



Medizinische Hochschule
Hannover

„Wieder da!?“ Rückkehr von Pflegekräften in den Beruf

Tagungsbroschüre

Herausgeberinnen
Dr. Bärbel Miemietz und Nina Richter

Gefördert im Rahmen von:

Gleichste!!en
Bundesinitiative für Frauen
in der Wirtschaft





Medizinische Hochschule
Hannover

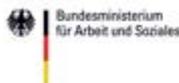
„Wieder da!?“ Rückkehr von Pflegekräften in den Beruf

Tagungsbroschüre

Herausgeberinnen
Dr. Bärbel Miemietz und Nina Richter

Gefördert im Rahmen von:

Gleichste!!en
Bundesinitiative für Frauen
in der Wirtschaft



IMPRESSUM

WEP – WIEDEREINSTIEG NACH DER ELTERNZEIT FÜR DIE PFLEGE

HERAUSGEBERIN UND REDAKTION

Dr. Bärbel Miemietz, Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover,
Projektleitung WEP

und

Nina-Catherin Richter, B.A. Sozialarbeiterin, Projektmitarbeiterin WEP

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	7
Programm der Tagung „Wieder da!? – Rückkehr von Pflegekräften in den Beruf“	8
Lebensläufe der Referentinnen und Referenten.....	10
Abstracts	
Dr. Karl Blum: Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf.....	16
Michael Born: Demografischer Wandel – Die Auswirkungen auf die Personalsituation in der Gesundheits- und Krankenpflege.....	17
Dr. Jennifer Finis: Innovative Arbeitszeitmodelle in der Pflege Bremen.....	19
Prof. Bernd Fitzenberger, Ph.D.: Rückkehr an den Arbeitsplatz während und nach der Elternzeit ("Return-to-Job During and After Maternity Leave").....	21
Sofie Geisel: Von der Kunst, den „Wiedereinstiegsmut“ zu befördern.....	22
Regina Hoch-Kreyer: Springerdienst MA-Pool im Pflegedienst – Wiedereinstiegsmodell im Klinikum Stuttgart.....	23
Lars Herrmann: Thesen zu einer familienbewussten Arbeitszeitkultur im Krankenhaus der Zukunft.....	25
Irene Maier: Wiedereinstieg aus der Elternzeit.....	27
Iris Meyenburg-Altwareg: Wiedereinstieg auf Station – ein Feedback von Personalverantwortlichen.....	25
Dr. Bärbel Miemietz und Nina-Catherin Richter: WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege – Das Projekt, seine Bausteine und ein Ausblick.....	30

Beate Sippel:

Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramm für Familienzeitler/innen, Arbeitszeitkonten,
vielfältige Schichtmodelle und Springerpool als ergänzende und wichtige Instrumente..... 33

Gaby Wulf:

Zentrales Pflegecenter – ein Modell des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH)..... 35

Notizen.....36

VORWORT

Der Wiedereinstieg in den Pflegeberuf ist kein Zeitpunkt, er ist ein Prozess! Wann beginnt dieser Prozess und wie gestaltet er sich? Welche Bedingungen müssen von Rückkehrerinnen, Kolleginnen, Kollegen und (Universitäts-)Klinika geschaffen werden, damit ein Wiedereinstieg in der heutigen Arbeitswelt/Gesellschaft gelingen kann? Welcher Nutzen entsteht für (Universitäts-)Klinika, wenn sie Wiedereinstiegsprogramme in ihr Portfolio aufnehmen?

Erste Antworten auf diese Fragen zu finden, soll das Ziel der Tagung „Wieder da!? – Rückkehr von Pflegekräften in den Beruf“ am 17. April 2013 sein, die zugleich den Abschluss des Projektes WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege darstellt. Das Projekt wurde im Rahmen der Bundesinitiative „Gleichstellen“ gefördert und dient als Ideengeber und Modellversuch für (Universitäts-)Klinika, den Herausforderungen der heutigen und zukünftigen Personalgewinnung und -bindung wie auch dem demografischen Wandel zu begegnen.

Wir möchten Sie herzlich dazu einladen, anhand von Modellen aus Hannover, Lübeck/Kiel und Kassel gemeinsam einen Impuls zu setzen und vor dem Hintergrund wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse den Weg für zukunftsweisende Konzepte zu ebnet.

Hannover, April 2013



Dr. Bärbel Miemietz

PROGRAMM DER TAGUNG

- 08:30 Uhr** **ANMELDUNG / ERÖFFNUNG DES TAGUNGSBÜROS**
- 10:15 Uhr** **Begrüßung**
Prof. Dr. Christopher Baum
Präsident der MHH
Hannover
- 10:30 Uhr** **Grußwort**
Claudia Schröder
Abteilungsleiterin Soziales
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
- 10:45 Uhr** **Einführung in das Tagungsthema**
Dr. Bärbel Miemietz
Gleichstellungsbeauftragte der MHH
Projektleitung WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege
Hannover
- 11:00 Uhr** **Demografischer Wandel –
Die Auswirkungen auf die Personalsituation in der Gesundheits-
und Krankenpflege**
Michael Born
Geschäftsbereichsleiter Personal & Recht, Leiter der Stabsstelle Personalentwicklung der MHH
Hannover
- 11:15 Uhr** **Rückkehr an den Arbeitsplatz während und nach der Elternzeit / Keynote**
Prof. Bernd Fitzenberger, Ph. D.
Professor für Empirische Wirtschaftsforschung und Ökonometrie an der Albert-Ludwigs-
Universität Freiburg
- 12:00 Uhr** **MITTAGESSEN**
- Moderation:**
Brigitte Zimmermann
Gleichstellungsbeauftragte, Universitätsklinikum Halle (Saale)
- 13:00 Uhr** **WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege –
Das Projekt und seine Bausteine**
Dr. Bärbel Miemietz
Gleichstellungsbeauftragte der MHH
Projektleitung WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege
Hannover
- 13:30 Uhr** **WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege –
Evaluationsergebnisse**
Nina-Catherin Richter
Projektmitarbeiterin WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege
Hannover

- 14:00 Uhr** **Wiedereinstieg auf Station – ein Feedback von Personalverantwortlichen**
Iris Meyenburg-Altward
Geschäftsführung Pflege der MHH
Hannover
- 14:30 Uhr** **KAFFEEPAUSE**
- Moderation:**
Regina Hoch-Kreyer
Projekte im Pflegedienst, Klinikum Stuttgart
- 15:00 Uhr** **Zentrales Pflegecenter – ein Modell des UKSH**
Gaby Wulf
Pflegedienstleitung (Campus Lübeck) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Lübeck
- 15:30 Uhr** **Kontakthalte- und Wiedereingliederungsprogramm für Familienzeitler/innen –
Arbeitszeitkonten, vielfältige Schichtmodelle und Springerpool im Pflegebereich
als wichtige Instrumente**
Beate Sippel
Projektleitung audit berufundfamilie, Gesundheit Nordhessen Holding AG – Klinikum
Kassel
- 16:00 Uhr** **UMBAU PODIUM**
- 16:10 Uhr** **PODIUMSDISKUSSION**
- Moderation:**
Sofie Geisel
Projektleiterin, Netzwerkbüro Erfolgsfaktor Familie, Berlin
- Teilnehmende:**
Dr. Karl Blum
Leiter des Geschäftsbereichs Forschung, Deutsches Krankenhaus Institut Düsseldorf
- Irene Maier
Pflegedirektorin Universitätsklinikum Essen, Vorstandsvorsitzende Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschland e.V. (VPU)
- Heike Bülken-Hinrichs
Vorstandsmitglied Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Nordwest e.V. Bremerhaven
- Dr. Jennifer Finis
Personalexpertin, Deloitte Consulting GmbH, Düsseldorf
- Lars Herrmann
Herrmann • Kutscher • Weidinger Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus, Berlin
- Martin Schlieske
Pflegedienstleitung MHH
- 17:00 Uhr** **ENDE DER VERANSTALTUNG**

LEBENSÄUFE DER REFERENTINNEN UND REFERENTEN

KARL BLUM, DR. (Jahrgang 1961). Studium der Politikwissenschaften an der LMU München 1982-1989 und Studium der Gesundheitswissenschaften (Public Health) an der Universität Bielefeld 1989-1991 mit abschließender Promotion in Public Health. 1992-1994 Referent in der GKV-Geschäftsstelle Arzneimittel-Festbeträge beim BKK Bundesverband Essen. Seit 1994 tätig im Geschäftsbereich Forschung beim deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Düsseldorf, zunächst als wissenschaftlicher Mitarbeiter. Seit 2003 Leiter des Geschäftsbereichs Forschung mit den Arbeitsschwerpunkten: Krankenhaus-, Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung.

Kontakt: karl.blum@dki.de



MICHAEL BORN (Jahrgang 1959). Studium der Rechtswissenschaften in Göttingen. Tätig als Rechtsanwalt in Alfeld, im Rechtsamt und Baujustitiar der Stadt Braunschweig, Richter am Verwaltungsgericht in Braunschweig und stellvertretender Verwaltungsdirektor des Städtischen Klinikums in Braunschweig. Seit 1999 an der MHH beschäftigt. 1999-2000 Kommissarisches Vorstandsmitglied für Wirtschaftsführung & Administration. Seit 2000 Leiter des Geschäftsbereichs für Personal und Recht und Leiter der Stabsstelle Personalentwicklung. Mitinitiator des „Personalkongress Kliniken“ und hauptverantwortlich für die Programmgestaltung.

Kontakt: born.michael@mh-hannover.de



HEIKE BÜLKEN-HINRICHS (Jahrgang 1966), Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in Bremerhaven von 1984-1987, anschließende Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin bei den DRK-Kliniken Wesermünde von 1987-1996, davon vier Jahre als Stationsleitung. Stellvertretende Krankenpflegeleitung in der Seepark Klinik in Langen-Debstedt (Niedersachsen) von 1996-2000. Selbstständige Supervisorin und Trainerin von 2000-2002. Leitung der Innerbetrieblichen Fortbildung bei den DRK-Kliniken Wesermünde von 2002-2006. Seit 2007 Inhaberin der Firma profil-achse (Training&Coaching) in Bremerhaven. Vorstandsmitglied im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest, seit 2010 mit den Arbeitsschwerpunkten Personalentwicklung & Fort- und Weiterbildung

Kontakt: buelken@profil-achse.de



JENNIFER FINIS, DR. Studium der Psychologie mit den Schwerpunkten Statistik, Planung und Auswertung klinischer Studien. Im Anschluss Promotion im Bereich Neurowissenschaften. Personalexpertin bei der Firma Deloitte im Bereich Human Capital Advisory Services. Der Schwerpunkt der Expertise liegt in der Neuausrichtung von Personalorganisationen und im Design operativer HR Prozesse für den Bereich Health Care & Life Sciences. Beteiligt an der Entwicklung und Implementierung von Talent Management Initiativen mit dem Schwerpunkt Frauenförderung und an deren Umsetzung. Mitautorin der Deloitte Studie „Fach und Führungskräfte­mangel im Krankenhaus“. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie Krankenhäuser sich als attraktiver Arbeitgeber positionieren können, um Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte zu gewinnen und diese nachhaltig zu binden.



Kontakt: jfinis@deloitte.de

BERND FITZENBERGER, PROF. PH. D. (Jahrgang 1963). Studium der Volkswirtschaftslehre und Mathematik an der Universität Konstanz. 1992 Erwerb des Masters of Science in Statistics an der Stanford University und 1993 des Ph.D. in Economics. 1998 Habilitation an der Universität Konstanz. Anschließend Antritt einer Professur für Sozialpolitik an der Technischen Universität Dresden. Er war von 1999 bis 2004 Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Ökonometrie, an der Universität Mannheim und von 2004 bis 2007 Inhaber der Professur für Labor Economics an der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2007 Besetzung des Lehrstuhls für Statistik und Ökonometrie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Research Associate am Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung in Mannheim, International Research Affiliate am Institute for Fiscal Studies (ifs) in London, Research Fellow des Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit GmbH (IZA) sowie Mitherausgeber der internationalen Zeitschrift *Empirical Economics* und Mitglied in den Herausgebergremien des *Journals of the European Economic Association* und der Zeitschrift für *ArbeitsmarktForschung*. Er war einer der drei Koordinatoren des von 2004 bis 2010 laufenden DFG-Forschungsschwerpunktprogramms "Flexibilisierungspotenziale bei heterogenen Arbeitsmärkten" und Mitinitiatoren der Nachwuchsforschergruppe "Empirische Bildungsforschung" an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. In den Jahren 2011 und 2012 Mitarbeit in der Fachkräftekommission des Landes Baden-Württemberg. Hauptforschungsgebiete: Empirische Analysen des Arbeitsmarktes und Methoden der Mikroökonomie. Ein aktueller Themenschwerpunkt der Forschung ist das Beschäftigungsverhalten von weiblichen Beschäftigten nach Geburt.



Kontakt: bernd.fitzenberger@vwl.uni-freiburg.de

SOFIE GEISEL, (Jahrgang 1971) studierte Volkswirtschaft, Politikwissenschaft, Geografie und Romanistik in Tübingen und Genf. Lehraufträge als wissenschaftliche Assistentin am Institut für Politikwissenschaft der Universität Tübingen 1998-2000 als Unternehmensberaterin im Bereich Personalentwicklung und -beurteilung. 2000-2003 Beraterin bei Roland Berger Strategy Consultants im Bereich Public Services und Mitarbeit an Projekten zur Konsolidierung öffentlicher Haushalte und zur strategischen Neuausrichtung von Verwaltungen sowie zur engeren Zusammenarbeit zwischen Verwaltung und Wirtschaft. 2003-2006 Beraterin beim Institut für Organisationskommunikation (IFOK) und Betreuung von Projekten im Bereich Regionalentwicklung, Arbeitsmarktpolitik und europäische Bürgerbeteiligung. Parallele Ausbildung als Auditorin für das audit berufundfamilie der gemeinnützigen Hertie Stiftung. Seit 2007 Leiterin des Netzbüros „Erfolgsfaktor Familie“, einer gemeinsamen Initiative des deutschen Industrie- und Handelskammertages und des Bundesfamilienministeriums.



Kontakt: geisel.sofie@dihk.de

LARS HERRMANN, (Jahrgang 1967). Studium der Betriebswirtschaftslehre und der Psychologie an der Freien Universität Berlin, Abschluss Dipl. Kaufmann. Seit 1994 Arbeitszeitberater und Partner (seit 1996) der Arbeitszeitberatung „Herrmann • Kutscher • Weidinger - Arbeitszeit und Organisation im Krankenhaus“ in Berlin. Spezialist für Arbeitszeitflexibilisierung, Arbeitsorganisation und Führung im Krankensektor. Durchführung von Seminaren, Vorträgen und Konferenzen zu Arbeitszeithemen und langjährige Referententätigkeit für namhaften Seminarveranstalter und für Universitäten. Erfahrungen aus ca. 1.800 Beratungsprojekten in Krankenhäusern. Themenspektrum von "klassischen" Themen des Personaleinsatzes bis hin zu den hiermit eng verbundenen Themen der Optimierung abteilungsinterner und abteilungsübergreifender Arbeitsabläufe, der Reorganisation von OP- und Funktionsbereichen sowie der arbeitsorganisationsbezogenen Überprüfung des Personalbedarfs.



Kontakt: lars.herrmann@arbeitszeitberatung.de

REGINA HOCH-KREYER, Supervisorin, Coach, Organisationsberaterin, Betriebswirtin (VWA), Qualitätsbeauftragte (BVQI), Pflegedienstleiterin, Krankenschwester / angestellt im Klinikum Stuttgart in Stuttgart als Projektbeauftragte im Pflegedienst / freiberuflich im Großraum Stuttgart als Supervisorin und Organisationsberaterin



Kontakt: r.hoch-kreyer@klinikum-stuttgart.de

IRENE MAIER, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen Deutschlands e.V. (VPU). Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Nordstadt Krankenhaus in Hannover. 1987-1988 Studium der Pflegedienstleitung und Lehre für Pflege an der Akademie des Deutschen Roten Kreuzes. 1989-1996 am Universitätsklinikum Lübeck Klinikpflegedienstleiterin und Sprecherin des Pflegedienstes. Heute Pflegedirektorin des Universitätsklinikums Essen, Kuratoriumsmitglied im Deutschen Krankenhausinstitut und Verwaltungsratsmitglied der Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag.

Kontakt: irene.maier@uk-essen.de



IRIS MEYENBURG-ALTWARG, cand. rer. biol. hum, Diplompflegewirtin, registered nurse (RN), Krankenpflegeexamen im Jahr 1977. Mehrjährige Tätigkeit als Krankenschwester einer Universitätsklinik in Deutschland und diversen Krankenhäusern in London (England). Anerkennung und Registrierung am Royal College of Nursing of the United Kingdom (RCN) in England, Weiterbildungen zur Stationsleitung, Pflegedienstleitung und zur Beraterin für Organisationsentwicklung. Studium mit Abschluss Diplom Pflegewirtin. Seit 1991 Pflegedirektorin verschiedener Kliniken der Maximalversorgung und Universitätsklinika (Heidelberg, Mannheim, Frankfurt, Hannover) sowie Beraterin für Qualitätsmanagement im inner- und außereuropäischen Ausland. Präsidentin der European Nurse Directors Association. Seit 2001 Geschäftsführung für Pflege der Medizinischen Hochschule Hannover und Leitung der Bildungsakademie Pflege der MHH.

Kontakt: meyenburg-altwarg.iris@mh-hannover.de



BÄRBEL MIEMIETZ, DR. (Jahrgang 1954). Studium der Slavistik und Germanistik in Bonn und Hamburg. Arbeit in Forschung und Lehre an Universitäten in Bonn, Hamburg, Leningrad, Saarbrücken, Berlin und Basel. Seit 1999 im Bereich Gleichstellung; seit 2004 hauptamtliche Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Hochschule Hannover. Seit 2009 Sprecherin der Sprecherin der BuKoF-Kommission „Gleichstellungsarbeit an medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika“ der Bundeskonferenz der Hochschulfrauen- und Gleichstellungsbeauftragten. Schwerpunkte der Arbeit sind die Vereinbarkeit von Generationenverantwortung und Beruf bzw. Studium, die Entwicklung passgenauer Gleichstellungsmaßnahmen für verschiedene Zielgruppen und die Unterstützung geschlechtersensibler Medizin.

Kontakt: gleichstellung@mh-hannover.de



NINA-CATHERIN RICHTER, (Jahrgang 1985). Studium der Sozialen Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim mit den Schwerpunkten Frauen- und Geschlechterforschung sowie Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. 2008 Praktikum in der Koordinierungsstelle Frau & Beruf der Region Hannover. 2009 Staatliche Anerkennung zur Sozialarbeiterin im Gleichstellungsbüro der Medizinischen Hochschule Hannover, anschließend an der Projektkonzeption WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege beteiligt. Seit 2010 Projektkoordinatorin im o.g. Projekt.

Kontakt: richter.nina-catherin@mh-hannover.de



MARTIN SCHLIESKE, Krankenpflegeausbildung, Staatsexamen 1978. 1978-1979 Berufspraxis auf der chirurgischen Wachstation in Unna/Westfalen. 1979 Dienstantritt an der MHH. 1979-1984 Einsätze auf unterschiedlichen chirurgischen und internistischen Intensivstationen einschließlich einjähriger Tätigkeit in der Anästhesie. In dieser Zeit Staatsexamen pflegerische Fachweiterbildung Intensiv und Anästhesie (1982). 1985 und 1995 Führungsqualifikationen (Staatsexamen PML). 1984-2002 Leitung der Intensivstation 12 (Klinik für Allgemeine-, Viszeral- und Transplantationschirurgie). 2002 Führungskräfteentwicklungsprogramm/HÜW. Seit 2003 Pflegedienstleitung Pflegebereich III (Kliniken für HTTG, VCH, Gastro-Enterologie).

Kontakt: schlieske.martin@mh-hannover.de



BEATE SIPPEL, (Jahrgang 1965). Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin in Berlin 1986-1989. Ab 1989 beschäftigt im Klinikum Kassel u.a. als Pflegerische Leitung verschiedener stationärer Bereiche (1996-2007) und Pflegerische Klinikleitung des Herz-, Nieren- und Gefäßzentrums und der Zentralen Notaufnahme (2007-2011). 2004-2007 berufsbegleitende Weiterbildung zur Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen (IHK). Seit 2012 Gesundheit Nordhessen Holding AG: Referentin des Personalvorstands. Die Aufgabengebiete umfassen u.a. die Projektleitung audit berufundfamilie und die Organisation des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Derzeit ein berufsbegleitendes Studium im Gesundheits- und Sozialmanagement.

Kontakt: beate.sippel@gesundheit-nordhessen.de



GABY WULF

(Jahrgang 1963) Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin, Examen 1986. Ab 1986 an der Asklepiosklinik in Hamburg-Harburg (vormals LBK-HH) beschäftigt. Dort langjährig tätig als Stationsleitung in der Urologie sowie später als Bereichsleitung und ab 2004 als Pflegedienstleitung im operativen Bereich. Später Übernahme der Aufgaben der Pflegedirektorin als Mitglied der Krankenhausleitung im Nebenamt. 2008 Abschluss des berufsbegleitenden Studiums in Krankenhausbetriebswirtschaft (VKD) in Osnabrück. Parallele Mitwirkung an vielen Projekten, besondere Schwerpunkte: PVP (Primary Nursing), Harmonisierung der ambulanten und stationären Prozesse und Umsetzung von pflegerelevanten IT-Projekten. Seit 10/2010 beschäftigt am UKSH, als Pflegedienstleitung für die Bereiche Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Urologie, HNO, Augen, Kieferchirurgie und Dermatologie. Seit 09/2011 verantwortlich für den Aufbau des Zentralen Pflegecenters. Seit 04/2012 zusätzlich im Nebenamt als Pflegedirektorin für den Campus Lübeck tätig. Drängenden Themen sind Personalakquise und bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildung.



Kontakt: gaby.wulf@uksh.de

BRIGITTE ZIMMERMANN

Ausbildung zur Medizinisch Technischen Assistentin (MTA) an der Fachschule der Martin-Luther-Universität in Halle Wittenberg. Seit 1976 leitende MTA im Zentrallabor des Universitätsklinikums Halle. Vielfältige Gremienarbeit an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg: Mitglied des Fakultätsrats (1994-1997), Konzil (1994-1997), stellvertretende Gleichstellungsbeauftragte der Medizinischen Fakultät (2002-2006). Seit 2006 Gleichstellungsbeauftragte am Universitätsklinikum Halle. Stellvertretende Sprecherin der BuKof-Kommission „Gleichstellungsarbeit an medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika“ seit 2012.



Kontakt: brigitte.zimmermann@uk-halle.de

WIEDEREINSTIEG EHEMALS BERUFSTÄTIGER PFLEGEKRÄFTE IN DEN PFLEGEBERUF

Dr. Karl Blum

Im Pflegedienst der Krankenhäuser bzw. der stationären Pflegeeinrichtungen zeichnet sich ein deutlicher Personal-mangel ab. Eine Möglichkeit, die Lücke zu schließen, besteht darin, die in den letzten Jahren nach einer vergleichs-weise kurzen Berufsverweildauer (vorübergehend) ausgeschiedenen Pflegekräfte für eine Rückkehr in den Pflegebe-ruuf zu gewinnen. Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) bereits 2003 in Baden-Württemberg eine Repräsentativerhebung bei ausgeschiedenen Pflegekräften zum Wiedereinstieg in den Pflegeberuf durchgeführt.

Eine Stichprobe von Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen Baden-Württembergs wurde gebeten, die in einem bestimmten Zeitraum ausgeschiedenen Pflegekräfte nach einem vorgegebenen Zufallsverfahren zu identifi-zieren und ihnen einen Fragebogen zu übersenden, welcher die Ausstiegsmotive bzw. die Wiedereinstiegs motivation fokussierte. Am Projekt nahmen 111 stationäre Einrichtungen bzw. 342 ausgeschiedene Pflegekräfte teil.

Für mehr als die Hälfte der Befragten bildeten Aspekte aus dem Themenkomplex der persönlichen bzw. familiären Gründe das zentrale Ausstiegsmotiv (v.a. Schwangerschaft bzw. Kindererziehung). Rund 17% der Erhebungsteil-nehmerinnen und -teilnehmer haben den Pflegeberuf in erster Linie wegen, ihrer Ansicht nach, ungünstigen Arbeits-zeiten verlassen. Die Arbeitsinhalte rangieren in der Rangliste der wichtigsten Ausstiegsgründe mit 12% der Nen-nungen nur an dritter Stelle (z. B. Zeitdruck oder wenig Zeit für die Patientin oder den Patienten). Eine unzureichen-de Bezahlung sowie ein schlechtes Arbeitsklima bildeten nur für eine Minderheit der Befragten den wichtigsten Ausstiegsgrund.

Jeweils rund ein Viertel der ehemaligen Pflegekräfte würde sehr oder ziemlich gerne wieder in den Pflegeberuf ein-steigen. Bei rund der Hälfte der ehemaligen Pflegekräfte ist mithin eine hohe Einstiegsbereitschaft fraglos vorhanden.

Zwar wollen die Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteiger auch künftig in den unterschiedlichsten Bereichen in der Pflege arbeiten. Gleichwohl ist bei vielen Pflegekräften dieser Gruppe eine Tendenz erkennbar, in weniger pfl-egeintensiven und insofern möglicherweise weniger belastenden Tätigkeitsbereichen als bislang beschäftigt zu sein. Darüber hinaus gewinnt gerade für Berufsrückkehrerinnen und -rückkehrer die ambulante im Vergleich zur stationä-ren Pflege deutlich an Attraktivität. Auch pflegenahе Einsatzgebiete sind für viele ehemalige Pflegekräfte denkbar (z. B. Versorgungsassistent/in, Stationssekretär/in etc.).

Unter den Wiedereinstiegsmotiven dominieren die Freude an der Pflegearbeit und frühere positive Erfahrungen mit dem Pflegeberuf. Leit motive für die Rückkehr in die Pfl ege tätigkeit liegen zudem darin, mit Patientinnen und Patien-ten zusammen zu arbeiten bzw. ihnen zu helfen.

Die ehemals in der Pflege Tätigen haben bei einer Rückkehr in den Pflegeberuf einen sehr breiten Qualifizierungsbe-darf hinsichtlich der Grundlagen ihrer Tätigkeit. Die schnelle und qualifizierte Hilfeleistung in Notfallsituationen sowie eine tiefere Kenntnis über Erkrankung und Medikation der pflegebedürftigen Personen stellen für die Befragten eine besonders wichtige Voraussetzung zur Wiederaufnahme des Pflegeberufs dar.

DEMOGRAFISCHER WANDEL – DIE AUSWIRKUNGEN AUF DIE PERSONALSITUATION IN DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

Michael Born

Der demografische Wandel wird die Gesundheits- und Krankenpflege von zwei Seiten treffen, quasi in Form einer Zangenbewegung. Die Begriffe, mit denen die beiden Zangenarme beschrieben werden können, lauten:

- Fachkräftemangel und
- Demografische Entwicklung

Der Fachkräftemangel

Das Angebot an Pflegekräften wird dramatisch hinter der Nachfrage zurückbleiben. Die demografische Entwicklung (das Älterwerden der Bevölkerung) in Deutschland wird zu einem massiven Anstieg in der Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen führen. Dieser Bedarf wird aus mehreren Gründen nicht zu decken sein:

1. Der Geburtenrückgang in Deutschland hat dazu geführt, dass auch das Arbeitskräftepotenzial in der Pflege geringer sein wird als bisher.

2. Die Anzahl der Menschen, die den Pflegeberuf als „ihre Berufung“ ansehen, wird geringer. Der Wertewandel in der Gesellschaft (Work-Life-Balance, Generation Y etc.) führt dazu, dass der Pflegeberuf immer mehr zu einem ganz normalen Job wird. Dieser Job erscheint – im Vergleich zu anderen (z. B. in der Tourismusindustrie, der Werbung, der Verwaltung etc.) – derzeit wenig attraktiv, weil

- ihm die Anerkennung in der Gesellschaft fehlt,
- er kaum die Gewähr bietet, ihn bis zum Eintritt ins Rentenalter ohne Einbußen an Gesundheit und Lebensqualität ausüben zu können,
- der „Spaßfaktor“ gering ist und
- er im Verhältnis zur körperlichen und psychischen Belastung, die mit ihm verbunden ist, relativ schlecht bezahlt wird.

Wir können den Pflegenotstand nur verhindern, wenn wir

- den Pflegeberuf attraktiver machen, indem wir den Menschen, die sich für andere Menschen bis an den Rand ihrer körperlichen und psychischen Kräfte einsetzen, mehr Wertschätzung in der Gesellschaft entgegenbringen.
- als Arbeitgeber die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gesundheits- und Krankenpflege aktiv erhalten, wiederherstellen und optimieren.
- die Bezahlung der Pflegeleistung zukünftig in einem angemessenen Verhältnis zur Verantwortung und (körperlichen und seelischen) Belastung erfolgt.

Die Demografische Entwicklung

Der Altersdurchschnitt unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Gesundheits- und Krankenpflege liegt heute in vielen Unternehmen über der 40-Jahre-Grenze. Der Altersdurchschnitt wird weiter steigen. Die aktuelle Situation ist gekennzeichnet durch

- hohe körperliche und psychische Belastungen
- die Frage der Schichtdiensttauglichkeit
- unterschiedliche Konfliktlinien innerhalb der Belegschaft
 - Jung gegen Alt
 - Singles oder Partnerschaften ohne Kinder gegen Lebensformen mit Kindern
 - Urlaub in den Schulferien
 - Teilzeit nur am Vormittag etc.

Wenn wir als Arbeitgeber dieser Entwicklung tatenlos zusehen, wird die Arbeitsfähigkeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jedes Jahr geringer werden. Wir werden praktisch einen gesundheitsbedingten Rückgang der Arbeitskräfte bei teilweise vollem Lohnausgleich erleben.

Es wird zukünftig Aufgabe eines jeden Arbeitgebers sein, aktiv und zielgerichtet in seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu investieren. Wir müssen ferner unsere Organisationen und Prozesse den Bedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anpassen und nicht umgekehrt:

Der Wurm muss dem Fisch schmecken, nicht dem Angler!

Daraus folgt:

- Wir müssen in die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit unserer Mitarbeiter gezielt und pro aktiv investieren.
- Wir müssen die Arbeitszeiten soweit wie möglich flexibilisieren und individualisieren.
- Wir müssen die Prozesse an der Arbeitsfähigkeit unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ausrichten und nicht umgekehrt.
- Wir müssen wertschätzend mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgehen.

INNOVATIVE ARBEITSZEITMODELLE IN DER PFLEGE BREMEN

Dr. Jennifer Finis

Hintergrund

Ziel des zweijährigen Pilotprojektes „Innovative Arbeitszeitmodelle in der Pflege“ Bremen (INAP), durchgeführt von der Deloitte Health Care Consulting (GEBERA) war es, in Pflegeeinrichtungen des Landes Bremen durch innovative Arbeitszeitmodelle verbesserte Arbeitsbedingungen zu schaffen.

Übergeordnete Ziele bei der Entwicklung von innovativen Arbeitszeitmodellen waren die Verbesserung von familienfreundlichen Arbeitszeitbedingungen sowie die langfristige Arbeitsplatzsicherung und Beschäftigungsförderung. Im Zuge der im Rahmen des Projektes durchgeführten Maßnahmen sollte nicht nur die Mitarbeiter/innen-Zufriedenheit gesteigert werden, sondern auch die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und die Qualität der Pflege verbessert werden.

Vorgehen

Als Basis für die Neugestaltung der Abläufe und die vorgesehenen Qualitätsverbesserungen diente eine umfassende Prozessanalyse, in die neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch die Pflegebedürftigen selbst eingebunden wurden. Das Projekt gliederte sich in vier Module:



Ergebnisse

Im Rahmen des Projektes wurden für verschiedene Einrichtungen individuelle Maßnahmen abgeleitet. Im Folgenden eine Auswahl von Maßnahmen:

Einführung der 5-Tage-Woche: Durch den Wechsel von der 5,5-Tage-Woche auf die 5-Tage-Woche erhöht sich zunächst die tägliche Arbeitszeit; gleichzeitig gewinnt die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter im Zeitraum von zwei Wochen einen zusätzlichen freien Tag. Dies führt zur:

- Erhöhung der Mitarbeiter/innen/zufriedenheit
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Privatleben/Familie und Beruf
- Entzerrung von täglichen Arbeitsspitzen

Veränderung von Dienstzeiten: In vielen Einrichtungen wurden (insbesondere als Ergebnis der Ablaufoptimierungen) veränderte Dienstzeiten eingeführt. Diese Veränderungen beziehen sich zum Beispiel auf die Einführung neuer Tagdienste, bei denen mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während der Kernzeiten (zum Beispiel 7:30-16:00 Uhr) anwesend sind, auf die Verlagerungen von Dienstzeiten (früherer bzw. späterer Beginn) oder die Verkürzung einzel-

ner Dienste, zum Beispiel im Nachtdienst und auf den veränderten Einsatz von Teilzeitkräften. Dies ist mit folgenden positiven Effekten verbunden:

- Kontinuität in der Versorgung der Pflegebedürftigen (Ansprechperson), und erhöhte Zufriedenheit der Pflegebedürftigen
- Entzerrung von Arbeitsspitzen
- Erhöhung der Mitarbeiter/innen/zufriedenheit

Verlagerung von Tätigkeiten aus den Arbeitsspitzen: Aufgrund der erhobenen Tätigkeits- und Belastungsprofile konnten Tätigkeiten, die aus den Arbeitsspitzen ohne Auswirkung auf die Versorgungsqualität auf andere Tageszeiten verlagert werden können, im Gesamtzusammenhang der Betriebsabläufe aller Bereiche identifiziert werden. Dies führt zu:

- Entlastung des Personals
- Erhöhung der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen
- Erhöhung der Mitarbeiter/innen/zufriedenheit
- Verbesserten Personaleinsatz

Neustrukturierung von Arbeitsabläufen: Ausgehend von den detaillierten Tätigkeitsanalysen wurden Arbeitsprozesse überprüft und gegebenenfalls neu gestaltet, beispielsweise Zusammenlegung von Arbeitsschritten im Pflegeprozess. Dies führte zu:

- Verbessertem Personaleinsatz durch Vermeidung von Doppelarbeiten
- Optimierten Arbeitsabläufen
- Erhöhung der Mitarbeiter/innen/zufriedenheit

Optimierung der Pflegeübergaben zwischen den Dienstzeiten: In vielen Fällen wurde im Projektverlauf die Notwendigkeit einer Professionalisierung der beruflichen Kommunikation sichtbar. Dies bezog sich insbesondere auf die Gestaltung der Pflegeübergaben. Beispielsweise wurden hier Inhalte und Länge sowie der Teilnehmer/innen/kreis der Übergaben neu festgelegt. Dies führte zu:

- Qualitätsverbesserung
- Verbesserung des Personaleinsatzes

Fazit

Es lässt sich nicht „das eine Arbeitszeitmodell“ benennen, welches für alle Einrichtungen passend ist. Es muss vielmehr, in enger Abstimmung mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ein individuell auf die Einrichtung und die Bedürfnisse ihrer „Kundinnen und Kunden“ (Patientinnen und Patienten) zugeschnittenes Konzept entwickelt werden. Erfolgsfaktoren sind hierbei die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dies führt zu mehr Verantwortung und Engagement. Ebenso sollte die stetige Verbesserung von Abläufen als Teil der eigenen Kultur verstanden werden. Die (sich verändernden) Pflegebedürfnisse sollten bei Anpassungen von Abläufen und Arbeitszeiten stets konsequent mitberücksichtigt werden. Eine systematische Analyse der internen Strukturen und Abläufe ist Ausgangspunkt für Optimierungen und sollte stets ganzheitlich, ursachenorientiert und transparent ablaufen.

RÜCKKEHR AN DEN ARBEITSPLATZ WÄHREND UND NACH DER ELTERNZEIT ("RETURN-TO-JOB DURING AND AFTER MATERNITY LEAVE")

Prof. Bernd Fitzenberger, Ph.D.

Der Vortrag fasst die Ergebnisse zweier wirtschaftswissenschaftlicher Studien zusammen, die die Rückkehr von Müttern nach der Geburt ihres ersten Kindes an den vorherigen Arbeitsplatz untersuchten.

Die Analyse der ersten Studie Rückkehr an den Arbeitsplatz während und nach der Elternzeit ("Return-to-Job During and After Maternity Leave") wertet Personaldaten eines großen deutschen Unternehmens der Finanzdienstleistungsbranche aus. Als Haupthypothese wird die Erwartung formuliert, dass ein erfolgreiches Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Verhältnis vor der Geburt des ersten Kindes zu höheren Rückkehrwahrscheinlichkeiten und schnellerer Rückkehr führt. Eine weitere Hypothese legt nahe, dass Frauen, die Teilzeit in Elternzeit arbeiten, höhere Rückkehrwahrscheinlichkeiten und höhere Stabilität nach der Rückkehr aufweisen. In einem weiteren Abschnitt werden Karriereverläufe von Müttern vor der Geburt des ersten Kindes mit Karriereverläufen von Nicht-Müttern verglichen. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass ein großer Anteil der Frauen gar nicht an den Arbeitsplatz zurückkehrt oder während bzw. kurz nach der ersten Elternzeit ein zweites Kind bekommt. Weiterhin bekommen viele Frauen ein Kind, wenn ihre Karrieren – verglichen mit Nicht-Müttern – gerade sehr erfolgreich waren. Gerade bei diesen Frauen ist das Management an einer schnellen Rückkehr interessiert, da ihr Ersatz während der Elternzeit zu hohen Kosten führt. Dazu kommt, dass nach langer Auszeit kein Interesse des Unternehmens an einer Rückkehr bestehen könnte. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein großer Anteil an Frauen nach der Geburt eines Kindes nicht in gleichem Maße an ihre erfolgreiche Karriere anschließt und einem hohen Risiko unterliegt, nicht wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Einzelne Indikatoren können dem Management helfen, die Rückkehrwahrscheinlichkeit abzuschätzen. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass Teilzeit in Elternzeit ein guter Weg der Reintegration nach der Geburt eines Kindes ist und damit mögliche Konflikte zwischen Arbeits- und Berufsleben abgebaut werden können. Im Vortrag werden Bezüge zwischen den Ergebnissen der Studie und der Situation in der Pflegebranche hergestellt.

Die Studie „Kausale Beschäftigungseffekte nach der ersten Geburt - Eine dynamische Wirkungsanalyse“ ("Causal effects on employment after first birth - A dynamic treatment approach") schätzt den Effekt der ersten Geburt im Vergleich zum Verschieben der möglichen ersten Geburt auf einen späteren Zeitpunkt auf die Beschäftigung der Mutter in Abhängigkeit von ihrem Alter ein. Wir verwenden einen dynamischen Ansatz der Wirkungsanalyse (Sianesi 2004, 2008; Fredriksson und Johansson 2008) auf Basis von Monatsdaten aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) für Deutschland während der Jahre 1991 bis 2008. Die Ergebnisse zeigen stark negative Beschäftigungseffekte nach der Geburt. Obwohl sich die Beschäftigungsverluste im Zeitverlauf verringern, sind sie nach fünf Jahren noch nicht auf null zurückgegangen. Der Beschäftigungsverlust ist geringer für hochqualifizierte Mütter und insbesondere auch für ältere Mütter. Gleichzeitig zeigt sich im Zeitverlauf ein positiver Trend hin zu höherer Beschäftigung von Müttern nach der ersten Geburt.

VON DER KUNST, DEN „WIEDEREINSTIEGSMUT“ ZU BEFÖRDERN

Sofie Geisel

Alles bestens vorbereitet. Perfekte Übergabe, eine bestens eingearbeitete Elternzeitvertretung und ein klarer Plan, wie und wo es nach einem Jahr weitergeht. Dann die Geburt und das Leben danach. Mit ein paar Tiefs zwar, aber glücklich, sehr sogar... Wäre da nur nicht immer wieder dieser zunehmend nagende Gedanke. Wie schafft man das eigentlich – Arbeiten und Kind haben? Schon „nur“ ein Kind (manchmal sind es ja mehr) zu versorgen füllt den Tag. So, dass man abends unfassbar müde ist. Wie soll da noch ein Job dazu passen? Und dann die zermürbende Suche nach guter Betreuung...

Auch wenn das eher nach persönlicher Geschichte klingt, als nach einem nüchternen Statement zum Thema Wiedereinstieg: Es ist von immenser Bedeutung - arbeitsmarktpolitisch wie familienpolitisch. Denn die Sorge vieler Mütter (und Väter), Beruf und Familie trotz bester Absichten, doch nicht unter einen Hut zu bringen, wird oft unterschätzt. Sie resultiert nicht selten darin, dass sich Wiedereinstiege verzögern oder nur mit sehr geringen Stundenzahlen – auf Teilzeitarbeitsplätzchen quasi – stattfinden. Und ab dann beginnt nicht selten ein Alltag, bei dem sich (meist) Mütter zu Hause zu wenig wegtrauen und im Job zu wenig zutrauen.

Was heißt das für Unternehmen? Denn die bislang notierten Überlegungen zum (möglichen Seelenleben) von Menschen in Elternzeit können ja wohl kaum Eingang in Personalpolitik finden?

Doch! Denn gerade für Personaler/innen sind Beschäftigte vor, während und nach der Elternzeit eine wichtige Zielgruppe – eine Zielgruppe, an die eine zentrale Botschaft gehen sollte: „Prima, dass Du ein Kind bekommst, prima, wenn Du bald wiederkommst – und wir wollen Dich dabei nach Kräften unterstützen!“

Konkret bedeutet das:

- Nach Bekanntgabe der Schwangerschaft: Darüber sprechen, wie Elternzeit und Wiedereinstieg aussehen können, welche Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie zur Verfügung stehen und Signal geben, dass man im Kontakt bleiben möchte
- Während der Elternzeit: Kontakt halten, ggf. Weiterbildungsmöglichkeiten anbieten und Mütter und Väter in Elternzeit aktiv ins Unternehmen einladen und Möglichkeiten schaffen, am betrieblichen Geschehen teilzuhaben (Einladung zu Betriebsfesten, Meetings, Elternzeitstammtischen, Infomails etc.)
- Nach der Elternzeit: Einstieg flexibel gestalten, Wiedereingewöhnung ermöglichen und je nach Möglichkeiten unterstützen (Kinderbetreuung, Betreuungszuschuss, Home-Office, gleitender Wiedereinstieg)

SPRINGERDIENST MA-POOL IM PFLEGEDIENST – WIEDEREINSTIEGSMODELL IM KLINIKUM STUTTGART

Regina Hoch-Kreyer

Ziele:

- Eine gesteigerte Attraktivität des Unternehmens Klinikum Stuttgart
- Eine intensivere Mitarbeiterbindung ans Unternehmen
- Ein differenziertes Qualifikationsmodell innerhalb der Personalentwicklung
- Eine Dynamisierung des Mitarbeitereinsatzes innerhalb des Stellenbudgets

Einsatzbereiche:

Zunächst sind die Einsatzbereiche in drei Zentren des Klinikum Stuttgart mit jeweils einem eigenen Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“ geplant.

ZOM1 = Zentrum für operative Medizin

ZAI = Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin

ZKJM = Zentrum für Kinder und Jugend Medizin

Die jeweiligen Einsatzbereiche des Springerdienstes „MA-Pool im Pflegedienst“ umfassen alle Einheiten des entsprechenden Zentrums. Der Einsatz erfolgt ausschließlich durch examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bzw. durch examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Angedacht ist nach der Evaluation des Projektes Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“, das Angebot auf alle Zentren zu übertragen, wobei die Ergebnisse aus der Evaluation berücksichtigt werden.

Qualifikationsvoraussetzungen:

Eine Beschäftigung im Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“ kann nur mit einer erfolgreich abgelegten Prüfung zur/zum examinierten Kranken- und Gesundheitspfleger/in oder Kinderkranken- und Gesundheitspfleger/in erfolgen. Wünschenswert ist eine anschließende zweijährige Berufserfahrung. Für den Springerdienst im Intensivbereich ist eine zwei- bis dreijährige Berufserfahrung als examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen erforderlich, von Vorteil ist eine erfolgreich abgeschlossene Fachweiterbildung in der Anästhesie-/Intensivpflege. Weitere persönliche Qualifikationen sind ein hohes Maß an Integrationsfähigkeit in bestehende Teams, vielfältige fachliche Interessen, Flexibilität für verschiedene Arbeitsumfelder, Engagement sich Wissen zu erarbeiten und es zu erweitern.

Einsatzorganisation der Pool-MA

Zunächst ist angedacht die Einsatzorganisation der Pool-MA mittels eines Index zu koordinieren. Beim Versuch der Erarbeitung eines Index und aufgrund der Kontakte mit anderen Kliniken und Hochschulen entsteht zunehmend die Erkenntnis, dass beim Festlegen eines Index auch zeitgleich eine „Willkür“ bei der Kombination der Kriterien einen Index zu schaffen, entsteht.

In der Folge dieser Erkenntnis kristallisieren sich einige Kriterien heraus, die für eine funktionierende Einsatzorganisation der Pool-MA genutzt werden können, ohne dabei einen Index erstellen zu müssen. Zeitgleich entsteht ein weiterer Nebeneffekt, die bloße Anwendung der Kriterien ermöglicht eine Transparenz, sie sind logisch aneinander gereiht, sie sind auf ein Minimum beschränkt und leicht nachvollziehbar

Anforderung von Pool-MA

Um einen schnellen und nutzerfreundlichen Informationsweg zu gestalten erfolgt die Anforderung von Pool-MA durch die Stationsleitung des jeweiligen Zentrums per Mail. Hierfür ist das Mail für die Zentren einheitlich aufgebaut und als Maske auf dem Desktop hinterlegt.

Personaleinsatzplanung / Dienstplan / Urlaubsplan

Für den Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“ ist ein eigenständiger Rahmendienstplan aufgestellt, dessen Dienstzeiten sich an den für die Einsatzbereiche festgelegten Konzeptionen zur Bedarfsanmeldung orientieren. In der Schicht, in der dieser MA-Pool eingesetzt wird, muss mindestens ein/eine eingearbeiteter Mitarbeiter/Mitarbeiterin der Station mit einer Ausbildung im Dienst anwesend sein, es sei denn der Einsatz erfolgt an Wochenenden, Feiertagen oder in der Nacht und der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin des Springerdienstes ist ausreichend mit den Arbeitsabläufen auf der Station vertraut und ausdrücklich einverstanden. Die Mitarbeiter/innen im Springerdienst arbeiten nach einem festen Dienstplan, dieser muss spätestens vier Wochen vor dem Einsatzzeitraum vorliegen. Die geleistete Arbeitszeit der Mitarbeiter/innen im Springerdienst wird mit dem Faktor 1,1 bewertet. Der Urlaubsanspruch der Pool-MA wird analog der bisher üblichen Regeln im Klinikum in einem Urlaubsplan Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“ festgehalten und geplant.

Information der Pool-MA über den nächsten Einsatzort

Der konkrete Einsatzort für den Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“ wird entsprechend der pro Einsatzbereich erstellten Bedarfskriterien festgelegt. Hauptsächlicher Maßstab für die Bedarfsfestlegungen sind die begründeten Mindestbesetzungen der Schichten, die Pflegepersonalverordnung (PPR) und die PKMS.

Jede/r Beschäftigte im Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“ erhält ein funktionsgebundenes Dienst-Mobiltelefon. Für kurzfristige Einsatzplanungen, die vom Dienstplan abweichen, werden die Pool-Mitarbeiter/innen per SMS über das Mobil-Telefon und per Mail über die persönliche Mail-Adresse informiert. (Es ändert sich nur der Einsatzort, die geplante Arbeitszeit bleibt unverändert).

Die längerfristigen Einsatzplanungen sind im Dienstplan – Springerdienst „MA-Pool im Pflegedienst“ – für das jeweilige Zentrum festgehalten.

THESEN ZU EINER FAMILIENBEWUSSTEN ARBEITSZEITKULTUR IM KRANKENHAUS DER ZUKUNFT

Lars Herrmann

Die anspruchsvoller werdende Aufgabe, Fachpersonal zu gewinnen und zu halten, gestiegene Vereinbarkeitsansprüche und der weiter wachsende Frauenanteil im ärztlichen Dienst lassen die **Vereinbarkeit** von Beruf und Familie für Krankenhäuser zu einer **ökonomischen Notwendigkeit** werden.

Angesichts der besonderen Anforderungen im Krankenhaus spielen Instrumente einer familienbewussten **Arbeitszeitkultur** eine **besonders bedeutende Rolle**. Diese sind insbesondere

- Möglichkeiten einer rückholbaren, lebensphasenorientierten Variation der Arbeitszeitdauer nahe der Vollzeit-Vertragsarbeitszeit
- verlässliche, planbare Dienstzeiten, die durch eine entsprechende Arbeitsorganisation unterstützt werden
- Besetzungsvereinbarungen, die transparent und bedarfsgerecht sind und Beschäftigten individuelle Gestaltungsspielräume ermöglichen, die im Team auf Basis eines fortlaufenden Ausgleichs von Geben und Nehmen vereinbart werden

Ohne einen Konsens bezüglich der Notwendigkeit einer neuen Arbeitszeitkultur in der oberen Führungsebene sind damit verbundene Veränderungen wenig Erfolg versprechend. Elementare Merkmale einer solchen Arbeitszeitkultur sind

- Ergebnis- statt Präsenzorientierung
- Akzeptanz von Gestaltungsoptionen der Beschäftigten
- Prinzip des Gebens und Nehmens

Vereinbarkeitsorientierte Arbeitszeiten sollten **als unternehmerisches Ziel für Führungskräfte** operationalisiert werden. Notwendig sind dafür adäquate Kennzahlen, Zielvereinbarungen und Regeln für die Planung und Steuerung von Arbeitszeiten. Zudem sollte Führungskräften ein eigenes Interesse an einer besseren Vereinbarkeit nahegebracht werden, damit sie den oftmals höheren Steuerungs- und Kommunikationsaufwand differenzierter Arbeitszeitsysteme akzeptieren.

Viel ist bereits erreicht, wenn **vereinbarkeitserschwerende Arbeitszeitsysteme und -regeln** aufgespürt und abgebaut werden. Dazu gehören zum Beispiel:

- fixe Termine an Dienstzeiträndern oder außerhalb von Dienstzeiten
- direkte oder mittelbare Bevorzugung von Plus- gegenüber Minusstunden
- unzureichend geplante Arbeits- und Abwesenheitszeiten
- die Verknüpfung von Arbeitszeitverbrauch und Zusatzvergütungen

Die **Einführung bzw. Umsetzung** neuer Arbeitszeitmodelle und -kulturen gelingt leichter, wenn

- nachvollziehbar und verlässlich abzudeckende Besetzungsbedarfe nicht als Hindernis für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie betrachtet werden, sondern akzeptiert wird, dass der Krankenhausbetrieb durchgehende Schicht- und Wochenendarbeit, Reaktionsfähigkeit und eine enge Verzahnung der Berufsgruppen erfordert
- sie von den oberen Führungskräften ebenso wie von der Mitarbeitervertretung getragen und unterstützt werden
- Führungskräften erforderliche Kompetenzen der Arbeitszeitplanung und -steuerung vermittelt werden
- sie berufsgruppenübergreifend konzipiert werden, so dass keine Optimierung zu Lasten anderer droht oder zusätzliche Flexibilitätsanforderungen an anderer Stelle erzeugt werden
- sie durch Vorbilder und gute Beispiele getragen werden und wenn bereits vorhandene Kompetenzen und Erfahrungen bereichs- und berufsgruppenübergreifend geteilt und in interdisziplinären Arbeitsgruppen weiterentwickelt werden
- Krankenhäuser für die Nutzung technischer Instrumente bei der Personaleinsatzplanung offen sind wie z.B. für sog. Personaleinsatzplanungssysteme zur Wunschdienstplanung

Konkrete **Instrumente** einer familienbewussten Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern sind insbesondere

- verlässliche Dienstzeiten sowie Flexi-Dienste, so dass absehbar flexible Anforderungen in speziell eingerichteten Diensten berücksichtigt werden. Auf diese können sich Beschäftigte einstellen, während andere ihr Dienstende verlässlich einhalten können.
- Stand-By-Dienste/Jokerdienste, so dass kurzfristig höherer Bedarfe über diese speziellen Dienste abgedeckt und zugleich dienstplanmäßig arbeitsfreie Tage realisiert werden können.
- Vertrauensarbeitszeit, bei der betrieblicherseits auf Zeitkontenführung verzichtet wird, so dass die Mitarbeiter/innen die Einhaltung ihrer Vertragsarbeitszeit selbst steuern (umsetzbar lediglich in Arbeitsbereichen mit entsprechenden Spielräumen bei der Arbeitsgestaltung).
- Team-Servicezeiten/Modulsysteme, bei denen die Mitarbeiter/innen ihre Dienste auf Basis unpersonalisierter Besetzungsanforderungen im Team abstimmen.
- Abwesenheitsplanung, bei der arbeitsfreie Tage verlässlich geplant werden, wodurch u.a. auf eine ungefähr gleiche Arbeitsbelastung der Mitarbeiter/innen geachtet werden kann.
- Wahlarbeitszeit, bei der die Mitarbeiter/innen ihre Vertragsarbeitszeit ohne Begründung innerhalb Bandbreite von ca. 75-100% frei wählen und damit auch wieder zu ihrer ursprünglichen Vertragsarbeitszeit zurückkehren können.
- Sabbatical, wodurch Mitarbeiter/innen geplante eine Auszeit bis zu 6 Monaten realisieren können, ohne dass der Beschäftigungsstatus beeinflusst wird.
- Erreichbarkeitsstandards, die zum Beispiel Regeln zur Terminierung von Besprechungszeiten und zu (Nicht)erreichbarkeiten außerhalb der Dienstzeiten beinhalten.
- Teilzeitarbeit in Führungspositionen auf Basis von Job-Sharing, Vertretungsregeln und Aufgabenvereinbarungen.

WIEDEREINSTIEG AUS DER ELTERNZEIT

Irene Maier

Für einen optimalen Wiedereinstieg in die Arbeit nach der Elternzeit sind eine vorzeitige Planung über die Wiederaufnahme der Arbeit und Abklärung der Wünsche und Belange von Arbeitnehmer/innen und Arbeitgeber/innen von immenser Bedeutung.

Dieser Überzeugung ist auch Irene Maier, Pflegedirektorin des Universitätsklinikum Essen. Eine durchdachte, konzeptionelle Grundlage (Leitfaden) ist der Erfolgsfaktor für den gelungenen beruflichen Wiedereinstieg.

Eine weitere Grundvoraussetzung ist der Erhalt der Fachlichkeit der Mitarbeiterin und des Mitarbeiters – dieser Aspekt muss mitgeführt und mit entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen abgesichert werden. Für die Kliniken ist es wichtig eingearbeitetes Fachpersonal so zeitnah wie möglich wieder in die Patient/inn/enversorgung zu integrieren – sie sind ein wichtiges Kapital.

Wiedereinstieg nach der Elternzeit – eine win-win-Situation.

Durch eine frühzeitige und strukturierte Planung ist der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin in der Lage den Wünschen des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin bestmöglich nachzukommen und diese organisatorisch sowie personell umzusetzen. Um die Planung optimal durchführen zu können, empfiehlt sich ein persönliches Gespräch zwischen Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in bzw. dem oder der jeweiligen Vorgesetzten. Das Gespräch sollte den geplanten Wiedereinstieg der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers an ihrem/seinem Arbeitsplatz zum Inhalt haben und frühzeitig vor Ablauf der Elternzeit erfolgen.

Dabei wird Aufschluss über das fortlaufende Arbeitsverhältnis zwischen den beiden Partner/inne/n gegeben. Sie oder er hat die Möglichkeit das vorherige Arbeitsverhältnis wie zuvor fortzuführen, das Arbeitsverhältnis in eine Teilzeitbeschäftigung umzuwandeln oder einen Sonderurlaub zu beanspruchen.

In einzelnen Ausnahmefällen lassen sich Mitarbeiter/innen/wünsche und dienstliche Belange nicht in Gänze vereinen, jedoch ist die Pflegedirektorin Frau Irene Maier überzeugt, dass das Universitätsklinikum Essen alle Möglichkeiten nutzt, um seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Vereinbarung Beruf und Familie zu ermöglichen. Mit Angeboten zur Kinderbetreuung können die Standorte ihren Mitarbeiter/inne/n den beruflichen Wiedereinstieg nach der Elternzeit deutlich erleichtern.

Zwar muss die Elternzeit verbindlich festgelegt werden, dennoch ist aus Sicht der Pflegedirektorin Irene Maier sehr positiv zu werten, dass beide Elternteile unabhängig voneinander jeweils Anspruch auf drei Jahre Elternzeit haben. Eine weitere Flexibilisierung ist die Übertragung von 12 Monaten der Elternzeit auf einen späteren Zeitpunkt (bis zum 8. Lebensjahr des Kindes).

WIEDEREINSTIEG AUF STATION – EIN FEEDBACK VON PERSONALVERANTWORTLICHEN

Iris Meyenburg-Altware

Professionelle Pflege in einem Krankenhaus der Supramaximalversorgung bedeutet einen hohen Grad an Spezialisierung der einzelnen Pflegekraft und ein erhebliches Maß an Flexibilität und Veränderungsbereitschaft. Schichtdienst, starke körperliche und psychische Belastung prägen den Alltag. Arbeitsverdichtung verbunden mit Fachkräftemangel und stetig steigenden Ansprüchen der Patientinnen und Patienten bestimmt das hier und jetzt auf den Stationen. Pflegende in Voll- und Teilzeit werden oft so auf dem Dienstplan eingeteilt, dass es irgendwie passt. Life-Work-Balance ist häufig schwer zu realisieren.

Viele Frauen haben nach ihrer Schwangerschaft und Geburt häufig ihre gesamte Konzentration ausgerichtet auf die neue Herausforderung Mutter sein, Erziehung üben – veränderte Familien- und Finanzsituation. Ihre berufliche Situation, professionelle Fachlichkeit und Karriere haben sie aus dem Blickwinkel verloren und verdrängt. Nach Jahren der beruflichen „Diaspora“ möchten sie irgendwann den Wiedereinstieg wagen und können oder wollen aber noch nicht in Vollzeit arbeiten. Sie möchten dort anknüpfen, wo sie vor Jahren im Team und auf der Station integriert waren, und in ihrem Kopf haben sie oft die Vorstellung, alles ist wie früher – oder zumindest so ähnlich. Das Gestern gibt es aber nicht mehr und das Heute ist völlig fremd.

So kann und wird die Wiedereingliederung erbärmlich scheitern, und zwar auf beiden Seiten.

Im 1. Durchlauf des WEP-Programms gab es noch solche Parallelwelten aus Sicht der Teams auf den Stationen und bei den Wiedereinsteigerinnen. Viele Wiedereinsteigerinnen waren tatsächlich mehrere Jahre überhaupt nicht berufstätig gewesen und versprachen sich von dem WEP-Programm zunächst so etwas wie eine Wiedereingliederungshilfe durch den Arbeitgeber individuell für sie auf dem Tablett serviert.

Beim 2. Durchlauf ging es schon deutlich besser. Sowohl die Stationsteams als auch die „WEP-Frauen“ verließen ihre starren Positionen und bewegten sich aufeinander zu. Die Programmverantwortlichen lernten aus den Schwächen des ersten Durchgangs und adaptierten die Angebote. Fordern, fördern und klare Absprachen halfen allen Beteiligten aus dem Programm eine Win-Win Situation zu ermöglichen. Der Erfolg beruhte durch den besonderen Akzent auf die didaktisch-methodische Durchdringung und dem Lernen in realen Arbeitsprozessen. Es gab nicht einen Weg zur Wiedereingliederung sondern vielfältige Möglichkeiten. Besonders hilfreich war dabei das Abbilden einer sogenannten Landkarte der Verhältnismöglichkeit Teilzeit/Vollzeit. So gibt es einen Überblick, welche Stationen noch Kapazitäten für Teilzeit haben, ohne diejenigen zu überfordern, die in Vollzeit auf Station die „familienunfreundlichen“ Schichten zu covern haben. Für Langzeitaussteiger/innen mit teilweise wenig oder kaum Flexibilität im Arbeitsumfang gab es das Angebot, zunächst als Sitz- und Sonderwache eingesetzt zu werden. So konnten Erfahrungen auf verschiedenen Stationen gemacht werden und die Stationen hatten die Möglichkeit sich ohne „Druck“ die WEP-Frauen auszuwählen. Ein Kennenlernen auf beiden Seiten ohne Sofortverpflichtung.

Wie sollte es weitergehen. Was es braucht, ist ein weiteres aufeinander zubewegen. Frauen sollten die Möglichkeit erhalten, sich nicht für das eine oder andere zu entscheiden, sondern Familie-Mutter sein und ihre Professionalität miteinander zu integrieren. Das WEP Programm ist ein Anfang und muss kontinuierlich auf Wirksamkeit überprüft und angepasst werden. Die Mütter sollten die berufliche Abstinenzphase so kurz wie möglich halten und auch während der Elternzeit kontinuierlich Kontakte pflegen und fachspezifische Angebote der Qualifizierung und Wissensanpassung wahrnehmen. Der Arbeitgeber, aber auch die jeweiligen Teams auf Station sollten ein großes Interesse haben, mit ihren Kolleginnen in Elternzeit Kontakt zu pflegen, um sich über Erneuerungen und Interessantes zu informieren. In vielen Fällen können „Heimarbeitsplätze“, Unterstützung bei Projekten und gemeinsame Lern- und Qualifizierungsstützpunkte die professionellen Bande deutlich stärken und so Frauen die Möglichkeit geben, sich für Kind und Karriere zu entscheiden.

WEP – WIEDEREINSTIEG NACH DER ELTERNZEIT FÜR DIE PFLEGE DAS PROJEKT, SEINE BAUSTEINE UND EIN AUSBLICK

Dr. Bärbel Miemietz und Nina-Catherin Richter

Gesundheits- und Krankenpflegekräfte stellen einen wichtigen Grundpfeiler des Gesundheitswesens dar. Sie sind hochspezialisierte Fachkräfte, die die wichtigste Partnerprofession für die Medizin darstellen. Doch wie so viele andere Berufsfelder, kämpft auch die Pflege mit dem steigenden Fachkräftemangel und den zunehmenden Auswirkungen des demografischen Wandels. In dieser Situation wird die Gruppe der Elternzeitler/innen und Sonderurlauber/innen zu einer der wichtigsten personellen Ressourcen werden. Doch diese Ressource ist bereits hart umkämpft. Eine nicht zu unterschätzende Konkurrenz für Universitätsklinika und große Krankenhäuser sind unserer Erfahrung nach die ambulanten Pflegedienste. In vielen Fällen ermöglichen sie eine leichtere Vereinbarkeit von Familie und Arbeitszeiten.

Wie können also Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine Rückkehr in den Pflegeberuf in einem Universitätsklinikum und einem großen Krankenhaus gewonnen werden? Dieser Frage wollte sich die MHH mit ihrem Modellprojekt WEP – Wiedereinstieg nach der Elternzeit für die Pflege stellen. WEP ist ein Kooperationsprojekt der Gleichstellungsbeauftragten und der Geschäftsführung Pflege und wird im Rahmen der Bundesinitiative „Gleichstellung von Frauen in der Wirtschaft“ für drei Jahre gefördert. Die Bundesinitiative wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gemeinsam mit der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) und dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) entwickelt. Das Programm wird aus Mitteln des BMAS sowie des Europäischen Sozialfonds finanziert. Die Finanzierung des WEP-Programms endet am 30. Juni 2013.

Die Projektidee entstand aus den Beratungserfahrungen der Gleichstellungsbeauftragten heraus und sollte Frauen, die familienbedingt einige Jahre beurlaubt waren, systematisch beim Wiedereinstieg unterstützen. Die beiden Hauptziele dabei waren, die Frauen fachlich zu (re-)qualifizieren und langfristig die Work-Life-Balance zu verbessern und die familienbedingten Abwesenheiten zu reduzieren.

WEP setzt sich aus drei unterschiedlichen Bausteinen zusammen:



Die fachlichen Fortbildungen (Baustein 1) sollen das MHH-spezifische Wissen und spezielle Techniken vermitteln, z. B. den Umgang mit EDV-Dokumentationsprogrammen, die für die Pflegearbeit in der MHH entwickelt wurden. Das Fortbildungsprogramm umfasst insgesamt 200 Std. in einem Zeitraum von neun Monaten.

Das Fortbildungsprogramm:

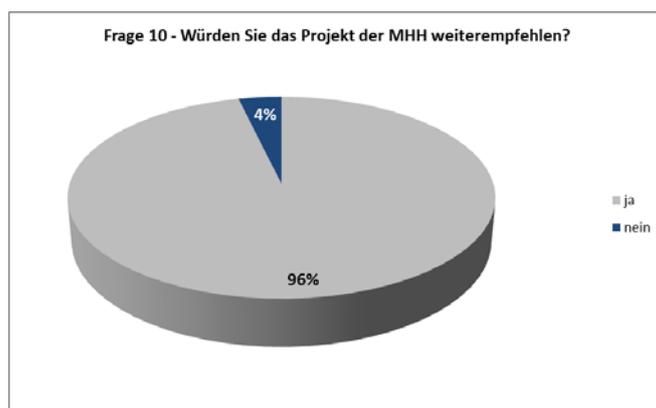
Workshop I: Grundlagen der Pflege I
eigenes Pflegeverständnis und -philosophie, Pflegetheorien, Pflegeorganisationsformen, aktuelle Entwicklungen in der Pflege an der MHH
Workshop II: Strategien zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung
Klärung von innerer Motivation und Selbstkonzepten, Networking, Potenzialanalyse, private und berufliche Zielfindung, Aufstiegsmöglichkeiten, Weiterbildungen
Workshop III: Reanimation
Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen am Säugling, Kleinkind und Erwachsenen
Workshop IV: Grundlagen der Pflege II
Haftungsrecht und Vorschriften, Rechte als Arbeitnehmerin, Pflegestandards, Pflegeprozess, Grundkenntnisse Pflegemanagement, Hygiene
Workshop V: Selbst- und Fremdpflege
Lagerungstechniken, gesundheitliche Prävention für Pflegekräfte, Copingstrategien, Fremd- und Selbstbild, Menschenbilder, ethisches Handeln in der Pflege, Infant handling
Workshop VI: EDV-Programme in der Pflege
Nancy, SAP, Mobi-Dick
Workshop VII: Kommunikations- und Verhandlungstraining
Verbale und nonverbale Kommunikation, Versachlichen von Gesprächen, Konfliktmanagement, Umgang mit Widerständen und Störungen, berufsorientierte Gesprächsstrategien
Workshop VIII: Beratungsaufgaben in der Pflege
Eltern- und Angehörigenarbeit, Beratungsprozesse in der Pflege, Ernährung (Adipositas und Diabetes)
Workshop IX: Spezielle Pflege in der Chirurgie
Krankheitsbilder und Therapieformen, Sturzprävention, Bewegungsabläufe, moderne Wundtherapie, Schmerzmanagement, Infektionskrankheiten
Workshop X: Spezielle Pflege in der Onkologie
Spezielle Pflegemaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen, Notfallsituationen in der Onkologie, supportive Pflegemaßnahmen, Palliative Care
Workshop XI: Spezielle Pflege in der Inneren Medizin
Demenz, Medikationen, Krankheitsbilder und Therapieformen, Umgang mit chronisch Kranken, Umgang mit hochbetagten Patientinnen und Patienten
Workshop XII: Zeitmanagement und Work-Life-Balance
Strategieentwicklung zur effektiveren Zeitplanung, Selbstorganisation, Priorisierung von Aufgaben, Selbstanalyse der Zeiteinteilung, kritischer Umgang mit eigenen und fremden Rollenzuschreibungen

In den überfachlichen Fortbildungen werden den Berufsrückkehrerinnen Instrumente an die Hand gegeben, mit denen sie sich Klarheit über ihre eigenen Ziele im Beruf und im Privatleben verschaffen können, und Hilfestellungen, um diese Ziele umzusetzen. Ergänzend dazu erhalten die Projektteilnehmerinnen eine Lizenz der Fachzeitschrift Certified-Nursing-Education (CNE) (Baustein 2), mit deren Hilfe sie sich im Selbststudium in allgemeinen pflegerelevanten Themen – neben der Teilnahme am spezialisierten WEP-Fortbildungsprogramm – weiterbilden können. Das genannte Fortbildungsprogramm wird durch ein breites Begleitungs- und Beratungsangebot des Gleichstellungsbüros der MHH für die Teilnehmerinnen unterstützt.

Die Beratung und Vorbereitung auf Wiedereinstiegsgespräche mit den jeweilig zuständigen Pflegedienstleitungen werden von der Gleichstellungsbeauftragten und Projektleitung durchgeführt – auf Wunsch begleitet sie die Teilnehmerinnen auch zu diesen Terminen (Baustein 3). In diesen Vorbereitungsgesprächen werden u.a. die Wünsche und Vorstellungen für den Wiedereinstieg der Frauen besprochen. Ziel dabei ist, sich über realisierbare Rückkehrmodalitäten Klarheit zu verschaffen, die sowohl den Anforderungen der Stationsverantwortlichen als auch den familiären Bedingungen der Frauen gerecht werden. Wichtige Instrumente dazu sind Kommunikation und Transparenz; dadurch kann ein Verständnis für die Herausforderungen des Gegenübers geschaffen werden. Diese Herangehensweise hat zur Folge, dass die Rückkehrerinnen und die Pflegedienstleitungen konstruktiver und reflektierter in die Wiedereinstiegsgespräche gehen und dadurch eine höhere Zufriedenheit auf beiden Seiten erzielt werden kann.

Die Teilnehmerinnen können sich darüber hinaus zur Kinderbetreuung und zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch die Mitarbeiterin des audit familiengerechte hochschule beraten lassen. Als Serviceangebot für die Projektteilnehmerinnen organisiert das Gleichstellungsbüro zudem eine für die Teilnehmerinnen kostenfreie Kinderbetreuung während der Fortbildungen.

Die Medizinische Hochschule Hannover als eine der führenden medizinischen Forschungs- und Versorgungseinrichtungen und als familienorientierte Arbeitgeberin würde sich den Herausforderungen moderner Personalpolitik und Arbeits(zeit)kultur stellen, indem sie Programme wie das WEP implementiert. Die Projektleitung setzt sich für eine Verstärkung des Projekts an der MHH ein. Insgesamt nahmen am Projekt 30 Wiedereinsteigerinnen teil, 16 Frauen im 1. Durchlauf und 14 Frauen im 2. Durchlauf. 96 Prozent der Teilnehmerinnen würde das Projekt anderen Wiedereinsteiger/innen weiterempfehlen.



KONTAKTHALTE- UND WIEDEREINSTIEGSPROGRAMM FÜR FAMILIENZEITLER/INNEN, ARBEITSZEITKONTEN, VIELFÄLTIGE SCHICHTMODELLE UND SPRINGERPOOL ALS ERGÄNZENDE UND WICHTIGE INSTRUMENTE

Beate Sippel

Die aktuelle Situation im Gesundheitswesen:

wachsende Anforderungen – große Nachfrage – wenig Nachwuchs

Qualifizierte Fachkräfte halten und langfristig an ein Unternehmen binden sind die vordringlichsten Aufgaben im Rahmen des demografischen Wandels und des drohenden Fachkräftemangels in Pflegeberufen. Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsdienstleister/innen haben sich verschärft und sind eine große Herausforderung für das Personalmanagement. So haben Kliniken mit wachsendem ökonomischen Druck, Kosteneffizienz, Arbeitsverdichtung, steigender Anzahl älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten und älter werdenden Beschäftigten zu kämpfen.

Dazu kommt, dass junge, selbstbewusste Bewerberinnen und Bewerber gezielt ihre Ansprüche formulieren: Neben der Erwartung an ein umfangreiches und strukturiertes Weiterbildungsangebot stellt die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf zunehmend einen der wichtigsten Aspekte bei der Wahl und dem Verbleib beim Arbeitgeber Krankenhaus dar. Zudem haben auch die Patientinnen und Patienten heute größere Erwartungen an den „Dienstleister“ Krankenhaus.

Das ganzheitliche Personalmanagement der Gesundheit Nordhessen AG berücksichtigt diese Faktoren und ist entsprechend aufgestellt: in 9 Handlungsfeldern werden zielgerichtet Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt, u.a. Aus-, Fort- und Weiterbildung, Karriereplanung, Innovatives Arbeitszeitmanagement, Prozessverbesserung, Arbeitsorganisation, Führungskräfteentwicklung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Aber nicht nur auf die Akquise von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist ein zentrales Augenmerk zu legen. Die Beschäftigten, die bereits im Unternehmen tätig sind, qualifizierte Fachkräfte, die durch Vertrautheit mit den Strukturen nach einer Auszeit nur eine geringe Einarbeitungszeit benötigen – auf diese Mitarbeiter/innen gilt es besonders zu achten, um sie dauerhaft zu binden, sie sind zu „pflegen“ – im wahrsten Sinne des Wortes.

Aus diesem Grund hat die Gesundheit Nordhessen AG ein strukturiertes Programm entwickelt, um Beschäftigten, die eine familienbedingte Freiphase benötigen, auch während dieser Zeit weiter an das Unternehmen zu binden und eine (evtl. sogar frühzeitigere) Rückkehr in das Unternehmen zu ermöglichen und zu erleichtern. Ein individueller, aber gezielter Kontakt während der Freiphase sichert den Austausch zwischen Unternehmen und Mitarbeiter/in, ein strukturierter Ablauf des Aus- und Einstiegs bietet Verbindlichkeit und Planungssicherheit für beide Seiten.

Doch das allein ist nicht ausreichend, um die Rückkehr dieser Fachkräfte in das Unternehmen zu sichern. Oft benötigen die Beschäftigten nach einer Familienphase vermehrte Flexibilität bei gleichzeitiger Verbindlichkeit in der Einsatzplanung, um eine Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit und Versorgung der Familie umsetzen zu können.

Im Klinikum Kassel, dem größten Gesellschafter der Gesundheit Nordhessen AG, sind allein in der Pflege über 225 verschiedene Arbeitszeiten dokumentiert, die eine hohe Flexibilität im Arbeitseinsatz ermöglichen. In einigen Bereichen sind Wunschkonzepte möglich, Kurzdienste dienen der Kompensation von Arbeitsspitzen und bieten eine zusätzliche Möglichkeit an, die Arbeitszeit individuell zu gestalten.

Arbeitszeitkonten sind ein wichtiges Instrument zum fairen Umgang mit Mehrarbeit, sie bieten gleichzeitig Flexibilität für Mitarbeiter/innen und Arbeitgeber.

Um die Verbindlichkeit bei der Dienstplanung zu erhöhen, wurden Eckpunkte zur Einsatzplanung definiert sowie eine frühzeitige Planung umgesetzt.

Ein Springerpool in der Pflege bietet flexible Einsatzzeiten und ist ein Instrument, um Ausfallsituation zu kompensieren und dadurch Mehrarbeit zu reduzieren.

Eine Teilzeitausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege ist ein weiterer Baustein im Rahmen der Sicherung von künftigen Fachkräften.

All diese Beispiele verdeutlichen, dass ein ganzes Bündel von Maßnahmen geschnürt werden muss, um aktuelle und zukünftige Herausforderungen in der Personalarbeit zu bewältigen und als attraktiver Arbeitgeber zu bestehen.

ZENTRALES PFLEGECENTER – EIN MODELL DES UNIVERSITÄTSKLINIKUMS SCHLESWIG-HOLSTEIN (UKSH)

Gaby Wulf

Das Zentrale Pflegecenter am UKSH wurde 2012 campusübergreifend für die Standorte Kiel und Lübeck gegründet und bietet examinierten Pflegekräften Beschäftigung in Voll- oder Teilzeit. Ziel des Zentralen Pflegecenters ist es, die Stationen und Funktionsbereiche durch flexiblen Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei

- kurzfristigen Personalausfällen
- Arbeitsspritzen
- unvorhersehbarem Anfall von pflegerischem Mehraufwand

kompetent zu unterstützen und eine sichere pflegerische Versorgungskontinuität zu gewährleisten.

Der Einsatz im Zentralen Pflegecenter bietet attraktive Arbeitszeiten, vor allem unter dem Aspekt der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Insbesondere während oder nach der Elternzeit können individuelle Rahmendienstpläne vereinbart werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter profitieren durch verlässliche Dienstpläne und alternative und individuelle Arbeitszeitangebote.

Als größter Arbeitgeber im Norden bieten wir diese Einrichtung gezielt für die Werbung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und zur Fachkräftebindung im Unternehmen an, um so dem Fachkräftemangel aktiv zu begegnen und die Arbeitsplatzattraktivität zu erhöhen. Für die stationären Bereiche verzeichnen wir eine Erhöhung der Mitarbeiterinnen/motivation, da außerplanmäßige Dienstübernahmen (Einspringen) sowie Überstunden reduziert werden. Die alternativen Arbeitszeiten sind von den Stationen gut akzeptiert und in die Stationsabläufe eingebunden. Nach einer individuell geplanten Einarbeitungsphase werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentralen Pflegecenters im entsprechenden Einsatzbereich geplant. Wir unterscheiden hierbei:

- konservative Stationen im Normalpflegebereich
- operative Stationen im Normalpflegebereich
- Intensiv- und IMC-Bereiche
- Kinderheilkunde und
- Funktionsbereiche

Die Finanzierung erfolgt aus dem Gesamtbudget Pflege heraus und ermittelt sich aus den durchschnittlichen Vakanzen. Diese betragen circa 2% des Gesamtvolumens. Je nach Einsatz werden die Personalkosten kostenstellengerecht zugeordnet.

Problematisch ist derzeit noch die Personalgewinnung für die Intensivbereiche, da auch hier die Verfügbarkeit von Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt schwierig ist. Die Bedarfe der Intensivstationen sind derzeit noch nicht vollumfänglich kompensiert. Wiedereinsteigerinnen nach langer Abwesenheit benötigen besondere Unterstützung, trotz verlängerter Einarbeitungszeiten und individueller Betreuung konnten nicht alle Rückkehrerinnen auch tatsächlich für das Zentrale Pflegecenter gewonnen werden. Als Fazit können wir rückblickend nach einem Jahr praktischer Erfahrung sagen, dass sich die Etablierung dieser Einrichtung gelohnt hat.



NOTIZEN

NOTIZEN



NOTIZEN

NOTIZEN

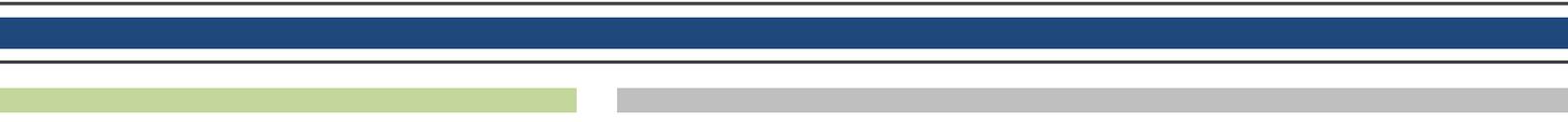


NOTIZEN

NOTIZEN



NOTIZEN



NOTIZEN



NOTIZEN

NOTIZEN



NOTIZEN



Gleichstellungsbüro der MHH
OE 0013
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Tel.: 0511 532-6501
Fax: 0511 532-3441

E-Mail: gleichstellung@mh-hannover.de
www.mh-hannover.de/gleichstellung.html