

# Die Personalsituation im Krankenhaus

1	Einleitung.....	2
2	Vorgehen .....	3
3	Momentaufnahme der Personalsituation .....	4
3.1	Aktuelle Situation in Zahlen .....	4
3.1.1	Stellenstatistik.....	4
3.1.2	Arbeitszeiten .....	4
3.1.3	Krankheitsstatistik.....	5
3.1.4	Fluktuationsraten.....	5
3.1.5	Herkunft der Angestellten.....	5
3.1.6	Entlohnung .....	6
3.1.7	Pflegeleitbilder .....	6
3.1.8	Pflege-Infrastruktur .....	7
3.1.9	Ruhe-, Erholungs- und Sozialräume.....	7
3.2	Situation aus der Sicht der Personalverantwortlichen.....	8
3.2.1	Grundsätzliches .....	8
3.2.2	Interne und externe Ursachen .....	9
3.2.3	Zufriedenheit – Arbeitsklima – Teamgeist .....	9
3.2.4	Wichtigkeit der Mitarbeiter.....	11
3.2.5	Unzufriedenheit.....	12
3.3	Rekrutierung .....	13
3.3.1	Qualifikation der Bewerber .....	13
3.3.2	Wo gesucht wird .....	14
3.3.3	Wie selektiert wird .....	15
3.4	Selbstbestimmung .....	16
3.4.1	Dienstplaneinteilung .....	16
3.4.2	Zielvereinbarungen.....	17
3.5	Motivation.....	19
4	Auswirkungen .....	21
4.1	Kurzfristig.....	21
4.2	Langfristig .....	22
5	Verbesserungsvorschläge.....	23
	Anhang .....	26

## 1 Einleitung

„Wir arbeiten als Krankenschwestern und -pfleger auf einer medizinischen Klinik eines Spitals. Wir möchten mit keinem anderen Beruf tauschen und sind immer noch froh, diese Ausbildung absolviert zu haben. Seit rund eineinhalb Jahren verschärft sich die Arbeitssituation im Spital zunehmend. Eine ganzheitliche Pflege, wie sie in unserem Leitbild steht – dazu gehört auch das Gespräch mit dem Patienten und die Begleitung der Angehörigen –, bildet für uns einen wichtigen Bestandteil unserer täglichen Arbeit. Wegen der konstanten Arbeitsüberlastung durch Personalmangel können wir unseren Auftrag jedoch nur noch unzureichend wahrnehmen. Wir arbeiten sozusagen jeden Tag am Limit..“

Dieser Ausschnitt eines Leserbriefes, der in der „Südostschweiz“ vom 20.3.2001 publiziert wurde, zeigt die Aktualität des Themas „Personalsituation im Krankenhaus“.

Im zweiten Studienjahr des Studiums der Betriebsökonomie an der HTW Chur (Fachhochschule Ostschweiz) wird eine Projektarbeit im Fach Entscheidungsmethodik und angewandte Statistik (EMAS) erstellt. Die Autoren des vorliegenden Berichts wurden auf Vermittlung durch den zuständigen Fachdozenten von der Schweizerischen Beratungsstelle für das Gesundheitswesen AG (svap) beauftragt, eine Studie über die Personalsituation im Krankenhaus zu erstellen.

Die Hauptzielsetzung dieser Studie war, die aktuelle Personalsituation im Pflegebereich der Krankenhäuser im Sinne einer Momentaufnahme möglichst genau darzustellen. Um den Aufwand im Rahmen zu halten, wurde in Übereinkunft mit dem Auftraggeber entschieden, nicht die Pflegeangestellten selbst zu befragen, sondern deren Personalverantwortliche.

Darüber hinaus hatten wir den Auftrag, mögliche Ursachen der vorgefundenen Situation zu ergründen. Schliesslich sollten wir noch ermitteln, welche Probleme aus Sicht der Personalverantwortlichen in der Vergangenheit bereits gelöst wurden und welche nun am dringlichsten zur Lösung anstehen.

Die Autoren möchten an dieser Stelle all jenen Dank sagen, die zum Gelingen der Studie und dieses Berichts beigetragen haben. In erster Linie sind dies unser Auftraggeber, der uns die Beschäftigung mit der faszinierenden Materie ermöglichte, und unsere Interviewpartner, ohne deren Bereitschaft, Zeit und Mühen zu investieren, es uns unmöglich gewesen wäre, tiefere Einblicke in die aktuelle Situation im Pflegebereich zu erlangen.

Wir widmen diese Arbeit allen Angestellten im Pflegebereich, deren Engagement dem Herzen und nicht dem Portemonnaie entspringt, und allen Patienten, die dieses Engagement mit Dankbarkeit und Zufriedenheit honorieren.

## 2 Vorgehen

Dem Auftrag der svap entsprechend, wurde eine Stichprobe von zwanzig Krankenhäusern der Akutversorgung der Kantone ZH, SG, TG, SH und GR gebildet.

Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgte anhand des „Schweizerischen Medizinischen Jahrbuchs“ in der Ausgabe von 1998/1999 nach den folgenden Kriterien:

- Abdeckung aller vorgegebenen Kantone
- Akutkrankenhaus
- Abdeckung des Bettenkapazitätenspektrums
- Abdeckung private/staatliche Trägerschaft

Im Falle verbleibender Wahlmöglichkeiten wurde im Zufallsverfahren ausgewählt.

Die ausgewählten Spitäler wurden durch den Auftraggeber mit der Bitte angeschrieben, an der Studie teilzunehmen.

Innert einer Woche nach Zugang der Schreiben wurden in sämtlichen Krankenhäusern der Liste die jeweiligen Personalverantwortlichen telefonisch vom Autorenteam um Vergabe eines Interviewtermins ersucht.

Bis zum Ende des Erhebungszeitraumes kamen achtzehn persönliche Interviews zustande. Die Personalverantwortlichen stellten uns dafür circa 90 Minuten ihrer kostbaren Zeit zur Verfügung. Ein Spital beantwortete den Fragebogen postalisch. Der letzte Termin konnte nicht mehr innerhalb nützlicher Frist vereinbart werden.

Die Autoren sind dennoch der Überzeugung, umfassendes Datenmaterial gewonnen zu haben. Die Befragten vertreten zusammen 6'460 Angestellte im Pflegebereich; die Stichprobe dürfte ein repräsentatives Bild der Situation widerspiegeln.

Die Personalverantwortlichen wurden in durch einen Fragebogen gestützten Interviews zum Thema befragt. Der im Anhang wiedergegebene Fragebogen wurde von den Autoren entworfen und vom Auftraggeber genehmigt.

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis der Auswertung des während der Studie erhobenen Datenmaterials. Die angegebenen Prozentzahlen sind Durchschnittswerte. Je nach Fragestellung wurden (anhand der Grösse des jeweiligen Krankenhauses) gewichtete Durchschnittswerte ermittelt, um die Aussagefähigkeit der Ergebnisse zu erhöhen. Wo nötig, werden die Abweichung und die Extremwerte genannt.

### 3 Momentaufnahme der Personalsituation

Die Personalsituation im Pflegebereich stellt sich im ersten Quartal 2001 wie folgt dar:

#### 3.1 Aktuelle Situation in Zahlen

##### 3.1.1 Stellenstatistik

An den Ostschweizer Krankenhäusern sind etwa 91% der Stellen im Pflegebereich planmässig besetzt. Daraus ergibt sich, dass momentan immerhin 9% der Planstellen nicht ordnungsgemäss besetzt werden können (Abb. 1).

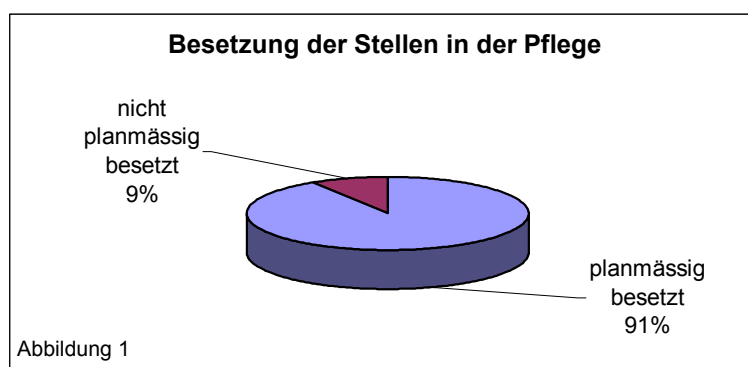


Abbildung 1

Die nicht planmässig besetzten Stellen teilen sich auf in 4% offene Stellen und 5% mit *Notlösungen* besetzte Stellen. Hier fallen allerdings zwei Ausreisser besonders ins Gewicht, die den Anteil an mit *Notlösungen* besetzten Stellen mit 30% bzw. 40% angeben. Ohne diese Extrema läge die durchschnittliche *Notlösungsquote* bei rund 1,5% der Stellen. In absoluten Zahlen bedeutet das, dass von den 6'619 Stellen, die von den an der Studie teilnehmenden Krankenhäusern insgesamt angeboten werden, zum Erhebungszeitpunkt 206 offen waren und 47 behelfsmässig durch nicht ausreichend qualifiziertes Personal besetzt wurden.<sup>1</sup>

##### 3.1.2 Arbeitszeiten

Die meisten Spitäler haben eine 42-Stunden-Woche (16 Nennungen). In einem Spital gilt die 43-Stunden-Woche und in einem anderen gar die 40-Stunden-Woche.

In den meisten Spitälern (17 Nennungen) muss das reguläre Pflegepersonal auch die Nachtschichten übernehmen. Dabei entfallen auf jede Pflegeperson circa vier Nachtschichten pro Monat. Die Quote wird durch den Einsatz von speziellen Nachtschwester/-pflegern niedrig gehalten. In zwei Spitälern werden sogar sämtliche Nachtschichten durch Extra-Personal geleistet. Wo solches Personal fehlt (2 Häuser), können es auch schon mal zehn bis zwölf Nachtschichten pro Monat werden.

<sup>1</sup> Anmerkung: Die Differenzen zwischen den angegebenen Durchschnittswerten und den Durchschnitten der absoluten Zahlen (hier z.B.: 4% offene und 5% „*Notlösungen*“ angegeben vs. 3% offene und 0,7% „*Notlösungen*“ absolut) sind Folge der Gewichtung der angegebenen Durchschnittswerte. Nach unserer Ansicht ergeben die anhand der Grösse der Häuser gewichteten Durchschnittswerte ein realistischeres Bild der Situation als die absoluten Werte.

Da der Pflegedienst ein 24-Stunden-Betrieb ist, wird auch am Wochenende gearbeitet. Im Schnitt arbeitet jede Pflegeperson an zwei Wochenenden pro Monat. Nur gerade ein Spital hat auch hier spezielles Personal, welches die Wochenenddienste übernimmt.

Alle Pflegepersonen haben zwei freie Tage pro Woche. Ein Spital gibt seinen Mitarbeitern sogar an 2,5 Tagen pro Woche frei.

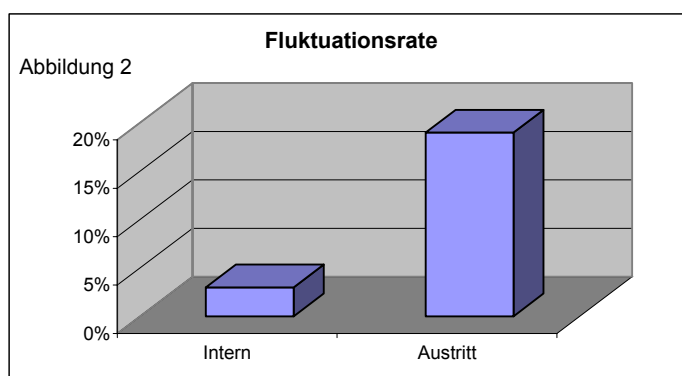
In einigen Spitälern (10 Nennungen) hat das Personal auch Pikettdienst. Dies vor allem in speziellen Abteilungen, wie zum Beispiel im Operationssaal, im Notfalldienst, in der Anästhesie und in der Geburtshilfe. Ansonsten gibt es auch hierfür Spezialangestellte.

### 3.1.3 Krankheitsstatistik

Die kumulierten krankheitsbedingten Fehlzeiten liegen durchschnittlich bei 7,5 Tagen pro Mitarbeiter und Jahr. In einem Haus liegt die Rate mit neunzehn Tagen sehr hoch.

### 3.1.4 Fluktuationsraten

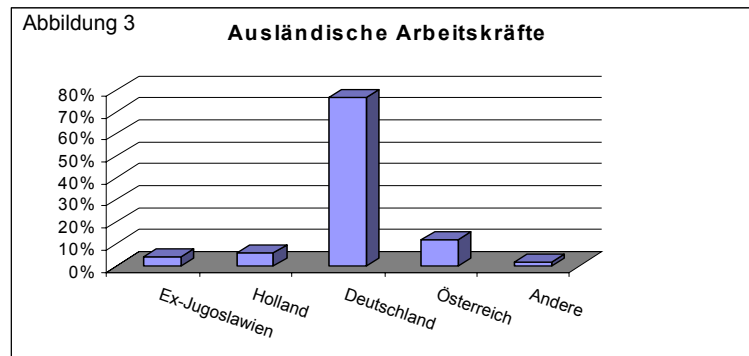
Die durchschnittliche Fluktuationsrate innerhalb eines Jahres liegt bei 19% Austritten und 3% internen Wechseln (Abb. 2).



### 3.1.5 Herkunft der Angestellten

1'367 Angestellte im Pflegebereich besitzen keine Schweizer Staatsbürgerschaft. Im gewichteten Durchschnitt sind das 26% des Pflegeteams eines Krankenhauses. Auch hier fallen zwei Extremwerte auf: In einem Haus liegt der Ausländeranteil beim Pflegepersonal bei 50% der Belegschaft, in einem anderen sogar bei 81%. Ohne diese Ausreisser liegt der gewichtete Ausländeranteil bei 19%.

Bei den Herkunftsländern der ausländischen Pflegemitarbeiter lassen sich klare Schwerpunkte erkennen. Die meisten kommen aus Deutschland (77%), gefolgt von Österreich (12%) und Holland (6%). Jene aus Ex-Jugoslawien machen immerhin noch 4% aus. Die „anderen“ (2%) setzen sich aus Mitarbeitern von den Philippinen (1 Stelle), aus Indien (1 Stelle) und aus den skandinavischen Ländern zusammen (Abb. 3).



### 3.1.6 Entlohnung

Der Durchschnittslohn bewegt sich in einem Rahmen zwischen CHF 4'244.- und CHF 5'300.-. Der Mittelwert liegt bei CHF 4'776.-. In Zürich ist der Lohn höher, im Kanton Aargau sind die Löhne verhältnismässig tief.

In 90% aller Spitäler verdient eine ausländische Pflegeperson gleich viel wie eine vergleichbar ausgebildete Schweizer Pflegeperson.

Überstunden können meist mit Freizeit kompensiert werden. An einem Ort gibt es einen Zeitzuschlag. Für Wochenend- und Nachtarbeit gibt es in den meisten Fällen Lohnzuschläge von CHF 5.- bis CHF 6.- pro Stunde. Vielfach gibt es zu den Lohnzuschlägen noch Zeitzuschläge zwischen 10% und 20%. Zum Teil werden auch höhere Ansätze angewandt.

### 3.1.7 Pflegeleitbilder

In den meisten Häusern (16 Nennungen) existieren mittlerweile Pflegeleitbilder, die Auskunft darüber geben, welche Qualität in der Pflege angestrebt wird und wie die soziale Ansprache des Patienten zu gewährleisten ist. Vierzehn Befragte geben an, das Leitbild sei in der Praxis umsetzbar, was von drei Befragten allerdings auf die ständige Anpassung des Leitbildes an die tatsächlichen Gegebenheiten zurückgeführt wird. Weitere drei Befragte schränken die grundsätzliche Umsetzbarkeit insofern ein, als Zeitdruck und Personalmangel, aber auch führungsseitiges Desinteresse an den formulierten Grundsätzen in der Realität oftmals der Verwirklichung der im Leitbild festgeschriebenen Ideale entgegenstehen.

Zwei Befragte geben offen zu, dass das Leitbild entweder nicht beachtet wird oder die derzeitige Lage eine Umsetzung insbesondere der Vorgaben für die soziale Ansprache des Patienten schlicht nicht zulässt.

### 3.1.8 Pflege-Infrastruktur

Die Pflege-Infrastruktur ist intakt: Die vorhandenen Arbeitsgeräte und Pflegemittel entsprechen überall den modernen Standards.

### 3.1.9 Ruhe-, Erholungs- und Sozialräume

Aus Sicht der Arbeitsplatz-Ergonomie lässt die aktuelle Situation wenig zu wünschen übrig: 80% der Spitäler bieten den Mitarbeitern „patientenfreie“ Erholungszonen an. Die häufigsten sind Personalrestaurant, Cafeteria, Ruheräume und Abteilungsräume. Ebenfalls genannt wurden Terrasse und Park für den Sommer, Stationsküche und eine Bibliothek. Ganz fortschrittliche Häuser offerieren darüber hinaus die unentgeltliche Nutzung der Ergotherapie-Einrichtungen und ähnlicher Angebote.

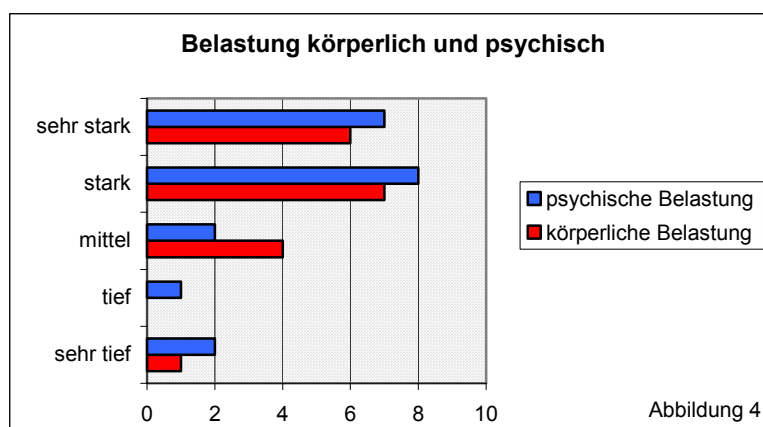
## 3.2 Situation aus der Sicht der Personalverantwortlichen

### 3.2.1 Grundsätzliches

Momentan kann etwa jede elfte Stelle nicht qualifiziert besetzt werden. Auf den ersten Blick erscheint dies kein besonders entmutigendes Ergebnis zu sein.

Es ist jedoch zu beachten, dass die Stellenpläne von Seiten der Krankenhausverwaltungen aus Wirtschaftlichkeitsgründen bereits extrem straff gehalten werden. Die im Stellenplan ausgewiesene Maximalbesetzung entspricht in den meisten Fällen der für eine kunstgerechte Pflege nötigen Minimalbesetzung. In dieser Situation wird die Unmöglichkeit der Besetzung jeder elften Stelle in Kombination mit den krankheitsbedingten Absenzen zu einer unerträglichen Mehrbelastung.

Nach Ansicht der Befragten, die teilweise durch selbstgeführte Statistiken untermauert wird, empfinden die Mitarbeiter die psychische Belastung als stark bis sehr stark und die körperliche Belastung als stark (Abb. 4).



Daraus entsteht ein Teufelskreis: Die Mehrbelastung führt zu mehr Absenzen, diese wiederum zu einer höheren Belastung des verbleibenden Personals. Bezüglich der Belastung geht der Tenor bei allen Befragten in die gleiche Richtung: „Die Pflegerinnen und Pfleger sind wegen des Personalmangels stark belastet, häufig sogar überlastet.“ „Die Mitarbeiter sind von der Situation überfordert.“

Die hohe Fluktuationsrate (19%) ist Ausdruck dieser Situation. Im Durchschnitt verlässt ein Mitarbeiter sein Krankenhaus nach fünf Jahren. Die Befragten gaben an, dass ein Grossteil der austretenden Pflegekräfte nicht in andere Häuser, sondern in andere Berufe wechseln. Das ist besonders tragisch, wenn man sich vor Augen hält, dass die normale Lebensarbeitszeit bei circa 45 Jahren liegt. Viele der Ausgebildeten steht dem Arbeitsmarkt demnach neunmal kürzer zur Verfügung als vorgesehen. Wenn hier keine wirksamen Gegenmassnahmen ergriffen werden, wird sich die Situation in den Pflegeberufen bald weiter dramatisch verschlechtern.

Kein Wunder also, dass die Personalverantwortlichen deutliche Worte in den Mund nehmen:

*Ungenügend, instabil, schwierig, angespannt, wenig hoffnungsvoll, schlecht* – mit diesen Schlagworten antworteten die Befragten auf die Aufforderung, die Personalsituation im Pflegebereich zu beschreiben.

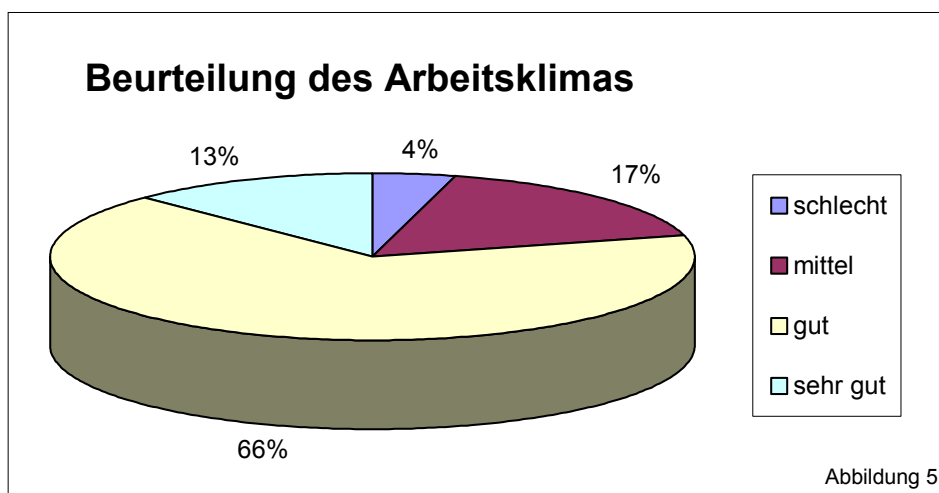
### 3.2.2 Interne und externe Ursachen

Interessant ist allerdings, dass die Personalverantwortlichen die Ursache der Schwierigkeiten eher im Markt vermuten. Die hohe Fluktuationsrate, das Belastungsempfinden und andere Indizien scheinen keinen Grund für übertriebene Selbstkritik seitens der Befragten darzustellen. Je nach Betrachtungswinkel, den wir die Befragten einnehmen liessen, ergaben sich recht unterschiedliche Einschätzungen der aktuellen Situation. Extern, also „auf dem Markt“, sieht es nach Einschätzung der Befragten schlimm aus. Intern jedoch, also „im eigenen Haus“, scheint die Welt in Ordnung zu sein.<sup>2</sup> Eventuelle Missstände im eigenen Haus sind nach Aussage einiger Befragter durch die wirtschaftlichen Entscheidungsträger zu verantworten – das Personalmanagement hat ein gutes Gewissen.

### 3.2.3 Zufriedenheit – Arbeitsklima – Teamgeist

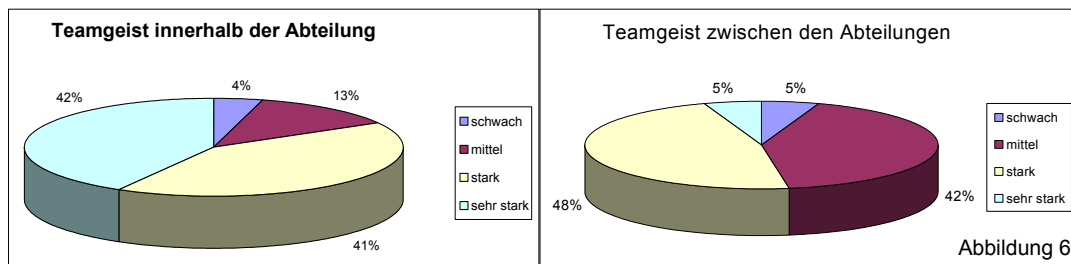
So gibt man in fünfzehn Häusern an, dass die Mitarbeiter zufrieden seien. Allerdings verlässt man sich hier eher auf das eigene Gefühl: nur drei Häuser haben schon gezielte Mitarbeiterbefragungen zu diesem Thema durchgeführt, drei andere belegen die Behauptung mit einer sehr kleinen Personalfluktuationsrate, fünf weitere argumentieren auf Grund von Gesprächen mit den Mitarbeitern.

66% der Befragten beschreiben das Arbeitsklima in ihrem Spital als gut (Abb. 5).



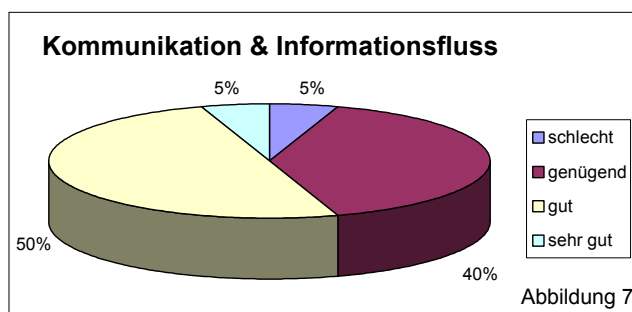
Allgemein haben die Personalverantwortlichen den Eindruck, dass ihre Mitarbeiter sehr engagiert sind und Freude an der Arbeit haben. Ein Faktor für die Zufriedenheit sei auch die Arbeit in gut funktionierenden Teams, die von den Mitarbeitern sehr geschätzt werde.

<sup>2</sup> Einige Krankenhäuser erheben die im Folgenden wiedergegebenen Daten über Zufriedenheit, Arbeitsklima etc. - neben weiteren - laufend in einem Qualitätssicherungssystem, die meisten Personalverantwortlichen antworteten jedoch aus ihrer persönlichen Einschätzung heraus.



Auffallend ist der beschriebene sehr gute Zusammenhalt innerhalb der Abteilungen. Die Kommunikation funktioniert und das gegenseitige Verständnis ist gross. Zwischen den Abteilungen wird der Teamgeist mehrheitlich als mittel bis stark bezeichnet. Hier gibt es zum Teil Schnittstellenprobleme (Abb. 6). Allerdings wird oft betont, dass man sich auch zwischen den Abteilungen aushilft und versucht, das Teamdenken ständig zu verbessern. Das Teamdenken zwischen den Abteilungen scheint stark von der jeweiligen Führungsperson abzuhängen.

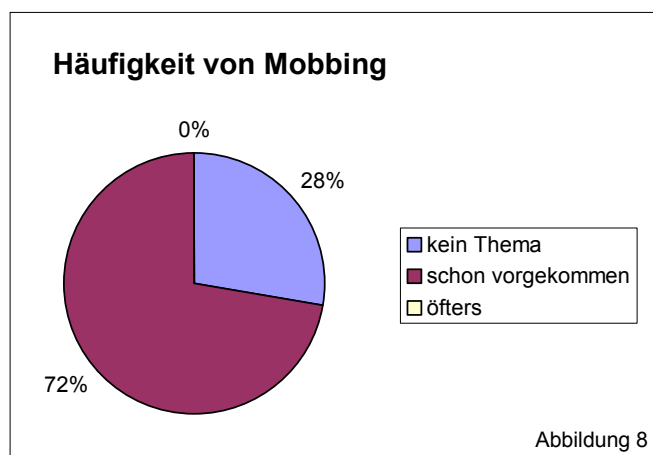
Teamdenken ist nicht zuletzt eine Frage der Kommunikation und der Verfügbarkeit wichtiger Informationen bei allen Mitgliedern der Gruppe. Allgemein werden die Kommunikation und der Informationsfluss als genügend oder gut empfunden (Abb. 7).



Mit Hilfe von Hauszeitungen, Newslettern und Infoboards wird vielerorts versucht, das Verständnis für einander zu fördern.

Ein Indikator für das Arbeitsklima ist die Mobbing-Häufigkeit. Wir konnten diesbezüglich folgende Daten erheben:

In 72% der Spitäler sind Fälle von Mobbing vorgekommen. 28% der Befragten gaben an, Mobbing sei bei ihnen noch nie vorgekommen und daher in ihrem Haus kein Thema (Abb. 8).

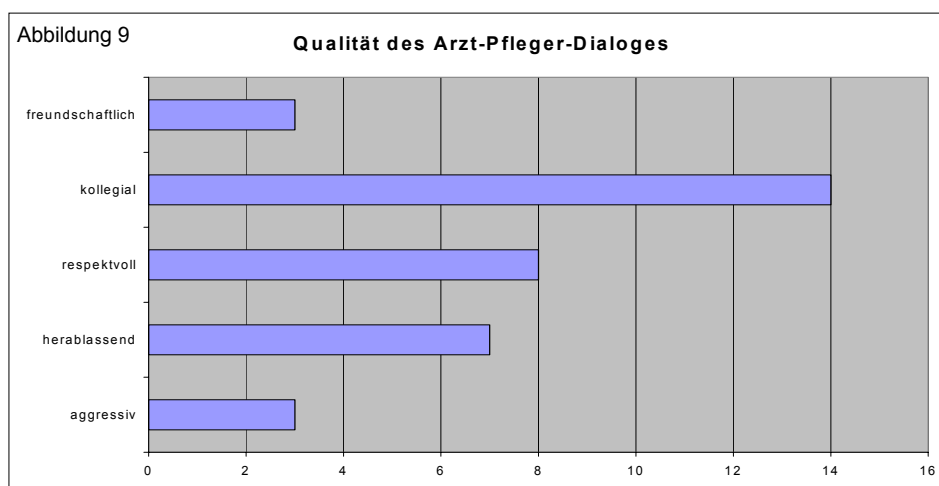


In sechs der Spitäler gibt es eine spezielle neutrale Mobbing-Anlaufstelle. Zwei weitere haben dafür eine externe Stelle vorgesehen, die über die Hauszeitung kommuniziert wird. Bei der Mehrheit der Befragten wird der Weg über direkte oder indirekte Vorgesetzte, die Personalkommission oder die Personalabteilung empfohlen.

Beim Verdacht auf Mobbing wird die Situation genau verfolgt, die Mitarbeiter werden intern versetzt und Aussprachen unter den Beteiligten vorgenommen.

Nur fünf Häuser erwähnten eine besondere Sensibilisierung der Angestellten auf das Thema. Dies geschieht in Form von Fortbildungskursen für verschiedene Hierarchiestufen und durch Informationen über die Hauszeitung.

Eine weitere Messgrösse für das Arbeitsklima als wichtigen Indikator für die Zufriedenheit ist auch der Umgang zwischen Vorgesetzten und Untergebenen. Wir haben daher um eine Einschätzung der Qualität des Ärzte-Pfleger-Dialoges gebeten.



Der Dialog zwischen Ärzten und Pflegepersonal wird mehrheitlich als kollegial und respektvoll beschrieben. Selten aggressiv, aber auch selten freundschaftlich. Die Hälfte der Befragten empfinden den Ton der Ärzte manchmal als herablassend (Abb. 9).

### 3.2.4 Wichtigkeit der Mitarbeiter

Wer seine Untergebenen herablassend behandelt, setzt sich dem Verdacht aus, er schätze die Wichtigkeit seiner Mitarbeiter eher gering ein. Wir wollten von den Befragten wissen, wie sie (nicht die Ärzte!) ihren Mitarbeitern das Gefühl geben, dass sie wichtig sind. Es ergab sich ein erfreuliches Bild: Die meisten der Befragten legen gros-sen Wert auf den persönlichen Kontakt zu den Mitarbeitern.

Sie suchen das Gespräch in regelmässigen Sitzungen, Umfragen und Podiumsdiskussionen. Sie möchten Mitarbeiter in Entscheide soweit als möglich miteinbeziehen und sind für Anregungen offen. Die Hälfte der Befragten gaben speziell an, auf regelmässiges Feedback, Lob, Anerkennung und auf regelmässige Qualifikationsgespräche Wert zu legen. In einem Spital arbeitet die Pflegedienstleiterin in Notsituationen selber auf der Abteilung, was von den Mitarbeitern sehr geschätzt wird.

Dass die Belange der Mitarbeiter ernst genommen werden, zeigt sich gut darin, dass sich die Befragten – wenn möglich – sofort Zeit für ein Gespräch nehmen: für alle Befragten ist es wichtig, jederzeit und sofort für die Mitarbeiter zu sprechen zu sein.

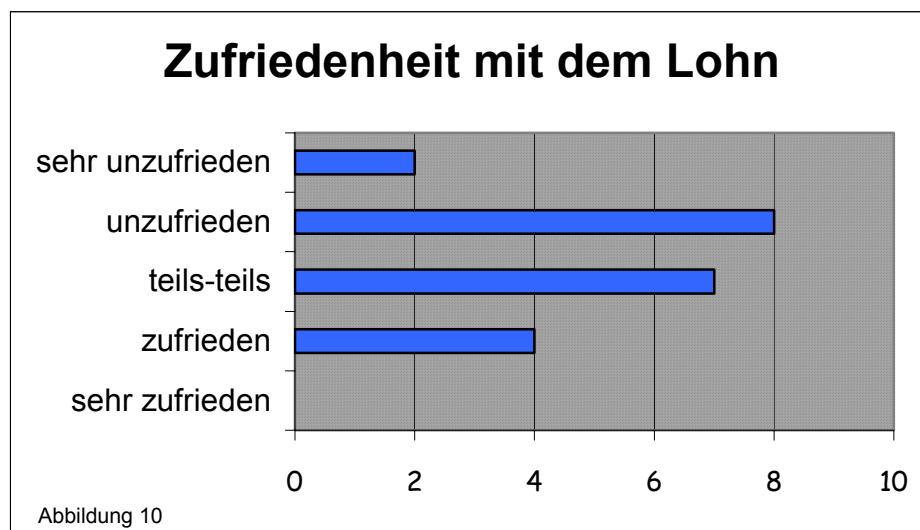
Die meisten können ihren Mitarbeitern einen Termin noch am gleichen Tag geben, andere sicher in den nächsten zwei bis drei Tagen. Sieben gaben an, bei Signalisation eines Gesprächswunsches durch einen Mitarbeiter andere Termine zu verschieben und sich sofort Zeit zu nehmen.

Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter scheinen allgemein sehr willkommen zu sein. Diese werden meistens an Teamsitzungen vorgetragen und besprochen. Einige setzten spezielle Arbeitsgruppen ein oder organisieren Informationsveranstaltungen. In drei Spitälern werden Vorschläge gezielt gefördert und mit Geldprämien belohnt. Allerdings gaben lediglich fünf Befragte an, ihren Mitarbeitern ein Feedback darüber zu geben. Ein standardisiertes Vorschlagswesen gibt es nur in zwei der befragten Häuser.

Die Mehrheit der Personalverantwortlichen tut aus eigener Sicht also alles, was in ihrer Macht steht, um ihre Mitarbeiter zufrieden zu stellen, und glaubt, damit Erfolg zu haben.

### 3.2.5 Unzufriedenheit

Nur vier Befragte hatten das Gefühl, dass ihre Mitarbeiter doch eher unzufrieden sind. Zwar geben auch diejenigen Personalverantwortlichen, die die Zufriedenheit ihres Personals als eher hoch einstufen, Gründe für Unzufriedenheit an. Es entsteht jedoch schnell der Eindruck, dass hier nur Gründe genannt werden, die ausserhalb des Einflussbereiches der Befragten liegen:



Bemängelt wird von vielen die Überbelastung, die durch die vielen unbesetzten Stellen entsteht. Ein bestimmender Grund für etwaige Unzufriedenheit ist nach Aussage der Befragten auch der tiefe Lohn (Abb. 10).

Bei vielen Mitarbeitern fehlt darüber hinaus nach Einschätzung der Befragten das Vertrauen in die Spitalleitung, dass sie die nötigen Massnahmen trifft, die die Situation verbessern würden.

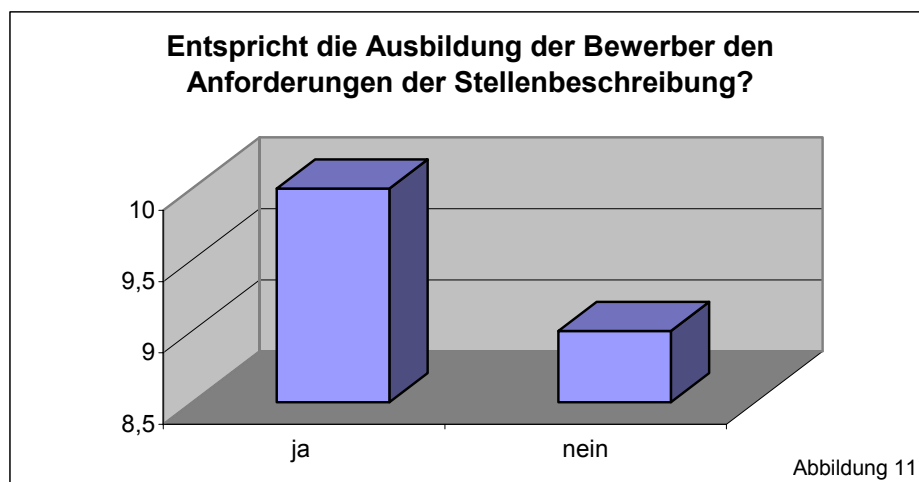
### 3.3 Rekrutierung

Um herauszufinden, warum es so schwierig ist, die Stellen qualifiziert zu besetzen, haben wir die Rekrutierungssysteme der einzelnen Häuser etwas genauer unter die Lupe genommen:

Zunächst haben wir uns einmal angesehen, ob genaue Stellenbeschreibungen für die im Pflegebereich zu vergebenden Positionen vorhanden sind. Das ist mehrheitlich der Fall (in 18 Häusern).

#### 3.3.1 Qualifikation der Bewerber

Leider müssen die Personalverantwortlichen dieser Häuser häufig feststellen, dass die Kandidatinnen und Kandidaten, die sich auf eine solche Stelle hin bewerben, oft nicht ausreichend qualifiziert sind: Immerhin knapp die Hälfte der Bewerber erfüllt trotz dem formalen Nachweis der in der Stellenbeschreibung geforderten Qualifikation nicht die verlangten Anforderungen (Abb. 11).



Mit anderen Worten bedeutet das, dass im Extremfall sogar diplomierte Pflegerinnen und Pfleger abgewiesen werden müssen, weil ihre Ausbildung nicht den tatsächlichen Anforderungen entspricht. Die Ausbildung an den Schweizer Krankenpflegesschulen wird als *realitätsfremd* geschildert, es wird gleichzeitig mehr *Fachkompetenz* und *größere Spezialisierung* gefordert. Daneben werden bei den Absolventen eine *umfassendere Allgemeinbildung*, *EDV-Kenntnisse* und *bessere Fremdsprachenkenntnisse* schmerzlich vermisst.

Im Extremfall, haben wir oben geschrieben, führt die mangelnde Qualifikation zur Ablehnung. Dass dies jedoch höchst selten geschieht, versteht sich angesichts des ausgetrockneten Arbeitsmarktes von selbst. Wer sein Diplom vorweisen kann, der wird gern zur Vorstellung gebeten. Das Zähneknirschen über die schlechte Ausbildung wird man sich einem potenziellen Kandidaten gegenüber wohl eher verkneifen. Uns gegenüber nahm man allerdings gern die Gelegenheit wahr, auf diesen Missstand aufmerksam zu machen.

Einer der Befragten gab jedoch unumwunden zu, dass er Bewerber, die ihr Praktikum an einer bestimmten Stelle absolviert haben, von vornherein aussortiert – diese seien nun wirklich nicht zu gebrauchen.

Zu unserem grossen Erstaunen versicherten uns einige Personalverantwortliche, dass ausländische Pflegekräfte beispielsweise aus dem britischen Raum oder sogar aus Ex-Jugoslawien besser ausgebildet seien als solche mit Schweizer Diplom. Auch seien zum Beispiel deutsche Arbeitskräfte viel belastbarer als Schweizer, erstere empfänden die Arbeit in der Schweiz als weniger anstrengend als im Heimatland.

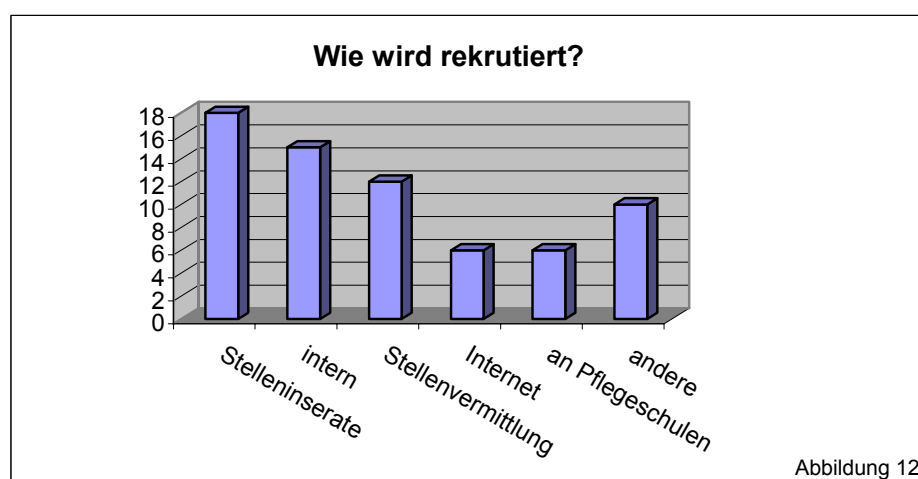
Der Ausländeranteil absolut beträgt im Schnitt 76 Stellen (21.8 %), gewichtet macht er jedoch 26% aus. Beinahe jede vierte, mindestens aber jede fünfte Stelle im Pflegebereich ist nicht durch eine diplomierte Schweizer Kraft besetzt, sondern wird von einer ausländischen Pflegeperson gehalten.

Hier von Konkurrenz, Arbeitsplatz-Klau oder Lohndumping zu reden wäre allerdings fehl am Platz: Die Befragten gaben an, auf die ausländischen Kräfte dringend angewiesen zu sein, da der Schweizer Markt nicht genügend Kräfte zur Verfügung stelle. Schweizer Diplomanden werden auch nicht via Portemonnaie durch die Ausländer konkurrenziert – ein Ausländer im Pflegedienst verdient nämlich, wie oben bereits gezeigt, fast überall das Gleiche wie seine Schweizer Kollegen.

### 3.3.2 Wo gesucht wird

Die meisten Befragten nutzen zur Rekrutierung verschiedene Kanäle gleichzeitig (Abb. 12). Von den neunzehn befragten Spitälern suchen achtzehn ihr Personal mit Stelleninseraten. Bei der Platzierung der Inserate werden Fachzeitschriften (durchaus auch ausländische) bevorzugt. Oft werden die offenen Stellen zusätzlich auch intern ausgeschrieben, um die Mund-zu-Mund-Propaganda nutzen zu können (15 Nennungen). Intranet und Internet sind noch nicht in aller Munde, die Zahlen belegen jedoch, dass diejenigen, die die neuen Technologien nutzen, erfolgreicher bei der Kandidatensuche sind.

Vielversprechend erscheint auch die direkte Ansprache der Absolventinnen und Absolventen der Pflegeschulen durch Aushänge und Informationsveranstaltungen am Ausbildungsort: Häuser, die auf dieses Pferd setzen, können ihre Stellen leichter an den Mann/die Frau bringen. Kehrseite der Medaille ist allerdings eine deutlich höhere Fluktuationsrate, die dadurch zustande kommt, dass viele Kandidaten das Haus bereits während der Probezeit wieder verlassen wollen oder müssen.



Die Hälfte der Befragten schilderte noch weitere, teils recht originelle Rekrutierungsverfahren. Da die meisten mit einem „Copyright“ versehen sind – man uns also gebeten hat, die Ideen nicht zu veröffentlichen –, müssen wir uns hier auf Gemeinplätze wie *gleich am ersten Tag einen guten Eindruck machen, Honig um den Bart schmieren* und ähnliches zurückziehen. Die Zahlen beweisen jedoch, dass individuelle, kreative und engagierte Rekrutierungsaktionen eine enorm höhere Wirkung erzielen als das einfache Inserat.

Mehr als die Hälfte der Befragten geben dennoch an, gelegentlich ein Stellenvermittlungsbüro einzuschalten (12 Nennungen). Allerdings ist dies die bei Weitem unbeliebteste Methode, ist sie doch extrem teuer: „Bis zu drei Monatsgehälter der vermittelten Person verlangt ein solches Büro als Lohn für seine Dienste!“, werden wir aufgeklärt. Da kann die Besetzung einer einzigen Stelle schnell einmal CHF 10'000.- kosten. Angesichts dieser Summen erscheinen die vielerorts dem eigenen Personal für die erfolgreiche Vermittlung eines neuen Mitarbeiters gebotenen Kopfprämien von bis zu CHF 5'000.- geradezu bescheiden.

### 3.3.3 Wie selektiert wird

Bei der Selektion der eingehenden Bewerbungen spielt die Ausbildung der Kandidatin/des Kandidaten die wichtigste Rolle (18 Nennungen). Der hohe Anteil an Deutschen unter den ausländischen Mitarbeitern erklärt sich aus der zweitwichtigsten Forderung an die Bewerber: Muttersprache Deutsch (14 Nennungen).

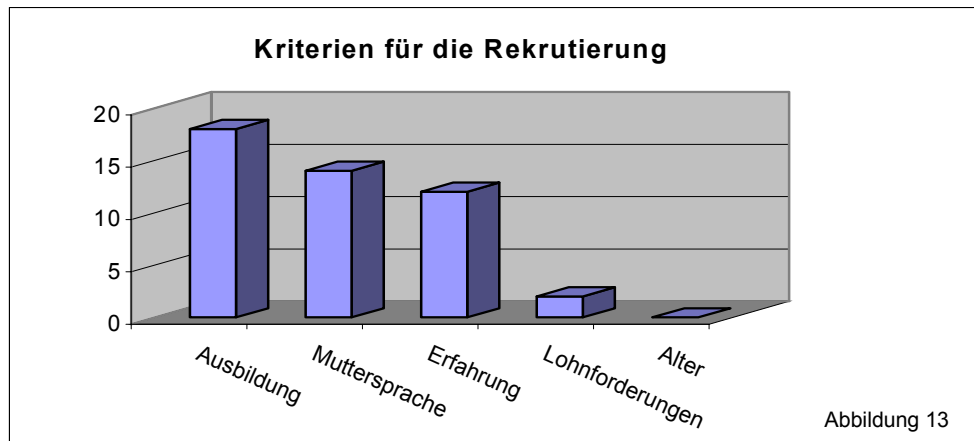
Einer der Befragten war trotz der Einhaltung dieses Kriteriums durch die Deutschen dennoch nicht recht zufrieden: „Wir müssen aufpassen, dass wir nicht zu viele Deutsche auf einer Station haben, sonst erschrickt der Bauer aus dem Kanton, wenn er aus der Narkose aufwacht und denkt, er habe einen Unfall in Deutschland gehabt!“

Selbstverständlich ist die Erfahrung der Kandidaten wichtig. Dass sie dennoch nur auf dem dritten Platz (12 Nennungen) landet, liegt daran, dass die Befragten schon gar nicht mehr wagen, diese auch zu verlangen. Lieber wird jemand mit weniger Erfahrung eingestellt und angelernt, als die Stelle nicht zu besetzen. Es wird auch eine höhere Fluktuationsrate als Folge der vermehrten „einvernehmlichen Trennungen“ während der Probezeit hingenommen.

Dabei wird allerdings nicht jeder Kompromiss eingegangen: Trotz der gewichteten Quote von 5% lehnen es einige Häuser völlig ab, bei der Stellenbesetzung zu Notlösungen zu greifen. Lieber streiche man Betten, als wirklich unqualifiziertes Personal auf die Patienten loszulassen. Andere sind nur heilfroh, bis jetzt ohne Notlösungen auszukommen.

Bei den staatlich geführten Betrieben gibt es Kantonale Lohnordnungen, die nur einen sehr kleinen Spielraum für die individuelle Besoldung zulassen. Auf Lohnforderungen kann im Rekrutierungsverfahren nicht eingegangen werden. Auch in den Häusern in privater Trägerschaft ist der Gürtel eng geschnürt: über die – den staatlichen Einrichtungen gegenüber etwas grosszügiger dimensionierte – festgelegte Entlohnung hinaus besteht kein Diskussionsspielraum. Daher wird dieses Kriterium von den Befragten mehrheitlich als unwichtig eingestuft (nur 2 Nennungen).

Das Alter spielt angesichts des händeringenden Suchens gar keine Rolle (Abb. 13).



### 3.4 Selbstbestimmung

Pflege ist ein individueller, ganz auf die Krankheit und die Persönlichkeit des Patienten abgestimmter Prozess. Die Arbeit in der Pflege verlangt den Pflegepersonen grösstmögliche Flexibilität in sowohl organisatorischer als auch kommunikativer und sozialer Hinsicht und tägliche geistige Neuorientierung ab.

Wir wollten wissen, ob die Strukturen, in die das Pflegepersonal eingebunden ist, diesem Umstand Rechnung tragen. Können die Angestellten beispielsweise ihre freien Tage selbst bestimmen, um in möglichst nützlicher Frist einen Ausgleich zur unterschiedlich belastenden Arbeit zu finden? Wird die individuelle Leistung, die einer nicht zu unterschätzenden „inneren Motivation zu helfen“ entspringt, auch honoriert?

#### 3.4.1 Dienstplaneinteilung

Bei der Einteilung der Dienstpläne besteht bei der Mehrheit der Befragten eine eher konservative Mentalität – ähnlich wie in Industriebetrieben wird der Einsatzplan anhand der zu leistenden Stunden von der vorgesetzten Stelle herausgegeben. Auf das individuelle Leistungsvermögen wird kaum eingegangen; man begnügt sich mit der *Berücksichtigung der Ferienwünsche*, denen aber „selbstverständlich nicht immer nachgekommen werden könne“.

Gerade mal ein Krankenhaus überlässt die Absprache der Pflegeeinsätze vollständig dem Pflegeteam selbst. Nur in diesem System können die Mitarbeiter im Team ihre persönlichen Wünsche und Vorstellungen aufeinander abstimmen.

In zwei weiteren Häusern erfolgt die endgültige Einteilung durch die Stationsleitung, die Planung wird jedoch in einer Teamsitzung besprochen.

Vierzehn Spitäler, die grosse Mehrheit also, lassen die Dienstplaneinteilung von der Stationsleitung durchführen und gewähren ein Recht zur Äusserung von Wünschen, die *nicht immer berücksichtigt werden können*. Folgerichtig wird das Mass der Selbstbestimmung von diesen Häusern als „beschränkt“ eingestuft. Eines dieser Häuser gewährt nach eigener Einschätzung wenigstens frei wählbare freie Tage, während ein anderes den Mitarbeitern bei der Planung der freien Tage gar kein Mitspracherecht einräumt.

In zwei Häusern nehmen die Personalverantwortlichen die Dienstplaneinteilung persönlich vor. Damit dürfte zwar den Ansprüchen an eine reibungslose Organisation Genüge getan sein, die Rücksichtnahme auf individuelle Befindlichkeiten kann hier aber unserer Einschätzung nach aufgrund des grösseren Abstands zum Working-Team lediglich minimal ausfallen (Abb. 14).

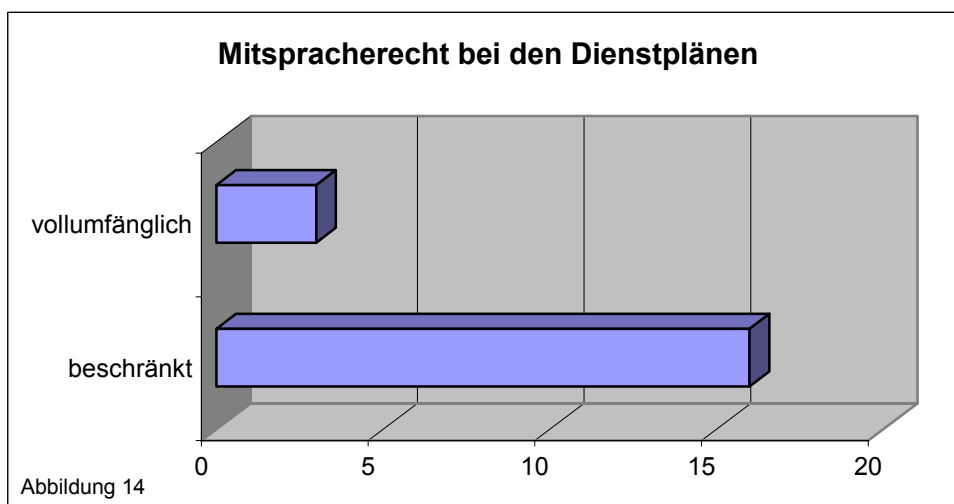


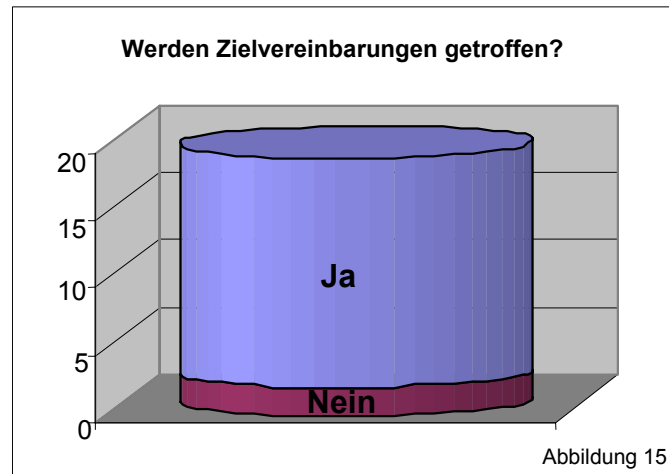
Abbildung 14

### 3.4.2 Zielvereinbarungen

Gerade unter psychisch und physisch belastenden Arbeitsbedingungen, wie sie im Krankenhaus allort an der Tagesordnung sind, ist es für den Angestellten wichtig, dass seine persönliche Leistung auch angemessen – mindestens in Form eines detaillierten Feedbacks – honoriert wird. Um die individuelle Leistung überhaupt einschätzen zu können, müssen seitens der Personalverantwortlichen das Leistungspotenzial jedes einzelnen Mitarbeiters beurteilt werden und ihm sodann ein oder mehrere Ziele für den Beurteilungszeitraum gesetzt werden. Anhand des Erfüllungsgrades der im Einvernehmen zwischen dem Vorgesetzten und dem Angestellten erarbeiteten Ziele kann ein sowohl transparentes als auch detailliertes Feedback gegeben werden.

Wir haben untersucht, wie weit diese Methode der Personalbeurteilung im Pflegebereich verbreitet ist und welche Auswirkungen die so gefundenen Einschätzungen für den jeweiligen Mitarbeiter haben können.

In den allermeisten Häusern gehören Zielvereinbarungen heute zu den selbstverständlichen Bestandteilen des Arbeitsverhältnisses. Nur zwei Krankenhäuser glauben, auf dieses Instrument verzichten zu können. Eines der zwei Spitäler, die keine regelmässigen Zielvereinbarungen treffen, versucht es nur bei erheblich schlechten Leistungen der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters mit der Vorgabe von Zielen für die Zukunft (Abb. 15).



Zielvereinbarungen nutzen allerdings nur dann etwas, wenn die Einhaltung überwacht, die Übererfüllung honoriert und die Nichterfüllung sanktioniert werden. In sechs der befragten Spitäler ist man sich dessen offensichtlich nicht recht bewusst: bei Schlechterfüllung der Vereinbarungen fehlen sowohl fördernde als auch disziplinierende Folgen. Es werden vielmehr Gespräche geführt, vage Hilfsangebote gemacht oder gar eine Neudefinition der Ziele vorgenommen. In einem der sechs genannten Spitäler riskiert der säumige Angestellte immerhin eine schriftliche Verwarnung.

Fünf Häuser setzen auf gezielte fachliche und soziale Weiterbildung der fehlbaren Mitarbeiter. Sollte sich innerhalb der nächsten Beurteilungsperiode nichts bessern, müssen die Angestellten dieser Häuser mit Lohnreduktionen oder Nichtbeförderung rechnen.

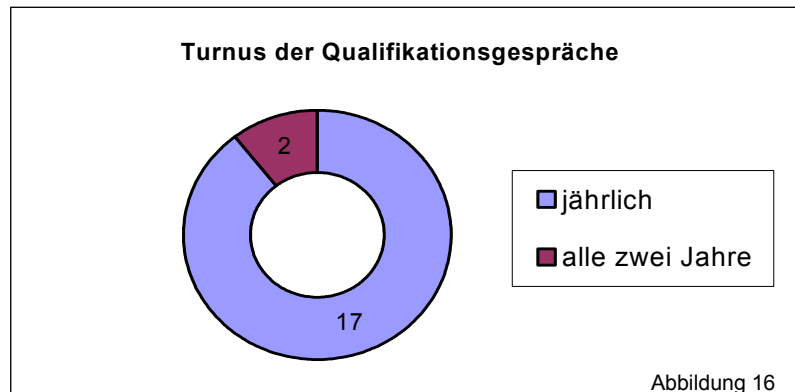
In allen Facetten konsequent wird das System nur in sechs Häusern angewandt: Es werden definierte Graduierungen der Erfüllung gebildet, anhand derer die Leistung – im positiven wie im negativen Sinne – honoriert wird. Im positiven Sinne kann sich eine Übererfüllung beispielsweise in einer monetären Anerkennung niederschlagen, auch wenn hier der Spielraum angesichts leerer Kassen recht beschränkt ist.

Bei Untererfüllung der vereinbarten Vorgaben reicht in diesen Spitälern die Massnahmenpalette vom Setzen einer Nachfrist von drei bis sechs Monaten zur Erreichung der Leistungsziele über die Streichung des dreizehnten Monatslohns bis hin zur sofortigen Kündigung und Freistellung des Mitarbeiters. Sämtliche flankierenden Massnahmen, wie beispielsweise Weiterbildungen in fachlicher und sozialer Hinsicht, sind hier natürlich ebenfalls gewährleistet.

Um die Ziele nicht aus den Augen zu verlieren und um rechtzeitige Korrekturmassnahmen einleiten zu können, müssen die Qualifikationsgespräche in sinnvollen zeitlichen Abständen angesetzt werden. Wir haben daher den Turnus der Qualifikationsgespräche mitabgefragt.

Interessanterweise gaben auch die beiden Häuser, die keine Zielvereinbarungen treffen, an, turnusmässige Qualifikationsgespräche durchzuführen.

In siebzehn Krankenhäusern werden die Gespräche jährlich geführt; zwei haben einen Zwei-Jahres-Turnus (Abb. 16).



Zwei Jahre sind eine lange Zeit, auch ein Jahr ohne Feedback kann Motivationsdefizite verursachen. Deshalb haben wir diesen Aspekt noch intensiver durchleuchtet.

In acht Spitälern, die zusammen immerhin 44% der von der Studie erfassten Pflegerinnen und Pfleger beschäftigen, bekommen die Mitarbeiter zwischen den Qualifikationsgesprächen entweder gar kein Feedback über ihre Leistung oder das Feedback wird im Rahmen zufälliger Begegnungen mit dem Personalverantwortlichen in den Fluren des Krankenhauses spontan gegeben.

Erschreckend geringe 56% der Angestellten können wirklich auf ein institutionalisiertes und vorbereitetes Feedback zählen. In den meisten Fällen erfolgt dies in Form von Teamsitzungen (6 Nennungen), Rapporten und regelmässigen Standortgesprächen (je 3 Nennungen).

### 3.5 Motivation

„Fragen Sie nicht, was Ihr Personal für Sie tun kann. Fragen Sie sich, was Sie für Ihr Personal tun können!“ – Nicht ganz so überspitzt, aber doch durchaus stark interessiert, haben wir den Befragten in diesem Punkt auf den Zahn gefühlt.

Sämtliche Spitäler führen zwar Mitarbeiteranlässe durch, die auch von ihnen bezahlt werden. Dennoch forschten wir noch weiter und fragten: „Welche Motivationsanreize bieten Sie Ihren Mitarbeitern und wie versuchen Sie, Ihre Mitarbeiter zu binden?“

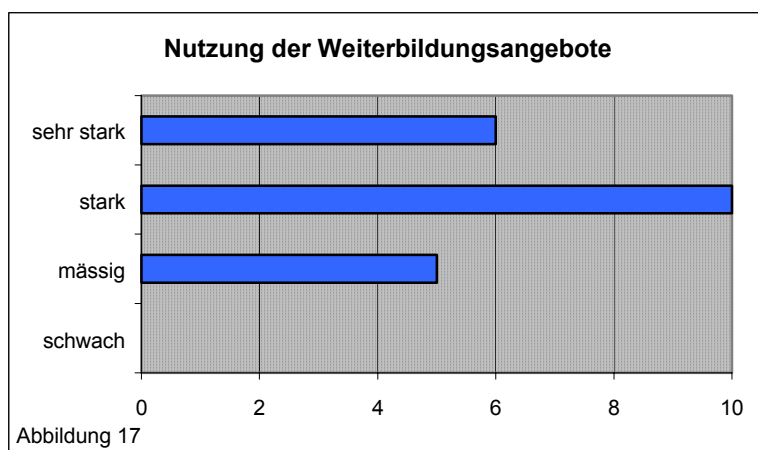
Als Erstes nannten zwölf der Befragten die Weiterbildungen, respektive die Förderung der persönlichen Fähigkeiten.

Alle Krankenhäuser bieten Aus- und Weiterbildungsprogramme an. Es werden interne und externe Kurse durchgeführt. Sie fördern die Fach-, Sozial- und konzeptionelle Kompetenz. Seminare und Fortbildungswochen werden ebenfalls abgeboten.

Ein Spital hat eine eigene Abteilung für Weiterbildung. Durchschnittlich stellen die Krankenhäuser ihren Mitarbeitern zwischen zwei und sechs Tage für Weiterbildungszwecke zur Verfügung.

Das grosse Weiterbildungsangebot führte uns zu der Frage, ob die Fortbildungsmöglichkeiten vom Personal auch angenommen und genutzt werden.

Erfreulicherweise ergab sich ein durchweg positives Bild der Akzeptanz dieses Angebotes durch die Mitarbeiter. Auch wenn in fünf Häusern angegeben wird, die Mitarbeiter hätten aufgrund der extremen Belastung kaum Zeit für Fortbildungen, diese seien daher „mässig“ besucht, versucht offenbar die Mehrheit der Angestellten trotz dem Stress, fachlich am Ball zu bleiben (Abb. 17).



Neben den Weiterbildungsangeboten wurden noch andere Motivationsanreize genannt:

Sieben Personalverantwortliche schöpfen ihren schmalen wirtschaftlichen Entscheidungsspielraum aus und bieten finanzielle Anreize in Form von Boni und Leistungs- oder Treueprämien.

Nur gerade vier versuchen ihre Mitarbeiter durch die Vergabe von speziellen Aufgaben oder die Mitarbeit an Projekten zu motivieren.

Drei sehen in dem Bereitstellen von modernen Geräten oder EDV-Anlagen genug Motivationsanreize und vier berufen sich auf das gute Arbeitsklima und das angenehme Arbeitsumfeld.

Aus diesen Antworten lässt sich schliessen, dass unbedingt Motivationsanreize geschaffen werden müssen.

## 4 Auswirkungen

Nachdem wir die aktuelle Situation nun ausführlich beschrieben haben, wollen wir uns den Auswirkungen der festgestellten Schwierigkeiten zuwenden.

Die Personalverantwortlichen zeichnen mehrheitlich ein recht düsteres Bild. Allgemein lassen sich die Aussagen zu folgenden Schlagworten zusammenfassen:

“Es fehlt die Zeit für Patienten, es fehlt die Zeit für die Betreuung des Pflegepersonals in Ausbildung und Praktikum.“

Eine befragte Person trifft folgende zusammenfassende Aussage: „Die momentane Personalsituation gefährdet die Erfüllung des Leistungsauftrages!“

Ein Hauptproblem ist die hohe Fluktuationsrate. Der zahlreiche Stellenwechsel fordert viel Zeit für Neueinführungen. Doch Zeit ist momentan eine kostbare Mangelware. Eine umfassende Einführung der Neuen kann häufig nicht gewährleistet werden.

Ohnehin müssen schon viele Überstunden geleistet werden. Hinzu kommt die Lohnunzufriedenheit bei den Mitarbeitern, die zum gleichen Lohn nun viel mehr leisten müssen.

Als weiteres Problem wird der Mangel an qualifiziertem Personal genannt. Vor allem für die Spezialbereiche sei es schwierig, fachmännisches Personal zu finden. Ebenso bestehe eine Lücke beim Kaderpersonal. Ein Befragter sieht wenig *hoffnungsvolle Perspektiven* für die verschärfte Personalsituation.

Immerhin drei der befragten Krankenhäuser bezeichnen die Personalsituation in ihren Häusern jedoch als recht gut. Die Rekrutierungssituation habe sich eher entspannt und die Stellen seien fast alle besetzt. Kreative Rekrutierungsstrategien scheinen sich daher durchaus bezahlt zu machen.

### 4.1 Kurzfristig

“Leiden die Patienten unter der gegenwärtigen Situation?“, wollten wir von den Befragten wissen.

Circa 40% der Befragten haben das Gefühl, dass sie bislang in ihrem Haus mögliche Auswirkungen auf den Patienten durch geschicktes „Notfallmanagement“ vermeiden konnten.

Die Mehrheit ist jedoch anderer Ansicht. Sie begründen ihre Auffassung wie folgt:

Bereits jetzt fällt den Patienten auf, dass das Personal zu wenig Zeit hat und dass mehr Fehler passieren. Es ist hektischer geworden auf den Stationen. Weniger notwendige Therapien müssen unterlassen werden. Gespräche bleiben aus. Der Patient wird aus Zeitmangel nicht mehr umfassend informiert.

Es werden bereits Betten gestrichen, damit man die Qualität der Pflege für den verbleibenden Bestand garantieren kann.

## **4.2 Langfristig**

Die meisten Personalverantwortlichen sind der Überzeugung, dass langfristig ein Qualitätsabbau stattfinden wird.

Für den Patienten werden in Zukunft nur noch die nötigsten Leistungen erbracht werden können. Er kann weniger ganzheitlich betreut werden, es finden weniger psychische Betreuung und Gespräche mit dem Patienten statt. Der Patient wird noch deutlicher merken, dass das Personal weniger Zeit für ihn hat.

Wenn sich die Situation nicht ändert, beginnt ein Teufelskreis: Da durch die schlechte Situation die Belastung der Pflegekräfte steigt, wird die Unzufriedenheit weiter verstärkt. Dies führt zu weiteren Personalausritten, das Image sinkt weiter und die Situation verschlimmert sich laufend.

Die Patienten werden sich nicht mehr heimisch fühlen, wenn der Anteil an ausländischem Personal steigt.

Gleichzeitig steigen angesichts immer höherer Krankenversicherungsbeiträge die Erwartungen der Patienten. Diese lassen sich in Zukunft überhaupt nicht mehr erfüllen.

In der Frage der zukünftigen Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus ist man sich eher uneins. Ein Befragter ist überzeugt, dass diese eher länger werden wird, da zum Beispiel Mobilisations-Therapien oder Spaziergänge ausbleiben werden. Andere glauben, dass die Verweildauer eher kürzer wird, da man die Patienten wieder zum Spital hinaus haben möchte. In der Konsequenz wird sich allerdings auch die Wiedereintrittsfrequenz ins Spital erhöhen, da Patienten ohne vollständige Heilung nach Hause geschickt werden müssen. Möglicherweise müssten auch Patienten abgewiesen werden.

Gefährlich könnte es werden, wenn Personal im Spital hin- und hergeschoben werden muss und dieses daher auf Abteilungen eingesetzt wird, für die es die notwendige Spezialqualifikation nicht besitzt.

Eventuell müssten in Zukunft ganz neue Wege gefunden werden. Zum Beispiel der, dass Familienangehörige die Pflege der Patienten im Krankenhaus übernehmen.

## 5 Verbesserungsvorschläge

Die Misere ist seit langem bekannt. Wir wollten daher wissen, welche Massnahmen in den letzten Jahren getroffen wurden, um die Personalsituation in den Pflegeberufen zu verbessern:

Weiterbildung ist in der heutigen Arbeitswelt sehr wichtig und hat einen hohen Stellenwert. Diesen Trend haben auch die Krankenhäuser erkannt. So konnte fast die Hälfte der befragten Spitäler das Weiterbildungsangebot in den letzten Jahren verstärken und vermehrt anbieten. „Wir besitzen heute ein breites und qualitativ gutes internes und externes Fort- und Weiterbildungsprogramm“, stellte ein Befragter zufrieden fest. Auf diese Weise versuchen die Spitäler, ihre Attraktivität für arbeitssuchende Pflegepersonen zu erhöhen.

In verschiedenen Krankenhäusern konnte eine Leistungserfassung im Pflegebereich eingeführt werden. Dadurch ist man in der Lage, die Aufwände besser zu erfassen. Durch eine bessere Dokumentation und differenzierte Erfassung des Pflegeaufwandes ist es möglich, Arbeitsbedürfnisse und den Stellenbedarf besser zu erfassen. Ebenso ermöglicht dieses Vorgehen eine langfristige und effizientere Planung. In einem der befragten Spitäler konnte das System der leistungsabhängigen Lohneinstufung eingeführt werden.

Die systematische Erfassung hat aber auch eine Kehrseite: Über den täglichen Pflegeaufwand hinaus müssen die Pflegerinnen und Pfleger vermehrt bürokratische Tätigkeiten verrichten – kostbare Zeit also einer Aufgabe widmen, die mit ihrem eigentlichen Leistungsauftrag nichts zu tun hat. Eines der an der Studie teilnehmenden Krankenhäuser setzt daher in einem Pilotprojekt Stationssekretärinnen ein, die das Pflegepersonal vom administrativen Teil des Tagesgeschäftes entlasten sollen.

In der Region Zürich stieg das Lohnniveau in den letzten Jahren an. Wichtiger als mehr Lohn erscheinen den Autoren jedoch intensivere Bemühungen um die Besetzung der offenen Stellen zu sein: Wenn die Arbeit auf mehr Schultern verteilt wäre, gäbe es für jeden Einzelnen weniger zu tun, die Situation würde sich entspannen und die berechnete Forderung nach *mehr Lohn für mehr Arbeit* dahinfallen.

Job-Sharing, Job-Rotation, Job-Enrichment und Job-Enlargement sind Begriffe, die auch im Pflegebereich immer mehr an Bedeutung gewinnen und von einigen Spitälern in den letzten Jahren eingesetzt wurden. Mit Hilfe dieser Massnahmen konnte die Personalsituation effizient verbessert werden.

Ebenfalls zeigt man nach Ansicht der Befragten möglichst hohe Flexibilität und Kooperation für die Wünsche der Teilzeit- und Vollzeitmitarbeiterinnen. Man versucht, möglichst flexible Arbeitszeiten anbieten zu können und dadurch die Rahmenbedingungen zu verbessern. Die Autoren möchten sich an dieser Stelle jedoch die Anmerkung erlauben, dass dieses Denken – wie oben in der Momentaufnahme gezeigt – leider noch nicht Eingang in alle Köpfe mit Personalverantwortung gefunden hat.

Ein Befragter betont, dass das Interesse an Männern im Pflegebereich und an Wiedereinsteigerinnen deutlich gestiegen ist. Diese Gruppen haben in den letzten Jahren als Rekrutierungspotenzial vermehrt an Bedeutung gewonnen.

Weiter wurden als bereits erfolgte Verbesserungen genannt: *Entwicklung zu einem attraktiven Ausbildungsort, verstärkte Werbung, Einführung von Arbeitszeitmodellen, Mitarbeiter sind in kantonalen Gremien aktiv, Schaffung und Besetzung von pflegeentlastenden Stellen, professionelle Führung der Teams.*

Und in Zukunft? Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen die Befragten? Welche Vorschläge würden sie machen?

Lohn ist hier das starke Leitwort. Mehr als die Hälfte der Befragten fordern eine höhere Entlohnung für die Mitarbeiter im Pflegebereich. „Finanzielle Anerkennung wäre dringend nötig!“, bestätigt ein Befragter. Auch ist man überzeugt, dass finanzielle Anreize den ausgetrockneten Arbeitsmarkt etwas beleben könnten. Zwei Krankenhäuser stellen sich die Frage nach einem neuen Lohnsystem. Besondere Leistungen sollten entsprechend belohnt werden. Die Einführung von Leistungsboni wäre eine Möglichkeit. Ebenso sollten Leute mit einem höheren Fachwissen besser entlohnt werden.

Eine weitere dringend umzusetzende Verbesserungsmöglichkeit sehen die Befragten in der Imageänderung der Pflegeberufe.

Gerade in der heutigen monetär ausgerichteten Welt fehlt es den Pflegeberufen an Attraktivität und Glanz. Das Ansehen der Pflegeberufe ist leider nicht sehr gross.

„Die Attraktivität der Pflegeberufe muss im Umfeld besser kommuniziert werden“, fordert ein Befragter. Es brauche eine *gezielte Werbekampagne für das Berufsimago*.

Die Befragten sind sich einig, dass das Prestige der Pflegeberufe gefördert werden soll und muss. Nur durch ein verbessertes Ansehen und eine bestechendere Attraktivität der Pflegeberufe kann die notwendige Zahl an Auszubildenden sicher gestellt werden.

Ebenfalls wird von mehr als der Hälfte der Befragten eine Änderung der Arbeitsbedingungen verlangt. Eine fünfte Ferienwoche soll eingeführt werden. Die Arbeitszeit soll angepasst werden. Man verlangt genügend Freizeit für die Mitarbeiter in Pflegeberufen. Auch hier erlauben wir uns anzumerken: Das Zugeständnis grösserer Freiräume bei der Planung der Freizeit würde wahrscheinlich schnellere und ähnlich grosse Effekte erzielen.

Ebenso sollte nach Ansicht der Befragten dem Personal eine breite Unterstützung bei psychischen und physischen Belastungen angeboten werden. Man möchte den Mitarbeitern Zeit für bessere und intensivere Erholung bieten. Den Nachtschwestern sollen zum Beispiel längere Ruhepausen zustehen. Man wünscht sich allgemein weniger Hektik. Mit diesen Massnahmen versucht man, dem immer öfter auftretenden Burn-out-Syndrom entgegen zu wirken. Diese Massnahmen sollen auch helfen, das Personal besser halten zu können und die Fluktuationsrate zu senken.

Wird hier übersehen, dass diese Forderungen zu einem guten Teil in der Entscheidungskompetenz der Befragten liegen?

Ein weiterer viel genannter Bereich für Verbesserungsvorschläge ist die Ausbildung. Allgemein wird verlangt, dass der praktische Teil der Ausbildung verbessert wird. Die Ausbildungsstruktur soll geändert werden. Man fordert eine Ausbildungsreform. Ebenso wäre es angebracht, die Aufnahmekriterien für die Ausbildung zu ändern.

„Die Ausbildung wird immer genereller. Dies betrachte ich als schlecht, vor allem weil sich die Medizin laufend spezialisiert.“ Dieser Aussage eines Befragten stimmen auch andere Spitäler zu. Man fordert mehr Ausbildungsplätze vor allem in den Spezialbereichen.

Die Personalverantwortlichen zweier staatlicher Krankenhäuser verlangen mehr unternehmerischen Spielraum. Den Krankenhäusern soll die Möglichkeit geboten werden, wettbewerbsfähig zu bleiben. Ferner wünschen sich diese Krankenhäuser, weniger politisch abhängig zu sein und selber wirtschaftlich funktionieren zu können.

Auf unsere abschliessende Frage: „Wenn Sie nur eines der genannten Probleme lösen könnten, welches würden Sie zuerst anpacken?“, erhielten wir das nachstehend wiedergegebene Ranking (  steht für eine Nennung).

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lohnanpassung / Änderung Besoldungspolitik
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Praktische Ausbildung verbessern
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rekrutierung / mehr Leute einstellen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Imageänderung
<input type="checkbox"/>	Arbeitsbedingungen verbessern
<input type="checkbox"/>	bessere Führungsstrukturen in Spitälern
<input type="checkbox"/>	Abgabe der Hotellerie- und Administrationstätigkeiten
<input type="checkbox"/>	mehr Krippenplätze
<input type="checkbox"/>	Zusammenarbeit ärztlicher Dienst und Pflegedienst

Den originellsten Lösungsvorschlag für die aktuellen Probleme haben wir uns für den Schluss vorbehalten; spontan und mit einem verschmitzten Lächeln antwortete der Befragte:

„Schwestern klonen“



Ach ja, wenn das so einfach ginge mit dem Klonen von Schwestern...

Das Autorenteam, Chur im März 2001

## **Anhang**

### **Adressverzeichnis**

#### **Auftraggeber**

svap

Schweizerische Beratungs- und Vermittlungsstelle für das Gesundheitswesen AG,  
Dr. Walter Gehrig, Schaffhauserstrasse 21, Postfach 51, 8042 Zürich, [www.svap.ch](http://www.svap.ch)

Dr. Josef Walker, Geschäftsführer KMU Zentrum, Comercialstr. 22, 7000 Chur

Dr. Hans Vettiger, Lehrbeauftragter HTW, Comercialstr. 24, 7000 Chur

#### **Projekt-Team**

Sabine Kindschi, Casa Solavers, 7214 Grüşch, 081/325 11 55

Barbara Held, Segantinistr. 28, 7000 Chur, 081/284 26 65

Patrik Lechmann, St. Antönienweg 14, 7000 Chur, 081/252 69 74

Gido M. Karges, Postfach 39, 7421 Summaprada, 079/613 33 45

Martin Rechsteiner, Saluferstr. 35, 7000 Chur, 081/353 37 63