



Stopp, hier geblieben!

So halten Sie OP-Fachkräfte und sichern
Ihre Erlöse in den operativen Fächern



So halten und gewinnen Sie OP-Fachkräfte

- Stärken Sie die Position des OP-Managers (siehe Seite 64).
- Die Bereitschaftszeit sollte Bereitschaftszeit bleiben. Wo sie regelmäßig zur Arbeitszeit wird, ist die Unzufriedenheit besonders groß (siehe Seite 64).
- Achten Sie auf geregelte Pausenzeiten. „Bei uns werden die OP-Mitarbeiter in der Mittagszeit grundsätzlich vom Spätdienst am Tisch abgelöst – auch während eines laufenden Eingriffs“, erzählt Peter Bechtel, Pflegedirektor des Universitäts-Herzzentrums Freiburg-Bad Krozingen. „Sie brauchen die Auszeit dringend, weil sie auf Gedeih und Verderb am OP-Tisch bleiben müssen. Anders als ihre Kollegen auf Station können sie nicht einen Botengang zum Röntgen oder ins Labor unternehmen, um Abstand zu gewinnen, wenn ihnen alles zu viel wird.“ Dass das Herzzentrum für den OP mehr Bewerber hat, als es einstellen kann, führt Bechtel auch auf die Pausenregelung zurück.
- Standardisieren Sie die OPs, sorgen Sie dafür, dass es für eine normale Cholezystektomie nicht fünf verschiedene Herangehensweisen gibt, meint Thomas Busse, Autor des OP-Barometers. Das entspannt die OP-Fachkräfte und macht sie universeller einsetzbar.
- Berufsanfänger und OTA-Schüler sollten gut eingearbeitet werden, am besten mit Praxisanleiter. Das UK Regensburg hat extra drei Stellen für Praxisanleiter eingerichtet. Damit steigen auch die Chancen, dass die OTAs nach ihrer Ausbildung im Haus bleiben.

weiter Seite 64

„Wir stellen überlappend ein“

Dass der Ausfall von OP-Fachkräften gravierende Folgen hat, musste auch die Uniklinik Regensburg erfahren. Fast zehn Monate blieb ein OP-Saal geschlossen. Die wesentliche Lehre, die die Klinikumsleitung aus dieser Zeit gezogen hat: immer mit einem gewissen Personalüberhang arbeiten. „Wenn nur zwei OP-Mitarbeiterinnen schwanger werden, müssen Sie sofort ohne die Beiden planen; schlimmstenfalls bedeutet dies, einen Saal zu schließen“, sagt Pflegedirektor Alfred Stockinger. Die Regensburger haben deshalb nicht nur die Vakanzen wieder besetzt: Sie haben im Frühjahr 2013 fünf neue Stellen im OP geschaffen – auch, um die Bereitschaftsdienste besser abzudecken. Der Erfolg hat sich

ab Oktober mit Vollbetrieb wieder eingestellt: Ein Plus von 50 Operationen im Monat. Ein paar Kilometer weiter in der Kinderklinik St. Hedwig der Barmherzigen Brüder Regensburg kommt Pflegedirektor Gerhard Harter zum selben Schluss: „Wir lassen offene Stellen gar nicht erst entstehen und stellen vorausschauend ein. Unsere Geschäftsführung akzeptiert die Überlappung, denn der Ausfall eines OP-Saals ist teurer als überlappend einzustellen.“ Auch das Klinikum der Universität München setzt auf vorausschauendes Einstellen: Sie haben mit dem Zusatz „Einstellung sofort“ 100 Stellen ausgeschrieben für ihr neues OP-Zentrum am Standort Großhadern, das zu den größten in Europa zählen wird – mit 32 Sälen und

DEUTSCHLAND-SCHWEIZ-VERGLEICH

„Der Teamgeist ist hier ausgeprägter“

Die Schweiz gilt unter deutschen OP-Fachkräften als Paradies. Doch was genau macht das Arbeiten dort so attraktiv? kma fragte den Leiter der OP-Pflege im Universitätsspital Basel.

Interview mit Jürgen Schmidt

Wo sehen Sie die größten Unterschiede zwischen den deutschen und den Schweizer OP-Abteilungen?

Was mir immer wieder auffällt, sind die flachen Hierarchien in der Schweiz sowie das Verhältnis zu den Ärzten. Dieses ist hier sehr kameradschaftlich, und wir arbeiten auf Augenhöhe miteinander. Zum Beispiel habe ich im Universitätsspital Bern, wo



Foto: privat

Jürgen Schmidt: Der zweifache Vater pendelt seit gut zehn Jahren zwischen Kassel und der Schweiz.

Baukosten von über 135 Millionen Euro. Es eröffnet erst im September. „Aber es ist besser, die neuen OP-Kräfte werden jetzt eingearbeitet, dann geht der Umzug geschmeidiger vonstatten, als wenn die Mitarbeiter sich an die neuen Gegebenheiten gewöhnen und zugleich neue Kollegen einarbeiten müssen“, sagt OP-Manager Bernhard Heindl.

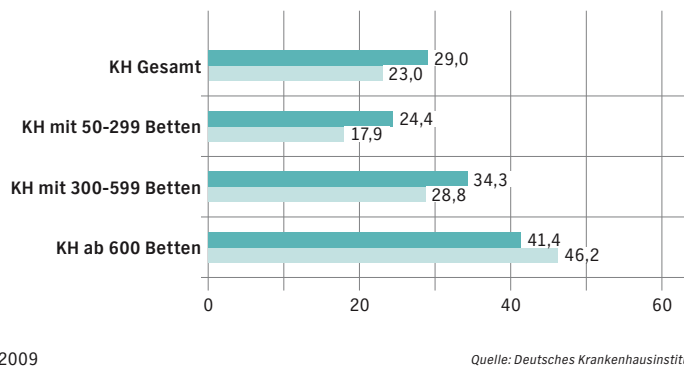
Zulagen sind kein Anreiz

In München ist der Mangel an OP-Fachkräften chronisch. Das hängt, so Heindl, vor allem mit den Lebenshaltungskosten der Stadt zusammen. Das Klinikum gewährt deshalb mit Zustimmung des bayerischen Wissenschafts- und Finanzministeriums

weiter Seite 64

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen

Nicht-ärztliches OP-Personal



Große Häuser sind besonders betroffen: vermutlich deshalb, weil sie in Ballungsgebieten liegen. Denn dort ist der Fachkräftemangel am größten – wegen der hohen Lebenshaltungskosten und der vielen Möglichkeiten für Fachkräfte, die Stelle zu wechseln.

ich zuvor arbeitete, eine gemeinsame Forschungsarbeit mit den Medizinern initiiert; es ging darum, wie sich Patienten fühlen, die im Wachzustand am offenen Kopf operiert werden.

Oder im letzten Jahr: Da hatten wir zu wenige Leute im OP wegen der unterschiedlichen Löhne von Fachkrankenschwestern für Instrumentalpflege und Technischen Operationsassistenten. Es mussten Säle geschlossen werden. Da haben sich die Chirurgen hinter die OP-Leute gestellt – zusammen mit dem halbprivaten Vorstand wurde dann eine ‚Arbeitsmarktzulage‘ kreiert, und schon hatten wir wieder genügend Personal.

Und es kriselt tatsächlich nie zwischen Operateuren und OP-Fachkräften?

Sicherlich, es gibt vor allem in Stresssituationen Anspannung, aber der Teamgedanke ist ausgeprägter als in

Deutschland. Man ist lösungsorientierter und schaut eher von außen auf die Zusammenhänge. Die weichen Faktoren sind ausgeprägter: Alle duzen sich, und wenn etwas fehlt, dann brüllt der Chirurg nicht gleich los. Die Operateure sind geduldiger.

Wie sieht es mit dem Arbeitszeiten und den Pausen aus?

Wir haben in Basel das Dreischichtsystem mit Nachtdienst umgesetzt, einen Bereitschaftsdienst gibt es gar nicht mehr – das sorgt für Zufriedenheit. Viele Mitarbeiter sind übrigens richtig scharf auf den Nachtdienst, weil sie dann eine Woche lang etwas längere Schichten arbeiten und dafür anschließend eine Woche frei haben. Das ist sehr reizvoll. Die Pausen sind mir ehrlich gesagt manchmal schon zu lang: Es gibt eine Frühstückspause und eine Mittagspause, die jeden Tag eingehalten werden. Dazu kommt, dass die Wechselzeiten im OP so langsam sind,

dass sich auch zwischendurch immer wieder eine Pause ergibt.

Gibt es Dinge, die sich auch in der Schweiz noch verbessern ließen?

Wir planen hier in Basel, Teams mit Subspezialisierungen zu entwickeln. Bisher lautete das Motto oft, dass eine OP-Fachkraft überall einsetzbar sein sollte. Wir sehen das anders: Die Gerätschaften sind heute so komplex, dass ein Mitarbeiter unmöglich alle gut bedienen kann. Wer zum Beispiel einen Endoskopieturm bedient, ohne sich auszukennen, kann leicht etwa eine Optik zerbrechen – das ist dann gleich ein Schaden von mehreren Tausend Euro. Oder nehmen Sie den Da Vinci OP-Roboter: Für den braucht man Teams, die sich wirklich auskennen – anderenfalls wird er zum Sicherheitsrisiko. Wir sind deshalb bereits dabei, die Spezialisierung auch organisatorisch voranzutreiben. ■

Interview: Kirsten Gaede