

Der GBA-Beschluss und seine Folgen für die Neugeborenen-Intensivstationen

Bettina Münninghoff

Seit vielen Jahren schon war der Ruf nach mehr Personal für die Neugeborenen-Intensivtherapiestationen (Neo-ITS) nicht zu überhören. Unzählige Diskussionen, fachlich untermauert oder emotional und pathetisch. Zickig und fordernd, überlegt und konstruktiv oder politisch motiviert. So gemischt gestalteten sich die Redebeiträge auf Kongressen, Artikel in Fachzeitschriften oder in Diskussionen.



Foto: © 142256715 © MikoSok

Meine letzten Berufsjahre habe ich als leitende Pflegekraft auf Neo-ITS in zwei unterschiedlichen Häusern verbracht. Die *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen*, kurz GBA-Beschluss für die Neonatologie, begleitet mich nun schon einige Jahre und die Zunahme der massiven Veränderungen in Bezug auf die Anforderungen an das Pflegepersonal und deren Arbeitsbedingungen in den Kliniken hat mich veranlasst, einige Überlegungen zu Papier zu bringen. So gut ich es finde, dass endlich Nägel mit Köpfen gemacht werden, so deut-

lich treten Schwierigkeiten in der konkreten Umsetzung zu Tage. Da bleibt noch viel zu tun.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Auch Patientenvertreter, die über ein Mitberatungs- und Antragsrecht verfügen, aber bei Entscheidungsprozessen nicht stimmberechtigt sind, gehören dem Ausschuss an. Rechtsgrundlage für die Arbeit des GBA ist das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V).

Pflege hat in Deutschland etliche nebeneinander existierende Berufsverbände. Für Altenpflege, für Krankenpflege, für Kinderkrankenpflege, für Lehrkräfte in der Pflege, für Psychiatriepflege, für Sachverständige in der Pflege und und und... Pflegekammern auf Länderebene werden nach und nach etabliert. Pflege findet immer breiter den Weg in die Hochschulen. Unser politisches Sprachrohr und die Dachorganisation vieler Pflegeverbände ist der Deutsche Pflegerat (DPR) mit seinem Präsidenten Andreas Westerfellhaus. Im Überblick würde ich sagen, dass Deutschland richtig viele Experten in der Pflege vorweisen kann.

Eine Vertretung des pflegerischen Berufsstandes im GBA gibt es allerdings nicht. Und dabei betrifft der Beschluss zu einem nicht unerheblichen Anteil gerade unsere Berufsgruppe.

Eine kleine Anmerkung am Rande: Während es für die Pflegekräfte durch den GBA-Beschluss nicht nur eine zu erfüllende Vorgabe bezüglich ihrer fachlichen Qualifikation, sondern auch eine klare Aussage zur nurse-to-patient-ratio, sprich zur zu erfüllenden *Quantität* der benötigten Mitarbeiter gibt, fehlt im Beschluss diese zwingende Vorgabe für die ärztlichen Mitarbeiter gänzlich. Interessante weiterführende Informationen zur nurse-to-patient ratio und einen internationalen Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser geben Professor Michael Simon, Hochschullehrer im Ruhestand und Sandra Mehmecke, Management für Gesundheits- und Pflegeberufe M.A.. Diese durch die Hans-Böckler-Stiftung geförderte Studie ist frei abrufbar im Internet. http://www.boeckler.de/cps/rde/xchg/hbs/hs.xsl/106575_107296.htm

Der GBA-Beschluss

Und dann war er da, der Beschluss:

„Seit dem 1. Januar 2006 besteht die Verpflichtung der Krankenhäuser zum Einsatz einer Mindestquote von 40 % (Perinatalzentren Level 1) bzw. 30 % (Perinatalzentren Level 2) fachweitergebildeter Kinderkrankenpflegekräfte in den Neonatologischen Intensivbereichen.“

Seit elf (ELF!) Jahren existiert er also schon, der heiß umstrittene Beschluss, der Kliniken in Deutschland zu einem Umdenken in der Personalpolitik zu zwingen in der Lage war. Wie erstaunt waren doch viele Krankenhausträger in den letzten zwei, drei Jahren, als sie plötzlich feststellen mussten, dass sie weder in der Lage sind, die geforderte Personalstärke vorzuhalten noch die geforderte Quote von fachweitergebildetem Personal und damit eine Infragestellung des Level-1-Status und entsprechende Entgeltverluste befürchten mussten. Wir müssen uns nichts vormachen und ich werde nicht lamentieren, dass wir doch ausschließlich „an den Patienten denken müssen“. Krankenhäuser werden selbstverständlich auch von Betriebswirten geführt und müssen wirtschaftlich arbeiten. Und doch zeigt der Beschluss nicht nur Auswirkungen auf das finanzielle Gefüge der Kinderkliniken, sondern auch in erheblichem Ausmaß auf das personelle Miteinander auf den Neo-ITS.

Im September 2005 wurde die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitete Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) verabschiedet, die zum 1.1.2006 in Kraft trat und seitdem schon mehrere Male geändert wurde, zuletzt am 15.12.2016.

Auf §1, Abschnitt 1, Punkte 1 und 2 werde ich mich im Folgenden besonders beziehen:

Präambel

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt diese Richtlinie als eine Maßnahme zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V, die die Qualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen weiter verbessern soll.

§ 1 Regelungsinhalt

(1) Die Ziele dieser Richtlinie bestehen in:

1. der Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen,
2. der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen unter Berücksichtigung der Belange einer flächendeckenden, das heißt allorts zumutbaren Erreichbarkeit der Einrichtungen.

Was macht es mit den Pflegekräften auf einer Station, die ihre personelle Besetzung nicht nur taggenau, sondern sogar schichtgenau überprüfen, einteilen, dokumentieren und ggf. anpassen müssen, um die im Beschluss geforderten Kriterien zu erfüllen? Zur Einstufung der Patienten verwenden die meisten Kliniken den auch in der AWMF S1-Leitlinie 087-001 aufgeführten Kriterienkatalog nach Empfehlung der British Association of Perinatal Medicine (BAPM).

Die Fachweiterbildung

Manche Pflegekräfte haben das penetrante Gefühl, sich nun in einer Berufswelt wieder zu finden, in der ihr Wissen, Handeln und Wirken qualitativ sehr unterschiedlich gestaltet und auch bewertet wird, nämlich vom GBA, von den Arbeitgebern, von den Kolleginnen. Bislang haben zumindest die von uns mitbetreuten Eltern der kleinen Patienten noch keine Forderungen erhoben, dass ihr Kind entsprechend seiner Kriterienzuordnung bitteschön doch ausschließlich von fachweitergebildeten Pflegekräften versorgt wird.

Auf der einen Seite gibt es nun also diejenigen Pflegekräfte mit einer **Fachwei-**

terbildung. Nein, nicht irgendeiner Fachweiterbildung für die pädiatrische Intensivpflege. Aus Gründen der Überprüfbarkeit der Qualität muss es eine sein, deren Inhalt und Dauer den Mindestansprüchen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entspricht (nach QFR-RL, Anlage 2, Unterpunkt I.2.2. Pflegerische Versorgung, Stand 27.11.2015, in der es heißt: „...DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 ff...) Diese Vorgabe ist nachvollziehbar, birgt allerdings auch Zündstoff. Das bedeutet nämlich im Umkehrschluss, dass hausintern individuell entwickelte Fachweiterbildungen oder Weiterbildungen, die ausschließlich auf die Versorgung neonatologischer Patienten zugeschnitten sind, nicht (mehr) akzeptiert werden. Also war alles umsonst gewesen mit diesen hausinternen Anstrengungen in Bezug auf Personalentwicklung? Nun, sicher nicht für das persönlich erweiterte Wissensspektrum. Im Hinblick auf eine weitere Entwicklung des Pflegeberufes, hin zu mehr wissenschaftlicher Ausbildung, die Reliabilität und Validität fordert, aber eine notwendige Entscheidung. Gut so!

Alternativ zur Fachweiterbildung wurde damals eine „mehr als fünfjährige Erfahrung auf einer Neonatologischen Intensivstation“ als grundsätzlich gleichwertig akzeptiert. Die am 18. Dezember 2008 beschlossene und am 01. April 2009 in Kraft getretene Übergangsfrist für das Auslaufen der alternativen Anerkennung von Kinderkrankenpflegekräften mit einer mindestens fünfjährigen Berufserfahrung bis zum 31. Dezember 2015 wurde mit Beschluss vom 20. Juni 2013 bis zum 31. Dezember 2016 verlängert. Für die Umsetzung der Erfüllung der Mindestquoten stand bzw. steht den Krankenhäusern damit ein Übergangszeitraum von insgesamt 10 Jahren (01/2006 bis 12/2016) zur Verfügung.“ Für manche Häuser allerdings war der gewährte Übergangszeitraum von zehn Jahren immer noch zu kurz. Momentan stehen wir vor einer erneuten genehmigten Verlängerung der Übergangsfrist bis zum 1.1.2019.

Und auch an dieser Stelle wurde situations- und bedarfsorientiert korrigiert: die Definition, wer als „gleichwertig“ zu den fachweitergebildeten Pflegekräften zählt, wurde Ende 2015 noch einmal revidiert. Die geforderten fünf Jahre Berufstätigkeit seit Ausbildungsabschluss auf einer Neo-ITS müssen nun im Zeitraum vom 1.1.2010 bis zum 31.12.2015 liegen. Alternativ für bereits länger Examinierte reichen drei Jahre Berufstätigkeit in Vollzeit auf einer Neo-ITS im selben Zeitraum. Die angesammelte



Foto: © 145976914 ©mindfulness

Berufserfahrung von Teilzeitkräften wird anteilig angerechnet. Was aber ist nun mit den Mitarbeitern, die sich im genannten Zeitraum in Mutterschutz und Elternzeit befanden, vorher aber vielleicht schon viele Jahre als Vollzeitkraft auf der Neo-ITS tätig waren und einen Erfahrungsreichtum und Expertise vorweisen können, die Berufsanfänger bei weitem noch nicht erreicht haben können?

Zitate aus dem Arbeitsalltag: *„Ich bin seit 30 Jahre nur mit kurzen Unterbrechungen durch Elternzeit auf dieser Station tätig, die letzten 10 Jahre als Teilzeitkraft mit 30 Stunden im Monat. Und auf einmal zähle ich nicht einmal mehr in der täglichen Statistik als sogenannte „Anerkannte“? So etwas kann schon mal bitter aufstoßen. Je nach Temperament der einzelnen Mitarbeiter können daraus auch Machtkämpfe und „Spielchen“ entstehen, die die Arbeitsatmosphäre beeinflussen. „Ich zähle ja nicht als fachexamiert oder gleichwertig anerkannt, also betreue ich auch nicht diesen Intensivpatienten“ oder „Du bist fachexamiert, also mach du doch den Transport.“*

Pflegekräfte, die, auch wenn sie nur drei Jahre Vollzeit auf einer Neo-ITS gearbeitet haben, erst nach dem 1.1.2016 schwanger geworden sind und im Anschluss an die Elternzeit als Teilzeitkraft wieder auf die Neo-ITS zurückkehren, werden durch diese Regelung bevorzugt, denn sie werden als „dauerhaft gleichwertig Anerkannte“ dokumentiert, unabhängig davon, wie viel Wissen, Erfahrung und Handlungsexpertise sie besitzen oder wie

viel sie im Laufe der Elternzeit wieder verlieren werden.

Was bedeutet diese Regelung darüberhinaus für die Curricula der Weiterbildungseinrichtungen? Eine Lockerung der Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme an einer Fachweiterbildung reduziert bereits jetzt schon die für notwendig erachtete Berufserfahrung auf einer Neo-ITS. Statt mindestens zwei Jahren gesammelter Erfahrung reicht es heute aus, mindestens zwölf Monate einen kleinen und überschaubaren Einblick in die neonatologische Intensivpflege gewonnen zu haben. Auch über den Zeitraum von nur **sechs** Monaten als für ausreichend befundene Berufserfahrung wird bereits diskutiert. Ist das noch Erwachsenenbildung, wenn wir derartige Eingangsbedingungen als akzeptabel ansehen? Oder wird auf dieser Basis einfach weitergelernt wie in der allgemeinbildenden Schule oder in der Grundausbildung: Hören, lernen, wiedergeben? Ein weiteres Beispiel aus dem Alltag: Es gibt Stationen, da werden die Teilnehmer einer Fachweiterbildung als *Schüler* und nicht als Weiterbildungsteilnehmer bezeichnet. Das kann ich sogar ein bisschen nachvollziehen...

Ich vermisse bei jungen Berufsanfängern die Reflektionsfähigkeit, die ein längerer beruflicher Erfahrungshintergrund mit sich bringt. Das soll nicht heißen, dass es nicht auch Berufsanfänger gibt, die in der Lage sind, komplexe Situationen zu verarbeiten. Die Regel ist das jedoch ganz und gar nicht. Diese Erkenntnis gewinnen mittlerweile auch Leitungen und Pflegepädago-

gen von Weiterbildungseinrichtungen, die ein deutlich geändertes Lernverhalten der Teilnehmer wahrnehmen – zuhören, (auswendig) lernen, wiedergeben... fertig!

Ich vermisse auch ein Verständnis dafür, dass eine Weiterbildung in der Intensivpflege mehr ist, als sich mit Beatmungsgeräten auszukennen oder die Dosierungen von Katecholaminen auswendig zu wissen. Der Bundesverband „Das frühgeborene Kind e.V.“, dessen ehemaliger Vorsitzender Hans-Jürgen Wirthl derzeit als Patientenvertreter ebenfalls Mitglied des GBA ist, plädiert zu Recht immer wieder dafür, dass es um viel mehr als um das simple Beherrschen von medizinischem Fakten, Apparatemedizin und pflegerischem Basiswissen geht, damit Frühgeborene und gefährdete Reifgeborene nicht nur eine veränderte Mortalitätsstatistik aufweisen, sondern dass vor allem das Morbiditätsrisiko dieser Patientengruppe durch eine veränderte Betreuungsstruktur gesenkt wird. Dazu bedarf es als Basisschulung sicher der Teilnahme möglichst vieler Pflegekräfte an der geforderten Fachweiterbildung. Und auch deswegen lässt es sich nach meinem Dafürhalten durchaus darüber streiten, ob eine Gleichwertigkeit von 5jährig-Erfahrenen wirklich gutgeheißen werden kann.

In der Grundausbildung wird der Grundstein gelegt für die Kenntnis von Zusammenhängen einer zu frühen Geburt und potentiellen Folgeschäden. Das dafür notwendige Wissen und der Kompetenzerwerb frischexaminierter Pflegekräfte ist essentiell dadurch geprägt und gekennzeichnet, in welcher Einrichtung sie ihre ersten beruflichen Erfahrungen sammeln. Es kann durchaus sein, dass manche Pflegekräfte auch nach fünf Jahren Berufstätigkeit, um nur mal wieder ein Beispiel aus dem Arbeitsalltag zu nennen, immer noch die Oberkörperhochlagerung mit einer Schrägstellung des Bettunterteils verwechseln oder gleichsetzen. Das ist unter fachlichen Aspekten fraglos ein Manko und faktisch als falsch zu werten. Ein derart erworbener beruflicher „Erfahrungsschatz“ darf deshalb schlichtweg nicht gleichgesetzt werden mit dem durch die erfolgreiche Teilnahme an einer Fachweiterbildung erlangten Fachwissen, die (um im Beispiel zu bleiben) einen Kinästhetik-Infant-Handling-Grundkurs im Lehrplan vorhält.

Natürlich ist es so, dass auch nichtfach-examinierte Pflegekräfte durch Teilnahme an Kursen, Fortbildungen, Workshops, eigeninitiativem Lernen etc. ihr Wissen, ihre Bandbreite und Expertise deutlich erweitern. Aber es gibt eben keine „Prüfstelle“;

die den individuellen Wissensstand dieser Mitarbeiter überprüft. Somit bleibt es dabei: Ein einfaches Abwarten und Aussitzen von fünf, bzw. drei Jahren „reicht eben auch“. Und diese Situation stellt für manche Teilnehmer einer Fachweiterbildung durchaus ein Ärgernis dar, umso mehr, wenn sie die Fachweiterbildung absolvieren, damit ihnen (endlich) ein unbefristeter Arbeitsvertrag ausgestellt wird. Von der immer noch als wirklich lächerlich zu nennenden Steigerung der finanziellen Vergütung nach erfolgreichem Beenden der Fachweiterbildung sehe ich an dieser Stelle mal ganz ab.

Die Einstellungspolitik in Krankenhäusern hat sich geändert. Es ist nicht mehr die Regel, als Berufsanfänger einen unbefristeten Vertrag zu erhalten. Kurskolleginnen aus der Grundausbildung, die z. B. auf einer kinderonkologischen Station nach dem Examen ihre berufliche Karriere starten, bekommen vielleicht schon einen unbefristeten Vertrag, während die Kurskollegin, die auf einer Neo-ITS anfängt, zunächst mit einem befristeten Vertrag Vorlieb nehmen muss.

Um die 40 % bzw. 30 %-Quote an fachexamiertem Personal zu erreichen, stellen vielerorts die Geschäftsführungen an neu eingestellte Bewerberinnen die Bedingung, sich für die Teilnahme an der Fachweiterbildung zu verpflichten, bevor ihr Arbeitsvertrag entfristet wird. Das kann ich absolut nachvollziehen und würde es nicht anders machen, wenn ich einen eigenen Betrieb hätte, der diese Reglementierung auferlegt bekommen hat. Für manche private Lebensplanung der frisch auf den Arbeitsmarkt gekommenen Pflegekräfte erweist sich das natürlich erschwerend.

Zum Inhalt der Fachweiterbildung

Eine entsprechende Weiterbildung, die sich mit den Möglichkeiten einer entwicklungsfördernden Betreuung beschäftigt wäre so viel wichtiger. In diesem Themenbereich ist in den Curricula der Weiterbildungseinrichtungen noch ganz viel Luft nach oben, sind doch bislang höchstens vereinzelte Stundenkontingente für diesen Themenkomplex vorgesehen. Und leider haben solche isolierten Weiterbildungsangebote, wie z. B. Entwicklungsfördernde Neonatalbegleitung EFNB®, eine Still- und Laktationsberaterausbildung IBCLC oder eine Ausbildung zur Emotionelle Erste Hilfe-Fachberaterin überhaupt keine Wertigkeit für ein geändertes Arbeiten in der Neonatologie.

Dabei sprechen die Erkenntnisse für sich:

- Mütter von Frühgeborenen, die stillen, betreiben Therapie für ihre Kinder, indem sie ihnen die einzige für ihren unreifen Organismus wirklich kompatible Nahrung zukommen lassen. Dank der pluripotenten Stammzellen in der Muttermilch betreiben sie auch noch Defektheilung und Reparaturarbeit an den Organen ihrer Kinder und das allein durch die Gabe von Muttermilch. Das Wissen über den Wert dieses „flüssigen Goldes“ muss man aber erst einmal erlangen.
- Entwicklungsfördernde Pflegekonzepte, nach aktuellem wissenschaftlichen Wissensstand ausgearbeitet und egal, wie sie heißen oder wer sie „erfunden“ hat, sind der beste Schutz für die empfindlichen Gehirne der Frühgeborenen. Jede noch so ausgefeilte Beatmungseinstellung oder exakt dosierte Medikamentenzufuhr verblasst hinter den Erfolgsaussichten von bindungsfördernder Arbeit.
- Känguruen ist nicht „niedliches Kuscheln“, sondern knallharte Bindungsarbeit, Stabilisierung der Vitalparameter und Schmerzprophylaxe.
- Elternarbeit dient der Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses und ist kein Verplempern von wertvoller Arbeitszeit der Mitarbeiter auf einer Neo-ITS. Auch wenn manche Chefärzte, Pflegedienstleitungen oder Betriebswirte und leider auch nicht wenige pflegerische Kolleginnen das nicht so sehen.

Aber wo lernt man diese Dinge schon? In der Grundausbildung, wenn überhaupt, nur bruchstückhaft. In der Fachweiterbildung ist dieser Themenbereich unter „ferner liefen“ angesiedelt. Schade!

Um das Ziels der QFR-RL, wie in §1, Absatz 1 beschrieben, nämlich „die Verringerung von Säuglingssterblichkeit und von frühkindlich entstandenen Behinderungen“ zu erreichen, wäre mein Vorschlag, dass alle Mitarbeiter auf einer Neo-IST neben der Fachweiterbildung in neonatologischer und pädiatrischer Intensivpflege auch eine zusätzliche Ausbildung in der entwicklungsfördernden Betreuung absolvieren.

Wahrscheinlich ist meine Ansicht nicht populär genug und dennoch setze ich auf langsame, aber stetig wachsende Zustimmung für diesen Weg. In Deutschland können Frühgeborene ab Schwangerschaftswoche 23+ nicht nur überleben, sondern mit entsprechendem Wissen und vor allem der Umsetzung dieses Wissens sogar immer besser überleben.

Flexible Arbeitszeiten als Voraussetzung

Der GBA-Beschluss führt zum Umdenken – **muss** zum Umdenken führen! Nicht nur auf gesundheitspolitischer Ebene, auch beim Personal, in den Ausbildungseinrichtungen und natürlich in den Personalabteilungen der Krankenhäuser.

Welche Entwicklungen sind zu erwarten oder sind sogar schon eingetreten?



Foto: © 149013959 ©Kadimy



Foto: © 99078157 @Pebo

Personal muss sich heute noch stärker als bisher damit arrangieren, dass die Arbeitszeit flexibler gestaltbar zu sein hat. Diese geforderte und notwendige Flexibilität ist ein Grundpfeiler für die Umsetzbarkeit des Beschlusses. Diese Flexibilität muss aber auch von Arbeitgebern abgesichert sein, von Arbeitnehmervertreterorganisationen unter Einhaltung gesetzlicher Vorgaben mitgetragen werden und dem Pflegepersonal muss genau diese Notwendigkeit von Flexibilität als Bestandteil ihres Arbeitsvertrags verdeutlicht werden.

Flexibilität hat natürlich einen Preis. Wenn das Führungspersonal anderthalb Schichten oder ca. 14 Stunden Zeit hat, um einen bedarfsorientierten Personalbestand pro Schicht zu generieren, dann muss nicht nur das System, sondern auch jeder Mitarbeiter flexibel sein.

Mit anderen Worten: von Mitarbeitern wird erwartet, dass sie bereit sind, ihren Dienstplan gegebenenfalls täglich abzuändern. Bislang gilt das rechtsverbindliche Prinzip, dass ein einmal ausliegender und genehmigter Dienstplan nur im beiderseitigen Einverständnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer abgeändert werden kann. Damit ist das Direktionsrecht des Arbeitgebers in Bezug auf die Inanspruchnahme der Arbeitsleistung des Arbeitnehmers ausgeschöpft.

In der *neuen* Zeitrechnung seit Inkrafttreten des GBA-Beschluss kann diese Regelung ein absolutes K.O.-Kriterium für die geforderte Flexibilität darstellen. Der Arbeitnehmer lehnt ein Einspringen aus dem

Frei ab oder kann einen Dienst nicht tauschen oder möchte nicht frei nehmen, wenn er nicht benötigt wird, heißt ganz einfach, dass der Arbeitgeber keine Möglichkeit hat, dieses anzuordnen. Personal- und Betriebsräte werden sicher heiße Diskussionen um diese Ur-Rechte des Arbeitnehmers führen. Lobenswert ist es, wenn von Arbeitnehmervertreterseite Ideen zur Ermöglichung der notwendigen flexiblen Einsatzfähigkeit beigesteuert werden.

Zahlreiche Kinderkliniken haben in Zusammenarbeit von Geschäftsführungen, Arbeitnehmervertretern und Pflegedienstleitungen verschiedenste Modelle eingeführt, um die Flexibilität ihrer Neo-ITS-Mitarbeiter zu fördern. Folgende Beispiele seien hierzu genannt:

- Finanzielle Zulagen für Mitarbeiter, die aus ihrem Frei einspringen in sehr unterschiedlichen Höhen. 30 Euro pauschal für jedes Einspringen pro Tag die Einen; gestaffelt nach festgelegten Kriterien bis zu 200 Euro pro Tag in anderen Kliniken.
- Das Arbeitszeitkonto wird mit Mehrarbeitsstunden angefüllt, die je nach Höhe der Mehrarbeitsstunden prozentual zusätzlich noch ein weiteres Mal angereichert werden.
- Einrichtung von Rufbereitschaften über unterschiedlich lange Zeiträume.
- Einrichtung von so genannten Stand-by-Diensten: Hat z. B. eine Pflegekraft im Frühdienst diesen Dienst, wird ein Zeitkorridor verwendet, innerhalb dessen der Mitarbeiter erfährt, ob er zum

nachfolgenden Spätdienst benötigt wird oder nicht. Für dieses *Bereithalten* wird eine Stundengutschrift erteilt.

- Verschiebe-Prinzip: Fehlt eine Pflegekraft in der Schicht und kann sie nicht aus dem eigenen Stationsteam ersetzt werden, wird eine nachgeschaltete Station eine im Dienst befindliche Pflegekraft abgeben (müssen). Das Problem der fehlenden Personalressourcen an sich bleibt dabei bestehen, denn auch die nachgeschalteten Stationen benötigen ihr Personal ja eigentlich für ihre eigenen Patienten und leisten den verbleibenden Dienst dann entweder mit weniger Personal oder sie müssen jemand aus ihren eigenen Reihen zum Dienst holen.
- Springer-Pools: Ein Problem ist hierbei der aktuell herrschende grundsätzliche Mangel an Fach/Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften. Was nutzt der Einsatz einer Pflegekraft aus einer chirurgischen oder urologischen Abteilung auf einer Neo-ITS?

Ich warne vor der Illusion der Gesundheitsverantwortlichen, dass ein quotenge-regeltes Mehr an *Masse* von Pflegekräften zwangsläufig mit einem Mehr an *Klasse* der Pflegekräfte einhergehen wird. Um das Ziel, ein Mehr an Klasse zu erreichen, bedarf es mehr, nämlich:

Ein MEHR an Verantwortungsbewusstsein des Pflegepersonals, dass die endlich vorhandene Zeit auch tatsächlich für entwicklungs-fördernde Arbeit an Patient und Familie genutzt wird. Und nicht für die Ver-längerung geselliger Pausen.

Ein MEHR an Einsicht des Führungs-personals, dass die endlich vorhandene Zeit auch tatsächlich für die Ausarbeitung und Implementierung entwicklungs-fördernder Konzepte genutzt werden kann. Und nicht zum Ausleihen von gelegentlich „über-schüssigem“ Personal auf andere Stationen.

Ein MEHR an Einsicht der Geschäfts-führungen, dass die endlich vorhandene Zeit auch für Fort- und Weiterbildung ge-nutzt werden kann. Und nicht zu Einspar-ungen von Stationssekretärinnen oder Stationsassistentinnen führt, weil ja nun „*Pflege mehr Zeit hat, um sich nebenbei um solche Dinge zu kümmern*“.

Nehmen wir ein Beispiel aus dem Ar-beitsalltag: Eine Neo-ITS-Station verfügt über eine Gesamtleistung von sechzehn Pa-tientenbetten. Elf dieser Betten sind belegt mit Patienten, die einen Betreuungsbedarf von 4,25 Vollzeitkräften nach BAPM –Kri-terienkatalog (BAPM = British Associati-on of Perinatal Medicine) generieren. Die restlichen fünf Betten stehen leer. Da man

keine Person vierteln kann, müssen folglich fünf Pflegekräfte pro Schicht im Dienst zur Verfügung stehen. Wie wir alle wissen, spiegelt der zur Berechnung herangezogene Kriterienkatalog der BAPM nicht zwangsläufig den *tatsächlich* benötigten Bedarf für die Betreuung der Kinder wider. Der Bedarf kann durchaus mal höher liegen, in diesem Beispiel liegt er aber deutlich drunter. Außer den fünf Pflegekräften befindet sich noch eine Examenkurschülerin im Dienst.

Vor sechs Jahren wurde in einer solchen Situation eine Besetzung von drei examinierten Pflegekräften und einer Examenkurschülerin für ausreichend befunden. Naja, kann man drüber streiten... und, nein, früher war nicht alles besser... und, ja, ich weiß, dass diese und noch schlimmere Personalbesetzungen nach wie vor tatsächlich auf etlichen Neo-ITS real existent sind...

Noch vor zwei Jahren wären diese elf Patienten von maximal vier Pflegekräften betreut worden, durchaus auch ohne die erwähnte Examenkurschülerin. *Gut* betreut! Und ich als idealistisch hochmotivierte Leitungskraft stelle deutlich höhere Ansprüche an die Versorgung der Gesamtkonstellation Familie als das die „Durchschnittspflegekraft“ tut und komme dennoch zu diesem Ergebnis.

In einer solchen Situation von den diensttuenden Pflegekräften dann zu hören, dass die Besetzung „*ja reichlich knapp bemessen*“ sei, verschlägt mir die Sprache. Und auch in dieser Situation konnte ich feststellen, dass Steigerung der Masse eben nicht mit Steigerung der Klasse verwechselt werden darf. Die üppig vorhandene Zeit im erwähnten Beispiel wurde durchaus genutzt – leider nicht für die Kinder und ihre Familien.

In solchen Situationen gerate ich ins Stocken und stelle mir folgende Fragen:

1. Bin ich als eine, die mittlerweile über 30 Jahre in der Neonatologie arbeitet und dies, personell betrachtet, unter sehr unterschiedlichen Bedingungen, bin ich einfach nur ein altes „Auslaufmodell Ar-

beitstier“, das kein Verständnis hat für von Hedonismus überlagerten Grundhaltungen von Pflegekräften zur eigenen Arbeit?

2. Wie sollen eigentlich tatsächlich anstrengende Situationen ausgehalten werden, wenn schon auf einem niedrigen Arbeitsmengenniveau gejamert wird?

3. Wie viele Pflegekräfte müssten denn noch zusätzlich als Einspring-Reserve zur Verfügung gestellt werden, damit *jeder* Mitarbeiter wirklich einverstanden ist mit seinen Arbeitsbedingungen, sich nicht überlastet fühlt und zufrieden nach Hause geht?

4. Stellt der GBA-Beschluss eher eine Unterstützung für Pflege dar oder bietet er auch Raum für (überzogenes?) Anspruchsdenken und Maßlosigkeit?


Manche Textstellen mögen den Eindruck vermitteln, dass ich in Pflegekräften willfähige Arbeitstiere sehe, mit wenig Rechten, dafür mit vielen Pflichten. Dem ist absolut nicht so. Was ich allerdings sehe, ist eine Notwendigkeit im Richtungswechsel des Denkens. Dafür ist er doch rund, unser Kopf – damit man beim Denken auch mal die Richtung wechseln kann!

Viele von uns verfügen über ein großes Potential, manche wissen es, nicht alle nutzen es. Einige werden sicherlich auch ausgenutzt, das streite ich nicht ab. Es gibt Arbeitgeber, die wünscht man seinem ärgsten Feind nicht. Aber zu allen Situationen gehören stets zwei Parteien, sei es in der Ehe, sei es im Arbeitsverhältnis: Der eine macht, der andere lässt (mit sich) machen.

Nach meiner Erfahrung wird von einem nicht geringen Teil der betroffenen Pflegekräfte erst einmal eine Verweigerungshaltung eingenommen sobald (An)Forderungen und die Notwendigkeit von Veränderungsprozessen an Pflege herangetragen werden. Dieses Verhalten ist allerdings normal und im Verlauf von Veränderungsprozessen auch bekannt (siehe Doppler/Lauterburg). Die Chancen, die in jeder (An)Forderung und in Veränderungsprozessen ebenfalls stecken, werden allzu leicht übersehen. Ein großer emoti-

onaler Aufschrei folgt, je nach aktuellem Thema variieren die formulierten Proteste: „*Wir müssen diese blödsinnigen Schulungen machen wegen der Zertifizierung für XY*“, „*Jetzt werden wir auch noch zwangsverkammert*“ oder eben „*Wir müssen eine Fachweiterbildung machen*“.

Mit dieser Verweigerungshaltung kommen wir in unserem Berufsstand nicht weiter. Um mitgestalten, mitplanen und mitdiskutieren zu können braucht es eben auch lebenslanges Lernen und eine Bereitschaft, auch mal ungewohnte Wege zu gehen, über unseren Schatten zu springen oder Unliebsames auszusprechen oder zu tun. Und das lebenslängliche Lernen für berufliches Know How endet nun mal nicht mit dem Examen oder dem Bachelor-Abschluss der Grundausbildung.

Was ich mir von der Umsetzung des GBA-Beschlusses erhoffe? Motivierte, mitdenkende und deutlich besser qualifizierte Pflegekräfte, die ihr breit aufgestelltes Fachwissen letztendlich denen zukommen lassen, für die dieser ganze Aufwand betrieben wird. 

Quellen:

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3391/2015-09-17_QFR-RL_Aenderung-Anlagen2-3_TrG.pdf.

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1116/QFR-RL_2015-11-27_iK-2016-02-04.pdf.

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01959737>.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/087-001l_S1_Perinatologische_Versorgung_2015-05.pdf – letzte Sichtungen am 10.2.2017-.

Doppler, K., Lauterburg, Ch.; Change Management; Campus-Verlag Frankfurt/Main, 11. Auflage, 2005.

AUTORIN

Bettina Münninghoff

Gesundheits- und Kinderkrankenschwester
Leitende Fachkraft Neo-ITS

