

„Zu wenig Zeit für individuelle Betreuung!“

Pflegedirektor Markus Thur benennt im Gespräch mit „lebensqualität“ Missstände wie Arbeitsverdichtung, Überbelegung, standardisierte Pflegemaßnahmen und starre Regelsysteme, die den heutigen Krankenhausaalltag prägen.

Maren Asmussen: *Wie schätzen Sie als Pflegedirektor die jetzige Situation in deutschen Krankenhäusern ein?*

Markus Thur: Derzeit gibt es noch ein Förderprogramm der Bundesregierung, um die Situation der Pflegenden in Krankenhäusern zu verbessern. Dieses Programm beinhaltet eine jährliche Budgetsteigerung von 0,48 Prozent, die für die Neueinstellung von Pflegepersonal verwendet werden darf. 0,48 Prozent hört sich zunächst wenig an. Da Krankenhäuser aber mit großen Budgets arbeiten, kann sich ein Haus mit 400 bis 500 Betten dafür sechs bis sieben zusätzliche Stellen leisten. 10 Prozent der zusätzlichen Lohnkosten muss der Betrieb selbst tragen,

die restlichen 90 Prozent werden vom Staat getragen. Dieses Programm gibt es seit 2009 für die Jahre 2009, 2010 und 2011.

Asmussen: *Es besteht also Hoffnung, dass mehr Personal eingestellt wird?*

Thur: Das ist keine Hoffnung, das ist bereits umgesetzt. In unserem Betrieb konnten wir bis jetzt 18 zusätzliche Stellen schaffen.

Asmussen: *Oft hört man, dass die Situation in der Pflege immer schlechter wird. Stimmt das?*

Thur: Die Belastung nimmt in vielen Krankenhäusern dramatisch zu – ein unübersehbarer Trend. Das resultiert daraus, dass Kliniken gezwungen sind, die Fallzahlen zu erhöhen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Dies hat eine permanent hohe Belegung zur Folge. Wir haben zwar mehr Personal in den Abteilungen, gleichzeitig steigen aber Anzahl und Komplexität der Fälle. Aufgrund der Verkürzung der Verweildauer kommt es zu einer Arbeitsverdichtung, was zu einem hektischen Arbeitsklima auf den Stationen führt. Der einzelne Mitarbeiter erlebt stressvollere Arbeit. Als ich damals in der Pflege angefangen habe, verweilte ein Mensch nach einer Gallenblasenoperation grundsätzlich 14 Tage im Krankenhaus. Heute geht man nach drei Tagen nach Hause.

>>

„Der hektische Arbeitsstil verhindert individuelle Pflegemaßnahmen. Das verzögert die Gesundung der PatientInnen und nimmt dem Personal die Freude an ihrer Arbeit.“





Daneben wirkt sich die Veränderung der Altersdemografie sowohl bei den PatientInnen als auch beim Pflegepersonal aus. Immer ältere PatientInnen werden von immer älteren Pflegepersonen versorgt.

Asmussen: *Man stockt das Personal auf, aber gleichzeitig steigt die Arbeitsbelastung?*

Thur: Es findet eine Arbeitsverdichtung statt. Es ist heute leider häufig nicht mehr möglich, mit einem Patienten in Ruhe ein psychosoziales Gespräch zu führen.

Asmussen: *Dieser Aspekt wird ersatzlos gestrichen?*

Thur: Es ist zu beobachten, dass die PatientInnen – egal was sie haben – immer gleich versorgt werden. Individuell angepasste Pflegemaßnahmen werden als erstes reduziert. Dieses Faktum raubt den meisten MitarbeiterInnen die Freude am Beruf.

Asmussen: *Haben Sie dafür ein konkretes Beispiel?*

Thur: Eine Pflegende möchte einen Patienten in der Körperpflege so unterstützen, dass er seine eigenen Fähigkeiten wieder entdecken kann. In der großen Hektik des Alltags ist das fast unmöglich. Man wäscht den Patienten von Kopf bis Fuß, weil das schneller geht. Der Patient ist nachher zwar sauber – letzten Endes wird er aber in seiner individuellen Situation nicht unterstützt und gefördert.

Asmussen: *Dominiert im Krankenhaus heute Alltagsroutine anstatt Unterstützung zur individuellen Selbständigkeit?*

Thur: Genauso ist es. Die Förderung der Selbständigkeit würde zwar auch Zeit einsparen. Der hektische Arbeitsstil verhindert aber diese Investition in die Selbständigkeit.

Asmussen: *Ein Teufelskreis entsteht.*

Thur: Die Herausforderung besteht darin, diesen Kreislauf zu durchbrechen. Das Besondere in der einzelnen Situation muss erkannt werden. Dazu brauchen wir aber gut ausgebildetes Fachpersonal.

Asmussen: *Wie kommt die Pflege aus dieser misslichen Situation wieder heraus?*

Thur: Die Führungskräfte spielen dabei eine große Rolle. Da in vielen Krankenhäusern die Stationsleitungen neben ihren Leitungsaufgaben auch die pflegerische Versorgung einer eigenen PatientInnengruppe durchführen müssen, werden sie ihrer Leitungsaufgabe nicht gerecht. Die Folge ist mangelndes Führungsverständnis bzw. ein Verständnis von Leitung, die sich im Wesentlichen auf das Schreiben des Dienstplanes bezieht. Man managt, anstatt durch Vorbild inhaltlich zu führen. Die Stationsleitung sollte in der Lage sein, die Qualität der Pflege zu definieren und deren Umsetzung zu gewährleisten.

Asmussen: *Die Stationsleitung sollte die qualitativen Wertmaßstäbe vertreten?*

„Die Stationsleitung gehört nicht ins Büro, sondern muss als Coach und Experte vor Ort tätig sein.“

Thur: Als Stationsleitung gehört man nicht ins Büro. Die qualitative Leitung ist der Kern des Auftrages. Für diese Aufgaben muss sie freigestellt sein. Diese Freistellung bedeutet, dass sie nicht als Krankenschwester arbeitet, sondern als Coach und Experte vor Ort tätig ist. Wir verfolgen in unserem Betrieb diesen Weg. So kann sie die Verantwortung für die Qualität der Pflege übernehmen. Aber sie muss dafür auch qualifiziert sein und der Verantwortung entsprechend bezahlt werden.

Asmussen: *Besteht die Möglichkeit, die Führungskräfte auszubilden und entsprechend zu entlohnen?*

Thur: Ja, diese Chance besteht. Man muss sich dabei aber außerhalb des Tarifvertrages bewegen. Das haben wir in unserem Haus umgesetzt. Es ist wichtig, dass diese anspruchsvolle Arbeit auch adäquat gewürdigt wird.

Asmussen: *Als ich vor 20 Jahren in die Pflege kam, arbeitete ich als Führungskraft auch im praktischen Alltag. Es bestand der Anspruch, dass ich die beste Pflegenden der Station bin.*

Thur: Genau hier entstehen Probleme. Nicht jede gute Pflegekraft kann auch führen. Eine Stationsleitung muss in der Lage sein, die Menschen im Hinblick auf die Unternehmensziele und die pflegerischen Ziele zu führen. Es ist wichtig, dass sie mit ihrem Team eine Wertehaltung aufbauen kann, die diese dann selbstverantwortlich in der alltäglichen Pflege umsetzen. Sie muss dazu Gespräche mit MitarbeiterInnen führen, individuelle Fähigkeiten erkennen, Problem- und Krisensituationen bewältigen, Aufgaben verteilen und Schwerpunkte setzen. Dazu benötigt man fachliche Kompetenz, gepaart mit Organisations- und Führungskompetenz. Talent alleine reicht nicht aus. Es braucht auch entsprechende Aus- und Fortbildungen.

Asmussen: *Welche Früchte tragen die Maßnahmen, die Sie in Ihrem Betrieb umgesetzt haben?*

Thur: Die mittlere Führungsebene ist gestärkt worden. Wir haben ein dezentrales Führungsmodell, insbesondere die Personalführung ist in der Ver-



Zur Person:

Markus Thur ist Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe und Kinaesthetics-Trainer. Er arbeitet als Pflegedirektor im Kreiskrankenhaus Mechernich



antwortung der Stationsleitung. Auch die Ablauforganisation auf der Station wird von der mittleren Führungsebene übernommen. Es besteht eine große Entscheidungsfreiheit.

Asmussen: *Woran zeigt sich das in der Praxis?*

Thur: Bei einem Kulturwechsel dauert es immer einige Zeit, bis die Wirkung beobachtet werden kann. Die Veränderungen sind noch nicht sehr lange vollzogen. Was ich beobachten kann, ist eine wesentlich höhere Motivation der Führungskräfte. Eine weitere Veränderung ist bei der Aushilfsplanung zu beobachten. Früher wurden diese zentral über die Pflegedirektion verteilt. Diese MitarbeiterInnen haben wir dezentralisiert und den Stationen zugeordnet. Heute kann die Station selbst bestimmen, wann sie mehr Personal einplant, um Arbeitsbelastungen zu meistern. Früher wurde ein Schichtstandard definiert, und dieser Standard musste eingehalten werden. Heute verteilt die Stationsleitung die Personalressourcen selbständig.

Asmussen: *Wächst durch den größeren Handlungsspielraum auch die Verantwortung?*

Thur: Die Entscheidungen werden da getroffen, wo die Situation überschaubar werden kann. Dies hat eine höhere Motivation der Führungskräfte zur Folge; sie haben einen Entscheidungsspielraum

und kennen ihre Grenzen; innerhalb dieser entscheiden sie sehr gerne.

Asmussen: *Erwarten Sie, dass auch die Pflegenden beginnen, ihren Entscheidungsspielraum am Pflegebett auszuschöpfen?*

Thur: Ja genau! So organisieren wir zurzeit die Gruppenpflege einiger Stationen neu. Bisher wurde eine Station in drei gleich große Pflegegruppen aufgeteilt. Zukünftig werden die PatientInnen nach dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit zugeordnet. Dadurch entstehen flexible Gruppen, die individuell arbeiten können. Es gibt Gruppen mit 14 PatientInnen und andere mit nur sieben. Eine an den Bedarf angepasste Personalplanung ist somit innerhalb einer Station möglich. Wir müssen uns von diesen starren Regelsystemen verabschieden, die letztendlich immer wieder in einer funktionalen Pflege enden. Wenn die Pflegenden selbst ihre Tagesorganisation gestalten können, dann macht ihnen die Arbeit Spaß.

Asmussen: *So entsteht Individualität im Team.*

Thur: Ja, genau die benötigen wir, um schwierige Situationen wie etwa die Überbelegung der Pflegebetten zu bewältigen.

Asmussen: *Sie sind ausgebildeter Kinaesthetics-Trainer. Welche Rolle spielt Kinaesthetics in Ihrem Betrieb?*

Thur: Mit Kinaesthetics lernen die Pflegenden, die PatientInnen dort abzuholen, wo sie im Augenblick aufgrund ihrer Erkrankung stehen. Sie können gezielt erkennen, welche individuelle Unterstützung gegeben werden muss. Es macht für die Betreuung eines Patienten nach einer Hüftoperation einen großen Unterschied, ob der Patient 50 Jahre alt ist oder 85. Der 50-Jährige besitzt mehr Kraftressourcen, der 85-Jährige hat mehr Erfahrungen im Umgang mit Erkrankungen. Genau das muss ich als Pflegekraft erkennen können. „Lass die PatientInnen alles selbst tun, was sie können, und unterstütze sie gezielt bei der Bewältigung der Defizite“; im Grunde genommen ein Beispiel der Salutogenese. Im Mittelpunkt steht nicht die Frage, warum ein Schwimmer im Fluss untergeht,

„Immer ältere PatientInnen werden von immer älteren Pflegepersonen versorgt.“

sondern warum er ein guter Schwimmer ist. Genau diesen Aspekt lernen Pflegende mit Hilfe von Kinaesthetics zu erkennen. Es ist ein Interaktionsmodell, das aus zwei gleichberechtigten Partnern

besteht. Es geht nicht darum, dass jemand ins Krankenhaus kommt und gesund gemacht wird. Es geht darum, dass wir ihn unterstützen, seine Ressourcen zur Gesundheit zu erkennen und entsprechend einzusetzen.