„Das hat sich fast wirklich um 100 Prozent, das hat sich verdoppelt, ja. Vor allem an den Wochenenden, ja. Und das stellt eine große Herausforderung dar. Weil grad am Wochenende, weil grad ärztlicherseits, aber auch vom Pflegepersonal her wir nicht gut bestückt sind.“ (BR25)

5.5.6.1 STEIGENDE AUFGABEN

„Die Betten bleiben nie leer, es kommen sofort wieder Patienten. Auch die Betten, die am Sonntag leer werden, werden sofort wieder aufgefüllt... Wochenende war früher auch immer ruhiger.“ (BK58)

Befragte schildern, dass einerseits die Aufgaben steigen und zudem mehr Patienten/-innen am Wochenende und an Feiertagen im Krankenhaus sind.

„Ich denke mir, so an Wochentagen, Feiertagen, ich brauch nur an Weihnachten denken, unser Plan ist übergegangen, so gejamert haben meine Leute überhaupt noch nie. Es ist natürlich vom Datum her, es waren so viele herinnen, dass ich mir wirklich überlegt habe, ob ich nächstes Jahr stärker besetze.“ (SL31)

„Und gerade am Wochenende sind wir auch schwach besetzt, aber die Pflege bleibt ja dasselbe, auch wenn die Untersuchungen wegfallen. Aber es werden dann teilweise sehr viele Leute entlassen, dann sind die Entlassungsbetten frisch aufzubereiten, dass man die Neuaufnahmen wieder hineinlassen kann.“ (BK58)

„Und am Wochenende, Samstag bis Mittag drei und dann zwei Schwestern... Nein, das wird nicht fad, nein.“ (SL4)

Die Stationen sind in vielen Fällen auch am Wochenende voll belegt.

„Und wir eigentlich immer am Wochenende auch vollbelegt waren und jetzt auch vollbelegt sind.“ (BK57)

Teilweise muss auch die Ambulanz durch die Station mitbestritten werden.

„Und da haben wir auch eine Ambulanz auf der Station. Das muss nebenbei gehen.“ (BK91)

5.5.6.2 PERSONALBERECHNUNG IST KNAPP

Die Personalberechnung am Wochenende und Feiertag ist zu knapp, so die Schilderungen vieler Interviewpartner/-innen. Eine Anhebung, ohne zulasten der klassischen Wochenbesetzung zu gehen, erachten viele als sinnvoll.

„Und was ich sonst noch ändern würde... dass wir einfach... am Wochenende... eine Kollegin mehr haben.“ (SL39)

„Am Wochenende ist immer um einen Dienstposten reduziert, inklusive Leitung.“ (SL41)

Auf mehr Personal am Wochenende wird meist verzichtet, um die Tagdienstbesetzung nicht noch weiter zu verknappen.

„Wenn wir mehr am Tag haben, haben wir am Wochenende weniger, aber das, wir haben einfach nicht mehr Personal.“ (BK82)

„Also am Wochenende ist weniger Personal, um drei Leute eigentlich weniger, um drei Pflegepersonen, oder zwei, drei und am Wochenende merken wir halt schon, dass mehr Stress ist, weil auch am Samstag Visite gegangen wird und wir müssen da dann ausarbeiten und... Also am Wochenende hätte ich gerne mehr Personal da, aber die müsste ich dann unter der Woche einsparen, was aber auch nicht geht.“ (SL43)

Sind an Wochentagen oft noch Praktikanten/-innen eine Unterstützung, fallen diese am Wochenende weg, was die Situation verschärft.

„Aber dadurch, dass die Berufsfindungspraktikanten und die Schüler teilweise am Wochenende nicht arbeiten dürfen, fallen die da weg. Auch das Verbandsmanagement ist nur unter der Woche hier und fällt am Wochenende weg. Am Wochenende sind wir also auch 6 Leute, aber die rundherum fehlen.“ (BK69)

Aufgrund der knappen Personalausstattung werden dann teils auch Beschäftigte am Wochenende in den Dienst geholt.

„Ich bin dann auch schon angerufen worden am Wochenende, ob ich übernehmen kann, weil es demjenigen so schlecht geht. Mache ich gern, weil, ich bin selber auch froh, wenn jemand... Ich meine, es sind unvorhergesehene Dinge, die einfach passieren.“ (BK30; Radiologie)

Die Schilderungen zeigen, dass am Wochenende größtenteils weniger Personal berechnet ist, obwohl die Anforderungen angestiegen sind. Das Pflegekonsilium hat dazu bereits 2013 darauf hingewiesen, dass ein Wochenendreduktionsfaktor in der Personalberechnung in der gängigen Form nicht mehr zeitgemäß ist.⁴³¹ Einspringen am Wochenende wird dabei häufig zur Normalität bzw. wird die Arbeit für das anwesende Personal noch weiter verdichtet. Die Befragten wünschen sich daher eine passende Personaleinsatzplanung auch für das Wochenende und Feiertage.⁴³²

⁴³¹ Gratzner., 2014

⁴³² Siehe dazu [Kap. 5.6](#). Für die rechtliche Ausgangslage zum Thema Einspringen und Hereinholen [siehe Kap. 5.5.5](#)

5.5.7 NACHTDIENST

Nachtdienste im Krankenhaus werden häufig als große Herausforderung gesehen. **220-mal** wurde von Interviewpartnern/-innen der Nachtdienst als ein Arbeitsfeld mit großem Handlungsbedarf beschrieben.

5.5.7.1 STEIGENDE AUFGABEN

50 % der Befragten (alle aus Bereichen mit Nachtdiensten) geben an, dass sie einschätzen, dass die Aufgaben im Nachtdienst mehr werden. Insgesamt 71,2 % geben an, dass dies völlig/ziemlich stimmt.

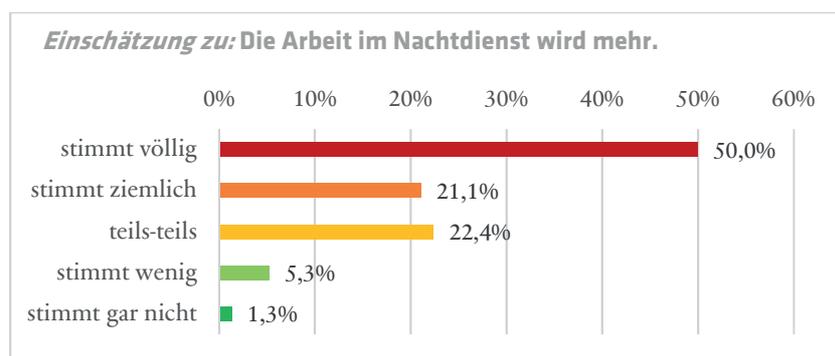


Abbildung 34: mehr Arbeit im Nachtdienst⁴³³

Die Aufgaben in den Stationen und Ambulanzen sind dabei sehr vielfältig.

„Haben wir nicht viele Kinder rundherum, geht das gut, weil im Prinzip muss fast eine abgestellt werden. Und ist die Station voll, und dann haben wir solche Kinder dazu, oder Schleusenkinder, dann wird es einfach knapp, wenn wir nur zu zweit sind bis zur Nacht..., weil dann fängt der Nachtdienst nicht so zum wurschtln an.“ (BK76;Neonatologie)

„Genau. Das ist halt auch mehr geworden. Oder Ambulanzdienste, wo sie mitten in der Nacht kommen, weil sie wissen wollen, ob sie schwanger sind um drei in der Früh.“ (BK11;Hebamme)

„Ob du in einer Nacht zwei Geburten hast oder fünf, das ist schon ein Unterschied.“ (BK10;Hebamme)

„Jetzt ist es halt so, dass um halb drei, drei auch noch aufgelegt wird, das geht dann natürlich in die Nacht rein.“ (BK50; MFA)

„Und auf der Nacht sind die Ärzte bei dem einen Kind noch Blutabnahme unbedingt jetzt und wir ja, wie wer? So auf die Art. Weil die Kinder scheinen schon, wollen schon was und ich kann ja die kleinen Kinder nicht eine halbe Stunde schreien lassen. Und dann kommt man oft nicht einmal dazu, dass man sich zum Trinken was herrichtet und auch das Klo gehen oft, weiß man jetzt nicht, wann gehe ich jetzt einmal aufs Klo. Also das sind dann schon, also es ist jetzt nicht, dass jede Nacht so ist, aber wir haben immer wieder solche Nächte. Und ja, man merkt das schon, dass das irgendwann mal und vor allem die letzten drei Stunden dann, ab vier weg, mühsam wird. Und das sagen auch die Jungen, also das hat jetzt nicht nur mit dem Alter was zu tun. Generell alle sagen das.“ (BK47)

⁴³³ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=76 (eigene Darstellung)

„Wir haben eine Verdichtung in der Nacht. Also durch die Übernahme der ärztlichen Tätigkeiten, EKG schreiben, Katheter setzen. All diese Tätigkeiten... Wenn man in der Nacht die Spritzenrunde macht, vom Tagdienst noch einige Aufgaben übernimmt, Dokumentierungen und so, dann hat man eine Verdichtung im Nachtdienstbereich.“ (PM13)

„Es ist ja auch in der Nacht so. Wir operieren ja sehr viel..., aber was da alles dazugekommen ist, ist der Wahnsinn.“ (BK54;OP-Ass.)

„Ja. Und das geht ja bei uns auch in der Nacht, weil die in der Nacht ja genauso munter sind. Die kommen ja alle. Babys sind in der Nacht genauso zum Stillen, wie tagsüber. Bei anderen Stationen wird es irgendwann etwas ruhiger, weil alle mal ein wenig schlafen. Und da geht es, und dann kommt noch dazu, dass ganz viele Entbindungen dann noch sind in der Nacht. Wir nehmen ständig auf.“ (BK63)

„Wenn es wirklich der Fall ist, macht das die Schwester selbst in der Nacht. Sind aber was man so hört sehr knapp besetzt in der Nacht, nur ein bis zwei Schwestern.“ (BK28;Patientenbegleitung)

Deutlich wird, dass die gesteigerte Anspruchshaltung *➤ siehe auch Kap.5.3.6* sich auch im Nachtdienst widerspiegelt.

„Und sie werden teilweise immer fordernder. Ich habe z.B. bei 19 Betten eine Nachtdienstschwester. Die ist ganz alleine und da spielt es keine Fußmassage nicht.“ (BL14;Sonderklasse)

Einige Befragte schildern, dass Aufgaben des Tagdienstes in die Nacht verschoben werden.

„Es sind aber auch so, dass eine Vielzahl des Aufgabenspektrums auch in die Nacht verlagert wird, weil am Tag einfach die Möglichkeit zum Teil nicht mehr da ist, gewisse Tätigkeiten durchzuführen.“ (SL10)

„Da werden mittlerweile Aufgaben in den Nachtdienst verschoben, damit sie ja im Tagdienst nicht aufscheinen, damit sie ja in der PPR nicht aufscheinen, ich gebe Arbeiten aus dem Tagdienst heraus, damit ich mit noch weniger Leuten arbeiten kann und gebe es in den Nachtdienst hinein, weil das schlägt nicht auf in der PPR.“ (SL35)

Dazu kommt, dass der Arbeitsanfall für die Nacht teils nur schwer vorhersehbar ist, da oft unklar ist, wie viele neue Patienten/-innen in der Nacht dazu kommen und die Nacht-Personalbesetzung eher knapp bemessen ist.

„Und ja wie gesagt, du musst Vorkehrungen bei der Personalbesetzung treffen, weil es kann komplett anders sein. Es kann heute komplett ruhig sein und dann kommen zwei Aufnahmen, das passiert, das ist in der Psychiatrie so. Aber das ist auch auf einer Herz-Intensiv dasselbe, weil jetzt ist niemand da und dann liefern sie auf einmal 4 Infarkte ein, weil halt Aufnahme ist, ja dann hast du auf einmal die Hölle los. Es wird immer Seitens der Dienstgeber geschaut, dass man unter dem Limit der Besetzung also der Mindestbesetzung fährt. Und da ist halt dann wenig Luft, das ist halt dann Überbelastung oder zusätzliche Belastung des Pflegepersonals.“ (BR9)

„Wir merken einfach, dass es psychisch belastend ist, die Situationen alleine zu tragen in der Nacht. Da wäre es geschickt, wenn wir jemanden zweiten hätten.“ (SL25;Palliativ)

„Bei so herausfordernden Dingen. Bei Hochschwierigkeits-Bereichen wo man in der Nacht alleine ist und fünf Hände bräuchte.“ (BK7)

„Ob du in einer Nacht zwei Geburten hast oder fünf, das ist schon ein Unterschied.“ (BK10)

Belege für die Zunahme der Arbeit im Nachtdienst gibt es auch in weiteren Quellen. 54,7 % der Befragten in einer aktuellen AK-Studie geben an, dass die Arbeit im Nachtdienst ansteigt.⁴³⁴

5.5.7.2 ZU WENIG PERSONAL IN DER NACHT

Von Interviewpartnern/-innen aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen wird geschildert, dass die Besetzung in der Nacht als zu gering empfunden wird.

„Nach wie vor haben wir das Problem, dass für unser Empfinden, nämlich für die Beschäftigten, aber auch für die Patientinnen und Patienten, Nachtdienste unzureichend besetzt sind... und für unsere Wahrnehmung immer noch unzureichend.“ (BR1)

„Aber alleine möchte ich nicht regelmäßig in der Nacht sein. Weil ich mich fürchte, wenn ich in der Nacht alleine bin auf der Station, und es kann immer was sein, irgendwelche Notfälle und das weiß man eben im Vorhinein nicht.“ (BK62)

„Wenn ich sage, ich brauche einen Nachtdienst mehr, muss ich schauen, dass ich den vom Tagdienst abzwicke.“ (BL4)

Ausführliche Leistungsdokumentationen bilden den tatsächlichen Aufwand ab *➤ siehe auch Kap. 5.6.*

„Kaum ist eine Sache fertig, kommt schon die nächste. Und den Nachtdienst wollen sie uns schon öfters streichen und eine Bereitschaft machen, aber dann haben wir wieder unsere Statistiken ausgedruckt und gezeigt wann und wo welche Arbeit ist und dann wurde das immer wieder fallen gelassen.“ (BL18; BMA)

Deutlich wird auch, dass sich der Arbeitsanfall stark am Gesamtzustand der Patienten/-innen richtet.

„Naja, über den Nachtdienst haben wir schon ein paar Mal diskutiert. Wir sind alleine im Nachtdienst für 10 Patienten und das ist halt, je nach Patientengut... Da kann es mal sein, dass du eine Nacht hast, wo du nur eine Viertelstunde mal zum Sitzen kommst und dann hast du wieder dementsprechend ruhige Nächte, weil die Patienten einfach gut schlafen. Das kann man nie sagen. Aber das ist eben auch gesetzlich festgelegt. Du brauchst eine Mindestanzahl an Betten, dass du zwei Diplompflegekräfte...“ (SL3; Palliativ)

„Weil wir ja die meiste Zeit eigentlich alleine sind im Nachtdienst. Wir haben 22 Normbetten und da hat es bis jetzt geheißen, steht uns kein zweiter Nachtdienst zu. Wir haben aber doch häufig Patienten mit Leberzirrhose, Demenzerkrankungen, die einfach verwirrt sind in der Nacht oder einfach so vom Krankheitsbild her schlechter beinander sind, und da ist das teilweise in der Nacht schon sehr belastend.“ (BK57)

Anhand Schilderungen dieser Art wird deutlich, dass Vorgaben, die sich auf „Nurse-to-Bed-Relationen“ stützen an ihre Grenzen führen *➤ siehe auch Kap. 3.6.2 bzw. Kap. 3.2.*

Teils unterstützen sich die Abteilungen in der Nacht gegenseitig in Notfällen. Bei Mitarbeitern/-innen wird dieser Ablauf jedoch nicht immer für gut befunden.

„Wo es aber dann die Vorgabe gibt, wenn es..., ich sag einmal, im Stock darunter, wirklich einmal rundgeht, dann muss der Dritte von dort rüberkommen. Die Freude ist oft überschaubar, weil da ist er wo, wo es ruhig ist und dann muss er wohin gehen, wo Action ist um 2 in der Früh und das ist nicht lustig.“ (BR9)

⁴³⁴ Geissler, 2019; auf die Notwendigkeit, den Nachtdienst neu zu gestalten hat auch bereits 2013 das Pflegekonsilium hingewiesen, siehe dazu Gratzner, 2014

Teils wird versucht, Nachtdienste zu streichen und durch Bereitschaften zu ersetzen. Einige Häuser arbeiten mit Bereitschaftslösungen teils im Haus, teils als Rufbereitschaft zuhause. Die Bereitschaftslösungen werden von den Befragten sehr unterschiedlich eingeschätzt. Teils werden sie begrüßt, teils wird für manche das Problem fehlender Dienstposten nur zulasten der Beschäftigten verlagert. Befragte schildern, dass sie teils unter Rechtfertigungsdruck geraten, wenn der/die Kollege/-in in Nachtbereitschaft geweckt wird. Häufig gibt es auch nicht die passende Infrastruktur für Ruhezeiten in Nachtdiensten.

„Bereitschaftsdienst in diesem Sinne gibt es bei uns nicht, nein. Da haben wir uns eben erfolgreich gewehrt, gibt es aber in der... [anonym.] immer wieder... Ein Nachdienst war zu wenig, das war ihnen schon klar. Einen zweiten wollten sie nicht einsetzen, jetzt haben sie einen Pflegeassistenten dazu, der ab 22 Uhr Bereitschaft hat. Und dann haben die natürlich gesagt, die ganze Nacht bin ich da, aber die Stunden bekomme ich nicht alle? Und die haben gesagt, nein, nein ich hab' ihn gebraucht. Und dann ist es losgegangen, wo ist das dokumentiert? Was war für ein Zwischenfall? Wie lange hast du ihn gebraucht? Warum hast du das nicht alleine machen können? Und so weiter. Das war ein ständiger Streit.“ (BR9)

„Der Bereitschaftsraum ist auf der Station. Da sind wir grad am Verhandeln, ob wir nicht irgendwo anders einen Raum bekommen könnten... Ein bisschen suboptimal, weil das ist genau auf der Station, haben wir Kinder, die recht laut sind oder so, man hört halt alles nach hinten und das ist prinzipiell unser Mutter-Kind-Zimmer.“ (BK76)

„Und ich meine, ich habe jetzt am Wochenende Nachdienst gehabt, wir haben 6 kranke Neugeborene gehabt. Da kommt man aus dem Zimmer nicht mehr heraus. Und da haben wir diese Bereitschaft gehabt und diese Bereitschaft haben wir jetzt zum Beispiel nur mehr das halbe Monat. Ist uns gestrichen worden, weil wir brauchen es nicht, weil wir sind ja jetzt beisammen und jetzt ist ja eh die andere Schwester im Nachtdienst auch da, die für die Neugeborenen, für die Wöchnerinnen da ist. Und die kann eh mithelfen. Aber dass die selber, dass der selber null fad ist.“ (BK47)

„Wir hätten schlafende Bereitschaft, wobei die Betonung auf hätten ist, den momentan ist es wirklich sehr massiv und da leiden wirklich sehr viele.“
(BK54;OP-Ass.)

„Welche Pausen? Wir haben Anwesenheitspflicht. Eine Mitarbeiterin hat Bereitschaftsnachtdienst und der Hauptnachtdienst, entscheidet, ob ich die zweite Person schlafen lasse oder nicht. Da ist es schon auch immer wieder so, dass man dann am nächsten Tag nach dem Dienst gefragt wird, warum man die andere Person nicht schlafen gelassen hat, also es wird Druck ausgeübt.“ (BK80)

„Das wurde vor vielen Jahren eingeführt. Am Anfang war es nicht sehr beliebt, wollten viele nicht haben. Aber jetzt ist es so, dass sie den Vorteil auch sehen. Sie sind daheim, aber es wird schon als belastend auch gesehen. Nicht gut schlafen können, das wird schon berichtet.“ (BL12; Hebammen)

Einige Führungskräfte motivieren zu starker Nutzung der Bereitschaftsdienste, um den Zusatzbedarf im Nachtdienst besser abzudecken ➤ siehe auch Kap. 5.5.1. Manche Beschäftigte wollen jedoch eher die Kollegen/-innen schützen und nutzen diese Möglichkeiten nicht.

„Also ich motiviere meine Kolleginnen sehr, dass sie den Bereitschaftsdienst holen, weil ich sehr viele Vorteile sehe und wir haben es großzügig geregelt im Haus. Also ich bin immer auf der Seite der Hebammen, dass ich sie motiviere, dass sie ihn hereinholen. Ich habe es noch nicht geschafft, dass ich ihnen das System näherbringe. Weil wenn sie es großzügig nutzen. Ab zwei Frauen im Kreißzimmer hätten wir Anspruch, dass eine Eins-zu-Eins-Betreuung möglich wird. Aber sie tun es nicht, da ist ihnen wieder lieber, dass sie sich gegenseitig schonen. Da ist auch so wegen der Hausbereitschaft, wo eine immer im Haus ist. Da habe ich zu ihnen gesagt, da müsst ihr sie euch öfter reinholen, sonst brauchen wir da gar nicht darüber reden anfangen in der Direktion. Vorher brauchen wir gar nicht anfangen zum Reden, weil das muss sich natürlich für den Arbeitgeber rechnen. Und dann können wir argumentieren, ok vielleicht brauchen wir eine dritte Hebamme in der Nacht.“ (BL12; Hebammen)

Verpflichtende Vorgaben für den Nachtdienst gibt es kaum. Weder der § 8d KAKuG noch verschiedene Modelle wie die PPR geben verbindliche Regelungen vor. Allein die Qualitätskriterien wie z.B. für die Palliativpflege geben eine Mindestausstattung vor.

5.5.7.3 NACHDIENST FÜHRT IM ALTER ZU BELASTUNG

„Seitdem ich den zweiten Nachtdienst jetzt überall habe, ist das Gottseidank vorbei, dass die Leute in der Frühe nach dem Nachtdienst heulend bei mir gesessen sind, total fertig, ich kann nicht mehr, und ich habe so eine Angst. Und, lass mich mal telefonieren, ich weiß nicht ob ich das und das gemacht habe. Also, die waren wirklich...“

(BR30)

Deutlich wird, dass Nachtdienste vor allem mit zunehmendem Lebensalter als Belastung empfunden werden. Zwar wird teils versucht, Beschäftigten andere Arbeitsplätze im Haus anzubieten, aber die neuen Herausforderungen dadurch bringen manche Beschäftigte an ihre Grenzen ➤ *siehe auch Kap. 5.4.2.2.*

„Dass man sagt, wenn jetzt irgendwer wirklich vom Alter her keinen Nachtdienst mehr machen kann, dann muss man schauen, dann muss aber der auch bereit sein vielleicht, auf eine Station zu wechseln, nach Jahren, wo aber auch leichter geht, wo man sagt, dort ist ein Personal, das würde das rekrutieren. Und wird aber auch angenommen dann, weil entweder ich schaffe es wirklich nicht mehr, dann muss ich von mir aus auch sagen. Ja, ich nehme das an, was mir halt dann auch geboten wird. Aber das, es wird zunehmend schwieriger, ..., kann man wirklich noch umstrukturieren, wo man,

ab einem gewissen Alter, weil das merkt man schon, das ist fast nicht mehr zu ...“ (BR4)

„Oder auch zum Körperlichen, da fällt mir vielleicht generell noch ein, der Turnusdienst und Nachtdienste, gerade je älter man wird, man spürt jedes Jahr. Ich weiß, ich habe in der Nacht zwar voll gerne gearbeitet, aber die Erholungszeit ist nicht ohne.“ (BK12; Hebamme)

„Ich habe lange keine mehr machen müssen, das ist sich Gottseidank super ausgegangen, aber jetzt muss ich. Ich mag es nicht, denn es tut mir gar nicht gut. Die Nacht selbst ist nicht so schlimm, aber die Zeit danach ist es für mich.“ (BK11; Hebamme)

„Und dann haben wir die Älteren, die die Belastungen einfach schon spüren von den jahrzehntelangen Nachtdiensten, Schichtwechseldiensten.“ (BR22)

„Aber stehe natürlich vor der Herausforderung jetzt für diese, die [Anm. älteren Beschäftigten] wollen natürlich nicht mehr fünf, sechs, sieben Nächte.“ (BL6)

„Ich finde, dass einem das ab einem gewissen Alter zusteht, dass man keine Nächte mehr macht, aber ich weiß nicht, wie ich das als Leitung abfangen soll. Ich glaube nicht, dass alle bis über 60 Nächte machen können. Ich finde da gehört auch eine Regelung her.“ (SL53;BMA)

„Weil wir hätten eigentlich die interne Regelung, dass man ab 50 Jahren keinen Nachtdienst mehr machen muss.“ (BL11)

5.5.7.4 IDEEN AUS DER PRAXIS

Einige Häuser haben mittlerweile eingeführt, dass es keinen Nachtdienst mehr allein in Stationen gibt.

„Es gibt keine Station mehr, wo sie alleine im Nachtdienst sind, das haben wir abgesetzt.“ (BR15)

„Das ist für die Mitarbeiter einfach rein von der psychischen Situation aus eine Verbesserung. Weil, wenn man schon mal einen Nachtdienst gemacht hat, wo man dann für 37 Patienten alleine verantwortlich ist, der Arzt ist nicht vor Ort, weil der ist im Operationssaal, ist in der Ambulanz oder ist in der Bereitschaft. Und es sind sterbende Patienten, es sind frisch operierte Patienten, es sind Akutufnahmen, es ist alles auf der Station gemischt da und das ist eine Riesenbelastung.

Und wenn man in Dienst geht und weiß es, ist ein zweiter Nachtdienst zumindest da, das ist schon.“ (BL13)

„Ja. Passt. Beim Nachtdienst kann ich dazu sagen, dass bei uns auf der Station immer zwei Nachtdienste da sind, Gottseidank. Aufgrund von dem Monitoring muss man ja...“ (SL34)

„Also wir schauen in der Einsatzplanung, wenn Sie jetzt auf den Nachtdienst abzielen, dass wir praktisch, die, die weniger Nächte machen wollen, eine Umverteilung machen zu den Kollegen, die mehr machen wollen. Aber trotzdem schichtest du dann auf die Jüngeren. Weil trotzdem wird es welche geben, die schaffen es gut aber es ist trotzdem, ob das der Weisheit letzter Schluss sein kann, da werden wir Konzepte brauchen, dass man einfach einen Ersatz bekommt dafür.“ (PM13)

Einige Häuser haben es geschafft, dass die Nachtdienstbesetzung zusätzlich bei den Dienstposten abgebildet wird, was für die Tagesbesetzung eine Erleichterung darstellt.

„Damals wie sie diesen Personalwürfel, vor 20 oder 30 Jahren gemacht haben, wurde gesagt, dass für den Tagdienst und für den Nachtdienst in der Pflege 15 % abgezogen werden. Wir sind dann darauf gekommen, dass sich das bei uns nicht ausgeht und haben zumindest für den Nachtdienst erreicht, dass die 15 % nicht abgezogen worden sind.“ (BR23)

„Genauso in der Nacht, wir haben 26 Patienten und bei uns gibt es zwei Nachtdienste, aufgrund dessen, weil bei uns keiner auf die Schüssel gesetzt wird, sondern jeder mit dem Patienten aufs Klo geht.“ (SL11; Akutgeriatrie)

Das Bemühen in den Häusern ist groß, passende Nachtdienstlösungen zu schaffen, laut Ansicht der Führungskräfte und Betriebsräte/-innen besteht aber Handlungsbedarf. Neben konkreten Personalberechnungsmodellen *➤ siehe auch Kap. 5.6 bzw. Kap. 5.6.3* und -vorgaben für die Nacht braucht es auch konkrete Überlegungen zur Nachtdienstregelung für ältere oder gesundheitlich eingeschränkte Kollegen/-innen.

5.5.8 ARBEITSZEIT

Bei den Interviews wurde häufig der Aspekt Arbeitszeit⁴³⁵ thematisiert. Der Bogen reichte dabei von den Chancen und Herausforderungen von Teilzeitarbeitsverhältnissen, spezielle Formen der Arbeitszeit bis hin zur Diskussion, mit wie vielen Stunden Vollzeitarbeit in Gesundheitsberufen definiert sein soll.⁴³⁶

5.5.8.1 VOLLZEIT

Ca. 50 % der Beschäftigten in den öö. Krankenhäusern arbeiten derzeit Vollzeit.

„Für mich ist das Traurigste eigentlich, erstens, wenn manche, wenn sie mit der Schule fertig werden, teilweise nur Teilzeitjobs bekommen. Mit 20 Stunden, 30 Stunden. Als junger Mensch, der gerade aus der Ausbildung kommt, ist das für mich eine Katastrophe. Und zweitens, dass viele, wenn sie länger im Geschäft sind, sagen, ich pack es nicht mehr, ich reduziere meine Stunden, mir ist das egal, und wenn ich auch weniger verdiene, ich mag nicht mehr, ich kann nicht mehr.“ (BR8)

Teils liegt die Teilzeit darin begründet, dass gar keine Vollzeitstellen angeboten werden.

⁴³⁵ Für die jeweiligen gesetzlichen Regelungen zur Arbeitszeit siehe die diversen rechtlichen Grundlagen wie Arbeitszeitgesetze, Kollektivverträge und Betriebsvereinbarungen der einzelnen Träger.

⁴³⁶ Zum skizzierten Handlungsfeld Arbeitszeit braucht es weiterführende Überlegungen, vor allem auch in Verbindung mit geplanten Änderungen im Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, neuen Formen der Arbeitszeitgestaltung und Auswirkung der Arbeitszeit auf die Gesundheit der Beschäftigten und Patientensicherheit.

„Ansonsten jammern..., also die neuen jungen Pflegekräfte, dass sie oft gar keine 40 Stunden mehr bekommen und, dass sie das eigentlich wollen..., mah, ich bin frisch im Beruf und ich bekomme nicht einmal Vollzeit. Ich möchte ja Vollzeit arbeiten, ich stehe im Saft und Kraft!“ (BR11)

„Und wenn man wirklich eine Arbeitszeitverkürzung mit Personalausgleich hat, dann schaut das anders aus, weil ich dann nicht das einzelne Personal nicht so ausbrenne.“ (BR23)

Viele „flüchten“ aber auch in Teilzeitmodelle, um die Arbeit, die sie an sich schätzen, auch weiterhin ohne gesundheitliche Folgen leisten zu können. Für einige Befragte ist daher überlegenswert, das **Stundenausmaß für Vollzeit** in Gesundheitsberufen neu zu überdenken.

„Ich bin mit 40 Stunden angestellt, ich finde es auch sehr anstrengend, wenn ich viele Nächte hintereinander habe, aber es geht dann auch darum, wie viel Zeit man dazwischen hat. Also wenn ich dann quasi nur einen Ausschlaftag dazwischen habe und dann wieder in die Nacht oder in den Tagdienst, das finde ich immens anstrengend.“ (BK62)

„Eine echte Arbeitszeitenreduktion auf 36 oder 38 Stunden die im Kollektivvertrag steht. Und natürlich eine Personalaufstockung. Das nächste ist man in der Personalsberechnung die ganzen wirklichen Fehlzeiten mit einberechnen muss.“ (BR23)

„Also ich glaube, dass es ganz, ganz notwendig wäre, in den Berufen, deutliche Reduzierung der Normalarbeitszeit zu machen, weil nur so es zu einer wirklichen Entlastung der Personen, der Mitarbeiter kommen kann... die Entlastung schaffe ich fast nur, wenn ich diese Normalarbeitszeiten einfach senke.“ (BR22)

„Also da und am liebsten wäre mir da schon das, dass wir das nicht nur in den Kollektivverträgen haben, sondern ich muss schon schauen, dass ich es dann nicht wieder in irgendwelchen Rand-KVs habe, dass dort dann die Leute um das sterben. Sondern, da muss ich wirklich, in Wahrheit gehörte das vom gesetzlichen Weg her das geregelt.“ (BR22)

„Die Arbeitszeiten. Gerade im medizinischen Bereich, wo wir ja an Menschen arbeiten und jede Fehlentscheidung direkte Auswirkungen auf den Patienten hat, ist es ein Wahnsinn, dass wir 40 Stunden und die Ärzte sogar 46 oder 48 Stunden arbeiten. Das finde ich wirklich verantwortungslos.“ (BR23)

Eine Verkürzung der Arbeitszeit, wie derzeit in einigen Bereichen, muss sich in den Dienstposten auswirken, die eine neue Berechnung geben. Ansonsten gibt es eine Arbeitsverdichtung, wie derzeit bei einzelnen Arbeitsbereichen.

„Ich habe einen Medizintechniker, der hat jetzt 39 Stunden... Der arbeitet einfach 39 Stunden. Eine Stunde weniger... Er wird dieselbe Arbeit machen, oder es wird etwas länger liegen bleiben. Ich kann es, ich schätze es mal so ein, dass manches etwas länger brauchen wird... Unter Umständen, oder er hat diese Stunde sich in einer Verdichtung erarbeitet.“ (BR22)

5.5.8.2 UNTERSCHIEDLICHE STUNDENAUSMASSE

Ca. 50 % der Beschäftigten arbeiten laut Schilderungen derzeit in Teilzeit.

„Aber wir haben auch extrem viel Elternteilzeit. Das merkt man schon, dadurch, also gerade in der Pflege, weil es sehr weiblich ist.“ (BR7)

„Gottseidank, haben wir im Gesundheitsbereich die Möglichkeit, relativ viele Teilzeitmodelle anzubieten, sodass wir das auch individuell mit den Mitarbeiterinnen und den Mitarbeitern, auch mit den privaten Lebensumständen einfach relativ gut abstimmen können. Dadurch erreichen wir eine hohe Zufriedenheit und wir erreichen auch eine relativ hohe Belastbarkeit.“ (SL13)

„Genau, in dem Zwiespalt zu sagen ich halte es nicht mehr aus, mir macht mein Beruf aber Freude, dann ist Teilzeit oftmals die Lösung.“
(BR1)

Sowohl die Beweggründe als auch die dahinterliegenden Modelle sind sehr unterschiedlich.

„Ich glaube, wir waren sehr innovativ in den letzten Jahren mit 50 verschiedenen Dienstformen, Dienstmodellen, die wir haben, wir haben jede Form von Teilzeit, geringfügig bis 38,5.“ (PM4)

„Ich bin auch keine totale Befürworterin von nur Vollzeitkräften. Ich glaube, dass der Pflegeberuf und je nachdem, in welchem Bereich man arbeitet, herausfordernd genug ist, dass es sicherlich auch Erholungsphasen geben muss, und ich denke 30 Stunden wäre auch ein guter Weg, wenn es nur 20 sind, dann hat man einfach das Problem, dass sie nicht immer mit den neuesten Erkenntnissen Schritt halten können.“ (PM4)

Häufig genannte Gründe sind Kinderbetreuung, private Interessen aber auch, dass die Arbeit in Vollzeit gesundheitlich nicht mehr schaffbar ist.

„Wenn sie nach der Karenz kommen und einsteigen, eher darunter ein, weil sie auch nicht mehr wollen... und die, was 40-Stunden-Kräfte, die nahe an der Pension sind, die können auch nicht mehr. Die schaffen das mit den 40 Stunden nicht mehr.“ (BR25)

„Wenn ich nicht einmal Kinderpause oder so habe, dann glaub ich nicht, dass ich immer Vollzeit arbeite.“ (BK22)

„Wir haben das Thema, dass sehr viele Teilzeit arbeiten möchten. Gar nicht zu sehr, weil sie Kinder haben, sondern nebenbei noch andere Ausbildungen machen oder Studium anfangen.“ (PM7)

Für viele ist die Altersteilzeit die letzte Chance, um bis zur Pension durchzuhalten ➤ *siehe auch Kap. 5.4.7.5.*

„Es gibt noch die Altersteilzeit wo viele hin flüchten. Wird auch nicht fünf Jahre vorher genehmigt, sondern maximal zwei, drei Jahre vorher. Außer es ist jemand wirklich so am Semmerl, dass es gar nicht mehr anders geht.“ (BR18)

Teilzeit häufig als Kompensation für fehlende Dienstposten

Teilzeitkräfte werden in der Praxis gerne gesehen, da sie teils in knappen Zeiten mit Mehrstunden die Arbeit kompensieren und diese dann häufig ausbezahlt bekommen.

„Die bauen auf ja. Und da gibt es ja noch einen Trick, wenn jetzt zum Beispiel jemand auf 25 Stunden ist, da werden sie kurzfristig auf Vollzeit angestellt, also bekommen sie Vollzeit bezahlt und da bauen sie die Stunden ab.“ (BR15)

In vielen Häusern gibt es die Vorgabe, beim Einspringen eher auf die Vollzeitkräfte zurückzugreifen, in der Praxis sind es trotzdem häufig Teilzeitkräfte, die mehr arbeiten.

„Es gibt zwar die Order, dass natürlich primär Vollzeitkräfte angerufen werden müssen, die gibt es offiziell auch. Nur, wenn die Führungskraft auf den Dienstplan schaut und sieht, die ist die ganze Woche eh nicht da, oder eh nur einmal da und die andere ist eh...“ (BR5)

„Es ist natürlich oft sehr schwer, man bekommt zum Beispiel nicht einfach einen Radiologieassistenten oder eine Pflege für zwei Monate am freien Markt als Ersatz. Das Einzige, was uns bleibt, ist die Teilzeitkräfte aufzustocken für diese Zeit, wobei dies auch irgendwann ein Ende hat, denn Teilzeit arbeiten die Leute oft auch aus einem bestimmten Grund.“ (BR23)

„Ja, freilich. Ja, wenn Not am Mann ist, durch Krankenstände oder so, natürlich müssen dann die Teilzeitkräfte herein, weil die anderen sind ja eh schon da.“ (BK55;Zentral-OP)

Die Praxis, laufend auf Teilzeitkräfte zurückzugreifen wird von vielen Befragten kritisch hinterfragt.

„Aber du hast ja trotzdem vielleicht Kinder und du arbeitest Teilzeit, weil du Kinder hast und das managen musst, das hat ja einen Grund weshalb man Teilzeit geht.“ (SL22)

„Aber das ist halt, ich weiß nicht, jetzt haben wir dann viele Teilzeitkräfte, die Teilzeitkräfte können eh fast nicht einspringen, weil man hat ja auch ein Privatleben auch a wengal, wo du dann Termine hast, hoffentlich.“ (BK13)

Teilzeit braucht spezielle Rahmenbedingungen

Viele Teilzeitkräfte fordern auch eine Umorientierung in den Abläufen. Vor allem die Wissensweitergabe ➤ *siehe auch Kap. 5.7.2* gerade bei Beschäftigten mit wenigen Stunden Anstellung, stellt vor große Herausforderungen. In Zeiten steigender Teilzeitquoten braucht es daher in den Personalberechnungen eine höhere Berücksichtigung von Einarbeitungszeiten und Übergabezeiten ➤ *siehe auch Kap. 5.6.*

„Das heißt, in diesem Bereich hat sich wahnsinnig viel getan, das macht natürlich im Alltag Probleme, weil eine Station mit nur Teilzeitkräften nicht funktioniert. Zudem ist ein stationärer Betrieb im Krankenhaus einfach zu abwechslungsreich. Weil, wenn am Montag 4 Teilzeitschwestern da sind und der Primar macht Visite und fragt, was bei dem Patienten war, heißt es, ich weiß das nicht, ich bin Teilzeit, ich war nicht da am Samstag, ich bin Teilzeit.“ (BR5)

„Wir sind ganz, ganz viele Teilzeit. Ganz viele 35%ige, was ich nicht so ideal finde im Kreißzimmer, mit 14 Stunden. Sehe ich kritisch, wenn die einmal in der Woche da sind.“ (SL6;Hebamme)

„Wenn in einer Gruppe dann nur Teilzeitkräfte werden, dann geht einfach kontinuierlich Fachwissen verloren. Hier muss man je Bereich schauen, welchen Mix habe ich an Teilzeit- und Vollzeitkräften.“ (PM4)

„Und der Teilzeitanteil wird immer niedriger, das heißt, ich habe Mitarbeiter mit 10 Wochenstunden..., die werden sich 100-mal verplanen. Das Falsche anhackerln, ja, ist ein Unterschied, ob ich hinschreibe, mit Unterstützung oder, teilweise übernehmen. Und ob ich es bei der Ganzkörperpflege hinschreibe oder bei der Teil-. Ja, aber es ist eine Herausforderung, Teilzeitkräfte mit einem geringen Stundenausmaß auch so zu schulen, dass es den Ansprüchen entspricht.“ (PM14)

„Das ist auch eine spezielle Herausforderung für jede Einzelne, aber auch für mich und natürlich für die Hausleitung auch. Weil der ganze Wissenstransfer, die Leute aktuelle zu halten.“ (BL12;Hebamme)

5.5.8.3 12-STUNDEN-DIENSTE

Auch die Verteilung der Arbeitszeit in unterschiedlichen Modellen war Thema der Interviews.⁴³⁷ In der Pflege sind 12-Stunden-Dienste immer noch üblich. Während viele Pflegekräfte, gerade in Teilzeit diese begrüßen, weil sie dann weniger oft zur Arbeit kommen müssen, sprechen aus Sicht von Betriebsräten/-innen, aber auch aus der Arbeitswissenschaft⁴³⁸ einige Faktoren gegen laufende 12-Stunden-Dienste.

„12-Stunden-Tage, die sind gesundheitsschädigend sagt man, aber bei uns ist das ganz normal. Das nimmt man in Kauf.“ (SL12)

„Was ich z.B. gerne hätte, was eben leider noch nicht ist, dass es sozusagen, ein Aussortieren gäbe, von den 12-Stunden-Diensten.“ (BR22)

„Ich verstehe es schon, dass wir bis 65 arbeiten müssen, aber nicht, es müssen die Bedingungen anders werden. Man kann nicht dasselbe leisten. Ich kann nicht zwölf Stunden arbeiten gehen. Die haben zum Beispiel in Deutschland, das gibt es ja nicht zwölf Stunden arbeiten, die sagen, was, das ist ja altmodisch! Das gibt es doch nicht! Ihr müsst zwölf Stunden arbeiten? Ja, wenn ich jung bin, ja, super, habe ich nachher wieder ein paar Tage frei, aber, wenn ich älter bin, acht Stunden reichen vollkommen.“ (BK63)

„Wir sind einfach die zwölf Stunden sehr viel auf den Beinen und das merkt man, wenn man 35 oder 40 Jahre als Hebamme immer im Kreißzimmer arbeitet oder auch auf den Stationen, es ist einfach, dass es körperliche Verschleiß gibt.“ (BK94;Hebamme)

„12-Stunden-Dienste und dann sage ich oft zu wem, was tust du denn heute am Abend noch? Und dann sagt sie, „Ja, was soll ich denn tun? Heim, duschen, schlafen und morgen komme ich wieder.“ (BK59;PA)

„Das ist natürlich schon auch, sage ich jetzt auch, wenn jetzt viel akut ist und wir arbeiten immer zwölf Stunden, also wir haben immer 12er-Dienste, da muss man dann natürlich schon immer wieder nachdenken, dass da wirklich auch alles gut geht.“ (BK30;RTA)

Neben der höheren gesundheitlichen Belastung durch lange Dienste wurde auch nachgewiesen, dass durch die wachsende Arbeitsbelastung *➤ siehe auch Kap. 5.4.7* die Fehlerhäufigkeit steigt. Zudem gibt es z.B. klare Zusammenhänge zwischen der Länge der Arbeitszeit und der Compliance zu Hand-Hygienemaßnahmen. Nach acht bis neun Stunden sinkt diese Bereitschaft stark ab.⁴³⁹

Trotz der bewiesenen langfristigen Folgen von 12-Stunden-Diensten sind von vielen Beschäftigten die 12-Stunden-Dienste immer noch gewünscht, meist vor allem aus dem Grund, weil sie dann weniger oft zur Arbeit kommen müssen und teils auch bessere Vereinbarkeiten haben.

„Die zwölf Stunden sind von unserem Team gewünscht. Also viele Kolleginnen und auch ich, wie ich noch im Dienstrad gearbeitet habe, ich habe es schon genossen, nicht so oft in die Arbeit zu müssen. Weil ich eh gesagt habe, ich meine, ich mache eh Wochenende und Nacht auch, wenn ich immer nur acht Stunden arbeite und 40 Stunden beschäftigt bin, dann komme ich immer herein.“ (BK94;Hebamme)

„Ich mache... auch ganze Tage Dienst, das heißt, zwölf Stunden und da ist es schon so, wenn ich zwei Tage hintereinander Dienst habe, dann muss meine Familie zurückstecken und dann bleibt

⁴³⁷ Aufgrund der unterschiedlichsten Modelle in der Praxis wird auf eine detaillierte Darstellung verzichtet und ein neues Forschungsvorhaben empfohlen.

⁴³⁸ Siehe dazu z.B. Forschungen der Medizinischen Universität Wien; Kivimäki et al., 2015

⁴³⁹ Für die konkrete Auswirkung der Schichtdauer und weitere Zusammenhänge wie z.B. zwischen Länge der Erholungsphasen und Compliance zur Handhygiene siehe: Dai et al., 2015

zu Hause alles liegen. Ich habe dann den Vorteil, dass ich dann wieder länger frei habe, ich kann das dann wieder aufarbeiten, was liegen geblieben ist.“ (BK53;Hebamme)

In der Praxis wird es Modelle brauchen, die die Bedürfnisse der Beschäftigten mit den Erkenntnissen zu gesundheitlichen Folgen und Auswirkung auf die Versorgungsqualität vereinen.

5.5.9 DOKUMENTATION

„Dann schon das Dokumentieren wird immer mehr... Weil immer mehr dokumentiert werden muss, damit wir auch abgesichert sind, wenn irgendetwas wäre.“ (BK4)

Von Interviewpartnern/-innen aller Berufsgruppen wurde die (Pflege-)Dokumentation als zentrale Herausforderung beschrieben. Insgesamt **136-mal** wurde das Thema erwähnt.

„Ich arbeite jetzt seit dreißig Jahren in diesem Beruf und... vor allem in der Pflegedokumentation, dass man das Gefühl hat, dass sich diese jedes halbe Jahr verändert.“ (BK52)

Die Dokumentation hat sich, auch aufgrund der rechtlichen Anforderungen und der Weiterentwicklung der Berufsbilder, sehr verändert.

„Also die Pflegedokumentation hat sich extrem verändert. Ich kenne noch die Version, wie es ein Nachtdienstbuch gegeben hat und da ist nur eingeschrieben worden, was im Nachdienst war, also wer welche Medikamente bekommen hat und so weiter. Aber sonst ist eigentlich gar nichts dokumentiert worden. Bis wir dann doch die Pflegedokumentation mit Pflegeplanung und so, zumindest in Papierform gemacht haben. Und jetzt schon seit Jahren mit Laptop und Computer.“ (BL8)

„Wir haben ein Heft gehabt, wo wir aufgeschrieben haben was es Neues für den Tag- oder Nachtdienst gibt und dann ist eben mündlich übergeben worden. Jetzt muss oder soll viel dokumentiert wird, bei jeder Infusion, bei jeder Tropfengabe müssen wir eine Unterschrift geben, Checklisten ausfüllen.“ (BK53)

„Natürlich ist immer viel zu dokumentieren, aber, wenn man das Schwert über einen schweben hat, was nicht dokumentiert ist, ist nicht passiert und Klagen und so weiter, das ist halt was das zunimmt, was man so hört.“ (SL38)

„Es ist ganz stark anders geworden... Um die Qualitätssicherung hat sich damals keiner Gedanken gemacht, ich meine, dass es fehlerfrei sein sollte, war klar, aber man hat nichts dokumentiert, man hatte keine Arbeitsvorgaben und die Formulare waren selbst gestrickte.“ (BK29)

„Um noch besser zu zeigen, was wir machen, um noch bessere Kontrollen für den Patienten zu machen und um noch besser nachvollziehen zu können. Weil natürlich, die Beschwerden sind schon mehr.“ (BL4)

„Früher ist das Röntgenbild aus der Maschine gekommen, das hat man aufgesteckt und zum Arzt zum Befunden gelegt, da ist ja heute eine Fülle an Dokumentation dazugekommen“ (BL17; RTA)

Die Veränderung im Zugang zur Dokumentation bildet sich häufig auch im Dokumentationsaufwand ab.

5.5.9.1 DOKUMENTATIONS-AUFWAND

Es gibt derzeit wenige konkrete Aufzeichnungen, wie hoch der **Anteil der Dokumentationszeit** in der Praxis ist, er wird von den Berufsgruppen allerdings als sehr hoch empfunden.

„Also Dokumentation ist dermaßen überbordend überall geworden. Also 50 bis 60 % wird dokumentiert.“ (BR15; DGKP)

„Schon etwa die Hälfte, 5 bis 6 Stunden. Planen und Medikamente ausarbeiten.“ (BK22)

„Es ist auch sehr gut, wenn so viel dokumentiert wird, es heißt zwar oft, wir dokumentieren uns zu Tode, aber es ist trotzdem, wenn etwas ist, dann ist das der beste Nachweis für irgendwas.“ (SL30; DGKP)

„Ich muss mehr dokumentieren, ich muss gesetzliche Vorgaben einfach auch erfüllen... Zum Beispiel bei den Physiotherapeuten, die sind gesetzlich verpflichtet jede Einheit zu dokumentieren.“ (BL22)

„Der bürokratische Verwaltungsakt, also, der ist der Wahnsinn. Also ich finde, dass man jetzt viel mehr schon vorm Computer verbringt, als beim Patienten.“ (SL6; Hebammen)

69,5 % der Interviewpartner/-innen schätzen ein, dass der Dokumentationsaufwand steigt. Zu ähnlichen Befunden kommt eine aktuelle Studie der AK Vorarlberg. Hier geben 78,9 % an, dass der Dokumentationsaufwand immer größer wird.⁴⁴⁰

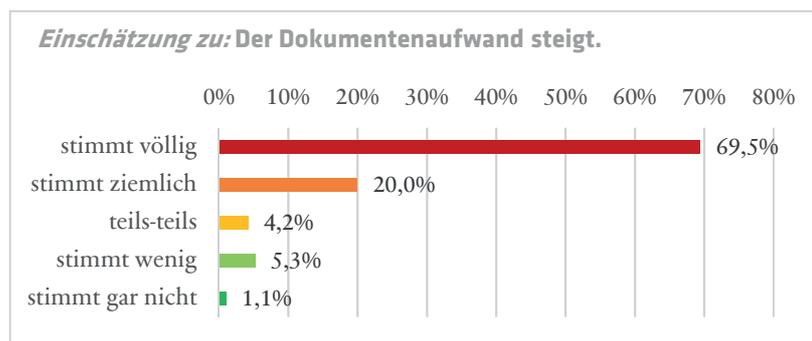


Abbildung 35: steigender Dokumentenaufwand⁴⁴¹

Der Dokumentationsaufwand ist laut Einschätzung der Befragten sehr stark angestiegen.

„Pflegedokumentation muss ich ehrlich sagen, fällt mir auch auf, das hat man aufgeblasen bis zum geht nicht mehr bis vor fünf Jahren, dass sich schon die Pflege teilweise, also der an der Front, schon nicht mehr weiß.“(SL22)

„Wenn man jemanden einen Verband verpasst, dann muss man das in ein Computersystem eingeben und der Aufwand ist jetzt sicher um die 50 oder 70 % mehr. Ich muss es ja auch dokumentieren und ein Foto machen, früher war das nicht so.“ (BK17)

„Es wird viel, viel, viel dokumentiert, dass du sagst, gibt es das? Mehr Zeit schon am Computer wie an dem Patienten.“ (BR11)

„Wo ich mir denke, das ist mehr geworden und es gibt aber keine Zeit dafür. Also, es ist nicht mehr Zeit geworden dafür. Die müssen wir halt sonst von der Patientenarbeit wegnehmen.“ (BK109; Ergotherapie)

⁴⁴⁰ Geissler, 2019

⁴⁴¹ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=95 (eigene Darstellung)

„Also man muss sich für alles absichern und rechtfertigen.“

(SL3)

Im Alltagsbetrieb bleibt oft die Wahl zwischen mehr Zeit direkt mit den Patienten/-innen zu verbringen, zu dokumentieren oder auch teils in der Freizeit zu dokumentieren, damit die Dokumentation vollständig ist. Aufgrund Zeitknappheit wird vergessen, manches zu dokumentieren ➤ *siehe auch Kap.5.6.1.*

„Dass die sagen, bin ich blöd und dokumentiere noch eine Stunde länger? Ich bin ja um jede Minute froh, wo ich wieder hinauskomme... Und es gibt ja bei uns... fast nur mehr 12er. Das heißt, die Leute sind nach einem 12er geschlaucht... Und da wollen sie auch nicht noch irgendwie eine viertel Stunde, halbe Stunde länger dableiben müssen, oder erst recht eine Stunde, weil sie eh fertig sind. Die wollen dann nicht mehr sitzen, sondern wollen heim zu ihren Familien.“ (BR17)

„Wenn du deinen gesamten Dienst rennst, weil du 30 Patienten hast mit drei Diplomierten mit einem Pflegehelfer und multimorbide Patienten sind ja normal bei uns, und dann sollst du noch ausführlich niederschreiben, was du getan hast in den einzelnen Fällen... dann geht schon alleine dafür viel unter. Viele sagen, sie kommen gar nicht dazu, die Leistungen oder Berichte... Und da rede ich nicht von banalen Fällen, sondern von wichtigen Informationen, wie die Entwicklung einer Wunde etc. nicht einmal dazu kommen sie und dann aber auch nicht klare Bekenntnis von den Leitungen, dass das Dienstzeit ist.“ (BR17)

Vor allem ältere Beschäftigte erleben die **ständigen Umstellungen** als große Herausforderung.

„Was man so hört von den Kollegen, tun diese sich schon noch schwerer, weil sie einfach weniger mit dem Computer schon immer weniger zu tun gehabt haben und auch vielleicht nicht so gelernt und brauchen auch oft länger.“ (BK22)

„Ich hoffe, dass die Jungen, die jetzt kommen nicht mehr so zu kämpfen haben damit. Weil die kriegen das von vorne herein mit der Muttermilch mit, die Daten sind da, und ich hole mir, was ich brauche.“ (BR30)

Teils wird die Dokumentation in den Krankenhäusern noch **manuell** durchgeführt, wie in manchen Pflegebereichen, aber z.B. auch in der Physio- und Ergotherapie.

„Was bei uns vor allem da auch noch ein Punkt ist, ist das, dass wir noch keine elektronische Pflegedokumentation haben.“ (BR22)

„Die ganze Pflegeplanung und bei uns im Haus ist das alles handschriftlich zu führen.“ (BK58)

„Wir dokumentieren eh schon wie die Wahnsinnigen. Wir haben schon einen sehr hohen Level.“

(BL1)

Auch Vertreter/-innen anderer Berufsgruppen, wie die Abteilungshilfen, schildern, dass sie die Pflege in einer „Dauerdokumentation“ erleben.

„Dass die Diplomierte oder die Pflege einfach auch nicht so viel Zeit haben. Weil, die müssen das händisch einschreiben, dann am Computer einschreiben, dokumentieren.“ (BK92)

Teils ist der Druck der Führungen groß, dass richtig dokumentiert wird.

„Weil gerade von den Pflegedirektionen heißt es dann wieder, dass die Dokumentation nicht passt und dass auf das nicht geschaut wurde.“ (BK21)

Zum Teil ist die IT-Ausstattung noch nicht ausreichend geeignet, um die Anforderungen abzubilden.

„Gerade diese Kommunikation mit dem Patienten bleibt meistens auf der Strecke, weil diese Arbeit rundherum, gerade in der Intensivmedizin sehr viel mehr geworden ist, auch die Dokumentation und weil die EDV, bei uns zumindest im Krankenhaus, extrem hinten nachhinkt. Wir haben praktisch steinzeitliche Arbeitsmittel und müssen neuzeitliche Sachen bringen und das macht es sehr schwer und das kompensiert man dann immer auf dem eigenen Rücken von der Pflegeperson.“ (BK31)

„Das ist halt EDV-Thema, brauche ich jetzt für eine Pflegedokumentation oder für eine Pflegeplanung drei Minuten, weil ich gute Tools habe, wo ich mir die Bausteine schnell zusammensuche, oder sitze ich aufwändig 20 Minuten, ist das schon eine enorme Zeitressource, die man da herausholen kann.“ (SL10)

Die Beschäftigten schätzen den Nutzen der Dokumentation, geben aber zu bedenken, dass derzeit in den Berechnungsmodellen zu wenig Zeit für Dokumentation vorgesehen ist ➤ *siehe Kap. 3.4.*

„Dokumentation ist vielfältiger geworden, was auch beklagt wird, aber das ist glaub ich nicht das Problem, aus meiner Sicht geht es darum, dass die Zeit nicht da ist, das niederschreiben, was ich muss.“ (BR17)

5.5.9.2 NUTZEN DER DOKUMENTATION

Vertreter/-innen aller Berufs- und Hierarchiegruppen sind sich einig, dass die (Pflege-)Dokumentation einen hohen Nutzen bringt, im Zusammenhang mit Pflegequalität und Absicherung der Leistungen.

Durch die Dokumentation kann letztendlich nachgewiesen werden, welche Tätigkeiten durchgeführt wurden.

„Ja stimmt, weil die Leistungen, die ich gemacht habe und wenn ich dreimal auf die Glocke gegangen bin, ist es nachvollziehbar... Aber man weiß, was ich gemacht habe und das ist immer der Vorwurf von der Pflege gewesen. Sie haben mobilisiert und sind auf und ab gegangen mit der betagten Person und es stand nie drinnen, außer ich habe einmal mobilisiert. Und somit bin ich angreifbar, aber das ist immer so der Vor- und Nachteil halt immer. Aber es ist endlich einmal nachweisbar.“ (E8)

„Also Behörden, die haben sowieso immer Einsicht. Die können einsehen. Das wird auch gemacht. Oder Gericht, wenn irgendeine Verhandlung ist, die holen sich das.“ (PM12)

Eine zeitgemäße Dokumentation bringt eine Qualitätssteigerung mit sich.

„Wobei es natürlich auch vieles an Qualitätssicherung mit sich gebracht hat. Das muss ich schon sagen, wenn ich heute eine Bilddokumentation mache von einer Wunde bei der Aufnahme schon und das auch schreibe, das ist ein massiver Qualitätsgewinn. Was früher irgendwie beschrieben wurde oder gar nicht beschrieben wurde und nach zwei Wochen wusste keiner mehr, wie hat denn die überhaupt ausgesehen.“ (BR5)

Eine für alle Berufsgruppen einsehbare Dokumentation erleichtert die Zusammenarbeit.

„An und für sich dürfen alle zugreifen, die sich mit dem Patienten in Behandlung befinden. Es dürfen Ärzte genauso hineingreifen, Physio, alle.“ (PM12)

Noch nicht überall ist der Nutzen der Dokumentation in der Praxis angekommen.

„Nein, das hat nichts mit Zeitknappheit zu tun, dass nicht dokumentiert wird, sondern, dass es nicht üblich ist, warum soll ich bitte dokumentieren? Ja, wie kann ich argumentieren, wenn was passiert, dass ich nicht fahrlässig gehandelt habe. Aber das ist einfach ganz viel, ich bin selber lange in der Physio, das ist bei den Alten einfach drinnen. Da soll ich dokumentieren auch noch? und was hinschreiben? Und das war für mich erschreckend.“ (E5)

Die Dokumentation soll nicht zum „Rechtfertigungsgrund“ verkommen, sondern bildet die Basis für eine solide Pflege- bzw. Therapiehandlung.

„Wobei ich glaube, dass da das Wichtigste ist, dass ich nicht anfangen, nur zu dokumentieren, damit ich das dann belegen kann, sondern damit ich das dokumentiere, was wirklich Pflege ist. Dass ich sage, ich mache eine saubere“ (BL16)

Die Dokumentation dient letztendlich auch dazu, Leistungen im Krankenhaus transparenter zu machen und die Basis für eine zeitgemäße Personalberechnung zu bilden ➤ *siehe auch Kap. 5.6.*

„Da ist es dann halt auch so, genau, es gibt eine gewisse Anzahl, es wird halt da dann mit Frequenzen gearbeitet, wieviel Leistung habe ich eben erbracht, wie lange dauert das. Auch da, wenn es halt Leistungsveränderungen gibt, Steigerungen... muss halt das dokumentiert sein, auch begründet sein. Warum dauert das länger? Gibt es einen neuen Therapieansatz oder, weiß ich nicht, irgendeine Laboruntersuchung, die aufwändiger ist...“ (PM2)

„Bei den Kolleginnen selber, dass sie einfach transparenter arbeiten. Dass sie das offenlegen, was sie leisten... Und das fängt bei der Dokumentation an, da kann ich nachvollziehen, ob da jemand war oder nicht. Das ist das Wichtigste. Solange wir das nicht haben, wer soll es denn sonst für uns machen, die Personalbedarfsberechnung? Und das kann ich nur, solange ich offen und ehrlich bin.“ (BL3)

Häufig wird Dokumentation aber auch so wahrgenommen, dass es in der gesamten Pflegedokumentation nur darum geht, bestmögliche Punkte zu bekommen ➤ *siehe auch Kap. 3.4.*

„Und das habe ich von Anfang an kritisiert, diese Minutenwerte für die Pflege ist wirklich ein Hemmschuh, weil man konzentriert sich so auf das. Ich muss das noch reinschreiben, ich muss das noch rein dokumentieren. Man muss vieles dokumentieren, das ist mir durch aus bewusst. Aber wir dokumentieren oft viel zu viel und das nur, damit ich meine Punkte bekomme und zu beweisen, wir haben was getan.“ (PM15)

Zum Thema Nutzen und Durchführung der Pflegedokumentation sehen die Befragten teils noch großen Handlungsbedarf.

„Also ich sage einmal, die die relativ frisch diplomiert sind, also unter frisch meine ich seit dem Jahr 2000, die haben das sicher auch schon in ihren Ausbildungen drinnen gehabt, aber davor war das nicht wirklich Inhalt der Ausbildungen. Ich glaube einfach, dass da trotz alledem noch viel Aufholbedarf da ist.“ (BK26)

Die Befragten begrüßen, dass die Dokumentation ernst genommen wird, bringen aber auch ein, dass die Zeit für die Dokumentation dann häufig bei den Patienten/-innen fehlt ➤ *siehe auch Kap. 5.6.3.*

„Aus Angst vor irgendwelchen Klagen und so wird die Dokumentation sehr ernst genommen und ist auch grundsätzlich gut so, aber die Zeit beim Patienten, also richtig für ein intensives Gespräch, oder einfach nur mal da sein können, sich eine halbe Stunde hinsetzen und einfach nur da sein, wenn jemand Angst zum Beispiel hat, das bricht einem manchmal fast das Herz und das schaffen wir aber dann trotzdem nicht mehr, weil man weiß, die 1.000 Dinge stehen hinten an. Man ist da so zerrissen und das ist nicht ein seltenes Ereignis, sondern ein sehr, sehr häufiges.“ (BK31)

Die Interviews zeigen, der Nutzen der Dokumentation ist groß, der Aufwand dafür wird derzeit aber als enorm eingeschätzt. Die öö. Krankenhäuser treffen bereits aktiv Maßnahmen, um die (Pflege-)Dokumentation einfacher zu gestalten.

5.5.9.3 IDEEN AUS DER PRAXIS

Einige Krankenhausträger haben bereits Überlegungen getroffen, den Dokumentationsaufwand – vor allem in der Pflegedokumentation – zu reduzieren. Erste Erfolge sind bereits spürbar.

„Das wird aber besser, das wird weniger... Da gibt es ein Projekt, das ist erst jetzt wieder reduziert worden, das bringt Erleichterung, das wäre gelogen, wenn man sagt das wird mehr und mehr.“ (SL22)

„Also ich erlebe das in der Einrichtung, in der ich arbeite so, dass wir sehr, sehr bemüht sind, das immer wieder und immer weiter zu verschlanken... und wir sind diesbezüglich auch auf einem sehr, sehr guten Weg, dass der Dokumentationsaufwand abnimmt. Das heißt, wenn ich mir anschau im Intensivbereich, wo eine handschriftliche Dokumentation und das ist eine sehr engmaschige Dokumentation, die mittlerweile vollautomatisiert erfolgt, dann ist sie zwar in der Projektphase ein Mehraufwand. Im Nachhinein erlebe ich es so, dass die Beschäftigten sehr glücklich sind, dass sie, Hausnummer, nicht mehr alle Stunden einen Blutdruck einschreiben müssen, sondern, dass der vollautomatisch gespeichert wird. Und auch was die Normalstationen angeht, geht es immer mehr um eine gezielte Fokusedokumentation. Wenn ich mich da zurückerinnere, nach vielen Jahren, wo man Sätze dokumentiert hat wie, es gab keine besonderen Auffälligkeiten, dann sind wir von dem gottseidank schon weit weg. Das heißt, es wird dokumentiert, wenn es Zwischenfälle, Vorfälle, Dokumentationsrelevantes gegeben hat.“ (BR1)

„Ja, es wird der ganze Aufgabenbereich, die Bürokratie, wird also diese Dokumentationsgeschichten und das, werden mehr, was ich aber sagen muss, ist notwendig. Es ist notwendig, es war eh nicht in Ordnung, dass man sagt, man dokumentiert nicht. Man muss halt anders umorganisieren.“ (BR4)

„Und jetzt sind wir darauf zurückgegangen, dass wir sagen, wir schreiben etwas nur auf, wenn es außerhalb der Norm ist. Wenn nichts Besonderes war, steht nichts drinnen und wenn etwas Besonders war, steht das eben drinnen. Und wir haben diese besondere Fokusedokumentation gemacht, wo wir gesagt haben, auf was wir besonders schauen beim Patienten und das schreibt man dann alle zwei Tage und wenn in der Zwischenzeit nichts Aufregendes passiert ist, dann steht eben nichts drinnen.“ (BL8)

„Und wenn in der Zwischenzeit nichts Aufregendes passiert ist, dann steht eben nichts drinnen.“ (BL8)

„Wobei da gibt es das, das Weißbuch Dokumentation gibt es in der XY [anonym.]. Da hat man sogar darauf geschaut, weil es ist viel dokumentiert worden, was man gar nicht müssen hat, wie es halt ist oft. Ist eh klar, die machen halt oft, die eine macht mehr und das schleicht sich dann so ein und dann macht es jeder so und es war überhaupt nie die Notwendigkeit. Und da hat man schon mal das Weißbuch Dokumentation erstellt. Ob das nicht eh auch wieder für mehr Träger war, ich glaube schon. Oberösterreichweit glaube ich.“ (BR3)

In der Gesundheit Österreich wurde bereits 2010, auch unter Beteiligung oberösterreichischer Träger, eine Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation⁴⁴² im Krankenhaus erarbeitet, die neue Sichtweisen für die Pflegedokumentation ermöglicht. Sie wurde 2017 stark überarbeitet und findet derzeit in den ersten Krankenhäusern Einzug.

Führungskräfte überarbeiten Arbeitsweisen, um die Dokumentation in allen Bereichen zu vereinfachen.

⁴⁴² Rappold/Aistleithner, 2017. Analog zu den Prinzipien dieser Arbeitshilfe wurde in einem Pilotprojekt der AK OÖ ein Dokumentationsprojekt in einem öö. Alten- und Pflegeheim durchgeführt. Die Erkenntnisse und Prozesslogik sind zu großen Teilen auch auf das Krankenhaus übertragbar; siehe: Staflinger, 2019

„Ich habe relativ klare Vorgaben, viele Sachen, wo man auf einfach ein Formular ausfüllen kann. Das ist ausgearbeitet worden mit den Mitarbeitern und jetzt haben sie etwas zum Ankreuzen. Und sowas erleichtert die Arbeit erheblich.“ (BL22; MTD-Bereich und Ambulanzen)

„Wir müssen halt am Computer ein paar Sachen abhaken, aber sonst, die Vitalparameter werden automatisch übernommen.“ (BK68)

Teilweise ist mittlerweile die EDV so gestaltet, dass auch die Kategorisierungen z.B. für die PPR automatisch mitlaufen und dadurch kein Zusatzaufwand entsteht.

„Im Hintergrund läuft natürlich die PPR mit, in allen Bereichen. Auch, wo ich die Strukturqualitätsvorgaben habe. Automatisch, weil wir ein EDV-Programm haben. Da müssen die Pflegepersonen nicht selber... Bei uns wird praktisch von der Pflegeanamnese über die Pflegeplanung, über den Pflegebericht, Entlassungsprotokoll, Wundmanagement alles in dem Programm gemacht und alles, was ich an Leistung erbringe, wird automatisch als Leistung kategorisiert.“ (PM15)

„Wir haben in unserem Pflegedokumentationsprogramm, haben wir ja ein Upgrade gemacht... Also für mich ist es so, wir arbeiten an einem neuen Krankenhausinformationssystem und diese PPR oder die Berechnungsmethode, wie auch immer die dann aussieht, die muss ein Abfallprodukt sein aus den Leistungen, die beim Patienten erbracht werden. Und der Mitarbeiter in der direkten Pflege hat damit gar nichts zu tun.“ (PM10)

Die Dokumentationspflicht ist den Führungskräften wichtig, so werden teils dafür auch Überstunden gewährt, wenn es in der normalen Arbeitszeit nicht möglich ist, ausreichend zu dokumentieren. Auf Geschäftsführungsebene ist dieser Bedarf noch nicht überall kommuniziert.

„Bei der Dokumentation ist es tatsächlich so, dass wir mit dem ehemaligen Pflegedirektor ausgemacht haben, dass das natürlich Berufspflicht ist, und wenn eine Diplomschwester am Abend Dienstende hätte und dann muss sie aber noch dokumentieren, dann sind das natürlich Überstunden, das ist aber nur uns gegenüber kommuniziert worden, aber nie gegenüber dem Management, das ist das eine Problem.“ (BR17)

Manche Abteilungen schaffen im Arbeitsablauf Sonderzeiten speziell für die Leistungsdokumentation.

„Die Kolleginnen haben auch immer einen Slot, der nicht belegt wird mit Patienten, für die Dokumentation, das ist auch drinnen ganz klar. Weil in diesen 30 Minuten soll nicht die Dokumentationszeit auch drinnen sein.“ (BL3)

Es gibt viele Positivbeispiele zum Thema Dokumentation im Krankenhaus, die Dokumentation ist aber immer noch sehr zeitaufwändig und muss daher in den Personalberechnungsmodellen gut abgebildet sein ➤ *siehe auch Kap. 3.*

„Das hat sich sicher zum Positiven verändert, aber trotzdem ist es sicher noch ein großer Teil des täglichen Arbeitsalltags.“ (SL38)

5.5.10 STRUKTUR DES HAUSES/TRÄGERS

Unterschiedliche Schwerpunktsetzungen und Patientenstrukturen haben einen starken Einfluss auf den Personalbedarf.

„Wenn zum Beispiel ein kleines Krankenhaus einen schwerkranken Patienten hat, überweisen sie diesen auch in ein Schwerpunktkrankenhaus. Deswegen hat man in kleinen Krankenhäusern sicher einen anderen Bedarf an Versorgung wie in Schwerpunktkrankenhäusern.“ (BL11)

Und dann sind dann Patienten, die ein anderes Fachgebiet sind und wir sollten dann überall top sein.“ (BK38)

Größe der Häuser und Abteilungen

Neben unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen hat die Größe des Hauses eine Auswirkung auf die Dienstpostenberechnung. Aufgrund knapper Budgets wird es vor allem in Bereichen mit niedriger Beschäftigtenzahl schwierig. Teils werden hier aufgrund der Kostensituation gerade einmal die Mindestkriterien eingehalten.

„Da haben sie noch einen Zusatzfaktor in einem kleinen Haus beim budgetären Rahmen, weil sich da ein kleines Haus fast nicht bewegen kann. Und die MTD-Berufe sind halt gerade, wenn man Diätologen anspricht, Psychologen, Therapeuten, Logopädie..., die Patienten sterben nicht wenn, ich sie nicht habe. Und wenn ich da gerade Strukturqualitätskriterien erfülle, komme ich als Träger gut durch. Und wenn die sowieso schon mit dem Budget zu kämpfen haben...“ (BL19)

Aufgrund der Kleinheit mancher Abteilungen greifen manche Berechnungsmodelle, wie z.B. die PPR, *➤ siehe auch Kap. 5.6.3* nicht. Mit einem niedrigen Erfüllungsgrad kann die Tagesbesetzung nicht garantiert werden *➤ siehe auch Kap. 5.5.2*.

„Weil wir ja die Größe nicht haben. Wir haben die Stationsgröße ja nicht. Die Bettenzahl, ich meine, das weiß man, dass die PPR erst aber einer bestimmten Bettenzahl erst greift.“ (SL31)

„Weil ich das Problem habe, dass manche Abteilungen, die klein sind, nur 18 Betten oder so, die haben automatisch einen höheren Erfüllungsgrad, es geht sich nicht anders aus, weil PPR, dass es halbwegs passt, brauche ich 30 Betten und die habe ich halt nicht. Und das ist dann für die größeren Abteilungen die Ungerechtigkeit, dass die da abgezogen werden und dort hingehen.“ (PM12)

„Also, man muss immer schauen, ob das ein kleiner oder ein großer Bereich ist. In einem kleinen Bereich geht sich das natürlich nie aus. Man muss ja die Nachtdienste und die Wochenenden besetzen und mit weniger Patienten muss ich auch den Nachtdienst besetzen.“ (BL8)

Aufgrund unterschiedlicher Aufgabenbereiche und der Kleinheit mancher Abteilungen arbeiten die Beschäftigten teils in zwei Arbeitsbereichen. Fordernd werden in diesem Zusammenhang vor allem die laufende Abstimmung und auch die Erstellung von Dienstplänen beschrieben.

„Schwieriger ist es für die Kolleginnen, die ein anderes Dienstverhältnis haben, die die mehr Stunden arbeiten, die die dann einen Zweitebereich haben. Wo dann die Abstimmung dann auch noch mit der zweiten Ambulanz beziehungsweise Station noch erfolgen muss.“ (BK83)

Interdisziplinäre Bettenführung

Nicht zuletzt durch die Umsetzung der beiden Spitalsreformen wurden vermehrt interdisziplinäre Abteilungen geschaffen.

„Also wir haben Unfallpatienten, da können sie OPs beim Knie haben, wir haben Hüftoperationen, Knieoperationen, Materialentfernungen durch einen Unfall, bei der Hand OPs. Dann haben wir chirurgische Patienten, da können Sie Galle operieren gehen, Blinddarm operieren können, Bruch operieren gehen...“ (BK87;PA)

„Und dann natürlich auch die Pflege selbst, wir organisieren uns schnell und wir organisieren uns gut. Wir können das machen, weil unser Haus das zulässt.“ (BL9)

„Es ist keine reine Gyn nicht mehr, wir haben Interne Patienten, wir haben Onkochirurgische Patienten, wir haben Chiru, wir haben eigentlich alles, die kleinen Sachen kommen zu uns herauf eigentlich.“ (BK49;PA)

„Mit Augen, mit Chirurgische, haben wir ein Bett, Gynäkologie haben wir ein Bett und interdisziplinär, wenn wir Platz haben. Mädchen für alles.“ (BK82)

„Also wir haben schon alles andere auch so liegen, so Herz und so, aber wir haben halt Schwerpunkt Niere. Weil oft ist die Kardio einfach voll und dann haben wir sie halt liegen.“ (BK64;PA;Nephro)

„Ich fände es bei uns auf der Onko irrsinnig gut, wenn wir einfach strikt trennen, wir rennen ja nicht als reine Onko. Wir sind ja Interne auch, dass wir das einfach strikt trennen. Wie viele Betten haben wir Onko, wie viele Betten haben wir Interne. Weil dann müssten unsere Onko-Patienten nicht immer 6 bis 7 Stunden aufs Bett warten, was wir schon auch haben. Was für uns anstrengend ist, weil die haben natürlich einen Frust, vor allem nachvollziehbar. Da fangen aber wir natürlich alles ab. Ja, und von der Internen her, könnten wir dann mit der Aufnahme vielleicht ein bisschen besser arbeiten, dass ich das besser weiß und nicht von vornherein unterbesetzt sein.“ (BK36; Hämatologie – Onkologie)

Teils werden auch Aufgaben von anderen Abteilungen übernommen, die am Wochenende schließen, eine Herausforderung für viele Pflegekräfte, vor allem auch aufgrund anderer fachlicher Anforderungen. Der Mehraufwand ist in den Berechnungen aus Sicht der Befragten zu wenig berücksichtigt ➤ *siehe auch Kap. 5.5.6.*

„Wir müssen zum Beispiel auch am Wochenende die HNO-Patienten mitübernehmen, weil die Station am Freitag zusperrt. Und am Wochenende, wo ich sowieso schon einen höheren Arbeitsaufwand habe, müssen wir noch diese Patienten mitbetreuen, weil die am Freitag zu uns überlegt werden und am Montag wieder zurückverlegt werden... es ist wahrscheinlich einfach günstiger, wann ich die wo dazu schiebe, aber es kommt eben oft vor, dass es dann am Wochenende Einschubbetten gibt. Und wir schieben dann oft noch zwei Betten in ein 4-Bettzimmer und das ist dann nicht mehr lustig.“ (BK69)

Laufende Veränderungen

Neben dem Einfluss auf die Personalberechnung haben laufende Veränderung in den Häusern teils massive Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten.

„Wir hatten einige Stationszusammenlegungen. Jetzt sind dort auf dieser Station plötzlich 20 Patienten mehr... Und es ist auch mehr Personal. Aber es sind die Räumlichkeiten nicht mitgewachsen. Jetzt habe ich statt zwei Teams plötzlich drei Teams. Auch die räumlichen Ausstattungen, die passen oft hinten und vorne nicht. Die Schwierigkeit ist auch, dass die räumliche Ausstattung auch nicht mehr zu dem was geleistet werden soll, passt. Und das glaube ich, macht es manchmal auch ganz schwierig zu arbeiten. Weil, das macht viele Probleme, die sonst keine wären... Oder auch die drei Visitenwellen, wo bringst du die unter, wenn ich vorher gerade so für zwei Platz gehabt habe?“ (BR18)

„Die räumliche Situation ist bei uns eine Katastrophe. Wir sitzen zum Beispiel in der Früh zu 10. bis 15. in einem sehr kleinen Raum zur Dienstübergabe, da sitzen wir auf die Schreibtische und sehr eng, es gibt keinen Platz, um wirklich ordentlich mitschreiben zu können und ist es immer bei den Arbeiten, das ist wirklich eng.“ (BK67)

Die besonderen Anforderungen durch Abteilungsgrößen, Aufgabenfelder, aber auch spezielle Anforderungen durch neue Abläufe und Infrastruktur müssen in Berechnungsmodellen abgebildet werden können ➤ *siehe auch Kap. 5.6.* Deutlich wird, dass es neben Überlegungen zur Personalberechnung auf Handlungsfelder in weiteren Bereichen, wie z.B. adäquate Arbeitsräume, etc. braucht.

Auslagerungen in Töchter

Neben den unterschiedlichen internen Strukturen mit deren Auswirkung auf die Personalbe-
rechnung streben einige Träger nach wie vor an, diverse Bereiche in Töchter auszulagern, mit
einer Veränderung der Arbeitsbedingungen in vielen Bereichen.⁴⁴³

„Man hat jetzt da unterschiedliche Kollegen, die einen, die vor 2011 beschäftigt waren, haben den
oberösterreichischen Ordenskollektivvertrag, dann haben wir Betriebsvereinbarungen gemacht,
damit, dass für die Alten, dass sie nach AVRAG übernommen werden und für alle neu Eintreten-
den ab 1.1.2011 gilt der Gastro-KV... der ist unterm Hund, wenn man es so bezeichnen kann...“
(BR19)

„Und vor allem, der Sonntag, das ist ein normaler Arbeitstag. Der Überstundenzuschlag ist da,
die Zuschläge sind alle ganz anders geregelt... Ja, warum hat man das gemacht, damit die Töch-
terorganisationen Gewinne machen können... da können sie jetzt Profit schlagen.“ (BR19)

5.5.11 ABLAUF UND STRUKTUREN IM HAUS

Neben der Personalplanung wirken viele andere Faktoren auf den Arbeitsalltag im Kranken-
haus ein. Vor allem Strukturen und Abläufe tragen dazu bei, wie die aktuelle Personalsituation
empfunden wird. Als Basis für weitere Überlegungen werden die Schilderungen kurz zusam-
mengefasst.⁴⁴⁴

5.5.11.1 ABLAUFORGANISATION

Die aktuellen Anforderungen im Krankenhaus haben eine große Auswirkung auf die Arbeits-
abläufe.

„Früher war das so, dass da immer ein Gerät dann fertigge-
macht hat, also die Patienten, die bis 15.30 nicht abgeschlos-
sen werden konnten, die sind dann mit dem Spätdienst be-
strahlt worden. Mittlerweile ist es so, dass wir immer zwei bis
drei Teams brauchen, also zwei bis drei Beschleuniger im
Spätdienst laufen und generell haben wir es so, dass wir wäh-
rend der Wartungszeit Schichtbetrieb haben, das heißt, da
kommen die Leute etwas versetzt, die kommen da um, also
ein Team um sieben Uhr in der Früh, ein Team um neun,
oder zehn Uhr, je nachdem, weil bis zweiundzwanzig Uhr
bestrahlen wir da.“ (BL7)

„Das finde ich noch anstrengender, dass man einen Platz fin-
det für die Frauen. Dass man eine wegschickt, weil die noch
nicht so weit ist und eine andere reinlässt, weil für die haben
wir das Kreißzimmer. Und da finde ich das fast noch ein bisschen stressiger, das zu jonglieren,
wen gibt man jetzt ins Kreißzimmer und wen nicht.“ (BK20;Hebamme)

„Weil wir haben die
interdisziplinäre Verlegung.
Was bei uns schon
erschwerend dazu kommt. Wir
sind in der Früh, da sind zum
Beispiel sieben Aufnahmen
geplant. Und am Abend sind
des dann fünfzehn. Und das
kannst du dann oft so schwer
sagen.“
(BK38)

⁴⁴³ Die Arbeitsbedingungen der Arbeit in diversen Töchtern waren nicht Teil dieser Studie, wurden aber immer
wieder geschildert. Empfohlen wird eine weitere Analyse des Themenfeldes.

⁴⁴⁴ Eine detaillierte Erhebung zu den Strukturen und Abläufen war ein Nicht-Ziel der vorliegenden Studie. Deut-
lich wird hier, dass die Befragten viele Ideen zur Verbesserung einbringen können. Eine weitere Bearbeitung
dieses Handlungsfeldes wird empfohlen.

Die Befragten zeigen sich dann zufriedener, wenn die Abläufe in ihrer Abteilung aus ihrer Sicht gut gestaltet sind.

„Dann ist, sozusagen vom Management, also wir haben ein gutes Management... rein von der Einteilung für die Patienten, weil in Salzburg, da hat man auch fünf Minuten Zeit gehabt, für eine Bestrahlung. Da hat es geheißen, ok, das dauert eh nicht so lang, dann ist von 9.00 bis 9.05 und dann von 9.05 bis 9.15 irgendwer. Das ist ja, das war überhaupt nicht realistisch, in Wirklichkeit.“ (SL28;RTA)

„Wir haben jetzt die Akutgeschichten nicht, wie Akutaufnahmen, bei uns ist alles geplant, auch die Entlassungen... Wir haben eben nicht die Akutaufnahmen, weil wir immer voll belegt sind. Und sobald der Patient heimgeht, wird immer der nächste aufgenommen... Dann ist das bei uns alles ein bisschen eingespielter und geplanter.“ (BK90;AG/R)

„Und dann natürlich auch die Pflege selbst, wir organisieren uns schnell und wir organisieren uns gut. Wir können das machen, weil unser Haus das zulässt. Andere Krankenhäuser haben auch Bereichsleitungen, aber die haben nicht die Kompetenzen oder die Möglichkeiten, die wir haben.“ (BL9)

Verfügbare Systeme, wie die LEP zeigen Prozessverläufe gut an, sind aber in den öö. Krankenhäusern noch kaum im Einsatz.

„Das [Anm.: LEP-Modell] gibt es auf allen Berufsgruppen mittlerweile schon. Und genau dort sehe ich meine Prozessfehler, das ist das Spannende. Und wenn ich gewillt bin, dass ich das Ergebnis akzeptiere und auch gewillt bin, dass ich Prozesse umstellen darf, macht es einen Sinn.“ (PM12)

Derzeit wird auch versucht, den Personalmangel durch eine weitere Verbesserung der Abläufe auszugleichen.

„In erster Linie schaut man natürlich, kann man was umorganisieren, bringe ich es irgendwo in einem Prozess unter. Das ist ja nicht so, dass man immer, wenn man es fordert, oder fordern würde, dass man dann sagt, ja, könnte man, sondern eher, in letzter Zeit, ebenso, dass man sagt, nein, Personal gibt es tatsächlich nicht.“ (BL7)

„Management ist gut, Management, rein von der Patienteneinteilung, liegt auch in unserer Hand, das finde ich auch gut. Also wir arbeiten ja mit dem Patienten, deswegen ist auch das Management in unseren Händen, das ist auch nicht überall, in der Strahlentherapie so.“ (SL28)

„Und auch die Ressourcen sind vom Finanziellen her jetzt nicht unbedingt so, dass man sagt, man kann aus den Vollen schöpfen. Wir müssen einfach schauen, dass wir unsere Prozesse gut managen und immer optimieren.“ (PM9)

In vielen Bereichen könnten die Abläufe noch verbessert werden, ► *siehe dazu Kap. 5.4.8.*

„Ansonsten habe ich auch oft das Gefühl, wir spielen einfach Feuerwehr. So, wir brauchen da jetzt schnell noch eine Lösung und sonst können wir den Patienten nicht entlassen und das ist halt dann schwierig, dass man alles gescheit unter den Hut bringt. Es ist dann auch manchmal sehr belastend, weil man ist halt dann am Schluss kurz dabei. Es könnte anders laufen, wenn wir schon von Anfang an dabei wären.“ (BK84;Sozialarbeit)

„Aber Prozessqualität oder Prozesse funktionieren nur dann, wenn alle Berufsgruppen sich an diese Prozesse halten und da haben wir einige Gaps.“ (PM10)

Vor allem im OP- und Bestrahlungsbereich wurden einige Verbesserungsbedarfe identifiziert.

„Auffällig ist, dass manchmal an Tagen eben, wie gesagt, 11 Aufnahmen geplant sind oder noch mehr, wo alle so geballt kommen, weil zum Beispiel eine Untersuchung oder eine Operation gemacht wird, wo sie sagen, ja, die machen wir gleich alle an dem einen Tag. Und das ist dann oft für uns ein Wahnsinn.“ (BK70)

„Eng oder du rennst halt von einem OP in den anderen, wenn es irgendwie geht. Wenn das aber zwei ganz hoch akute Punkte sind, was tust du denn dann? Und darum ist das nicht ganz mein Verständnis, warum ich nicht wieder so tu, es war ja vor ein paar Jahren so, dass um halb vier einfach nur mehr eine OP oder gar nichts mehr gerannt ist, besser gesagt gar nichts mehr gerannt ist, weil dann einfach das Team da war für Akutpunkte, so wie es sein soll. Aber, ja. Und das ist das was ich nicht ganz verstehe und das ist der Planungsfehler.“ (BK50;OP)

„Wir sollen ja möglichst keine Bestrahlungspausen verursachen, das wäre zu Ungunsten des Gesundheitsfortschrittes, sprich, da würde sich der Tumor wieder erholen. Aus dem Grund wird dann eben umorganisiert und dann gibt es im Prinzip, mehr oder weniger immer, Schichtdienst. Bei gleichbleibendem Personal, über lange Sicht, einfach nicht tolerierbar.“ (BK16;RTA)

Die Befragten berichten aber auch, dass eine Optimierung der Abläufe aus ihrer Sicht in vielen Bereichen nicht mehr möglich ist. Die Gefahr einer dauernden Kompensation besteht für viele darin, dass das Management keinen Handlungsbedarf zur Personalbesetzung mehr sieht.

„Wahrgenommen, die Arbeit... Nicht so wirklich eigentlich, weil die Arbeit geschieht und wir machen sie ja. Das Problem ist nur, typisches Beispiel heute, wir haben voll viele Patienten und kein bisschen Spielraum mehr am Vormittag, nachmittags sind zu viele Patienten für den Arzt eingeteilt. 7 sind erlaubt, es sind 10 eingegeben. Es geht aber nicht anders (BK18;Ambulanz)“

5.5.11.2 STRUKTUREN

Klare Strukturen sollen den Arbeitsalltag erleichtern.

„So nach dem Motto, je klarer eine Struktur beschrieben ist, desto mehr Orientierung gibt es und desto weniger Streitereien im Arbeitsalltag.“ (PM1)

Geschätzt wird von den Befragten, dass es für spezielle Personengruppen mittlerweile eigene Abteilungen wie die AG/R gibt, die aufgrund der dort vorhandenen Strukturen die Arbeit erleichtern.

„Was ich sehr zu schätzen weiß, ist, dass wir einen Akutbereich haben und nicht diesen halb Stunden Takt die man es aus anderen Spitälern kennt.“ (BK25;Ergo)

Viele Aspekte der Strukturqualität finden sich in weiteren Kapiteln dieser Studie.

So sollten auch Aufgabenfelder wie z.B. in Lehrkrankenhäusern besser in den Strukturen und Personalberechnungen abgebildet werden.

„Weil, wenn ich ein Lehrkrankenhaus bin, dann habe ich die Verpflichtung, mich um die anzunehmen. Und ich darf halt nur so viel Praktikanten, so viele Studierende nehmen, wie ich weiß, dass mein Team schlucken kann. Bei mir wird immer nur eine, einer sein.“ (BL3;Physio)

Deutlich wird, dass ein vermehrter Blick auf die Strukturen im Haus, wie Fachrichtungen, Aufnahmetage, etc. die Arbeit generell erleichtern würde und diese Faktoren auch in der Personalberechnung besser beachtet werden sollten.

„Und das sind so die Parameter, die man da unbedingt berücksichtigen muss, Stationsgröße. Ich glaube es ist auch wichtig, sind da immer Aufnahmen oder gibt es Aufnahmetage, wie bei uns. Fachrichtungen, Schwerpunkte muss man sich ansehen. Und ich glaube, das wird dann wirklich eine Heidenarbeit dann werden. In der Verhandlung täte man sich leichter.“ (PM6)

5.5.11.3 INFRASTRUKTUR

Die Befragten schildern, dass auch die vorhandene Infrastruktur die Arbeit teils erschwert.

„Es ist schon so, dass die Leute relativ lange da sind. Es ist halt dann einfach so, dass fast in einem jeden Zimmer ein Notbett steht. Wenn dann mal vier Betten in einem Drei-Bettzimmer stehen, dann hat man schon mal das Problem, dass einfach der Platz natürlich eine Katastrophe ist. Dann hat man in dem Zimmer vielleicht noch Leute, die mit einem Gehwagerl oder mit einem Rollstuhl drinnen sind und dann wird das wirklich eine Zumutung, jetzt nicht nur für uns, sondern auch für die Patienten“ (BK35)

„Wir haben ja kein Licht und die Räumlichkeiten sind auch nicht mehr die, es ist schon alles alt und es wird eh die ganze Zeit geredet, von Umbau und so. Aber es ist halt auch eine Kostenfrage. Aber es sind halt die Bedingungen einfach nicht so gut. Ich glaube, wenn wir nicht so ein gutes Team wären, wäre auch schon wieder ein Personal weggegangen.“ (BK18;MTF)

„Da wird dann ein solcher Rollator für das ganze Haus gekauft, aber eigentlich geht es in die Richtung, dass jede Station so einen brauchen würde. Es kommt wirklich alles an die Grenzen, weil einfach nichts für solche Patienten ausgerichtet ist. Früher war so ein Patient einmal im Jahr hier und jetzt ist es wirklich schon regelmäßig.“ (SL18;Physio)

„Ja, dass wir oft hin und her geschoben werden. Ursprünglich waren wir im 5. Stock mit einem Ergo-Raum verankert und dann mussten wir diesen Raum hergeben. Also, wir gehören sicher zu der Berufsgruppe, die oft den Platz verlassen muss, weil es für das Spital von der Struktur her wichtiger ist, dass da jetzt etwas Anderes ist. Wir sind schon mehrfach übersiedelt worden.“ (BK25;Ergo)

5.5.11.4 IDEEN AUS DER PRAXIS

„Das war für mich schon, gute Bedingungen für die Mitarbeiter zu schaffen, dass sie gut arbeiten können.“
(BK15)

Einige Träger ziehen Beschäftigte mittlerweile bewusst in die Gestaltung ihres Arbeitsumfeldes ein, diese Praxis ist laut Schilderungen noch nicht überall ausgeprägt.

„Wir haben die Mitarbeiter immer mit einbezogen, das war ja für die Architekten und die Bauleiter etwas ganz was Ungewöhnliches. Da sind wir bei der Baubesprechung gesessen, da hat es geheißen, das machen wir jetzt so. Aber ich habe gesagt, nein, das nehme ich jetzt mit und die Mitarbeiter sollen sich das anschauen.“

Das war für mich schon, gute Bedingungen für die Mitarbeiter zu schaffen, dass sie gut arbeiten können.“ (PM15)

5.5.12 QUALIFIKATIONSMIX

5.5.12.1 AUSGANGSLAGE

Nicht erst die Novelle des GuKG im Jahr 2016 inkl. der Einführung von Kompetenzen anstelle von Tätigkeiten, die darin verbindlich verankerte Akademisierung des Gehobenen Dienstes und die Schaffung des Berufsbildes der Pflegefachassistenten \blacktriangleright siehe Kap.5.7.1 hat die Diskussion um die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen neu entfacht. Die bereits beschriebenen neuen Aufgaben, die zunehmende Spezialisierung der Krankenhäuser, Finanzvorgaben und nicht zuletzt ein häufig prognostizierter Personalmangel in der Pflege generell und vor allem in spezialisierten Bereichen, aber auch bei einigen MTD-Berufen und im Hebammenbereich \blacktriangleright siehe auch Kap. 4.4.3 wirken auf den Qualifikationsmix ein.

Während die Beschäftigten teils ein sehr heterogenes Bild haben, wie sich die GuKG-Novelle auf ihre Arbeit auswirken wird, > siehe auch Kap. 5.7.1, machen sich Träger und Führungskräfte auf den Weg, um die neuen Berufsbilder im Krankenhaus zu implementieren. Die im Handlungsfeld skizzierten Themen beleuchten den Aspekt aus sehr unterschiedlichen Ebenen. Ziel dieses Kapitels ist ein kurzer Aufriss zum aktuellen Status quo, nächsten Entwicklungsschritten und offenen Fragen.⁴⁴⁵ Häufig wird im Zusammenhang mit den veränderten Berufsbildern im Krankenhaus der Grade-and-Skill-Mix als neue Herausforderung genannt.

Grade-and-Skill-Mix

Der Begriff Grade-and-Skill-Mix ist kein neuer Begriff, sondern wurde bereits früher unter anderen Bezeichnungen wie z.B. Team-Mix, Personal-Mix oder auch Qualifikationsmix verwendet.⁴⁴⁶

Die heutigen Aufgaben, wie in der Pflege sind sehr vielfältig, siehe dazu ein Beispiel:

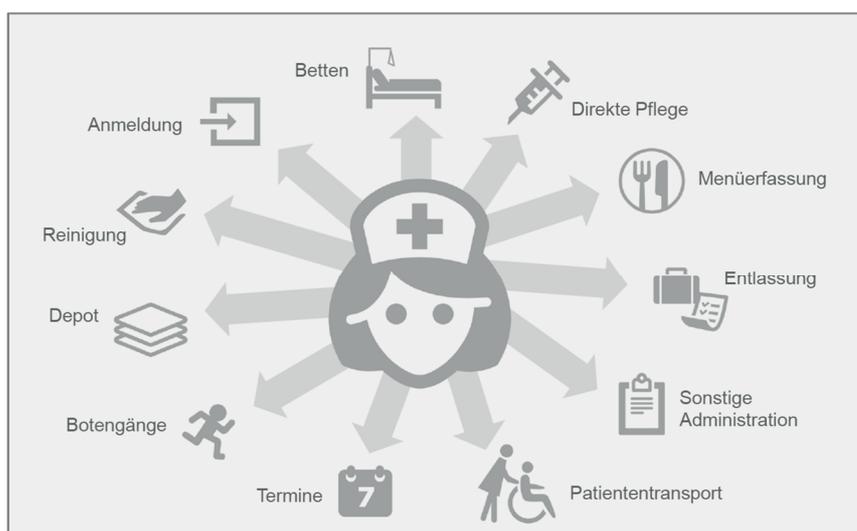


Abbildung 36: Aufgaben in der Pflege⁴⁴⁷

Die Aufgaben in der Pflege und allen weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus werden im Grade-and-Skill-Mix von unterschiedlichen Personen erfüllt. „Ziel des Grade-and-Skill-Mix ist die optimale Mischung aus Berufsgruppen und Fähigkeiten zur Erfüllung des beauftragten Leistungsportfolios unter den Gesichtspunkten der Ökonomie und Arbeitsplatzattraktivität sowie Berücksichtigung der gegebenen Arbeitsmarktbedingungen.“⁴⁴⁸

Der **Grade-Mix** umfasst den formalen (Aus)Bildungsabschluss der Beschäftigten. Der **Skill Mix** beschreibt die unterschiedliche Berufserfahrung und die individuellen Fähigkeiten, das Können der Beschäftigten. Der Einsatz des Grade-and-Skill-Mixes wird an einem Beispiel verdeutlicht. Die „Verabreichung von Essen an Patienten/-innen“ kann je nach gesundheitlichem Zustand des/der Patienten/-in den Einsatz unterschiedlicher Personen fordern. Weiters werden

⁴⁴⁵ Für eine detaillierte Auswertung der derzeitigen Herausforderungen, konkreter Ideen einzelner Häuser und Führungskräfte und die Einschätzungen zu aktuellen Entwicklungen aus Sicht der Beschäftigten wird auf eine Folgepublikation verwiesen. Ziel ist die Konkretisierung der vorliegenden Forschungsergebnisse und die Ergänzung um weitere aktuelle Vorhaben, die nach der vorliegenden Erhebung auf System- bzw. Trägerebene entstanden sind

⁴⁴⁶ Zulehner, 2014; Zulehner, 2013

⁴⁴⁷ Moser, 2016

⁴⁴⁸ Zulehner, 2014

aufgrund der Situation ev. auch noch andere Berufsgruppen beigezogen werden, wie z.B. Diätologie, Logopädie, etc.⁴⁴⁹

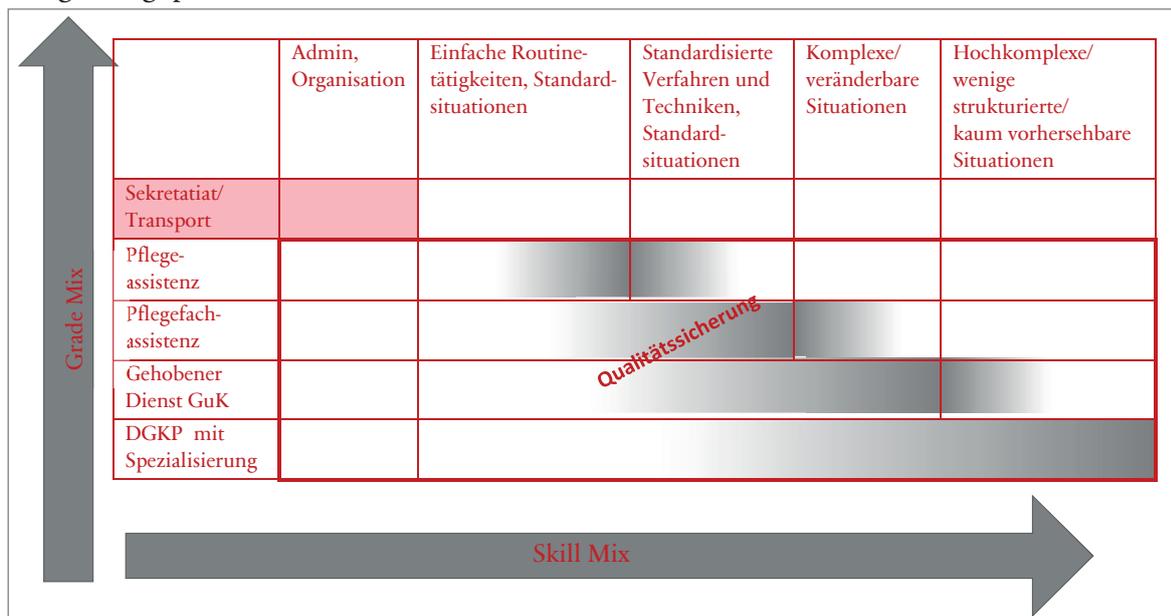


Abbildung 37: Skill-and-Grade-Mix Pflege am Beispiel „Nahrung verabreichen“⁴⁵⁰

Kompetenzen neu verteilen

„Ich meine, was uns beschäftigt, ist sicherlich der zukünftige Mix aus Berufsgruppen. Das wird noch spannend.“
(BL20)

Ziel der aktuellen Überlegungen ist es, Aufgaben neu zu verteilen. Hellige beschreibt bereits 2005, dass Pflegekräfte in ihrer Ausbildung im übertragenen Sinne „sowohl theoretisch als auch praktisch sehr viele Aufwischtechniken gelernt [haben]. Sie kennen vielfältige Lappen, Schrubber, Eimer und vielleicht auch schon (extern) evidenzbasierte Wringtechniken. Sie haben gelernt, die Art der Überschwemmung einer Pflegediagnose zuzuordnen und kennen die standardisierten

Verfahren für Pflegeinterventionen. Sie nutzen Messinstrumente, um zu überprüfen, ob das Wasser nach der Beseitigung auch zurückgegangen ist, so dass die Füße [sic!] trocken bleiben. Und sie haben vielleicht Standards entwickelt, um das Aufwischen zu vereinheitlichen und damit die Qualität der Prozedur zu kontrollieren.“⁴⁵¹

Der Qualifikationsmix trägt auch dazu bei, die Aufgaben sichtbar zu machen und im Idealfall neu zu verteilen.

Gerade in der Pflege wird deutlich, dass sich viele Berufsangehörige nur schwer von bisher vertrauten Tätigkeiten trennen.

„Und, ob sie es freiwillig tun, ja, das wage ich auch zu bezweifeln, wer gibt schon freiwillig was her? Und ich will da meine ursprüngliche Berufsgruppe überhaupt nicht in Schutz nehmen. Das hat teilweise was mit dem Schmerz zu tun, etwas hergeben zu wollen. Das hat schon mit etwas

⁴⁴⁹ Siehe dazu auch Abt/OdA Gesundheit beider Basel, 2007

⁴⁵⁰ Rappold, 2016

⁴⁵¹ Hellige, 2005. Die Metapher beruht auf einer alten britischen Tradition, die den Zustand der seelischen Gesundheit daran zu erheben versucht, wie Menschen reagieren, wenn sie in ein Zimmer mit laufendem Wasserhahn kommen.

Anderem zu tun, nämlich mit dem steigenden Anspruch. Man hält ja gerne an den Dingen fest, die man beherrscht. Also, man will die Dinge nicht hergeben die man beherrscht.“ (E11)

Gerade Menschen, die schon lange in der Pflege tätig sind, haben teils Probleme damit, sich wieder auf neue Aufgaben, die teils mit neuen Berufsbildern, Ausbildungen und auch Berufsbezeichnungen verbunden sind, anzufreunden. Deutlich wird das auch in der eher skeptischen Haltung mancher Befragter gegenüber der Akademisierung der Pflege ➤ siehe auch Kap. 5.7.1.

„Und man tut sich schwer, die Dinge anzueignen, die anspruchsvoll sind, wo ich merke, dass ich die Kompetenz dazu nicht habe, wo ich etwas dazulernen müsste, wo ich zusätzlich vielleicht auch eine Ausbildung brauche, wo ich möglicherweise auch ein Studium brauche oder sonst irgendetwas.“

5.5.12.2 VERÄNDERTE BERUFSBILDER IN DER PFLEGE

Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz

Mit der großen GuKG-Novelle 2016⁴⁵² wurden die Berufsbilder in der Pflege neu geschaffen bzw. geordnet.

„Also, das, was sicher jetzt für die Pflege das sein wird, was uns die längste Zeit jetzt da noch beschäftigen wird, ist eh die GuKG-Novelle, vor allem auch die Implementierung von der Pflegefachassistenz.“ (PM2)

„Da wird sich sicher was drehen lassen, aber es ist sicher nicht der Hype, den man sich erwartet hat, dass man sagt, man dreht den Schlüssel um.“ (PM9)

Gerade Experten/-innen begrüßen die Weiterentwicklung der Berufsbilder in der Pflege.

„Ja, wobei man fairerweise sagen muss, dass jetzt natürlich die GuKG-Novelle mit den neuen Berufsgruppen Assistenzberufe, Pflegeassistenten und dann natürlich Pflegefachassistenten, Diplomierte, Bachelor, Master und so. Das geht schon in die richtige Richtung. Und wie wir wissen, sind diese Systeme träge und es dauert dann lang, bis sich letztendlich etwas bewegt. Und es dauert dann nicht lang, das muss man auch sagen. Sie sind zwar ein bisschen träge unterwegs, aber es tut sich schon was.“ (E11)

„Wir haben damals schon Blut abnehmen dürfen, müssen. Wir haben das gelernt und dann haben wir das Jahrzehnte lang nicht machen dürfen, jetzt müssen wir das wieder machen.“ (BK71;DGKP)

Viele Führungskräfte verbinden mit der neuen Klärung der Kompetenzen eine Qualitätsverbesserung der Pflege.

„Ich erwarte mir sehr viel Qualitätsverbesserung, weil die Planung letzten Endes dann beim Gehobenen Dienst ist und da wird es dann weniger geben, die, jetzt machen ja alle die Planung und auch die Sicherung durch die Evaluierung im Pflegeprozess und das werden eben dann ganz spezialisierte Leute machen. Das machen jetzt eben immer Stationsleitungen bzw. Bereichsleitungen, dass die immer wieder Kontrollen machen. Und ich erwarte mir da noch einmal einen Qualitätssprung.“ (PM13)

⁴⁵² GuKG-Novelle 2016, siehe dazu auch die Berufsbilder, Berufsbezeichnungen und Kompetenzen, ebd.

Die drei Berufsgruppen im Einsatz

Derzeit wird der Qualifikationsmix in den (ober)österreichischen Krankenhäusern sehr unterschiedlich gehandhabt. Zum Berichtszeitpunkt ist noch offen, welchen Stellenwert dabei in Zukunft das Berufsbild der Pflegefachassistenz einnehmen wird.

„Am Anfang, da ist ja dann schon so viel geredet worden, also Pflegefachassistent, Pflegeassistent und ich glaube, dass das jetzt auch noch nicht ganz klar ist, wie es dann läuft und wenn dann welche, ich glaube da, gibt es dann ja so eine Ausbildung im Haus, irgend so eine Aufschulung im Haus.“ (BK59;PA)

„Ich glaube aber, dass die Arbeitsbereiche, aber noch immer nicht so ganz definiert sind, wie eigentlich die Ausbildungskriterien sind. Ich glaube, dass sich das immer noch gut vermischt, weil zum Beispiel das Diplomierte noch immer Sachen macht, die eigentlich auch eine Pflegeassistent, oder eine Reinigungskraft machen könnte und sich damit mit Sachen aufhält, wo halt dann in anderen Bereichen die Zeit fehlt.“ (BK3;DGKP)

„Jetzt mit der Pflegefachassistenz wird das noch einmal eine Herausforderung werden, weil ich glaube, da wird sich die gesamte Organisation verändern, es wird die Herausforderung des Diplompersonals werden, hier ganz stark die Draufsicht, die Delegation und die Patientenprozesse zu steuern und nicht mehr nur Hand anlegen wobei bei den komplexen muss es die Diplompflege machen, das werden die Herausforderungen, mit denen sich die Organisation enorm verändern...“ (PM4)

„Wobei ich sagen muss, eine Pflegefachassistentin hätte ich nicht gebraucht. Weil wir haben jetzt Pflegefachassistenten im Jänner im Praktikum... Das ist eine Herausforderung auf der Station. Es läuft schon gut, aber keiner weiß so recht, was darf er jetzt denn eigentlich? Wo ist der Unterschied zwischen einem Pflegefachassistenten und einer Diplomierten.“ (PM15)

„Der Schlüssel derzeit in den Krankenhäusern zwischen 75 und 25 Prozent oder 70 zu 30 so in der Art, ich glaube, das wird jetzt noch eine Spur runtergehen, aber dass es sich komplett umdreht so 30 zu 70, das kann ich mir nicht vorstellen. Gerade wenn man überlegt im OP-Bereich, im Intensivbereich, im Anästhesiebereich, wir haben ja ein paar so Spezialbereiche, Endoskopie, da brauchst du einfach die hochqualifizierten Personen dafür.“ (PM9)

So wurde z.B. der angestrebte Skill-and-Grade-Mix eines Bundeslandes mit 30 Prozent DGKP und 70 Prozent PFA angegeben, in einem anderen Bundesland mit knapp 50 Prozent Gehobener Dienst, 40 Prozent Pflegefachassistenz und 12 Prozent Pflegeassistent. Offen ist auch noch der Einsatz von Pflegefachassistenten in speziellen Bereichen, wie z.B. im intensivmedizinischen Bereich.⁴⁵³ Derzeit gestalten die Träger eigene Stellenbeschreibungen für das neue Berufsbild der Pflegefachassistenz, das unter anderem die Basis für die Verteilung der drei Berufsgruppen im Personaleinsatz ist.

„Es war der Auftrag der Pflegedirektorin, sich zu überlegen, wie im Tagesablauf und wie im ganzen Tagesgeschehen die Aufteilung von diesen Berufsgruppen möglich ist. Und das dann in einer prozentuellen Dienstpostenvergabe vorzuschlagen. Also, es war der Auftrag, sich wirklich zu überlegen, was kann oder könnte eine Pflegeassistent oder eine Pflegefachkraft und was muss wirklich eine Schwester machen.“ (BL6)

Konkrete Überlegungen sind derzeit noch offen. Im Rahmen der Studie konnten noch keine verbindlichen Aussagen gewonnen werden. Mit Spannung ist daher der im April gestartete Evaluierungsprozess zur GuKG-Novelle 2016 durch die Gesundheit Österreich zu verfolgen.⁴⁵⁴

⁴⁵³ Leoni-Scheiber, 2019

⁴⁵⁴ Für einen ersten Einblick in den Evaluierungsprozess siehe: GÖG, 2019b

Spezialisierte Pflegeexpertise

Um die wachsenden und immer spezielleren Anforderungen zu bewältigen, schaffen die öö. Krankenhäuser immer mehr Spezialaufgaben in der Pflege. Es werden spezielle Konzepte entwickelt, trägerweise geschult und spezielle Beauftragte, wie z.B. Demenzbeauftragte in den einzelnen Häusern eingesetzt.

„Wir sind Expertinnenorganisationen, also Krankenhäuser generell, und deswegen gibt es sehr viel Expertinnen und Spezialistinnen, sprich besonders von der Pflege her. Die... [anonym.] hat das so, dass wir trägerweite Spezialistinnen haben. Ich nehme jetzt ein Thema, Wundmanagement. Da gibt es dann ein trägerweites Konzept, das wird dann berechnet, was soll die Wundmanagerin tun? Es wird berechnet pro Standort pro Stellen, wie viele Stellen oder Stunden stellt eine Mitarbeiterin dafür frei. Da gehört Stoma, Kontinenz dazu, geriatrische Pflege dazu, oder jetzt haben wir ganz neu, Demenzbeauftragte, die dementsprechend auch ausgebildet sind und wo ein großes Projekt gemacht wurde.“ (E4)

Diese Spezialisierungen werden auch von den Beschäftigten begrüßt.

„Ja, ich bin schon der Meinung, dass Spezialisierung etwas ist, was wichtig ist. Weil ich mir denke, da gibt es ja Beispiele genug, sei es im Sport, auch im Fußballspiel, ein Tormann wird für das trainiert, ein Stürmer für das und dann sind sie gut in dem Bereich. Da werden auch nicht alle für alles trainiert und dann ist jeder so halbwegs gut, sondern man will ja sehr gute haben.“ (BK47)

Offen ist, inwieweit die neuen Aufgaben auch in den Dienstpostenberechnungen abgebildet sind ➤ *siehe z.B. Kap. 5.6.3.5.*

„Für mich ist unklar, wie die Pflegeexperten bei uns in den Dienstpostenplan einberechnet sind.“ (BR7)

5.5.12.3 PFLEGEENTLASTENDE BERUFE

Laufend wird versucht, die Pflegeberufe durch begleitende Berufe zu entlasten.

„Es geht so weit, dass es in der Arbeitsplatzbeschreibung ein bisschen so war, dass die Pflegehelfer, jetzt Pflegeassistenten, 70 % Reinigungstätigkeiten drinnen haben. Und das geht nicht.“ (BR12)

„Dass die Pflege Tätigkeiten abgibt? Also, dass die Pflege Tätigkeiten abgibt, glaube ich, ist höchst an der Zeit.“ (E11)

„Wir haben Abteilungshilfen, Stationssekretariat und so, aber ich glaube, dass man das ruhig noch mehr ausbauen kann. Dass man den Stress beim Fachpersonal wegbekommt.“ (PM16)

„Sowohl die Stationssekretärin als auch die Abteilungshilfe, die möchte ich nicht mehr missen, die nehmen uns schon gut eine Arbeit ab, dass wir in der Pflege wieder präsenter sind.“ (SL24)

Diese Berufe sind nicht im GuKG geregelt und gelten daher auch nicht als Gesundheitsberufe. Nach anfänglicher Skepsis werden sie mittlerweile von den Pflegekollegen/-innen gut angenommen und übernehmen aus Sicht der Befragten wertvolle Aufgaben in den Abteilungen.

Exemplarisch werden die Stationssekretariate und Abteilungs-/Bereichshilfen kurz skizziert.

Stationssekretariate

Stationssekretäre/-innen unterstützen seit einigen Jahren in vielen Krankenhäusern die Pflege und teils auch die Ärzte/-innen.

„Wir haben jetzt seit, ich weiß nicht, zwei Jahren, eben eine Sekretärin an der Leitstelle, die die Patienten übernimmt, zumindest den Papierkram erledigt und die ganzen Telefonate und das ist schon super. Die macht das auch toll und, dass das nicht jemand von uns aus dem Team wieder machen muss, eine Schwester, die dann fehlt im Arbeitsalltag, sondern, dass das extra ist.“ (BK55)

Auch andere Berufsgruppen wie z.B. die MTD wünschen sich assistierende Kollegen/-innen im administrativen Bereich.

„Die BMA tut putzen, bestellen, einordnen, Befunde erstellen, telefonieren, Versandverpackung, also, Poststelle sagt unser Chef immer, etikettieren, EDV. Dann die die Leitende ist dann noch QMB gleichzeitig, die ist dann noch für die Stammdatenverwaltung für die EDV, Labor, EDV zuständig... Und ich mache es gerne, aber wenn man wirklich überlegt, sind das Tätigkeiten, wo wir Unterstützung bräuchten.“ (SL17;BMA)

„Man kann da eigentlich schon sagen, dass wir einen brauchen oder eine Sekretärin, die dann Terminvergaben macht. Das ist auch ein Punkt, wo man dann gar nicht vom Telefon wegkommt oft, wenn man dann, weil da muss man einen Termin eingeben und mal zuerst raussuchen, genau.“ (BK30;RTA)

Abteilungs- und Bereichshilfen

Das Aufgabenfeld beschränkt sich (größtenteils) auf hauswirtschaftliche Agenden.

„Eine quasi neugeschaffene Berufsgruppe, die kommt bei uns in großen Teilen aus der Reinigung, die halt dann quasi aufgeschult wird und die machen halt quasi so die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auf der Station, wie das reine Saubermachen von der Patientenumgebung und so Wäschebestellung, so in die Richtung. Also Sachen, für die man jetzt nicht unbedingt eine spezielle Ausbildung braucht.“ (BR21)

Sie stellen daher vor allem für die Pflegeassistenzen eine Entlastung dar. Auch weitere Abteilungen wünschen sich eine Unterstützung durch Hilfen.

„Was wir uns im OP wünschen würden, ist, ja, so wen, der durchgeht und ein bisschen schaut, ja der OP ist fertig und der ein bisschen hilft, noch wischen. Damit ich z.B. zwischen zwei Operationen einmal rausgehen kann, aber ich muss mich um den Patienten kümmern, ich muss den Patienten rausfahren. Dazwischen gehört aber so viel erledigt.“ (BK55;DGKP;OP)

„Die Abteilungshilfe ist eine große Unterstützung, weil bei uns auch oft ein sehr fliegender Wechsel ist. Es gehen 14 Leute heim und es werden 11 Leute aufgenommen zum Beispiel und da sind dann wieder die Betten zu machen, zu putzen und da ist es wirklich eine große Hilfe.“ (BK70)

Für die Abteilungshilfen gibt es derzeit kein einheitliches Ausbildungscurriculum, häufig aber trägerinterne Basisschulungen. Die Abteilungshilfen beschreiben, dass ihre Arbeit sehr geschätzt wird, dass ihnen die Arbeit Freude bereitet und, dass sie gut im (Pflege)team integriert sind.

Viele Abteilungshilfen machen ihre Arbeit gerne, wünschen sich aber häufig, dass sie mehr Verantwortung übernehmen dürfen.

„Dass man vielleicht ein wenig mehr Verantwortung übernehmen darf, das wäre mein Ding, ja.“ (BK89;Abteilungshilfe)

Für manche Betriebsräte/-innen und Beschäftigte besteht die Gefahr, dass die (günstigeren) Kollegen/-innen Arbeiten im Arbeitsalltag in der Pflege übernehmen.

„Wo wir extrem dagegen sind, die Bereichsleitung schafft den Abteilungshelfern zum Beispiel an, dass sie den Patienten auf die Waage stellen, das dann auf einen Zettel schreiben, die sie dann der Pflegehelferin gibt und die trägt dann die Kurve ein. Da sage ich, dass mir das schon zu weit geht. Der Abteilungshelfer hat nicht Hand anzulegen am Patienten.“ (BR11)

„Weil dann eine Schwester abgezogen werden würde und das spricht natürlich dagegen. Die Stunden sind irgendwo berechnet und wenn ein neuer dazu kommt, dann werden diese Stunden eben irgendwo abgezogen.“ (BK79)

Wichtige Aufgaben erfüllen auch **Patientenbegleitungen** und **Hol- und Bringdienste**. Sie entlasten vor allem die Pflege, aber auch andere Berufsgruppen. Kritisch hinterfragt wird teilweise, warum sie sehr knapp berechnet sind. Ein Ausbau der Dienstposten wäre für viele wünschenswert.⁴⁵⁵

„Ja, da muss irgendjemand von der Station den Patienten zum Beispiel zum CT fahren. Weil der Patiententransport um 17 Uhr... nach Hause geht. Der ist nicht die ganze Nacht da. Das heißt, wenn jemand im Nachtdienst stürzt und ich ein Schädel-CT brauche, ist der Pfleger von der Station weg. Und wir haben Stationen, wo nur einer ist.“ (BR11)

„Aber wir haben da keinen Abteilungshelfer und keinen Fahrdienst und wir sind doch Blutabnahmen, die Bluter zu vertragen, dann sind oft Leute auf Unfall zu fahren oder Röntgen zu fahren und das muss dann alles von der Pflegeperson übernommen werden. Und die Betten aufbereiten von den Entlassungen, das macht alles die Pflegeperson, was sich unter der Woche oft aufteilt auf Abteilungshelfer und Hol- und Bringdienst.“ (BK58)

„Und was dann natürlich am Abend ist, es ist dann kein Hol- und Bringdienst da, ab 5. Das muss auch von der Station übernommen werden. Wenn um 7 ein Ultraschall ist, dann fahren halt wir. Dann sind wir halt Mädchen für alles.“ (BK38;DGKP)

5.5.12.4 POTENZIELLE WEITERE BERUFSBILDER

Derzeit laufen konkrete Überlegungen, noch weitere Berufsgruppen im Krankenhaus einzuführen. Vor allem aufgrund des Personalmangels an DGKP mit Spezialisierung im OP-Bereich besteht seit langer Zeit ein Druck, ein Berufsbild für die Operationstechnische Assistenz (OTA) nach internationalem Vorbild zu schaffen.⁴⁵⁶

„Ich bin diplomierte Pflegekraft und habe im OP gearbeitet, also im OP darf man ganz kritisch die Frage stellen, ob es die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson sein muss, die im OP instrumentiert. Und da kann ich sagen, nein, weil zu meiner Zeit... drei Jahre Diplomausbildung dann musste man mindestens drei Jahre Berufserfahrung haben, um im OP-Sonderausbildung zu machen, landen wir bei sechs Jahren. Und dann hat damals, ich habe noch eine zweijährige OP-Sonderausbildung gemacht, bist du bei acht Jahren Ausbildung gelandet, um dann im OP instrumentieren zu dürfen oder um sozusagen die letzte Stufe der Qualifikation erreicht zu haben. Und da muss ich sagen, bei allem Respekt, man kann es übertreiben, aber ich halte es für viel vernünftiger, dass man das beispielsweise auch technischen Operationsassistenten oder anderen Berufsgruppen zugesteht, die in kürzerer Zeit ausgebildet werden. Ja, gibt es in Deutschland in der Schweiz und sonst noch wo.“

⁴⁵⁵ Die Arbeitsbedingungen weiterer Berufe im Krankenhaus werden kurz im [Kap. 5.8.4](#) skizziert. Für eine detaillierte Analyse wird eine separate Forschung empfohlen.

⁴⁵⁶ Bisher war bereits die Möglichkeit vorhanden, sich diesen im Ausland erlernten Beruf partiell für den Einsatz im OP anerkennen zu lassen. Zum internationalen Einsatz vgl. z.B. Deutscher OTA-Schulträger-Verband e.V., Berufsberatung.ch

In Österreich liegt zum Zeitpunkt der Berichtslegung ein Gesetzestext über die Einführung des neuen Berufsbildes zur Begutachtung vor.⁴⁵⁷

5.5.12.5 FAZIT

Bei der Erstellung eines neuen Qualifikationsmixes, vor allem bei einer klaren Kompetenzverteilung der „neuen“ Pflegeberufe nach GuKG 2016 sind noch viele Fragen offen. Viele sehen eine Chance in der neuen Entwicklung, befürchtet wird aber auch, dass die neuen Berufsbilder ein „Downgrading“ der Pflege darstellen könnten und eine Ausdünnung des Gehobenen Dienstes zulasten der Qualität. Die Entwicklungen sind zu evaluieren und Maßnahmen abzuleiten. Die neuen unterstützenden Berufe werden mittlerweile gut angenommen. Offen ist noch häufig die Einsatzplanung, z.B. am Wochenende und bei Krankheit, Urlaub, etc.

„Was mir einfallen würde ist, dass die Hilfsdienste in meinem Bereich, zu wenig, das wäre notwendig, dass diese ausgebaut werden, weil die Wege einfach im Krankenhaus sehr lange sind. Die Patienten kommen und werden von unten bis oben durchuntersucht, und das wird in kürzester Zeit gemacht und somit müssen sie natürlich auch zu vielen Untersuchungen gebracht werden.“ (BL15;Derma)

„Es mangelt bei uns auch öfter an Springerdiensten bei den Abteilungshelfern. Da höre ich von Stationsassistenten immer, dass es extrem schwer ist, sich für Termine frei zu nehmen und ein schlechtes Gewissen da ist, weil es dann keine Vertretung gibt.“ (BK66)

Geklärt werden muss die Frage, wie diese Berufe in die Pflegepersonalbedarfsplanung einzurechnen sind, ohne der Pflege wertvolle Zeit zu nehmen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.1 bzw. Kap. 5.6.3.*

„Und jetzt, es ist ja jetzt auch manchmal, dass wir Pflegeassistenten wir uns auch noch um das kümmern müssen, weil einfach die Abteilungshelfer auch so viel Arbeit haben.“ (BK59;PA)

„Und aber auch schaut... ist jede Tätigkeit beim richtigen Personal und unterstützend für das Fachpersonal, ausreichend Hilfspersonal die unterstützend wirken können? Dass die Tätigkeiten übernehmen, dass man schaut, dass man das vom Fachpersonal wegbekommt.“ (PM16)

„Es gibt halt einen Personalschlüssel. Und, wenn wir jetzt mehr von den Abteilungshilfen wollen, dann wird natürlich das diplomierte Personal reduziert. Und das ist immer so ein, wollen wir das, wollen wir nicht. Manche sagen, also ich wäre sofort dafür.“ (BK99)

„Ich gebe einen Dienstposten vom Pflegepersonal her für die. Und daher wird das immer haariger, das Ganze.“ (BL2)

Bei der Erstellung eines erweiterten Qualifikationsmixes ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer rein kostengetriebenen Verlagerung von pflegerischen Tätigkeiten, die durch den Gehobenen Dienst zu erbringen sind, auf andere Berufsgruppen, Hilfspersonal oder pflegefremde Personen kommt.

„Und im Krankenhaus ist man auf jeden Fall gefordert, wie macht man den Grade-and-Skill-Mix. Das ist ein ganz ein großes Thema und das wird man sich auch überlegen müssen. Und da wird man wirklich schauen, wer macht was, und ist es notwendig, dass der das macht oder könnte das auch eine andere Berufsgruppe machen?“ (PM21)

„Wie der aussieht, das muss den Prozessen angepasst werden und dem Bedarf auf der Station. Das kann von einer Station zur anderen völlig variieren. Es kann sein, dass ich auf einer Station

⁴⁵⁷ BMASGK, 2019a

80 % Diplomierte brauche und bei einer anderen Station komme ich mit 40% locker aus, weil das Wissen muss ich nicht abrufen, diese Tätigkeiten brauche ich auch nicht.“ (BR12)

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, was Gesundheitsberufe und weitere Berufsgruppen im Krankenhaus überhaupt dürfen, müssen und können.

Die Befugnisse (dürfen)	z.B. der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, verankert im Berufsrecht inkl. der damit verbundenen Verantwortung
Die Zuständigkeit (müssen)	Aufgrund eines „Amtes“, einer Stelle, Position, Funktion und Rolle → Stellenbeschreibungen
Das Können (können)	Einer Person auf fachlicher, sozial-kommunikativer, persönlicher, methodischer Ebene

Abbildung 38: Qualifikationsmix im Fokus von „dürfen-müssen-können“⁴⁵⁸

Der Qualifikationsmix darf nicht nur auf die Pflege und ihre Unterstützungsberufe beschränkt werden, sondern umfasst alle Berufsgruppen.

„Und verschiedene Berufsgruppen jetzt dann, also RTs, einen Pflegehelfer habe ich dabei und noch einen Röntgenassistenten nach dem MAB-Gesetz, der ist jetzt neu. Diese Gruppe ist gerade die Herausforderung, dass man die wirklich integriert in das System.“ (BL21;RTA)

Ein ausgewogener Qualifikationsmix ist genauso wie ein adäquater Altersmix der Beschäftigten eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltig qualitativ hochwertige Versorgung⁴⁵⁹ > siehe auch Kap. 4.6 und Arbeitsqualität > siehe auch Kap. 4.7 in den öö. Krankenhäusern.

5.5.13 FÜHRUNG

353-mal wurde in den Interviews der Aspekt der Führung angesprochen. Führung deckt dabei unterschiedliche Perspektiven ab.

„Ich meine, den Auftrag, den ich habe, ist einfach Patientenversorgung. Aber ich bin Leitung, ich muss auf meine Leute schauen, dass die gesund sind und bleiben.“ (SL29)

Einige davon sollen hier erläutert werden.

„Meine Mitarbeiterinnen dahingehend zu unterstützen, dass sie sich wirklich auf die ursprüngliche Arbeit konzentrieren können, das ist für mich die größte Herausforderung, ob das jetzt ein angepasster Dienstplan ist, ob es Arbeitsmaterialien sind, ob das, was auch immer, das ist für mich eine große Herausforderung, die ich gerne mache... Als Führungskraft ist das für mich ein Punkt, dass ich sage, sie müssen von so Sachen, ganz banal, wir haben keine Windeln mehr, das soll für meine Mitarbeiterinnen kein Thema sein, sondern, was auch immer, dass der Computer funktioniert. Also noch einmal, alles das, was sie an der ursprünglichen Arbeit am Patienten hindert, weil, was auch immer.“ (SL37)

„Meine Mitarbeiterinnen dahingehend zu unterstützen, dass sie sich wirklich auf die ursprüngliche Arbeit konzentrieren können, das ist für mich die größte Herausforderung.“ (SL37)

„Das ist sehr wichtig, dass man das tut, weil sonst. Nein, ich bin für 37 Leute verantwortlich und das heißt, ich habe die Verantwortung, dass die Leute adäquat arbeiten können.“ (SL32)

„Also, da muss ich schon garantieren als Leitung, dass ich Arbeitsbedingungen habe und das sehe ich ja relativ schnell.“ (BL19;MTD)

⁴⁵⁸ Rappold/Holzweber, 2019 (eigene Darstellung)

⁴⁵⁹ Thomas et al., 2014

In vielen Bereichen fühlen sich die Befragten durch ihre direkten Vorgesetzten gut unterstützt.

„Es rennt eigentlich ganz gut, muss man sagen. Die Chefin schaut auch immer.“ (BK90;AG/R)

„Diese Führung macht wirklich was für uns, bei der Pflege, Hut ab und schätze ich sehr, weil ich kenne es anders auch und darf wirklich nicht jammern. Und wenn man Probleme oder Sorgen hat, dann geht man rüber und dann gibt es immer eine Lösung.“ (SL31)

5.5.13.1 UNTERSTÜTZUNG DURCH FÜHRUNGSKRÄFTE NÖTIG

Gerade auch, wenn es um das Aufzeigen eines höheren Personalbedarfes geht \rightarrow siehe auch Kap. 5.5.1, wird den Führungskräften eine wichtige Aufgabe zugeschrieben.

„Und man braucht auf jeden Fall den Rückhalt von der Pflegedirektion, weil ansonsten würde man, glaube ich, auf verlorenem Posten gestellt werden.“ (BK26)

„Oder da sind wir schon daran, da kommt es immer auf die jeweilige Führung darauf an, sage ich jetzt auch ganz bewusst, Personaleinsatz, da muss ich halt schauen, weil die Aufgaben mehr werden, die man vorher nicht gehabt hat. Dann muss ich halt schauen, dass ich trotzdem mehr Personal noch kriegen kann, das ist schwierig, aber, wenn ich es gescheit aufstelle und wenn ich sage, ok, das ist, ich muss natürlich alles belegen können, ich muss natürlich alles... Ist natürlich auch wieder zusätzlicher Aufwand, wenn ich jetzt sage, ok, jetzt schreibt man einmal mit, was mehr geworden ist, was genau zum Machen ist. Aber ohne dem geht es einfach nichts.“ (BR4)

„Meine Vorgängerin hat das anders praktiziert, also die hat jetzt halt oft quasi damals die Stunden auch gut im Griff gehabt, allerdings oft zu Lasten der Qualität, ja.“ (SL32;ICU)

Als wesentliche Führungsaufgabe erwarten sich Beschäftigte, dass bei knapper Besetzung Prioritätensetzungen durch die Führung übernommen werden und auch der Rückhalt gegeben ist, wenn nicht alle Tätigkeiten ausgeübt werden können.

„Und mir ist auch durchaus klar, dass sie nicht immer die Anforderungen, die wir ihnen stellen, erfüllen können. Also das alles immer hundertprozentig da ist. Dass man auch einmal Prioritäten setzen muss und dass man sagen muss, dass der Patient jetzt vorgeht und der Rest heute nicht da ist, oder nicht so genau da ist. Aber es soll nicht überhandnehmen.“ (BK26)

5.5.13.2 ZEIT FÜR FÜHRUNGSAUFGABEN

„Mein größter Wunsch wäre, dass die Leitung wirklich freigestellt ist für ihre Tätigkeiten.“
(SL17;BMA)

Je nach Führungsaufgabe, Berechnungsmodell und Träger gibt es sehr unterschiedliche Betrachtungen, ob ausreichend Zeit für Führung vorhanden ist. Teils arbeiten Führungskräfte noch regelmäßig in ihrem Arbeitsbereich mit, oft kompensieren sie Ausfälle.

„Aber ich komme auch mittlerweile mit meinen 40 Stunden nicht mehr aus, das muss man auch ganz ehrlich sagen.“ (BL14)

„Laut Papier sind mir als Führungskraft drei Stunden zugestanden worden, und den Rest soll ich in der Routinearbeit mitarbeiten. Und das ist ein Ding der Unmöglichkeit.“ (SL17)

„Nein, also nebenbei ist das nicht möglich.“ (SL53;BMA)

„Das Team regt sich ja natürlich auf, weil es war ja vor kurzem diese Arbeitsplatzevaluierung und da ist schon massiv die Forderung gekommen, ich soll Dienste machen, weil die Position der Leitenden nicht definiert ist...“ (SL17;BMA)

„Also rein organisatorische Aufgaben. Am Bett arbeite ich gar nicht mehr... Es ist auch so, dass trotzdem in dieser operativen Führungsebene viel zu wenig Zeit bleibt, um Führungsaufgaben zu übernehmen.“ (SL13)

„Genau auch Pflegevisiten, Pflegedokumentationskontrollen, Mitarbeitergespräche, ich habe 54 Mitarbeitergespräche, da muss man sich vorbereiten, dann diese durchführen und auch nachbereiten, das ist schon viel Aufwand und es kommt auch immer wieder täglich etwas dazu.“ (SL15)

„Und das ist halt so, wenn es mal kurz, wenn ein Mitarbeiter kurz ausfällt und der hätte länger Dienst, dann muss man halt, ja, in erster Linie beginnt das bei mir, dass ich da einspringe und versuche das abzufedern. Ganz einfach.“ (SL44)

Selten ziehen sich Führungskräfte ganz auf die reine Führungsverantwortung zurück (erst in großen Bereichen). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Führung z.B. in der auf PPR aufbauenden Dienstpostenberechnung in vielen Fällen eingerechnet ist, wobei die Praxis nicht sehr transparent gestaltet ist.

„Ich meine, Führungskräfte sind bei uns schon, die Stationsleiterinnen sind bei uns schon für Führungsaufgaben freigestellt. Also, das gibt es nicht mehr, dass der jetzt im Patientenzimmer mitarbeitet. Und dann ist es eine Zeit, die wendet er dann eben dafür auf. Genau.“ (BR5)

„Entlassungsmanagement und Visite, das sind so zwischen zwei und drei Stunden täglich. Das kann natürlich variieren, was weiß ich, keine Ahnung. Das kann mehr sein, kann auch mal weniger sein, wenn ich sehe, sie kommen zusammen, dann lege ich einen Bürotag ein und schaue, dass ich die Arbeit mache, die am Schreibtisch liegen bleibt, ja.“ (SL37)

„Und einen leitenden Physio gibt es in diesem Sinne auch nicht. Ich mache alles und die Führung sozusagen nebenbei. Wenn man das mit der Führung diskutiert, sagen sie, für so ein kleines Haus muss 20 Stunden Leitung und 20 Stunden für den Rest reichen. Moderne Leitung funktioniert aber anders, 4 Stunden am Nachmittag im Büro zu sitzen und Zettel ausfüllen erfüllt das nicht. Der moderne Führungsanspruch wäre etwas anders als nur etwas zu verwalten.“ (SL18;Physio)

„Oder Tätigkeitskataloge werden neu erarbeitet, da bin ich jetzt gerade dabei. Das ist keine Arbeit, die, wo man sagt, man macht es mal nebenbei, weil da sitzt man ein paar Stunden.“ (BL14)

„Sie sehen, dass ich präsent bin, sie wissen, dass ich sehr auf die Pflegedokumentation schaue, denn das ist unser eigenverantwortlicher Bereich und da müssen wir, top sein und wenn ich dazu etwas anmerke, sehen sie das auch nicht negativ, eher positiv, weil ich noch einmal kontrolliere.“ (SL15)

Die Aufgaben der Führungskräfte auf allen Ebenen sind vielfältig und teils sehr zeitintensiv. Im Zusammenhang mit der Berechnung von Dienstposten, wird unabhängig von der verwendeten Methode eine Tätigkeitsanalyse für Führungsaufgaben vorgeschlagen.

5.5.13.3 STÄRKUNG DER FÜHRUNGSKRÄFTE NÖTIG

Deutlich wurde auch, dass die Position der Pflegedirektion und der Führungen in manchen Trägern noch gestärkt werden muss.

„Ja, und wenn das Klo verstopft ist, dann ruft mich ruhig an.“
(BL17)

„Man ist halt als Bereichsleitung immer so ein bisschen, ich sage, das Mädchen für alles, wie, wenn es recht hoch hergeht, dann sage ich, ja, und wenn das Klo verstopft ist, dann ruft mich ruhig an. Das ist dann so, einfach wirklich, alles was man nicht weiß, wer es lösen soll, oder wie man es lösen soll, landet da dann. Ist so.“ (BL17)

„Wir diskutieren gerade, wo wird in Zukunft die Pflegedirektion positioniert werden, ich denke diese Dinge werden wichtiger, dass man sagt, ja die hat genauso eine Gewichtung wie ein ärztlicher Direktor, eine ärztliche Direktorin. Würde ich einmal sagen, wäre wahrscheinlich für die Berufsgruppe der Pflege wichtiger.“ (PM4)

Viele Führungskräfte wünschen sich einen wertschätzenden Umgang, mehr Zeit für die Wahrnehmung ihrer Führungsaufgaben und eine wertschätzende Entlohnung ihrer Arbeit *➤ siehe auch Kap. 5.8.2.*

5.5.14 FAZIT FOKUS ORGANISATION

Der Fokus Organisation beschäftigt sich mit konkreten Fragen der organisatorischen Ausgestaltung der Arbeit im Krankenhaus. Themen sind dabei die Durchführung der Dienstpostenberechnung, die gelebte Dokumentationspraxis, Arbeit im Nachtdienst, die Gestaltung der Abläufe und Strukturen im Haus, ein zeitgemäßer Qualifikationsmix, etc. Deutlich wird, dass die Führungskräfte auf allen Ebenen im Haus, bis zur Pflegedirektion, großes Bemühen zeigen, bestmögliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Aufgrund der Interviews zeigt sich aber auch, dass der Aktionsradius häufig stark reduziert ist. Häufig wird dies auf nicht mehr zeitgemäße Modelle *➤ siehe Kap. 5.6* und einen knappen Budgetrahmen zurückgeführt *➤ siehe auch Kap. 4.5.*

5.6 FOKUS BERECHNUNGSMODELLE

Verschiedene Arten von Berechnungsmodellen, teils auch mit bindenden Vorgaben, sind derzeit im Einsatz. Die Ausgangslage ist über alle Krankenhäuser und –träger hinweg sehr unterschiedlich, eine Vergleichbarkeit, selbst im eigenen Bundesland daher schwierig.

„Also, die PPR wird eingesetzt, genauso wie die Psych-PV in den speziellen Bereichen und die Arbeitsplatzmethode. Oder man hat es sowieso vorgegeben durch Intensiv- oder Überwachungsbereiche, wo es sowieso vorgegeben ist aus dem Strukturplan, wie man es berechnet.“ (PM7)

5.6.1 STATUS QUO

5.6.1.1 UNTERSCHIEDLICHE MODELLE IM EINSATZ

„Es gibt in den anderen Berufsgruppen keine einzige Berechnung.“
(PM4)

„Es gibt ja nicht wirklich großartige Berechnungsmodelle.“
(PM18)

Führungskräfte berichten, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen Modelladaptierungen im Einsatz ist, wie z.B. bei der PPR *➤ siehe auch Kap. 3.4*, für andere Bereiche Vorgaben gänzlich fehlen, wodurch häufig auf die Arbeitsplatzbewertung zurückgegriffen wird. Österreichweit gibt es derzeit kein Modell, das den Anforderungen der Befragten genügt *➤ siehe auch Kap. 5.6.1.4.*

„Zur Personalberechnung, es gibt kaum eine Berufsgruppe, wo es so viele verschiedene Berechnungsmodelle gibt. Wenn ich mir nur die PPR hernehme, die nicht mehr weiterentwickelt wurde, habe ich eine Grundlage für die Personalberechnung, die deckt aber im Grunde nur ein Drittel ab, denn das ist der stationäre Bereich, der Tagdienst, hier ist keine Nacht berücksichtigt. Wir haben kaum bis gar keine Berechnungsmodelle im Ambulanz-Bereich, im OP, da gibt es nur Arbeitsplatzberechnungen.“ (PM4)

„Es gibt in den anderen Berufsgruppen keine einzige Berechnung, im medizinisch-technischen Bereich hat noch nie jemand nachgesehen, wie hier eine Personalberechnung besteht, geschweige denn in der Ärzteschaft, ich hinterfrage, ob das zielführend ist, die nächste Überlegung zu machen.“ (PM4)

„Die PPR wird kritisch gesehen und es gibt unterschiedliche Modelle in ganz Österreich, kann man sagen. Aber etwas Besseres so für alle, haben wir halt auch noch nicht.“ (E3)

5.6.1.2 VERGLEICHBARKEIT SCHWIERIG

Österreichweite Vergleiche sind bei Pflegeverantwortlichen in den Häusern kaum bekannt.

„Und ein Bundesländervergleich ist mir nicht bekannt. Das Einzige was ich oft gehört habe, und das kenn ich auch nur vom Hörensagen, dass die Wiener PPR eine eigengestrickte PPR ist. Die haben sich die Minuten so gerichtet wie sie die brauchen.“ (PM16)

Österreichweit erfolgt der Austausch, auch auf Betriebsrats-ebene, meist im eigenen Träger, jedoch nicht auf Detailebene.

„Ich meine XY-mäßig [Anm.: anonym.] tauschen wir uns schon österreichweit aus, aber nicht so ins Detail was die Berechnungen angeht, wie es in den eigenen Häusern so ist.“ (BR21)

Die Befragten schildern, dass Vergleiche, wenn, dann meist im eigenen Träger durchgeführt werden. Offiziell wird selten über Zahlen gesprochen.⁴⁶⁰

„Es ist immer so eine subjektive Sicht. Aber, wenn ich so höre von anderen Häusern, von Bewerbern, von ehemaligen Kollegen, dann glaube ich immer noch nicht, dass wir so schlecht gestellt sind. Aber relativ, weil ich kann jetzt nur beurteilen, was mir andere erzählen.“ (BL5)

„Einen Vergleich zu anderen Häusern habe ich schon, was mir fehlt ist der Vergleich zu anderen Trägern. Den habe ich nicht, denn da bekomme ich die Zahlen schwierig. Es ginge natürlich, es gibt schon eine Vernetzung auch, zwischen ... betriebsmäßig, dass man sich abspricht, aber da haben wir natürlich die Daten nicht zur Verfügung, konkret jetzt die Leistungszahlen und so weiter, das sind auch mehr so subjektive Geschichten.“ (BR5)

Befragte schätzen ein, dass die Situation in der Langzeitpflege, aber auch in deutschen Krankenhäusern extremer ist als in den ö. Krankenhäusern.

„Wobei, die haben es nicht leicht. [Anm.: Bezug zu Langzeitpflege]. Weil die sind natürlich von diesem Akutablauf... aber die werden noch ganz anders ausgewertet. Also, was die oft erzählen, da denke ich mir, da sind wir eh noch gut dabei.“ (PM17)

„Von dem, was ich jetzt aus eigener Erfahrung weiß und eben was ich so gehört habe und mitkomme, ist es trotzdem in Deutschland, was die Personalsituation betrifft um einiges drastisch schlechter. Also da sind wir in Österreich schon noch, ja, gesegnet, wenn ich das so sagen darf. Wobei man eben auch sagen muss, also, die letzten Jahre, seit ich jetzt die Leitungsfunktion habe, seit 2014, ist der Arbeitsaufwand dramatisch gestiegen. Also das ist überhaupt jetzt schon kein Vergleich mehr.“ (SL36)

Deutlich werden auch die Grenzen der Vergleichbarkeit, da selbst einzelne Abteilungen in ö. Krankenhäusern nur schlecht miteinander verglichen werden können ➤ siehe auch Kap. 5.6.2.

„Derzeit wird das ja alles noch über einen Kamm geschert, und das ist glaube ich das große Problem, dass man aufpasst, dass man nicht Äpfel mit Birnen vergleicht. Das ist auch die Diskussion,

„Es gibt in den anderen Berufsgruppen keine einzige Berechnung.“
(PM4)

„Es gibt ja nicht wirklich großartige Berechnungsmodelle.“
(PM18)

⁴⁶⁰ Daten zu den konkreten Dienstposten liegen im zuständigen Ministerium und bei den Trägern auf. Eine detaillierte Darstellung ist mangels Zugangs zu den Daten – trotz intensiver Recherche – nicht möglich. Für weitere Schritte zur Bearbeitung des Themas wird eine Offenlegung der Zahlen empfohlen.

die wir... immer haben. Man muss den Versorgungsauftrag betrachten, der dahintersteckt und auch die Struktur... Und wie ist die Erwartungshaltung der Bevölkerung in dem Bereich?“ (PM9)

5.6.1.3 MANGELNDE TRANSPARENZ

Deutlich wurde in der Vergleichbarkeit, dass für viele Befragte eine Transparenz im Einsatz der Berechnungsmodelle nicht gegeben ist. Auch bringen viele ein, dass sie wenig Einblicke im Einsatz der Methoden haben, vor allem auch in Verbindung mit deren Einfluss auf die Dienstpostenberechnung ➤ *siehe auch Kap. 5.5.1.*

„Es ist ganz selten, dass jemand Daten quasi auf den Tisch legt.“
(E9)

„Da ist es wichtig, dass man ein wenig genauer hineinschaut, was es aber dann schwierig macht ist die mangelnde Transparenz.“ (E9)

„Also, ich kann ja jetzt nicht sagen, inwieweit die PPR in die Personalberechnung ein-, wird wahrscheinlich schon sein, aber da haben wir jetzt ja nicht so den Einblick ja.“ (BK13)

„Da könnten wir auch nirgends reinschauen. Auch, wenn ich sie fragen würde, die Zahlen würden wir nie kriegen.“ (SL35)

„Es heißt halt immer, wir müssen das eintragen, da bekommen wir Punkte. Aber wie viele Punkte was bringt und wie da umgerechnet wird, weiß ich nicht.“ (BK91)

„So unter uns, ich glaube, da wird gar nichts berechnet, sondern man schaut auf den Dienstplan, ob es sich mit den Stunden ausgeht und je nachdem, wie gut die Bereichsleiter sind, verhandeln sie die Planposten aus. Weil die Planposten werden intern vergeben. Die bekommen ein Budget vom Land und mit dem Budget müssen sie eben auskommen. Das wird dann intern vergeben.“ (BR15)

„Die Berechnungsgrundlage ist überall drinnen, in jedem Formular oder in jedem Dokument, was man abgibt, wie es dann weitergereicht wird, ist mir aber, kann ich jetzt aber nicht beantworten, muss ich ganz ehrlich sagen, muss ich ganz ehrlich sagen, das weiß die Pflegedirektorin.“ (PM18)

„Und ich habe ja... die Erfahrung gemacht, dass da unheimlich viel gelogen wird. Dass da teilweise Personalberechnungsmethoden gar nicht transparent sind. Dass Mitarbeiter, die gar nicht wissen, wie das berechnet wird und zu meinem Erschüttern habe ich festgestellt, dass Führungskräfte teilweise gar nicht wissen, wie berechnet wird.“ (E11)

„Ja, aber wie dann wirklich die Personalberechnung aus dem heraus wirklich ist, das bekommen wir ja weniger mit. Also das hat, weiß ich nicht, ob das dann wirklich 1 zu 1 umgesetzt wird, also das weiß ich dann, das kann ich jetzt nicht sagen.“ (BK15)

Führungskräfte berichten, dass sie mittlerweile auf bestmögliche Transparenz bei der Dokumentation von Erfüllungsgraden arbeiten und diese argumentieren.

„Also wir haben uns das zur Gewohnheit gemacht, dass wir immer transparent sind, wir müssen unsere PPR natürlich dann, unsere Zahlen, wir sind drüber in der PPR. Aber wir haben ganz klar aufgelistet, warum da ein Erfüllungsgrad drüber. Zum Beispiel die Anzahl mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen steigt.“ (PM14)

5.6.1.4 TAUGLICHKEIT DER MODELLE

Die Tauglichkeit der derzeitigen Modelle wird stark hinterfragt. Insgesamt **120-mal** wurde die Herausforderung in den Interviews thematisiert.⁴⁶¹

„Aber die Leute sind viel schwieriger geworden, viel kranker geworden, werden mit viel mehr Diagnosen aufgenommen, viel mehr Untersuchungen werden gemacht und, und, und. Und das Personal ist aber gleichgeblieben, und da denke ich mir schon, da braucht es eine andere Personalberechnung, denn da stimmt irgendetwas nicht zusammen.“ (SL1)

„Jetzt befinden wir uns halt immer in einer kontinuierlichen Überbesetzung, dass wir das überhaupt leisten können, was die von uns wollen. Die Schaufeln halt das Budget so herum, dass es für uns halt geht.“ (BL21)

„Ich meine, bei uns stapeln sich am Vormittag die, ich meine, da haben wir einen Bettenstau. Bei uns sind einfach im Haus ganz viele sehr schlechte Leute und das bildet sich nirgends ab. Wie gesagt, die Berechnung hat dann ergeben, dass wir weit drunter sind, dass wir jetzt eine inoffizielle Überbesetzung haben, oder wie auch immer und wir fahren jetzt zumindest einmal am Limit dahin.“ (BL21)

„Du, du dawuzzelst dich mit einem Patienten, da hast du so zu tun, dass du da zurechtkommst. Wenn du da jetzt einen weniger intensiven Patienten hast, dann kannst durchaus zwei nehmen. Aber du hast nicht die Flexibilität. Du hast immer Spitzen, die du mit diesem Personalschlüssel nicht abdecken kannst und die werden in den letzten Jahren mehr.“ (BK31)

5.6.1.5 AKTUELLE ANFORDERUNGEN ZU WENIG ABGEBILDET

Laut Sicht der Befragten sind viele aktuelle Anforderungen, wie z.B. steigende Aufgaben⁴⁶² ➤ *siehe Kap. 4.4.1*, aber auch die Entwicklungen in den Fehlzeiten ➤ *siehe Kap. 5.5.4* zu wenig in den derzeitigen Berechnungsmodellen abgebildet. 47-mal wurde z.B. geschildert, dass die Pflege immer aufwändiger wird, vor allem Führungskräfte sind dieser Meinung.

„Ja, jetzt sind wir zwar am Limit, wenn alle da sind, passt es, wenn einer oder zwei krank sind, bin ich sowieso eingespannt.“ (BL21)

„Die Führungskraft selbst. Und es ist nicht definiert, wie viele Stunden sie wirklich für die Leitung aufwenden soll und wie viele Mitarbeit. Und es ist aber immer wieder notwendig, dass sie mitarbeitet, weil wir sonst nicht zusammenkommen. Und bei uns ist ja seit, seit zwei Jahren, glaube ich, haben wir kein Primariat mehr. Unsere Leitende hat auch viele Aufgaben übernommen, was vorher dem Primariat oblegen ist.“ (BK48)

Positive Entwicklungen als Gegensteuerung

Die derzeitigen Modelle sind nicht dazu geeignet, die aktuellen Anforderungen abzubilden. Einige Häuser geben derzeit daher „Zuschläge“ bei der Dienstpostenberechnung.

„Und von den Patienten her würden wir den Aufwand gar nicht schaffen, der drinnen steht, jetzt haben wir von der Direktion noch zugebilligt. Wir tun nach der Psych-PV kategorisieren und dann wird noch ein Plus dazugegeben für den Patientenaufwand.“ (SL41; Neuropsych. Geronto)

Träger haben daher auch österreichweit bereits Initiativen gestartet, um Berechnungsmodelle weiter zu entwickeln.

⁴⁶¹ Zusätzlich wurde die Tauglichkeit in vielen anderen Handlungsfeldern wie z.B. PPR kritisiert, diese Zahl ist daher nur als erste grobe Einschätzung zu verstehen.

⁴⁶² Für eine beispielsweise Beschreibung der fehlenden Aufgaben ➤ *siehe auch Kap. 5.6.3*

„Wir wünschen uns eine Veränderung des Berechnungsmodells im stationären Bereich. Also, da haben wir eh schon Initiativen gestartet. Wir wissen, dass österreichweit die Träger miteinander diskutieren, also das Bewusstsein ist da, dass man mit der PPR, so wie sie jetzt ist in Österreich nicht weiterkommen werden.“ (PM13)

5.6.1.6 FEHLENDE MODELLE IN VIELEN BEREICHEN

Befragte in vielen Bereichen im Krankenhaus schildern, dass für ihre Bereiche entweder gar keine oder nicht mehr zeitgemäße Berechnungsmodelle vorhanden sind. Derzeit gibt es, mit Ausnahme der verbindlichen Qualitätskriterien *➤ siehe auch Kap. 3.2* für einige Bereiche oder auch Berufsgruppen, wie z.B. MTD-Berufe, Hebammen keine gängigen Berechnungsmodelle.⁴⁶³ Exemplarisch werden einige Abteilungen kurz skizziert⁴⁶⁴.

Ambulanz

Für den Ambulanzbereich wird großteils mit Arbeitsplatzbewertungen gearbeitet. Viele Befragte geben an, dass die Personalberechnungen nicht mehr an die Leistungen angepasst wurden.

„Es gibt ja nicht wirklich großartige Berechnungsmodelle.“ (PM18)

„Absolut. Man hat nicht geglaubt, dass es so schnell so explodiert... Nein, sicher ist es komprimierter und die persönliche Zeit individuell ist kürzer.“ (BK83)

„Die ambulanten Patienten, die stetig mehr werden, sind auch nicht berechnet worden.“ (BR23)

„In der Notfallambulanz steigt es wirklich stetig. Die haben nicht einmal Zeit, dass sie sich kurz hinsetzen auf einen Kaffee. Die sind durchgehend unterwegs, bis einmal die Ablöse kommt, kann man eine längere Pause dann machen.“ (BL4)

„Nein, das was wir dokumentieren, sind unsere Berichte, speziell Erstgespräche unsere Ambulanz ist zertifiziert, und da muss man natürlich auch sehr viel Bürokratie liefern. Und ein Aspekt ist eben, dass wir als BCN mit dieser Zusatzausbildung eben bei allen Schritten, die unsere Patientinnen durchlaufen, anwesend sind und als intensive Kontaktperson auftreten. Da schreiben wir eben einen Pflegebericht... Wo wir eben festhalten, was für eine Therapie die Patientin bekommt, wie der psychologische Status ist, wie der soziale Status ist.“ (BK83)

„Also, die Patientenzahlen steigen und machen müssen wir es, und das ist das, was uns, das ist schon anstrengend.“ (BK18; Radio-Onko-Ambulanz)

„Wir haben jetzt seit 2 Jahren diese Notaufnahme dazubekommen, da ist auch zu wenig Personal, das macht eine Schwester, egal wie viel Rettungen mit egal wie vielen Patienten kommen und das geht natürlich 24 Stunden.“ (BK42)

„Ich persönlich hätte viel Freude, wenn wir eine Stationssekretärin hätten. Das Telefon im Hintergrund setzt einen schon unter Druck und man kann es nicht immer bedienen und hört es aber permanent. Also, wenn ich mir was wünschen könnte, dann wäre es eine Sekretärin, welche die Termine macht und in der Aufnahme sitzt, wo auch die Patienten kommen... Weil dann eine Schwester abgezogen werden würde und das spricht natürlich dagegen. Die Stunden sind irgendwo berechnet und wenn ein neuer dazu kommt, dann werden diese Stunden eben irgendwo abgezogen.“ (BK79; Endoskopie-Ambulanz)

⁴⁶³ Die Krankenhäuser greifen hier häufig auf trägerinterne Modelle zurück. Auch international gibt es für viele Berufsgruppen wie z.B. den Einsatz von MTD-Berufen nur wenig passende Modelle *➤ siehe auch Kap. 3.6*

⁴⁶⁴ Dieses Kapitel bietet einen ersten Einblick in die Handlungsfelder zu Berechnungsmodellen. Gerade für die Bereiche ohne PPR-Einsatz braucht es noch vertiefte Überlegungen

Der Wunsch nach einer Berechnungsmethode, die die tatsächlichen Leistungen abbildet, ist groß.

„Jaja, die wirklich auf der Leistungsebene ansetzt, die in der individuellen Klinik oder Abteilung stattfindet.“ (PM18)

Derzeit wird häufig auf die Arbeitsplatzbewertung zurückgegriffen. Bei regelmäßiger Anwendung wird sie auch als tauglich beschrieben *➤ siehe auch Kap. 5.6.6.*

„Wenn sich irgendein Leistungsangebot ändert, dann sehe ich mir das an und bewerte es neu.“ (PM20)

OP und Aufwachraum

Für die Bereiche OP und Aufwachraum fehlen aus Sicht der Befragten zeitgemäße Berechnungsmodelle. Führungskräfte schildern, dass häufig Haus- und trägerinterne Modelle im Einsatz sind.⁴⁶⁵

„Vorher ist nämlich einfach gesagt worden, dass wir den OP jetzt übernehmen und, dass wir drei Posten dafür bekommen. Wo vorher nie jemand gefragt hat, ob sich das überhaupt ausgeht und, dass man sich da einmal überlegt, wie das besetzt wird da oben, oder rund um die Uhr oder nicht, oder schon. Wie man das dann nämlich wirklich berechnet hat, hat man bemerkt, dass drei Posten weit nicht ausreichen.“ (BL21)

„Aber im Aufwachraum sind wir im Grunde genommen nur zu dritt. Und ich muss aber gewisse Außenbereiche noch abdecken, Schockraum oder sowas. Und wenn dann extreme Spitzen anfallen, kriegt man schon das Gefühl, es könnte mehr Personal sein.“ (BK68)

„Im OP gibt es auch alles Mögliche.“ (PM12)

Hebammen

Bei den Hebammen wurde häufig „Eine Hebamme zu X Geburten“ als Vorgabe genannt. Die Schilderungen reichen von „1:100“ bis „1:500 bis 600“. Trotz intensiver Recherchen bei Führungskräften in diesem Bereich konnte die Modellberechnungsgrundlage nicht zur Verfügung gestellt werden. Auch in einer umfangreichen Recherche war kein offizielles nationales Berechnungsmodell auffindbar.⁴⁶⁶

„Bei den Hebammen ist es ziemlich einfach, da sagst du, eine Hebamme pro 100 Geburten. Da bist du ziemlich dabei, das ist gut. Das ist aber viele Jahre schon unverändert eigentlich.“ (BL12;Hebamme)

„Für die Hebammen, ja. Bei den Hebammen ist es so, dass es heißt, so bei 500 bis 600 Entbindungen habe ich einen Dienst fertig. Erst wenn es massiv drüber geht, dann kriegt die irgendwann einen zweiten Dienst dazu. Ich glaube, bei 700 ist dann die Grenze, dass man noch eine Zweite dazu einstellt. Und da gibt es halt irgendwo so Zahlen, die man dann hernimmt.“ (PM12)

Die Hebammen und zuständigen Führungskräfte berichten, dass diese Standards nicht mehr den Anforderungen an die Arbeit der Hebammen entsprechen. Weder werden dadurch neue Geburtstechniken, Ansprüche der (werdenden) Mütter und Angehörigen berücksichtigt, noch sind die immer häufigeren ambulanten Tätigkeiten ausreichend berücksichtigt.

⁴⁶⁵ Eine Anfrage zu konkreten Berechnungsmodellen im OP und Aufwachraum war nicht erfolgreich.

⁴⁶⁶ M.E. gibt es ein (ober)österreichweites internes Papier zur Berechnung der Personalbesetzung der Hebammen, das jedoch öffentlich nicht publiziert ist und teils auch in den Häusern nicht aufliegt bzw. unter Verschluss ist.

„Ich würde sagen, dass circa 30 Prozent ambulante Tätigkeiten sind oder halt Kontrollen oder Begleiten ohne Geburt. Also, ich würde sagen, so 25 bis 30 Prozent ist sicher diese Tätigkeit, Betreuung, wo einfach die Geburt nicht ist. Wo es eine andere Problematik ist.“ (SL39;Hebamme)

„Da sind halt manchmal, wie es ist, 5 Geburten in einer Stunde und das schafft man einfach nicht. Man kann es nicht planen und man weiß es nicht, wann es so sein wird und irgendeinen Durchschnitt wird man nehmen müssen. Wir haben immer dieselbe Personalbesetzung. Wobei die Führung an Sonn- und Feiertagen nicht da ist...“ (SL39)

Bei uns ist es ja nicht nur das Gebären, sondern die Betreuung der Frau. Wir machen die Aufnahme, betreuen die Frau während der Geburt, wir haben die Geburt und dann das Kind, wir sind unsere eigene Putzfrau, müssen alles selber putzen und haben die ganze Dokumentation.“ (BK59)

Hebammen regen an, bei der Neugestaltung von Berechnungsmodellen internationale Modelle kritisch zu überprüfen.⁴⁶⁷

MTD-Bereich

Für den gesamten MTD-Bereich gibt es mit Ausnahme der Bereiche mit Qualitätskriterien

➤ *siehe auch Kap. 3.2* kaum Berechnungsmodelle. Träger bzw. einzelne Krankenhäuser berechnen aufgrund eigener Erfahrungen und Vorgaben die Dienstposten.⁴⁶⁸

„Das funktioniert auch in diesem Prinzip, die haben den Staff da und dann tun sie wieder welche dazu und weg, was sie halt brauchen. Das passiert je nachdem, wie gut die Bereichsleitungen sind.“ (BR15)

Die Befragten schildern, dass die heutigen Leistungen in der Therapie aber auch in der Diagnostik teils nur unzureichend in den Berechnungen abgebildet werden. Vor allem die gesundheitliche Verfasstheit der Patienten/-innen hat teils große Auswirkungen auf den Therapieprozess ➤ *siehe auch Kapitel 5.3*.

Berufsangehörige der MTD-Berufe berichten, dass vor allem bei den Therapien aufgrund fehlender Zeitressourcen teils Leistungen direkt bei den Patienten/-innen verkürzt werden, z.B. anstelle von 30 Minuten teils 15 Minuten Physio- oder Ergotherapie. Die Arbeit mit eingeschränkten Zeitressourcen wird häufig als Belastung erlebt ➤ *siehe auch Kap. 5.4.7*.

Viele befragte Angehörige der MTD-Berufe fordern verbindliche Vorgaben für alle Bereiche im Krankenhaus, in denen MTDs eingesetzt werden. Die Forderung der Berufsverbände der MTD in diversen Begleitgesprächen zur Studie ist, Standards für Leistungen und Diagnosen, teils auch mit internationaler Expertise zu gestalten. Basis dazu könnten die LKF-Diagnosen sein, anhand deren Behandlungspfade definiert werden. Zudem ist es nötig, Mehrbedarfe abzubilden, wie z.B. zum Themenfeld Diätologie.

„Was kostet mir ein Patient der extrem übergewichtig ist? Wenn man sich die volkswirtschaftlichen Kosten ansieht? Bis auf das, dass der Betroffene selber auch kein leichtes Leben nicht hat.“ (BL19;Diätologie)

⁴⁶⁷ Siehe dazu z.B. Royal College Obstetricians and Gynaecologists et al., 2007; Deutscher Bundestag, 2017

⁴⁶⁸ Einzelne Berechnungsmodelle aus Trägern für unterschiedliche MTD-Bereiche liegen vor. Diese sollten mit weiteren Beispielen an gesonderter Stelle kritisch reflektiert und mit weiteren Erkenntnissen zusammengeführt werden. Aufgrund der knappen Recherchelage dazu wird ein eigenes Forschungsvorhaben vorgeschlagen.

Sozialarbeit

Auch Vertreter/-innen der Sozialarbeit schildern, dass mit Ausnahme mancher Bereiche keine Berechnungsmodelle vorliegen. So sind die Leistungen zu wenig abgebildet. Aufgrund von Ressourcenknappheit in diesem Feld werden die Sozialarbeiter/-innen aus ihrer Sicht zu spät in den Behandlungsprozess eingebunden.

„Naja, ich kann im Grunde nur die Spitzen abdecken. Wie soll ich sagen, ab und zu spielen wir schon Feuerwehr, wo ich mir denke, wenn wir schon ein bisschen früher im Prozess drinnen wären, oder mehr Ressourcen hätten, dann könnte wahrscheinlich die Arbeit ganz anderes ausschauen.“ (BK84; Sozialarbeit)

5.6.2 DARSTELLUNG AUSGEWÄHLTER ZAHLEN ZUM PERSONALEINSATZ

Die Schilderungen der Befragten zeigen, dass selbst vorhandene anerkannte Berechnungsmodelle sehr unterschiedlich eingesetzt werden. Eine unterschiedliche Anwendung führt in Folge zu einer unterschiedlichen Basis der Dienstpostenberechnung \triangleright siehe auch Kap. 5.5.1. Als Basis eines Personalberechnungsmodelles sollten valide Zahlen hinterlegt werden.

5.6.2.1 ERHEBUNGSZUGANG

Um die konkreten Anforderungen an die heutige Personalberechnung aufzuzeigen, wurden exemplarische „Nurse-to-Patient-Ratios“ in ausgewählten Bereichen berechnet. Die Ziehung der Stichprobe erfolgte per Zufall. Betrachtet wurden 30 Abteilungen in neun Krankenhäusern, davon 23 bettenführende Abteilungen, die die PPR als Berechnungsinstrument im Einsatz haben. Zusätzlich wurden sieben Abteilungen mit verbindlichen Qualitätskriterien in die Erhebung mit aufgenommen und gesondert betrachtet \triangleright siehe Kap. 5.6.4.4. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Februar bis Mai 2019. Erhoben wurde jeweils um 11.00 Uhr, 17.00 Uhr und 23.00 Uhr die Zahl der tatsächlich anwesenden Patienten/-innen, wo möglich die systemisierten Betten, die Anzahl der anwesenden Beschäftigten in der Abteilung: DGKP, PA, Abteilungshilfen, ev. weitere, anwesende Führungskräfte.⁴⁶⁹ Ausgewählt wurden Wochentage und Wochenenddienste (mit eigener Kennzeichnung). Ein erster Einblick in die Zahlen zeigt folgende Personalsituation anhand ausgewählter Auswertungskriterien.⁴⁷⁰

⁴⁶⁹ Zum Zeitpunkt der Erhebung waren keine PFA im Einsatz. Weitere Berufsgruppen wie Abteilungshilfen, etc. und die Führungskräfte wurden in die Analyse nicht einbezogen.

⁴⁷⁰ Die vorliegende Auswertung bietet erste Einblicke in „Pflegerkräfte-Patienten-Verhältnisse“ in öö. Krankenhäusern. Für eine weiterführende Analyse braucht es konkrete Schärfungen in der Erhebung, z.B. fix definierte Zeiträume, mehrmalige Abfragen, sowie eine Ausdehnung der Krankenhäuser und Abteilungen. Das erhobene Datenmaterial bietet eine erste Grundlage für weitere Analyseschritte. Angeregt wird ein Vergleich der vorliegenden Daten mit den offiziellen in den Personal-Würfeln auf Abteilungs- und Hausebene hinterlegten Zahlen. Aufgrund diverser Bestimmungen sind diese für die Berichtslegung nicht zugänglich.

5.6.2.2 ERSTE ZAHLEN IM ÜBERBLICK

Aus der Erhebung in 23 Abteilungen liegt ein umfangreiches Datenmaterial vor. Eine **erste Analyse** ergibt folgendes Bild:

Erste Zahlen im Überblick			
Verhältnis	Durchschnitt	Minimum	Maximum
Patienten/-innen zu DGKP	10,55	3,50	35,00
Patienten/-innen zu (DGKP+PA)	8,28	3,00	20,00
Daraus ergibt sich:			
DGKP zu Patienten/-innen	0,12	0,03	0,29
(DGKP+PA) zu Patienten/-innen	0,15	0,05	0,33

Tabelle 53: Personaleinsatz – erste Zahlen im Überblick

Im Durchschnitt ist eine DGKP für 10,55 Patienten/-innen verantwortlich, somit entfallen auf eine/-n Patienten/-in 0,12 DGKP. Die exemplarisch erhobenen Zahlen werden um die offiziellen österreichischen Zahlen ergänzt, die der Logik „Nurse-to-Bed“ folgen ➤ siehe auch Kap. 3.6.2. Eine direkte Vergleichbarkeit ist daher nicht möglich.

Krankenhaus: stationärer Bereich gesamt					
	Tatsächlich aufgestellte Betten	Stationäre Aufenthalte	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe		
			Personal (VZÄ)	Je 100 Betten	Je 1.000 Aufenthalte
Burgenland	1.160	71.003	780,62	67,29	10,99
Kärnten	2.973	142.907	1.865,57	62,75	13,05
Niederösterreich	7.725	348.695	4.792,53	62,04	13,74
Oberösterreich	7.819	504.363	5.459,57	69,82	10,82
Salzburg	3.129	175.776	2.143,22	68,50	12,19
Steiermark	6.467	312.293	4.080,79	63,10	13,07
Tirol	4.074	228.307	3.008,33	73,84	13,18
Vorarlberg	1.915	109.004	1.185,26	61,89	10,87
Wien	9.476	600.449	7.441,03	78,53	12,39
Summe	44.738	2.492.797	30.756,92	68,75	12,34

Tabelle 54: Auswertung Krankenhaus stationärer Bereich gesamt⁴⁷¹

⁴⁷¹ BMASGK, 2019b (eigene Darstellung)

Bei einer Auswertung **nach Uhrzeit** ergibt sich folgendes Bild (alle 7 Wochentage):

Auswertung nach Uhrzeiten									
	Durchschnitt			Minimum			Maximum		
Verhältnis	11 Uhr	17 Uhr	23 Uhr	11 Uhr	17 Uhr	23 Uhr	11 Uhr	17 Uhr	23 Uhr
Patienten/-innen zu DGKP	6,97	8,91	15,80	3,60	3,50	7,00	15,00	19,00	35,00
Patienten/-innen zu (DGKP+PA)	5,26	6,69	13,05	3,00	3,50	7,00	11,00	9,50	20,00
Daraus ergibt sich:									
DGKP zu Patienten/-innen	0,16	0,12	0,08	0,07	0,05	0,03	0,28	0,29	0,14
(DGKP+PA) zu Patienten/-innen	0,20	0,16	0,08	0,09	0,11	0,05	0,33	0,29	0,14

Tabelle 55: Personaleinsatz – nach Uhrzeit

Für den Einsatz von Personal am **Wochenende** ergibt sich folgende erste Einschätzung:

Auswertung Personaleinsatz am Wochenende (Samstag und Sonntag)						
	Durchschnitt nach Uhrzeit					
Verhältnis	Durchschnitt	Minimum	Maximum	11 Uhr	17 Uhr	23 Uhr
Patienten/-innen zu DGKP	11,79	5,20	34,00	7,70	10,55	17,33
Patienten/-innen zu (DGKP+PA)	8,93	4,14	20,00	5,34	7,11	14,33
Daraus ergibt sich:						
DGKP zu Patienten/-innen	0,11	0,03	0,19	0,14	0,11	0,07
(DGKP+PA) zu Patienten/-innen	0,14	0,05	0,24	0,19	0,14	0,08

Tabelle 56: Personaleinsatz – Wochenende

Zur Verdeutlichung der Komplexität und unterschiedlichen Ausgangslage in diversen Abteilungen erfolgt die Darstellung am Beispiel **Interne Abteilung** (Basis: alle 7 Wochentage):

Personaleinsatz Beispiel Abteilung Interne			
Verhältnis	Durchschnitt	Minimum	Maximum
Patienten/-innen zu DGKP	10,00	5,33	32,00
Patienten/-innen zu (DGKP+PA)	8,29	3,83	18,00
Daraus ergibt sich:			
DGKP zu Patienten/-innen	0,12	0,03	0,19
(DGKP+PA) zu Patienten/-innen	0,15	0,06	0,26

Tabelle 57: Personaleinsatz – Abteilung Interne

Die exemplarischen Erhebungen werden ergänzt durch die Auswertungen aus den Krankenanstalten in Zahlen (Basis: 2017). Die Berechnungen beziehen sich dabei auf tatsächlich aufgestellte Betten, wodurch die Vergleichbarkeit erneut beschränkt ist.

Stationärer Bereich: Innere Medizin (exkl. Intensivbereiche)			Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe		
	Tatsächlich aufgestellte Betten	Stationäre Aufenthalte	Personal (VZÄ)	Je 100 Betten	Je 1.000 Aufenthalte
Burgenland	349	25.459	192,8	55,24	7,57
Kärnten	817	51.536	394,89	48,33	7,66
Niederösterreich	2.163	113.508	1.062,58	49,13	9,36
Oberösterreich	2.174	171.646	1.230,62	56,61	7,17
Salzburg	819	57.829	464,43	56,71	8,03
Steiermark	1.944	110.227	887,73	45,67	8,05
Tirol	929	65.232	561,89	60,48	8,61
Vorarlberg	442	34.183	233,23	52,77	6,82
Wien	2.845	214.636	1.694,31	59,55	7,89
Summe	12.482	844.256	6.722,48	53,86	7,96

Tabelle 58: Auswertung Abteilung Interne ⁴⁷²

Im Vergleich zu anderen Ländern wählt Österreich mit dem „Nurse-to-Bed-Ansatz“ eine andere Form der Darstellung der „Pflege-Patienten-Verhältnisse“. Zur Veranschaulichung und als Basis für weiterführende Diskussionen wird die international häufig verwendete Darstellung von „wie viele Patienten/-innen kommen in Krankenhäusern auf eine Pflegekraft“ verwendet, > siehe auch Kap. 3.6.2.

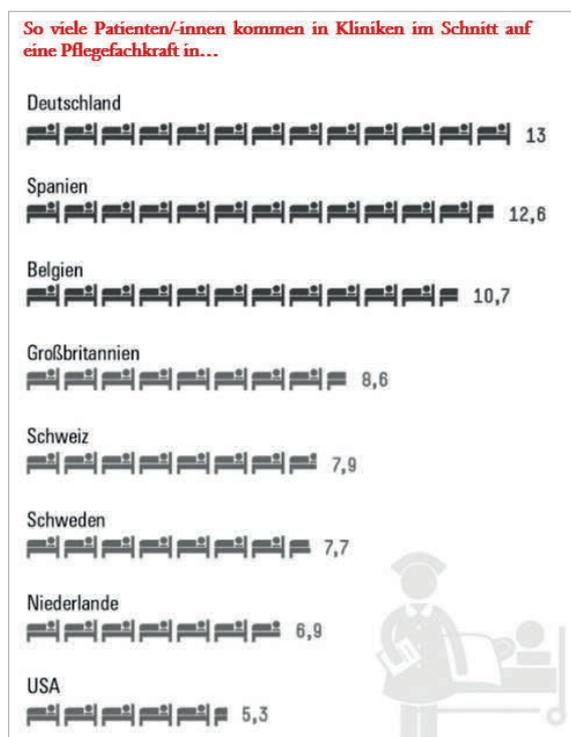


Abbildung 39: Durchschnittliche Patienten/-innen pro Pflegekraft⁴⁷³

⁴⁷² BMASGK, 2019b (eigene Darstellung)

⁴⁷³ Schildmann/Voss, 2018a; vgl. Schildmann/Voss, 2018b. Die Ausführungen basieren auf Simon/Mehmecke, 2017, Aiken, 2012. Pflegekräfte werden definiert als „Registered Nurse“ bzw. Pflegepersonen mit vergleichbarer Qualifikation (mind. 3 Jahre Berufsausbildung). Die Aktualität der Zahlen ist zu prüfen. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung liegen keine vergleichbaren internationalen Zahlen auf.

Für **weitere Bereiche**, wie MTD-Bereiche, Hebammen, usw. wurden in der vorliegenden Studie keine exemplarischen Zahlen erhoben. Für einen ersten Einblick dienen die Auswertungen aus Krankenanstalten in Zahlen. Dargestellt werden zur Verdeutlichung die MTDs, MTFs und Masseur/-innen im **ambulanten Bereich** bezogen auf die Frequenzen.

Krankenhaus: Ambulanter Bereich			
		Gehobene med.-technische Dienste, med.-techn. Fachdienst und Masseur/innen	
	Frequenzen (auch nicht-bettenführenden Abt./Ambulanzen)	Personal (VZÄ)	Je 1.000 Frequenzen
Burgenland	697.082	188,0	0,27
Kärnten	2.250.155	529,5	0,24
Niederösterreich	5.247.359	1.441,4	0,27
Oberösterreich	5.909.817	1.559,0	0,26
Salzburg	1.976.734	460,2	0,23
Steiermark	3.989.533	1.256,9	0,32
Tirol	3.288.104	837,3	0,25
Vorarlberg	1.183.504	216,3	0,18
Wien	7.262.190	2.578,2	0,36
Summe	31.804.478	9.066,7	0,29

Tabelle 59: Auswertung Ambulanter Bereich⁴⁷⁴

Im Entbindungsbereich ergibt sich für einen Einsatz der **Hebammen** je 1.000 Entbindungen folgendes Bild.

Krankenhaus: Entbindungen			
		Hebammen	
	Entbindungen gesamt	Personal (VZÄ)	Je 1.000 Entbindungen
Burgenland	1.989	28,1	14,1
Kärnten	4.846	84,7	17,5
Niederösterreich	14.894	195,9	13,2
Oberösterreich	15.360	193,5	12,6
Salzburg	5.672	56,8	10,0
Steiermark	9.311	125,4	13,5
Tirol	7.225	101,5	14,0
Vorarlberg	4.300	52,9	12,3
Wien	18.281	217,8	11,9
Summe	81.878	1.056,5	12,9

Tabelle 60: Auswertung Entbindungen⁴⁷⁵

5.6.2.3 REFLEXION DER ERHEBUNG

Die Erhebungen wurden mit den tatsächlichen Patienten/-innen zur angeführten Uhrzeit auf den Stationen durchgeführt. In der Praxis zeigte sich, dass die **tatsächlichen** Betten häufig von den **systemisierten Betten** abweichen. In 13 von 30 Abteilungen⁴⁷⁶ gab es eine Abweichung der tatsächlichen Betten von den systemisierten Betten nach oben. Die Analyse zeigt, dass die

⁴⁷⁴ BMASGK, 2019b (eigene Darstellung)

⁴⁷⁵ Ebd. (eigene Darstellung)

⁴⁷⁶ Bei acht Auswertungen ist keine Angabe von systemisierten Bettenzahlen vorhanden

Abweichungen in der Praxis teils groß sind. Zur Verdeutlichung ein Beispiel: in einer Gynäkologischen Abteilung waren statt 30 systemisierten tatsächlich 36 Betten aufgestellt. Dieser Unterschied hat Auswirkungen auf die Verhältnisse von Pflegekräften zu Patientinnen. Beim skizzierten Beispiel ergab sich z.B. das Verhältnis 11,94⁴⁷⁷ (bei Betrachtung der systemisierten Betten), 14,33⁴⁷⁸ (bei Betrachtung der tatsächlichen Betten) und 8,88⁴⁷⁹ (bei Heranziehung der Nurse-to-Patient-Ratio mit (DGKP+PA)). Inwieweit die Personalberechnung in den öö. Krankenhäusern aufgrund der systemisierten bzw. tatsächlichen Betten durchgeführt wird, ist in weiteren Überlegungen zur Personalberechnung zu hinterfragen.

Die vorliegende Erstanalyse bietet lediglich einen ersten Einblick in derzeitige „Pflege-Patienten-Verhältnisse“ in den öö. Krankenhäusern. Die vorliegenden Zahlen sind nicht dazu geeignet, auf alle Abteilungen in den öö. Krankenhäusern übertragen zu werden. Deutlich wird, dass es sehr variierende Zahlen gibt. Die konkrete Besetzung in den Abteilungen ist sehr unterschiedlich. Betrachtet werden sollte in diesem Zusammenhang die Kategorisierung der Patienten/-innen, die Schwerpunktsetzungen der einzelnen Krankenhäuser/Abteilungen und weitere Anforderungen wie z.B. Infrastruktur, etc. Zugleich wäre im Rahmen einer Folgearbeit zu erheben, wie viele Personen zum Erhebungszeitraum im Personaleinsatz aufscheinen, aber Fehlzeiten, wie z.B. Krankenstände, Urlaube, Bildungsaktivitäten, hausinternen Projekte, etc. haben und daher in der konkreten Analyse nicht berücksichtigt wurden.

Folgende **Limitationen** sind der Erhebung zugrunde zu legen.

- Sichtbar sind nur die Patienten-Zahlen, jedoch nicht die Neuzugänge und Entlassungen. Eine hohe Patienten-Fluktuation bedeutet jedoch einen erhöhten Arbeitsaufwand. Dieser lässt sich aus der vorliegenden Erstanalyse nicht herausarbeiten.⁴⁸⁰
- Die Anzahl der tatsächlichen Betten stimmt oft nicht mit den systemisierten Betten überein. Diese Unterschiede sind in den berechneten Schlüsseln nicht erkennbar, da sich diese lediglich auf die Anzahl der Patienten/-innen beziehen und nicht auf die Betten.
- Aus der Anzahl der Patienten/-innen ist der Pflegegrad (z.B. laut PPR-Kategorisierung) nicht ablesbar. Je höher der Schweregrad ist, desto mehr Aufwand bedeutet das für die Pflegekräfte. Dieselbe Anzahl von Patienten/-innen kann demnach einen unterschiedlichen Arbeitsaufwand bedeuten.⁴⁸¹
- Des Weiteren kann neben dem Pflegegrad auch nicht abgelesen werden, ob sich ein/-e Patient/-in in einem Standardzimmer oder in einem Überwachungszimmer (bspw. A3) befindet, wo sich der Arbeitsaufwand für die Pflegekräfte deutlich unterscheidet.

Die Limitationen der vorliegenden Erhebung bestätigen auch auf die Kritik mancher Experten/-innen an der Tauglichkeit von Nurse-to-Patient-Ratios ➤ *siehe auch Kap. 3.6.2.*

Wichtig für die konkrete weitere Betrachtung von Nurse-to-Patient-Zahlen ist daher die Analyse weiterer Faktoren wie Pflegegrade, Infrastruktur, Erhebung von Zusatzaufgaben im Zeitraum (z.B. Projekte, Qualitätssicherung, Teambesprechungen, etc.), z.B. durch begleitende Interviews mit den Pflegekräften, Beobachtungen, etc.

⁴⁷⁷ Systemisierte Betten / (DGKP+PA)

⁴⁷⁸ tatsächliche Betten / (DGKP+PA)

⁴⁷⁹ Patienten/-innen / (DGKP+PA)

⁴⁸⁰ Zur Verdeutlichung: Einige der bearbeiteten Aufzeichnungen enthielten dazu Anmerkungen, wie bspw. 9 Entlassungen, 8 Neuzugänge je Tag

⁴⁸¹ Einige der bearbeiteten Tabellen enthielten dazu Anmerkungen, wie bspw. Sturzmatte, etc. Diese weisen auf einen erhöhten Pflegebedarf hin. Für eine weitere Bearbeitung wird empfohlen, eine Kategorisierung der Patienten/-innen zu hinterlegen.

„Ja, und ich glaube, dass man auch, meiner Meinung nach, in einem großen Bereich, wie es bei der PPR ist, mit 55 Betten trotzdem auch irgendwo auch ein wenig eine Arbeitsplatzbeschreibung dazu tun muss. Weil, ich habe bei den 55 Betten vier Pflegegruppen und pro Pflegegruppen zwischen 12 und 16 Betten. Und da muss ich ein Mindestmaß an Personal da haben für die Betten und das muss dann auch miteinfließen. Also ich glaube, da darf man auch nicht stur nach einem Schema gehen.“ (BL14)

Eine konkrete Arbeitsplatzschreibung kombiniert mit einer Beschreibung der Patienten/-innen, Aufnahmen und Entlassung und noch zu definierender weiterer Faktoren könnte die Basis für eine Gestaltung von Mindestpersonalgrößen in unterschiedlichen Bereichen sein.

5.6.3 PFLEGE-PERSONAL-REGELUNG (PPR)

In den meisten Gesprächen mit Pflegekräften wurde die PPR und ihre Herausforderungen thematisiert. Pflegekräfte auf bettenführenden Stationen, Führungskräfte, Betriebsräte/-innen und Experten/-innen schilderten die Erfahrungen und Handlungsbedarfe zur PPR. Insgesamt wurde die PPR **803-mal** angesprochen. Die Schilderungen dabei waren sehr vielfältig.

Aussagen zur PPR wurden von allen Interviewgruppen getroffen. Die konkrete Verteilung gestaltet sich folgendermaßen:

Interviewgruppe	PM	SL	BK	BR	BL	E	G	gesamt
Anzahl	238	198	126	118	72	31	20	803

Tabelle 61: Verteilung der PPR-Nennungen in den Interviewgruppen

Eine erste Auswertung zeigt die Themenvielfalt und die Schwerpunkte der Nennungen.



Abbildung 40: PPR-Themenfelder⁴⁸²

⁴⁸² Auswertung der PPR-Schlüsselaspekte und Unterkategorien; die Größe der Schrift bildet die Schwerpunkte der Nennungen ab

5.6.3.1 ENTWICKLUNG

27-mal wurde in den Interviews die Entwicklung und Weiterentwicklung der PPR thematisiert. Hinterfragt wurden dabei unter anderem der Entstehungsprozess und die fehlende Weiterentwicklung des Modells.

Die PPR wurde in den 1990er-Jahren in adaptierter Form aus Deutschland übernommen \rightarrow siehe Kap. 3.4.2.

„Sie wurde angepasst. Sie wurde x-mal überarbeitet, auch mit der Landesrätin Stöger, Fr. Dr.ⁱⁿ Stöger, die sich da sehr engagiert hat, würde ich schon sagen, und auch mit dem Dr. Christoph Zulehner, den hat sie damals als Projektleiter gehabt, und da wurde alles noch einmal überarbeitet, noch einmal durchgeschaut... Natürlich, es ändert sich vieles, das ist klar, es sind auch schon wieder viele Jahre vergangen, seit das war.“ (PM8)

„Also ich kenne es so, dass es eben in Oberösterreich diese Arbeitsgruppe gegeben hat, die aber schon seit zwanzig Jahren aufgelöst ist, da hat es damals dann ein Grundlagenpapier gegeben, an das sich alle gehalten haben, und jeder Träger hat für sich dann halt in gewissen Abständen das für sich adaptiert oder überarbeitet. Die Minutenwerte und so diese Grundlagen, die sind nach wie vor aufrecht.“ (PM2)

Seither wurde sie mehrmals leicht überarbeitet und liegt zum Einsatz in den öö. Krankenhäusern in der Version 2008 (Erwachsene) bzw. 2003 (Kinder und Jugendliche) vor. \rightarrow siehe Kap. 3.4.4.

„Die PPR ist in ihrem Berechnungsmodus genau noch so wie damals. Es gibt ein paar Bereiche, die sie etwas adaptiert haben, die Wiener zum Beispiel haben die PPR so ein wenig adaptiert,... Ja, wir haben den Auftrag gehabt, wir dürfen das nicht. Also, Oberösterreich hat sich dazu entschlossen, das zu übernehmen, so wie es dem ursprünglichen Gedanken entspricht.“ (PM19)

„Das passt halt nicht mehr zusammen. Für die damalige Zeit in der globalen Berechnung, weil die PPR ist ja relativ schnell dann ohne wissenschaftliche Grundlagen herausgestampft worden.“ (PM12)

„Die Systeme sind eben irgendwann einmal entstanden, da war eine völlig andere Anforderung, sie sind zwar ein paar Mal adaptiert worden ein bisschen,...“ (BR9)

Eine **Verordnung zur PPR**, wie auch in §19 KAKuG \rightarrow siehe auch Kap. 2.2 angeregt, wurde in Oberösterreich nie erlassen. Einige Befragte sehen den Grund darin, dass dann die rechtliche Vorgabe in den Häusern auch verbindlich eingefordert werden könnte.

„Ich war dabei, wie die damalige Landesrätin Stöger versucht hat, die PPR ins Gesetz hineinzubringen als zwingende Vorgabe, was gescheitert ist.“ (PM19)

„Ich habe manchmal den Eindruck, man möchte deshalb keine Methode verabschieden oder sich auf eine einigen, weil ja klar ist, wenn ich mich auf eine Methode einige, kann ich etwas einfordern. Ja, sobald ich sage, das ist es, beginnen die Menschen etwas einzufordern. Und wenn ich das vermeiden möchte, dann lass ich das ja irgendwie im Dunklen.“ (E11)

Selbst Akteure/-innen, die schon lange im Feld sind, können sich nicht daran erinnern, dass die „PPR Oberösterreich“ in letzter Zeit weiterentwickelt worden ist.

„Ich hab' jetzt nicht mehr die Zeiten im Kopf, wann die letzte Bearbeitung der PPR stattgefunden hat.“ (BR1)

„Ja, das PPR-Handbuch, da gibt es das ganz alte vom Land Oberösterreich und dann das vom Projekt, aber ich glaube, das ist auch schon...“ (PM18)

„Seit ich da politisch mit dabei bin, kenne ich das gar nicht. Vielleicht tagt die [Anm.: Arbeitsgruppe zur PPR OÖ] irgendwo unter Ausschluss der Öffentlichkeit, unter gänzlichem Ausschluss, aber, aber da hätte ich trotzdem schon einmal etwas gehört.“ (E9)

„An der PPR ist ganz lange nichts mehr weiterentwickelt worden in Oberösterreich. Bei uns im Bundesland gilt ja auch nicht die PPR-Österreich, sondern die PPR-Oberösterreich, die eine abgespeckte Variante ist und schon lange nicht mehr das hergibt, was der Pflegebedarf ist.“ (PM22)

Auf die Frage, warum die PPR schon seit geraumer Zeit nicht mehr bearbeitet wurde, fällt die Antwort meist sehr eindeutig aus.

„Wahrscheinlich deswegen, weil es Personalkosten verursacht.“ (PM22)

„Nein, an mich wurde überhaupt nichts mehr herangetragen... Es wurde generell an niemanden etwas herangetragen. Weil man eines befürchtet, dass ein Ergebnis herauskommt, das man nicht hören will.“ (E11)

Aufgrund der fehlenden Weiterentwicklungen halten viele Führungskräfte die PPR für nicht mehr zeitgemäß.

„Aber es ist halt aus meiner Sicht, wir haben sie im Hintergrund immer noch laufen. Wir schauen auch immer wieder mal drüber. Aber es ist halt einfach, mit der GuKG-Novelle und der Übernahme gewisser Tätigkeiten durch die Pflege nicht mehr zeitgemäß.“ (PM18)

Der Wunsch vieler Interviewpartner/-innen ist, ein Berechnungssystem zu schaffen, das den heutigen Anforderungen entspricht.

„Ja genau. Ganz ehrlich, nach meiner jahrelangen Erfahrung ist die PPR nicht mehr geeignet. Mir wäre es recht, wenn sie weg wäre. Entweder man orientiert sich nach den Strukturqualitätskriterien, falls es welche gibt für die Fächer und man darf da mitarbeiten oder man macht es mit der Arbeitsplatzberechnung, die halt eben dementsprechend genau angeschaut werden muss, aber da komme ich mindestens auf das Personal, was jetzt in der PPR rausgekommen ist.“ (PM22)

„Die Systeme sind eben irgendwann einmal entstanden, da war eine völlig andere Anforderung, sie sind zwar ein paar Mal adaptiert worden ein bisschen, aber was wirklich darin fehlt, jetzt speziell und darum wird es ganz wichtig, dass da wünschenswert wär, etwas Vergleichbares Einheitliches, das sich auch an den Tätigkeitsbereichen, das, was das neue GuKG hergibt, orientiert.“ (BR9)

„Darum sage ich ja, das hat sich nie an die tatsächlichen Bedarfslagen und an die Entwicklungen, die ja momentan sehr rasch gegangen sind im Gesundheitswesen, angepasst.“ (BR1)

5.6.3.2 STATUS QUO

Deutlich wurde, dass zwar in vielen oberösterreichischen Krankenhäusern die PPR im Einsatz ist, die gelebte Praxis der Modellanwendung ist jedoch sehr unterschiedlich und zumindest nach außen nur selten transparent gestaltet.

„Aber was ich nicht weiß, ist, angeblich sind die Minutenwerte in anderen Bundesländern anders, das fände ich, wenn das wirklich so ist, einen Witz.“ (SL22)

„Wir verwenden keine Nuancierung, wir verwenden das PPR-Handbuch des Landes OÖ, diesen PPR-Leitfaden und der basiert von den Minutenwerten her noch auf dieser Ausgabe von 1995, aus dem Ursprung.“ (PM10)

„Ich habe jetzt schon gehört, bei den XY [Anm.: anonym.] ist das OÖ-PPR-Handbuch nur ein Richtwert, die PPR und die 90 Prozent dürften sie auch nicht haben. Aber grundsätzlich wäre das das Handbuch für Oberösterreich.“ (BR3)

Durchführung

27-mal wurde in den Interviews die Durchführung der PPR konkret thematisiert. Daraus ergeben sich unter anderem folgende Aspekte.

Geschildert wurde, dass die **Erhebungsintervalle** sehr unterschiedlich gelebt werden. Erhebungsintervalle reichen derzeit von täglich, über wöchentlich bis zu speziellen Zeiträumen, wie 4-mal im Jahr ein bestimmter Zeitraum.

„Die Kategorisierungen, jedes viertel Jahr, nicht mehr täglich. Das entlastet das Personal, das fixiert einen auch nicht so auf diese dauernden Einstufungen, weil durch die elektronische Erfassung und Maßnahmensetzung ist das sowieso da. Die Leute wurden viel zu sehr gedrillt zu kategorisieren.“

Gerade von den Leitungen, aber auch von vielen Beschäftigten wurde der Aufwand der **Kategorisierung** hinterfragt. Einerseits werden Kategorisierungen teils angepasst, um zu guten Ergebnissen zu kommen, andererseits stellt gerade die Durchführung der Kategorisierung für viele Pflegekräfte einen Zusatzaufwand dar.

„Und was ich nicht möchte ist, dass der Pflegeplan so erstellt wird, dass die PPR am besten ist, sondern dass der Pflegeplan tatsächlich dem Patienten angepasst wird, nachdem was dieser braucht. Das ist ja gerade das Problem. Ich will, dass die Professionalität und die Kompetenzen beim Patienten bleiben und die Berechnung so ist, dass die Mitarbeiter auf der Station keinen Gedanken daran verschwenden müssen, wie sie das jetzt am besten eintragen. Die Kategorisierung sollte so sein, dass sie mehr Personal bekommen, und, dass der Personalstand mit dem Pflegeaufwand zusammenpasst.“ (PM22)

„Ich glaube die PPR als solches kann man vergessen, sag ich jetzt mal so. Man braucht dringend ein anderes Berechnungssystem.“
(PM11)

„Untauglich, weil sie auch nicht mehr an die Gegebenheiten adaptiert wurde... aber eigentlich ist sie untauglich. Das heißt sie ist sehr nützlich, wenn man sie als das sieht was es ist, nämlich ein bisschen eine Orientierungshilfe, aber sicher nicht ein Instrument, um hier Personalbedarfsberechnungen zu machen.“
(BR1)

„Und ich finde einfach, diese persönliche Einstufung ist ein enormer Aufwand für die Mitarbeiter. Wenn ich da tagtäglich einfach schauen muss, was habe ich heute gemacht, wie ist das zu kategorisieren.“ (PM15)

Teils schildern Führungskräfte, dass es im Haus Usus ist, dass die PPR-Kategorisierungen angepasst werden, damit die derzeitigen Dienstposten abgebildet werden können.

„Es wird natürlich geschaut, eigentlich ist der Patient A3, aber es kommt nur A2 heraus und auch, wenn nicht umgestuft wird, das macht einen Aufwand. Und wir hatten das auch. Ich war einmal Pflegebereichsleitung in XY [anonym.], wo ich laufend diese PPR-Ergebnisse bekommen habe. Und da ist dann in der Früh rausgekommen, nachdem wie jetzt kategorisiert ist brauche ich elf Leute im Dienst, ich habe aber nur acht. Dass das was mit Mitarbeiter macht, ist ja logisch. Dann zeige ich es ihnen bitte nicht, weil das geht ja nicht.“ (PM10)

Bei den Beschäftigten führt dies zu Unverständnis. So ist nicht verwunderlich, dass Pflegekräfte kritisieren, warum ihre Berufsgruppe wie keine andere laufend die Leistungen dokumentieren muss, um mehr Personal zu bekommen.⁴⁸³

⁴⁸³ Hinzugefügt werden soll an dieser Stelle, dass viele Gesundheitsberufe, wie z.B. auch die MTD, Hebammen, etc. laufend ihre Leistungen transparent machen müssen, um mehr Dienstposten zu erhalten. Selbst in den Funktionsbereichen wie Küche, Haustechnik, Reinigung, etc. wurden ähnliche Schilderungen gemacht. Diese Aussage belegt m.E. jedoch das subjektive Belastungsempfinden, das mit der Durchführung der PPR-Kategorisierung verbunden ist.

„Und andererseits denke ich mir, wir sind die einzige Berufsgruppe in der Pflege, die ihre Leistungen dokumentieren muss, dass sie Personal bekommt. Das macht kein ärztlicher Bereich, kein Verwaltungsbereich, niemand macht das.“ (PM15)

Auch der Bewertungsmaßstab bei der Zuteilung der Kategorisierung (A/S) wird sehr unterschiedlich angelegt. Befragte schildern hierbei sehr milde bis sehr strenge Zugänge des Gehobenen Dienstes.

„Der eine sagt, das ist ein S2 Patient, und der andere sagt, das ist eigentlich ein S1-Patient. Also das hängt schon sehr von der Subjektivität der Mitarbeiter ab. Darum ist das für mich auch kein so ein sinnvolles Werkzeug.“ (PM15)

„Und genau das habe ich dir gerade gesagt, es geht immer um eine subjektive Wahrnehmung. Und es gibt sicher viele Leute, die schätzen das ein bisschen falsch ein. Der eine geht her und sagt, hey, das ist ein Schlechter. Und das mach ich jetzt so, so ist es und nicht anders. Und wenn einer kommt und mir ganz provokant gesagt, mich zur Rechenschaft zieht, warum kategorisierst du so hoch? Steht er da und argumentiert und passt. Eine andere verzerrt das vielleicht ein bisschen, nach unten... Weil, wie gesagt, dieses genaue Kategorisieren kann ja auch immer einen gewissen Stress machen. Weil jetzt sitze ich da und muss mir den Kopf zerbrechen... Ich darf ja nicht schummeln auf der einen Seite, aber ich muss aufpassen, dass ich es nicht unterbewerte. Und dann gibt es vielleicht eine Rechtfertigung, schau her, das und das passt eh gut zusammen, weil die Minuten besagen ja das. Stress durch Kategorisieren.“ (BR13)

Während im aktuellen öö. PPR-Handbuch von einer prospektiven Kategorisierung gesprochen wird, ist in der Praxis teils auch die **retrospektive Betrachtung** üblich.

„Aber auch hier gibt es Unterschiede, manche machen es prospektiv, manche retrospektiv. Wobei auch hier Untersuchungen zeigen, dass es in Summe dann anscheinend eh nicht so relevant ist.“ (PM3)

„Da war ja die Diskussion prospektiv, retrospektiv. Wo ich sage, wie tue ich das? Wie plane ich auf einer Internen voraus, was kommt morgen? Wo rund um die Uhr die Leute hereinkommen.“ (PM15)

„Mir leuchtet es ja nicht ganz ein, warum es die prospektive Kategorisierung sein soll, wo man den nächsten Tag kategorisiert, was denn möglich ist, warum wird nicht einfach der Tag kategorisiert, der gerade ist?“ (BK57)

„Darum finde ich das System auf der Intensivstation eine wesentlich bessere, wo ich sage, ich kategorisiere mit Mitternacht mittels den letzten 24 Stunden.“ (BL14)

Mittlerweile greifen einige Träger auf **Dokumentationslösungen** zurück, in denen die PPR-Kategorisierung ein Nebenprodukt ist und automatisch generiert wird ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.5.9.*

Teils wird auch ein großer Stellenwert auf die Dokumentation gelegt, damit die Kategorisierung besser abgebildet wird.

„Wir bemühen uns, auch in der Dokumentation besser zu werden, weil es einfach unterdokumentiert wird. Teilweise vergessen sie wieder, geben sie eine Häufigkeit rein, vergessen wieder abzuhacken, in dem Eifer des Gefechtes und so weiter.“ (PM14)

„Ich bin mir nicht sicher, ob das so die richtige Methode ist, weil ich glaube, dass vieles bei uns nicht abgezeichnet wird..., und man dann oft vergisst, oder man hat auch nicht immer gleich Zeit, dass man zum Computer geht und dann vergisst man vielleicht darauf, zu dokumentieren, mit dem bin ich aufs Klo gegangen.“ (BK91)

Einfluss der PPR auf die Dienstpostenberechnung

Die Befragten schildern, dass die PPR-Kategorisierungen meist erst nach einem Jahr in die konkreten Dienstpostenverhandlungen einfließen. Kurzfristig hat die PPR kaum Einfluss auf den

„Dort wo die PPR ist, die PPR können wir nicht erfüllen. Da erreichen wir den Erfüllungsgrad nicht, weil wir mehr Personal brauchen und auch einsetzen.“
(BR5)

„Da hat er in der Kürnberghalle gesagt, es gibt nur 90 Prozent für 100 Prozent Patienten und damit hat sich das, es gibt nicht mehr.“
(BR25)

Personaleinsatz und die Tagesbesetzung in den Stationen.
➤ *siehe auch Kap. 5.5.2. Kurzfristige Engpässe und Arbeitsanfälle* werden dann meist durch Einspringen kompensiert ➤ *siehe auch Kap. 5.5.5.*

„Also normalerweise ist es so, dass wir Budgetgespräche und Mittelfristplanungsgespräche haben, das heißt, das eine Jahr auf das andere, das ist das Budgetgespräch... Die PPR bildet normalerweise das Jahr davor ab. Das heißt, das lässt man miteinfließen, man schaut es sich davor noch einmal genau an.“ (PM7)

„So einen richtigen Verlauf, dass man sieht, ja ich brauche mehr Personal, es steigt jedes Jahr mehr Personal, weil die Aufgaben mehr waren, aber gut, das bildet die PPR sowieso nicht ab. Also völlig für'n Hugo.“ (PM24)

„Nur, das ist bei uns ja wirklich jetzt, man rechnet das ja übers Jahr. Und dann kommt aber geballt eine Zeit, so drei, vier Monate im Winter, wo man mehr Personal brauchat, gefühlsmäßig. Und das ist halt dann schwierig. Weil man macht ja einen Durchschnitt, man kann ja nicht...“ (BK13)

Erfüllungsgrad

In Bezug auf den Erfüllungsgrad gibt es ein sehr heterogenes Bild, das stark von den einzelnen Trägern abhängt. Während einige Häuser mittlerweile Weiterentwicklungen, vor allem in den PPR-Minuten, haben, andere Häuser zusätzlich zur PPR Arbeitsplatzbewertungen durchführen, ist die gängige Praxis einiger öo. Krankenhäuser, dass in der Dienstpostenberechnung die PPR-Werte nur zu 90 % herangezogen werden.

„Ja, das muss ein finanzieller Aspekt dahinter sein. Weil, wenn man die PPR zu 100 Prozent umsetzen würde, dann würde es teuer sein wahrscheinlich, noch teurer, als es vielleicht eh schon ist.“
(PM7)

„Ja, das glaube ich, ist eine landesweite Regelung, Vorgabe. Dann ist die PPR, wie sie in den 90er Jahren irgendwann einmal eingeführt wurde, da hat man gesagt, naja aber 100 % Personal, das können wir uns nicht leisten, das wäre ein finanzieller Mehraufwand gewesen, unmöglich. Dann haben wir gesagt hey, ein Erfüllungsgrad von 90 %, das ist in etwa das was wir zahlen können. Das ist jetzt noch immer da, wobei wir können es eh nicht mehr erfüllen, denn das ginge sich nicht aus.“ (BR5)

„Ich habe die PPR ganz einfach, da sollten wir den Erfüllungsgrad mit 90 erfüllen, wir erfüllen ihn nicht. Manche sind drüber, es gibt auch Abteilungen, ich habe es mir angesehen, die sind bei 88 %, das ist die einzige, die das erfüllt, eine einzige Abteilung. Die anderen sind bei 100 % und mit 130 % haben wir auch eine, weit darüber, genau. Und für mich ist es eben relevant, dass ich sage okay, ich weiß die Abteilung und das sagt mir alleine schon, wenn ich einen Erfüllungsgrad von 130 habe, dann kann die PPR nicht mehr stimmen. Gottseidank, muss ich sagen, reagiert unser Dienstgeber trotzdem, in dem Fall bei uns, auch wenn die Pflegedirektion immer wieder Druck bekommt, ihr müsst herunter, aber man sieht sich das trotzdem dann vor Ort an.“ (BR5)

Die Praxis, dass teils „PPR-Untererfüllungsgrade“ angestrebt werden, hat auch bereits in der Fachliteratur Eingang gefunden, unter der Methode „**PPR minus X %**“⁴⁸⁴ Auch in einigen

⁴⁸⁴ siehe auch Simon, 2018

oberösterreichischen Krankenhäusern gilt laut Schilderungen der Ansatz „**PPR Erfüllungsgrad: 90 % = 100 %**“⁴⁸⁵

„Es ist einfach immer wieder dazugekommen, dazugekommen und dann hat es immer wieder geheißen, das könnt's ihr noch dazu machen, das ist ja eh nicht so tragisch, das ist ja eh netta, das dauert eine Minute, aber aus der einen Minute sind Stunden geworden, ja, und da hat sich gar nichts Neues ergeben. Und die Personalplanung besagt immer noch. Und das hat damals der Pühringer, ich weiß es, da war in der Kürnberghalle, ja, da hat es durch die Stöger... haben wir da eben eine Plattform gegründet gehabt, wo wir gesagt haben, 100 Prozent Personal für 100 Prozent Patienten, und da hat er in der Kürnberghalle gesagt, es gibt nur 90 Prozent für 100 Prozent Patienten und damit hat sich das, es gibt nicht mehr. Das ist schon lange aus, das ist sicher, seit daher zieht sich das schon durch.“ (BR25)

„Den Mythos kenne ich auch [Anm.: PPR 90 %], aber den haben wir in XY [anonym.] nicht gehabt. Ich kenne diese Aussage, aber ich kann es wirklich nicht sagen, ist diese Aussage in den anderen Krankenhäusern wirklich so gewesen oder nicht. Ich kann nur sagen, bei uns war es nicht so. Ich kenne es nur vom Erzählen her.“ (PM18)

Einige Interviewpartner/-innen führen diese Vorgabe auf einen ehemaligen für die Landeskrankenhäuser zuständigen Landesrat zurück. Dabei wird jedoch nicht der pflegerische Bedarf der Patienten/-innen oder der tatsächlich geleistete pflegerische Aufwand erfasst *➤ siehe auch Kap. 5.6.3.4*, sondern, es erfolgt eine an der Bezugsgröße PPR-Minuten orientierte Verteilung der Personal-Ist-Kosten auf das gesamte Krankenhaus. Eine allgemeine Aussage zum Erfüllungsgrad der PPR lässt sich mit den vorliegenden Informationen daher kaum treffen. Führungskräfte schildern, dass eine Überschreitung der Erfüllungsgrade gut argumentiert werden muss.

„Also wir haben uns das zur Gewohnheit gemacht, dass wir immer transparent sind, wir müssen unser PPR natürlich dann, unsere Zahlen, wir sind drüber in der PPR. Aber wir haben ganz klar aufgelistet, warum ist da ein Erfüllungsgrad drüber. Zum Beispiel die Anzahl mit Menschen mit demenziellen Beeinträchtigungen steigt.“ (PM14)

„Deshalb muss ich auch transparent im Unternehmen machen, ja, ich bin drüber, aber ich habe so und so viele Fälle gehabt, wo ich eine Sitzwache gehabt habe. Alleine mit der einen Sitzwache bin ich so viel drüber, das kann ich nie schaffen, wenn ich an dem einem Tag schon 250 PPR hab, bräuchte ich ein ganzes Monat, da darf ich keinen Isolierpatienten haben, da darf ich keine Diplomprüfung haben, wo ich einen zusätzlichen Praxisanleiter herinnen habe und so weiter. Also, da kann ich Ihnen ein ganzes Repertoire an Gründen nennen, die es in der PPR jetzt nicht abbildet.“ (PM14)

„Und dann haben wir mal wieder wo voll und sehr aufwändige Patienten. Und dann würde ich vielleicht bei 80, 90 % PPR Erfüllung sein, aber im Monatsschnitt bin ich noch immer bei 110 %, weil ich ja auch ein Wochenende dabei habe, oder andere, Sitzwachen dabei habe oder sonstige Gründe. Oder einen Tag habe, wo ich Schüler angeleitet habe, die laufen natürlich in die PPR mit hinein.“ (PM14)

Mehrfach wurde geschildert, dass eine laufende Unterschreitung des Erfüllungsgrades zur Belastung der Beschäftigten führt.

„Und ich sehe das, wenn du mit 84 % arbeitest, das halten die Leute über einen längeren Zeitraum nicht aus.“ (SL14)

⁴⁸⁵ Trotz intensiver Anfragen bei den Trägern ist es im Rahmen der Studie nicht gelungen, Originalzahlen zu den PPR-Werten und Erfüllungsgraden in den öö. Krankenhäusern zu erhalten. Die Ausführungen im Bericht beziehen sich auf die Schilderungen der Interviewpartner/-innen. Für eine detaillierte Darstellung sollte das in den Häusern vorliegende Datenmaterial eingehend analysiert werden.

„Die Bettenzahl, ich meine, das weiß man, dass die PPR erst aber einer bestimmten Bettenzahl erst greift.“
(SL31)

Auch wenn in Kennzahlen belegt teils eine „Übererfüllung“⁴⁸⁶ der PPR vorliegt, ist teils, gerade auch zu Stoßzeiten, zu wenig Personal verfügbar.

„Ich meine, bei uns stapeln sich am Vormittag die, ich meine da haben wir einen Bettenstau. Bei uns sind einfach im Haus ganz viele sehr schlechte Leute und das bildet sich nirgends ab. Wie gesagt, die Berechnung hat dann ergeben, dass wir weit drunter sind, dass wir jetzt eine inoffizielle Überbesetzung haben, oder wie auch immer. Und wir fahren jetzt zumindest einmal am Limit dahin.“ (BL21)

„Da gibt es einen unheimlich großen Gap, wenn ich als Beispiel eine Station hernehme, die, wenn ich mir die Zahlen ansehe, also da sieht man ja klar, was die PPR aussagt und wie diese Stellen besetzt sind,... dann sehe ich auf der einen Seite, wenn ich mir diesen A4-Zettel ansehe, dass darauf steht, wir sind einen Dienstposten über Plan und dann geht man in das Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen und bleibt eine halbe Stunde auf dieser Station und fragt sich, naja, einen Dienstposten über Plan, ist gut und schön, wie soll man das da auf Dauer aushalten, das heißt, permanent läutet die Glocke, permanent kommt irgend ein Arzt, der irgend eine neue Anordnung notwendigerweise trifft, nebenbei ist noch das tägliche Routinegeschäft zu erledigen. Und dann schildern 95 Prozent der Beschäftigten der Station, das sind Zustände, die man so nicht mehr bewältigen kann, wir brauchen mehr Personal, weil wir sonst alle nicht mehr können. Das ist auf der einen Seite das subjektive Erleben. Und auf der anderen Seite schaut man sich an ja, das Krankenhaus oder der Träger nimmt offensichtlich gar nicht den tatsächlichen Bedarf wahr, denn die einzige Auskunft, die man dort bekommt, ist, wir sind einen Dienstposten über Plan.“ (BR1)

„Wenn wir sagen, wir sind zu wenig Personal, heißt es immer, wir sind genug laut PPR.“
(BK42)

Verschärft wird dies dadurch, dass die PPR für kleinere Bettenstationen kaum anwendbar ist, da immer eine Mindestbesetzung anwesend sein muss, um den Arbeitsbetrieb aufrecht zu halten.

„Meiner Meinung nach gar nicht, weil wir ja die Größe nicht haben. Wir haben die Stationsgröße ja nicht. Die Bettenzahl, ich meine, das weiß man, dass die PPR erst aber einer bestimmten Bettenzahl erst greift.“ (SL31)

Kritisch hinterfragt wurde von manchen Führungskräften auch, welche Berufsgruppen in die PPR einzurechnen sind. So rechnet mindestens ein Krankenhaus auch zu Teilen das Stationssekretariat und die Abteilungshilfen in die Dienstposten laut PPR ein.

„Was dann auch dazu kommt, die Sekretärin, meine Abteilungshelfer zum Beispiel, die zählen alle zur PPR dazu. Das heißt, so lange ich keine Vollausslastung habe, so, wie sie eigentlich zu berechnen sind, eigentlich, da müsste ich die... [anonym. für Stationssekretärin] ständig daheimlassen. Du kriegst zwar kein Geld mehr, weil sie ständig Unterstunden hat. Meine Abteilungshelfer kriegen auch nichts mehr, weil ich sie ständig daheimlassen müsste, aber die PPR täte ich erfüllen so in der Art.“ (SL35)

In vereinzelt Abteilungen schildern Führungskräfte, dass die Kategorisierung und Besetzung der Dienstposten zusammenpassen.

„Auf meiner Station muss ich sagen, auf meiner Station passt es zusammen.“ (SL37;HNO)

⁴⁸⁶ Anmerkung: diesen Begriff gibt es in der PPR-Systematik nicht siehe dazu ➤ Kap. 3.4.2

Spardruck wirkt auf PPR ein

Der von den Befragten häufig geschilderte wirtschaftliche Druck *➤ siehe dazu auch Kap. 4.5* wird für viele auch in der Anwendung der PPR sichtbar.

„Naja, weil die veränderte Form [Anm.: veränderter Kategorisierungszeitraum] eine Kostenersparnis bringen soll. Die PPR ist ein reines Kosten-Sparmodell.“ (G1)

„Wie denn mit der PPR, wo mit den ganzen Aufschlags- und Abschlagswerten gearbeitet wird. Sitzt dort, die Pflegedirektion... Verwaltungsdirektion, die sagt, so viel Geld habe ich zur Verfügung, das heißt, zehn Prozent rauf, aber, eh, 20 Prozent runter bei den PPR-Ergebnissen. Dann sitzt gegenüber die Stationsleitung, die sagt, hey, wie stellt ihr euch das denn vor. Ich habe drei Schwangerschaften heuer, ich habe eine veränderte Vollzeit-Teilzeit-Quote und in Wahrheit sind meine Mitarbeiter seit dem letzten Gespräch im letzten Jahr alle um ein Jahr älter geworden. Und davon sind vier in Pension gegangen und drei nachbesetzt worden, weil die vierte Stelle unbesetzt ist. Ich sage, 30 Prozent rauf bei der PPR und dann wird so lange diskutiert, bis man sich halt in der Mitte trifft.“ (E10)

5.6.3.3 TAUGLICHKEIT

Die Tauglichkeit der PPR für heutige Anforderungen wurde von vielen Interviewpartnern/-innen hinterfragt. Insgesamt **120-mal** wurde geschildert, dass die PPR für heutige Anforderungen nicht mehr tauglich ist.

„Also, mit Mitarbeiterfreundlichkeit hat die PPR so wie sie jetzt ist, gar nichts mehr zu tun.“
(SL35)

„Und sonst kannst du es vergessen. Es passt gar nicht mehr. Die Minuten passen nicht mehr für die heutige Zeit, die Inhalte passen nicht mehr für die heutige Zeit. Dann hat sich das Patientengut verändert. Früher sind Patienten tagelang, wochenlang gelegen. Wann man heute schaut, wie viele Tagesklinikpatienten hat man. In kürzester Zeit werden die Patienten durchgeschleust, trotzdem muss die Arbeit passieren. Also es ist alles beschleunigt, bis zum geht nicht mehr und dann bekämen wir laut PPR einen minimalen Minutenanteil. Also, das passt ja überhaupt nicht mehr zusammen, gar nicht.“ (PM16)

„Und dann ist es natürlich so, dass am Abend, teilweise, wenn dann tagesklinische Patienten entlassen werden und es ist niemand, der auf das Bett wartet, habe ich zum Beispiel dann am Abend sogar Ressourcen frei. Und wenn man jetzt denkt, dass die Bettenbelegung dann die Mitternachtsstände gerechnet werden, habe ich quasi eine Belegung von 70, 80 Prozent, die aber den Tagesablauf in keinsten Weise abbildet. Und das ist schon etwas, wo die Arbeitsmenge, die anfällt, nicht so, glaube ich, erfasst wird, wie sie wirklich in der Realität ist.“ (SL13)

„Ganz ehrlich, also ich sag nicht nur die Kinder-PPR passt nicht, auch die Erwachsenen-PPR passt nicht.“ (PM16)

„Es ist ein Mittel zum Berechnen, aber ist nicht wirklich adäquat. Wenn ich mir denke, die PPR berechnet den Nachtdienst nicht, weil eine Pauschale ist, denke ich mir, das kann es auch nicht sein.“ (PM5)

Als wesentliche Kritikpunkte wurden dabei die mangelnde Transparenz bei der Weiterbearbeitung der PPR-Werte, die nicht mehr passenden Minutenwerte, die fehlenden Aufgaben und die Art der Durchführung der Kategorisierung eingebracht. Bereits 2010 zeigte die GÖG⁴⁸⁷ auf, dass Kennzahlen in Krankenhäusern nur bedingt tauglich sind. Sie *„existieren aufgrund von*

⁴⁸⁷ Wabro et al., 2010: 21

Erfahrungswerten, sind Verhandlungsergebnisse oder Ergebnisse lang zurückliegender Erhebungsverfahren.“ Weiters „ist zu den Erhebungsverfahren anzumerken, dass oft unklar ist, unter welchen Bedingungen oder an welchen Strukturen diese erstellt wurden. Dadurch ergibt sich oft, dass das Zustandekommen der derzeitigen Kennzahlen entweder nicht mehr genau nachvollziehbar ist oder unter Umständen nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten entspricht. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, darauf hinzuweisen, dass die für die Personalbedarfserhebung in Krankenanstalten in Verwendung stehenden Bezugsgrößen sehr pauschale Maßstäbe sind, die derzeit nicht auf Basis einer genauen Leistungsanalyse entwickelt worden sind.“

⁴⁸⁸ Mit Kennzahlen, wie jenen die durch die PPR entwickelt werden, wird nicht auf die in den letzten Jahren kontinuierlich in allen medizinischen Fachbereichen zurückgehende Verweildauer und auf den damit verbundenen intensiveren Personaleinsatz und Mehrbedarf sowie auf bauliche oder individuelle organisatorische Besonderheiten Rücksicht genommen.⁴⁸⁹ Aus den genannten Gründen ist im Rahmen der Personalplanung die PPR (noch) nicht für eine genaue Berechnung des Personalbedarfes geeignet. Da aber die Anwendung der Kennzahlen-Methoden einfach und schnell ist, wird sie immer noch eingesetzt, vor allem dort, wo man sich einen raschen Überblick über den Stellenplan für das Krankenhaus (oder maximal bis auf den Detaillierungsgrad einer Abteilungsebene) verschaffen möchte. Sie wird derzeit eher als eine Orientierung für Personal- und Budgetverhandlungen im Rahmen von Finanzplanungen, denn als Folgeverfahren der Leistungsmethode *➤ siehe auch Kap. 3* verwendet. Hauptkritikpunkt, auch mancher Interviewpartner/-innen, ist, dass mit der Kategorisierung A/S nicht der tatsächliche Pflegebedarf abgebildet werden kann, siehe dazu auch die Anmerkungen im *➤ Kap. 2.5.3*.

„Überhaupt nicht berücksichtigt, die Individualität jedes einzelnen Menschen, das heißt es ist schwierig, diverse Pflegehandlungen mit einem Punktwert zu hinterlegen, weil ich jede Pflegehandlung in Relation setzen muss zu dem Menschen, mit dem ich gerade arbeite... Das bildet die PPR gar nicht ab. Und das ist aus meiner Sicht sicherlich das größte Manko der PPR. Sie versucht Dinge zu quantifizieren, die sich aber nur zum Teil quantifizieren lassen.“ (BR1)

Einige Interviewpartner sehen derzeit in der Tauglichkeit der PPR nur den einen Nutzen, dass im Ernstfall ein Modell zur Legitimation vorweisbar ist.

„Ich glaube, dass sie das brauchen, damit sie es vorzeigen können, wenn wirklich einmal was wäre. So wird es sein.“ (BR15)

Damit eine Kennzahl, wie in der PPR erhoben, für alle Krankenanstalten gleichermaßen *„verteilungsgerecht ist und ein Benchmarking untereinander ermöglicht, muss außerdem klar nachvollziehbar sein, ob und welche Abwesenheiten für die Berechnung der Kennzahl berücksichtigt wurden.“*⁴⁹⁰ Unter diesem Aspekt gewinnt die Betrachtung der Fehlzeiten eine besondere Bedeutung. *➤ siehe auch Kap. 5.5.4*. Im Folgenden werden die Hauptkritikpunkte beschrieben.

⁴⁸⁸ Wabro, et al, 2010.:21

⁴⁸⁹ Ebd.

⁴⁹⁰ Wabro et al., 2010: 22

5.6.3.4 PPR BILDET AUFWAND ZU WENIG AB

Die Befragten schildern, dass die in der Ursprungs-PPR hinterlegten PPR-Minuten nicht mehr den heutigen Anforderungen entsprechen.

„Ich glaube einfach, der Minutenwert für den Pflegeaufwand gehört erhöht.... Ich glaube, man müsste das durchleuchten, ein Forschungsinstitut oder weiß ich nicht, ansehen, wie aufwändig können Patienten sein und da dann die Minuten anpassen. Nur so kommen wir hin.“ (SL36)

„Oder, was für mich oft spannend ist, wenn man von diesen Fall- und Grundwerten redet. Die eben pro Patienten mitberücksichtigt werden... Und was fällt da alles darunter? Für mich ist es teilweise nicht transparent.“ (BK26)

„Also, es ist schon so, dass wir diesen Grundwert haben, oder diesen Tageswert für Aufnahme, Entlassung, was aber, ich meine, ich habe es jetzt noch nicht nachgerechnet, aber was gefühlt in keinster Weise dem Aufwand entspricht, den wir haben.“ (SL13)

Obwohl ich den ganzen Tag vielleicht oder halben Tag bei dem Patienten drinnen war, der aber sonst selbstständig ist, fällt er unter S1 und bin aber trotzdem einen halben Tag drinnen bei ihm, das sind so Sachen.“
(BK15)

Mehrfach wurde in diesem Zusammenhang eingebracht, dass die Kategorisierung in A/S schwierig ist und die derzeit möglichen Kategorien den konkreten Aufwand nur wenig abbilden.

„Genau, es heißt dann A3. In einem S3-Bereich bringe ich ihn durch die Isolation nicht, weil da müsste er wirklich eine großflächige Wunde haben. Und, wenn er das nicht hat, sondern den Keim nasal oder so hat, dann kann ich da keine große Wunde angeben und habe aber die ganze Zeit die Umziehzeit, um alles hygienisch und korrekt abzuwickeln und das wird überhaupt nicht berücksichtigt bei uns.“ (BK69)

„Psychische Erkrankungen kommen auch immer öfter vor auf der Internen, die zusätzlich Zeit brauchen, aber A1 sind, weil sie keinen zusätzlichen Bedarf haben. Aber trotzdem Zeit brauchen von uns.“ (SL21)

„Ein Patient kann maximal trotzdem A3/S3 sein und ich bekomme nicht mehr als meine Minutenwerte, die ich da dafür habe, unabhängig davon, wie hoch der sonstige Aufwand ist. Wenn ich jetzt einen Isolierpatienten habe, mich jedes Mal, wenn ich zu dem gehe, praktisch einkleiden muss, vollkommen mit Schutzkittel und Haube und Maske und Handschuhe und dann auch wieder einen, den entsprechenden Aufwand habe nachher. Das ist ein Zeitaufwand, der ist nirgends ersichtlich, wird auch nicht berücksichtigt, personell.“ (PM2)

„Zum Beispiel eine Patientin mit 240 Kilo, habe ich dieselben Pflegeminuten wie für eine leichtere Person. Was sich nicht ausgehen kann, weil da brauche ich 3 bis 4 Pflegepersonen, zum Umlagern, zur Körperpflege, zur Mobilisation und da brauche ich mehr Zeit und mehr Leute dafür. Mir sind oft die Kategorien ein wenig zu wenig.“ (SL21)

„Oder, wenn der Patient unter Anführungszeichen sehr aufwändig ist, dass er halt wirklich alle zehn Minuten läutet und du stehst drinnen, wird das nicht kategorisiert... Obwohl ich den ganzen Tag vielleicht, oder halben Tag bei dem Patienten drinnen war, der aber sonst selbstständig ist fällt er unter S1 und bin aber trotzdem einen halben Tag drinnen bei ihm, das sind so Sachen, was halt dann nicht, nicht greifbar sind.“ (BK15; Radio-Onko)

„Ja, ich denke mir, das Modell von der PPR, wie es jetzt ist, ist sicher nicht dem... Arbeitsbedarf angepasst.“
(SL34)

„Es bringt schon lange nicht mehr zum Ausdruck, welche Leistung die Pflege an und mit dem Patienten erbringt.“
(PM19)

Der Arbeitsalltag wird oft dadurch geprägt, im Sinne der PPR „richtig zu dokumentieren.“

„Und das habe ich von Anfang an kritisiert, diese Minutenwerte für die Pflege sind wirklich ein Hemmschuh, weil man konzentriert sich so auf das, ich muss das noch reinschreiben, ich muss das noch rein dokumentieren. Man muss vieles dokumentieren, das ist mir durch aus bewusst. Aber wir dokumentieren oft viel zu viel und das nur, damit ich meine Punkte bekomme und zu beweisen, wir haben was getan.“ (PM15)

Häufig wurde von den Interviewpartnern/-innen erwähnt, dass die in der PPR hinterlegten Minutenwerte nicht mehr den heutigen Anforderungen entsprechen. Für eine erste Einschätzung wurden dazu sechs Fallbeschreibungen in einem öö. Krankenhaus durchgeführt. Dafür wurden Minutenwerte für ausgewählte Patienten/-innen in den Stationen Interne, HNO, Orthopädie und Kinderabteilung erhoben. Zum Abgleich⁴⁹¹ der tatsächlich aufgewendeten Minuten mit den Minutenwerten in der PPR wird als Grundlage die Minutenvorgabe *➤ siehe auch Tabelle 32: Pflegestufen und dazugehörige Minutenwerte im öö. PPR-Handbuch für die ÖÖ. Krankenhäuser bzw. analog dazu das öö. PPR-Handbuch für Kinder verwendet.* Dazu wurde ein konkreter Vergleich zwischen der korrekten Kategorisierung (A/S) und dem tatsächlichen Pflegeaufwand in Minuten angestellt. Gegenübergestellt wurden die aufgewendeten tatsächlichen Minuten zur Pflege und Betreuung lt. dem Handbuch PPR für Erwachsene in den öö. Krankenhäusern im Zeitraum von 24 Stunden mit den Minuten, die laut dieser Kategorisierung hinterlegt sind. Die Kategorisierung gemäß PPR-Methodik umfasst lediglich einen Zeitraum von 14 Stunden. Pflege- und Betreuungstätigkeiten werden im Krankenhaus 24 Stunden lang erbracht, deshalb wurde der Vergleichszeitraum von 24 Stunden herangezogen.

⁴⁹¹ Siehe dazu auch Prohaska/Staflinger, 2019

Fallbeschreibung 1: Interne - Kardiologie

Gewählt wurde ein Beispiel einer Patientin auf einer internen Station mit der Begleitdiagnose Demenz.

Geschlecht: weiblich		Aufnahmediagnose: fieberhafter Infekt, V.a. HWI bei Nephrolithiasis	
Alter: 74 Kategorisierung: A3/S2		Weitere Diagnosen: Z.n. Urosepsis; Epilepsie, Demenz v. Alzheimer Typ, Z.n. Mammakarzinom, osteoklastischer Trepanation bei Meningeom rechts Frontal, ausgeprägte Kyphoskoliose mit Beinverkürzung li, Tiefe Beinvenenthrombose und postthrombotisches Syndrom	
Die Pflege und Versorgung der Patientin erfolgte laut Pflegeplanung. In der Pflege und Betreuung zeigte die Patientin vermehrt aggressives Verhalten, wodurch es notwendig war Pflegehandlungen teilweise zu zweit oder zu dritt durchzuführen. Exemplarisch sollen diese Tätigkeiten dargestellt werden:			
Tätigkeit Insgesamt 31 Interaktionen durch Pflege	Anmerkung	Dauer der Tätigkeit in Minuten (Gesamt)	
Körperpflege, Positionswechsel	durch zwei Pflegepersonen tlw. durch drei Pflegepersonen	60 Minuten	
Blutabnahme	durch drei Pflegepersonen wegen aggressivem Verhalten	30 Minuten	
Positionierung	durch zwei Pflegepersonen	30 Minuten	
Wechsel der Inkontinenzversorgung, Mundpflege	durch zwei Pflegepersonen	30 Minuten	
Tabletteneingabe	durch zwei Pflegepersonen	15 Minuten	
Darstellung Pflegeminuten			
Minuten laut PPR OÖ Grundwert: 30 Minuten Kat. A3/S2: 189 Minuten Gesamt/Tag: 219 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet gesamt (24 Stunden): 395 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet betrachtet auf PPR-Zeitraum (6.00 – 20.00) 295 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet Nacht (20.00 – 06.00) 100 Minuten
	Abweichung zur PPR OÖ: + 176 Minuten	Abweichung zur PPR OÖ: + 76 Minuten	Abweichung aufgrund fehlender Vorgabe nicht berechenbar

Tabelle 62: PPR-Fallbeschreibung 1 – Station Interne - Kardiologie (Begleitdiagnose Demenz)⁴⁹²

⁴⁹² Prohaska/Staflinger, 2019

Fallbeschreibung 2: Interne - Kardiologie

Gewählt wurde ein Beispiel eines älteren Patienten auf einer internen Abteilung.

Geschlecht: weiblich		Aufnahmediagnose: Hypokaliämie Enteritis	
Alter: 70 Kategorisierung: A3/S2		Weitere Diagnosen: Demenz, Depressio Arterielle Hypertonie	
Die Pflege und Versorgung der Patientin erfolgte laut Pflegeplanung. In der Pflege und Betreuung zeigte die Patientin vermehrt aggressives Verhalten, wodurch es notwendig war, Pflegehandlungen teilweise zu zweit durchzuführen. Zusätzlich starke Unruhe der Patientin mit vermehrtem Läuten. Exemplarisch sollen diese Tätigkeiten dargestellt werden:			
Tätigkeit Insgesamt 31 Interaktionen durch Pflege	Anmerkung	Dauer der Tätigkeit in Minuten (Gesamt)	
Blutabnahme und Intimpflege	durch zwei Pflegepersonen	30 Minuten	
Intimpflege (inkl.) DK-Legung	durch zwei Pflegepersonen	70 Minuten	
Essensanreicherung		20 Minuten	
Besuch in Zimmer nach Glocke	ohne konkreten Wunsch oder Beschwerden 6-mal	33 Minuten	
Darstellung Pflegeminuten			
Minuten laut PPR OÖ Grundwert: 30 Minuten Kat. A3/S2: 189 Minuten Gesamt/Tag: 219 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet gesamt (24 Stunden): 339 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet betrachtet auf PPR-Zeitraum (6.00 – 20.00) 273 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet Nacht (20.00 – 06.00) 66 Minuten
	Abweichung zur PPR OÖ: + 120 Minuten	Abweichung zur PPR OÖ: + 54 Minuten	Abweichung aufgrund fehlender Vorgabe nicht berechenbar

Tabelle 63: PPR-Fallbeschreibung 2 – Station Interne - Kardiologie

Fallbeschreibung 3: Orthopädie

Gewählt wurde ein Beispiel einer orthopädischen Abteilung mit einem Patienten 50plus.

Geschlecht: männlich		Aufnahmediagnose: Coxarthrose links	
Alter: 54 Kategorisierung: A2/S2		Weitere Diagnosen: Arterielle Hypertonie, Nikotinabusus	
Die Pflege und Versorgung des Patienten erfolgte laut Pflegeplanung. Exemplarisch sollen diese Tätigkeiten dargestellt werden:			
Tätigkeit Insgesamt 21 Interaktionen durch Pflege	Anmerkung	Dauer der Tätigkeit in Minuten (Gesamt)	
Körperpflege		27 Minuten	
Primarvisite		20 Minuten	
Mobilisation	5-mal	56 Minuten	
Infusionsmanagement	8-mal	28 Minuten	
Darstellung Pflegeminuten			
Minuten laut PPR OÖ Grundwert: 30 Minuten Kat. A2/S2: 108 Minuten Gesamt/Tag: 138 Minuten	Patient Pflegeminuten beobachtet gesamt (24 Stunden): 165 Minuten	Patient Pflegeminuten beobachtet betrachtet auf PPR-Zeitraum (6.00 – 20.00) 132 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet Nacht (20.00 – 06.00) 33 Minuten
	Abweichung zur PPR OÖ: + 27 Minuten	Abweichung zur PPR OÖ: - 6 Minuten	Abweichung aufgrund fehlender Vorgabe nicht berechenbar

Tabelle 64: PPR-Fallbeschreibung 3 – Station Orthopädie

Fallbeschreibung 4: HNO

Gewählt wurde ein Beispiel aus einer HNO mit erhöhtem Pflegebedarf.

Geschlecht: männlich		Aufnahmediagnose: bösartige Neubildung Larynx	
Alter: 50 Kategorisierung: A1/S3		Weitere Diagnosen: Atemnot Tumorblutung	
Die Pflege und Versorgung des Patienten erfolgte laut Pflegeplanung. Auffällig ist ein großer psychosozialer Betreuungsbedarf. Exemplarisch sollen diese Tätigkeiten dargestellt werden:			
Tätigkeit Insgesamt 12 Interaktionen durch Pflege	Anmerkung	Dauer der Tätigkeit in Minuten (Gesamt)	
Infusionsmanagement	5-mal	83 Minuten	
Kanülenpflege	12-mal	150 Minuten	
Darstellung Pflegeminuten			
Minuten laut PPR OÖ Grundwert: 30 Minuten Kat. A1/S3: 88 Minuten Gesamt/Tag: 118 Minuten	Patient Pflegeminuten beobachtet gesamt (24 Stunden): 375 Minuten	Patient Pflegeminuten beobachtet betrachtet auf PPR-Zeitraum (6.00 – 20.00) 230 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet Nacht (20.00 – 06.00) 145 Minuten
	Abweichung zur PPR OÖ: + 257 Minuten	Abweichung zur PPR OÖ: + 112 Minuten	Abweichung aufgrund fehlender Vorgabe nicht berechenbar

Tabelle 65: PPR-Fallbeschreibung 4 – Station HNO

Fallbeschreibung 5: Kinder - Kleinkind

Gewählt wurde ein Beispiel einer Kinderabteilung mit einem Kleinkind.

Geschlecht: weiblich		Aufnahmediagnose: Erysipel rechter Vorfuß	
Alter: 2 Kategorisierung: KA1/K/KS1 (Kinder)		Weitere Diagnosen: keine	
Die Pflege und Versorgung der Patientin erfolgte laut Pflegeplanung. Starke Notwendigkeit, die Eltern mit einzubeziehen, zu informieren und zu beraten. Exemplarisch sollen diese Tätigkeiten dargestellt werden:			
Tätigkeit Insgesamt 20 Interaktionen durch Pflege	Anmerkung	Dauer der Tätigkeit in Minuten (Gesamt)	
Infusionsmanagement	6-mal	27 Minuten	
Lokale Therapie	6-mal	43 Minuten	
Gespräch mit Angehörigen	2-mal	7 Minuten	
Darstellung Pflegeminuten			
Minuten laut PPR OÖ Kinder Grundwert: 31 Minuten Kat. KA1-K/KS1 Kinder: 118 Minuten Gesamt/Tag: 149 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet gesamt (24 Stunden): 118 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet betrachtet auf PPR-Zeitraum (6.00 – 20.00) 103 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet Nacht (20.00 – 06.00) 15 Minuten
	Abweichung zur PPR OÖ: - 31 Minuten	Abweichung zur PPR OÖ: - 46 Minuten	Abweichung aufgrund fehlender Vorgabe nicht berechenbar

Tabelle 66: PPR-Fallbeschreibung 5– Station Kinder - Kleinkind

Fallbeschreibung 6: Kinder - Jugendlicher

Gewählt wurde ein Beispiel einer Kinderabteilung mit einem Schulkind/Jugendlichen.

Geschlecht: männlich		Aufnahmediagnose: z.n. Mathtie-OP mit Vandal-krümmung, Vorhautschürze und Meatusenge ad OP (Tubulisation, Glandulaplastik , Meatotomie)	
Alter: 12 Kategorisierung: KA2-J/KS2		Weitere Diagnosen:	
Die Pflege und Versorgung des Patienten erfolgte laut Pflegeplanung. Besonders hervorzuheben ist die Einbeziehung und Anleitung der Eltern und deren psychosozialer Betreuungsbedarf. Exemplarisch sollen diese Tätigkeiten dargestellt werden:			
Tätigkeit Insgesamt 19 Interaktionen durch Pflege	Anmerkung	Dauer der Tätigkeit in Minuten (Gesamt)	
Körperpflege inkl. Mobilisation und Anleitung Mutter	5-mal	66 Minuten	
Katheterpflege, Harnsackler leeren, etc.	5-mal	28 Minuten	
Darstellung Pflegeminuten			
Minuten laut PPR OÖ Grundwert: 31 Minuten Kat. KA2-J/KS2 Kinder: 165 Minuten Gesamt/Tag: 196 Minuten	Patient Pflegeminuten beobachtet gesamt (24 Stunden): 128 Minuten	Patient Pflegeminuten beobachtet betrachtet auf PPR-Zeitraum (6.00 – 20.00) 113 Minuten	Patientin Pflegeminuten beobachtet Nacht (20.00 – 06.00) 15 Minuten
	Abweichung zur PPR OÖ: - 68 Minuten	Abweichung zur PPR OÖ: - 83 Minuten	Abweichung aufgrund fehlender Vorgabe nicht berechenbar

Tabelle 67: PPR-Fallbeschreibung 6 – Station Kinder - Jugendlicher

Fazit zu den Fallbeschreibungen

Die exemplarische Annäherung anhand der sechs Fallbeschreibungen stellt einen ersten Abgleich mit den PPR-Minuten im öö. Handbuch für Kinder bzw. Erwachsene⁴⁹³ dar. Die Auflistung der Tätigkeiten und hinterlegten Minutenwerte hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Erfasst wurden ausschließlich die Pflegeberufe (DGKP, PA). Tätigkeiten außerhalb des Patientenzimmers wurden nicht erhoben. Zu diesen zählen unter anderem Wegzeiten, Zeiten für Vorbereitungen, Pflegeplanung-Adaptierung, etc. Insgesamt wurden in den Fallberechnungen 3-mal die Minutenwerte der PPR-Richtlinie OÖ überschritten, 3-mal wurden direkt bei den Patienten/-innen weniger Minuten aufgezeichnet als in der PPR abgebildet. Deutlich wurde die Häufigkeit der Interaktionen, der Bedarf nach zwei oder mehr Pflegepersonen bei Menschen mit besonderem Bedarf durch die Begleitdiagnose Demenz und die nötige Zeit für psychosoziale Betreuung. Für eine konkrete Bearbeitung des Themenfeldes PPR-Minuten ist eine konkrete Erhebung unter Einsatz arbeitswissenschaftlicher Methoden nötig. Anmerkung: aufgrund der Weiterentwicklung haben manche Träger andere Minutenwerte hinterlegt bzw. machen ergänzende Arbeitsbewertungen zur Festlegung des Personalbedarfs. Für eine konkrete Anpassung der Minutenwerte in der bestehenden PPR-Version Oberösterreich ist eine detaillierte Erhebung nötig.

5.6.3.5 PPR BILDET AUFGABEN ZU WENIG AB

Betriebsräte/-innen, Führungskräfte und Pflegekräfte äußerten, dass in der PPR zahlreiche Aufgaben keine Berücksichtigung finden.

„Man kriegt ja immer mehr Aufgaben, also grad jetzt auch im Erwachsenenbereich, mit den Zytostatika anhängen, was weiß ich, das ist ja alles in die Pflege gekommen und dann wird wahrscheinlich dort, einen halben Posten mehr werden sie bekommen haben, aber so unterm Strich bleibt trotzdem die Zeit auf der Strecke. Auch auf einer Kardiologie, auch die Herzpatienten, die brauchen auch so viel, Zuwendung oder auch Zeit, Gespräche und so und das bleibt auf der Strecke. Das ist halt warm, satt, sauber. Das kommt, das ist vor 20 Jahren gewesen, oder längere Zeit, 30 Jahre wahrscheinlich. Das waren so die Grundbedürfnisse, schnell, schnell stillen, aber es bedarf halt mehr für die Zufriedenheit von einem Menschen, oder? Dann will man nicht nur gewaschen werden, schnell, schnell, sondern da braucht man halt. Und das ist, schade ist es halt, weil es ein so schöner Beruf ist.“ (BK13)

„Mobile Patienten, der Altersdurchschnitt der Augenpatienten, die tagesklinisch kommen, ist 70 aufwärts. Und die kommen herein, brauchen permanent Hilfe, brauchen permanent Unterstützung und das bildet mir die PPR gar nicht ab. Dann habe ich auf der Urologie viele große Operationen, viele multimorbide Patienten, Chemopatienten

„Ja, der Dokumentationsanstieg, das ist ja der Wahnsinn. Wir müssen eh nichts dokumentieren, aber die Schwestern. Die sitzen ja immer bei den Kurven... Und dann, sie müssen dann auch wieder schauen, dass sie einfach wieder reinkommen ins Dienstzimmer, weil sie einfach so viel zum Schreiben, zum Ausarbeiten und die haben einfach so viel um den Kopf, dass es ein Wahnsinn ist. Und das war früher auch besser.“

(BK59;PA)

⁴⁹³ Aufgrund der Anforderungen haben manche Träger bereits andere Minutenwerte hinterlegt bzw. machen ergänzende Arbeitsbewertungen zur Festlegung des Personalbedarfs.

und, und, wir begleiten die Patienten bis zum Ende. Da bildet sie mir nicht alles ab. Weil da haben wir sehr viel Betreuungsaufwand.“ (SL29)

„Also, es hat sich da massiv was geändert, dass sehr viele Leistungen, die gemacht werden, nicht mehr kategorisiert werden können aufgrund der Berechnungsautomatik.“ (PM12)

„Es wird überhaupt nicht berücksichtigt das Thema der Beratung, der Kommunikation, der Gespräche. Es ist meiner Meinung nach viel zu wenig abgebildet das Thema der Demenz. Die Multimorbidität. Es ist meiner Meinung nach nicht mehr das richtige System.“ (PM6)

„Natürlich [Anm.: Projektarbeit], auch das wird mitgetragen... ja, sie gehen nicht mehr, sie rennen... Ja, sie haben wirklich, drum sage ich, sie brauchen, sie pfeifen aus dem letzten Loch. Ja. Es wird nicht beachtet. Es ist, es wird ihnen nicht zugestanden, ja. So auf die Tour und dann heißt es nur, ihr jammerts, ihr könnt nur jammern. Aber auch die Unternehmensleitung negiert das völlig.“ (BR25)

Die Befragten schilderten, dass eine Fülle von Aufgaben nicht oder nur zum Teil in der PPR abgebildet wird. Teils wird dies auch dadurch begründet, dass die PPR schon in einer Zeit entwickelt wurde, in der die Krankenhauswelt andere Zugänge hatte.

„Und es ist nichts mehr berücksichtigt worden, null. Es ist nichts mehr mit eingepflegt worden. So aufgrund, dass man jetzt sagt, aufgrund der vielen Tätigkeiten, die jetzt dazugekommen sind... Das geht nebenbei mit. Oder muss einfach mitgehen, ja.“ (BR25)

„Aber da sind natürlich noch viele Punkte. Das ist ja schon alles bekannt, das ist überhaupt kein Geheimnis. Wir wissen das. Wenn Sie eine Pflegedirektorin fragen, die sagt Ihnen die zehn Punkte auf der Stelle, weil es ja eh alle wissen.“ (BR3)

Konkret wurden von den Interviewpartnern/-innen **17 Aufgabenfelder** definiert, die kaum oder zu wenig in der PPR abgebildet sind.

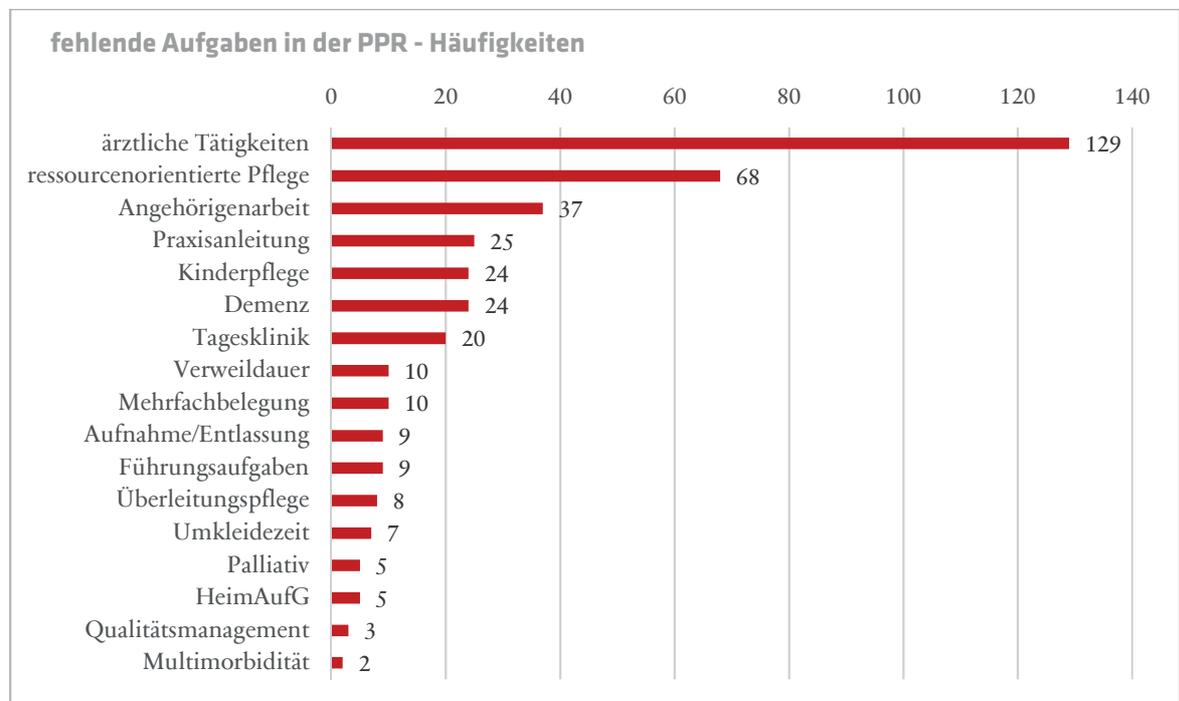


Abbildung 41: PPR – zu wenig berücksichtigte Aufgaben⁴⁹⁴

⁴⁹⁴ Fehlende oder zu wenig berücksichtigte Aufgaben wurden in Kategorien zusammengefasst; n=Zahl der Nennungen; die Kategorie ressourcenorientierte Pflege umfasst Anleitung, Beratung, Betreuung, Beziehungsarbeit

Die Auswertung der Interviews zeigt deutlich auf, dass eine Fülle an Aufgaben in der PPR nicht abgebildet sind.

Zur exemplarischen Darstellung werden die sechs am häufigsten genannten Ergänzungen⁴⁹⁵ zur PPR beschrieben und um Ausführungen zur fehlenden Nachtdienstvorgabe ergänzt.

Übernahme ärztlicher Tätigkeiten

Nicht erst durch die GuKG-Novelle 2016 wurden vormals ärztliche Tätigkeiten im Rahmen der berufsrechtlichen Möglichkeiten an die Pflegekräfte übertragen.⁴⁹⁶ In der PPR sind diese Aufgaben bis dato kaum berücksichtigt. Auch die Dienstposten *➤ siehe auch Kap. 5.5.1* sind sie nur zu Teilen Richtung Pflege verschoben worden.⁴⁹⁷

„Ja das stimmt schon. Wir müssen eigentlich schon mehr Aufgaben vom medizinischen Personal z.B. Blutabnahme.“
(BK4)

„Turnusärzte gibt's kaum mehr, jetzt hat man natürlich die Aufgabe übernehmen müssen und auch das Personal.“ (BR5)

„Jaja, das hat ganz massiv vor zwei, drei Jahren schon stattgefunden. Damals haben wir auch eine Spur mehr Dienstposten bekommen, ich bin mir nicht sicher ob das ausreicht.“ (BR18)

„Also durch die Übernahme der ärztlichen Tätigkeiten, EKG schreiben, Katheter setzen. All diese Tätigkeiten.“ (PM13)

„Das ganze Blutmanagement, welches früher in rein ärztlicher Hand war, wird jetzt nur mehr von der Pflege gemacht. Da haben wir auch zwei Dienstposten bekommen, was aber das Ganze nie aufwiegt, weil ja dieses Blutmanagement nicht stationär irgendwo gemacht wird, wo ich diese zwei einsetzen könnte, sondern im ganzen Haus verteilt ist.“ (BR23)

„Die Tätigkeiten, die wir übernommen haben vom ärztlichen Bereich, wie Blutabnehmen, Infusionen legen. Wir haben gefühlt mehr als die Hälfte Tumorpatienten, das heißt, die haben schlechte Venen und wir brauchen viel länger beim Anlegen. Die platzen auch öfters und wir müssen sie viel öfters anlegen, weil sie sich entzünden. Und das schlägt sich eigentlich nirgendwo nieder.“ (BL10)

„Und es ist ja auch, eben diese zusätzlichen Tätigkeiten, wir haben zwar im Haus glaube ich zwei Dienstposten mehr bekommen als die GuKG-Novelle gekommen ist, aber nur, was sind 80h in der Woche für ein ganzes Haus.“ (SL1)

„Und wenn ich das dem Land vorlege, heißt es, die Pflege wird eh dauernd..., bekommt eh immer Stellen dazu. Da ist aber massiv hinübergegangen von dem ärztlichen Bereich, Tätigkeiten, die übernommen worden sind und in pflegefremden Stellen. Aber es ist halt dann, wenn irgendwer dann das fünfte Mal in der Politik das anschaut, der nicht mehr weiß, was dahinter ist, sagt dann, die Pfleger, jedes Jahr, tun wir noch mehr Geld dort hinein. Was jammern die denn. Aber das sind nicht unbedingt Pflege, oder diplomierte Pflegekräfte, die dort dabeistehen.“ (PM12)

Die Übernahme von Aufgaben der Ärzte/-innen ist gängige Praxis im Krankenhausalltag vieler Gesundheitsberufe. Derzeit wird dieser Aspekt in den Berechnungen kaum berücksichtigt und

⁴⁹⁵ Für eine detaillierte Darstellung aller genannten Aufgaben und weitere Beschreibungen zur PPR wird auf eine Folgepublikation verwiesen.

⁴⁹⁶ Häufig genannte Projekte zur Stärkung der Pflegekompetenzen waren z.B. das Projekt „Integriva“ der Gespag und vergleichbare Aktivitäten in anderen Trägern.

⁴⁹⁷ Häufig wiesen die befragten Pflegekräfte hin, dass die Kompetenzverteilung zwischen Ärzten/-innen und Pflege noch viele Potenziale hat. Beschrieben wurde auch eine mögliche Verbesserung der Abläufe zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, vor allem auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzten/-innen. Da diese Themenstellungen nicht primärer Bestandteil der Forschungsfragen sind, empfiehlt sich m.E. eine gesonderte Aufarbeitung der vorliegenden Erkenntnisse und eine weiterführende Bearbeitung.

muss daher integraler Bestandteil aller zukünftigen Überlegungen für Personalberechnungen sein ➤ *siehe auch Kap. 5.6.7.*

Menschen mit Demenz

Im Krankenhaus werden immer mehr Patienten/-innen mit Demenz, häufig als Nebendiagnose, behandelt ➤ *siehe auch Kap. 5.3.4.*

„Es sind zwischen 48 % und 52 %.“ (PM1)

„Dass man das besser einstufen oder einschätzen kann, was dann wirklich der Pflegeaufwand dahinter ist.“
(BK26)

Ähnlich wie in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege⁴⁹⁸ ist der erhöhte Zeitaufwand für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz kaum in der PPR abgebildet.

„Demenz ist so ein Punkt, wie einer von vielen Punkten, der derzeit in der PPR noch zu wenig berücksichtigt wird.“ (BR3)

„Also, was ich mir auf alle Fälle wünschen würde, wäre für so herausfordernde Stationen wie Demenz..., dass das auf einer besseren Grundlage berücksichtigt wird. Dass man das besser einstufen oder einschätzen kann, was dann wirklich der Pflegeaufwand dahinter ist.“ (BK26)

„Das heißt, von da weg, ist so ein apallischer Patient im Nachhinein wirklich weniger aufwändig, wie wenn ich eben genau diesen dementen Patienten habe, der eben mobil ist, der wirklich alles machen kann, nur nicht mehr weiß, was er da jetzt genau tut, gewisse Dränge und Zwänge hat, was er jetzt auf der Stelle machen muss, und du als Pflegepersonal dem dauernd hinterherlaufen musst, weil er sich das nicht nehmen lässt.“ (BR13)

Die PPR-Kategorisierung trägt den Anforderungen durch Demenz aus Sicht der Experten/-innen zu wenig Rechnung. Bereits 2013 hat das Pflegekonsilium⁴⁹⁹ gefordert, dass für demente Patienten/-innen ein Demenzzuschlag in den Personalberechnungsmodellen berücksichtigt ist. Im öö. PPR-Modell wurde dieser Forderung noch keine Rechnung getragen.

„Wo man manchmal aus meiner Sicht sogar eine Eins-zu-Eins-Betreuung bräuchte, damit man auch OPCAT-tauglich ist...“
(G1)

„Demenz das ist ein schwieriges Thema, alles in allem gesehen, schwierig.“ (SL37)

„Die Anzahl an Demenzerkrankungen steigt laufend... Und da ist die Belastung einerseits, dass die Personalzahlen eben nicht dafür ausgerichtet sind, dass diese Leute manchmal eine Ein-zu-Eins Betreuung brauchen würden,...“ (BR1)

„Und, was noch erschwerend hinzu kommt, ist bei den älteren PatientInnen die sehr zeitaufwändigen Geschichten, wie die dementen Patienten, wo man manchmal aus meiner Sicht sogar eine Eins-zu-Eins-Betreuung bräuchte, damit man auch OPCAT-tauglich⁵⁰⁰ ist, das kommt in der PPR beinahe überhaupt nicht vor oder viel zu wenig vor.“ (G1)

„Dass wir Unfallbetten dabei haben, kann es jederzeit sein, dass wir eben nicht so einen guten Patienten reinbekommen, der vielleicht einen Schenkelhals hat und dement ist, und dann ist einer schon direkt nur bei dem einen Patienten eigentlich abgestellt und muss mit dem...“ (BK4)

⁴⁹⁸ Vgl. dazu auch Stafflinger, 2016, Glaser/Seubert, 2018

⁴⁹⁹ Grätzer, 2014

⁵⁰⁰ Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe; englisch: Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment

„Genau, weil die Unterstützung, die man leisten muss, eigentlich viel ausgeprägter ist, aber dass ich länger brauche, weil ich den Patienten mehr Zeitrressourcen geben muss, auf das nimmt die PPR nicht Rücksicht.“ (SL15)

Gerade demente Patienten/-innen entsprechen häufig nicht der Pflegelogik der PPR, sondern sind häufig sehr mobil.

„Wir haben auch keine internen Veränderungen dahingehend gemacht, dass wir demente Patientinnen und Patienten besser abbilden können, weil die PPR fokussiert ja beispielsweise die Immobilität, die Unbeweglichkeit der Patienten. Jetzt haben wir aber zunehmend die Situation, dass die Patienten nicht unbeweglich sind und das natürlich viel mehr Aufwand bedarf. Und das können wir natürlich nicht abbilden. Das ist natürlich ein limitierender Faktor. Wir wissen, dass es viele Nuancierungen gibt, auch in OÖ. Wir halten uns ganz streng an die Vorgaben, wir haben nichts adaptiert.“ (PM10)

„Die Minutenwerte, sind... auch nicht an die jetzigen Ansprüche angepasst. Patienten mit Demenz zum Beispiel, die bekomme ich da nicht hinein. Die mir aber oft viel Zeitaufwand beschere, weil ich einfach daneben stehen bleiben muss, und weil ich einfach viel ansagen muss.“ (SL16)

Es braucht aus Sicht der Befragten dringend Modelle, die die Anforderungen von Demenz besser abbilden.

„Den Demenzaufwand haben wir in der klassischen Kernaufgabe und ist in der PPR nicht abgebildet, das ist zum Beispiel ein Thema und das wird Ihnen auch jeder gesagt haben, dass man da im Grunde genommen Berechnungsmodelle braucht, die dem auch Rechnung tragen.“ (PM13)

Ressourcenorientierung, Beziehung, Beratung und Anleitung

Pflegekräfte berichten, dass sich das Pflegeverständnis seit den 1990er-Jahren stark verändert hat.

„Man will ja die Leute aus dem Bett heraushaben und schauen, dass sie möglichst bald schon wieder auf den Füßen sind und das ist halt, wenn man es jetzt kurzfristig anschaut, sagt man, naja, da braucht man mehr Personal“ (PM14)

„Man kann so viel herausnehmen, so viel Angst nehmen, wenn man einfach redet.“

(BK15)

Im Mittelpunkt steht weniger, für Patienten/-innen die Grundpflege zu übernehmen, sondern, sie so weit wie möglich in kürzester Zeit zur autonomen Lebensführung zu befähigen. Menschen anzuleiten, zu unterstützen und zu beraten gehört zu den Kompetenzen der Pflege in den öö. Krankenhäusern. Aus Sicht der Befragten sind gerade diese Aspekte in den Kategorien und den Minutenwerten zu wenig abgebildet. Für eine individuelle Pflege sind kaum Ressourcen hinterlegt.

„Es ist in der PPR überhaupt nicht berücksichtigt, die Individualität jedes einzelnen Menschen. Das heißt, es ist schwierig, diverse Pflegehandlungen mit einem Punktwert zu hinterlegen, weil ich jede Pflegehandlung in Relation setzen muss zu dem Menschen mit dem ich gerade arbeite. Und zu dessen Angehörigen, das bildet die PPR gar nicht ab. Und das ist aus meiner Sicht sicherlich das größte Manko der PPR. Sie versucht Dinge zu quantifizieren, die sich aber nur zum Teil quantifizieren lassen.“ (BR1)

Vor allem für Gespräche und Beziehungsarbeit ist zu wenig Zeit vorgesehen.

„Und es hat einfach auf der Station, von den Frauen die Begehrlichkeit gegeben, dass sie mal mit einer Schwester eine Viertelstunde, 20 Minuten reden. Wie geht es weiter? Was glaubt die Schwester? Wie kann ich ohne Brust, Prothese und so weiter. Das kann man nirgendst abbilden in der PPR..., die wollen einfach reden und die sind das gewöhnt, dass ich mehr Zeit habe und damit

fangen sie einen gleich und da sieht man, wie wichtig das eigentlich wäre. Man kann so viel herausnehmen, so viel Angst nehmen, wenn man einfach redet. Es ist schon halt so, wenn so stressige Zeiten sind oder halt mehr Pflegeaufwand vom Patientengut. Was wir halt dahaben, dass man oft dann keine Zeit nicht hat für ein Gespräch mit Patienten.“ (BK15;Onko-Expertin ohne PPR-Kateg.)

„Also, da tauchen jetzt schon gute Dinge auf. Wo man dann halt auch erkennt, ich kann mit Gespräch und Gesprächsführung erstaunlich viel erreichen und das ist ein wirksamer und notwendiger Beitrag da dazu.“ (E11)

„Die Aufgeklärtheit, die Mündigkeit der Menschen, dass man da viel mehr Zeit investieren muss noch in Aufklärungsgespräche und in Beratungsgespräche.“ (BR1)

„Man müsste es dann so handhaben, wie auf einer Akutstation.“
(BK90)

Auch für die Aufnahme und Entlassung ist in den derzeitigen Fallwerten zu wenig Zeit gewidmet. Dieser Umstand ist umso bedeutender, da die Verweildauer sinkt und schneller geeignete Lösungen für die Zeit nach der Entlassung gefunden werden müssen *➤ siehe auch Kap. 5.8.3.*

„Ich glaube ja, dass die Zeiten für Aufnahme und Entlassung zu knapp bemessen sind. Da gibt es ja gewisse, das ist hinterlegt, wie viel man pro Patient zur Verfügung hat. Und es gibt einfach Leute, gerade, wenn es ältere Menschen sind, wo man länger braucht. Das wird nicht für jeden sein, aber ich glaube, dass man diesen prozentuellen Anteil an Menschen über 85 und diesen prozentuellen Anteil an Menschen mit nicht deutscher Muttersprache sicher bedeutend mehr berücksichtigen müsste.“ (BR18)

Pflegekräfte in akutergeriatrischen Stationen schildern, dass sie ihre Arbeit nicht in der bekannten Form leisten könnten, müssten sie mit den PPR-Vorgaben arbeiten, ein Signal, dass in den Qualitätskriterien *➤ siehe auch Kap. 3.2* mehr Zeit für ressourcenstärkende Arbeit vorgesehen ist.

„Man käme mit der PPR nicht aus, beziehungsweise nicht in dem Sinne. Man müsste es dann so handhaben, wie auf einer Akutstation. Man könnte die Patienten dann weniger anleiten. Man könnte sich weniger Zeit für sie nehmen.“ (BK90)

Gerade jene Elemente, die das Grundwesen der Pflege ausmachen, siehe dazu auch das Selbstverständnis der Pflege *➤ Kap.5.4.1.1* werden aus Sicht vieler Befragter derzeit noch zu wenig abgebildet.

Angehörigenarbeit

„Aber man sagt halt auch nicht, da habt ihr einen Folder., lest den.“
(SL34)

Angehörigenarbeit im Krankenhaus hat viele Facetten und hat seit Entstehung der PPR zugenommen.

„Ja, auch das Thema der Angehörigen ist ein ganz großes für uns geworden die letzten 20 Jahre. Ja, diese Mitbetreuung der Angehörigen ist sehr anspruchsvoll geworden, verlangt eine gewisse Kompetenz, ahm, und die auch zu begleiten. Und ich finde das wichtig und gut, aber das hat sich nie in der Ressourcenplanung wiedergefunden.“ (PM19)

„Information der Angehörigen durch die Pflege. Angehörigenarbeit von Patienten, die fordern viel mehr ein als früher war. Die Ansprüche steigen, das sind eh so generelle Sachen.“ (BR3)

„Es kommen dauernd Angehörige, man muss dauernd informieren über die Hygienemaßnahmen. Da gibt es zwar eh einen super Folder, den man ihnen mitgeben kann, aber man sagt halt auch nicht, da habt ihr einen Folder. Lest den. Man führt das ja ein bisschen aus.“ (SL34)

Es wird vieles unternommen, um den Patienten/-innen und Angehörigen nach dem Krankenhaus eine gute Versorgung zu ermöglichen *➤ siehe auch Kap. 5.8.3*, teils handelt es sich um ein forderndes Arbeitsfeld, das wenig in der PPR abgebildet ist.

„Und trotz allem ist das dann halt eine Herausforderung, wie kommt der Patient dann wieder heim, und speziell der alte Patient... mit einer Fract. Nasi oder mit so Kleinigkeiten und bis dato alleine zu Hause, 86 zum Beispiel und jetzt geschmissen und was tun wir jetzt. Und das ist auch ein Bereich, der im Spital einen großen Aufwand betreibt.“ (SL37)

Neben der besonderen Anleitung von Angehörigen, vor allem im Bereich Kinder, ist es oft auch der sensible interkulturelle Umgang, der Zeit fordert und in der PPR nicht abgebildet ist.

„Das ist schon was, wo die Pflege vor Herausforderungen steht. Da muss man auch überlegen, bleibt der Papa dabei, dann muss ich auch auf die Kultur Acht geben. Kann ich da eine Mama dazulegen mit einem Kind, wenn da der Vater da ist. Also, das muss man dann gut handeln, wo man dann die Kinder überhaupt hinlegt. Aber klar, das muss man respektieren, das ist einfach ihre Kultur.“ (SL36)

„Von den Angehörigen, also, man hat oft das Gefühl, man gibt ihnen den kleinen Finger und sie nehmen die ganze Hand. Sie zehren dich aus.“ (BK90)

„Ich sage einmal herausfordernde Angehörige, das ist nicht negativ behaftet, sondern Angehörige, die sich auch vielfach in den Behandlungsprozess einbringen wollen und auch diese Ressourcen benötigen.“ (BR1)

Häufig wird gerade die fordernde Anspruchshaltung \blacktriangleright siehe auch Kap. 5.3.6.2 darauf zurückgeführt, dass oft zu wenig Zeit vorhanden ist und die Angehörigen diesen Druck spüren. Mehr Zeit, gerade für Angehörigenarbeit, könnte daher auch deeskalierend wirken \blacktriangleright siehe auch Kap. 5.8.1.

Pflege und Betreuung von Kindern

Für Kinder-Stationen gibt es eine spezielle Kinder-PPR aus dem Jahr 2003 \blacktriangleright siehe auch Kap. 3.4. Aus Sicht der befragten Führungskräfte und Beschäftigten in diesen Stationen bildet diese nicht mehr alle Aufgaben korrekt ab.

„Kinder kannst du nicht mit der PPR berechnen.“
(PM17)

„Ich glaube auch, dass man zum Teil die Kinder mehr berücksichtigen müsste. Sie bemühen sich zwar bei den Kindern, aber es ist oft noch zu wenig, wie man es ihnen beibringt.“ (BR18)

„Wobei man sagen muss, zum Teil ganz eigenartig, für eine Blutabnahme bei einem Kind, wären sogar weniger Minuten drinnen, als bei einem Erwachsenen. Kein zwei Jahre alter oder zehn Jahre alter, hält mir die Hand her. Auch Größere haben hat oft panische Angst und dann musst du das denen halt erklären. Also, es ist manches an Minuten hinterlegt, wo man sich schon fragt, wer das eigentlich gemacht hat.“ (BL6)

Wie überall im Krankenhaus hat sich auch das Arbeitsfeld in der Kinderkrankenpflege stark verändert. Neben einer kürzeren Verweildauer und einem Ausbau der Besuchszeiten hat sich auch die Anspruchshaltung der Angehörigen stark verändert.

„Früher hat es fixe Besuchszeiten gegeben und beispielsweise ein Kind mit Blinddarmoperation, das war dann eine Woche da. Jetzt ist die Verweildauer zwar kurz, die Kinder gehen am dritten Tag nach der OP nach Hause, aber wir haben so einen Riesen Durchfluss. Und die Eltern sind, das ist auch so ein gesellschaftliches Problem, sie sind mit vielen Situationen schnell überfordert, weil zu Hause die Familienstruktur sich so verändert hat. Heute ist jeder alleine, man hat gar nicht mehr so die Großeltern irgendwie bei Hand, weil die auch noch lange arbeiten müssen und dann zieht sich durchs ganze System durch. Und das wird schon zunehmend zu einem Problem.“ (SL36)

„Ich kann nicht so pflegen, ich kann nicht, zum Beispiel so die Eltern anleiten, wie ich es gerne täte. Ich nehme jetzt ein banales Beispiel her, das Kind fiebert, geht nicht runter auf die Medikamente, man will komplementäre Methoden anwenden, wie zum Beispiel Wickel. Die Mama hat das noch nie gemacht. Und man muss das so schnell, schnell machen. Tun sie das zehn Minuten rauf, schauen Sie, dass es nicht zu warm ist und kalt ist und so, wo ich nicht dabei sein kann, sag

ich jetzt einmal, das bleibt halt immer so auf der Strecke. Läuten Sie mir in zehn Minuten, wenn ich nicht komme nach zehn Minuten, also das ist... Also schon viel Beratung, Anleitung und alles halt schnell, schnell, schnell, das ist...“ (BK13)

Eltern brauchen für die Zeit nach dem Krankenhaus eine gute Beratung und Anleitung. Diese Aufgabe ist häufig sehr zeitintensiv.

„Ich kann nicht so pflegen, ich kann nicht, zum Beispiel so die Eltern anleiten, wie ich es gerne täte.“

(BK13)

„Mittlerweile die Medizin, die hat sich so gut weiterentwickelt, dass Kinder überleben. Die brauchen dann aber für zu Hause ein so komplexes Equipment und so ein gutes Netzwerk. Wir haben eine sehr gute Überleitungs- und Pflege bei uns im Haus, aber das gehört gut aufgebaut und die Eltern gehören dann, wenn das Kind von der Intensiv kommt, gut eingeschult.“ (SL36)

„Natürlich sind wir froh, wenn die Begleitpersonen dabei sind... aber eine Schwester ist halt sehr viel da drinnen und muss mit den

Eltern auch Gespräche führen und ja, das ist einfach alles aufwändig und das ist in der PPR irgendwann nicht mehr abgebildet worden. Weil ich muss ja auch die Eltern anleiten.“ (SL36)

„Und gerade der Kinderbereich wird halt immer spezieller. Sehr viele Kinder kommen mit unklaren Bauchschmerzen. Da muss man einfühlsam sein, mit Mama, mit Kind. Natürlich kommen die Psychologen, aber als Pflege ist man halt 8 Stunden da drinnen. Und da kann man vieles herausfiltern, aber es ist sehr herausfordernd.“ (SL36)

„Auf der Intensiv ist ja immer eine Schwester da, und daheim hat man ja auch nicht immer eine Schwester, dann kommen sie zu mir auf die Chirurgie, dann bekommen die miteinander mal ein Zimmer, die müssen sich in der Nacht auch einmal aneinander gewöhnen. Und dann die Mama so das Gefühl bekommt, ich brauche eh nicht jede Sekunde eine Schwester. Aber ihr trotzdem das Gefühl der Sicherheit geben, das ist aufwändig. Das ist in der PPR einfach nicht.“ (SL36)

Nicht nur die Aufgaben im Kinderbereich sind aus Sicht der Befragten in der Kinder- und Jugendlichenpflege zu wenig berücksichtigt, auch die Minutenwerte sind nicht mehr passend

➤ siehe auch Kap. 5.6.3.4.

„Die Minuten sind komplett anders hinterlegt, wie beim Erwachsenen, es sind viel mehr Minuten dahinter und trotzdem geht es sich nicht aus.“ (PM16)

Führungskräfte mit Personalverantwortung für Kinder- und Jugendlichengebiete berichten, dass die PPR-Systematik aus dem Jahr 2003 nicht mehr tauglich ist, die aktuellen Anforderungen dieser Bereiche zu erfüllen.

Praxisanleitung

„Im Prinzip ist das ja nicht eine Entlastung, sondern eine Belastung. Weil du ihnen da ja alles erklären sollst. Weil, sie sind ja in Ausbildung. Und ja, ich glaube, wir machen es eh ganz gut.“

(BK38)

Praktikanten/-innen und Schüler/-innen werden als Bereicherung und teils auch als Entlastung im Pflegealltag erlebt. Trotzdem wird berichtet, dass die Zeit für die Praxisanleitung, Unterweisung und Begleitung zu wenig in der PPR abgebildet ist. Auch werden keine eigenen Einheiten für Praxisanleitung zur Verfügung gestellt.

„Also, die neue Mitarbeiterin wird jemandem zugeteilt, aber läuft dort mit und wenn der, die Praxisanleiterin muss genau so ihre Patienten betreuen, ist nicht freigestellt. Auf der Neugeborenenintensiv

gelingt es teilweise, zumindest tageweise freizustellen, aber die anderen Stationen, die macht sozusagen ihre Patientenbereiche mit und ihre Einzuarbeitende auch noch dazu... Das ist auch eine Belastung. Und das Ganze, wenn ich ein normales Patientenaufkommen habe, dann geht das alles, aber immer unter diesen eng gesteckten personellen Möglichkeiten macht das Zusatzbelastung. Und die Lust, dass ich jemandem etwas zeige, sinkt zunehmend. Also, da haben wir Leute, die sagen, sie legen die Praxisanleitung zurück, es interessiert sie nicht mehr.“ (PM17)

Die Praxisanleitung funktioniert meist (noch) gut, weil die Praxisanleiter/-innen sehr engagiert sind.

„Schüleranleitung, das wird auch immer aufwändiger und jetzt haben wir ja auch wieder den Wechsel und jetzt bekommen wir neue Berufsgruppen und neue Ausbildungsziele. Also Schüler vom dritten Jahr sind dann oft schon eine Hilfe auf der Station, aber gerade, wenn sie so anfangen, dann ist es oft ein großer Aufwand. Und wenn die drei Monate da sind, müssen wir schon schauen, dass sie ihre Ausbildungsziele erreichen.“ (BK52)

„Unsere Bereichsleitung nimmt sich zwar, bemüht, sich, dass zumindest ein Vormittag, den ersten Tag frei für einen Praxisanleiter mit einem Schüler, aber sie sind schon viel alleine gelassen, glaube ich. Gerade, wenn es dann um den zweiten und dritten Tag geht, wo sie nicht einmal wissen, wo finde ich was auf der Station, was für ein Patientengut habe ich auf der Station, also ich glaube schon, dass sie sich oft alleine gelassen fühlen, ah. Das vielleicht die erste Woche wichtig wäre das man sagt, sie gehen fix mit einer Person mit, die zeigen ihnen den Ablauf und dann tun sie sich auch später leichter beim Arbeiten und wären auch mehr Unterstützung glaube ich für einen Bereich.“ (BK4)

Damit Praktikanten/-innen besser begleitet werden können, wünschen sich Pflegekräfte mehr Zeitressourcen.⁵⁰¹

„Es gibt zwar jetzt so Begleiter praktisch für Schüler, aber auf gewissen Stationen kommen sie gar nicht einmal gescheit dazu, dass sie sich wirklich die Zeit nehmen, weil sie sind deswegen nicht weniger eingeteilt in der Gruppe. Das geht alles nebenbei.“ (BR8)

Keine Vorgaben zur Nacht

Neben einer Fülle von fehlenden Aufgaben in der PPR wurde auch häufig thematisiert, dass die derzeitige PPR keine tauglichen Richtlinien für die Nachtbesetzung vorgibt. Aus Sicht der Befragten ist hier Handlungsbedarf. Die Befragten erleben gerade in der Nacht eine starke Leistungsverdichtung, für die es derzeit keine normierten Modelle zur Berechnung gibt.

„Ich würde auf alle Fälle Nachtdienste aufnehmen.“
(PM5)

„Es ist ein Mittel zum Berechnen, aber ist nicht wirklich adäquat. Wenn ich mir denke, die PPR berechnet den Nachtdienst nicht, weil eine Pauschale ist, denke ich mir, das kann es auch nicht sein. Es gibt ja auch die Nachtdienstzulage in den Berechnungen, aber, wenn ich zum Beispiel, ich habe viele, viele Jahre nur Nachtdienste gemacht. Also ich kann da wirklich mitreden, dass ich weiß, in der Nacht wird, wie es von manchen behauptet wird, nicht nur Kaffee getrunken und Pullover gestrickt. Sondern, es ist wirklich in der Nacht oft irrsinnig viel zum tun. Die Patienten sind älter, sind verwirrter, dement. Das kommt alles dazu. Viele flüchtende Patienten. Unendlich anstrengend. Nachtdienst ist vom Biorhythmus her, finde ich, nicht das Beste für den Körper. Muss man wirklich fairerweise sagen. Und das wird in der PPR alles nicht abgezeichnet.“ (PM5)

„Also das größte Problem im Pflegebereich, aus meiner Sicht... ist die Nachtdienstbesetzung. Dass nämlich nach der PPR, man ab einer gewissen Bettenanzahl man so viele Nachtdienste hat und ja, das greift einfach nicht. Wenn man in der Nacht die Spritzenrunde macht, vom Tagdienst noch einige Aufgaben übernimmt, Dokumentierungen und so, dann hat man eine Verdichtung im Nachtdienstbereich.“ (PM13)

Auch Sicht der Befragten besteht hier Handlungsbedarf⁵⁰² ➤ siehe auch Kap. 5.5.7.

⁵⁰¹ Siehe dazu auch die Forderungen des Pflegekonsiliums, Gratzner, 2014. Häufig wurde im Zusammenhang mit der Praxisanleitung auch darauf verwiesen, dass es im Gegensatz zur freiwilligen Weiterbildung im Rahmen des GuKG § 64 in Österreich verbindliche Kriterien für die Praxisanleitung analog zu Deutschland geben soll, vgl. dazu die deutsche Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), 2018

⁵⁰² Siehe dazu auch die Darstellung und Forderungen des Pflegekonsiliums, Gratzner, 2014

5.6.3.6 IDEEN AUS DER PRAXIS

Einige Krankenhäuser haben versucht, die neuen Anforderungen an die Pflege, trotz Limitation in der PPR anderweitig zu kompensieren. So gibt es z.B. Häuser, die für die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an die Pflege auch die Dienstposten neu bewertet und übertragen haben.

„Bis jetzt haben immer die Turnusärzte die Neuaufnahmen, Blutabnahmen etc. gemacht. Das müssen auch wir jetzt übernehmen. Dafür haben wir aber auch die Stunden bekommen.“ (BK36)

„Für die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten haben wir berechnet, und da haben wir internationale Werte herangezogen, es gibt Werte für Blutabnahme, für Infusionen anlegen, das haben wir hochgerechnet, mit den Aufnahmen, die wir haben, mit den Blutabnahmen. Das geht ja heutzutage sehr gut. Und da sind wir auf die Anzahl an Mitarbeitern gekommen, die wir brauchen. Das ist natürlich dann Verhandlungssache.“ (PM6)

„Wir im Haus haben sie angepasst... nach außen hin hat es ja nicht wirklich mehr eine Gültigkeit. Aber wir passen sie an. Gerade wie das ganze Infusionsmanagement zur Pflege gekommen ist, da haben wir gesagt, hier müssen wir etwas dazugeben und haben den Grundwert erhöht. Wir haben Zeiten zum Teil selber mitgestoppt und zum Teil gibt es auch Kennzahlen von anderen Organisationen, wie viel Zeit wird benötigt, damit diese Leistungen erbracht werden können. Das haben wir natürlich schon berücksichtigt, um hier einfach auch der Pflege zu zeigen, es ist mitberücksichtigt, wir gehen ja sehr transparent mit unseren Daten um.“ (PM4)

Führungskräfte einiger Kinder-Stationen schildern, dass die Kategorisierung von Eltern-Tätigkeiten als Anleitung erfolgt, da sie ja Begleitung brauchen. Der ressourcenstärkende Ansatz bei den Eltern wird hier in der PPR gelebt.

„Also, das ist eigentlich klar geregelt in der Kinder-PPR. Auch, wenn die Eltern es selber machen, ist es so, dass die Leistung erbracht ist, weil es die Anleitung ist. Du musst permanent dahinter sein und schauen, du musst sie anleiten, machen sie es korrekt? Also der Aufwand ist enorm und darum darfst du es auch so berechnen.“ (PM16)

Verantwortliche im Pflegemanagement sind froh, dass sie trotz aller Grenzen die PPR als Steuerungsinstrument verwenden können.

„Ich bin froh, dass wir das haben, weil es eine Orientierung gibt und als interne Steuerung. Damit ich sagen kann, in welchem Pflegebereich der Aufwand mehr wird. Wie kann ich das ein bisschen ausgleichen, da hilft das enorm. Es hilft auch beim Belegungssystem, in dem ich sage, auf dieser Station gibt es schon sehr viel Pflegebedürftigkeit, also hier keine Akut-Patienten mehr hinbringen. Also zum Steuern finde ich die Personallberechnung sehr gut.“ (PM4)

Pflegekräfte erzählen, dass sie die PPR gerne als Steuerungsinstrument bei der Pflegekategorisierung verwenden ➤ *siehe auch Kap. 3.4.*

„Und ich finde die PPR, für mich selber, aber so arbeite halt ich, für mich selber ist das ein Kontrollorgan, Passt die 3-er-Einstufung noch, oder ist es ein 2-er? (BK82)

„Man nimmt sie ja auch her, wenn man Kostenkalkulationen macht, indem man sagt, ja wir haben hier neue Eingriffe, neue Behandlungskonzepte, was bedeutet das für die Pflege, und was kostet das, also auch für solche Kalkulationen kann man die PPR nutzen. Ich glaube, es greifen doch mehrere zu.“ (PM4)

Führungskräfte einiger Krankenhäuser schildern, dass sie die PPR adaptiert haben, damit sie den heutigen Anforderungen besser entspricht. Auch wurden schon Überlegungen getroffen, um die Kategorisierung zu vereinfachen bzw. überhaupt automatisch abzuwickeln ➤ *siehe auch Kap.5.5.1.1.*

5.6.3.7 FAZIT ZUR PPR

„Die Validität des Instrumentes ist kritisch zu hinterfragen. Eine Anpassung der PPR an die heutigen Rahmenbedingungen der Pflege ist für eine aufwandsgetreue Personalbemessung unumgänglich.“⁵⁰³ Die Kritik⁵⁰⁴ aus der Literatur ➤ siehe auch Kap. 3.4 belegen auch die Erkenntnisse aus den Interviews.

„Weil ich habe in der PPR immer diese Begrenzung drinnen. Das ist nur für den stationären Bereich. Es ist nur am Tag, von sieben bis 19 Uhr. Ich sage jetzt einmal so ein Zeitfenster. Und es beinhaltet gewisse Themenfelder meiner Meinung zu wenig oder gar nicht. Ja, der ganze Bereich der Beziehungspflege, der so elementar ist ja, ja in der Betreuung von Patienten oder in der Versorgung, den finde ich in der PPR nur im Ansatz. Und das macht es einfach schwierig. Anhand eines Instrumentes, was gar nicht wirklich abbildet, was jetzt in der Gegenwart gemacht wird, drum habe ich mit der PPR so meine Probleme.“ (PM19)

Es bringt schon lange nicht mehr zum Ausdruck, welche Leistung die Pflege an und mit dem Patienten erbringt.“

(PM19)

Soll mit der PPR eine realitätsnahe Abbildung des Pflegeaufwandes erfolgen, so muss das knapp 30 Jahre alte Berechnungsinstrument grundlegend weiterentwickelt werden, da sich das pflegerische Geschehen seit den 1990er-Jahren deutlich verändert hat. Zusätzlich ist zu bedenken, dass bereits die damalige Festlegung der Minutenwerte eine Kompromisslösung aus Experteneinschätzungen, Testläufen und Finanzierungsmöglichkeiten war,⁵⁰⁵ ➤ siehe dazu auch Kap. 5.6.3.1 „An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass es sich auch hier mit den Mittelwerten so verhält, wie es sich mit Mittelwerten generell verhält. Die Verfügbarkeit von Kennzahlen aus anderen Kliniken schützt nicht davor diese für die eigene Organisationseinheit zu ermitteln.“⁵⁰⁶ Derzeit schätzen viele Führungskräfte (noch) die PPR, weil es keine anderen tauglichen (und ausfinanzierten) Modelle in Oberösterreich gibt.

„Also ich finde, bevor wir nichts haben, nehmen wir die veraltete PPR, die sicher veraltet ist, die sicher fehlerhaft ist, die uns nicht genau das abbildet, was wir machen. Aber ich glaube, noch katastrophaler wäre, wenn wir das nicht haben. Wenn wir nach Belagszahlen oder so, weil das ist noch viel, noch viel ungenauer.“ (BL16)

Das skizzierte Handlungsfeld liefert erste Ideen für eine ev. Weiterentwicklung des PPR-Modells. Als Basis dafür können nebst vielfacher Literatur auch die Empfehlungen zur PPR-Umsetzung aus dem Jahr 2004⁵⁰⁷ herangezogen werden. Sie haben aus heutiger Sicht immer noch ihre Gültigkeit.

- Einführung aufwandsorientierter Methoden auch in anderen Pflegebereichen, wie OP, Tagesklinik, Ambulanzen, etc.
- Klärung des Versorgungsbedarfes im Nachtdienst
- Darstellung, inwieweit die Ressourcen, die sich laut PPR für die spezielle Pflege (S) ergeben, tatsächlich den erbrachten Leistungen entsprechen

⁵⁰³ Thomas et al., 2014: 22

⁵⁰⁴ Für eine weiterführende Kritik an der PPR und Forderungen aus dem Pflegekonsilium siehe auch Gratzler, 2014

⁵⁰⁵ siehe dazu auch Thomas et al., 2014, Simon, 2008 mit Verweis auf BT-Drs. 12/3608; Deutscher Bundestag, 1992

⁵⁰⁶ Zulehner, 2016: 127

⁵⁰⁷ Zulehner, 2004. Das vorliegende Papier im Auftrag der Gesundheitslandesrätin Stöger enthält eine Analyse der damaligen PPR-Umsetzung und konkrete Empfehlungen zur Weiterbearbeitung des öö. PPR-Handbuches Erwachsenenpflege. Teile davon wurden in der Version 2008 umgesetzt, einige Punkte davon sind bis dato nicht berücksichtigt.

- kritisches Hinterfragen der geplanten und erbrachten Pflegeleistungen

Neben dieser und weiterer Faktoren braucht es unter anderem eine Adaptierung der Minutenwerte auf der Grundlage einer aktuellen arbeitsanalytischen Untersuchung.⁵⁰⁸ Aus den Schilderungen der Befragten wird deutlich, dass die Experten/-innen meist direkt in den Häusern sitzen. Eine Offenlegung der PPR-Praktiken in den einzelnen Häusern inkl. Minutenwerte, „guter Praxis“ und den Handlungsfeldern könnte ein erster Schritt zur Weiterentwicklung der PPR sein.

5.6.4 QUALITÄTSKRITERIEN

Von den Interviewpartnern/-innen wurden häufig Beiträge zu den Qualitätskriterien eingebracht. **111-mal** wurden unterschiedliche Facetten, der Nutzen, die Tauglichkeit und weitere Aspekte angesprochen.⁵⁰⁹

5.6.4.1 NUTZEN

„Gut. Überall dort, wo wir Strukturqualitätskriterien haben, geht es uns gut, weil da ist es höher, nur, die gibt es nicht mehr so leicht.“
(PM12)

Von den Befragten wird begrüßt, dass es Qualitätskriterien gibt, da sie eine bessere Grundlage für die Bemessung des Personaleinsatzes darstellen. Neben der Anhaltszahl für Personal wird auch begrüßt, dass die Qualifikation verbindlich vorgegeben ist.

„Eine gewisse, also Kriterienvorgabe finde ich schon sinnvoll. Und überall, wo es welche gibt, die sind entspannter. Das ist so... auf der Intensiv... Akutgeriatrie, Palliativ... Aber da heißt es, so und so viele müssen dort sein, müssen ausgebildet sein. Da gibt es keine Diskussion. Sonst kann man schnell mal diskutieren, ist das überhaupt notwendig? Ich war, bin noch immer eine Verfechterin von Sonderausbildungen, dass die auch vorgegeben sind. Weil ich glaube sehr schnell, dass vielleicht Firmen dann, oder Unternehmen, oder Träger eher sagen, brauchen wir nicht, können wir gut anlernen, die ist tüchtig, ich halte nichts davon!“ (PM8)

Die Qualitätskriterien stellen häufig eine bessere Personalausstattung zur Verfügung, was sich auch in der Versorgung der Patienten/-innen auswirkt, wie z.B. in der Palliativpflege.

„Und weil dort die Personalausstattung auch besser ist. Was ist mit alle den anderen Palliativpatienten und Patientinnen, die wir haben, dort ist keine Personalausstattung besser, die müssen in der Routine mitlaufen.“ (BR1)

„In allen Bereichen, wo wir Strukturqualitätsvorgaben haben, haben wir kein Problem. Wenn es da nicht funktioniert, sind wir selbst verschuldet, haben wir organisatorisch was. Das ist wichtig, dass man das was hat, auch wirklich besetzt hat und ansonsten muss man sich nach der Decke strecken und schauen was man tut und was man nicht leisten kann.“ (PM13)

Die Qualitätskriterien sind an einer guten Auslastung orientiert. Da die Auslastung in diesem Bereich selten überschritten wird, passen die Berechnungen mit der Anforderung zusammen.

⁵⁰⁸ Simon, 2018

⁵⁰⁹ Das vorliegende Kapitel gibt lediglich einen ersten Einblick in das Handlungsfeld. Aufgrund der Vielzahl der vorliegenden Bereiche mit unterschiedlichen Qualitätskriterien war es nicht möglich, die Basis der Interviewpartner/-innen weiter auszubauen und eine weiterführende Analyse für alle Bereiche zu erstellen. Die Inhalte bilden den Status quo und die Herausforderungen über alle Bereiche ab. Für eine Weiterentwicklung der Qualitätskriterien wird eine vertiefte Analyse kombiniert mit einer arbeitswissenschaftlichen Erhebung der Tätigkeiten empfohlen; siehe: z.B. Glaser/Seubert, 2018, Grzech-Sukalo/Hänecke, 2016, Hacker/Richter, 1980

„Sie ist errechnet anhand der Strukturkriterien... und muss, gehe ich davon aus, an einer zumindest guten durchschnittlichen Auslastung, weil wir gehen auch nicht hoch mit dem Patientenschlüssel, wenn wir voll belegt sind. Das heißt, es ist an eine Maximalbelegung ausgerechnet.“ (SL27)

Den Vorteil in Qualitätskriterien sehen viele auch darin, dass man selbst in etwas „ruhigeren Zeiten“ nicht sofort gezwungen ist, Personal abzubauen. So können auch zumindest „teilweise Normalarbeitsphasen“ als Kompensation zu besonders stressigen Zeiten gesehen werden.

„Also diese extremen Spitzen, die man hat, einfach auch nur, nicht nur nicht büßen, also, da muss man gewappnet sein und in den ruhigeren Phasen muss man nicht die Angst haben, dass jetzt Personal genommen wird, weil jetzt haben wir gerade nur 60 Prozent.“ (SL32)

„Zum einen kann ich sagen, im Intensivbereich, ist es gut, dass wir Strukturqualitätskriterien haben. Sozusagen kann man uns nicht so schnell zusammen kürzen.“ (SL12)

Allgemein ist festzustellen, dass in den Bereichen, in denen Qualitätskriterien im Einsatz sind, die Befragten weniger über knappe Personalstrukturen geklagt haben und zufriedener mit ihrem Arbeitsumfeld waren.

„Sie sagen im Regelfall, dort, wo ich Strukturqualitätskriterien..., sands, also sage ich, über alle hinweg, sage ich, dann sind sie zufriedener mit der Ausstattung, als da wo PPR gelebt wird.“ (BR3)

„Weil mir taugt die Arbeit da. Es passt mit dem Personal, es passt auch mit den Schülern, man hat Zeit, dass man sich sowohl dem Patienten widmet, als auch die Schüler anleitet, also mir fiele da jetzt spontan nix Negatives ein. Ich gehe gerne in die Arbeit.“ (BK99;Stroke)

Eingebracht wurde aber auch hier, dass es eine Evaluierung der Vorgaben braucht, weil die Qualitätskriterien nicht mehr den heutigen Anforderungen entsprechen.

5.6.4.2 WENIGER VERBINDLICHE VORGABEN

Die Befragten schildern, dass es immer weniger Bereiche gibt, in denen Qualitätskriterien festgelegt sind, bzw. wurden sie in den letzten Jahren durch diverse Reformen stark aufgeweicht
 ➤ siehe auch Kap. 3.2. Die permanente Aufweichung wird von Experten/-innen, die schon lange im Feld tätig sind, kritisch hinterfragt.

„Ja, wenn das Personal drinnen steht und ausreichend drinnen steht, dann ist es natürlich eine Unterstützung und Hilfe, weil da hält sich dann der Träger daran. Das ist eine Vorgabe.“ (PM16)

„Nur, die gibt es nicht mehr so leicht. Aus der Intensiv ist es draußen, da ist es nur mehr im KAL drinnen... Im Kranken-Anstalten-Katalog glaube ich, heißt der. Das heißt, in der LKF-Finanzierung. Das heißt, ich kriege nur die Finanzierung, wenn ich so und so viel Personal habe.“ (PM12)

„Wenn man sich das anschaut, grad beim ÖSG, LKF, auch der Bundeszielsteuerungsvertrag, ja, die mit jeder Überarbeitung, Novellierung ja immer weiter eigentlich aufgeweicht worden sind, haben die, aus meiner Sicht, haben die den negativen Beigeschmack, dass ich Dinge gestalte, wie ich sie gerade in meiner Ist-Situation brauche, das hat aber für die Pflege nachhaltig manchmal ganz schlechte Auswirkungen. Das mag für den Moment dienlich sein, und wenn ich dann sage, naja im ÖSG steht halt jetzt nicht mehr drinnen, dass dieser Schlüssel jetzt nicht mehr vorgeben ist, und dass man sagt, die Organisation sollte sich selber, anhand von Kriterien, die sie sich selber machen, das sollten sie sich selber zurechtlegen. Ich habe noch nirgends festgestellt, dass es mehr wurde.“ (PM19)

„Dass man sagt, die Organisation sollte sich selber, anhand von Kriterien, die sie sich selber machen, das sollten sie sich selber zurechtlegen. Ich habe noch nirgends festgestellt, dass es mehr wurde.“ (PM19)

5.6.4.3 AUFGABEN NICHT KOMPLETT ABGEBILDET

„Ah, die Strukturqualitätsvorgaben, die gibt es schon lange, da hat sich nichts geändert. Es hat sich an den Kriterien in den letzten Jahren nichts geändert.“

(BL1;Palliativ)

Die Qualitätskriterien haben seit längerer Zeit kaum Anpassungen erfahren.

Die Befragten schildern, dass in den Qualitätskriterien bzw. auch in dazugehörigen Berechnungsmodellen, wie TISS, die derzeitigen Anforderungen zu wenig abgebildet sind.

„Dinge, wie eine psychologische Betreuung bei Patienten, die ein Durchgangssyndrom erleiden, wo man wirklich 24 Stunden neben dem Bett dabei stehen bleiben muss, das wird nicht abgebildet. Also die Pflege basiert auf rein medizinischen Leistungen, wo man sozu-

sagen den Pflegebedarf danach berechnet.“ (SL12; Anästhesie-Intensiv)

„Nur dieses Berechnungsmodell ist eigenartig, weil es basiert fast ausschließlich auf medizinischen, und das gefühlt wahllos zusammen geklaubten, Aspekten. (SL12)

„Das Temperaturmanagement fällt mir jetzt ein. Die Patienten bekommen ein invasives Gerät angehängt mit einem Kühlkatheter, der auch von der Pflege gehandled wird. Aufgerüstet, Abgerüstet, das fällt in gar keiner Weise hinein. Dann ein Patient, der eine Dialyse hat, bekommt gleich viele Punkte, wie ein Patient der eine Entwässerungsmotorspritze... hat. Ich meine, bei der Blutwäsche muss die Pflege alles aufrüsten, muss das im Auge haben. Viele Dinge passen so nicht zusammen. (BL4)

„Ich glaube ja, dadurch, dass der Intensivbereich ja sehr interdisziplinär ist, sehr viel medizinlastig ist, hat man irgendwann das Gefühl gehabt, Pfl egetätigkeit gibt es ja keine, sondern es ist eh alles interdisziplinär.“ (SL12)

„Das könnte natürlich mehr sein, weil, wie gesagt, der ganze pflegerische Teil, diese psychologische Betreuung, diese Zusatzbelastung mit bei unser ja immer komplexer werdenden Krankheitsbildern, das ist überhaupt nicht abgebildet. Von dem her, hat man schon das Gefühl, wenn man wirklich einen intensiven Patienten hat, kann man nur eine Eins-zu-Eins-Betreuung machen.“ (SL12)

„Also fünf Punkte sind so das Maximum, was man für eine arterielle Kanüle bekommt, die wird einmal gelegt und dann kann ich einfach Blut abnehmen und für das bekomme ich zum Beispiel fünf Punkte. Ich meine, ist eh gut, braucht man eh. Aber einen Patienten, den ich hinaussetze, mit krank und habe ich halt einen Punkt. Oder einer, der verwirrt ist, Demenz, sowas wird gar nicht berücksichtigt.“ (BL4;Intensiv)

„Ich will jetzt nicht sagen, dass alles falsch ist an dem System, aber für die Personalberechnung des Pflegepersonals hat die Grundpflege an sich zu wenig Einfluss. (BK95)

„Wenn man Betten hernimmt und mit dem multipliziert, mit dem was drinnen steht in dem Strukturqualitätskriterienkatalog, kommen wir nicht rum. Zu wenig.“ (PM15)

„Oder einer, der verwirrt ist, Demenz, sowas wird gar nicht berücksichtigt.“

(BL4;Intensiv)

Die Berechnungen ergeben sich z.B. im Intensivbereich häufig an den medizinischen Leistungen und bilden daher den Pflegeaufwand zu wenig ab.

„Also eigentlich ist das eine medizinische Auswertung oder viele medizinische Faktoren fließen da hinein und aus dem wird das Pflegepersonal berechnet.“ (BK95)

„Aus meiner persönlichen Sicht, nicht gescheit. Weil am Ende vom Tag, umso mehr Röhren ich in einen Patientem hineinstecke, umso mehr Punkte bringt er. Ganz salopp gesagt. Und das ist eigentlich pervers das System. Weil eigentlich muss ich dem Patienten um meine Intensivstufe zu rechtfertigen, möglichst lange und möglichst viele Schläuche drinnen lassen, wenn ich viele Punkte sammeln will.“ (BK95;Neuro-Intensiv)

„Dieses TISS-A System ist eigentlich, fast alle Punkte werten sich aus medizinischen Tätigkeiten, leiten sich die ab, oder aus Medikamenten... Da habe ich vier Ampullen aufgezogen, das ist ein Gesamtarbeitsaufwand von einer Minute, alles zusammengerechnet. Für das bekomme ich mehr, als wenn sich der Patient den ganzen Tag alle Kabeln abmontiert und ich 200-mal auf Alarm gehen muss, und ihn 200-mal auffordern muss. Und eigentlich sollten wir deeskalierend sein und aus dem Bett soll er dann auch nicht fallen, was weit aufwändiger ist.“ (BK95;Neuro-Intensiv)

5.6.4.4 KRITISCHE REFLEXION

Neben der Beschreibung, dass viele Qualitätskriterien nicht mehr zeitgemäß sind,

„Es hat vielleicht einmal gestimmt, wie das Ganze aufgekommen ist in den 90er Jahren, aber das stimmt schon lange nicht mehr und es ist nie der Pflegeaufwand dahinter gesehen worden. Das ist eben von Anästhesisten damals entwickelt worden, da ist es halt sehr stark um Invasität gegangen. Ich meine, jetzt verändert sich das auch, weil wir die Patienten nicht mehr eine Woche behalten und nicht mehr tief sediert. Aber der Pflegeaufwand ist eh nicht, wie tief man jemanden sediert, sondern der große Pflegeaufwand ist der, der entwöhnt wird, der mobilisiert wird, der Durchgangssyndrom hat, der Demenz hat und der bringt in der Regel nicht mehr viele Punkte, wenn er die Schläuche entfernt hat. Aber einen hohen Pflegeaufwand hat er.“ (BL4)

„Und der bringt in der Regel nicht mehr viele Punkte, wenn er die Schläuche entfernt hat. Aber einen hohen Pflegeaufwand hat er.“ (BL4)

bringen die Befragten noch weitere kritische Punkte zu den Qualitätskriterien ein.

Die Qualitätskriterien sind als Nurse-to-Bed-Ratio zu verstehen ➤ *siehe auch Kap. 3.6.2*. Der tatsächliche Pflegebedarf der betreuten Patienten/-innen wird nicht weiter gesondert betrachtet.

Der Einsatz der Qualitätskriterien wird in der Praxis unterschiedlich gehandhabt, vor allem, was die Einrechnung diverser Fehlzeiten ➤ *siehe auch Kap. 5.5.4* in die Personalberechnung betrifft.

„Im Dienstplan stehen sie [Anm.: Beschäftigte in Sonderausbildungen] dabei, aber sie sind nicht Vorort. Sie sind gelegentlich Vorort, wenn sie keine Praktika oder Unterricht haben. Das ist meist so über die Sommermonate, Gottseidank, so organisiert, dass sie da, da sind. Aber demnach sind es zwei Planstellen, die nicht dabei sind, könnte man jetzt argumentativ sagen, deshalb sind wir ein bisschen überbesetzt.“ (SL32;ICU)

„Je nachdem, in welcher Stufe ich bin, da habe ich Qualitätskennzahlen, wobei hier auch die Interpretationsspielraum sehr groß ist, weil da steht zum Beispiel drinnen, dass ich in der Stufe 2,5 bin, da weiß man nicht, heißt das 2,5 mit Ausfallzeit, ohne Ausfallzeit, das weiß ich nicht und das kann mir auch keiner sagen. Also, auch das sehe ich als Orientierungskennzahl.“ (PM4)

„Mit 20 Prozent sind die Fehlzeiten berechnet, aber ich habe zwei Mitarbeiter, die sind schon länger im Krankenstand jetzt und für die bekomme ich keinen Ersatz. Und ich habe ja Urlaub auch noch und alles.“ (SL33)

„Eigentlich ja. Da kommen wir ganz schön über die Runden..., aber ich habe Gottseidank die meiste Zeit des Jahres sehr gesunde Mitarbeiter.“ (SL44;AG/R)

Aus der Vorgabe lässt sich nicht immer unmittelbar der konkrete Personaleinsatz am Tag ableiten. Ein Fallbeispiel verdeutlicht die Praxis. In der AG/R gelten folgende Qualitätskriterien

➤ *siehe auch Kap. 3.2*.

Personalausstattung Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) in VZÄ je tatsächlich aufgestelltes Bett	
Berufsgruppe	Anzahl
Ärzte/-innen (Tagdienst)	0,11 je Bett (1 VZÄ je 9 Betten)
Gesundheits- und Krankenpflegepersonen	0,67 je Bett (1 VZÄ je 1,5 Betten)
Therapeuten/-innen (Physiotherapie, Ergotherapie, weitere nach Bedarf)	0,12 je Bett (1 VZÄ je 8,4 Betten)
Sozialarbeiter/-innen	0,02 je Bett (1 VZÄ je 50 Betten)
Klin. Psychologen/-innen mit Psychotherapieausbildung bzw. Psychotherapeuten/-innen	0,01 je Bett (1 VZÄ je 100 Betten)

Tabelle 68: Personalausstattung AG/R⁵¹⁰

Dem gegenübergestellt werden Annäherungszahlen aus der Praxis ➤ *siehe auch Kap. 5.6.2*. Erhoben wurden Stichtagszahlen aus zwei AG/R-Abteilungen. Es wurden exemplarisch folgende bettenbezogene Zahlen erhoben⁵¹¹:

Tatsächliche Personalausstattung AG/R nach Betten (Fallbeispiel)	
Verhältnis	Anzahl
Bett zu Gesundheits- und Krankenpflegeperson	8,09
Gesundheits- und Krankenpflegeperson zu Bett	0,14

Tabelle 69: Pflege-Betten-Verhältnis am Beispiel AG/R

Konkret bezogen auf die anwesenden Patienten/-innen ergibt sich folgendes Bild:

Tatsächliche Personalausstattung AG/R nach Patienten/-innen (Fallbeispiel)			
Verhältnis	Minimum Durchschnitt	Maximum Durchschnitt	Durchschnitt gesamt
Patient/-innen zu Gesundheits- und Krankenpflegeperson	6,5	8,0	7,3
Gesundheits- und Krankenpflegeperson zu Patienten/-innen	0,14	0,18	0,2

Tabelle 70: Pflege-Patienten-Verhältnis am Beispiel AG/R

Die Fallauswertung der beiden AG/R-Bereiche zeigt, aus den vorgegebenen Qualitätskriterien lässt sich nicht automatisch die tatsächliche Personalausstattung auf der Station ableiten. Die Qualitätskriterien geben großteils keine Vorgaben für die Verteilung der verbindlich vorzuhaltenden Personaleinheiten. Dadurch ergeben sich häufig Herausforderungen gerade auch für die Nachtdienstbesetzungen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.7*.

„Wo es eben heißt, pro Bett bei uns auf der Intensiv, ich glaube 2,5 Pflegepersonen, oder irgendetwas in der Richtung. Wie das Personal dann natürlich zu verteilen ist, Tag und Nacht, wie ich es einzusetzen habe, da steht wieder nirgends. Da hat man das Problem, dass tagsüber eher mehr hier sind und man sich nachts oft dawurschtelt“. (BR11)

⁵¹⁰ BMASGK, 2018b: 21 (eigene Darstellung)

⁵¹¹ Die vorliegenden Zahlen könnten nicht als repräsentativ betrachtet werden, sondern dienen zur ersten Veranschaulichung der Komplexität von Qualitätskriterien. Erfasst wurden lediglich 2 AG/R-Bereiche an einem zufällig ausgewählten Stichtag im 1. Quartal 2019. Ev. Fehlzeiten wie Urlaube, Krankenstände, Beschäftigte in Fort- und Weiterbildung, Projekte, etc. wurden nicht erhoben, was auch die niedrigeren Verhältniszahlen erklären könnte. Für eine konkrete Betrachtung der Personalbestzungen wird eine Analyse der in den Trägern bzw. beim Gesundheitsministerium verfügbaren Zahlen inkl. der Betrachtung der Nachtdienste und Fehlzeiten empfohlen.

„Ja, also, wenn das gefordert wird, dass man den Patienten auch in der Nacht zum Beispiel nicht auf die Schüssel tut oder so, dann muss man einfach mehr Personal zur Verfügung stellen, damit man das auch leisten kann, was die Vorgaben sind.“ (SL43;AG/R)

Teils wird geschildert, dass die Qualitätsvorgaben im Einsatz aufgeweicht werden.

„Ich glaube eher, dass sie aufgeweicht werden. (wird ganz leise) ich sage es ganz ehrlich.“ (BL1; Palliativ)

Führungskräfte bringen ein, dass die Qualitätskriterien ausschließlich als Orientierungszahl gesehen werden können, weil die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden müssen. Die Qualitätskriterien sind in diesem Zusammenhang als Mindestvorgaben für Einheiten zu verstehen.⁵¹²

„Genau. Schwangere, Sonderausbildungen oder eben Langzeitkrankenstände. Diese Personen gehen dann natürlich ab.“
(BK81)

„Es ist eine Orientierungskennzahl und so sehe ich es auch, und wenn da wer kommt, ich denke, das ist auch meine Aufgabe, dass ich sagen kann, warum bin ich da höher oder dann eben niedriger, dass ich es dann eben auch erklären kann... ich rede nur für mich, das sehe ich auch als Orientierungskennzahl, weil es hängt oft die bauliche Situation ab, oder habe ich gemischte Stationen, da sind so viele Faktoren, das eine ist halt, eine mathematische Kennzahl gesehen.“ (PM4)

„Aber es ist eine Personalvorgabe... und das kann ich jetzt nur für uns sagen, die ist für uns nicht ausreichend. Wir sind überall drüber, weil wir nicht auskommen, mit der Ausgabe, die in den Qualitätsvorgaben vorgegeben ist. Also wir brauchen immer mehr.“ (PM16;Kinder-Intensiv)

„Ich glaube, wir haben keine einzige Pflegekraft zu viel. Auf der Palliativ ist es für mich relativ einfach, weil da habe ich Strukturqualitätskriterien, aber, die werden erfüllt, aber natürlich auch nicht mehr.“ (BL1;Palliativ)

„Und was ich noch anmerken möchte, wenn ich darf, dass man nicht nur diese Strukturqualitätsvorgaben erfüllt, sondern auch zusätzliches Personal hat, wenn man dann diese Personen in die Sonderausbildung schickt, dass man zusätzliche Dienstposten hat. Wir haben das in den Bereichen, weil sonst kommst du nicht zurecht.“ (PM16;Kinder-Intensiv)

„Genau. Schwangere, Sonderausbildungen oder eben Langzeitkrankenstände. Diese Personen gehen dann natürlich ab. Diesen Herbst war zum Beispiel extrem viel und das führt dann dazu, dass man sehr viele Plusstunden sammelt, weil wir gewisse Dienste natürlich besetzen müssen.“ (BK81)

Für den Intensivbereich, in dem viele kritische Momente ein berichtet wurden, stellen die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)⁵¹³ für den Einsatz von Pflegekräften in intensivmedizinischen Einheiten eine Basis für weiterführende Diskussionen zur Evaluierung der Qualitätskriterien dar.

- eine Pflegekraft für zwei Behandlungsplätze pro Schicht
- zusätzlich eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung (mit der nötigen Spezialisierung) pro Intensivtherapieeinheit
- bei speziellen Situationen (z.B. schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren), einem hohen Anteil (> 60 %) an Patienten mit Organersatzverfahren (z.B. Beatmung, Nierenersatzverfahren) oder zusätzlichen Aufgaben (z.B. Stellung des Reanimati-onsteams für das Krankenhaus, Begleitung der Transporte der Intensivpatienten) soll eine

⁵¹² Für eine andere Auslegung in der Praxis siehe z.B. die aktuellen Auswirkungen zu den Personaluntergrenzen in deutschen Krankenhäusern ➤ siehe auch Kap. 3.6.3.

⁵¹³ Jorch et al., 2010

erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden

- der Anteil an qualifizierten Intensiv-Fachpflegekräften soll mindestens 30 % des Pflegeteams der Intensivtherapieeinheit betragen

Deutlich wird, dass in einigen Bereichen, wie z.B. Intensiv, die pflegerischen Leistungen und das aktuelle Pflegeverständnis⁵¹⁴ zu wenig in den Qualitätskriterien abgebildet sind. Die Qualitätskriterien sind kaum geeignet, um Spitzen abzudecken.

„Du, du dawuzzelst dich mit einem Patienten, da hast du so zu tun, dass du da zurechtkommst. Wenn du da jetzt einen weniger intensiven Patienten hast, dann kannst durchaus zwei nehmen. Aber du hast nicht die Flexibilität. Du hast immer Spitzen, die du mit diesem Personalschlüssel nicht abdecken kannst und die werden in den letzten Jahren mehr. (BK31)

Die Befragten begrüßen großteils das Vorhandensein von Qualitätskriterien, wünschen sich aber eine Verbindlichkeit und Weiterentwicklung.

„Und vor allem Grundpflege, alles was mit Pflege zu tun hat, also mit der klassischen Pflege, nicht mit Intensiv-Monitoring und so, das ist in dem System absolut gar nicht berücksichtigt. Es hat jetzt keine Auswirkungen darauf, ob ich viel oder wenig Personal habe. (BK95)

„Man müsste sich halt sehr mit den Fachbereichen auseinandersetzen, das heißt, das ist sicher die Frage, wie man es anlegt, aber da genauer hinzusehen und zu sagen, ich brauche den und den Schlüssel. Auf einer Geriatrie zum Beispiel, was habe ich dort für einen Pflegeaufwand, und ich bilde es nicht in den Einzeltätigkeiten ab, sondern ich sage, ich gehe es mit Qualitätskriterien und einem Mindestmaß, was ich bereitstellen muss an und das ist durchaus ein gangbarer Weg, ja.“ (PM7)

5.6.5 PSYCHIATRIE-PERSONALVERORDNUNG (PSYCH-PV)

„Aber um nochmal auf die Psych-PV zurück zu kommen, die ist nirgendwo anerkannt, außer der Träger sagt, dass er sich danach orientiert.“ (PM22)

Das Handlungsfeld Psych-PV wurde auch unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Für viele öö. Psychiatrie-Bereiche gilt die Psych-PV derzeit nur als unverbindlicher Richtwert. Sie gibt höhere Personalwerte vor, als die vorhandenen Qualitätskriterien *➤ siehe auch Kap. 3.2.*

„Also da gibt es einmal die Strukturqualitätsvorgaben, das ist die Grundlage und dann haben wir noch die Psych-PV dazu. Und dann bekommen wir noch ein Plus vom Haus für unsere Station, weil die Gerontologie sehr personalaufwändig ist. Das heißt, wir haben da noch von der Direktion noch Personal dazubekommen. Also die Berechnung ist zusammengestückelt aus allen Bereichen.“ (SL41)

5.6.5.1 STEIGENDE ANFORDERUNGEN

Befragte beschreiben, dass die Anforderungen in psychiatrischen Abteilungen immer mehr werden.

„Unser Problem, also wo es wirklich eine große Herausforderung ist, ist der Unterbringungsbereich. Weil da gibt es immer mehr Forderung, da haben wir so viele rechtliche Themen auch. Und der rechtliche Rahmen spielt ja auch immer mehr rein. Dem tut man ja auch nicht mehr Rechnung tragen.“ (PM13)

⁵¹⁴ Siehe dazu auch die Ausführungen zum veränderten Pflegeverständnis im *➤ Kap. 5.6.3.5*

Betreuungsintensive Patienten/-innen sind Pflegekräften zufolge zu wenig ausgebildet.

„Und der Andere der verwirrt ist, drückt dauernd auf die Glocke, im psychiatrischen Bereich hast du das sehr oft, die drücken dir alle drei Minuten auf die Glocke und rein vom Gesetz wegen darfst du nicht hergehen und sagen, da geht es um nichts, der braucht eh nichts, der spielt sich nur oder, dass er uns damit sekkieren kann, darf man ihm kraft Gesetz die Glocke nicht wegnehmen.“ (BR13)

„Und der Andere, der verwirrt ist, drückt dauernd auf die Glocke.“

(BR13)

5.6.5.2 EIGNUNG FÜR DIE PERSONALBERECHNUNG

Viele Einrichtungen orientieren sich in der Personalbemessung an der Psych-PV. Die Beschreibung zur Tauglichkeit fällt heterogen aus. So schildern manche, dass die Psych-PV gut passt, andere hingegen, dass sie nicht mehr den heutigen Anforderungen entspricht.

Viele Befragte beschreiben, dass die Psych-PV nicht mehr den heutigen Anforderungen entspricht und daher die Personalbemessung sehr knapp ist.

„Aber grundsätzlich, was tatsächlich ist, passt natürlich nicht, mit der Psych-PV... Grundsätzlich passt es mit den 9 Betten, aber durch das, dass wir eigentlich immer mehr haben, passt es natürlich nicht. Würde man die Psych-PV anpassen, sage ich ja.“ (SL40)

„Aber richtig angewendet deckt diese Berechnung den Pflegebedarf in der Psychiatrie, so wie sie ist, gut ab. Außer in der Gerontopsychiatrie, da habe ich sowieso zu wenige. Die Strukturqualitätskriterien würden mir für alle vier Stationen 32 Dienstposten geben und 56 habe ich und das entspricht aber noch nicht der Psych-PV.“ (PM22)

In einigen Trägern werden in der Personalberechnung (Dienstpostenplan) bei den Budgetverhandlungen jedoch nur die Personalgrößen laut Qualitätskriterien genehmigt.

„Das Personal wird aber vom Träger..., nur von den Strukturqualitätskriterien bewilligt... Da ist man immer darauf angewiesen, ob der Träger die Berechnung anerkannt hat oder nicht. Die Strukturqualitätskriterien geben weniger her, obwohl die Fachärzte bei der Entwicklung eingeladen waren, hat man die Pflege in diesem Bereich überhaupt nicht gehört.“ (PM22)

Während für die (ober)österreichischen Krankenhäuser derzeit für psychiatrische Abteilungen Personalvorgaben gelten, die mengenmäßig nicht der Psych-PV entsprechen, entsteht in Deutschland derzeit vermehrt Kritik, dass die dort geltende Vorgabe (oft als Leitlinie in Oberösterreich verwendet) nicht mehr die aktuellen Anforderungen abbildet und daher dringenden Evaluierungsbedarf hat *➤ siehe auch Kap. 3.3*. Auch oberösterreichische Führungskräfte, die mit der Psych-PV arbeiten, halten die Richtlinie für nicht mehr zeitgemäß.

„Die Psych-PV würde meinen, ist überholt. Auch die Literatur ist aus dem Jahr 2006 oder so und vorher war sie aus dem 93er Jahr, also komplett uralt. Also meiner Meinung nach, gibt es bei der Psych-PV Referenzwerte, nicht mehr.“ (PM23)

Aus Sicht einiger Führungskräfte wäre die Psych-PV ein geeignetes Instrument, wenn sie zu 100 Prozent eingesetzt wird *➤ vgl. Kapitel 5.6.3.2*.

Wichtig ist, die Berechnungen laut Psych-PV auch zu erfüllen.

„Aber ich muss sagen, die Psych-PV bildet schon das Geschehen gut ab. Also das ist meine Sicht. Die Frage ist nur, was erfülle ich dann. Erfülle ich 100 Prozent oder erfülle ich 93 Prozent oder 94 Prozent. Also wir erfüllen nicht mehr ganz 100 Prozent, aber wir haben immer wieder was dazubekommen. Also wir haben schon immer wieder aufgestockt, wenn, ja.“ (PM13)

„Wir berechnen die Psych-PV wie sie ist, genauso wie am XY [anonym.], da sind wir gleich dran. Es ist dann die Frage, was der Träger erfüllt. Das ist wie bei der PPR, wir nehmen alle dasselbe Modell, nur wie erfüllt man dann, wie viel Prozent stellt man zur Verfügung, das ist halt Trägeraufgabe.“ (PM13)

5.6.5.3 IDEEN AUS DER PRAXIS

Um den Anforderungen der psychiatrischen Abteilungen gerecht zu werden, gibt es in einigen Trägern Zuschläge zur Kategorisierung der Patienten/-innen laut Psych-PV.

„Und von den Patienten her würden wir den Aufwand gar nicht schaffen, der drinnen steht, jetzt haben wir von der Direktion noch zugebilligt. Wir tun nach der Psych-PV kategorisieren und dann wird noch ein Plus dazugegeben für den Patientenaufwand.“ (SL41)

„Psych-PV, da gilt dasselbe wie bei PPR, dass wir einfach eine Arbeitsplatzberechnung haben.“ (PM23)

Fazit

Für viele Führungskräfte und Beschäftigte bringt die Psych-PV im Vergleich zu den Qualitätskriterien Vorteile bei der Arbeit. Erwähnt wird aber auch hier, dass sie nicht mehr den Anforderungen entspricht, der Erfüllungsgrad unterschiedlich ist und es aufgrund fehlender Verbindlichkeit stets im Ermessen der Träger liegt, ob sie die höheren Personalberechnungen akzeptieren.

5.6.6 ARBEITSPLATZBERECHNUNG

„Ja, also richtig Minutenwerte bis aufs Kleinste sind heruntergebrochen worden und dann auch berechnet, klar hinterlegt.“ (PM8)

„Am liebsten ist mir Arbeitsplatzberechnung, das funktioniert eigentlich am besten.“ (PM16)

Für viele Führungskräfte wird die Arbeitsplatzberechnung derzeit als tauglichste Form der Personalberechnung eingeschätzt.

„Man muss sagen, Arbeitsplatzmethode ist sowieso ein Klassiker, darum ist die Ausstattung dann auch gut.“ (PM13)

Die Arbeitsplatzberechnung wird in allen Arbeitsbereichen für tauglich eingeschätzt.

„Und in Ambulanzen oft Arbeitsplatzberechnungen und die [sind] ganz gut, da kommen wir ja ganz gut hin. Weil so und so. Die Leute muss ich einteilen.“ (PM10)

„Arbeitsplatzmethoden sind zum Beispiel eher im Ambulanzbereich, dass ich sage, wie lange habe ich welche Ambulanzen in Betrieb, wie viele brauche ich dazu.“ (PM12)

„Ist sehr viel Miteinander, mit den Stationsleitungen, wie ist der Tagesablauf, wie viele Leute brauche ich, damit das abläuft.“ (PM15)

„Ich habe schlicht gesagt, wir sind von bis, so und so viele Personen, damit wir die Geräte abdecken können, Befunde machen können, am Nachmittag zu zweit oder nur eine Person und am Wochenende auch nur eine Person und das ist in dem Sheet eingetragen worden.“ (SL17; BMA)

Auf Basis der nachvollziehbaren Daten ist auch die Argumentation bei den Dienstposten- und Budgetverhandlungen meist besser.

„Ja, und ich glaube, dass man auch, meiner Meinung nach, in einem großen Bereich, wie es bei der PPR ist, mit 55 Betten trotzdem auch irgendwo auch ein wenig eine Arbeitsplatzbeschreibung dazu tun muss... Also ich glaube, da darf man auch nicht stur nach einem Schema gehen.“ (BL14)

„Ja, Arbeitsplatzberechnung geht, dass man ganz einfach anschaut, wie viele Leistungen erbringt die Abteilung, zum Beispiel, wie viele Untersuchungen sind et cetera, man schaut sich die Öffnungszeiten an der Radiologie und man vergleicht auch mit anderen Häusern, wie viele haben die, gibt es dann noch Besonderheiten bei uns im Haus, was begründet, dass man vielleicht etwas braucht, wie weit ist die Führungsaufgabe abgedeckt in der Personalberechnung und wie schauen die Fehlzeiten aus konkret in dieser Abteilung.“ (BR5)

„Also dort wo wir Arbeitsplatzberechnung und Strukturqualitätskriterien haben, läuft es eher gut, dort wo die PPR ist, die PPR können wir nicht erfüllen. Da erreichen wir den Erfüllungsgrad nicht, weil wir mehr Personal brauchen und auch einsetzen.“ (BR5)

„Heuer ist es dann positiv behandelt worden, weil man die Arbeitsplatzberechnung, die ich gefordert habe, gemacht hat und dann darauf gekommen ist, dass man doch Personal braucht.“ (BR5)

„Ja in der Radiologie sind wir von 8,4 auf neun Personaleinheiten gekommen zum Beispiel. Die Herausforderung ist es immer noch, die Ergebnisse der Arbeitsplatzberechnung glaubhaft zu machen.“ (BR5)

„Die wird im Haus, dann meistens gemeinsam mit einem Mitarbeiter aus der Personaldirektion geführt, das halt auch noch einmal, weil man das glaubhaft machen können muss.“ (BR5)

„Wenn sich irgendein Leistungsangebot ändert, dann sehe ich mir das an und bewerte es neu.“ (PM20)

Auch bei der Gestaltung völlig neuer Arbeitsbereiche ist die Arbeitsplatzberechnung hilfreich.

„Ja, das ist berechnet worden. Das war Teil des Konzepts, wie die Brustambulanz entstanden ist, da hat man eine Personalberechnung gemacht und hat den Arbeitsaufwand geschätzt und wie viele Patienten wir wahrscheinlich durchbringen werden.“ (BK83;Pflegeexpertin;Onko)

Viele Befragte würden begrüßen, die Arbeitsplatzbewertung als generelle Berechnungsmethode einzuführen *➤ siehe auch Kap. 5.6.8*. Offen ist jedoch, ob alle Dienstposten aus dieser Bewertung in die Dienstpostenberechnungen und –verhandlungen *➤ siehe auch Kap. 5.5.1* einfließen. Hieran scheitern häufig die Modelle der Personalberechnung unter den derzeitigen Bedingungen *➤ siehe auch Kap. 4.5*.

„Das man die Arbeitsplatzberechnung als Methode anerkennt.“ (PM16)

5.6.7 NOTWENDIGE SCHRITTE

Die Interviewpartner/-innen haben berichtet, dass es eine Weiterentwicklung der Personalberechnungsmodelle braucht.

Die notwendigen Schritte sollen an dieser Stelle kurz diskutiert werden.

5.6.7.1 LEISTUNGEN ALS BASIS FÜR PERSONALBERECHNUNG

Häufig wurde vorgeschlagen, die Personalberechnung an den Leistungen zu bemessen. Die Leistungen müssen dabei die neuen Anforderungen abbilden, aber auch die Quantität mit einbeziehen, wie z.B. mehr Geburten, mehr und intensivere Beratungen. In diesem Zusammenhang sind z.B. auch Zusatzaufgaben in Universitätskliniken, Schwerpunktkrankenhäusern, speziellen Zentren, etc. gesondert als Leistungen abzubilden und in den Personalberechnungen zu berücksichtigen *➤ siehe auch Kap. 5.6.1 bzw. Kap. 5.6.3*. In vielen Bereichen sind die

„Dass es wieder etwas gäbe. Was Zeitgemäßes einfach, was Zeitgemäßes, was den derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen recht tut, ja.“
(PM18)

vorhandenen Leistungen bereits dokumentiert und könnten als Basis für weitere Berechnungen herangezogen werden.

„Wenn der Patient behandelt wurde, dokumentiert die Kollegin, plant für den nächsten Tag und schließt das ab. Und dann hab‘ ich im Controlling drüben... ich hatte so und so viel Physiotherapieleistungen, so viel Gruppentherapie... Das heißt, ich habe ganz genau meine Minuten, meine Stunden, die ich im Jahr über gebraucht habe für die einzelnen Leistungen.“ (BL3;Physio)

„Da ist es dann halt auch so, genau, es gibt eine gewisse Anzahl, es wird halt da dann mit Frequenzen gearbeitet, wieviel Leistung habe ich eben erbracht, wie lange dauert das. Auch da, wenn es halt Leistungsveränderungen gibt, Steigerungen, wie ich vorher schon gesagt habe, muss halt das dokumentiert sein, auch begründet sein. Warum dauert das länger? Gibt es einen neuen Therapieansatz oder, weiß ich nicht, irgendeine Laboruntersuchung, die aufwändiger ist und dann wird es, über die Geschäftsführung, halt genehmigt, mit einer gewissen Vorlaufzeit.“ (PM2)

Vor allem Pflegekräfte schildern, dass in der Pflege manche Leistungen noch konkreter erfasst werden müssen, um in konkretere Berechnungen einzufließen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.9.*

„Dass die Leistungen der Pflege auch erfasst werden. Ich glaube, man müsste nicht unbedingt etwas neu erfinden. Das fehlt uns einfach, die Pflege ist zu wenig transparent. Weil die Leistungen gar nicht erfasst werden... Und das müsste unser Ziel sein. Leistungserfassung, die dann auch vergleichbar wird.“ (E3)

„Aber eigentlich, was wir leisten, was dort geleistet wird, die ganze Rundherum-Versorgung um den Patienten wird nirgends dokumentiert. Und das ist einfach sehr schade.“ (PM3)

„Was man schon noch tun könnte, wie gesagt, wir haben elektronische Dokumentation schon seit zehn Jahren, auch im Pflegebereich. Es wären ja die einzelnen Handlungen mit Minutenwerte zu hinterlegen, beziehungsweise, sie sind ja eigentlich größtenteils hinterlegt und das könnte man auch auswerten.“ (PM24)

Derzeit werden vermehrt Arbeitsplatzberechnungen eingesetzt, um die Leistungen bestmöglich abzubilden.

„Wir gehen jetzt einfach wieder über zu der guten, alten Arbeitsplatzberechnung. Was habe ich für Arbeitsorte? Und rede mit meinen Mitarbeitern, wie müssen wir den Arbeitsplatz besetzen? Von wann bis wann müssen wir besetzen? Dann sehe ich mir die Patientenströme an, wann sind die meisten da? Und mit dem plant man dann das.“ (BL19)

Letztendlich braucht es auch eine starke Durchsetzung der Leistungen gegenüber politischen Akteuren/-innen, damit diese auch in der Personalberechnung ihren Einklang finden.

„Nur muss man sich halt auch bemühen, das ist für mich so wichtig, dass Leitende immer gut mit der Politik vernetzt sind. Dass man denen schon nahebringt, was hat es denn für Folgewirkungen, wenn wir die Diätologinnen in den Krankenhäusern schleifen lassen. Was hat den Mangelernährung im Krankenhaus für Auswirkungen am Heilungsprozess, am Genesungsprozess. Und bei der Wiederaufnahmerate.“ (BL19;Diätologie)

5.6.7.2 BEREICHSBEZOGENE MODELLE NOTIG

Die Befragten führen an, dass für alle Bereiche und Berufsgruppen im Krankenhaus eigene Berechnungsmodelle zu entwickeln sind ➤ *siehe auch Kap. 5.6.1.* Neben der reinen Berechnungsbasis bezogen auf die einzelnen Abteilungen und Bereiche braucht es eine Analyse der derzeitigen Kompetenzen der Beschäftigten und eine gezielte Stärkung ➤ *siehe auch Kap. 5.7* bzw. weiterführende Diskussionen zu einem sinnvollen Qualifikationsmix ➤ *siehe auch Kap. 5.5.12*, der auf den tatsächlichen Kompetenzen basiert.

„Wenn man es generell über einen Kamm scheren würde, das würde ich als problematisch sehen. Nicht für jeden Bereich. Für Standardabteilungen, ja, aber für die Spezialisierungen, stelle ich es mir schwer vor. Weil, es ist eine Chirurgie in einem Haus nicht die Chirurgie in einem anderen. Es ist auch eine Stoffwechselinterne in einem Haus nicht gleich wie in einem anderen. Man müsste sich dem stellen, ja, aber es wäre sicher nicht einfach. Wenn eine gewisse Flexibilität drinnen ist, ja dann ok, dann kann ich es mir vorstellen. Wenn ich sage, ok, ich habe da andere Leistungen. Ich habe da noch einen gewissen Puffer, wo ich mehr Personal einteilen kann, aber wenn das generell eine Messgröße für alle wäre, dann stelle ich mir das sehr schwer vor.“ (PM18)

„Man muss wirklich jede Abteilung für sich beleuchten, man kann ganz schwer über ein ganzes Haus ein Raster drüberlegen. Also man muss sich da die Mühe machen, wir haben in den letzten Jahren schon einzelne Kompetenzanalysen gemacht, weil mir persönlich es einfach wichtig ist, unsere Mitarbeiter zu befähigen und die Qualität zu halten. Und da hat sich herausgestellt, es sind wirklich die handelnden Personen dahinter, die einzelnen Bereiche und auch was für Patienten werden da versorgt.“ (PM9)

„Ist schwierig, weil jedes Krankenhaus trotzdem einen anderen Schwerpunkt und ein anderes Patientengut hat. Wenn zum Beispiel ein kleines Krankenhaus einen schwerkranken Patienten hat, überweisen sie diesen auch in ein Schwerpunktkrankenhaus. Deswegen hat man in kleinen Krankenhäusern sicher einen anderen Bedarf an Versorgung wie in Schwerpunktkrankenhäusern. Wir haben schon Schwierigkeiten, dass wir uns innerhalb der... [Anm.: anonym.] einigen und österreichweit ist das sicher ganz schwierig.“ (BL11)

„Aber zum Beispiel ist es gesetzlich in der Kinderschutzgruppe und auch in der Opferschutzgruppe nicht verankert, dass in der Gruppe eine Sozialarbeiterin sein muss. Gesetzlich schreiben sie immer nur von Ärzten, Psychologen und der Pflege, aber wir Sozialarbeiter kommen rein vom Gesetz her gar nicht vor. Liegt natürlich daran, dass wir kein Berufsgesetz haben.“ (BK84; Sozialarbeit)

„Und auf der Station kann ich das auch machen, dass ich sage, ok, ich brauche... ich habe so und so viele Gruppen, da brauche ich meine Gruppenschwester. Also ich sage es jetzt, von den Pflegepersonen es gibt Diplomierte, ich brauche jemanden am Stützpunkt und, und, und. Wir haben genau überlegt, wie viele Ressourcen bekommt eine Leitung oder in einem kleinen Bereich, wie viel muss sie auch mitarbeiten. Also auch hier Ressourcen zur Verfügung zu stellen.“ (E3)

5.6.7.3 KÜRZERE BETRACHTUNGSZEITRÄUME

In der Praxis zeigt sich, dass die derzeitigen Modelle, mit Ausnahme der Qualitätskriterien *➤ siehe auch Kap. 3.2* kaum die aktuelle Tagesbesetzung abbilden *➤ siehe auch Kap. 5.6.3 bzw. Kap. 5.6.1*. Es empfiehlt sich, kürzere Intervalle für die Berechnung heranzuziehen. Soll eine bedarfsgerechte Pflege und Therapie, aber auch Diagnostik und Gesamtversorgung *➤ siehe auch Kap. 5.8.4* zu jeder Zeit sichergestellt werden, erfordert dies Vorgaben, die an jedem Tag und in jeder Schicht einzuhalten sind.⁵¹⁵

„Wenn wir ein Berechnungsmodell österreichweit hätten, würde ich das gar nicht so schlecht finden. Ein Modell, keinen Schlüssel.“
(PM13)

5.6.7.4 GESETZLICHER RAHMEN SINNVOLL

Von vielen Befragten wird ein österreichweites Berechnungsmodell gewünscht, das transparent den Rahmen vorgibt, aber auf die Besonderheiten des eigenen Hauses Rücksicht nimmt. Einen

⁵¹⁵ Siehe dazu auch Simon, 2018

Einheitsschlüssel, wie z.B. die Personaluntergrenzen in Deutschland ➤ *siehe auch Kap. 3.6.3*, sehen die meisten Befragten nicht als erstrebenswert.

„Der Personalbedarf ist total unterschiedlich, ich kann da nicht mit einem Berechnungsmodell über alles drüberfahren.“ (PM15)

„Deshalb, ich bin dagegen, Schlüssel zu definieren und einem Haus drüber zu stülpen. Sondern, es geht einfach seriös nur dann, wenn ich mir jede einzelne Betriebseinheit anschau und den Mix festlege, und die Summe der Einzelteile ergeben dann einen Wert für ein Haus. Aber der kann dort so sein und dort so sein. Weil ich eben eine große Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Onkologie habe, und dann ist nichts anders, als wenn ich eine 0815-Interne hab“ (E1)

„Wenn wir ein Berechnungsmodell österreichweit hätten, würde ich das gar nicht so schlecht finden. Ein Modell, keinen Schlüssel. Weil, dann müsste man die Träger trotzdem noch entscheiden lassen, was können wir und wollen wir uns leisten... Und man hat trotzdem auch noch eine Vergleichbarkeit, auch für die Manager, die ja auch einen Austausch haben.“ (PM13)

„Es gibt Bereiche, wie eine OP oder Anästhesie, da weiß ich genau, da habe ich von 7.30 - 16.00 Uhr Patienten am Tisch, da weiß ich, ich brauche so und so viel Personal. Und da kommt niemand mehr, da ist ein Patient am Tisch und dann der nächste, da habe ich eine Kernarbeitszeit. Da kann ich es relativ gut berechnen mit Zahlen, weil es nicht so ist wie auf einer Station. Auf einer Station wäre es fast schon fatal, wenn ich das Personal nur mit Zahlen berechnen.“ (PM15)

„Nein, solche Modelle sind nicht sinnvoll, weil man auch die Fachrichtungen nicht miteinander vergleichen kann. Ich habe auf einer Unfallabteilung 60 bis 70 Prozent mobile Patienten, wir haben vielleicht 70 Prozent, die nicht mobil sind. Man braucht viel mehr Zeit, einen älteren Patienten, der sehr schlecht hört, zu beraten, für das Entlassungsmanagement. Jemand der sich den Unterschenkel gebrochen hat, braucht kein Entlassungsmanagement, alle Vorbereitungen, et cetera, braucht in fachspezifischen Bereichen viel mehr Zeit und darum kann das eine PPR, die zuzusagen über das Haus gestülpt wird, nicht abdecken, das ist nicht möglich.“ (BL15)

Als Basis für eine einheitliche Methode zur Personalbedarfsberechnung schlägt die GÖG folgende Vorgehensweise vor.

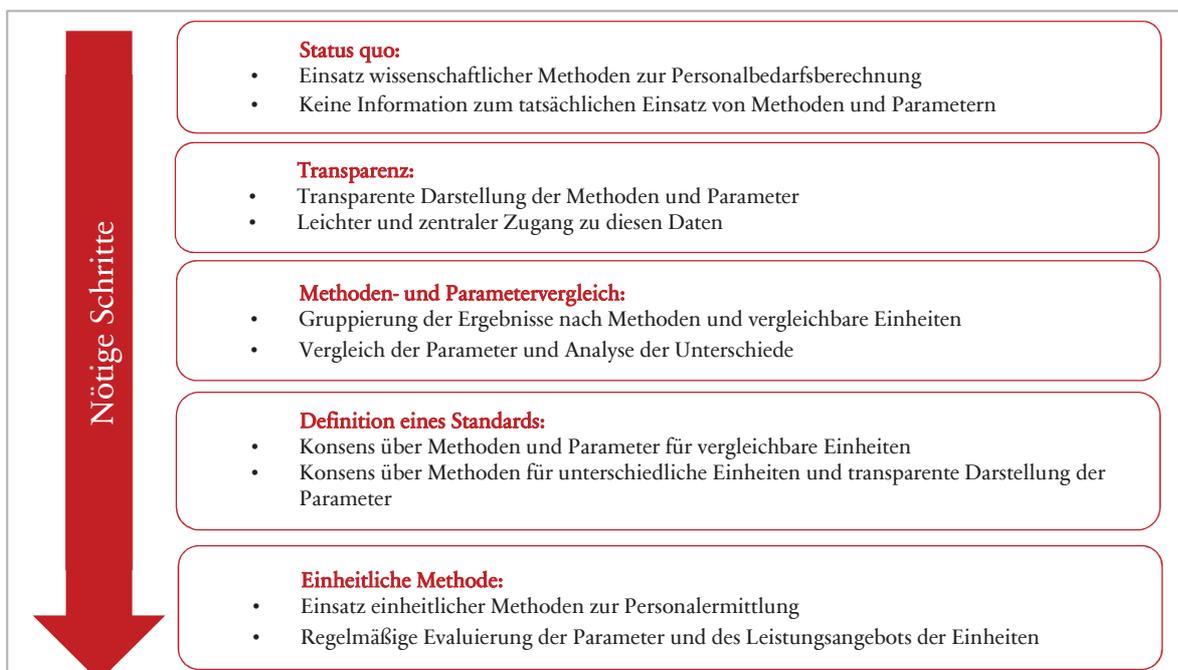


Abbildung 42: Prozess der Umsetzung einer einheitlichen Methode zur Personalbedarfserhebung⁵¹⁶

⁵¹⁶ Zsifkovits, 2016: 11 (inhaltlich adaptiert, eigene Darstellung)

Neben diesen Schritten wird es auf Dauer unabdingbar sein, einheitliche (Qualitäts)standards für die Arbeit in Krankenhäusern festzulegen.

„Aber jetzt auch im MTD-Bereich, Skill-and-Grades-Mix, dass man sich ansieht, für welche Leistung brauche ich tatsächlich auch welche Qualität von Mitarbeitern, ohne jemanden herabzuwürdigen. Und das dritte ist, ich würde wirklich für die großen und weitverbreitetsten Diagnosen Standards festlegen, wo ich sage, okay, ich habe jetzt Hüftoperationen, für die Hüftoperationen werden im Spital das und das gemacht, auch therapeutisch. Für die nächste Krankheit das, das, das. Nur dann hätten wir eine Vergleichbarkeit und ein Niveau, egal, ob ich in Vorarlberg bin oder im Burgenland bin, hätten wir eine vergleichbare Leistung.“ (G3)

5.6.8 FAZIT FOKUS BERECHNUNGSMODELLE

Die Aufgaben der Personalberechnung sind vielfältig. Im vorliegenden Kapitel wurden der Status quo, die Herausforderungen und Entwicklungsbedarfe aus Sicht der Befragten beschrieben und um Ideen aus der Praxis ergänzt. Ein dringender Handlungsbedarf wurde identifiziert.⁵¹⁷

„Es könnte sich nie jemand vorstellen, dass man in Vorarlberg den Blutdruck mit einer anderen Methode misst, wie in Wien.“
(E11)

„Und sonst kannst du es vergessen. Es passt gar nicht mehr. Die Minuten passen nicht mehr für die heutige Zeit, die Inhalte passen nicht mehr für die heutige Zeit. Dann hat sich das Patientengut verändert. Früher sind Patienten tagelang, wochenlang gelegen. Wann man heute schaut, wie viele Tagesklinikpatienten hat man. In kürzester Zeit werden die Patienten durchgeschleust, trotzdem muss die Arbeit passieren. Also, es ist alles beschleunigt bis zum geht nicht mehr und dann bekämen wir laut PPR einen minimalen Minutenanteil. Also das passt ja überhaupt nicht mehr zusammen, gar nicht.“ (PM16)

Die Personalberechnung hat sowohl quantitative als auch qualitative Aspekte der Personalbedarfsberechnung zu berücksichtigen. Die im KAKuG festgelegten Rechtsgrundlagen beinhalten beide Aspekte. Während die quantitativen Aspekte vor allem auf die arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen abzielen – wie z.B. Tages- und Wochenhöchstleistungszeiten, Ruhezeiten, etc., bilden die qualitativen Aspekte vor allem die berufsrechtlichen Bestimmungen ab. Wabro et al. weisen bereits 2010 darauf hin, „*dass die angeführten berufs- und organisationsrechtlichen Bestimmungen keine ausreichende Grundlage für die Ermittlung des Personalbedarfs darstellen*“⁵¹⁸, wenn die qualitative Personalberechnung betrachtet wird. Die qualitative Personalberechnung zielt darauf ab, die Anforderung einer zu besetzenden Stelle mit den Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten von Beschäftigten in Einklang zu bringen. Die in den Berufsrechten⁵¹⁹ beschriebenen Tätigkeiten und Kompetenzen stellen dagegen die Formalqualifikationen dar. Ein erfolgreicher Abschluss der Ausbildung ist, neben weiteren Grundvoraussetzungen, wie z.B. gesundheitliche Eignung, Eintragung in das Gesundheitsberuferegister,⁵²⁰ etc., die rechtliche Basis für die Ausübung eines Gesundheitsberufes.⁵²¹ Um tatsächlich ausreichend Beschäftigte für die einzelnen Aufgabenbereiche im Krankenhaus einzuplanen,

⁵¹⁷ Für einen umfangreichen Forderungskatalog des Pflegekonsiliums zum Themenfeld Personalbedarf im Krankenhaus siehe auch Gratzner, 2014

⁵¹⁸ Wabro et al., 2010: 2. Für eine Aufstellung der im Krankenanstaltenbereich relevanten Gesetze siehe die Aufstellung, ebd.: 3; ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

⁵¹⁹ z.B. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), MTD-Gesetz (MTD-G)

⁵²⁰ Ab 1. Juli 2018 sind alle Personen in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. im MTD-Bereich erst dann zur Berufsausübung berechtigt, wenn sie in das Gesundheitsberuferegister eingetragen sind; siehe dazu auch das Gesundheitsberuferegistergesetz (GBRG)

⁵²¹ Wabro et al., 2010

braucht es eine Orientierung an den Zielen der Einrichtungen, der Definition des Leistungsangebotes, Überlegungen zur Aufbau- und Ablauforganisation⁵²² und zu der Beschäftigtenstruktur in der Einrichtung *➤ siehe auch Kap. 5.4*. Im Gesetz stellt die Anstaltsordnung die Grundlage für die qualitative Personalbedarfsplanung dar. Bestehende oder noch zu entwickelnde Modelle müssen daher diesen Anforderungen gerecht werden. Die theoretischen Überlegungen zur Personalbedarfsplanung gehen davon aus, dass „bottom-up“, also von unten nach oben gerechnet wird, um zu ermitteln, wie viel Personal gebraucht wird und, um daraus für die Organisation die notwendigen Personaleinheiten abzuleiten. Die Praxis zeigt aber, dass es häufig Umstände gibt, die es erforderlich machen, die Berechnung umzudrehen. Die knappe Verfügbarkeit von Menschen, die Gesundheitsberufe erlernen *➤ siehe auch Kap. 4.4.3*, aber auch die Verknappung von Mitteln im Rahmen der genehmigten Budgets und Dienstposten *➤ siehe auch Kap. 5.5.1 bzw. Kap. 4.5*, tragen häufig dazu bei, dass die Menge an Personal, die errechnet wurde, nicht zur Verfügung gestellt wird. Die Personalplanung auf Haus- und Abteilungsebene erfolgt dann aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen, teils mit Auswirkungen auf die Versorgungsqualität *➤ siehe Kap. 4.6* und auf die Arbeitsqualität *➤ siehe Kap. 4.7*.

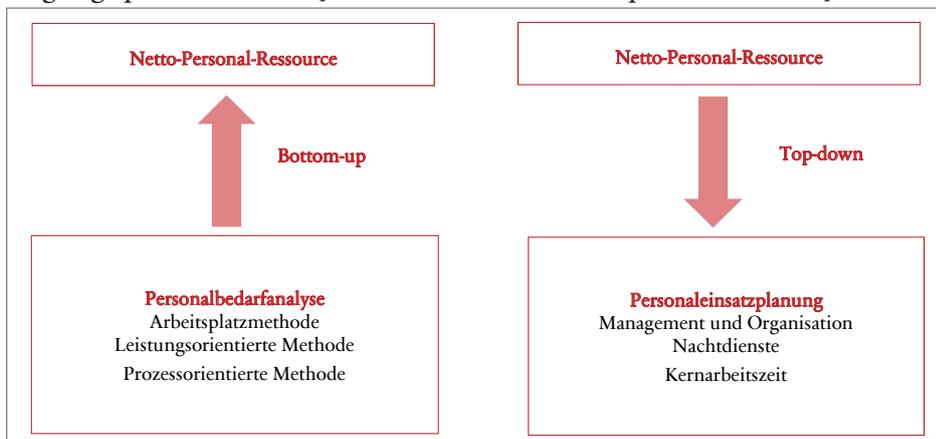


Abbildung 43: Personalberechnung bottom-up und top-down⁵²³

Generell müssen die Personalberechnungen neben der Berücksichtigung der in den Handlungsfeldern *➤ siehe auch Kap. 5* skizzierten Aspekte noch stärker an den Bedarfen der Patienten/-innen ausgerichtet werden. Ein konsequent an den Patienten/-innen ausgerichteter Ansatz ist in der Lage, jede Art von Station/Bereich zu erfassen, gleich, welche Bezeichnung gegeben ist und welche Schwerpunktsetzung sie verfolgt. Ein konsequent auf den individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes Berechnungssystem, das auf allen Stationen angewendet werden kann, würde eine höhere Zahl an Pflegestufen oder Patientengruppen erfordern.⁵²⁴

Selbst das beste Berechnungsmodell wird aufgrund der aktuellen Dynamiken nur schwierig tagesaktuell sein können.

„Also, muss man zuerst einmal festhalten, in Anbetracht der Dynamik wird es nie Modelle geben, die alles erfüllen. Es kann immer Modelle geben, die nahe dran sind.“ (E11)

Eine große Herausforderung wird es aber sein, Objektivität in die Personalberechnungsmodelle zu bringen.

⁵²² Ebd., 2010

⁵²³ Zulehner, 2016: 198 (eigene Darstellung)

⁵²⁴ Simon, 2018

„Und ohne jetzt auf das einzelne Modell eingehen zu wollen, sehe ich eine riesengroße Schwäche und das ist gleichzeitig die Herausforderung, die wir zu bewältigen haben. Dinge endlich zu objektivieren.“ (E11)

„Es könnte sich nie jemand vorstellen, dass man in Vorarlberg den Blutdruck mit einer anderen Methode misst, wie in Wien. Also das man sagt, der Patient Huber hat 20 zu 70 Blutdruck Vorarlberger Methode, hat aber 80 zu 120 Riva Rocci und hat aber 300 zu 760 Wiener Methode. Also das kommt uns komplett kurios vor, da käme niemand auf die Idee. Bei der Personalbedarfsanalyse ist es aber genauso. Da ist es nicht so, dass der Bedarf oder der Personalbedarf aufgrund der erbrachten und notwendigen Leistung objektiviert ist und jedes Bundesland einzelne eigene Methoden entwickelt. Und, was die Berufsgruppen betrifft, gibt es noch kuriosere Dinge. Es gibt für manche Beschäftigungsbereiche überhaupt keine Berechnungsmethoden. Also, es gibt im Bereich der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte gar keine Methoden. Wer immer noch übersehen wird, oder sehr oft übersehen wird, ist der administrative Bereich. Also der administrative Bereich ist kaum objektivierbar. Und noch einmal schwieriger wird es, und da landen wir jetzt bei der Dynamik, wenn sich die Aufgabenbereiche zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppenqualifikationen, Grades, wie immer man das nennt, noch einmal schiften. Dann schaut das noch einmal anders aus. Und was ja komplett ungelöst ist, ist die Objektivierung des Bedarfs.“ (E11)

Letztendlich braucht es transparente, valide und einheitliche Berechnungsmethoden, die eine Basis für die Berechnung darstellen. Die Herausforderung der Träger wird es sein, tatsächliche dynamische Berechnungen anzustellen, die auch eine passende Tagesbesetzung unter Beachtung der Pflegebedarfe, der organisatorischen Anforderungen und der vorhandenen Beschäftigtenstruktur zur Verfügung stellen.

„Wenn man Betten hernimmt und mit dem multipliziert, mit dem was drinnen steht in den Strukturqualitätskriterienkatalog, kommen wir nicht rum. Zu wenig. Natürlich ist das besser bestückt, wie jede andere Station, aber wir haben damals schon natürlich auch die Arbeitsplatzmethode hergenommen. Die seit Jahren schon überall drinnen ist, trotz PPR überall. Und ich finde, das ist eine gute Methode, weil ich wirklich die Tatsache spiegeln kann.“ (PM15)

Aufbauend auf den Schilderungen der Befragten zur Eignung der Qualitätskriterien gilt es zu überlegen, die Verwendung der Berechnungsmodelle mit Mindestgrößen zu kombinieren, deren Besetzung nicht unterschritten werden darf. Um Entwicklungen wie in Deutschland durch die Einführung der Personaluntergrenzen zu vermeiden, braucht es eine vertiefte Analyse der konkreten Berechnungsmodelle auf Bundesländerebene bzw. ganz Österreich.

5.7 FOKUS ENTWICKLUNG

Die öö. Krankenhäuser sind Innovationsträgerinnen. Neben zahlreicher Projekte steht auch die Kompetenzentwicklung im Mittelpunkt der Betrachtungen. Im vorliegenden Fokus Entwicklung werden ausgewählte Aspekte, vor allem mit dem Fokus Auswirkung auf Personalberechnungen, skizziert.

„Persönlich finde ich es gut, dass es eine allgemeine Ausbildung gibt. Im Einsatz selber wird es eine große Herausforderung.“
(PM16)

5.7.1 AUSBILDUNG DER PFLEGEGERUFE

Mit der GuKG-Novelle 2016⁵²⁵ wurden die Berufsbilder der Pflege weiterentwickelt.

„Ich bin stolz auf Österreich, dass wir vor Deutschland noch den Weg geschafft haben zur Akademisierung. Das hat es einfach gebraucht, dass wir mithalten können international, dass wir den Anschluss nicht verlieren.“ (PM13)

Die Implementierung im Krankenhaus stellt viele Beschäftigte, aber auch die Führungskräfte und Träger vor viele Herausforderungen. **149-mal** brachten die Befragten Erkenntnisse zur GuKG-Novelle ein.

„Was wir zukünftig natürlich schon sehen werden, ist eine, durch die Ausbildungsreform, die Akademisierung der Pflege, was ich auf der einen Seite sehr begrüße, auf der anderen Seite wird es natürlich Unsicherheit für die Erfahrenen, Langgedienten, die jetzt nicht diese akademische Konstellation gemacht haben, mit sich bringen.“ (SL27)

48,8 % der Befragten in der Studie stimmen der Aussage zu, dass die neuen Berufsbilder zu Unsicherheiten im Haus führen (*stimmt völlig/stimmt ziemlich*).

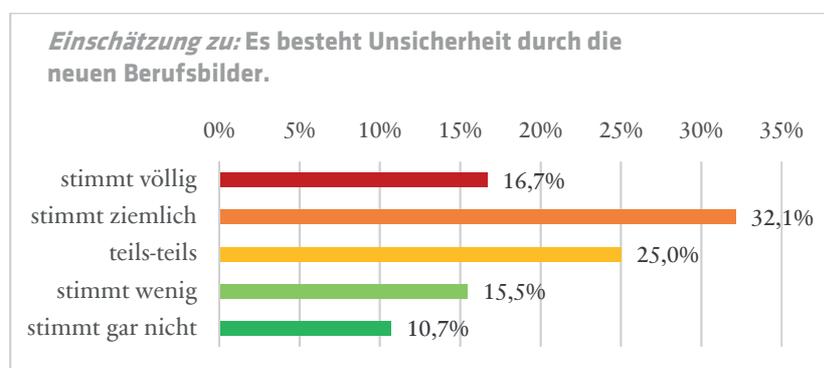


Abbildung 44: Unsicherheit durch neue Berufsbilder⁵²⁶

Geteilte Meinungen zur Generalistik und Akademisierung

38-mal wurde in den Interviews das Themenfeld Akademisierung der Pflege beschrieben.⁵²⁷

Noch nicht alle Befragten sehen die Veränderung zur generalistischen Pflege positiv. Vor allem Bereiche mit der Spezialisierung auf Kinder- und Jugendliche und psychiatrische Pflege haben Befürchtungen, dass sie an Qualität verlieren werden.

„Und früher war das halt, Kinderdiplom, psychiatrisches Diplom war was anderes, jetzt ist das alles eins.“ (SL4)

„Und vor allem die Zeit, wo jetzt dann wirklich keine Kinderkrankenschwestern mehr da sind. Ich meine, das wird jetzt noch Jahre dauern, aber jetzt haben wir ja doch noch einen halbwegs guten Stand, die ausschließlich als Kinderkrankenschwestern da sind.“ (BL6)

„Weil, wie viele machen dann wirklich nach den drei Jahren die Sonderausbildung, ein Jahr Kinderkrankenpflege? Wer macht denn das dann? Das sind weniger. Aber der Bedarf ist da und wird immer da sein.“ (SL36)

⁵²⁵ GuKG-Novelle 2016, siehe dazu auch die Berufsbilder, Berufsbezeichnungen und Kompetenzen, ebd.

⁵²⁶ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=84 (eigene Darstellung)

⁵²⁷ Für eine detaillierte Betrachtung und weitere Analysen des Themenfeldes GuKG-Novelle und Auswirkungen auf den Arbeitsalltag wird auf eine Sonderauswertung verwiesen.

Von vielen Befragten wird die Akademisierung der Pflege begrüßt, weil die Kompetenzen besser sichtbar werden.

„Und wir wissen, ein Teil hat sich wirklich dann gefreut und ist auch auf dem Weg mitgegangen. Und ein Paar haben geglaubt, mich betrifft es eh nicht mehr. Und jetzt ist es halt ein Teil davon, ich würde sagen, es ist immer ein Drittel ungefähr, die sagen, boah, so habe ich mir das doch nicht vorgestellt. Ja, tun muss man schon etwas, der Bachelor fliegt einem so nicht zu, aber der Bachelor ist da nur die erste Stufe. Und das geht weiter, und jeder, der dabei ist, wird ja nicht abgewertet, aber ich muss was tun. Ich muss laufend weiterlernen, und das haben halt viele auch nicht wahrhaben wollen.“ (E4)

„Und wir wissen, ein Teil hat sich wirklich dann gefreut und ist auch auf dem Weg mitgegangen. Und ein Paar haben geglaubt, mich betrifft es eh nicht mehr.“
(E4)

In Bezug auf die Akademisierung bringen manche Befragte ein, dass die konkrete Einarbeitung aufgrund kürzerer Praxiszeiten im Studium schwieriger werden könnte.

„Wir haben jetzt viele, die sich zwar in ihrer Ausbildung vieles ansehen, aber nicht für den Arbeitsalltag ausgebildet werden. Die sind dann heillos überfordert mit der Situation, was ich eigentlich als Diplomierte machen müsste. Und scheitern an dem. Weil sie einfach nicht mit dem zurechtkommen.“ (BL5)

„Also, was ich ganz kritisch hinterfrage, ist die Handlungsfähigkeit der neuen Diplomierten, sage ich jetzt einmal. Mit der Reduzierung der Praktikumsstunden.“ (BK26)

„Ich bekomme wirklich Angst mit dieser Akademisierung. Weil, ich hab sie gefragt, wie es ihr so geht und es ihr am Anfang so gegangen ist. Sie hat gesagt, ich bin gekommen und hab so viele Sachen noch nicht gesehen in der Praxis. Ich hab immer wieder sagen müssen, dass ich das noch nie gesehen habe. Wobei die anderen Schüler von uns im Haus, die gleichzeitig fertig geworden sind, die haben das gekonnt. Die haben ein anderes Praktikum. Sie hat gesagt, dass sie so wenig Praxis in der FH haben.“ (BR16)

Deutlich wird, dass für die Einarbeitung der neuen Kollegen/-innen genügend Zeit eingerechnet werden muss ➤ *siehe auch Kap. 5.6.3.*

„Weil es geht, gerade die Krankenbeobachtung kann ich am Monitor nur bedingt gestalten. Ich sehe natürlich Veränderungen bei einem monitorisierten Patienten dann, wenn es Auswirkungen gibt, das Hautkolorit, die Schweißkonstellation. Das sind so viele Aspekte, die ich lernen muss. Durch Erfahrung, die ich nicht mal schnell,...“ (SL27)

„Also, wir sind ja im Kontakt auch untechnisch und die sagen, na, ist gut gegangen der Start und die sind nach drei Wochen auch im Dienst drinnen. Es wird natürlich Spezialbereiche geben, wenn wer auf die Neonatologie geht, wird er einmal eineinhalb Jahre nur einarbeiten, sozusagen.“ (E8)

Klärungen Personaleinsatz

Die Befragten spüren noch immer Unsicherheiten, wer im Arbeitsalltag konkret welche Aufgaben übernehmen darf.⁵²⁸

„Noch eine Herausforderung könnte sein, die GuKG-Novelle 2016, wie setzt man die um, mit gehobenen Diensten, Bachelor, die ja nicht mehr so an der Menge sein werden, wie die diplomierte Pflege, da gibt es unterschiedliche Modelle.“ (PM15)

⁵²⁸ Bezogen auf den Zeitpunkt der Interviewführung. Seither wurden laut diversen Begleitgesprächen zahlreiche Besprechungen und Projekte durchgeführt, wodurch zu erwarten ist, dass die Unsicherheit sinkt.

„Wo soll ich da anfangen, da gibt es so viele Unklarheiten zu diesem Thema, die auch schwer zu bereinigen sind. Einerseits, wenn man in der Stufe der Pflegehilfe anfängt, die ja seit kurzem Pflegeassistent heißt, nicht aber den Kompetenzbereich der Pflegeassistent hat, solange sie die Kompetenzen nicht erworben hat, das führt zu vielen Unklarheiten, seitens aller Berufsgruppen nämlich.“ (BR1)

„Wir glauben, die Anzahl der Diplomierten, zukünftig wird natürlich stark reduziert werden und durch Hilfsdienste darunter aufgefüllt.“ (SL22)

Für viele Befragte ist die Frage offen, wie sich in Zukunft die Berufsgruppen der Pflege verteilen werden ➤ *siehe auch Kap. 5.5.12*. Dadurch entstehen Unsicherheiten und Ängste, vor allem bei den derzeit tätigen DGKP.

„Wie kann ich Qualität halten, wenn ich das Niveau, Ausbildungsniveau absenke, nur damit ich Kosten sparen kann?“ (BK31)

„Weil die Pflegefachassistenten sind nur zwei Jahre, das sind noch einmal ein Jahr weniger wie jetzt die Diplomausbildung... und das werden aber dann die sein, die die Pflege machen auf den Stationen. Und drum sage ich, wir kommen jetzt wieder auf den Zeitpunkt zurück, wie ich angefangen habe.“ (SL4)

„Ich glaube, dass sie wegkommen vom Patienten. Das ist ja eigentlich das Perverse an dem Gesetz, weil die, die viel Ausbildung haben, horcht sich vielleicht polemisch an, sind wenig beim Patienten, die, die weniger Ausbildung haben, sind sehr viel beim Patienten.“ (BR18)

„Also, die Umsetzung, die GuKG-Novelle gibt ja bei der Kompetenzerweiterung nicht sehr viel her. Das, was man so an Erweiterung immer kolportiert, das haben wir eh schon gemacht.“ (PM13)

„Im Bereich des Gehobenen Dienstes haben wir die große Sorge, was ist mit den unter Führungszeichen herkömmlich Diplomierten, was ist mit denen, die einen akademischen Abschluss haben in dem Bereich und wie wird sich das einpendeln, dass man ja schon auch von Seiten des Landes ein bisschen vernimmt, wie der zukünftige Personalschlüssel aussehen soll. Also, wenn ich sage, jetzt keine Ahnung, ein deutlich geringerer Schlüssel am gehobenen Dienst, zugunsten der Pflegefachassistenten auf längere Sicht, was heißt das für die Pflegekräfte? In dem Zusammenhang treten natürlich ganz natürliche Ängste auf.“ (BR1)

Unklarheiten zum Einsatz des neuen Berufsbildes Pflegefachassistentenz

Unklar ist für viele zum Zeitpunkt der Interviewführung, wie das neue Berufsbild der Pflegefachassistentenz eingesetzt werden kann.

„Das sind die, die man nicht einsetzen kann, die kann man nicht auf die Patienten loslassen. Ja nur, weil sie die Ausbildung haben, heißt das nicht, dass man sie einsetzen kann.“ (PM4)

Laut Einschätzung der Führungskräfte wird es einige Bereiche geben, wo die Pflegefachassistentenz gut arbeiten kann, in anderen, auch aufgrund derzeit anderer Vorgaben, weniger.

„Aus der Erfahrung heraus und aus dem jetzigen Stand unserer Analyse, was wir schon gemacht haben, ich glaube, im konservativen Bereich eigentlich gut. Je nachdem, wie dort das Patientenaufkommen ist, von der Diagnosestellung her und ich sage halt einfach, je kompetenter ein Bereich zum Beispiel versorgt werden muss, weil eben das Krankheitsbild dementsprechend ist, desto höher muss die Qualifikation dann sein.“ (PM5)

Die Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 bringt noch viele Fragen mit sich. Die Träger bemühen sich gerade intensiv, die Vorgaben mit Leben zu füllen. Viele sehen in den neuen Berufsbildern auch eine Chance, dass durch notwendige Überlegungen bezüglich Personaleinsatz auch ein neues Modell angedacht wird.

„Ich würde jetzt schon im neuen GuKG die Chance sehen, dass man sagt, wir brauchen auch ein neues Personalberechnungssystem dazu.“ (BR9)

5.7.2 STÄRKUNG VON KOMPETENZEN

Die Anforderungen im Krankenhaus sind nur bewältigbar, wenn laufend die Kompetenzen⁵²⁹ aller Beschäftigten weiterentwickelt werden.

„Dinge, die vor zwei Jahren noch State of the art waren, sind wieder verpönt, also man kommt mit dem Einschulen nicht mehr nach. Eine Einschulung passiert und in einem halben Jahr sind viele dieser Dinge schon wieder alt. Das Wissen ist extrem kurzlebig, was eine Riesenherausforderung auch für das Personal ist, nämlich für das Teilzeitpersonal.“ (SL12)

„Bessere Qualifikation vom Personal bringt immer was... Aber da haben wir schon Mitarbeiterinnen, die da höher qualifiziert sind und das macht schon Sinn.“ (PM24)

„Was ich finde, was für die Pflegekräfte ganz wichtig ist, dass beispielsweise dieser Qualifikationsmix, sprich, die theoretische Ausbildung und die praktische Ausbildung genügend gut vorbereiten, auf die Tätigkeit nach, auch in der Ausbildung selber, oder nachher, was die entsprechenden Weiterqualifikationen angeht.“ (SL27)

„Das Wissen ist extrem kurzlebig, was eine Riesenherausforderung auch für das Personal ist.“ (SL12)

Kompetenzen sichtbar machen

Vor einer Stärkung der Kompetenzen der Beschäftigten ist eine Analyse der vorhandenen und nötigen Kompetenzen im jeweiligen Arbeitsfeld wichtig.

„Man muss wirklich jede Abteilung für sich beleuchten, man kann ganz schwer über ein ganzes Haus ein Raster drüberlegen. Also, man muss sich da die Mühe machen, wir haben in den letzten Jahren schon einzelne Kompetenzanalysen gemacht, weil mir persönlich es einfach wichtig ist, unsere Mitarbeiter zu befähigen und die Qualität zu halten. Und da hat sich herausgestellt, es sind wirklich die handelnden Personen dahinter, die einzelnen Bereiche und auch was für Patienten werden da versorgt.“ (PM9)

Fort- und Weiterbildung

Ein wichtiger Beitrag zur Kompetenzstärkung sind Fort- und Weiterbildungen. Die gelebte Fortbildungspraxis der einzelnen Träger wird unterschiedlich beschrieben.

Manche Befragte beschreiben, dass in ihrem Träger derzeit Bildungsaktivitäten gekürzt werden.

„Ein Beispiel aus einer Fortbildung, da dürfen ja nicht mehr alle hinfahren, sondern, wenn fünf dorthin fahren, dann heißt es, nein nur einer soll fahren und einen Bericht schreiben und dann höre ich, die eine hat das ganze Wochenende in ihrer Freizeit an dem Bericht geschrieben. Das sind dann genau solche Dinge, die hier reinspielen, wo sich dann viele denken, ich such lieber gar nicht mehr an um eine Fortbildung, weil das zahl ich mir selber und habe dafür Freizeit.“ (BR17)

„Ich würde einmal verändern, dass mehr Fortbildungen gezahlt werden, weil wir uns sehr viel für Fortbildungen eben dazuzahlen müssen. Ganze Unterkunft, Fahrtkosten, alles. Und die Kurse sind zum Teil in Wien, in Innsbruck, überall. Also, das ist wirklich eine sehr teure Angelegenheit, wenn man eine Woche lang wo auf Kurs ist. Man bekommt dann vielleicht 200 €, wenn es gut geht. Kosten tut es 2.000 €.“ (BK32)

Andere Träger investieren in die Weiterbildung ihrer Beschäftigten.

⁵²⁹ Für eine erste Einführung in den Kompetenzbegriff siehe: Staflinger/Hexelschneider, 2014

„Ich darf relativ viel auf Fortbildungen fahren, Gottseidank, und das machen wir so, da sind wir zu zweit, die fahren, im Rahmen von Fortbildungen weitergeben. Das funktioniert sehr gut. Wir machen eine Fortbildung mit zwei Wiederholungen, dass möglichst viele gehen können.“ (BK77;Onko)

Berichtet wurde mehrfach, dass die Zeiten für diverse Bildungsaktivitäten zu wenig in den Personalberechnungen abgebildet sind.

„Also, mehr wie zwei können eh nicht auf einmal, aber das stimmt. Das mit den Fortbildungen ist teilweise ein wenig schwierig unterzubringen.“ (SL43)

„Nein, weil mit 40 Stunden ist man eigentlich schon sehr ausgelastet. Es wirkt sich dann eher sehr auf die 20-Stunden-Kräfte aus, die müssen dann mehr reinkommen und das sehe ich auch als problematisch, denn die sind ja nicht umsonst auf 20 Stunden.“ (BK62)

„Ich würde gerne jemanden einlernen aber das scheitert auch am Personalmangel.“ (BK42)

„Genau, die sind auch massiv ausgestockt worden, 40 Stunden für die Assistenten und 60 für die Diplomierten. Es muss viel mehr Zeit in die Ausbildung von den neuen Kolleginnen investiert werden, das ist alles nicht abgebildet.“ (BL15)

Interner Wissensaufbau

Viele Träger legen Wert auf die Stärkung der Kompetenzen.

„Wenn wir jetzt eine neue Kollegin bekommen, die bekommt eine Mappe, die wird eingeschult, die rennt mit, die wird wirklich eingeschult, dass sie alles kann. Und früher war das einfach, dass du ein Mapperl gekriegt hast und du hast da herauslesen können und das wars.“ (BK92;Abteilungshilfe)

Häufig werden derzeit interne Aktivitäten zur Kompetenzstärkung angeboten.

„Aber wir haben immer wieder im Team selber Fortbildungen, die wir uns selber machen. Wenn wer einen Kurs gemacht hat, dass man halt was erklärt davon oder zeigt. Aber das kann nie den Kurs selber ersetzen, das ist klar. Und dann laden wir uns halt immer wieder Referenten oder Referentinnen ein, die mit uns dann 1,5 Tage zum Beispiel irgendetwas machen. Das ist zum Teil Freizeit von uns, zum Teil geht es auf Arbeitszeit.“ (BK32)

Nicht immer können diese von den Beschäftigten aufgrund der Organisation wahrgenommen werden.

„Die Ärzte machen schon einmal in der Woche Fortbildungen und natürlich können wir auch dazukommen, aber das ist genau in der Mittagspause und da geh ich, wenn ich einen 11-Stunden-Dienst habe, nicht hin.“ (BK80)

In einigen Trägern gibt es bereits klare Vorgaben zur internen Wissensweitergabe.

„Also das kommt gut an, weil es ein Konzept gibt. Es gibt dazu eine klare Vorgehensweise. Es wird in den Share-Point reingestellt bei uns. Damit ersichtlich ist, was gibt es für Handbücher dazu, was gibt es für Standards dazu, wo kann ich mir vielleicht Unterlagen holen, oder ein E-Learning Modul... Das hilft uns. Und auch gemeinsam der Austausch.“ (PM8)

Als zentrale Elemente des internen Wissensaufbaus werden die Praxisanleitung und Einarbeitung beschrieben. Der Großteil der Befragten schildert, dass hier häufig zu wenig Zeit eingeplant ist ➤ *siehe auch Kap. 5.6.*

„Aber drei habe ich dabei, die waren vorher nie auf der Chirurgie, die sind halt von einem anderen Bereich gekommen, für die ist das Neuland, da braucht man viel Personalressourcen, damit die gut eingearbeitet sind. Und das geht generell nur auf Überstundenbasis.“ (SL36;Kinderchirurgie)

„Ich bin noch Kinderkrankenschwester, allerdings bekommen wir jetzt immer mehr Allgemeine und da merkt man schon, dass es einfach länger dauert, weil man einfach jemanden auch in der Grundpflege bei Neugeborenen und Frühgeborenen einlernen muss und auch das ganze Knowhow, Kinderkrankheiten etc. bei einem anderen Level anfängt, als wenn man aus Kinderkrankenpflege kommt.“ (BK62;Kinder)

Kompetenzen nützen

Beschäftigte in den öö. Krankenhäusern bringen viele Kompetenzen mit sich. Notwendig wird es sein, diese sinnvoll zu nutzen ➤ *siehe auch Kap. 5.5.12* und vor allem auch ausreichend Ressourcen für den zeitgemäßen Einsatz zu schaffen ➤ *siehe auch Kap. 5.6.*

„Natürlich fordern wir in die Richtung, aber die zweite Seite ist, man muss schon schauen, welche Kompetenz der einzelne Mitarbeiter hat, dass ich die auch wirklich voll ausnutze.“ (BR30)

Auswirkung auf die Dienstpostenberechnung

Einige Befragte schildern, dass Schulungen so ausgewählt werden, dass im Anschluss weniger Personalressourcen gebraucht werden. Häufig fehlt in der Praxis auch die Zeit zur Anwendung des Gelernten.

„Die Idee von diesen Schulungen ist, dass man, dann ein geschultes Personal besser umgehen kann, aber eben mit den gleichen Ressourcen. Die Idee der Kinästhetik, die mir ein bisschen wehgetan hat, ist, dass der Hintergedanke war, dass wenn alle geschult sind, dann könnte ja eigentlich gleich nur mehr einer den Nachtdienst machen. Wenn er die Schulung hat sollte er den Transfer alleine schaffen.“ (SL18)

„Dass der Hintergedanke war, dass wenn alle geschult sind, dann könnte ja eigentlich gleich nur mehr einer den Nachtdienst machen.“
(SL18)

5.7.3 INNOVATION

Die öö. Krankenhausträger sind innovationsfreudig. In diesem Handlungsfeld werden ausgewählte Aspekte zur Projektarbeit und zur Digitalisierung skizziert.

Arbeit in Projekten

Neue Themen, die derzeit in Projekten bearbeitet werden, sind exemplarisch

- Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Kulturen
- Einführung Demenzkonzept inkl. Schulungen
- Umsetzung der neuen Berufsbilder in der Pflege
- Einführung Aromatherapie und Kinästhetik

„Also wir machen uns da schon Gedanken drüber, also Einsatz der Pflegefachassistenz, wie wird denn das aussehen und wir haben da jetzt innerhalb... ist da so ein Projekt.“ (PM6)

„Was auch ein wichtiges Thema ist für mich, ist Migration, Interkulturalität. Also da sind wir jetzt gerade dabei, ein EU-Projekt... Thema Interkulturalität. Und wir hätten den Fokus so drauf, aber ich muss auch erst die Bewilligung zu Gänze bekommen.“ (PM8)

Große Projekte werden zentral vorbereitet, um den Erfolg zu garantieren. Häufig werden auch Pilotabteilungen ausgewählt, wie im aktuellen Demenzprojekt ➤ *siehe auch Kap.5.3.4.*

„Viele Themen machen wir zentral, gerade die Experten, dass die schon zentral dementsprechend vorbereitet sind, was bei allen Häusern gleich ist, dass man sagt, Demenz wird eingeführt in allen Häusern. Die Standardhäuser bekommen alle eine halbe Stelle, die Schwerpunkthäuser eine ganze Stelle dazu und das planen wir. Also, das ist das, was relativ gut immer funktioniert, was überall gleich ist.“ (PM12)

„Es hat ein Schulungsmodul gegeben, wo für jedes Haus ein Demenzbeauftragter geschult worden ist. Und dann gibt es eine Station, wo diese Demenzbeauftragte arbeitet, bei uns ist es zufällig die Akutgeriatrie. Das ist dann sozusagen eine Pilotstation und da werden dann die Leute auch wieder geschult. Wobei es diese Schulungsmodelle noch gar nicht gibt.“ (SL18)

Bewährt hat sich, dass der Betriebsrat in Projekte eingebunden wird, um Widerstände abzubauen.

„Wir hatten unseren Betriebsrat im Boot, die waren da immer dabei und eingebunden. Es gab Mitarbeitergruppen, die gemeint haben, es sei ihnen zu hoaglich, diejenigen konnten wir überzeugen.“ (PM1)

Projekte nicht ausreichend in Personalressourcen abgebildet

In der Praxis wird geschildert, dass die Projektergebnisse nicht ausreichend in den Personalressourcen abgebildet werden. So gibt es z.B. teils Demenzprojekte, im Alltag werden aber letztendlich wenige Zeitressourcen extra zur Verfügung gestellt.

„Wenn ich jetzt ein Demenzprojekt habe, das ist wunderschön. Nur was sicher im derzeitigen System... das überrollt uns insofern, speziell Thema Demenz. Man sieht wirklich messbar, wie massiv das zunimmt. Auch diese nicht massiven Demenzen, sondern nur die beginnenden usw., aber es ist eine Mehrarbeit, eine Mehrbelastung und man muss mehr auf den Patienten eingehen.“ (BR30)

Auch wurde teils Aromapflege eingeführt. Der Mehraufwand lässt sich aber in den gängigen Berechnungsmodellen derzeit nicht abbilden und findet daher keinen Einklang in die Dienstpostenberechnungen.

„Wir haben eine Aromapflege angefangen, wir sind da Pilotstation. Wo man einfach erkannt hat, das tut den Patienten einfach irrsinnig gut, wobei ich das nicht unbedingt auf die Öle beziehen täte, sondern auf die Zuwendung, was Zeit kostet, was man aber eigentlich nicht kategorisieren kann.“ (BL14)

Teils sind die Beschäftigten diverser Gruppen zu wenig in Projekte, deren Ergebnisse Einfluss auf ihre Arbeit haben, eingebunden.

„Häufig werden größere Projekte mit anderen Berufsgruppen besprochen und die anderen müssen da mitmachen. Wo ich auch kein Mitspracherecht habe, weil die besprechen das mit den Ärzten und die sagen, wir machen. Soll jetzt nicht so klingen, aber es ist so, weil die Ärzte nicht sehen, was die nachfolgenden Berufsgruppen für Arbeit haben.“ (BL5)

Die Umsetzung vieler Projekte scheitert häufig an den Personalressourcen.

„Also diese Zeiten sind absolut nicht eingedeckt, diese Personalforderungen, also da müsste man sich schon so deklarieren.“ (PM7)

„Aber dafür braucht es einfach auch zeitliche Ressourcen, die ich gar nicht habe, oder die ich nur ganz bedingt habe und dich halt von den 10 Projekten, die ich machen möchte, kann ich vielleicht eines umsetzen, weil dafür nehme ich irgendwo Zeit her, weil ich sage, ok, das hat jetzt Priorität 1. Und vielleicht komme ich dann irgendwann zu Nummer 10, aber das ist halt die Frage, wann?“ (SL13)

Teils sind Beschäftigte durch viele gleichzeitige Projekte ohne Zusatzressourcen überfordert.

„Ich würde strategisch mal sagen, Stopp. Stopp mit den ganzen Projekten, Stopp mit den ganzen Sachen, die immer wieder und wieder und wieder neu, neu, neu... Und das kommt neu und dort kommt was neu... Die Basismitarbeiter kommen nicht mehr mit, das ist es. Man müsste einfach mal sagen, stopp. Wir haben so viele Abläufe, Prozesse, die im Haus zwar auf Papier sind, aber nicht zu 100 Prozent umgesetzt werden, weil sich nicht alle Abteilungen an gewisse Richtlinien und Verfahrensanweisungen halten.“ (BL2)

Digitalisierung

Häufig wird von Digitalisierung im Krankenhaus gesprochen, teils auch in Zusammenhang mit der Bewältigung eines drohenden Personalmangels.

Digitalisierung hat in vielen Bereichen bereits Einzug gehalten.

„Wir haben schon lange alles am Computer, mittlerweile auch die Medikation, da hat sich schon viel getan.“ (SL7)

Für manche ältere Befragte wird Digitalisierung noch als Bedrohung gesehen.

„Zuerst war der Computer der Böse, weil wir den mitnehmen haben müssen und alles aufschreiben und ja... Dokumentation gut und schön, aber das wird uns sowieso einmal fressen. Weil die Datenhoheit am Krankenbett, die haben nicht mehr wir... Ich hoffe, dass die Jungen, die jetzt kommen, nicht mehr so zu kämpfen haben damit. Weil die kriegen das von vorne herein mit der Muttermilch mit, die Daten sind da, und ich hole mir, was ich brauche. Früher war es so, da habe ich gewusst, was ist los. Nur habe ich auch nie diese Vielzahl an Daten gehabt. Was habe ich früher aus einem Tropfen Blut herausgemessen und was messe ich jetzt?!“ (BR30)

Andere sehen in der Digitalisierung eine Chance, indem sie die Arbeit erleichtert.

„Ja, weil mein Ziel ist es, dieses Formular irgendwann im Computer unterzubringen. Momentan ist es noch nicht im Computer, aber wenn es drin wäre, könnte ich es auswerten. Ich weiß momentan nicht, wie viele Herzkatheter wir zurzeit haben, dafür müsste ich mir alle Protokolle anschauen.“ (BK29)

„Was sehr hilfreich ist, ist diese computerunterstützte Arbeit, auch wenn wir sagen, wir machen schon viel auf dem Computer, aber das ist hilfreich ist, muss man ganz ehrlich sagen.“ (BL6)

Experten/-innen sehen die Chancen nüchtern.⁵³⁰

„Ich bin gerade sehr fasziniert davon, dass alle von der Digitalisierung sprechen und dass die Digitalisierung gerade so in den Mittelpunkt rückt. Ich sehe es ein bisschen anders. Ich glaube, dass uns die Digitalisierung beschäftigen wird, aber die werden wir bewältigen. Die Leute, die jetzt auch auf das System zukommen, als Patienten genauso, als Mitarbeiter haben schon Erfahrung mit Digitalisierung, mit digitalen Tools. Und in andern Branchen ist man schon viel, viel weiter, also man tut hier eher nachholen und was kopieren. Und das klingt jetzt vielleicht kurios. Ich halte die Digitalisierung nicht für den großen Aufreger.“ (E11)

Derzeit glauben manche Befragte, dass ihre Arbeit durch Computer ersetzt werden soll.

„Und durch die laufende Automatisierung wird einem auch vorgerechnet, dass so viele Geräte das ja machen und wird dann mit Personal aufgewogen und das ist aber nicht gut.“ (BL18; BMA)

„Wenn neue Tests, neue Geräte kommen, das ist eben so, dass man mit jedem neuen Gerät sofort die Begründung kommt, eine Mitarbeiterin weniger. Was auch nicht stimmt, weil ich meine ein

⁵³⁰ Zum derzeitigen Einsatz der Digitalisierung, Chancen und Grenzen siehe auch Muckenhuber et al., o.A.

Gerät ist zu warten, zu bedienen, zu beaufsichtigen. Abgesehen von den chemischen Reaktionen sind wir zum Großteil EDV-Techniker geworden. (SL17; BMA)

Viele Aufgaben der Gesundheitsberufe, wie z.B. anleiten, begleiten und beraten, lassen sich nur schwer ersetzen.

„Wir werden bei der Digitalisierung und allem was wir automatisieren können, wird eins der wichtigsten Dinge sein, dass wir Menschen, als Arbeitsplätze zur Verfügung haben, die andere Menschen Face-to-Face begleiten, betreuen, beraten, an der Hand nehmen. Das halte ich für wichtig und das ist genau das, was uns Menschen ausmacht, dass wir das können... Ja ich werde es nicht ersetzen können, das wird eine super Unterstützung sein. Ich mag das ja auch, ich mag auch Automatisierung, ich bin diesen Dingen gegenüber sehr affin, aber man muss auch erkennen wo die Grenzen sind.“ (E11)

Wenn die Technik schneller wird, steigt auch oft das Arbeitstempo.

„Wir haben an einem Tag viel mehr Patienten durchzuschleusen, weil die Spezialgeräte schneller geworden sind, wie ich angefangen habe, war ein Highlight in der Computertomographie 15 Patienten, heute schleusen wir an Spitzentagen 50 Leute durch, die Geräte sind so schnell, dass man fast nicht zusammenkommt, mit dem Auf- und Ablegen der Patienten, mit dem Umlagern, da fängt es schon an.“ (BL17)

Digitalisierung kann als Chance gesehen werden, um die Arbeit zu erleichtern, fordert aber auch Zeit für Einschulung, den Abbau von Widerständen und verändert manche Berufsbilder. Digitalisierung im Gesundheitsberuf zur Einsparung von Personalressourcen wird schnell an Machbarkeitsgrenzen stoßen.⁵³¹

Bedeutung von Kooperationen und Netzwerken

Kooperationen werden als wesentliche Elemente zur Bewältigung der Arbeitsaufgaben gesehen. Teils gibt es Kooperationen mit Universitäten und Fachhochschulen.

„Ich würde mir oft wünschen, eine Wissenschaftlerin hier zu haben. Ich gehe halt den anderen Weg, und da bin ich dem Vorstand sehr dankbar, dass er mir das auch bewilligt hat, diese Kooperationen mit der Universität dann. Dass ich sage... dieses Projekt machen, damit wir wissenschaftlich mit dem Fokus von denen und dort immer dann zu dem jeweiligen Thema Professorinnen haben, die uns mitbegleiten und Inputs liefern. (BR3)

Auch die Zusammenarbeit mit den Pflegedirektoren/-innen aller öö. Krankenhäuser wird als bereichernd erlebt.

„Es gibt ein Netzwerk der Pflegedirektorinnen Oberösterreich, wo man sich natürlich immer wieder austauscht und fragt, wie es bei den anderen läuft und was die machen, diese Absprachen laufen super.“ (PM4)

Teils gibt es in diversen Netzwerken auch Überlegungen zur Weiterentwicklung der PPR.

„Wir wünschen uns eine Veränderung des Berechnungsmodells im stationären Bereich. Also, da haben wir eh schon Initiativen gestartet. Wir wissen, dass österreichweit die Träger miteinander diskutieren, also das Bewusstsein ist da, dass man mit der PPR, so wie sie jetzt ist in Österreich, nicht weiterkommen werden.“ (PM13)

⁵³¹ Das Thema Digitalisierung wurde begleitend besprochen. Es liegen erste Erkenntnisse, vor allem auch zu Befürchtungen vor. Eine tiefere Analyse, auch mit dem Fokus auf Digitalisierung in der Medizin und Auswirkungen wird empfohlen.

Ideen aus der Praxis

Um Beschäftigte nicht zu überfordern, werden in der Praxis in vielen Trägern Innovationsvorhaben Schritt für Schritt durchgeführt.

„Diese Fusion erfolgt nicht revolutionär auf einen Schlag, sondern evolutionär, schön kleinweise bilden und entwickeln wir uns weiter... Wir machen das schrittweise. Wir haben derweil jetzt noch nicht wirklich etwas gemerkt.“ (BR11)

Letztendlich wird die Umsetzung der Projektergebnisse nur Erfolg haben, wenn zusätzliche Stellen, wie z.B. Experten/-innen für diverse Aufgaben und neue Dienstposten in den relevanten Bereichen geschaffen werden.

„Wenn wir ein Konzept entwickeln, das ist dann von da gesteuert, von mir und meiner Mitarbeiterin in der Unternehmensleitung, was wir dann gemeinsam mit den Pflegedirektorinnen weiterbearbeiten. Und wir stellen dann je nach dem... ein klares Projektvorgehen. Und dann eben wird in diesem Projekt auch berechnet, was wir an Dienstposten benötigen würden, so wie es jetzt bei diesem Demenzprojekt geschildert wurde und dann gibt es diese Stellen zusätzlich. Genauso wie Kinästhetik, fällt mir jetzt gerade ein, das war eines der letzten oder Palliativ für den mobilen Konsiliardienst... Also das sind dann zusätzliche. Also die Spezialistinnen sind alle zusätzlich.“ (PM8)

5.7.4 QUALITÄTSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement und -sicherung als wichtige Aspekte

Die laufende Verbesserung der Qualität wird vielfach als wichtig geschildert, zugleich aber auch als Herausforderung erlebt.

Ein fundiertes Qualitätsmanagement unterstützt die Beschäftigten bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten.

„Also ich glaube, dass es in unserem Krankenhaus aus dem Grund eher gut läuft, weil wir ja Iso-zertifiziert sind. Sprich, wir arbeiten ja nach Richtlinien, Checklisten und allem im Dokumentenmanagement. Von dem her schon mal ideal, weil die Mitarbeiter haben eine Orientierung, sprich sie können sich orientieren im Dokumentenmanagement mit den Richtlinien, Verfahrensanweisungen und, und, und.“ (BL2)

„Gerade, wenn man es schriftlich zusammenfasst. So schaut, was ist nicht gut gelaufen? Was ist gut gelaufen? Was sind die Learnings daraus? Was muss ich tun? Was kann ich ändern? Und mit wem muss man oder kann man in Wahrheit daran im Verlauf das beleuchten, damit solche Konstellationen zukünftig besser ablaufen. Und da arbeiten wir daran, dass ist sehr wichtig und wertvoll, damit ich dann natürlich mit diesem Arbeitskreis und den Ergebnissen daraus, meiner Bereichsleitung, meiner Chefin natürlich auch was präsentieren kann und nicht nur sage, ich fordere die Fachweiterbildung und so fort, weil es notwendig ist.“ (SL27)

„Wir haben auch Standard-Checklisten für die Dienstübergabe, die man im Groben durchgeht und das hat sich seit einigen Jahren gut bewährt. Und jeder kann seinen Beitrag dazu leisten, bei der Dienstübergabe.“ (BK7)

„Ich habe relativ klare Vorgaben, viele Sachen, wo man auch einfach ein Formular ausfüllen kann. Das ist ausarbeitet worden mit den Mitarbeitern und jetzt haben sie etwas zum Ankreuzen. Und sowas erleichtert die Arbeit erheblich.“ (BL22)

„Das darf ich nie vergessen, dass eigentlich die Patientenarbeit die Kernarbeit ist und nicht die ganzen Subboards die wir haben.“ (BL5)

Mehr Zeit für Qualitätsarbeit

Viele Befragte bringen ein, dass mehr Zeit in vielen Bereichen die Versorgungsqualität noch verbessern könnte *➤ siehe auch Kap. 4.6.*

„Ja, ich meine, ich habe mir jetzt nicht überlegt, was wäre, wenn ich mehr Zeit hätte. Ich meine natürlich könnte man immer irgendetwas noch besser machen oder vielleicht.“ (BK25)

Auch für die konkrete Arbeit des Qualitätsmanagements sollten mehr Ressourcen geschaffen werden.

„Mehr Arbeit in derselben Zeit, genau.“ (BR1)

„Also, diese Zeiten sind absolut nicht eingedeckt, diese Personalforderungen, also, da müsste man sich schon so deklarieren, dass man sagt, wir haben einen Bereich, wo es sehr wohl auch Qualitätsmanagement-Beauftragte gibt...“ (PM7)

„Für die Führungskräfte, der Herbst ist sowieso ein Wahnsinn, also mit 40 Stunden kommt man nicht aus. Vor allem mit 2 relativ akuten, großen Bereichen, das ist auch viel. Im Sommer ist es tendenziell ruhiger, da kann man alles überarbeiten.“ (BL4)

„Vom System her würde ich schon sagen, dass es vieles zu überarbeiten gäbe in den Systemen. Ich bin immer der Meinung, wenn eine gute Organisation vorhanden ist, wird es auch möglich sein, wieder Ressourcen zu lukrieren.“ (BL5)

„Aber da stöhnen die Stationsleiterinnen massiv auch wegen dem Dokumentationsaufwand, weil sie sagen, was sie da Zahlen, Fakten und Daten liefern müssen, dass sie da zum Teil überfordert sind damit.“ (BR5)

Qualitätsmanagement als Führungsaufgabe hat mittlerweile Einzug gefunden in die Stellenbeschreibungen der Bereichsleitungen in vielen Trägern.

„Wir Bereichsleiter haben natürlich schon den Vorteil, dass wir nicht im Tagesgeschäft mitarbeiten müssen und dann hat man für solche Sachen Ressourcen. Einteilen muss man es sich schon, denn manchmal ist es sehr viel und dann ist es wieder weniger, aber das ist auch in unserem Anforderungsprofil so drinnen.“ (BL8)

Befragte aller Interviewgruppen schätzen Qualitätsmanagement und -sicherung zur Erleichterung ihrer Arbeit. Gerade, wenn es um die Ausarbeitung von Unterlagen geht bzw. um eine stärkere Einbeziehung von Beschäftigten, sind derzeit zu wenig Ressourcen vorgesehen.

„Halte ich auch für absolut sinnvoll, aber es gibt halt keine Ressourcen dafür.“ (BR1)

5.7.5 FAZIT FOKUS ENTWICKLUNG

Die oberösterreichischen Krankenhäuser sind große Innovationstreiberinnen. Es laufen zahlreiche Projekte, Häuser unterziehen sich QM-Zertifizierungen, entwickeln Konzepte zur Demenzarbeit und es wird vieles unternommen, um die Kompetenzen der Beschäftigten zu stärken. Als große Herausforderung wird die Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 mit den darin weiter entwickelten Berufsbildern gesehen. Deutlich wurde weiters, dass für die Innovationsarbeit teils zu wenig Zeit in den Dienstpostenberechnungen vorgesehen ist, was vor allem Beschäftigte fordert.

5.8 FOKUS WEITERE HANDLUNGSFELDER

Neben Handlungsfeldern, die direkt dem Forschungsthema „Personalbedarf und -einsatz“ zugeordnet werden können, wurden in der Studie noch weitere für die Krankenhauswelt bzw.

Gesundheitsversorgung generell relevante Handlungsfelder skizziert. Die vorliegenden Ausführungen geben einen ersten Einblick und bilden die Basis für weitere Forschungsfragen.

5.8.1 GEWALT

Das Thema Gewalt⁵³² war häufiges Begleitthema in den Interviews. Auffallend dabei ist, dass vor allem Gewalthandlungen in allen möglichen Facetten gegenüber geschildert wurde.

5.8.1.1 GEWALT GEGENÜBER MITARBEITERN/-INNEN

Die Einschätzungen zur Zunahme von Gewalt sind sehr heterogen.

„Sehr wenig. In den drei Jahren, in denen ich hier arbeite, haben wir nur eine demente Dame gehabt, da hat es einen Vorfall gegeben. Aber sonst nicht.“ (SL9)

„Tatsache ist, dass man schon feststellen konnte, wir können das zum Teil auch schon belegen durch Erfassungsbögen, dass das Aggressionspotenzial von Patienten und Besuchern gegenüber Pflegepersonal ziemlich gestiegen ist in den letzten Jahren. Nicht ziemlich, sondern deutlich.“ (PM23)

„Und mit den Demenzen natürlich auch, wenn die kratzen, zwicken, beißen.“ (BK71)

„Das schlimmste, eigentlich von der Morddrohung, mit ich steche dich ab, bis hin Kaffeebecher drüber geleert und gegen geschmissen, zum Teil mit angespuckt werden.“ (BR33)

43,8 % stimmten der Aussage „*stimmt völlig*“ bzw. „*stimmt ziemlich*“ zu, 33,7 % kreuzten an, dass die Aussage für sie „*wenig bzw. gar nicht*“ stimmt.

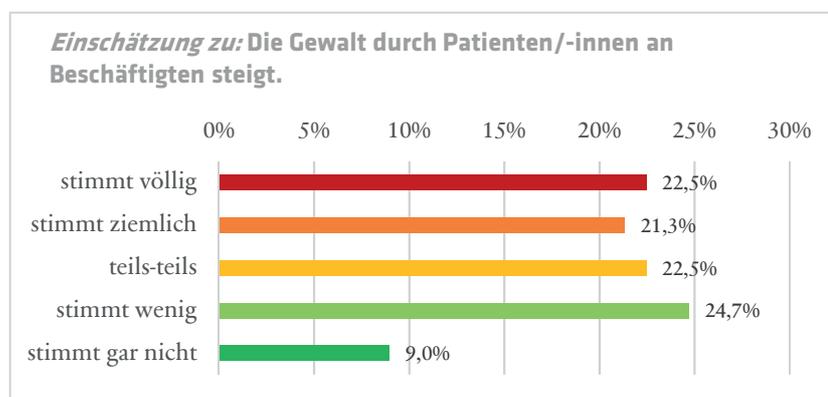


Abbildung 45: steigende Gewalt durch Patienten/-innen an Beschäftigten⁵³³

Gewalt zeigt dabei sehr unterschiedliche Facetten und reicht von verbaler Gewalt hin bis zu sexuellen Übergriffen.

„Ja. Da rede ich nicht nur von körperlicher Gewalt, sondern auch kommunikative Gewalt, das ist schon.“ (SL21)

⁵³² Für einen Überblick zu Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen siehe z.B. Zeh et al., 2009; Schlögl, 2017. Gewalt gegenüber Patienten/-innen wurde in den Interviews nicht gesondert erwähnt. Daraus lässt sich m.E. allerdings nicht ableiten, dass diese im Krankenhaus kein Thema ist. Eine weitere Erforschung dieser Thematik wird empfohlen.

⁵³³ Datenbasis: Einschätzungen zukünftiger Belastungen, BR/BK; n=89 (eigene Darstellung)

Von Gewalt sind alle Berufsgruppen betroffen.

„Naja also, wenn ich das nicht will, dass mich wer betatscht, dann ist das schon nicht mehr gut. Ich bin auch eine, die das nicht mag.“ Und da reden wir jetzt aber nicht von Spucken, Beschimpfen, ist da nicht dabei. Das hat jeder fast tagtäglich.“

(BK96)

„Und vergesst das Reinigungspersonal nicht. Gerade wenn die Reinigungsdame im Foyer ist, dort ihre Arbeit macht und jemand aufgebracht reinkommt, der sieht die als erstes und pudert auf die hin, beschimpft sie und die weiß aber doch gar nicht, um was es geht.“ (BR33)

Viele Befragte schildern, dass die Forderungshaltung der Patienten/-innen immer stärker geworden ist, was sich auch in Aggressionen auswirkt *➤ siehe Kap.5.3.6* Veränderte Anspruchshaltung.

„Patienten sind immer mehr aufgeklärt und verlangen aber auch eine Vielzahl mehr an Leistungen, die damals einfach nicht erbracht worden sind, weil da war jeder froh, dass er ein Bett gehabt hat. Eskalation oder Deeskalation ist ein Thema. Das ist in den letzten drei Jahren massiv mehr geworden.“ (SL10)

Vor allem Beschäftigte in Bereichen, in denen viele demente Patienten/-innen bzw. Patienten/-innen mit Delir betreut werden, schildern die Herausforderungen.

„Und was sicher auch ein Thema ist, körperliche Gewalt durch Demenzkranke. Die Hemmschwelle der Patienten ist sehr niedrig geworden.“ (SL29)

„Vor allem Demente wollen heim, heim, heim, das ist halt schwierig, die irgendwie da zu halten. Noch dazu, wenn sie dann überwacht werden [Anm.: Interview in Stroke] und dann haben sie da das ganze Monitoring drauf. Dann werden sie natürlich sediert... Bei uns sind sie dann überwacht. Eben. Da muss ich halt einmal die ganzen Vitalzeichen überwachen und dann sollte er halt im Bett liegen und das führt beim Patienten wieder dazu, dass er aggressiver wird, agitiert wird, der Patient wird ein bisschen sediert, ein bisschen niedergehalten.“ (BK99)

„Wenn er jetzt im Durchgang ist, vielleicht vorher schon verwirrt war und sich nicht auskennt und sich bedroht fühlt. Aber es ist ein Thema, ich musste schon ein paar Mal ausweichen. Und es wird mehr.“ (BK68)

Gerade auch in psychiatrischen Bereichen zeigt sich, dass Gewalt sehr fordernd werden kann.

Großteils sind es gerade diese Abteilungen, wo schon seit geraumer Zeit konkrete Maßnahmen gesetzt werden.

„Naja also, wenn ich das nicht will, dass mich wer betatscht, dann ist das schon nicht mehr gut. Ich bin auch eine, die das nicht mag.“

(BR18)

„Und da haben auch Leute mit 60 kg oft so eine Kraft, dass man 11 Leute braucht zum Fixieren... Jede Sekunde kann ein Alarm losgehen. Das heißt, da müssen wir wegrennen, wir heißt, die Männer von der Station. Ich habe aber auch nur 65 Kilo und bin 1.70 groß und dann fehle ich aber auf der Station und da kann auch jederzeit was sein.“ (BK96)

„Und eigentlich mit Aggression haben wir es jeden Tag zu tun. 24 Stunden... Und ich glaube, dass es auf der Station keinen mehr oder kaum mehr Leute gibt, die nicht schon zumindest einmal eine Watschn abgefangen haben.“ (BK96)

„Naja, es ist jetzt schon in den letzten Jahren sehr viel gemacht worden. Also diese Deeskalation, wo wirklich alle in der Psychiatrie geschult worden sind, damit man sich im Akutbereich für den Akutfall gleich einmal wehren kann. Und wir können jetzt immer die Polizei anrufen, wenn jetzt im Nachtdienst irgendetwas wäre, da können wir sofort die Polizei hereinholen. Also, das ist auch etwas, das früher nicht gegangen ist.“ (SL1)

Auch Gewalt durch Angehörige wird immer mehr wahrgenommen. Unterschiedliche Kulturen haben dabei unterschiedliche Zugänge.

„Ja, verbale Angriffe von Angehörigen, bis zu tatsächlich Stühle werfen, Geschirr werfen, tätige Angriffe von Patienten kommen oft vor.“ (BR2)

„Aber, und was mir aufgefallen ist, umso vielfältiger die Kulturen werden... umso höher ist auch das Konfliktpotential, speziell zu den weiblichen Pflegekräften.“ (SL10)

Deutlich wurde auch, dass das Thema noch nicht in allen Krankenhäusern gleich thematisiert wird.

„Hab das auch damals thematisiert im Betriebsratsgremium und hab dann gesagt nein, brauche ich nicht jetzt thematisieren bei uns im Haus. Ahm. Das gibt es natürlich. Die Frage, ist wie geht man es an, thematisiert man es oder nicht. Geben tut es das mit Sicherheit, ja.“ (BR5)

Nicht alle trauen sich das Thema offiziell anzusprechen.

„Es ist, glaube ich immer noch so, dass viele Menschen keine Meldung machen, was Gewalt oder so. Was es bei uns aber auch gibt. Ich denke mir, man muss sich immer auch trauen. Man muss die Dinge auch aufzeigen, dann kann man dem Gegenüber sich verbessern oder...“ (BK75)

5.8.1.2 GEWALT ZWISCHEN KOLLEGEN/-INNEN

Teils wurden auch Übergriffe zwischen Kollegen/-innen, teils auch hierarchie- und berufsgruppenübergreifend geschildert.

„Aber natürlich auch um die Kollegen, Ärzte die man da gnadenlos...“ (SL22)

„Also, bei der Evaluierung jetzt, weil es ja da auf psychische Belastungen evaluiert wird, sind auch ein paar Sachen gekommen von Ärzten... Ja. Die Visite ist vielleicht noch weniger, da sind oft mehrere Leute dabei. Aber im Dienstzimmer kann es schon mal sein. Oder auch im Nachtdienst kann es schon mal sein. Und da reichen ein paar Sachen.“ (BR18)

„Naja, wir haben ja eine Betriebsvereinbarung. Und der Arbeitgeber hat natürlich auch, also das war zwar nicht aus dem Pflegebereich, sondern das war aus dem Verwaltungsbereich, hat er dann auch einmal einen Mann entlassen.“ (BR18)

5.8.1.3 GEWALT ALS FOLGE VON ZEITDRUCK

Die Befragten schildern, dass Zeitknappheit und die Erledigung von vielen Dingen gleichzeitig, aggressives Verhalten und weitere Gewalthandlungen verstärkt ➤ *siehe dazu auch Kap. 4.4.2 bzw. 5.4.7.1.*

„Naja ich sage einmal so, wenn ich einen Patienten oder Angehörigen habe, der umgangssprachlich als schwierig bezeichnet wird... dann kann ich leichter deeskalierend wirken, wenn ich nicht schon wieder zehn Sachen gleichzeitig erledigen muss.“ (BR1)

„Dann kann ich leichter deeskalierend wirken, wenn ich nicht schon wieder zehn Sachen gleichzeitig erledigen muss.“
(BK96)

Gerade auch in Ambulanzen und Notaufnahmen entsteht durch lange Wartezeiten, aber auch durch schlechte Kommunikationsflüsse ein hohes Gewaltpotenzial.

„Weil ganz viele dieser Angehörigen-Übergriffe passieren in der Akut-Ambulanz, wo halt Wartezeiten sind, wo die Wartezeiten immer länger werden und die Leute von den Angehörigen gar nicht sehen, dass sie schon in Behandlung sind, weil sie ja noch immer in der Akut-Ambulanz sitzen, obwohl ja jetzt schon zwischendurch das Röntgen war und die Infusion schon hängt und so weiter.“ (BR21)

„Gerade in Notaufnahmen, was wir immer mehr haben, ist gerade die Gewaltzunahme seitens der Patienten gegenüber den Mitarbeitern. Also, wo wir schon immer wieder deeskalieren müssen, weil sonst wir auch keine Mitarbeiter mehr haben, die dort arbeiten möchten.“ (PM7)

Oft wirkt es entlastend, wenn eine zweite Person die Pflege- oder Therapiehandlung begleitet. Die Praxis zeigt allerdings, dass dies aufgrund Zeitknappheit nicht immer möglich ist.

5.8.1.4 IDEEN AUS DER PRAXIS

Mehrere Träger setzen derzeit Aktivitäten zum Themenfeld Gewalt. Bei vielen Führungskräften ist mittlerweile eine Sensibilität vorhanden.

„Ich habe das Thema auch mit der Pflegedirektorin angesprochen, sie selbst macht Deeskalationstraining, sie ist Deeskalationstrainerin, da hat es auch eine Schulung gegeben, eben für die Mitarbeiter mit Deeskalation, Verhalten. Und sie hat mir auch gesagt, dass sie das sehr wohl weiterverfolgen möchte, dass sie auch im Notfall Arbeitsgruppen einsetzen möchte, was es aber de facto nicht gibt, aber, dass sie das schon von sich aus betreiben möchte.“ (BR5)

„Und da macht es natürlich was mit dir, wenn du weißt, da ist noch jemand Zweiter da ist.“
(SL29)

Teils sind z.B. Betriebsvereinbarungen in Ausarbeitung.

„Wir sind aber gerade dabei, dass wir eine Betriebsvereinbarung zum Thema erarbeiten, wo man das nämlich auch dokumentieren kann. Im Sinne einer Security-Meldung, wo genau vermerkt ist, welche Fälle hat es hier gegeben, um auch ein bisschen einschätzen zu können, von welchem Ausmaß reden wir hier genau.“ (BR1)

In einigen Häusern wurden bereits konkrete Meldesysteme und Abläufe eingeführt, die positiv angenommen werden.

„Das erlebe ich. Ich finde gut, dass man auf Mitarbeiterbedürfnisse mehr eingeht, z.B. die Meldung, die wir jetzt machen für herabwürdigendes Verhalten, das finde ich für eine sehr gute Sache. Natürlich geht es um die Patienten, aber natürlich auch um die Kollegen, Ärzte, die man da gnadenlos, das wird bei uns bei den Stationsbesprechungen auch gesagt, lasst euch nichts gefallen, wenn wer deppert tut, dann werden wir das melden... Und gut, es ist eine schöne Sache... es ist ein gutes Instrument, das den Mitarbeitern zur Verfügung gestellt wird. Spricht für den Arbeitgeber, damit man nicht nur schimpft.“ (SL22)

„Und es gibt auch Richtlinien von der Bereichsleitung mit der Rechtsabteilung von unserem Haus, die eben aussagen wie der Ablauf sein soll und wenn irgendwas ist, dass wir einfach die Polizei rufen sollen.“ (BK29)

„... und für die Nachtdienste gibt's jetzt so ein... Notrufsystem, wo die so einen Knopf haben, den sie drücken können, dass dann eine Hilfe kommt. Es war nur so, dass das in den letzten Jahren glaube ich, vergessen worden ist und mittlerweile ist es verpflichtend in der Nacht, dass die Leute das tragen, auch wenn sie oft das Gefühl haben, dass sie das eh nicht brauchen.“ (BL7)

„Also vor einigen Jahren hätten wir über die Themen Sicherheit und Deeskalation nicht gesprochen und jetzt haben wir zwei Mitarbeiterinnen in Ausbildung geschickt, weil es immer wieder Vorfälle im Haus gibt.“ (PM16)

„Und man braucht sich nicht schämen dafür, dass jetzt irgendetwas war. Und früher hat man das eher erduldet.“
(BK32)

„Wir können jetzt besser umgehen damit, weil jetzt gibt es eigene Strategien, die wir uns überlegt haben. Man behält das nicht mehr für sich. Wir melden das, wir dokumentieren, wir melden das an unseren Vorgesetzten, dann wird von irgendeinem Vorgesetzten mit dem Patienten gesprochen.“ (BK32)

Teilweise werden die gesetzten Angebote noch nicht von allen Mitarbeitern/-innen ausreichend angenommen.

„Gewalt. Wir sind vom Haus gut aufgestellt, Gewaltschutz. Es wird vom Haus viel gemacht. Gewaltfreies Krankenhaus, es wird viel gemacht. Es wird auch wirklich viel versucht. Ich finde, es ist halt auch bei den Mitarbeitern. Man muss halt auch die Themen nehmen, die angeboten werden.“ (BK75)

Die Pflegekräfte richten den Appell an die Patienten/-innen, dass es nicht nur Patientenrechte, sondern auch Pflichten gibt, die im Krankenhaus gelten. Diese sollten noch transparenter gemacht werden.

„Es gibt nicht nur Patientenrechte, es gibt auch Patientenpflichten. Die sind aber nicht transparent und man kann einen Patienten nicht auf seine Verpflichtungen hinweisen, weil sie so tief in der Hausverordnung drinnen sind und so global beschrieben sind, dass das jetzt nicht wirklich eine Handhabe hat.“ (SL10)

„Wir gehen wertschätzend mit jedem um und das erwarte ich mir auch vom Gegenüber.“ (BL3)

5.8.2 ENTLOHNUNG

Von allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen angesprochen wurde die Thematik einer leistungsgerechten und wertschätzenden Entlohnung aller Berufsgruppen im Krankenhaus⁵³⁴. Insgesamt **93-mal** wurde die Entlohnung in den Interviews angesprochen.

Nur wenige sind mit der derzeitigen Gehaltssituation zufrieden.

„Und es fühlen sich halt viele Leute immer ungerecht behandelt, wo ich mir oft denke, naja, ganz so ist es aber auch wieder nicht, weil es wird auch viel auf hohem Niveau gejammert, finde ich. Gerade, was Bezahlung und so weiter anbelangt, weil das glaube ich nicht, dass es uns da herinnen schlecht geht, keinem von uns, weil das ein öffentlicher Bereich ist...“ (BK23;Personalmanagement)

„Und, dass das auch von der Leistung her anerkannt wird, auch von der Bezahlung her“ (BK71)

„Naja, beim Geld. Natürlich, wenn du heute jemanden fragst, ob er zu wenig verdient, würde dir jeder sagen, ein bisschen mehr darf es schon sein. Da hat sich bei uns schon, nach anfänglicher, ein wenig Unzufriedenheit, doch eine gewisse Zufriedenheit eingestellt.“ (BR9)

Die Aussagen der Interviewpartner/-innen bestätigt eine aktuelle Studie im Auftrag der AK Tirol. Mehr als die Hälfte der Beschäftigten (52 %) sind der Meinung ist, dass das Einkommen gerade noch bis nicht ausreicht. 84 % der Befragten schätzen ein, dass sie mit dem Pensionseinkommen voraussichtlich gerade noch bis nicht auskommen werden.⁵³⁵ Dies zeigen auch die Ergebnisse einer Online-Befragung von Gesundheitsberufen, bei welcher die Befragten im Durchschnitt eher unzufrieden bis unzufrieden (62,1 %) mit ihrem Einkommen sind.⁵³⁶

Häufig ist der Wunsch nach einer höheren Entlohnung im Fokus dieses Handlungsfeldes.

„Dieses ewige Gehaltsthema. Die Pflege, seit ich, glaube ich in der Pflege bin, fühlt man sich unterbezahlt, dann war es dazwischen ein bisschen besser. Natürlich, je mehr ausgepowert, desto mehr sage ich, Schweinerei, was mir die geben.“ (PM17)

⁵³⁴ Die vorliegende Darstellung bietet einen ersten Einblick in das Themenfeld Entlohnung. Konkret zu betrachten sind unter anderem die unterschiedlichen Grundlagen in diversen Rahmenvorgaben, wie z.B. Kollektivverträge, Besoldungsschema des Landes, etc. Neben der Einstufung unterschiedlicher Berufsgruppen, Anrechnung von Vordienstzeiten und diverser Zulagen sind auch die Übernahme von Zusatzaufgaben in den Fokus weiterer Betrachtungen zu stellen.

⁵³⁵ IFES 2018b: 12

⁵³⁶ Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, 2018

„Aber die [Anm.: MFA] haben ja im Prinzip den Pflegehelfer und dann noch das Röntgen dazu und sind trotzdem niedriger eingestuft. Ja, genau, eingestuft ist er als Assistent und dann kriegt er Pflegeassistenten nicht bezahlt.“ (BL21;RTA)

„Ich weiß auch nicht, ich denke mir, alleine schon von der Bezahlung her fühle ich mich unterbezahlt, das ist einfach so... Der Nachteil ist, dass sie mir das Heim nicht angerechnet haben, ich habe da wieder sehr viel verloren und wieder bei einer relativ niedrigen Stufe angefangen. Das ist aber nicht, das war mir egal... Aber generell denke ich mir, mit den ganzen Nachtdiensten und den ganzen Stunden, die wir da sind, diese 12er, jedes zweite Wochenende, Sonntag, Wochenende, ist für mich stark unterbezahlt, das ist einfach so, wenn ich es vergleiche mit anderen.“ (BK99)

„Und, dass das auch von der Leistung her anerkannt wird, auch von der Bezahlung her, weil das so ein Riesenumfang jetzt schon ist, was wir da kompensieren müssen. Auch, was wir von den Ärzten zusätzlich mitmachen müssen... Ein bisschen eine Aufwertung vielleicht von der Politik. Finanziell auch...“ (BK71;DGKP)

Häufig wurde angeführt, dass die Anrechnung von Vordienstzeiten nicht zufriedenstellend geregelt ist und einen Arbeitgeberwechsel erschwert.

So sind z.B. Pflegekräfte im öö. Landesgehaltsschema⁵³⁷ verärgert, dass der Gehobene Dienst (selbst nach der GuKG-Novelle 2016 mit der Akademisierung des Gehobenen Dienstes) immer noch geringer eingestuft ist als MTD-Berufe. Gleiches gilt hier für die Hebammen.⁵³⁸ Offen ist in vielen Fällen auch noch die Einstufung des neuen Berufsbildes der Pflegefachassistenten. Die Unzufriedenheit mit der derzeitigen Einstufung umfasst Beschäftigte aller Träger.

„Was mir die längste Zeit schon sauer aufstößt, ist, dass Therapeuten anders eingestuft sind als diplomierte Personen. Das kann auf Dauer nicht gut gehen. Speziell jetzt, wo die Diplombildung nur mehr auf FH-Ebene läuft, wird es früher oder später eine Angleichung geben müssen. Weil, mit welcher Begründung ist ein Bachelor-Absolvent in der Physio jetzt höher qualifiziert als ein Bachelor-Absolvent in der Pflegeausbildung?“ (PM24)

„Eingestuft sind sie gleich, ja. Wobei das sicher kommen wird, dass die mit Bachelor-Abschluss mehr Gehalt wollen. Also die Diskussionen laufen. Und, wo ja auch dazwischen, die Pflegefachassistenten keinen Platz hat im Gehaltsschema derweil noch.“ (BR18)

Pflegekräfte mit einer vor Ende 2016 abgeschlossenen Ausbildung fürchten immer noch, dass sie irgendwann in der Einstufung schlechter gestellt sein könnten als die akademisierten Kollegen/-innen.⁵³⁹

„Die Frage ist auch die Bezahlung, da bin ich auch sehr hochinteressiert, weil, wenn die auch um dasselbe Geld hackeln wie wir, gespannt bin ich ja nur, wenn das erhöht würd“, was mit uns ist.“ (SL22)

Für einige Befragte ist die Entlohnung im Nachtdienst zu gering und kompensiert nur unzureichend die Risiken durch den Nachtdienst.

„Meiner Meinung nach gehören Nachtdienste finanziell besser abgegolten, meiner Meinung nach das Doppelte. Es gibt wissenschaftliche Studien, dass Schichtdienste das Leben verkürzen. Es gibt

⁵³⁷ Land OÖ – Abteilung Personal, 2019

⁵³⁸ Zum Zeitpunkt der Berichtslegung (Anfang Juni 2019) laufen die Verhandlungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern mit Einstufung öö. Landesbedienstete. Für eine tagesaktuelle Einstufung siehe die aktuellen Gehalts- und Entgeltansätze. Für die Einstufungen der öö. Landesbediensteten gilt derzeit: DGKP: FL/LD16 (mit Spezialaufgaben bis LD13), MTD: FL/LD15-13, PA: FL/LD20

⁵³⁹ Derzeit sind für OÖ keine Überlegungen bekannt, die diese Befürchtungen stützen. Berufsrechtlich gibt es keine Unterscheidung des gehobenen Dienstes zwischen GuKG vor und nach 2016, wodurch diese Unterscheidung auch fachlich nicht zu begründen wäre.

auch eine Studie der USA, dass Personen, die in Schichtdiensten arbeiten, vermehrt an Krebserkrankungen leiden, durch den gestörten Rhythmus. (BK80)

„Nachtdienst ist schlecht bezahlt. Weil für einen Nachtdienst kriegst du 40 Euro, was das für eine körperliche Belastung ist, was 100 und 1 ist.“ (BK38)

Häufig wird eingebracht, dass Zusatzaufgaben, wie z.B. Praxisanleitung, Führungsaufgaben, etc. zu wenig in der Entlohnung berücksichtigt werden.

„Also da haben wir Leute, die sagen, sie legen die Praxisanleitung zurück, es interessiert sie nicht mehr. Und es wird auch nicht honoriert. Sie bekommen die Zeit nicht und sie kriegen auch nicht finanziell eine Abgeltung, einen Anreiz.“ (PM17)

„Da ist auch die Bereitschaft, glaube ich, für viele Basismitarbeiter, sozusagen, Führungsaufgaben zu übernehmen, oder Verantwortung zu übernehmen, wird nicht wertgeschätzt in Geldform und deshalb haben sie, glaube ich, auch schon manches Mal Probleme im Führungsnachwuchs, weil es, wenn man es richtig überlegt, muss man eigentlich sagen, da macht man es sich eigentlich nur schlechter. Man hat mehr Verantwortung, man kann viel, viel mehr, man ist das Sandwich von allen Seiten und man kriegt noch dazu weniger Geld. Also, es gibt keine Lockwirkung da in die Richtung.“ (SL12)

„Wir müssen hier auch Karrieremodelle mit finanziellen Anreizen erarbeiten, Mitarbeiter, die sich weiterbilden und ihre Weiterbildung auch in den beruflichen Alltag anwenden, werde ich auch finanziell in irgendeiner Form Angebote machen müssen.“ (PM4)

Den Befragten ist es wichtig, dass in künftige Gehaltsverhandlungen für das Krankenhaus alle Berufsgruppen einbezogen werden.

„Es hat einen Bereich gegeben, wo man eine Lohnerhöhung gesagt hat. Genau, da haben's die Sozialarbeiter ganz ausgegrenzt. Zuerst mit einem Argument, weil wir ja nicht direkt mit Patienten arbeiten, was natürlich hinten und vorne nicht stimmt. Wir haben tagtäglich zehn Patientenkontakte und Angehörigenkontakte.“ (BK84)

„Was wir schon haben an Problemen ist, dass die einen ein Pflegepaket bekommen haben und ein Großteil der Leute nichts bekommen hat. Weil der andere Teil ja auch groß ist... Hebammen und das, das hat alles... aber es hat keine Abteilungshilfe, der macht genau dasselbe. Es hat kein Hol- und Bring-Dienst, der macht dasselbe...“ (BR18)

„Bei den medizinischen Assistenzberufen geht es eher immer um die Entlohnung. Wir haben schon eine medizinische Fachassistenz abgeschlossen und der verdient weniger wie ein Pflegehelfer, der ist 2 Stufen drunter eingestuft.“ (BR17)

„Und da muss man den Hebel ansetzen. Das ist doch lächerlich zu diskutieren 1.500 Euro brutto, für mich muss das heißen 1.500 Euro netto. Und was ich auch schlimm finde, dass man gerade Menschen, die eben Hilfstätigkeiten machen, so schlecht bezahlt. Weil, ich stelle immer die Frage, wie viele Operationen macht denn der Primar. Wenn keine Reinigung da ist, eine macht er, dann steht es an. Wer putzt ihm denn?“ (BR19; Arb.-BR)

Nicht nur Beschäftigte, sondern auch Gewerkschafter/-innen bringen die Idee ein, dass die Entlohnung über alle Kollektivverträge und Gehaltschemata angepasst werden sollen.⁵⁴⁰

⁵⁴⁰ Derzeit sind in den öö. Krankenhäusern vier unterschiedliche Gehaltsschemata im Einsatz: das Gehaltsschema des Landes Oberösterreich (für alle Krankenhäuser der Gesundheitsholding und Kepleruniversitätsklinikum), Kollektivvertrag der OÖ. Ordensspitäler mit Öffentlichkeitsrecht (für alle Ordenskrankenhäuser), Vertragsbedienstetenordnung der Stadt Linz (für Beschäftigte, die vom ehemaligen AKH der Stadt Linz in das Kepleruniversitätsklinikum gewechselt sind), Kollektivvertrag für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Klinik Diakonissen Linz und Schladming (Klinik Diakonissen Linz) und die Dienstordnung A (DO.A) für Verwal-

„Und zwar die Kluft von der Bewertung von der Entlohnung her, weil das so unterschiedlich ist, das würde ich einheitlicher machen. Da arbeiten zwei Kollegen dasselbe und die werden unterschiedlich bewertet, Kollektivverträge... Das würde ich unbedingt mal ändern, weil sie es auch nicht einsehen, zurecht. Weil, die einen bekommen Zeitbonus und die anderen nicht, und eine sechste Woche und die anderen nicht. Und das würde ich gerechter machen.“ (G5)

Für viele ist eine höhere Entlohnung eine Basis für die Akquise neuer Mitarbeiter/-innen *➤ siehe auch Kap. 4.4.3.*

„Aber auch diese Mitarbeiter müssen eine ordentliche Bezahlung bekommen, ansonsten werden wir keine Mitarbeiter bekommen.“ (PM4)

Als erster kleiner Schritt wird von einigen Befragten die Einspringzulage im Kollektivvertrag der Ordenskrankenhäuser erwähnt, die seit einiger Zeit gilt. Die Zulage beträgt 26,31 Euro und *„gebührt nur für die ersten zwei wegen desselben Ereignisses zu ersetzenden Dienste“*.⁵⁴¹

„Aber es gibt jetzt eine Einspringzulage, das sind 25 Euro für die ersten zwei Dienste. Das kommt gut an, ich denke, das ist einfach ein bisschen Wertschätzung, gerade wenn man eh schon viel arbeitet und dann auch noch einspringt. (BK66; DGKP)

Als weitere Verbesserung der Entlohnung wurde rückwirkend mit 1. Jänner 2019 davon abgegangen, neue Beschäftigte im Landesdienst mit 95 anstelle von 100 % des Gehaltes zu entlohnen.⁵⁴²

Insgesamt fordern die Befragten ein, dass die Entlohnung im Krankenhaus noch wertschätzender sein muss.

„Und wenn es so ist, dass die Metaller, sage ich als Beispiel jetzt drei Prozent mehr bekommen, da ist ja von uns noch nicht die Rede. Wir sind auch ja auch gleich, wir machen ja auch die Arbeit. Wir versorgen ja euch. Das ist ja unser Auftrag. Und der soziale Beruf ist zwar in der Bewertung hoch angesehen, wir sind total hoch angesehen, das sind wir, aber zahlen wollen sie nichts. Und hochqualifiziert sind sie da drinnen, das ist ja nicht irgendwas, wir sind hochqualifiziert. Und die Wertschätzung, die ist einfach nicht da. Das ist der Arzt, der verdient einigermaßen gut, aber nicht einmal das.“ (G5)

5.8.3 INTEGRIERTE VERSORGUNG

Im Rahmen vieler Gespräche wurde deutlich, dass vor allem die Nahtstellen zum extramuralen Bereich nicht überall ausreichend gewährleistet erscheinen. Ist z.B. der niedergelassene Bereich zu wenig ausgebaut, ergeben sich zusätzliche Herausforderungen, die sich auch in der Personalberechnung abbilden, vielmehr aber noch die Versorgungsqualität beeinflussen. Insgesamt wurde **74-mal** die integrierte Versorgung⁵⁴³ als Handlungsfeld angesprochen. Im vorliegenden Kapitel erfolgt eine kurze Darstellung der Herausforderungen.

tungsangestellte, Pflegepersonal und zahntechnische Angestellte bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (AUVA). Für einen Überblick zu den aktuellen Kollektivverträgen siehe: www.kollektivvertrag.at; siehe auch Magistrat der Landeshauptstadt Linz, 2005

⁵⁴¹ Siehe dazu für das alte Gehaltsschema Katalog I/Art.2, Pkt.10 bzw. im neuen Schema Katalog II/Art.2, Pkt. 18 im KV der öö. Ordensspitäler

⁵⁴² Oö. Gehaltsgesetz 2001 - Oö. GG 2001

⁵⁴³ Während der Begriff „Integrated Care“ international seit Jahren fest verankert ist und zahlreiche erfolgreiche Konzepte vorliegen, besteht auch aufgrund der vorliegenden Schilderungen in manchen Bereichen bzw. auch Regionen noch ein starker Aufholbedarf. Die vorliegende Beschreibung bietet einen ersten Einblick. Für eine weiterführende Diskussion auch im Lichte internationaler Modelle wird auf eine spätere Auswertung verwiesen.

Krankenhäuser als Ersatz für den niedergelassenen Bereich

Die Befragten schildern, dass Menschen häufig direkt das Krankenhaus aufsuchen, ohne vorher eine andere Versorgung⁵⁴⁴ in Anspruch genommen zu haben. Teils kommen Patienten/-innen auch zu Tagesrandzeiten, da sie dann mit einer schnelleren Versorgung rechnen. Die Krankenhäuser und die Beschäftigten stehen durch diese Veränderung vor großen Herausforderungen. Die Personalberechnungen wie z.B. in Ambulanzen sind für den Ansturm kaum gewappnet ➤ *siehe auch Kap. 5.6.1.*

„Dass der extramurale Bereich aus meiner Sicht noch zu wenig ausgebaut ist. Es werden die Leistungen sinnvollerweise aus dem Krankenhausbereich verlagert, es gibt aber eine Lücke zwischen Krankenhausbereich und extramuralen Bereich.“

(E7)

„Zum Teil kommen sie herein und haben noch nicht einmal irgendein Schmerzmittel, oder irgendwas geben oder genommen. Das Krankenhaus ist generell so. Das Krankenhaus ist da, die Ärzte sind da, die haben da zu sein, egal zu welcher Tages- und Nachtzeit. Und man geht rein, wenn man sich unsicher ist, weil Krankenkassa zahlt eh. Ja es ist so. Sie kommen wegen jedem. Und da schauen sie auch nicht auf die Uhr und überlegen, nein, kommen wir lieber schon jetzt, weil dann fängt die Nacht an und da ist es vielleicht unangenehmer zu kommen. Das ist ihnen nicht mehr unangenehm. Sie kommen auch um zwei in der Nacht wegen irgendwas.“ (BK47)

„Denn früher wäre keiner hergekommen, um einen Zecken herauszutun.“ (BL6)

„Nein und das ist ja dann auch oft so schwierig, weil wir ja auf der Kinder 24 Stunden Aufnahmezeit haben. Was ja ok ist, für das sind wir ja auch da. Aber man könnte sich schon oft überlegen, ob man da jetzt wirklich ins Krankenhaus fahren muss.“ (BL6;Kinder)

„Also diese Erwartungshaltung von den Leuten ist schon, dass im Krankenhaus immer irgendwer sein muss und deshalb nutzte ich das einfach und dann habe ich weniger Wartezeit. Wenn ich jetzt zum Beispiel in der Nacht komme. Bei vielen ist es oft so, dass dann abends der Partner heimkommt und dann fährt man halt gemeinsam, oder man hat für die anderen Kinder keine Betreuung. Also den Trend merkt man oft auch. Da ist dann oft zwischen fünf und sieben noch ein großer Schub am Abend.“ (BL6)

Pflegekräfte beschreiben, dass im internationalen Kontext das System der niedergelassenen Bereiche teils wenig bekannt ist. Für viele Menschen, gerade mit anderem Kulturhintergrund ist daher das Krankenhaus häufig logischerweise die erste Anlaufstelle. Hier besteht noch vermehrter Informationsbedarf.

„Und ich glaube schon, dass wenn man das Thema Migration, also im Bereich der Fremdländer hernimmt, die kennen das System der niedergelassenen Bereiche sehr wenig. Weil da ist das so, du gehst in die Ambulanz. Und das merken wir schon, dass da einfach der Zulauf von Migranten höher ist und die fordern auch. Die sagen schon, ich muss angeschaut werden, warum warte ich so lange?“ (PM20)

Teils wird das Krankenhaus auch aufgrund mangelnder Öffnungszeiten bei Ärzten/-innen im niedergelassenen Bereich gewählt.

„Ja, also das merkt man in den Ambulanzbereichen, dass man einfach sehr hohe Frequenzen hat, auch immer so in Zeiten, wo die Hausärzte oder Kinderärzte geschlossen haben. Das war immer

⁵⁴⁴ Eine Entlastung wird hier in den im Aufbau befindlichen PHC-Einheiten gesehen; für weitere Informationen siehe Hauptverband, o.A.

so, ist aber im Steigen. Das heißt, dass wir wirklich ab 16 Uhr, wo man Frequenzen bis 22 Uhr sehr hoch hat, in vielen Bereichen.“ (PM7)

Die Befragten beklagen, dass die beiden Spitalsreformen große Auswirkungen auf das Krankenhaus hatten, aber im niedergelassenen Bereich kaum Veränderungen für sie spürbar sind.

„Wir haben jetzt eine Spitalsreform 2 hinter uns in OÖ. Im niedergelassenen Bereich hat sich gar nichts getan. Wir haben Auflagen gekriegt, wir müssen reduzieren, aber draußen hat sich nichts getan, die Ambulanzen gehen über. Ich will gar nicht reden von der Notfallambulanz.“ (PM6)

Auf lange Sicht wird bei Fortschreibung der derzeitigen Strukturen die Deckelung der Ambulanzen eine noch größere Herausforderung werden.

„Was für mich schon spannend wird, wenn ich mir denke, dass die niedergelassenen Ärzte weniger werden. Wenn man die ganzen Ordinationen nicht mehr wirklich nachbesetzen kann. Wir herinnen aber sagen, die Ambulanzleistung, wir sind alle gedeckelt. Das ist ein riesen finanzielles Thema.“ (PM5)

„Die Patienten sehen das Krankenhaus als erste Anlaufstelle. Was auf der einen Seite gut ist, dass sie uns so wertschätzen und uns von der Qualität her so sehen, auf der anderen Seite ist es eine riesenfinanzielle Frage. Ich glaube, man könnte... mit der Ambulanzleistung als Leistung abgebildet, könnte man vieles herausnehmen. Diese Deckelung in der Ambulanz ist einfach nicht mehr zeitgemäß.“ (PM5)

Auch MTD-Leistungen, wie z.B. Physiotherapie werden aufgrund knapper Versorgungssituation in manchen Regionen vermehrt im Krankenhaus nachgefragt.

„Die Patienten verstehen nicht, dass wir keine Leistung von der Versicherung sind, sondern einen Versorgungsauftrag für das Haus haben und nicht für die ganze Region. Ein paar Patienten geben sich mit der Argumentation zufrieden, ein paar regen sich auf. Und ein paar geben es nach oben und bevor ein Wirbel aufkommt, wird uns gesagt, dass wir diesen Patienten schon machen bevor wir in die Medien kommen.“ (SL18)

Versorgungslücken in der Langzeitpflege und Betreuung

Die Verweildauer der Patienten/-innen wird immer kürzer. Häufig werden Patienten/-innen entlassen, ohne zuhause geeignete Versorgungsstrukturen vorzufinden.

„Es ist auch das Versorgungsnetz draußen nicht so, dass ich sagen kann, ich könnte rund um die Uhr jemanden anbieten, dass da in der Nacht jemand ist und am Tag jemand ist.“ (SL33)

„Ich bin mittlerweile 27 Jahre im Pflegeberuf tätig, ja und ganz ehrlich gesagt, die letzten Jahre erlebe ich massiven Zuwachs, ja an alten Menschen, nämlich, dass einfach diese Grundversorgung nicht mehr funktioniert, ja die funktioniert einfach nicht mehr, das hilft halt nix. Jeder ist noch berufstätig von den Kindern. Meistens ist es so, wenn Angehörige oder Kinder sozusagen da sind, dann müssen die arbeiten und kurzum, der alte Mensch ist heute nicht ordentlich versorgt.“ (SL44;AG/R)

Teils landen sie dadurch wieder schnell im Krankenhaus ➤ *siehe dazu auch Kap. 5.3.2.2.*

„Beispielsweise ein Kind mit Blinddarmoperation, das war dann eine Woche da. Jetzt ist die Verweildauer zwar kurz, die Kinder gehen am dritten Tag nach der OP nach Hause aber wir haben so einen Riesendurchfluss. Und die Eltern sind, das ist auch so ein gesellschaftliches Problem, sie sind mit vielen Situationen schnell überfordert, weil zu Hause die Familienstruktur sich so verändert hat. Heute ist jeder alleine, man hat gar nicht mehr so die Großeltern irgendwie bei Hand, weil die auch noch lange arbeiten müssen und dann zieht sich durchs ganze System durch. Und das wir schon zunehmend zu einem Problem.“ (SL36;Kinder)

„Und, was wir halt auch oft mitbekommen, dass Patienten halt oft schnell nach Hause geschickt werden, jetzt weniger bei uns und dann schnell wieder herinnen sind. Dann werden sie eh wieder

uns zugewiesen, praktisch oder generell auch, wir haben viele Patienten, die einfach immer wieder kommen, wo wir es schon wissen, die haben vielleicht ein Versorgungsproblem auch.“ (BK90)

„Und ich muss ich intramural dafür Sorge tragen, dass es diesen Drehtüreffekt entgegengesteuert wird, indem ich den pflegenden Angehörigen berate. Weil, wenn ich den pflegenden Angehörigen sage, die Medikamente sind umgestellt worden, es kann sein, dass der Papa, die Mama so oder so reagiert, haben sie keine Sorge, das dauert zwei, drei Tage, dann normalisiert sich das wieder, oder andere Sachen auch klärt, also gerade im Umgang mit Menschen mit Demenz, wenn ich ihnen dies und das erkläre, dann verstehen sie das auch und stehen nicht gleich wieder da, weil sie sich ein Stück weit sicherer fühlen.“ (PM14)

Patienten/-innen für die Zeit nach dem Krankenhaus vorzubereiten, wird als wichtige, aber in den Berechnungen kaum abgebildete Ressource betrachtet.

„Ich kann ihn ja nicht einfach aus dem Krankenhaus entlassen, dann ist die Nachsorge nicht sichergestellt. Da hängen sich dann Informationsgespräche, Beratungsgespräche mit pflegenden Angehörigen an und das ist nichts, das in fünf Minuten passiert.“ (PM14)

Gleichzeitig verlängert sich durch mangelnde Versorgungsangebote häufig die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus mit teils negativen Folgen auf die geplanten Abläufe.

„Das kommt natürlich ganz darauf an, wie mobil der Patient vorher war und wie mobil er jetzt ist, da gibt es eine Zeitspanne von ca. 8 Tagen, bis auch die Betreuung gesichert ist. Das zieht auch oft die Dauer des Aufenthaltes in die Länge.“ (BK53)

„Also der geplante Patient, die geplante OP braucht das Bett und draußen scheitert die Versorgung.“ (SL37)

Das in Oberösterreich installierte Nahtstellenmanagement ist laut Schilderung der Befragten noch nicht überall gleich gut angelaufen.

„Nein, gar nicht, ich kriege auch die anderen Bezirke mit. Und durch dieses Nahtstellen-Management. In vielen Bezirken funktioniert das gar nicht. Und drum bei uns in Vöcklabruck, ich muss sagen, das Projekt Nahtstellenmanagement hat uns einfach ganz schön weitergebracht.“ (BK75)

Neue Konzepte nötig

Aktuell sind mit dem Ziel „*mobil vor stationär*“ in allen Versorgungsbereichen zahlreiche Entwicklungen zu Stärkung des ambulanten Bereiches in Vorbereitung.

„Im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene soll die ambulante Versorgung gestärkt werden, bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereiches. Dabei wird auch der Punkt Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals bearbeitet.“ (E12)

„Ich sehe einen großen Bedarf einer Umschichtung. Also Krankenhäuser sind meiner Meinung nach in der Zukunft wirklich für Schwerkranke und Spezialkrankheiten und so weiter. Wir müssen schauen, dass wir die Demenzkranken dort pflegen und betreuen können, wo sie zu Hause sind. Oder betreut werden in Pflegeheimen, im betreuten Wohnen oder in der Langzeitpflege, ganz egal. Ich habe schon mit Bezirkshauptfrauen oder Bezirkshauptmännern gesprochen, die für die Altenheime zuständig sind. Und es ist so, es werden so viele Fahrten gemacht von den Altenheimen in die Ambulanzen, wo manches durchaus in den Altenheimen gemacht werden könnte, wenn das Personal dort dementsprechend geschult wäre, beziehungsweise dementsprechend das auch mit dem Abschluss dort ist, das Personal. Sprich, mehr Diplomierte oder vielleicht in Zukunft auch eine Bachelor, die für mehrere Häuser zuständig ist.“ (PM8)

Die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass hier noch ein großer Handlungsbedarf auf vielen Ebenen⁵⁴⁵ gegeben ist.

„Ja, es muss da glaub ich einfach was geben. So gemeinsame Praxen oder so, oder so Telefonanlaufstellen find ich auch sinnvoll. Weil, viele wollen einfach nur hören, sie machen nichts falsch. Und, wenn sich da dann wirklich noch etwas ändert, können sie jederzeit wo hinkommen. Die eigene Unsicherheit ist da das größte Problem.“ (BL6)

Versorgungslücken werden neben der Betreuung älterer und dementer Menschen vor allem im psychiatrischen Bereich, bei Kindern und auch im Palliativbereich gesehen. Über den extramuralen Bereich wird nicht nur von mangelnden Plätzen, sondern auch von Versorgungslücken gesprochen. Betroffen sind Kinder und junge Patienten/-innen, die im Bereich der Palliativversorgung weiterbetreut werden müssten. Für sie ist es oft nicht möglich, im häuslichen Setting oder in sozialen Pflegeeinrichtungen versorgt zu werden.

„Es gibt immer wieder Situationen, dass Leute nicht vermittelbar sind, weil sie zu jung sind für ein Altenheim oder ein Pflegeheim. Dass man dann in Zugzwang kommt, wo bringt man die Leute hin? Wo kommen die unter, wenn sie zu Hause nicht mehr in der Versorgung aufrechterhalten werden können.“ (BK7)

„Aber wir haben keinen Pflegeplatz, vor allem für Kinder keine Kinderreha, keine Kinderpalliativ, keine Weiterversorgung.“ (PM7)

Die Pflegekräfte schildern, dass sie ihre Kompetenzen auch im Rahmen der Prävention und aufsuchenden Beratung noch besser nutzen könnten als bisher.

„Was auch ein Thema ist, was Krankenhaus vielleicht nicht so betrifft, ist viel mehr mobil. Wir müssen zu den Patienten hinausgehen und nicht, sie müssen wir hereinfahren mit einem aufgeblasenen Rettungsdienst. Wir müssen mobil werden, wir müssen hinaus. Das Wissen hilft wieder. Diese Pflege, die ganze Beratungstätigkeit, die uns jetzt als Kompetenz verankert, das muss man an die Leute bringen.“ (PM6)

Eine Finanzierung aller Gesundheits- und Pflegeleistungen aus einem Topf wäre für einige Befragte ein Fortschritt im Zusammenhang einer besseren integrierten Versorgungslandschaft in Österreich.

„Muss denn das alles aus zwei Töpfen finanziert werden?“ (PM6)

International sind bereits Konzepte zur Integrierten Versorgung im Einsatz. Auf diese kann in der weiterführenden Konzepterstellung für Oberösterreich zurückgegriffen werden.⁵⁴⁶

5.8.4 ARBEITSBEDINGUNGEN WEITERER BERUFSGRUPPEN

Der Fokus der Studie liegt auf der Personalbedarfsplanung und den -einsatz in den öö. Krankenhäusern. Im Laufe der Interviews wurde deutlich, dass viele Herausforderungen der Gesundheitsberufe, wie Zeitmangel, unklare Berechnungsvorgaben und Arbeitsverdichtung auch für andere Berufsgruppen gelten.⁵⁴⁷

⁵⁴⁵ Als Beispiel kann hier die neu in OÖ mit 18. März 2019 geschaffene telefonische Gesundheitsberatung als Beispiel genannt werden, siehe auch Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.A.b), die aufgrund der Evaluierung der ersten beiden Monate sehr gut angenommen wird, siehe ooe.ORF.at, 2019

⁵⁴⁶ Siehe z.B. INTERLINKS, o.A.; WHO, 2017; WHO, 2016; Goowin et al., 2013

⁵⁴⁷ Berufsgruppen, die stetig mit den Gesundheitsberufen zusammenarbeiten, wie z.B. Abteilungshilfen, Hol- und Bringdienste, Stationssekretariate, etc. wurden in die Beschreibung der in den fünf Fokussen beschriebenen Handlungsfelder einbezogen.

„Wenn ich jetzt in irgendeiner Privatfirma bin bei der Reinigung, wenn es nicht so sauber ist oft, ja, und man es nicht sieht, dass es gerade so schmutzig ist, na ja, macht nicht so viel aus, wie wenn ich kranke Leute da hab', wenn ich da Leute hab, die eben krank sind, wo ich eben von der Hygiene ganz andere Anforderungen hab.“ (BR33)

Zur Veranschaulichung werden einige Problemfelder exemplarisch⁵⁴⁸ beschrieben. Die Aufgabenfelder wie z.B. in der Küche haben sich verändert und stellen neue Anforderungen an die Beschäftigten.

„Und in der Küche rührt nicht mehr der Kochlöffel, sondern auch schon der Computer. Es werden alle Auswertungen über den Computer gemacht. Die Suppenkessel und die Öfen kann man alles schon auf Zeit programmieren und das ist halt... Hilfskräfte wie auch Köche können dieses Programm bedienen. Da hat es schon Schulungen gegeben... Und bis auf die Abwaschleute können das alle bedienen, zumindest, dass sie das Protokoll kriegen, was sie überhaupt zubereiten müssen an diesem Tag. Wie viel von was. Aber es gibt dort schon fix eingeteilte Personen, das gibt es schon. Und die haben einen riesigen Bildschirm im Küchenbereich, wo es das dann herausspielt und das dann sehen sie, von ihrem Arbeitsplatz sehen sie dann da ganz genau hin. Aber bedienen kann das eigentlich gut die Hälfte von der Belegschaft.“ (BR19)

„Weil, wenn das WC verstopft ist, muss auch wer kommen...“ (BR33)

„Und in der Küche rührt nicht mehr der Kochlöffel, sondern auch schon der Computer.“ (BR19)

Die Arbeitsverdichtung hat in allen Bereichen im Krankenhaus zugenommen.

„Und das ist natürlich schon, dort [Anm.: in der Küche] wird am Förderbandl gearbeitet, das sind schon gewaltige Stresssituationen.“ (BR19)

„Die Arbeitsverdichtung ist sicher stoßweise mehr geworden, weil man einfach die Zubereitung jetzt anders machen muss. Weil, man muss die Temperatur einhalten, man muss 75 Grad haben beim Patienten. Jetzt ist das natürlich vor der Bandausspeisung, vor der Essensauspeisung alles kurzfristiger zu machen.“ (BR19)

„Was halt ist, der Wechsel von den Patienten. Die Aufenthaltstage werden immer kürzer. Natürlich ist das mit ganz viel Aufwand verbunden.“ (BR19)

Betriebsräte/-innen schildern, dass auch die Funktionsbereiche im Krankenhaus häufig eine empfundene Unterbesetzung aufweisen.

„Ja gerade Hol- und Bringdienst, aber auch Krankentransport, Küche genauso sind sehr unterbesetzt, also die sind sehr knapp mit dem Personal und das ist aber auch, die müssen auch am Wochenende da sein, das heißt, sie haben 7-Tage-Woche.“ (BR33)

Fehlzeiten, wie z.B. Langzeitkrankenstände stellen vor die gleichen Probleme wie bei allen anderen Berufsgruppen ➤ siehe auch Kap. 5.5.4.

„Es gibt keinen offiziellen Sollplan, aber, wenn immer wieder Kollegen einspringen müssen, Überstunden machen und das permanent, wenn ich weiß, ich habe einen Langzeitkrankenstand, wo ich rechnen kann, der Kollege ist ein halbes Jahr weg oder noch länger. und er wird nicht nachbesetzt, es kommt niemand, dann muss die Arbeit mitgemacht werden“ (BR33)

„... einseitige Belastung vom Körper her, irgendwann kommen die Wehwehchen, dann sind Kollegen im Bereich der begünstigten Behinderten, haben dann schon mehr Urlaub, haben dann

⁵⁴⁸ Die vorliegenden Erkenntnisse wurden aus den Interviews mit Arbeiter-Betriebsräten/-innen in einigen öö. Krankenhäusern gewonnen. In der Literaturrecherche wurden keine konkreten Studien zu diesem Arbeitsfeld gefunden. Für eine umfangreiche Analyse des Themenfeldes „weitere Berufsgruppen im Krankenhaus“ wird ein neues Forschungsvorhaben empfohlen.

schon mehr Urlaub, aber das wird nicht kompensiert, dass man sagt ok, man nimmt jemanden dazu, das müssen dann die jüngeren Kollegen auffangen, die aber dann auch krank werden, die halt dann noch früher zum Beispiel Behinderungen haben.“ (BR33)

„Da habe ich zwei Stationen brauche, ich drei Leute, sonst kann ich es nicht halbwegs sauber machen, wenn da aber jemand ausfällt, muss es kompensiert werden von den anderen zwei, dann ist nicht gleich, dass automatisch jemand nachkommt.“ (BR33)

Teils entsprechen Personalberechnungsmodelle nicht den tatsächlichen Anforderungen.

„Das wird nach Flächen berechnet. Bei der Reinigung. Es ist ja auch so, der Reinigungs-KV [Anm.: bei mittlerweile häufig ausgelagerter Reinigung an Töchter] sagt ganz genau nach Flächen, wie viel Zeit, dass man brauchen darf. Das ist ja der Oberwahnsinn. Für eine Nasszelle in einem Patientenzimmer zum Beispiel darfst du drei Minuten brauchen. Ich meine, das ist der Wahnsinn. Weil, wie soll ich ordentlich etwas reinigen. Das kann nicht funktionieren, weil man drückt die Zeit für die Reinigung so runter und im Gegensatz schraubt man den Hygienestandard so hinauf. Das kann nicht passen, das kann nicht funktionieren.“ (BR19)

Die Personaleinsatzplanung und Dienstplangestaltung laufen nicht immer zufriedenstellend.

„Wir haben auch eine sehr gute Küche muss ich sagen. Und ich glaube, dass die Leute wirklich, viel, viel leisten dort drüben. Das ist halt auch oft die Diensteinteilung. Weil sie dann oft nicht Rücksicht nehmen, auf die Ersatztage. Da war eine auf Urlaub. Vierzehn Tage auf Urlaub. Dann haben sie sie einen Tag eingeteilt und dann wieder fünf oder sechs Tage frei eingeteilt. Da passt etwas nicht. Und diese Diensteinteilung ist eines der größten Probleme. Nicht nur hier, sondern auch im Sekretariatsbereich. Da heißt es stante pede, es darf sich niemand im Sommer mehr als zwei Wochen Urlaub nehmen. Egal ob es geht oder nicht geht. Und das ist idiotisch.“ (BR18)

Die Aufstiegschancen bzw. berufliche Veränderung für Beschäftigte, z.B. aus der Reinigung sind beschränkt. Meist müssen Beschäftigte zwischenzeitlich ihr Arbeitsverhältnis beenden, um eine Pflegeausbildung zu machen und dann später wieder zurück zu kehren. Nicht für alle Beschäftigten ist diese Option möglich (z.B. Lebenshaltungskosten, etc.). In diesem Zusammenhang sollte überlegt werden, ob nicht, nicht nur in Zeiten eines häufig geschilderten (Pflege)personalmangels, für Kollegen/-innen neue Möglichkeiten geschaffen werden, um Gesundheitsberufe zu erlernen. Neben einer gelebten Durchlässigkeit und Attraktivierung der Berufe hätte diese Entwicklung auch den Nutzen, dass gerade Beschäftigte aus der Stammbesatzung die Arbeit im Krankenhaus schon besser einschätzen können, wodurch zu erwarten ist, dass die Fluktuation geringer und die Einarbeitungszeit kürzer ist.

„Wir haben einige gehabt [Anm.: aus der Reinigung], die schon einen FSB gemacht haben, die weg gegangen sind. Das ist kein Problem. Aber so, als Rotgestreifter, wenn man jetzt so sagt [Anm.: Arbeitskleidung für Reinigung], was anderes zu tun, das wird schwierig. Für das sind einfach die Arbeitsplätze nicht da.“ (BR19)

Teils fühlen sich die Beschäftigten in den anderen Berufsgruppen vernachlässigt, weil aus ihrer Sicht hauptsächlich die Pflege im Mittelpunkt steht.

„Was mir die Mitarbeiter sagen, in letzter Zeit hört man sehr viel von der Pflege, Pflegepaket, ..., ich meine, es ist Pflege sehr präsent, und, dass sich die etwas vernachlässigt fühlen, zum Beispiel die Küche, zum Beispiel die Technik und auch das Verwaltungspersonal, wo die dann sagen, jetzt kann ich es schon nicht mehr hören, immer für die Pflege und was ist mit uns.“ (BR5)

Auch in der Entlohnung besteht laut Befragten ein starker Handlungsbedarf.

„Was halt auch ist, Reinigung ist natürlich sehr schlecht bezahlt. Ich weiß, dass man nicht viel Ausbildung braucht, aber es wird verlangt Deutsch in Wort und Schrift, klar man muss Produktbeschreibungen lesen und verstehen können, aber es ist sehr schlecht bezahlt und das können sich viele Männer nicht leisten.“ (BR33)

Die Befragten schildern, dass es häufig gerade die Arbeit in den unterstützenden Bereichen ist, die den Krankenhausalltag am Laufen halten.

„Ganz wichtig, den Reinigungsbereich, wo der Patient selber sieht, aber auch die ganzen technischen Bereiche, weil wenn das WC verstopft ist, muss auch wer kommen, wenn es nicht warm ist, muss ein Klimatechniker kommen, das spüren die Patienten auch, wenn sie den Kollegen selber vor Ort fast nie sehen, aber der ist ja trotzdem da, es ist ja die Stromversorgung, es ist die medizinische Gasversorgung, der ganze Technikbereich, wenn ich kein Licht hab, gerade im Winter, wenn der Eingang nicht geräumt ist, wenn da Schnee ist.“ (BR33)

6 RESÜMEE

Eine der größten Herausforderungen der kommenden Jahre wird im Bereich der öö. Krankenhäuser darin bestehen, eine ausreichende Zahl adäquat ausgebildeter Menschen in Gesundheitsberufen zu rekrutieren, motivieren und bis zur Pension gesund im Beruf zu halten.

„Stellen Sie sich vor, in der Strahlentherapie, das ist eine hochheikle Arbeit, also, da kann ich wirklich mit einer kleinen Unachtsamkeit schon was anrichten. Und das bei einem Patientenklintel, was sowieso schon hochheikel ist. Da muss ich schon schauen, dass ich solche Rahmenbedingungen herstelle, dass die Mitarbeiter wirklich ausreichend Zeit haben, dass sie sich regenerieren.“ (BL19;MTD)

Die Schaffung guter Rahmen- und Arbeitsbedingungen wird daher die drängendste Aufgabe für die öö. Krankenhäuser sein.

Ziel der vorliegenden Studie war es daher, mit Blick auf die beschriebenen Herausforderungen *➤ siehe auch Kap. 2.1.2 bzw. Kap. 4.4*, die unterschiedlichen Aspekte der Personalbedarfsberechnung und des konkreten Personaleinsatzes auf Mikroebene daraufhin zu beleuchten, wo Beschäftigte, Führungskräfte, Betriebsräte/-innen und weitere Experten/-innen Herausforderungen, aber auch positive Entwicklungen sehen. Konkret betrachtet wurden alle Gesundheitsberufe im Krankenhaus (mit Ausnahme der Ärzte/-innen) mit kurzen Einblicken in weitere Arbeitsbereiche, wie z.B. Küche, Reinigung, Abteilungshilfe, usw.

6.1 ZUSAMMENFASSUNG DER ZENTRALEN ERKENNTNISSE

Die Erkenntnisse aus Gesprächen mit 216 Interviewpartnern/-innen und weiterer Erhebungszugänge *➤ siehe Kap. 2.5* wurden zu 39 Handlungsfeldern verdichtet *➤ siehe Kap. 5*. Auffällig war, dass es zwischen den einzelnen befragten Gruppen wenige Unterschiede in der **Identifikation von Handlungsfeldern** gab. Als Aspekte, die derzeit zu wenig in den gesetzlichen Regelungen zur Personalausstattung im Krankenhaus beachtet werden, wurden z.B. genannt: Fehlzeiten, neues Pflege- und Therapieverständnis, steigende Aufgaben, Demenz, Arbeit in der Nacht und am Wochenende, usw. Deutlich wurde auch, dass derzeit nicht für alle Bereiche zeitgemäße und verbindliche Berechnungsmodelle vorhanden sind. Die in vielen Bettenstationen eingesetzte PPR entspricht aus Sicht der Akteure/-innen nicht mehr den heutigen Anforderungen *➤ siehe auch Kap. 5.6.3* und muss daher, falls eine Weiterentwicklung angedacht ist, vor allem im Bereich der Minutenwerte, Kategorisierungen und definierten Aufgabenfelder neu reflektiert werden.

„Ja, genau. Ganz ehrlich, nach meiner jahrelangen Erfahrung ist die PPR nicht mehr geeignet. Mir wäre es recht, wenn sie weg wäre.“ (PM22)

Die in einigen Bereichen geltenden Qualitätskriterien *➤ siehe Kap. 5.6.4* werden zwar begrüßt, weil sie Sicherheit geben. Zeitgleich wird deutlich, dass auch sie in manchen Teilen nicht mehr den heutigen Anforderungen gerecht werden. Der Weg zu zusätzlichen Dienstposten wird mit den derzeitigen Berechnungsmodellen und der gelebten Praxis als langwieriger Weg beschrieben. Daraus resultieren häufig knapp berechnete Dienstposten, die den konkreten Personaleinsatz erschweren. Die Folge sind häufiges Einspringen und der Aufbau von Mehr- und Überstunden bzw. große Kontingente an kaum konsumierbaren Stunden wie z.B. Ersatzstunden für Nacharbeit, usw. Viele Überstunden, subjektiv empfunden zu wenig Personal und zu wenig Zeit für die Arbeit und die Patienten/-innen werden von den Beschäftigten als Belastung empfunden *➤ siehe Kap. 5.4.7*. Häufig von den Befragten beschrieben wurde weiters, dass diese für zu viele Personen gleichzeitig Verantwortung haben. Sind Pflegekräfte für mehr Patienten/-innen

verantwortlich, so geht dies häufig mit erhöhter Unzufriedenheit, Burn-out und erhöhter Absicht zum Berufsausstieg einher.⁵⁴⁹ Aiken bestätigte in diesem Zusammenhang bereits 2002, dass eine Verantwortlichkeit für mehr Patienten/-innen die Burn-out-Wahrscheinlichkeit steigert. Pflegekräfte, die für mehr als vier Patienten/-innen verantwortlich waren, zeigten eine um 23 % höhere Wahrscheinlichkeit, ein Burn-out zu erleiden.⁵⁵⁰

Positiv hervorgehoben wird, dass die Arbeit im Krankenhaus für viele Befragte immer noch als sinnstiftend gesehen wird. Neben der Arbeit mit den Patienten/-innen sind es vor allem positive Teamerfahrungen und die Mitwirkung bei der Dienstplangestaltung, die zur Zufriedenheit der Beschäftigten beitragen. Die Befragten wünschen sich für ihre Arbeit zeitgemäße Berechnungsmodelle, die Verbindlichkeit haben. Häufig wird eingebracht, dass bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen die Orientierung an „guter Praxis“ als zielführender erscheint als die „Dauerrechtfertigung einer häufig zu gering empfundenen Personalausstattung.“

„Also, ich kann es nicht akzeptieren, ich orientiere mich am schlechteren... Da sage ich, ja, wenn wir jetzt mit Afrika vergleichen, mit irgendeinem Dschungel-Spital, dann stehen wir natürlich gut da. Aber ich glaube, das wollen wir ja nicht sein. Es ist schon auf einem Niveau, wo man mal sagt, schauen wir ehrlich hin, ja?“ (G3)

Die Befragten wünschen sich vor allem, dass es zu einer Veränderung bei den Personalberechnungen kommt, bevor Menschen im Krankenhaus Schaden erleiden, und die Medien die Politik und die Träger unter Druck setzen.

„Und wenn jetzt bei uns aber irgendein Patient zu Tode kommt, beispielsweise, weil wir zu wenig Leute sind, oder es zu gefährlich für die Pflege ist, weil ich einfach nicht mehr weiß, wen von den 15 Leuten ich zuerst dran nehmen soll... Dann stehen wir wieder in den Medien und dann ist wieder ein Skandal.“ (BK96)

6.2 EMPFEHLUNGEN

Die definierten Handlungsfelder zeigen auf, dass es **Aktivitäten** zur Personalbedarfsberechnung und zur Personaleinsatzplanung auf vielen Ebenen braucht. Im Rahmen der Beschreibung der Handlungsfelder wurden nötige Schritte skizziert und Ideen aus der Praxis der öö. Krankenhäuser beschrieben. Zusammenfassend erfolgt eine Auswahl von Empfehlungen für weitere Entwicklungen.

Leistungen sichtbar machen

Die Anforderungen an alle Berufsgruppen im Krankenhaus sind stark angestiegen. Seit der Entstehung vieler Berechnungsmodelle haben sich die Aufgaben verändert bzw. sind auch an andere Berufsgruppen, wie z.B. die Pflege übertragen worden. Die Leistungen aller Berufsgruppen im Krankenhaus sollen transparenter abgebildet werden und die Basis für eine zeitgemäße Personalberechnung bilden.

„Und da kann die dann ganz genau schwarz auf weiß dem Herrn Professor zeigen, schauns her, da brauche ich aufgrund der Mehrbetten, Wenigerbetten, brauche ich null Komma acht, einen Dienstposten mehr. Die Leistungsmethode in Wirklichkeit, ja.“ (BL3)

„Also, Frequenz mit Frequenz wird verglichen und, ob der jetzt für uns von der Zeit in zwei Minuten, oder, ob der in einer halben Stunde fertig ist, fällt unter den Tisch.“ (BL21)

⁵⁴⁹ Shin/Park/Bae, 2018

⁵⁵⁰ Aiken et al., 2002

„Bei uns werden einfach nur Frequenzen gezählt, nur Leistungen gezählt, und die werden dann verglichen mit wem auch immer, oder nur untereinander... Ob der Patient jetzt reinkommt, einmal auf den Tisch hüpf und wieder runter und dann geht. Oder, ob er bettliegend ist, er erst einmal viermal umgelagert werden muss, bis wir überhaupt mit der Behandlung beginnen können. Er uns vielleicht gar nicht versteht. Das wird alles nicht berücksichtigt. Da werden nur die Zahlen verglichen.“ (BL21)

Mehr Zeit schaffen

Zeit für ressourcenstärkende Pflege und Therapie, Anleitung und Beratung soll besser in den Berechnungsmodellen dargestellt werden. Es braucht eine Neubewertung aller Tätigkeiten im Krankenhaus für alle Berufsgruppen. Diese soll die aktuellen Anforderungen besser abbilden.

„Bei der Pathologie haben wir uns wirklich jede einzelne Tätigkeit herausgestoppt. Jede einzelne Untersuchung, die mit einem Zeitwert hinterlegt, und dann haben wir auch ein Ergebnis mit Vor- und mit Nachbereitung. Nur, das ist ein immenser Aufwand, weil da die Halbwertszeit so kurz ist, es ändert sich so viel. Abläufe ändern sich so viel, dann kommt... eine neue Substanz kommt heraus, da muss man das alles wieder neu bewerten.“ (BL19)

„Personal aufstocken. Weil das eigentlich der Schlüssel für alles ist, damit sich etwas verändern kann. Und vor allem wäre es mir wichtig, wenn die Mitarbeiter einmal zügig arbeiten könnten, aber ohne diesen permanenten auf den letzten Abdruck... Aber man muss sich das vorstellen wie eine Akkordarbeit. Für mich ist das Personal der Schlüssel.“ (BL10)

Verbindliche Berechnungsmodelle

Anzudenken sind verbindliche Berechnungsmodelle auf Grundlage arbeitswissenschaftlicher Erhebungen für alle Bereiche und Berufsgruppen im Krankenhaus *➤ siehe auch Kap. 5.6.7.*

„Natürlich, eine gewisse Gesetzesgrundlage gibt mir jetzt einmal, wenn das eine gute Berechnung ist, eine gute gesetzliche Grundlage ist, gibt mir auch einmal die Sicherheit, dass ich mich wo anlehnen kann und, dass ich sagen kann, da habe ich einfach eine Handhabe, da kann ich sagen, das ist Gesetz, das ist gefordert und dann bekomme ich das.“ (BL7)

„Sowas wäre dringend erforderlich, dass ich sage, auf welchem Bereich brauche ich welche Personalausstattung. Nicht nur pflegerisch, sondern interdisziplinär. Wie viele Ergotherapeuten, wie viele Physiotherapeuten brauche ich da. Also, ich glaube, das wäre für eine wirklich gute Versorgung.“ (BL16)

„Ich brauche ein schnelles Modell, das ich auf Knopfdruck relativ schnell adaptieren kann.“ (BL19)

Trotz aller Hemmnisse, wie z.B. schwierige Vergleichbarkeit, usw., erscheint die Überlegung für ein (ober)österreichweites Personalberechnungsmodell für alle Krankenhäuser sinnvoll. Unter anderem sollten unter dem Aspekt der Mehrdimensionalität folgende Parameter in eine Berechnungsmethode einfließen⁵⁵¹:

- Berücksichtigung der Beschäftigtenstruktur, Bedarfe der Patienten/-innen, Leistungsangebot und Qualitätskriterien des Hauses und Zielsetzungen des Managements
- Basierend auf den einzelnen Bereichen und Abteilungen
- Basierend auf einem Minimumset an gleichartigen und vergleichbaren Leistungen, Organisationen
- Definition homogener (Qualitäts-)Kriterien, um eine „Umrechenbarkeit“ zumindest im Kernbereich zu gewährleisten

⁵⁵¹ Siehe auch Zsifkovits, 2016; Staflinger, 2016

- Die Ergebnisse der Berechnungsmethoden müssen transparent sein und sind vorzugsweise auch mit patientenbezogenen Ergebnis-Kriterien, Verweildauern und den Zufriedenheitswerten der Mitarbeiter/-innen zu verknüpfen bzw. im Zusammenhang mit diesen Parametern zu interpretieren
- Laufende Evaluierung und Weiterentwicklung

Beschäftigtenstruktur besser abbilden

Analog zum Pflegebedarf der Patienten/-innen soll auch der Bedarf der Beschäftigten in den Personalberechnungsmodellen besser abbildbar sein.

„Womit wir auch große Probleme haben, ist der Mutterschutz. Da haben wir immer die ganzen Tätigkeiten, die die nicht machen dürfen, und die anderen müssen das ausgleichen. Und die Krankenstände, das müssen die anderen kompensieren.“ (BR15)

Besondere Gegebenheiten durch die Altersstruktur, Schwangerschaft, Rückkehr nach langen Krankenständen, usw. sollen z.B. durch Zuschläge, Gewichtungsfaktoren, etc. in Modellen abbildbar sein. Empfohlen wird, die Beschäftigtenstruktur laufend auf Abteilungsebene zu erheben und in den Dienstpostenberechnungen zu berücksichtigen.

Umsetzung der Dienstpostenberechnung im Personaleinsatz

Die Erhebungsergebnisse zeigen, dass selbst bei Verwendung eines Modells, die Auslegung, z.B. des Erfüllungsgrades, in der Praxis sehr unterschiedlich gehandhabt wird.

„Das, was natürlich psychologisch bei der PPR dazukommt. Ich sage, ich mache eine Personalbedarfsberechnung und dann nehme ich nur 90... Ja, da kann halt was nicht passen. Wenn ich jetzt sage, ich mache die Personalberechnung und mache dann...“ (BR10)

Neben einer transparenten gesetzlichen Regelung zur Personalberechnung, braucht es klare Umsetzungsschritte in der Praxis. Dazu zählen unter anderem:⁵⁵²

- Personalbedarfsplanungen sind von den Trägern und Führungskräften zu 100 % verpflichtend umzusetzen. Budget- und Personalanspannungen zulasten der Mitarbeiter/-innen sind gesetzlich zu unterbinden.
- Mitarbeiter/-innen müssen sich sicher sein, zu jeder Zeit in einem rechtlich gesicherten Rahmen arbeiten zu können.
- Die Einhaltung der Erfüllung von Personalberechnungen ist zu kontrollieren bzw. die Nichteinhaltung zu sanktionieren.
- Kurzfristige Dienstplanänderungen müssen vermieden und alter(n)sgerechte Arbeitsplätze geschaffen werden.
- Die Mitarbeiter/-innen müssen gemäß ihren Qualifikationen eingesetzt werden. Kompetenzüberschreitungen aufgrund von Dienstplangestaltungen sind zu vermeiden.

Finanzierung

Neue Modelle der Personalberechnung und Dienstpostenberechnungen bringen häufig eine Erhöhung der Dienstposten mit sich. Auf Systemebene muss die Dienstpostenplanung noch stärker mit einer dahinterliegenden Finanzierung verbunden sein.⁵⁵³ Dazu braucht es ver-schränkte Überlegungen zur Steuerung und Finanzierung der Aufgaben.

„Themenbereiche können, beziehungsweise sollten, nicht nur isoliert betrachtet werden, sondern müssen ganzheitlich analysiert werden. Dies erfolgt zum Beispiel im Rahmen der Zielsteuerung

⁵⁵² Siehe auch Staflinger, 2016, Gratzner, 2014

⁵⁵³ Thomas et al., 2014

Gesundheit durch eine Artikel 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Zielsteuerung Gesundheit.“ (E12)

In der gesundheitspolitischen Debatte (wie z.B. derzeit in Deutschland laufend) wird aktuell immer wieder darüber diskutiert, ob Krankenhäuser mit einer relativ besseren Personalausstattung zusätzliche Mittel bekommen sollen. Diese Maßnahme könnte Einrichtungen belohnen, die im Interesse ihrer Patienten/-innen und Beschäftigten mehr Dienstposten einplanen.⁵⁵⁴ Die konkrete Ausgestaltung solcher Anreizsysteme und der Nutzen dieser Maßnahmen bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft ist gesondert zu überdenken.

Vermehrte Einbindung der Belegschaft bei der Personalplanung

Die Interviewpartner/-innen beklagen, dass sie teils kaum in die Personalberechnung eingebunden werden.

„Nein. Überhaupt nicht. Ich bekomme auch keine Auskünfte. Sie berät sich da nicht mit uns und gar nichts.“ (BR18)

Überlegenswert in diesem ist die Einführung von, in den USA bereits üblichen, „hospital staffing committees“ bzw. „Nursing care committees“, die eine ausreichende Personalausstattung sicherstellen sollen. In diesen Ausschüssen sitzen Vertreter/-innen aus dem pflegerischen Bereich: leitende Pflegekräfte und Pflegekräfte im Verhältnis 50 zu 50. Die Personaleinsatz-Ausschüsse erstellen spezifische Personalpläne, die den Bedürfnissen des aktuellen Patientenkontingents der jeweiligen Stationen entsprechen und auf die Fähigkeiten des Pflegepersonals angepasst sind. Teilweise werden hier zusätzlich erforderliche Mindestbetreuungsquoten je Station bzw. Fachabteilung definiert.⁵⁵⁵ Grundsätzlich wären Modelle dieser Art auch auf (Ober)österreich übertragbar, wobei hier vor allem auch den Betriebsräten/-innen und Personalvertretungen eine besondere Rolle zukommen könnte. Zugleich sind diese Modelle auch auf andere Berufsgruppen anwendbar bzw. sind interdisziplinäre Planungsgruppen anzudenken.

Erweiterte Veröffentlichungspflichten

In der Studie wurde deutlich, dass die offizielle Zahlenlage für die (ober)österreichischen Krankenhäuser wenig transparent ist.

„Ungerne wird darüber geredet. Ja, sehr ungerne.“ (BR25)

Zwar liegen an unterschiedlichen Stellen, wie z.B. Abteilung Gesundheit des Landes OÖ, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), viele Zahlen vor, jedoch sind diese kaum öffentlich zugänglich, was eine Vergleichbarkeit erschwert. Die in Österreich gelebte Praxis ist zu überdenken. Mehrere amerikanische Bundesstaaten gehen bspw. einen anderen Weg, indem sie die Krankenhäuser dazu verpflichten, die Personalpläne offenzulegen („Hospital Patient Care Staffing Reports) und dort unter anderem eine Auskunft über das Patienten-Pflegekraft-Verhältnis zu geben.⁵⁵⁶ Im Unterschied zum österreichischen Bericht „Krankenanstalten in Zahlen“⁵⁵⁷ liegt die Ebene des öffentlich zugänglichen Reportings in der Regel bei der einzelnen Fachabteilung. Überlegt werden muss, inwiefern Maßnahmen dieser Art in (Ober)österreich umgesetzt werden können und welche Nutzen

⁵⁵⁴ siehe dazu auch Thomas et al., 2014; Dieterich et al., 2019

⁵⁵⁵ Thomas et al., 2014; Simon, 2018

⁵⁵⁶ Thomas et al., 2014

⁵⁵⁷ Siehe: BMASGK, 2018d und 2018f

diese Berichte für Patienten/-innen, (potenzielle) Mitarbeiter/-innen und die Krankenhäuser selbst haben könnten.

Änderungen auf allen Ebenen

Ergänzend zur Diskussion um Personalbedarfsberechnungsmethoden ist begleitend auch die Gestaltung von Strukturen und Prozessen sowohl auf Hausebene > siehe Kap. 5.5.11 als auch auf Systemebene > siehe Kap. 5.8.3 zu überdenken.

„Aber grundsätzlich glaube ich, gibt es schon noch Möglichkeiten in den Prozessen und da sind wir ja wiederum nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im niedergelassenen Bereich.“ (PM3)

Bereits 2010 wiesen Wabro et al. darauf hin, dass der tatsächlichen Ermittlung des Personalbedarfs eine Analyse und unter Umständen Optimierung von Strukturen und Prozessen vorausgehen muss, um zu vermeiden, dass ineffektive und ineffiziente Prozesse und Strukturen in der Praxis fortgeschrieben werden.⁵⁵⁸ In der Krankenhauspraxis ist dies unter anderem Aufgabe eines umfassenden Qualitätsmanagements, auf Systemebene der Auftrag der (politisch) Verantwortlichen. Nicht vergessen werden darf, dass ein Überdenken der Modelle der Personalberechnung und eine reine Verbesserung der Personalbesetzung nicht automatisch sofort zu einer direkten Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zu einer gesteigerten Attraktivität führten. So sind, neben den beschriebenen Faktoren, (technische) Innovationen, Weiterentwicklungen im Kompetenzprofil und zeitgemäße Gehaltsschemata weitere zentrale Herausforderungen zur Aufwertung aller Berufe im Krankenhaus. Auch diese Aspekte sind vor dem Hintergrund eines drohenden Personalmangels weiter voran zu treiben. Dennoch stellt die Bereitstellung einer leistungsgerechten und angemessenen Personalausstattung einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Überlastung und Steigerung der Arbeitsqualität dar und muss daher Fokus aller zukünftigen Betrachtungen in der Arbeitswelt Krankenhaus sein.⁵⁵⁹

Der vorliegende Forschungsbericht soll eine erste Basis für weiterführende Diskussionen über eine zukunftsorientierte Personalberechnung in den oberösterreichischen Krankenhäusern sein.

„Was mich besonders ärgert oder überrascht, ist, dass sozusagen zwei Aspekte noch immer nicht als Arbeit anerkannt werden. Das eine ist Nachdenken. Ich kenne kein Personalbedarfsanalyseinstrument, wo Nachdenken als Arbeit bewertet wird. Und das zweite ist Gespräch. Das taucht schon immer wieder auf, das muss man auch sagen. Gespräch ist ein Thema, aber nicht in der Qualität und dem Ausmaß, wie ich glaube, dass es braucht.“ (E11)

Die öö. Krankenhauswelt braucht viel Zeit zum Nachdenken und Zeit für Gespräche, zum Wohl der Versorgungsqualität der Patienten/-innen und der Arbeitsqualität der Beschäftigten.

⁵⁵⁸ Wabro et al., 2010

⁵⁵⁹ siehe dazu auch bereits Thomas et al., 2014

7 ANHANG

7.1 LITERATURVERZEICHNIS

7.1.1 PUBLIKATIONEN

- Abt, T./Oda Gesundheit beider Basel (2007): Der richtige Mix bringt's! Handbuch für Projekte zu Skill- und Grademix im Bereich Pflege und Betreuung. Basel
- Aiken, L.H./Sloane, D.M./van den Heede, K./Griffiths, P./Busse, R. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospektive observational study. in: *The Lancet* 383 (9931), S.1824 – 1830
- Aiken, L.H./Sloane, D.M./Sermeus, W./Van den Heede, K./Busse, R./McKee, M./Bruyneel, L./Rafferty, A.M./Griffiths, P./Moreno-Casbas, M.T./Tishelman, C./Scott, A./Brzostek, T./Kinnunen, J./Schwendimann, R./Heinen, M./Zikos, D./Strømseg Sjetne, I./Smith, H.L./Kutney-Lee, A. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, online auf: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/> (dl: 09.05.2019)
- Aiken, L.H./Sloane, D.M./Cimiotti, J.P./Clareke, S.P./Flynn, L./Seago, J./Spetz JU./Smith, H.L. (2010): Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other Stets, in: *Health Services Research* 45 (4), S.904–921
- Aiken, L.H./Clarke, S.P./Sloane, D.M./Sochalski, J./Silber, J.H. (2002): Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, in: *JAMA*, 288(16), S.1987-1993
- Albrecht, M./Loos, S./Möllenkamp, M./Sander, M./Schiffhorst, G./Braeseke, G./Stengel, V. (2017) Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Gütersloh, online auf: https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_FC_Pflegepersonal_final.pdf
- alzheimerpunkt.ch (2019): Demenz im Spital. Es mangelt an einfühlsamer Zuwendung. Felicitas Witte im Gespräch mit Prof. Robert Pernecky vom 17.03.2019, online auf <https://alzheimer.ch/de/alltag/betreuung-und-pflege/magazin-detail/502/> (dl: 27.05.2019)
- Amt der Oö. Landesregierung (2016): Regionaler Strukturplan Gesundheit Oberösterreich 2020 – RSG OÖ 2016. Erstellt 2016 im Auftrag der Landeszielsteuerungskommission Oberösterreich. Linz, online auf: https://www.gesundes-oberoesterreich.at/Mediendateien/RSG_O%3%962020_gesamt.pdf (dl: 16.05.2019)
- Arbeiterkammer Oberösterreich (2018): Österreichischer Arbeitsklima Index, interne Berechnungen aus dem Arbeitsklima Index. Linz; weitere Informationen unter www.arbeitsklima.at (dl: 23.05.2019)
- Arbeitsmarktservice Österreich (2018): Qualifikationsbarometer. Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammen. Arbeitsmarkttrends, online auf: https://www.ams.at/bis/qualibarometer/berufsfeld.php?id=335&show_detail=1&query= (dl:20.05.2019)
- Arbeit und Alter (o.A.): Lebensphasenorientierte Arbeitsgestaltung in der gespag. Linz, online auf: http://www.arbeitundalter.at/cms/Z03/Z03_3.2.a/1342545219595/beispiele-erfahrungen/beispiele-z-a/gespag-oberoesterreichische-gesundheits-und-spitals-ag (dl: 24.05.2019)
- Arlinghaus, A. (2015): Überlastung hat Folgen - Effekte der Arbeitszeit auf gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen. Essen, online auf: http://www.gawo-ev.de/cms2/uploads/Verdi_FachtagKKH2015_Arlinghaus151030.pdf (dl: 25.05.2019)
- Austrian Standards Institute (2012): Pflege-Personalregelung (PPR) – Strukturstandard – Personalmanagement in der allgemeinen Erwachsenenpflege. ONR 116150; Ausgabedatum 01.11.2012. Wien
- Bauer, G./Rodrigues, R./Leichsenring, K. (2018): Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich. Eine Untersuchung auf Basis der internationalen NORDCARE-Befragung. Im Auftrag der AK Wien. Wien, online auf www.euro.centre.org (dl: 26.05.2019)
- Brandt, T./Flecker, J./Hermann, C./Lindner, D./Papouschek, U./Schulten, T./Verhoest, K. (2009): Die Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und deren Auswirkungen auf Qualität, Beschäftigung und Produktivität. FORBA-Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien- Wien
- Berufsberatung.ch (o.A), online auf: <https://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=3288> (dl: 30.05.2019)

- Betz D./Bothmer I./Dutzi I./Eberhardt B./Engels R.; Kosinski D./Kreutter K.E. (2009): Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Schnittstellenübergreifende Informationsvermittlung als Voraussetzung für eine gelingende Versorgungskontinuität. Projektgruppenarbeit vorgelegt an der Hochschule Mannheim und dem Paritätischen Berufsbildungswerk Baden - Württemberg
- Braun, B./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. (2011): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008, Bremen
- Brosziewski, A./Brügger, B. (2001). Zur Wissenschaftlichkeit von Messinstrumenten im Gesundheitswesen: Am Beispiel der Methode LEP®, in: Pflege 2001 (14), S.59–66, online auf <https://www.alexandria.unisg.ch/11892/1/BrosziewskiBr%C3%BCgger%202001%20LEP.pdf> (dl: 11.02.2019)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019b): Sonderauswertung zu Krankenanstalten in Zahlen; Zahlenbasis: 2017; Anfragebeantwortung vom 21.02.2019; Anfrage vom 19.02.2019
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018a): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 sowie inklusive der bis 29. Juni 2018 beschlossenen Anpassungen und Ergänzungen verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Wien, online auf https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Der_Ouml_sterreichische_Strukturplan_Gesundheit_ndash_Ouml_SG_2017 (dl: 19.4.2019)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018b): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. LKF-Modell 2019. Wien, online auf https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/5/8/CH3987/CMS1537965688694/modell_2019_korrigiert_14-12-2018.pdf (dl: 19.4.2019)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018c): Krankenanstalten – Onlineverzeichnis. Übersicht, online auf: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/Krankenanstalten_Online-Verzeichnis/ (dl.: 6.03.2018)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018d): Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten Österreich. 2017. Krankenanstalten-Kostenrechnung, Krankenanstalten-Statistik, Diagnose und Leistungsberichte, online auf: http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/%C3%9CREG_2017.pdf (dl: 17.05.2019)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018e): Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten, online auf: http://www.kaz.bmg.gv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/klassifikation_krankenanstalten.pdf (dl: 20.05.2019)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018f): Krankenanstalten in Zahlen – Ressourcen/Inanspruchnahme der Krankenanstalten, online auf: <http://www.kaz.bmg.gv.at/ressourcen-inanspruchnahme.html> (dl.16.05.2019)
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.A.a): Wiedereingliederungsteilzeit. Arbeitsrechtlicher und Sozialversicherungsrechtlicher Leitfaden. Wien, online auf: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=407> (dl: 26.05.2019)
- Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.A.b): Die Nummer zu Ihrer telefonischen Gesundheitsberatung, online auf: <https://www.1450.at/1450-die-gesundheitsnummer/> (dl: 04.06.2019)
- Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.A.c): Gesundheitsberuferegister, online auf: <https://gbr-public.ehealth.gv.at/Impressum.aspx> (dl: 10.06.2019)
- Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministeriums für Gesundheit (2017): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe. Berlin, online auf: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Ausbildungs-_und_Pruefungs_Verordnung_Pflegeberufe_final.pdf (dl: 17.05.2019)
- Bundesministerium für Gesundheit (2018): Pflegepersonaluntergrenzen. Berlin, online auf: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/personaluntergrenzen.html> (dl:13.05.2019)

- Bundesministerium für Gesundheit (2010): Das österreichische LKF-System. Wien, online auf: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/4/8/CH3986/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf (dl: 19.4.2019)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017a): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Medizinische Dokumentation. Codierhinweise bis inklusive 31. Rundschreiben. Wien, online auf: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/4/1/CH3988/CMS1128332936305/medizinische_dokumentation_2018.pdf (dl:10.05.2019)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017b): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit. Wien, online auf: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/6/CH3973/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021,_urschrift.pdf (dl: 09.05.2019)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017c): Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung. LKF-Modell 2018. Wien, online auf: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF_Modell_2018/ (dl: 11.06.2019)
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017d): Bepunktungsmodell für den spitalsambulantem Bereich – LKF – ambulant. Modell 2018, online auf: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/7/4/CH3988/CMS1506330727353/bepunktungsmodell_spitalsambulanter_bereich_2018.pdf (dl: 06.06.2019)
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hrsg.) (2018): Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe. Berlin, online auf <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958-ger.pdf?sequence=41&isAllowed=y> (dl: 25.05.2019)
- Cimiotti, J.P./Aiken, L.H./Sloane, D.M./W., E.S. (2012): Nurse staffing, burnout, and health care – associated infection, in: American Journal of Infection Control. Vol.40, No.6, S. 486-490, online auf: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655312007092> (dl: 23.05.2019)
- Dai, H./Milkman, K./Hofman, D./Staats, B.(2015): The Impact of Time at Work on Rule Compliance: The Case of Hand Hygiene in Health Care, in: Journal of Applied Psychology, Vol. 100/3, S. 846-862, online auf <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/apl-a0038067.pdf> (dl: 27.05.2019)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Ergebnisse einer Online-Umfrage zum „Dienstplan“. Berlin, online auf: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Umfrage-Dienstplan-Ergebnisse.pdf> (dl:13.05.2019)
- Deutscher Bundestag (2017): Sachstand. Zur Frage der Sicherstellung einer angemessenen personellen in stationären Geburtshilfeeinrichtungen in ausgewählten Ländern; Wissenschaftliche Dienste; WD9-3000-079/16 v. 24. Feb. 2017. Berlin, online auf: <https://www.bundestag.de/resource/blob/498952/e6d987867d45ea04396edc12a38aa6d3/wd-9-079-16-pdf-data.pdf> (dl: 11.06.2019)
- Deutscher OTA-Schulträger-Verband e.V. (o.A.), online auf: <https://www.ota.de/beruf/das-berufsbild/> (dl: 30.05.2019)
- Deutscher Pflegerat e.V. (2019a): Pflegepersonalstärkung durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung. Berlin, online auf: https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/PPBI_DPR_Positionspapier_1903.pdf?m=1552638791& (dl: 13.05.2019)
- Deutscher Pflegerat (2019b): Spahn muss nachbessern - DPR fordert Pflegepersonalbemessungsverfahren für Krankenhäuser. Berlin, online auf: <https://deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2212.php> (dl: 13.05.2019)
- Deutscher Pflegetag (2019): Neue Pflegefinanzierung im Krankenhaus, online auf: <https://deutscher-pflegetag.de/presse/pressemitteilungen/neue-pflegefinanzierung-im-krankenhaus> (dl: 16.05.2019)
- Dieterich, A./Braun, B./Gerlinger, T./Simon, M. (Hrsg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden
- Dorfmeister, G. (2008): Personalmanagement. Wien, online auf: <https://file1.hpage.com/001700/35/download/personalmanagement.pdf> (dl: 27.04.2019)
- Dorfmeister, G. (2001): Die Pflege-Personal-Regelung (PPR) als Österreichische Normungsinstitut Regel (ON-Regel), in: Österreichische Krankenhauszeitung 10/2001, S.20-24

- Dorfmeister, G. (1999): PflegeManagement. Personalmanagement im Kontext der Betriebsorganisation von Spitals- und Gesundheitseinrichtungen. Wien
- Eurostat (2019a): Krankenhausbetten nach Behandlungsart. Luxemburg, online auf: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bds&lang=de (dl: 13.06.2019)
- Eurostat (2019b): Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger und Pflegehilfspersonal. Luxemburg, online auf: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prsns&lang=de (dl: 13.06.2019)
- Fachgesellschaft Profession Pflege (2018): Stellungnahme: Pflegepersonaluntergrenzen und Finanzierung der Pflege außerhalb des DRG-Systems – (k)ein sinnvoller Weg!? Berlin, online auf: http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Stellungnahme_Personaluntergrenzen_Mai%202018.pdf (dl: 10.09.2018)
- Geissler, H. (2019): „Zfrieda schaffa im Krankahus. Ergebnisse der Befragung der Beschäftigten in den Vorarlberger Landeskrankenhäusern 2018, im Auftrag der AK Vorarlberg, Feldkirch
- Genster, G./Maucher, M./Steffen, M./Zander, B. M. (2017): Personalbemessung in Krankenhäusern im internationalen Vergleich. Workshop-Dokumentation, ver.di Bundesverwaltung. Berlin, online auf: https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/Documentation-ver.di&EPSU-SESL-Workshop-16.11.16-Berlin-DE+EN+FR_0.pdf (dl: 11.06.2019)
- Gesundheit Österreich GmbH (2019a): Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz. Wien, online auf: <https://www.demenzstrategie.at/> (dl: 27.05.2019)
- Gesundheit Österreich GmbH (2019b): Auftaktveranstaltung zur Evaluierung der GuKG-Novelle 2016. Wien, online auf: https://goeg.at/Auftakt_GuGK_Eval (dl: 30.05.2019)
- Gesundheit Österreich GmbH (2015): Demenzstrategie. Gut leben mit Demenz. Abschlussbericht – Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien, online auf: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1513/CMS1450082944440/demenzstrategie_abschlussbericht.pdf (dl: 27.05.2019)
- Gesundheit Österreich GmbH (o.A.): Anreizsystem und Abrechnungsmodell für Kurzaufenthalte in Kliniken. Wien, online auf: https://goeg.at/Abrechnungsmodell_Kurzaufenthalte (dl: 06.06.2019)
- Glaser, J./Seubert, C. (2018): Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung, Studie im Auftrag der Bundesarbeitskammer. Innsbruck, online auf: oea.arbeiterkammer.at/pflege (dl: 17.05.2019)
- Gratzer, A. (2014): Personalbedarf in der Pflege. Forderungskatalog des Pflegekonsiliums. 2. Auflage. Graz, online auf: https://media.arbeiterkammer.at/stmk/2014_Forderungskatalog_Bedarf_in_Pflege_Broschuere_barriere-ref.pdf (dl: 09.05.2019)
- Gretzl, G. (2017): Das spitalsambulante Abrechnungsmodell, in: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ., Vol.58. No.10, online auf: <http://www.schaffler-verlag.com/pdf-download?pdf=30697> (dl: 06.06.2019)
- Grzeck-Sukalo, H./Hänecke, K. (2016): Handbuch zum Verfahren der Tätigkeitsanalyse. Dortmund, online auf: https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Arbeitszeit/pdf/handbuch-ta.pdf?__blob=publicationFile&cv=3 (dl: 23.05.2019)
- Goodwin, N./Sonola, L./Thiel, V./Kodner, D. (2013): Co-ordinated car for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success. London
- Hacker, W./Richter, P. (1980): Psychologische Bewertung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen. Ziele und Bewertungsmaßstäbe. In W. Hacker (Hrsg.), Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie in Einzeldarstellungen (Bd. 1). Berlin
- Haider, R. (2018): Entwicklung und Verteilung von Fehlzeiten im Bundesland Oberösterreich, in: WISO 3/18, S. 63-78
- Hartmann (2019): #PflegeComeBack Studie. Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf. Heidenheim, online auf: <https://hartmann.info/de-de/wissen-und-news/2/2/pflegecomeback> (dl: 23.05.2019)
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (o.A.): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Wien, online auf: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782536&viewmode=content> (dl: 02.06.2019)

- Health Workforce Australia (2014): Australia's Futur Health Workforce – Nurses Detailed. Canberra, online auf: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/34AA7E6FDB8C16AACA257D9500112F25/\\$File/AFHW%20-%20Nurses%20detailed%20report.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/34AA7E6FDB8C16AACA257D9500112F25/$File/AFHW%20-%20Nurses%20detailed%20report.pdf) (dl: 19.09.2018)
- Hellige, B. (2005): Professionalisierung der Pflege. Zum Verhältnis von Wissen und Macht in der Pflege, in: PrinterNet 12/05, S. 692-698
- Hötzing, S. (2018): Personaleinsatzplanung in der stationären Langzeitpflege in Oberösterreich. Herausforderungen derzeitiger Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf Pflege- und Arbeitsqualität. Unveröffentlichte Masterarbeit an der Johannes Kepler Universität Linz im Förderprogramm der AK OÖ. Linz
- IFES (2018a): Arbeitssituation in den Salzburger Landeskrankenhäusern. Mitarbeiterinnenbefragung 2018 im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Salzburg, Wien, online auf https://www.ifes.at/sites/default/files/downloads/presse-mappe_charts_neu.pdf (dl: 19.04.2019)
- IFES (2018b): Beschäftigte im Gesundheitswesen in Tirol 2018. Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Tirol. Wien, online auf https://tirol.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeit/IFES_Umfrage_Gesundheitsberufe_Tirol_1.pdf (dl: 19.04.2019).
- IGES, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2018): Pflegepersonaluntergrenzen – Expertenbefragung Befragung von Pflegeexpertinnen und -experten zur Identifikation von pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern. Berlin, online auf: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_04_13_IGES_KH_Pflegeexpertenbefragung_Bericht_final.pdf (dl: 11.06.2019)
- imh GmbH (2017): imh Krankenhaus-Vertrauensindex (KHVI) Erhebung und Auswertung 2017. Wien, online auf: https://www.imh.at/fileadmin/user_upload/Bilder/extras/KHVI_2017_neu.pdf (dl: 09.05.2019)
- imh GmbH (2018): imh Krankenhaus-Vertrauensindex (KHVI) Erhebung und Auswertung 2018. Wien, online auf: https://www.imh.at/fileadmin/user_upload/Bilder/extras/KHVI_2018.pdf (dl: 09.05.2019)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2019): Das Institut, online auf: https://www.g-drg.de/Das_Institut (dl: 20.05.2019)
- INTERLINKS (o.A.): INTERLINKS - A Europe-wide resource that aims to improve long-term care for older people. Wien, online auf: <http://interlinks.euro.centre.org/index.html> (dl: 02.06.2019)
- Isfort, M./Weidner, F./Neuhaus, A./Kraus, S./Köster, V.-H./Gehlen, D. (2010): Pflege thermometer 2009 – Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, in: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., online auf: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (dl: 23.05.2019)
- Jorch, G./Kluge, S./König, F./Markewitz, A./Notz, K./Parvu, V./Quintel, M./ Schneider, D./Sybrecht, G.W./Waydhas, C. (2010): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen-Hintergrundtext. Verabschiedet mit Beschluss des Präsidiums der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 30.11.2010. Berlin, online auf <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin/399-empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-langversion/file> (dl: 04.05.2019)
- Juraszowich, B./Rappold, E. (2017): Demenzkompetenz im Spital. Eine Orientierungshilfe. Wien, online auf: <https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/media/DemenzkompetentesKH-Orientierungshilfe.pdf> (dl: 27.05.2019)
- Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich (2019a): Lange Wartezeiten sorgen für Unmut: AK fordert gerechte und transparente Terminvergabe für geplante Operationen. Pressekonferenz. Linz, online auf: https://ooe.arbeiterkammer.at/service/presse/PKU_2019-03-12_Lange_Wartezeiten_sorgen_fuer_Unmut.pdf (dl: 22.05.2019)
- Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich (2019b): AK-Bilanzdatenbank offen gelegter Jahresabschlüsse aus dem Firmenbuch; Stichtag: 15.5.2019. AK-Sonderauswertung. Linz
- Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (2019): AK-Bilanzdatenbank offen gelegte Jahresabschlüsse aus dem Firmenbuch. Stichtag: 15.5.2019. AK-Sonderauswertung. Wien
- Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (2018): Gesundheitsberufe Onlinebefragung „Wo drückt der Schuh“. Wien, online auf: https://www.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/gesundheit_und_pfleger/umfrage_arbeitsbedingungen_gesundheitsberufe.html (dl: 13.05.2019)

- Kivimäki, M./Jokela, M./Nyberg, S.T./Singh-Manoux, A./Fransson, E.I./Alfredsson, L./Bjorner, J.B./ Borritz, M./Burr, H./Casini, A./Clays, E./De Bacquer, D./Dragano, N./Erbel, R./Geuskens, G.A./Hamer, M./Hooftman, W.E./Houtman, I.L./Jöckel, K.-H./Kittel, F./Knutsson, A./Koskenvuo, M./Lunau, T./Madsen, I.E.H./Nielsen, M.L./Nordin, M./Oksanen, T./Pejtersen, J.H./Pentti, J. /Rugulies, R./Salo, P./Shipley, M.J./Siegrist, J./Stephoe, A./Suominen, S.B./Theorell, T./Vahtera, J./Westerholm, P.J.M./Westerlund, H./O'Reilly, D./Kumari, M./Batty, G.D./Ferrie, J.E./Virtanen, M. (2015): Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. In: The Lancet. Vol.386. Issue 10.005. S.1739-1746, online auf: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615602951> (dl: 27.05.2019)
- Kollektivvertrag der ÖÖ. Ordensspitäler mit Öffentlichkeitsrecht Stand: 1. Jänner 2019, online auf <https://www.kollektivvertrag.at/kv/ordenskrankenhaeuser-ooe-arb-ang/ordenskrankenhaeuser-ooe-rahmen/280516> (dl: 25.05.2019)
- Krenn-Aichinger, M. (2014): Kritik an Spitalsreform in Grieskirchen wächst, online auf: <https://www.nachrichten.at/oberoesterreich/wels/Kritik-an-Spitalsreform-in-Grieskirchen-waechst;art67,1482885> (dl: 22.05.2019)
- Kunze, H./Kaltenbach, L./Kupfer, K. (2010): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Aktualisierte und erweiterte Ausgabe, Stuttgart
- Kurz, A. (Hrsg.) (2014): Erfahren-Lernen-Wissen. Ergebnisse und Erfahrungen aus Projekten zur transkulturellen Kompetenzentwicklung, zu Coaching und Kollegialer Beratung für Pflegende Publikation im Rahmen des INTERREG-Projektes PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der Zukunft. München
- Land Oberösterreich – Abteilung Personal (2019): Gehalts- und Entgeltansätze der Öö. Landesbediensteten Gehalts- und Entlohnungsansätze der Öö. Landesbeamtinnen und Beamte sowie der Öö. Vertragsbediensteten ab 1. Jänner 2019. Linz, online auf: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/121971.htm> (dl:25.05.2019)
- Land Oberösterreich (2018): Die Umsetzung der oberösterreichischen Spitalsreform 2010/2011 Jahresbericht der Evaluierungskommission für 2017. Oktober 2018. „Umsetzung nach Maß – der Öö. Weg bis 2020“. Linz
- Land Oberösterreich (2016): Die Umsetzung der oberösterreichischen Spitalsreform II 2010/2011. Jahresbericht der Evaluierungskommission für 2015. Subbeilage zur Beilage 260/2016. Linz, online auf: <http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internetltgbeilagen/Beilage%20260/2016%20-%20Subbeilage.pdf?id=9383&n=260&j=2016#page=> (dl: 18.09.2018)
- Land Oberösterreich (2011a): Bericht der Experten zur Spitalsreform II des Landes Oberösterreich. Stand April 2011. Subbeilage zur Beilage 412/2011. Linz, online auf: <https://docplayer.org/34442451-Bericht-der-experten-zur-spitalsreform-ii-des-landes-oberoesterreich-stand-april-2011.html> (dl: 21.05.2019)
- Land Oberösterreich (2011b): Vorlage der Oberösterreichischen Landesregierung betreffend den Bericht der Experten zur Spitalsreform II einschließlich Maßnahmenplan [Ges-590028/62-2011]. Beilage 412/2011 zu den Wortprotokollen des Öö. Landtags. XXVII. Gesetzgebungsperiode. Linz, online auf: <http://www2.land-oberoesterreich.gv.at/internetltgbeilagen/Beilage%20412/2011%20-%20Regierungsvorlage.pdf?id=861&n=412&j=2011> (dl:22.05.2019)
- Land Oberösterreich (2004): Bericht der ÖÖ. Spitalsreformkommission. Stand. 31. August 2004. Linz, online auf: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/publikationen/ooeSpitalreformBericht.pdf> (dl: 20.05.2019)
- Leoni-Scheiber, C. (2019): Evidenzbasierte sichere Pflegepersonalausstattung: Auch in Österreich ein MUSS, in: *pflegenetz* 02/19, S.32-33
- LEP (2019): Methode zur Dokumentation und Auswertung von Leistungen im Gesundheitswesen, online auf: <https://www.lep.ch/de/aufbau-und-struktur.html> (dl: 26.04.2019)
- LEP (2016): FAQ Fragenkatalog. LEP®: Nursing 3, online auf: <https://www.lep.ch/files/content2/service/news/FAQ%20LEP%20Nursing%203%20Version%202.pdf> (dl: 06.02.2019)
- Löhr, M./Lickenbrock, A./Vilsmeier, F./Hemkendreis, B./Nienaber, A./Klessmann, R./Wabnitz, P./Schindler, C./Sauter, D./Oppermann, G./Ludowisy-Dehl, S./Schulz, M./Heuft, G. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener, in: *Z Psychosom Med Psychother* 62, S.150-166
- Magistrat der Landeshauptstadt Linz (2019): Verhandlungsschrift vom 16.01.2019 der anlassbezogenen sanitären Einschau durch die Abteilung Bau- und Bezirksverwaltung. Linz, online auf: <https://www.nachrichten.at/> (dl: 17.01.2019)

- Magistrat der Landeshauptstadt Linz (2005): Vertragsbedienstetenordnung der Stadt Linz, online auf: <http://www.pv-maglinz.eu/download/downloads/Vertragsbedienstetenordnung.pdf> (dl: 04.06.2019)
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. Weinheim/Basel
- Medizinische Universität Wien (2017): 40-Stunden-Arbeitswoche als „gesunde Basis“, online auf: <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2017/news-im-februar-2017/40-stunden-arbeitswoche-als-gesunde-basis/> (dl: 27.05.2019)
- Meinhart, G. (2011): Länder-Sparkurs: Kürzungen bei Personal und Spitälern, online auf: https://die-presse.com/home/innenpolitik/668159/LaenderSparkurs_Kuerzungen-bei-Personal-und-Spitaelern (dl: 22.05.2019)
- Michenthaler, G. (2017): „Pflege unter Druck“. Auswirkungen der Spitalsreform auf die Arbeitssituation der Gesundheitsbeschäftigten. März 2017, IFES-Umfrage im Auftrag der AK OÖ. Wien
- Miranda, D./De Rijk, A./Schaufeli, W. (1996): Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items – Results from a multicenter study, in: Crit Care Med, Vol.24, No.1, S. 64-73
- Moser, F. (2016): Auswirkung der GuKG Novelle auf den Grade and Skill Mix im akutstationären Bereich. Präsentation beim Tag der Krankenpflege 2016. Salzburg, online auf: http://www.salzburgerpflage.at/dateien/Grade_and_Skill_ARGE.pdf (dl: 31.05.2019)
- Muckenhuber, J./Janschitz, G./Klebel, T. (o.A.): Endbericht zum Projekt. Neue Herausforderungen in der Pflege? Zur Bedeutung der Digitalisierung im Pflegebereich. Graz, online auf: <http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/201901%20Muckenhuber%20-%20Digitalisierung%20im%20Pflegebereich%20-%20Endbericht.pdf> (dl: 22.05.2019)
- Naegeler, H. (2008): Personalmanagement im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis (Health Care Management). Berlin
- OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, online auf: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en (dl: 04.04.2019)
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2019): Das System Krankenhaus, online auf <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/krankenhausaufenthalt/system-krankenhaus> (dl: 26.04.2019)
- OÖ. Landesrechnungshof (2017): Umsetzung der Spitalsreform II (Stand Ende 2016). Linz, online auf: https://www.lrh-ooe.at/Mediendateien/Berichte2017/IP_SpiRef2016_Bericht_20170516.pdf (dl: 21.05.2019)
- Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (2019): Medizinische Ausbildung in der Gesundheitsholding, online auf: <https://www.gespag.at/bildung/ausbildung-medizin> (dl: 24.05.2019)
- Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (2018): Die Gespag wird ihre Spitäler in Steyr und Kirchdorf zum „Pyhrn-Eisenwurzener Klinikum Steyr Kirchdorf“ zusammenführen. Presseinformation, online auf: <https://www.gespag.at/newsuebersicht/detail/news/die-gespag-wird-ihre-spitaeler-in-steyr-und-kirchdorf-zum-pyhrn-eisenwurzener-klinikum-steyr-kirchdorf-zusammenfuehren> (dl: 20.05.2019)
- Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (o.A.): Geschäftsbericht 2017. Linz, online auf: <https://www.gespag.at/ooe-gesundheitsholding/zahlen-fakten> (dl: 20.05.2019)
- OÖGKK (2019): Krankheitsgruppenstatistik für das Jahr 2018. Linz
- OÖN (2019a): Verzögerter Start für die Gesundheitsholding, online auf: <https://www.nachrichten.at/politik/landespolitik/verzoegerter-start-fuer-die-gesundheitsholding;art383,3132916> (dl: 25.05.2019)
- OÖN (2019b): 3,2 Millionen Überstunden fielen in Oberösterreichs Spitälern 2018 an, online auf: <https://www.nachrichten.at/politik/landespolitik/3-2-millionen-euro-ueberstunden-fielen-in-oberoesterreichs-spitaelern-2018-an;art383,3118346> (dl: 25.05.2019)
- OÖN (2019c): Überstunden in Spitälern: Ärzte und Pfleger gesucht, online auf: <https://www.nachrichten.at/politik/landespolitik/ueberstunden-in-spitaelern-aerzte-und-pfleger-gesucht;art383,3118746> (dl: 25.05.2019)
- OÖ Ordensspitäler Koordinations GmbH (2019): Die Orden mit ihren Spitälern, online auf: <http://www.ooe-ordensspitaeler.at/spital/spital.html> (dl: 18.06.2019)
- Ooe.ORF.at (2019): Beratung: 2.000 Anrufe in zwei Monaten, online auf: <https://ooe.orf.at/news/stories/2983985/> (dl: 04.06.2019)

- Ooe.ORF.at (2018): Spitalsbetreiber gspag zieht Bilanz, online auf: <https://ooe.orf.at/news/stories/2918953/> (dl: 24.05.2019)
- Ooe.ORF.at (2011): Kritik aus Wels zu Plänen der Spitalsreform, online auf: <https://ooev1.orf.at/stories/508768> (dl: 22.05.2019)
- o.V. (2006): Handbuch PPR für Erwachsene in den O.Ö. Krankenhäusern. Linz
- o.V. (2003): Handbuch PPR für Kinder und Jugendliche in den O.Ö. gspag Krankenhäusern. Linz
- Piermayr, W. (2013): Präsentismus im Krankenhaus. Ursachenanalyse des Arbeitens trotz Krankheit im ärztlichen und pflegerischen Dienst. Masterarbeit eingereicht an der IMC Fachhochschule Krems, Fachhochschul-Masterstudiengang „Management von Gesundheitsunternehmen“. Krems
- Prohaska, S./Staflinger, H. (2019): Demenz im Krankenhaus. Herausforderung für Betroffene, das System und die Beschäftigten, in: ÖZPR 3/2019. S.92-95
- Pütz, R./Kontos, M./Larsen, C./Rand, S./Ruokonen-Engler, M.-K. (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Studie der Hans Böckler Stiftung. Nr. 416. Düsseldorf, online auf: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf (dl: 29.05.2019)
- Rauhala, A./Fagerström, L. (2003): Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method, in: Journal of Advanced Nursing, 45(4), S.351–359
- Rappold, E./Holzweber, L. (2019): Die DGKP in der Primärversorgungseinheit. Aufgaben und Rollen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege, in: ProCare 24(1-2), S.20-22
- Rappold, E./Aistleithner, R. (2017): Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Wien, online auf: <https://jasmin.goeg.at/47/1/Arbeitshilfe%20Pflegedokumentation%202017.pdf> (dl: 03.06.2019)
- Rappold, E. (2016): Das bringt die GuKG-Novelle Überblick über Änderungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Kompetenzen, in: ProCare 21(6-7), S.6-8
- Ranegger, R./Baumberger, D. (2017): Forschungsbericht. Bedarfs- und kompetenzorientierte Personaleinsatzplanung gemäß GuKG 2016 - eine prozessorientierte Analyse. Teil B. St. Gallen
- Rechnungshof Österreich (2018): Bericht des Rechnungshofes. Wartezeiten auf ausgewählte Therapien und Eingriffe in Krankenanstalten. III–210 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP. Wien, online auf: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/III/III_00210/imfname_720364.pdf (dl: 06.06.2019)
- Resch, B. (2018): Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zu (Ruf)Bereitschaftsdiensten, in: ÖZPR 2018/65, S.106
- Rigler, S./Niederberger, K. (2019): Befragung der Dienstplanverantwortlichen. Ergebnispräsentation der IBE-Studie im Auftrag des Betriebsrates des Klinikums Wels-Grieskirchen, Standort Wels. Linz
- Rogers, A.E./Hwang, W.-T./Scott, L.D./Aiken, L.H./Dinges, D.F. (2004): The working hours of hospital staff nurses and patient safety, in: Health Affairs. Vol.23. No.4. S.202 – 212, online auf: https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.23.4.202?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacross-ref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed (dl: 03.06.2019)
- Roth, I. (o.A.): Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten. Ein Branchenbericht auf Basis DGB-Index Gute Arbeit. Berlin, online auf: <https://innovation-gute-arbeit.verdi.de/++file++53edce786f684406490003dd/download/Arbeitsbedingungen%20in%20Krankenh%C3%A4usern.pdf> (dl:25.05.2019)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Anaesthetists, Royal College of Paediatrics and Child Health (2007): Safer Childbirth: Minimum Standards for the Organisation and Delivery of Care in Labour. London
- Sauter, D. (2019): Das Leistungsspektrum der Pflege und die angemessene Pflegefachperson Patienten Relation in der Psychiatrie. Präsentation beim Deutschen Pflgetag 2019. Berlin, online auf: <https://deutscher-pflegetag.de/> (10.05.2019)
- Schildmann, C./Voss, D. (2018a): So viele Patienten kommen in Kliniken im Schnitt auf eine Pflegekraft; online auf bit.do/impuls1218 (dl:06.06.2019)

- Schildmann, C./ Voss, D. (2018b): Aufwertung von sozialen Dienstleistungen. Warum sie nötig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen. Forschungsförderung Report Nr. 4. Düsseldorf, online auf: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_report_004_2018.pdf (dl: 05.06.2019)
- Schlögl, K. (2017): Ursachen, Formen und Prävention von Gewalt und Aggression an Pflegepersonen im Krankenhaus: Ein Literaturüberblick. Bachelorarbeit an der Medizinischen Universität Graz am Institut für Pflegewissenschaft. Graz
- Schöning, B./Luithlen, E./Scheinnert, H. (1993): Pflege-Personalregelung: Kommentar mit Anwendungsbeispielen aus der Praxis. Köln
- Schreyögg, J./Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hamburg, online auf: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (dl: 11.06.2019)
- Shin, S./Park, J.-H./Bae, S.-H. (2018): Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis, in: *Nursing Outlook*, 66, S.273 – 282
- Simon, M./Mehmecke, S. (2017): Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Düsseldorf, online auf: <https://www.boeckler.de/pdf/fof/98731.pdf> (dl: 03.09.2018)
- Simon, M. (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Forschungsförderung Nummer 096, Oktober 2018 in der Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf, online auf: https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_096_2018.pdf (dl: 13.05.2019)
- Simon, M. (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Berlin.
- Springer Pflege (2019): Dienstpläne: Pflegende wollen mehr Kollegen und Verlässlichkeit. Berlin, online auf: <https://www.springerpflege.de/rahmenbedingungen/dienstplaene-pflegende-wollen-verlaesslichkeit/16648732> (dl: 13.05.2019)
- Staflinger, H. (2019): Pflegedokumentation neu denken – eine Chance für die Langzeitpflege, online auf: <https://awblog.at/pflegedokumentation-neu-denken/> (dl: 03.06.2019)
- Staflinger, H./Prohaska, S. (2018): Das Krankenhaus im Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag und Ökonomie!?, in: *ÖZPR* 6/2018; S.188-190
- Staflinger, H. (2016): Der öö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf; Arbeiterkammer Oberösterreich. Linz, online auf: https://ooe.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeitswelt/arbeitsbedingungen/AB_2016_Forschungsbericht_Mindestpflegepersonalschluesel_OO.pdf (dl: 12.06.2019)
- Staflinger, H./Hexelschneider, A. (2014): Kompetenzen, Kompetenzentwicklung und Wissensorientierung – Herausforderungen in der Pflege meistern, in: *WISO* 4/2014, S.182-197
- Statista (2019): Anzahl der Erwerbstätigen in Österreich nach Bundesländern im Jahr 2017, online auf: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/292820/umfrage/erwerbstaetige-in-oesterreich-nach-bundeslaendern/> (dl: 22.05.2019)
- Statistik Austria (2019): Überblick - Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA)1 2004 - 2017, in Mio. Euro, online auf: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html (dl: 09.05.2019)
- Stiftung ZQP (2019): Studie Pflegesituation von Migranten. Berlin, online auf: <https://www.zqp.de/studie-pflegesituation-von-migranten/> (dl: 27. 05.2019)
- Thomas, D./ Reifferscheid, A./Pomorin, N./Wasem, J. (2014): Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204, September 2014. Essen, online auf: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5832c9aef1b4cd68fea7792e/download/DP%20204-Wasem-endg.pdf>

- Uzarewicz, C./Schuster, E. (2013a): Transkultureller Reflexionsbogen für Leitung und Personal in Krankenhäusern und Reha-Kliniken. Publikation im Rahmen des INTERREG-Projektes PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der Zukunft. München
- Uzarewicz, C./Schuster, E. (2013b): Bibliografie. Kultur – Fremdheit – Transkulturalität. Publikation im Rahmen des INTERREG-Projektes PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der Zukunft. München
- Uzarewicz, C. (2013): Kleine Einführung in transkulturelles Denken. Publikation im Rahmen des INTERREG-Projektes PFLEGE: Ein Arbeitsmarkt der Zukunft. München
- Verwaltungsrat GKV-SV, Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes (2018): Der Verwaltungsrat begrüßt die Aktivitäten der Regierung zur Verbesserung der Situation in der Alten- und Krankenpflege. Statement vom 20.08.2018. Berlin, online auf: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_744768.jsp (dl: 11.06.2019)
- Vesely, H. (2010): Intensivdokumentation 2011+. Einführung-Schulung Intensivdoku neu. Foliensatz des Bundesministeriums für Gesundheit
- Wabro, M./Matousek, P./Aistleithner, R. (2010): Handbuch für die Personalplanung. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien, online http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/handbuch_personalplanung_2010.pdf (dl: 11.06.2019)
- Weiss, S./Ditto, M./Füszl, S./Lanske, P./Lust, A./Oberleitner-Tschan, C./Wenda, S. (2019): Gesundheitsberufe in Österreich 2019. Hrsg.: BMASGK. Wien, online auf: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/0/8/1/CH4043/CMS1538051085664/gesundheitsberufe_2019.pdf (dl: 11.05.2019)
- WHO (2017): Integrated care for older people, Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genf
- WHO (2016): Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health service delivery. Working document. Regional Committee for Europe 66th Session. 12.-15. September 2016. Kopenhagen
- Zander, B./Blümel, M./ Busse, R. (2013). Nurse migration in Europe – Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries, in: *International Journal of Nursing Studies* 50 (2), S.210 – 218.
- Zander, B./Dobler, L./Bäumler, M./ Busse, R. (2014): Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4CAST, in: *Das Gesundheitswesen* 2014, 76, S. 727–734, online auf: https://www.researchgate.net/profile/Britta_Zander-Jentsch/publication/261922271_Nursing_Tasks_Left_Undone_in_German_Acute_Care_Hospitals_-_Results_from_the_International_Study_RN4Cast/links/5602652708aeb0ce881b8ed/Nursing-Tasks-Left-Undone-in-German-Acute-Care-Hospitals-Results-from-the-International-Study-RN4Cast.pdf?origin=publication_detail (dl: 23.05.2019)
- Zeh, A./Schablon, A./Wohlert, C./Richter, D./Nienhaus, A. (2009): Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick, in: *Das Gesundheitswesen* 2009, 71, S.449-459, online auf: https://www.researchgate.net/profile/Anja_Schablon/publication/240503747_Gewalt_und_Aggression_in_Pflege_und_Betreuungsberufen_-_Ein_Literaturuberblick/links/54abe1110cf25c4c472fb5ba/Gewalt-und-Aggression-in-Pflege-und-Betreuungsberufen-Ein-Literaturueberblick.pdf?origin=publication_detail (dl: 23.05.2019)
- Zeit online Arbeit (2019): Arbeitszeiterfassung. Das Problem ist nicht die Zeiterfassung, sondern der Personalmangel, Beitrag vom 31.05.2019, online auf: https://www.zeit.de/arbeit/2019-05/arbeitszeiterfassung-ueberstunden-job-start-up-gruender-krankenschwester-personalmangel?al_applink_data=%7B%22target_url%22%3A%22https%3A%5C%2F%5C%2Fwww.zeit.de%5C%2Farbeit%5C%2F2019-05%5C%2Farbeitszeiterfassung-ueberstunden-job-start-up-gruender-krankenschwester-personalmangel%3Fwt_zmc%3Dsm.ext.zonauev.facebook.ref.zeitde.share.link.x%22%2C%22extras%22%3A%7B%22fb_app_id%22%3A638028906281625%7D%2C%22referrer_app_link%22%3A%7B%22url%22%3A%22fb%3A%5C%2F%5C%2F%5C%2F%5C%2F%3Fapp_id%3D638028906281625%22%2C%22app_name%22%3A%22Facebook%22%7D%7D (dl: 01.06.2019)
- Zsifkovits, J. (2016): Ermittlung des Pflege-/MTD-Personalbedarf – Rahmenbedingungen, Methodenvergleich und Ableitungen für die Anwendung. Kurzbericht; Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Arbeiterkammer Niederösterreich. Wien
- Zulehner, C. (2016): Personalbedarf und Personaleinsatz in Gesundheits- und Pflegeunternehmen. Maßstäbe für die Praxis. Wien.

Zulehner, C. (2014): Grade- and Skill-Mix Perspektiven der Personalentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. Präsentation am Studientag „Pflege in Bewegung“. Wer macht was im Gesundheits- und Sozialbereich“, Linz.

Zulehner, C. (2013). Grade and Skill Mix. Perspektiven der Personalentwicklung im Krankenhaus, in: Inovator. Das Magazin für Organisationsarbeit und Personalentwicklung, 6/2013, S.3-5, online auf: https://issuu.com/motiv_personal_consulting/docs/inovator_juni_2013_ansicht-klein_fu (dl: 31.05.2019)

Zulehner, C. (2004): Umsetzung Pflege-Personal-Regelung. Land OÖ Endbericht. Ried

7.1.2 RECHTSGRUNDLAGEN

Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie (ABGB), in der Fassung 946/1811, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622> (dl: 31.05.2019)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung–(PflAPrV) vom 02.10.2018, online auf https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl118s1572.pdf#_bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1572.pdf%27%5D__1560187935805 (dl: 10.06.2019)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019a): Bundesgesetz, mit dem das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Gesundheitsberuferegister-Gesetz, das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Berufsreifeprüfungsgesetz geändert werden (OTA-Gesetz). Gesetzentwurf, online auf https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/ME/ME_00160/index.shtml (dl:30.05.2019)

Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), StF: BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung BGBl. I Nr. 13/2019, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> (dl: 19.04.2019)

Bundesgesetz vom 11. Dezember 1969 über die Regelung der Arbeitszeit (Arbeitszeitgesetz; AZG), StF: BGBl. I Nr. 100/2018, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008238> (dl: 02.06.2019)

Bundesgesetz über die Registrierung von Gesundheitsberufen (Gesundheitsberuferegister-Gesetz – GBRG), StF: BGBl. I Nr. 87/2016 in der Fassung BGBl. I Nr. 37/2018, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009644> (dl: 19.04.2019)

Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), StF: BGBl. I Nr. 108/1997 in der Fassung BGBl. I Nr. 131/2017, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (dl: 17.04.2018)

Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), StF: BGBl. Nr. 460/1992 in der Fassung BGBl. I Nr. 54/2017, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010701> (dl: 17.04.2018)

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz, das Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz, das Arbeitszeitgesetz, das Betriebliche Mitarbeiter- und Selbständigenvorsorgegesetz, das Lohn- und Sozialdumping-Bekämpfungsgesetz und das Einkommensteuergesetz 1988 geändert werden (Wiedereingliederungsteilzeitgesetz), StF: BGBl. Nr.30/2017, online auf: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_30/BGBLA_2017_I_30.html (dl: 07.06.2019)

Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits-und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifeprüfungsgesetz und das Ärztegesetz1998 geändert werden (GuKG-Novelle 2016), BGBl. I Nr. 75/2016, online auf https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdfsig (dl: 30.05.2019)

Bundesgesetz, mit dem ein Arbeitszeitgesetz für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken-, Pflegeanstalten und ähnlichen Einrichtungen geschaffen wird (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz - KA-AZG)StF: BGBl. I Nr. 8/1997, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009051> (dl: 08.06.2019)

Bundesgesetz, mit dem das Nachtschicht-Schwerarbeitsgesetz, das Bundesgesetz betreffend die Vereinheitlichung des Urlaubsrechts und die Einführung einer Pflegefreistellung, das Arbeitszeitgesetz und das Arbeitsverfas-

- sungsgesetz geändert und Maßnahmen zum Ausgleich gesundheitlicher Belastungen für das Krankenpflegepersonal getroffen werden, StF: BGBl. Nr. 473/1992 in der Fassung BGBl. Nr. 662/1992, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008815&FassungVom=2019-05-30> (dl: 30.05.2019)
- Bundesgesetz über Schutzmaßnahmen für Nachtschwerarbeiter durch Änderung des Urlaubsgesetzes, des Arbeitszeitgesetzes und des Arbeitsverfassungsgesetzes sowie durch Maßnahmen zur Sicherung der gesetzlichen Abfertigung, der Gesundheitsvorsorge und Einführung eines Sonderruhegeldes (Nachtschwerarbeitsgesetz - NSchG), StF: BGBl. Nr. 354/1981, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008502> (dl: 30.05.2019)
- Deutscher Bundestag (2018): Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), online auf: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/181109_Pflegepersonalstaerkungsgesetz_PpSG.pdf (dl: 16.05.2019)
- Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/SU, SPD und F.D.P.; Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundes-Strukturgesetz), Drucksache 12/3608 v. 5.11.1992, online auf: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/036/1203608.pdf> (dl:09.06.2019)
- KRAZAF-Vereinbarung (Bund - Länder); Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG; BGBl. I Nr. 111/1997; außer Kraft seit 31.12.2000, online auf: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12016294> (dl: 06.06.2019)
- Landesgesetz, mit dem das Oö. Gehaltsgesetz 2001 erlassen wird (Oö. Gehaltsgesetz 2001 - Oö. GG 2001), LGBL. 26/2019, online auf: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=20000113&FassungVom=2001-12-31> (dl: 25.05.2019)
- Nö. Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), StF: LGBL. 9440-0 in der Fassung LGBL. Nr. 37/2018, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrNO&Gesetzesnummer=20001038> (dl: 19.04.2019)
- Oö. Krankenanstaltengesetz (Oö. KAG), StF: LGBL.Nr. 132/1997 in der Fassung LGBL. Nr. 117/1998, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=10000568> (dl: 19.04.2019)
- Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Pflege (Pflege-Personalregelung-Pflege-PR); Bundesgesetz der Bundesrepublik Deutschland, Dezember 1992; BGBl. I 1992 S. 2266-2334, online auf <http://archiv.jura.uni-saarland.de/BGBl/TEIL1/1992/19922316.1.HTML> (dl: 06.06.2019)
- Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG), StF: LGBL Nr 24/2000 in der Fassung LGBL Nr 82/2018, online auf <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrSbg&Gesetzesnummer=20000045> (dl: 19.04.2019)
- Verordnung zur Änderung der Pflege-Personalregelung; vom 17. April 1996, BGBl. I 1996 S. 620, online auf: <http://archiv.jura.uni-saarland.de/BGBl/TEIL1/1996/19960620.1.HTML> (dl: 06.06.2019)

7.2 INTERVIEWLEITFÄDEN

7.2.1 LEITFADEN PFLEGEMANAGEMENT

Forschungsprojekt

„Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern.
Grundlagen – Herausforderungen - Entwicklungsbedarf“

Leitfaden für Interviews mit Vertreter/-innen der unterschiedlichen Berufsgruppen
(Pflege)management

Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich

Arbeitsbedingungen

MMag.^a Heidemarie Staflinger

050/6906-2313

staflinger.h@akooe.at

Ziele:

- ➔ Erhebung von Einschätzungen unterschiedlicher Akteure/-innen im Arbeitsfeld Krankenhaus zur derzeitigen Personalbedarfsermittlung und –planung für Krankenhäuser in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen
- ➔ Erstellung eines Arbeitspapiers mit zentralen Herausforderungen in der Personalberechnung

Datenschutz:

Ihre Aussagen dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieses Forschungsprojektes. Wir bitten Sie, das Interview zur Vereinfachung von Dokumentation und Analyse aufnehmen zu dürfen.

Grundsätzlich werden Ihre Aussagen aufgrund Ihrer Funktion verwendet. Die Daten werden anonymisiert, z.B. Betriebsrat/-rätin. Dies gilt auch für einzelne konkrete Aussagen, die konkrete Schlüsselthemen betreffen. Wenn aus unserer Sicht eine Erwähnung mit Name als sinnvoll erscheint, dann werden wir Ihre wörtlichen Zitate vor deren Verwendung zur Autorisierung vorlegen.

Ich erteile der Arbeiterkammer OÖ die Zustimmung meine allgemeinen Daten zur Person und die Interviewergebnisse zur persönlichen Einschätzung der Situation im Krankenhaus zu verarbeiten und ausschließlich für die oben angegebene Studie zu verwenden. Eine Datenübermittlung an Dritte ist nicht vorgesehen. Diese Zustimmungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Namentliche Erwähnung darf erfolgen (ja/nein):

Unterschrift, Datum

Name/Funktionsbezeichnung

1. Die Arbeit im Krankenhaus– eine Status-quo-Erhebung

- 1.1. Welche Entwicklungen gibt es derzeit im Krankenhausbereich (Patienten/-innen und Beschäftigte)?
- 1.2. Welche Herausforderungen gibt es derzeit/zukünftig?
- 1.3. Was sind die derzeit größten Herausforderungen im Pflegemanagement?

2. Personalbedarfsberechnung – konkret betrachtet

- 2.1. Welche Erfahrungen gibt es mit der Personalberechnung im Krankenhaus?
- 2.2. Welche gesetzliche oder weitere Basis gibt es für die Personalberechnung in Ihrem Haus?
- 2.3. Gibt es Vorgaben zum Personaleinsatz zur Vorgaben z.B. Qualitätsmanagement?
- 2.4. Wie wird konkret berechnet? Ablauf und Verantwortlichkeiten?
- 2.5. Wo stehen wir in OÖ im Vergleich zu anderen Bundesländern?
- 2.6. Wie tauglich sind die derzeitigen Berechnungsmethoden? Gibt es ev. Änderungsbedarfe? Gibt es Good-Practice im Krankenhaus?
- 2.7. Gibt es etwas, das derzeit in den Personalberechnungen zu wenig Beachtung findet?
- 2.8. Welche Gestaltungsmöglichkeiten habe ich Führungskraft?

3. Auswirkung aktueller Ereignisse

- 3.1. Wie wirken sich die beiden Spitalsreformen auf die Arbeit aus?
- 3.2. Wie lässt sich die GuKG-Novelle 2016 einordnen in die aktuelle Diskussion zur Personalberechnung im Krankenhaus?
- 3.3. Wie wirkt sich die Veränderung im Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz auf die anderen Berufsgruppen aus?
- 3.4. Wie wirkt sich die Einführung von LKF auf die Arbeit aus?

4. Einzelne Aspekte – konkret betrachtet

- 4.1. Inwiefern werden Fehlzeiten in der Personalberechnung berücksichtigt?
- 4.2. Wie ident sind Soll- und Ist-Dienstpläne? Wie oft werden Beschäftigte in der Freizeit in die Arbeit geholt?
- 4.3. Präsentismus der Beschäftigten, also das krank zur Arbeit gehen, ein Thema? Wenn ja, warum? Wie oft waren Sie letztes Jahr in der Arbeit, obwohl Sie krank waren?
- 4.4. Einschätzung, wie hoch ist derzeit der Dokumentationsaufwand?
- 4.5. Exkurs: wie häufig ist Gewalt gegen Beschäftigte ein Thema?

5. Personalberechnung – Wirkungen

Die Personalberechnung hat eine Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen und die Ergebnisqualität.

- 5.1. Wie hoch schätzen Sie die Arbeitsbelastung der Beschäftigten ein?
- 5.2. Gibt es Auswirkungen der derzeitigen Personalberechnungen bezogen auf die Versorgungsqualität?
- 5.3. Worin sehen Sie positive und negative Seiten der derzeitigen Personalberechnungen bezogen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten?
- 5.4. Gibt es weitere Wirkungen?

6. Personalberechnung– Verbesserungspotenziale

- 6.1. Wo sehen Sie aufgrund Ihrer vorigen Schilderungen dringende Handlungsbedarfe?

7. Arbeitsfeld Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

- 7.1. Wo sehen Sie neben dem Bereich Personalberechnung noch weitere Handlungsbedarfe?

8. Ein Blick in die Zukunft

- 8.1. Zeichnen Sie eine Vision für das Arbeitsfeld Krankenhaus. Wo stehen wir 2027?

9. Abschließend einige allgemeine Angaben zur Person:

- 9.1. Geschlecht
- 9.2. Alter
- 9.3. Beruf (Ausbildung)
- 9.4. Organisation/Träger (wird nur intern verwendet!)
- 9.5. Funktion
- 9.6. Seit wann im Beruf tätig?
- 9.7. Seit wann in der jetzigen Funktion
- 9.8. Arbeitszeit pro Woche

7.2.2 LEITFADEN GEWERKSCHAFT/BETRIEBSRAT

Forschungsprojekt

„Personalbedarf und –einsatz in den oö. Krankenhäusern.
Grundlagen – Herausforderungen - Entwicklungsbedarf“

Leitfaden für Interviews mit Vertreter/-innen der unterschiedlichen Berufsgruppen
Betriebsrat - Gewerkschaft

Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich

Arbeitsbedingungen

MMag.^a Heidemarie Staflinger

050/6906-2313

staflinger.h@akooe.at

Ziele:

- ➔ Erhebung von Einschätzungen unterschiedlicher Akteure/-innen im Arbeitsfeld Krankenhaus zur derzeitigen Personalbedarfsermittlung und –planung für Krankenhäuser in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen
- ➔ Erstellung eines Arbeitspapiers mit zentralen Herausforderungen in der Personalberechnung

Datenschutz:

Ihre Aussagen dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieses Forschungsprojektes. Wir bitten Sie, das Interview zur Vereinfachung von Dokumentation und Analyse aufnehmen zu dürfen.

Grundsätzlich werden Ihre Aussagen aufgrund Ihrer Funktion verwendet. Die Daten werden anonymisiert, z.B. Betriebsrat/-rätin. Dies gilt auch für einzelne konkrete Aussagen, die konkrete Schlüsselthemen betreffen. Wenn aus unserer Sicht eine Erwähnung mit Name als sinnvoll erscheint, dann werden wir Ihre wörtlichen Zitate vor deren Verwendung zur Autorisierung vorlegen.

Ich erteile der Arbeiterkammer OÖ die Zustimmung meine allgemeinen Daten zur Person und die Interviewergebnisse zur persönlichen Einschätzung der Situation im Krankenhaus zu verarbeiten und ausschließlich für die oben angegebene Studie zu verwenden. Eine Datenübermittlung an Dritte ist nicht vorgesehen. Diese Zustimmungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Namentliche Erwähnung darf erfolgen (ja/nein):

Unterschrift, Datum

Name/Funktionsbezeichnung

1. Die Arbeit im Krankenhaus– eine Status-quo-Erhebung

- 1.1. Welche Entwicklungen gibt es derzeit im Krankenhausbereich (PatientInnen und Beschäftigte?)
- 1.2. Welche Herausforderungen gibt es derzeit/zukünftig?
- 1.3. Eine Frage zu den künftigen Belastungen: Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein: stimmt gar nicht (=1), stimmt wenig, teils-teils, stimmt ziemlich, stimmt völlig (=5)

Künftige Belastungen	1	2	3	4	5
	stimmt gar nicht	stimmt wenig	teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Die Patienten/-innen kommen mit schwereren Erkrankungen zu uns					
Die Verweildauer der Patienten/-innen ist kürzer					
Die Anzahl der Patienten/-innen mit Demenz nimmt zu					
Der Drehtüreffekt nimmt zu (Patienten/-innen kommen schnell nach Entlassung wieder)					
Die Arbeit im Nachtdienst wird mehr					
Die Aufgaben sind in den letzten Jahren gestiegen					
Die Ansprüche der Angehörigen werden mehr					
Der Dokumentationsaufwand steigt					
„Gespart muss werden“ wird zum Motto					
Die Gewalt durch Patienten/-innen an Beschäftigten steigt					
Es besteht Unsicherheit durch die neuen Berufsbild (bedingt durch GuKG-Novelle 2016)					
Sonstige Belastungen (bitte anführen und bewerten)					

2. Personalbedarfsberechnung – konkret betrachtet

- 2.1. Welche Erfahrungen gibt es mit der Personalberechnung im Krankenhaus?
- 2.2. Was ist die gesetzliche Vorgabe dazu? Seit wann? Relevante Novellen?
- 2.3. Nach welchen Modellen wird der Personaleinsatz für die unterschiedlichen Berufsgruppen berechnet?
- 2.4. Wo stehen wir in OÖ im Vergleich zu anderen Bundesländern?
- 2.5. Häufig ist ja die PPR im Einsatz; wie tauglich ist sie Ihrer Ansicht nach? Gibt es ev. Änderungsbedarfe?
- 2.6. Gibt es etwas, das derzeit in den Personalberechnungen zu wenig Beachtung findet?
- 2.7. Welche Mitbestimmungs-/Gestaltungsmöglichkeiten habe ich als Betriebsrat/-rätin?

3. Auswirkung aktueller Ereignisse

- 3.1. Wie wirken sich die beiden Spitalsreformen auf die Arbeit aus?
- 3.2. Wie lässt sich die GuKG-Novelle 2016 einordnen in die aktuelle Diskussion zur Personalberechnung im Krankenhaus?
- 3.3. Wie wirkt sich die Veränderung im Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz auf die anderen Berufsgruppen aus?

4. Einzelne Aspekte – konkret betrachtet

- 4.1. Inwiefern werden Fehlzeiten in der Personalberechnung berücksichtigt?
- 4.2. Wie ident sind Soll- und Ist-Dienstpläne? Wie oft werden Beschäftigte in der Freizeit in die Arbeit geholt?
- 4.3. Präsentismus der Beschäftigten, also das krank zur Arbeit gehen, ein Thema? Wenn ja, warum? Wie oft waren Sie letztes Jahr in der Arbeit, obwohl Sie krank waren?
- 4.4. Einschätzung, wie hoch ist derzeit der Dokumentationsaufwand?
- 4.5. Exkurs: wie häufig ist Gewalt gegen Beschäftigte ein Thema?

5. Personalberechnung – Wirkungen

Die Personalberechnung hat eine Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen und die Ergebnisqualität. Hier geht es vor allem darum, die Schwächen aufzuzeigen.

- 5.1. Wie hoch schätzen Sie die Arbeitsbelastung der Beschäftigten ein?

- 5.2. Worin sehen Sie die negativen Seiten der derzeitigen Personalberechnungen bezogen auf die Versorgungsqualität?
 - 5.3. Worin sehen Sie die negativen Seiten der derzeitigen Personalberechnungen bezogen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten?
 - 5.4. Gibt es weitere Wirkungen?
- 6. Personalberechnung– Verbesserungspotenziale**
- 6.1. Wo sehen Sie aufgrund Ihrer vorigen Schilderungen dringende Handlungsbedarfe?
- 7. Arbeitsfeld Arbeitsbedingungen im Krankenhaus**
- 7.1. Wo sehen Sie neben dem Bereich Personalberechnung noch weitere Handlungsbedarfe?
- 8. Ein Blick in die Zukunft**
- 8.1. Zeichnen Sie eine Vision für das Arbeitsfeld Krankenhaus. Wo stehen wir 2027?
- 9. Abschließend einige allgemeine Angaben zur Person:**
- 9.1. Geschlecht
 - 9.2. Alter
 - 9.3. Beruf (Ausbildung)
 - 9.4. Organisation/Träger (wird nur intern verwendet!)
 - 9.5. Funktion
 - 9.6. Zentralbetriebsrat vorhanden: ja/nein
 - 9.7. Als BR freigestellt? ja/nein
 - 9.8. Seit wann im Beruf tätig?
 - 9.9. Seit wann in der jetzigen Funktion
 - 9.10. Arbeitszeit pro Woche

7.2.3 LEITFADEN BESCHÄFTIGTE

Forschungsprojekt

„Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern.
Grundlagen – Herausforderungen - Entwicklungsbedarf“

Leitfaden für Interviews mit Vertreter/-innen der unterschiedlichen Berufsgruppen
Beschäftigte

Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich

Arbeitsbedingungen

MMag.^a Heidemarie Staflinger

050/6906-2313

staflinger.h@akoee.at

Ziele:

- ➔ Erhebung von Einschätzungen unterschiedlicher Akteure/-innen im Arbeitsfeld Krankenhaus zur derzeitigen Personalbedarfsermittlung und –planung für Krankenhäuser in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen
- ➔ Erstellung eines Arbeitspapiers mit zentralen Herausforderungen in der Personalberechnung

Datenschutz:

Ihre Aussagen dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen dieses Forschungsprojektes. Wir bitten Sie, das Interview zur Vereinfachung von Dokumentation und Analyse aufnehmen zu dürfen.

Grundsätzlich werden Ihre Aussagen aufgrund Ihrer Funktion verwendet. Die Daten werden anonymisiert, z.B. Betriebsrat/-rätin. Dies gilt auch für einzelne konkrete Aussagen, die konkrete Schlüsselthemen betreffen. Wenn aus unserer Sicht eine Erwähnung mit Name als sinnvoll erscheint, dann werden wir Ihre wörtlichen Zitate vor deren Verwendung zur Autorisierung vorlegen.

Ich erteile der Arbeiterkammer OÖ die Zustimmung meine allgemeinen Daten zur Person und die Interviewergebnisse zur persönlichen Einschätzung der Situation im Krankenhaus zu verarbeiten und ausschließlich für die oben angegebene Studie zu verwenden. Eine Datenübermittlung an Dritte ist nicht vorgesehen. Diese Zustimmungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Namentliche Erwähnung darf erfolgen (ja/nein):

Unterschrift, Datum

Name/Funktionsbezeichnung

1. Die Arbeit im Krankenhaus– eine Status-quo-Erhebung

- 1.1. Welche Entwicklungen gibt es derzeit im Krankenhausbereich (Patienten/-innen und Beschäftigte?)
- 1.2. Welche Herausforderungen erleben Sie täglich?
- 1.3. Eine Frage zu den künftigen Belastungen: Wie schätzen Sie folgende Aussagen ein: stimmt gar nicht (=1), stimmt wenig, teils-teils, stimmt ziemlich, stimmt völlig (=5)

Künftige Belastungen	1	2	3	4	5
	stimmt gar nicht	stimmt wenig	teils-teils	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Die Patienten/-innen kommen mit schwereren Erkrankungen zu uns					
Die Verweildauer der Patienten/-innen ist kürzer					
Die Anzahl der Patienten/-innen mit Demenz nimmt zu					
Der Drehtüreffekt nimmt zu (Patienten/-innen kommen schnell nach Entlassung wieder)					
Die Arbeit im Nachtdienst wird mehr					
Die Aufgaben sind in den letzten Jahren gestiegen					
Die Ansprüche der Angehörigen werden mehr					
Der Dokumentationsaufwand steigt					
„Gespart muss werden“ wird zum Motto					
Die Gewalt durch Patienten/-innen an Beschäftigten steigt					
Es besteht Unsicherheit durch die neuen Berufsbild (bedingt durch GuKG-Novelle 2016)					
Sonstige Belastungen (bitte anführen und bewerten)					

2. Personalplanung konkret betrachtet

- 2.1. Welche Erfahrungen mit der Personalplanung gibt es derzeit in Ihrem Haus?
- 2.2. Gibt es etwas, das derzeit bei der Personalplanung und der Dienstplangestaltung zu wenig Beachtung findet?
- 2.3. Welche Mitbestimmungs-/Gestaltungsmöglichkeiten habe ich als Beschäftigte?

3. Personalschlüssel – Wirkungen

Der Personaleinsatz hat eine Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen und die Pflege- und Betreuungsqualität.

- 3.1. Wie wirkt sich der derzeitige Personaleinsatz auf die Pflege- und Betreuungsqualität aus?
- 3.2. Wie wirkt sich der derzeitige Personaleinsatz auf Ihre Arbeitsbedingungen aus?

4. Verbesserungspotenziale allgemein

- 4.1. Wo sehen Sie Handlungsbedarf für das Krankenhaus?

5. Abschließend einige allgemeine Angaben zur Person:

- 5.1. Geschlecht
- 5.2. Alter
- 5.3. Beruf (Ausbildung)
- 5.4. Organisation/Träger (wird nur intern verwendet!)
- 5.5. Funktion
- 5.6. Seit wann im Beruf tätig?
- 5.7. Seit wann in der jetzigen Funktion
- 5.8. Arbeitszeit pro Woche

7.3 FORDERUNGEN DER ARBEITERKAMMER OBERÖSTERREICH IM ÜBERBLICK

Einstimmiger Beschluss der 10. Vollversammlung der XV. Funktionsperiode der Arbeiterkammer Oberösterreich vom 13.11.2018

Zentrale Forderung der AK an das Land OÖ

Es braucht Personalberechnungsmodelle für die öö. Krankenhäuser, die es den Beschäftigten ermöglichen, in einem sinnstiftenden Beruf gesund das Regelpensionsalter zu erlangen. Gleichzeitig muss auch in Zukunft eine hohe Versorgungsqualität für die Patienten/-innen in Oberösterreichs Krankenhäusern erhalten bleiben.

Daher fordert die AK deutlich mehr Personal zur Qualitätssicherung

Die Studie [*Anm.: vorliegende Studie*] macht deutlich - es braucht so rasch als möglich eine Personalaufstockung um 20 Prozent - verteilt über alle Berufsgruppen - das sind rund 2.500 Vollzeitäquivalente [*basierend auf den Zahlen aus Krankenanstalten in Zahlen 2016*]. Damit soll garantiert sein, dass

- ➔ Ausfallszeiten (Krankenstände, Urlaube, Weiterbildungen, Umkleidezeiten) in den Personalberechnungen verbindlich berücksichtigt werden können.
- ➔ Schwangerschaften ab dem Tag der Meldung im Dienstpostenplan entsprechend berücksichtigt werden können und sofortiger Ersatz ermöglicht wird.
- ➔ verbindliche Regelungen für die Besetzung der Nacht- und Wochenenddienste inkl. Qualifikationsniveau geschaffen werden und diese nicht zulasten der Tagesbesetzung gehen.
- ➔ zusätzliche Zeitressourcen für alle Bereiche, in denen vermehrt Patienten/-innen mit Demenz betreut werden, geschaffen werden.
- ➔ Unterstützungsberufe zur Entlastung der Gesundheitsberufe vor allem im hauswirtschaftlichen, aber auch im administrativen Bereich - wie Abteilungshilfen, Stationssekretariate, etc.
- ➔ ein verstärkter Fokus auch auf die Dienstpostenpläne und Arbeitsbedingungen aller weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus (wie Küche, Reinigung, Verwaltung, Wäscherei, Haustechnik, etc.) gelegt wird.
- ➔ Einsichtsrechte und Einbindung für Betriebsräte/-innen und Personalvertreter/-innen in alle Dienstpostenberechnungen geboten werden.

Langfristig unbedingt notwendige Veränderungen

- ➔ Es braucht eine arbeitswissenschaftliche Bewertung der Tätigkeit für alle Berufsgruppen im Krankenhaus, die sich in transparenten und gesetzlich verbindlichen Personalbedarfsberechnungen abbildet.
- ➔ Als Garantie für eine zukunftsorientierte Versorgungs- und Arbeitsqualität in Oberösterreichs Krankenhäusern muss die Landesregierung sich klar zur öffentlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen bekennen und die notwendigen Mittel zur Verfügung stellen.

HANDLUNGSFELDER

HANDLUNGSFELD 1: FEHLZEITEN

Ausgangslage: Fehlzeiten wie Krankenstand, Bildungsaktivitäten, Urlaub, aber auch die Arbeit in Projekten und Konzeptumsetzungen sind kaum oder zu wenig in den Dienstpostenberechnungen berücksichtigt.

Daher: Es braucht eine laufende abteilungsbezogene Erhebung der Fehlzeiten und die Berechnung der Dienstposten aufgrund tatsächlicher Anwesenheiten.

HANDLUNGSFELD 2: BESCHÄFTIGTENSTRUKTUR

Ausgangslage: Die Beschäftigtenstruktur in den öö. Krankenhäusern ist bunt gemischt: junge und erfahrene Kollegen/-innen, Schwangere, Personen mit unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen, Rückkehrer/-innen nach langer Krankheit, Wiedereinsteiger/-innen, usw. Sie alle haben besondere Bedarfe. Kein derzeitiges Berechnungsmodell nimmt darauf derzeit Rücksicht.

Daher: Einarbeitungszeiten, reduzierte Aufgaben aufgrund von Schwangerschaften, Praxianleitung, etc. müssen besser in den Personalberechnungen abgebildet werden.

HANDLUNGSFELD 3: NACHT UND WOCHENENDE

Ausgangslage: Die Arbeit im Nachtdienst und am Wochenende wird als fordernd beschrieben. Die Aufgaben haben sich verändert. Demente Patienten/-innen machen die „Nacht zum Tag.“ Ambulanzen sind gerade in Randzeiten und am Wochenende überfüllt. Derzeit gibt es keine verbindlichen Vorgaben.

Daher: Es braucht verbindliche Berechnungsmodelle für die Nacht und die Arbeit am Wochenende und an Feiertagen. Der Personaleinsatz darf nicht zulasten der Tagesbesetzung gehen.

HANDLUNGSFELD 4: DEMENZ

Ausgangslage: Immer mehr Patienten/-innen mit Demenz werden auch im Krankenhaus gepflegt und betreut. Teils ist die Arbeit nur zu zweit bewältigbar. Patienten/-innen brauchen langes Zureden vor Beginn der Pflege- und Therapiehandlung. Die Umsetzung von Demenzkonzepten ist zeitintensiv.

Daher: Abbildung der Anforderungen durch Demenz in den Personalberechnungsmodellen und in den Dienstpostenberechnungen.

HANDLUNGSFELD 5: VERBINDLICHE BERECHNUNGSMODELLE

Ausgangslage: Mit Ausnahme der Qualitätskriterien (z.B. Palliativ, AG/R, Intensiv, etc.) gibt es keine verbindlichen Modelle. Häufig eingesetzte Modelle wie die PPR entsprechen nicht mehr den heutigen Anforderungen. Für viele Bereiche gibt es überhaupt keine Berechnungsmodelle.

Daher: Entwicklung zeitgemäßer Personalberechnungsmodelle für alle Bereiche im Krankenhaus mit verbindlichem Einsatz.

Es braucht ein klares Bekenntnis zur öffentlichen Finanzierung der Gesundheitsleistungen und die Bereitstellung der notwendigen Mittel.



Dr. Johann Kalliauer
AK-PRÄSIDENT

„Die Beschäftigten in Oberösterreichs Krankenhäusern erbringen täglich Spitzenleistungen. Nur durch nachhaltige Entlastung der Beschäftigten und gute Arbeitsbedingungen kann die hohe Versorgungsqualität weiterhin gesichert werden.“