



**Stand und Entwicklung von Maßnahmen zur Sicherung
des Pflegefachkräftebedarfs in Krankenhäusern**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades „Bachelor of Arts“ (B.A.)

Erstprüferin: Prof. Dr. med. Nicole Stübiger

Zweitprüfer: Tobias Immenroth M.A., Verwalter einer Professur

Meyer, Femke

Etelsen, den 07.11.2018

Inhaltsverzeichnis

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Ziel und Aufbau der Arbeit.....	2
2 Pflegefachkräfte im Krankenhaus	4
2.1 Abgrenzung	4
2.2 Einordnung im Krankenhaus	5
2.3 Pflegefachkräftemangel in Deutschland	6
3 Ursachen für den Pflegefachkräftemangel	7
3.1 Arbeitsbelastung.....	7
3.1.1 Physisch	7
3.1.2 Psychisch.....	8
3.1.3 Arbeitszeiten	9
3.2 Streitfrage Verdienst.....	13
3.3 Fehlender Nachwuchs.....	15
4 Gegenmaßnahmen	17
4.1 Bundesebene	17
4.1.1 Pflege-Sonderprogramm.....	17
4.1.2 Pflegestellen- Förderprogramm und Pflege-Zuschlag.....	21
4.1.3 Sofortprogramm-Pflege.....	25
4.1.4 Pflegeberufegesetz	30
4.2 Landesebene.....	33
4.2.1 Pflegekammer.....	33
4.2.2 Kampagnen und weitere Initiativen.....	35

4.3	Krankenhäuser	36
4.3.1	Leiharbeit	36
4.3.2	Rekrutierung ausländischen Personals.....	38
4.3.3	Betriebliche Gesundheitsförderung.....	40
5	Diskussion	42
6	Schlussbetrachtung	52
	Literatur- und Quellenverzeichnis	54
	Anhang I: Gemeldete und gemeldete unbesetzte Ausbildungsstellen nach Berufen	60

Hinweis im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und dritter Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen, wie z. B. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Ärzte, Pflegepersonal, Pflegedienstleiter, Patient oder ähnliche gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DBfK	Deutscher Berufsverband der Pflegeberufe e.V.
DIN EN ISO	DIN steht für Deutsches Institut für Normung, EN für Europäische Norm und ISO für International Organization for Standardization
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DRG	Diagnosis Related Groups
GKiKP	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
GKP	Gesundheits- und Krankenpfleger
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
NEXT	Nurses' early exit study
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KHRG	Krankenhausreformgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
Ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Berufsständige Organisation im Krankenhaus.....	5
Abbildung 2: Psychovegetative Beschwerden während der Arbeit in Abhängigkeit vom Arbeitszeitsystem in 2012 (in Prozent).....	11
Abbildung 3: Monatliche Bruttoentgelte je Bundesland für Fachkräfte in der Krankenpflege	14
Abbildung 4: Schülerbefragung zu <i>Out</i> - Berufen	16
Abbildung 5: Fachschulische Pflegeausbildung ab 2020.....	31
Abbildung 6: Dreiseitiges Vertrags- und Beschäftigungsverhältnis	37
Tabelle 1: Zusätzlich vereinbarte Finanzmittel im Programmzeitraum in Mio. Euro	21
Tabelle 2: Wesentliche Unterschiede zwischen dem Sonder- und Förderprogramm.....	23
Tabelle 3: Die Aufgaben einer Pflegekammer	34

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Der Pflegebranche stehen zukünftig besondere Herausforderungen bevor. Die Bevölkerung weist eine zunehmend höhere Lebenserwartung auf und mit dem steigenden Alter geht eine steigende Multimorbidität einher. Dies ist auf der Seite der Patienten, sowie auf der des Pflegepersonals zu beobachten. Dem wachsenden Anteil Pflegebedürftiger steht ein jahrelanger Abbau von Pflegepersonal gegenüber. Die daraus resultierenden Personalengpässe werden durch rückläufige Nachwuchszahlen weiter verschärft.¹

Der Begriff Pflegefachkräftemangel ist derzeit kein Fremdwort mehr. Dieser wurde bereits in den fünfziger Jahren im Zusammenhang mit Deutschlands Krankenhäusern erstmals dokumentiert. In den siebziger Jahren wurden unter anderem Maßnahmen, wie die Einführung des Berufes der staatlich anerkannten Krankenpflegehelferin, ergriffen, um eine Unterstützung für die Pflegekräfte bieten zu können. Daraus resultierte, dass der Markt durch ausreichend Fachkräfte teilweise übersättigt war und die Abschaffung der Pflegehilfskraft folgte.²

Zu dieser Zeit war der Beruf der Pflegefachkraft bei Abiturienten besonders gefragt und verschaffte der Pflege somit ein attraktives Image. Dies hielt jedoch nicht lange an, viele der Abiturienten führten die Ausbildung nicht zu Ende oder begannen direkt im Anschluss ein Studium. Als der jugoslawische Bürgerkrieg in den achtziger Jahren herrschte, wurden jugoslawische Pflegekräfte für deutsche Krankenhäuser angeworben, womit dem Fachkräftemangel vorübergehend entgegengewirkt werden konnte. Als Deutschland den Krieg für beendet deklarierte, forderte die

¹ Vgl. Güntürk-Kuhl et al. 2016, S. 14

² Vgl. Jacobs 2012, S. 636ff.

Politik diese Pflegekräfte auf, binnen 48 Stunden die Rückkehr anzutreten. Nach diesem Fauxpas schreitet der Fachkräftemangel ununterbrochen an.³

Für die Patientenbetreuung ist ein optimaler Personaleinsatz von äußerst hoher Bedeutung. Das Pflegepersonal ist nicht nur mengenmäßig am stärksten in den Krankenhäusern vertreten, sondern verursacht auch entsprechend hohe Personalkosten. So fließen die meisten Personalkosten, nach dem ärztlichen Dienst, in den Pflegedienst.⁴ Heutzutage weist beinahe zwei Drittel der Krankenhäuser in Deutschland Probleme bei der adäquaten Besetzung offener Personalstellen auf.⁵

Hinzu kommt, dass der Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte geprägt von fordernden Arbeitszeiten und Belastungen für Körper, Geist und Seele ist. Hierbei treten Beeinträchtigungen im Bewegungsapparat und der Psyche besonders ins Augenmerk.⁶ Seit den vergangenen Jahren werden verstärkt Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene getroffen, ebenso sind die Krankenhäuser darauf aus, ihre Personalstellen besetzen zu können. Doch die Situation hat sich weiterhin verschärft und wird den zukünftigen Bedarf nicht decken können.

Vor diesem Hintergrund stellt sich folgende Frage: Zielen die bisher getroffenen Maßnahmen, um dem Pflegenotstand entgegen zu wirken, auf die Ursachen des Fachkräftemangels ab?

1.2 Ziel und Aufbau der Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, inwieweit die Maßnahmen, die gegen den Pflegefachkräftemangel ergriffen wurden, auf die Ursachen des Pflegenotstands im Krankenhaus abzielen.

Die vorliegende Arbeit ist in sechs Kapitel untergliedert. Nach der Einleitung erfolgt im zweiten Kapitel eine Übersicht über die Pflegefachkräfte

³ Vgl. Ebd.

⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) 2016, S. 8

⁵ Vgl. Baumer 2017, S. 1

⁶ Vgl. Eichhorst/Linckh 2017, S. 21

im Krankenhaussektor, um einen Einblick in die Thematik zu geben. Der Begriff Pflegefachkraft wird abgegrenzt und in die Krankenhausstruktur eingeordnet. Des Weiteren findet eine Erörterung des Pflegefachkräftemangels statt und wie dieser sich innerhalb Deutschlands äußert.

In Kapitel drei folgt eine Darstellung der unterschiedlichen Belastungen, welche auf die Fachkräfte einwirken. Besonderes Augenmerk liegt auf den physischen und psychischen Belastungen, sowie auf den Arbeitszeiten. Ferner findet eine Analyse der Verdienst-, sowie Nachwuchssituation statt.

Auf die Ursachen folgend wird in Kapitel vier eine Darstellung der getroffenen Maßnahmen auf Bundes-, sowie Landesebene vorgenommen. Ebenfalls finden Maßnahmen Beachtung, welche in den Krankenhäusern getroffen werden, um dem Pflegefachkräftemangel entgegenzuwirken.

Die Diskussion erörtert die Betrachtung der Maßnahmen und stellt diesen den Ursachen des Fachkräftemangels gegenüber.

Das sechste Kapitel fasst die Ausführungen in einem Fazit zusammen und bildet den Abschluss dieser Arbeit.

2 Pflegefachkräfte im Krankenhaussektor

2.1 Abgrenzung

Der Fokus dieser Arbeit ist jenes Personal, welches eine dreijährige Ausbildung gemäß Krankenpflegegesetz (KrPflG) erfolgreich abgeschlossen hat. Nach dieser kann ein Antrag auf das Tragen der Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger (GKP) oder als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (GKiKP) gestellt werden (vgl. §1 und §2 KrPflG⁷).

Unterhalb der nach Bundesrecht ausgebildeten GKP / GKiKP sind Berufe der Krankenpflegehilfe vorzufinden. Da die Kompetenz zur Regelung dieser Ausbildung individuell von den deutschen Bundesländern entscheidbar ist, variiert der Ausbildungszeitraum, meist ein Jahr, sowie die Berufsbezeichnung. Ebenfalls wird, wie bei den Pflegefachkräften, nach erfolgreicher abgeschlossener Prüfung die staatliche Anerkennung vergeben.⁸ Häufig ist die Bezeichnung des Gesundheits- und Krankenpflegehelfers vorzufinden und wird in folgenden Bundesländern verwendet: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.⁹

In Niedersachsen hingegen ist die Fachkraft-Pflegeassistenz mit einer zweijährigen Ausbildung vorzufinden.¹⁰ Zudem ist es möglich ohne eine explizite Ausbildung, sondern durch einen wenige Wochen andauernden Kurs, unterstützend in der Pflege tätig zu sein.¹¹

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass in der einschlägigen Literatur eine vielfältige Definition der Pflegefachkraft verwendet wird. Dies rührt daher, dass diese Berufsbezeichnung ursprünglich nicht der Klassifizierung der

⁷ Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), BGBl. I S. 1442, zuletzt geändert durch Artikel 1a des Gesetzes vom 17. Juli 2017, BGBl. I S. 2581

⁸ Vgl. Simon 2012, S. 9f.

⁹ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2018a, (Internet)

¹⁰ Vgl. Niedersächsisches Kultusministerium 2013, S. 1ff.

¹¹ Vgl. Simon 2012, S. 10

Berufe, sondern dem Sozialrecht entstammt. Dieses regelt, dass hierunter ebenso Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Hebammen und Entbindungshelfer verstanden werden. In der vorliegenden Arbeit wird daher eine Eingrenzung vorgenommen und lediglich der Fachkräftemangel der Gesundheits- und Krankenpfleger behandelt. Der Begriff der Pflegefachkraft schließt hier alle weiteren Berufe aus.¹²

2.2 Einordnung im Krankenhaus

Die innere Organisation von Krankenhäusern ruht in der Regel auf drei *Säulen* und besteht aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst sowie dem Verwaltungsdienst. Diese tragen die Verantwortung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich. In der Hierarchieebene steht über diesen Gremien die Geschäftsführung. Eine Visualisierung dessen ist der Abbildung 1 zu entnehmen. Dem Pflegedienst wiederum sind die Pflegefach- sowie die Pflegehilfskräfte untergeordnet. Diese finden neben den bettenführenden Stationen Einsatz im medizinisch-technischen- sowie Funktionsdienst.¹³ Mit einer Anzahl von 433.434 Personen¹⁴ gehört der Pflegedienst zu der quantitativ stärksten Berufsgruppe in Deutschlands Krankenhäusern.¹⁵

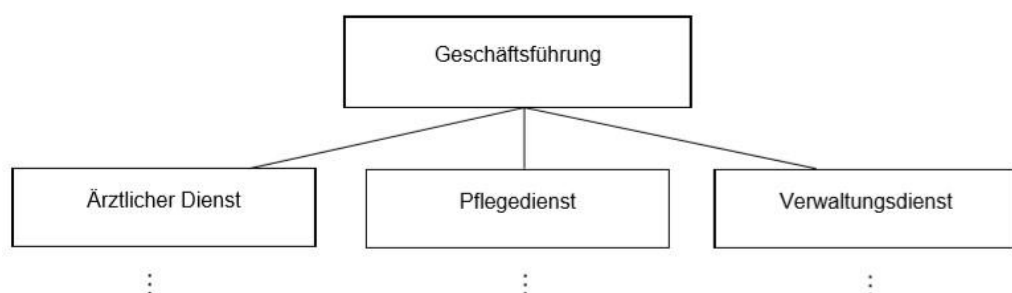


Abbildung 1: Berufsständige Organisation im Krankenhaus¹⁶

¹² Vgl. Simon 2012, S. 9

¹³ Vgl. Schran 2012, S. 415

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) 2016, S. 56

¹⁵ Vgl. Schran 2012, S. 415

¹⁶ Eigene Darstellung in Anlehnung an Schran 2012, S. 415

2.3 Pflegefachkräftemangel in Deutschland

Von einem Fachkräftemangel wird gesprochen, wenn langfristig die Nachfrage das Angebot an Fachpersonal übersteigt und überproportionale Vakanzzeiten auftreten.¹⁷ In einer Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit wurden Mitte 2018 Durchschnittswerte vom Frühjahr 2017 bis 2018 veröffentlicht. In dieser wurde bekannt gegeben, dass die Anzahl an ausgeschriebenen Stellen von Pflegefachkräften bei 7.300 Stellen liegt. Bei einer Neubesetzung treten Vakanzzeiten von 153 Tagen auf und sind somit zum Vorjahr um 12 Tage angestiegen.¹⁸ An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Vakanzzeit bei Fachkräften insgesamt mit 109 Tagen deutlich unterhalb dieser liegt.¹⁹

Wird die Arbeitslosenquote betrachtet, so sind bei 100 ausgeschriebenen Stellen statistisch 55 Arbeitslose vorzufinden. Daraus ergibt sich eine Arbeitslosenquote von 0,6 Prozent.²⁰ Diese Zahlen lassen auf ein erhöhtes Angebot gegenüber der Nachfrage an Pflegefachkräften schließen und zeigen auf, dass die Situation sich weiter verschärft. Studien zur Prognose zukünftiger Entwicklungen halten unterschiedliche Ergebnisse fest.²¹ So sprechen Afentakis und Maier, bei gleichbleibender Situation, von 193.000 fehlenden Fachkräften in der Pflege im Jahr 2025.²² Ostwald hingegen spricht von 480.000 fehlenden Fachkräften bis 2030.²³ Diese unterscheiden sich zwar deutlich bei der Herleitung der Ergebnisse, zeigen jedoch auf, dass der Bedarf das Angebot zukünftig bei weitem übersteigt.

¹⁷ Vgl. Obermeier 2014, (Internet)

¹⁸ Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2018d, S. 16f.

¹⁹ Vgl. Ebd., S. 6

²⁰ Vgl. Ebd., S. 18

²¹ Vgl. Hämel/Schaeffer 2012, S. 41

²² Vgl. Ebd., S. 43

²³ Vgl. Ebd., S. 46

3 Ursachen für den Pflegefachkräftemangel

3.1 Arbeitsbelastung

3.1.1 Physisch

Der Arbeitsalltag in der Pflege ist geprägt durch schwere körperliche Arbeit.²⁴ Eine Studie der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) aus dem Jahren 2004 bis 2009 befragte unter anderem Mitarbeiter aus der Gesundheits- und Sozialbranche, zu welchem das Pflegepersonal untergeordnet ist, zu ihrer Arbeitssituation. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass besonders die schwere körperliche Arbeit, das Heben und Tragen, sowie das unabdingbare Schieben und Ziehen von Gegenständen die Mitarbeiter physisch stark beanspruchen.²⁵ Diese Tätigkeiten sind alltäglichen Belastungen des Pflegepersonals. Die Beanspruchung des Bewegungsapparates bestätigen die Fehlzeiten aufgrund von muskuloskelettalen Erkrankungen. Diese sind mit 4,7 Arbeitsunfähigkeits (AU)-Tagen überdurchschnittlich hoch und somit deutlich höher als in anderen medizinischen Gesundheitsberufen.²⁶

Pflegefachkräfte stehen in engstem Kontakt mit den Patienten im Krankenhaus, wodurch ein permanentes Risiko für die Pflegenden, als auch für die Patienten besteht.²⁷ Das Personal der Krankenpflege ist Mikroorganismen äußerst stark ausgesetzt²⁸ und im Zuge dessen ist die Möglichkeit einer Übertragung durch Kontakt- oder Tröpfcheninfektion häufiger gegeben, als in anderen Tätigkeitsbereichen.²⁹

Laut einer repräsentativen Umfrage der B. Braun-Stiftung gemeinsam mit dem Arbeitsschutz der Universität Frankfurt erlitten bereits mehr als die Hälfte der Pflegenden in ihrer beruflichen Laufbahn eine Nadelstichverletzung. Hiervon wurden lediglich 50 Prozent der Verletzungen dem Durchgangsarzt gemeldet. Als Gründe hierfür wurden Zeitmangel, aber

²⁴ Vgl. Bonin et al. 2015, S. 18

²⁵ Vgl. Zok 2010, S. 48f.

²⁶ Vgl. Kliner et al. 2017, S. 36

²⁷ Vgl. Wicker et al. 2018, S. 454

²⁸ Vgl. Güntürk-Kuhl et al. 2016, S. 95

²⁹ Vgl. Wicker et al. 2018, S. 454

auch das fehlende Bewusstsein der tatsächlichen Gefahren einer Infektion, trotz Bewusstsein über das Risiko einer Übertragung genannt. Des Weiteren fehlt es hierzu an Schulungsmaßnahmen bezüglich des Arbeitsschutzes.³⁰

3.1.2 Psychisch

Zunehmend geraten neben den physischen Arbeitsbeanspruchungen auch psychische Belastungsfaktoren im Beruf in den Vordergrund.³¹ Laut DIN EN ISO 10075- 1 (1a) sind diese wie folgt definiert: „Psychische Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.“³² Unabhängig von der Arbeitstätigkeit können diese in jedem Berufsfeld auftreten.³³

Die Psyche ist bei professionell Pflegenden in besonderem Maße beansprucht. Charakteristisch für die Arbeit im Pflegedienst sind der Schichtdienst inklusive Nacht- und Bereitschaftsdienste. Hinzu kommt das Pflichtbewusstsein gegenüber den Patienten. Dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) zufolge gaben Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen an am Arbeitsplatz, besonders durch hohe Verantwortung, ständiger Konzentration sowie Termin- und Leistungsdruck psychisch beansprucht zu sein. Belastungen durch schlechte Zusammenarbeit innerhalb des Teams oder geringe Handlungsmöglichkeiten wurden hingegen eher als geringe Belastungen beurteilt. Trotz dessen liegen diese über dem Durchschnitt anderer Wirtschaftsbereiche.³⁴

Viele Pflegende erfahren durch Aggressionen und Gewalt seitens der Patienten traumatische Erlebnisse. Einer Umfrage der B. Braun-Stiftung und des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP) aus Jahr 2016 gab fast jeder siebte (13,7 Prozent) der rund 400 Befragten

³⁰ Vgl. Wicker et al. 2018, S. 453ff.

³¹ Vgl. Rothe et al. 2014, S. 2

³² Joiko et al. 2010, S. 9

³³ Vgl. Beermann/Kretschmer 2015, S. 208

³⁴ Vgl. Zok. 2010, S. 64

an, innerhalb des letzten Quartals von persönlicher Gewalt betroffen gewesen zu sein.³⁵

Der ständige Kontakt von Pflegenden mit Kranken, als auch sterbenden Patienten birgt das Risiko von psychischen Belastungen durch emotionalen Stress. Der richtige Umgang mit Trauer und Tod ist von hoher Bedeutung um zu verhindern, dass diese Belastungen in das private Umfeld übernommen werden oder die Pflegenden an einer Depression erkranken.³⁶

Ebenfalls weisen Pflegefachkräfte auffällig hohe Arbeitsausfälle auf Grund psychischer Erkrankungen auf. Laut Depressionsatlas der Techniker Krankenkasse lagen die medizinischen Gesundheitsberufe bei 1,81 AU-Fälle pro 100 Versicherungsjahre und sind somit deutlich hiervon betroffen.³⁷ Ebenfalls liegt die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege mit 344 AU-Tagen je 100 Beschäftigten deutlich über dem Durchschnitt.³⁸ Hierbei ist es wichtig zu erwähnen, dass sich von den AU-Tagen nur begrenzt auf die Gesundheit der Mitarbeiter schließen lässt. Grund hierfür ist der hohe Druck in der Beschäftigungsgruppe, der diese trotz Krankheit häufig am Arbeitsplatz erscheinen lässt (Präsentismus). Dies kann als Folge zu einem frühzeitigen Berufsausstieg führen.³⁹

3.1.3 Arbeitszeiten

Die Arbeitsplangestaltung in Krankenhäusern ist äußerst komplex und von hoher Bedeutung für die Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Pflegenden.⁴⁰ Die Problematiken, die Teilzeit und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, Schicht- und Nachtdienste, sowie Überstunden mit sich bringen, sind unter anderem mitverantwortlich für den Notstand im Beruf der Pflegefachkräfte.

³⁵ Vgl. Weidner et al. 2017, S. 14ff.

³⁶ Vgl. Köllner 2015, S. 1f.

³⁷ Vgl. Grobe 2015, S. 13

³⁸ Vgl. Kliner et al. 2017, S. 37

³⁹ Vgl. Köllner 2015, S. 3

⁴⁰ Vgl. Hasselhorn 2005, S. 88

Teilzeit und geringfügige Beschäftigung

Bei Betrachtung der Beschäftigungszahlen von Pflegefachkräften zwischen den Jahren 2012 und 2016 zeigt sich, dass es zu einem Beschäftigungszuwachs durch größtenteils Ausweitung der geringfügigen und der Teilzeitbeschäftigung gekommen ist. Innerhalb dieses Betrachtungszeitraums stieg die Anzahl an Vollzeitstellen um rund 16.000 Stellen an, wohingegen die Teilzeitstellen um mehr als das Doppelte und somit 35.000 Stellen zunahm. Dies zeigt deutlich, dass etwas mehr als die Hälfte (53,6 Prozent) aller Pflegefachkräfte nicht in Vollzeit eingestellt ist.⁴¹ Rückschlüsse auf private Motive der Mitarbeiter lassen sich hierdurch nur bedingt ziehen. Im Gegenteil, es dient einer Umstrukturierung der Beschäftigungsart als ein Instrument des Personalmanagements, um flexibel hinsichtlich des Personaleinsatzes agieren und somit die Personalkosten reduzieren zu können. Die daraus resultierende personelle Unterbesetzung führt zu einer Arbeitsverdichtung und animiert das bestehende Personal die Arbeitszeit zu reduzieren, um gesundheitlichen Folgen und ständigem Arbeitsdruck auszuweichen.⁴²

Schicht- und Nachtdienst

Um 365 Tage jährlich im Krankenhaus die medizinische und pflegerische Betreuung Tag und Nacht leisten zu können, bedarf es der Schichtarbeit inklusive Nachtdienst.

Aus den Ergebnissen der Nurses' early exit study (NEXT-Studie), geht hervor, dass mehr als die Hälfte der Pflegekräfte in Krankenhäusern mit Nachtdiensten konfrontiert ist. Die Bereitschaft im Nachtdienst tätig zu sein nimmt mit zunehmendem Alter ab und es besteht ein Kontext hinsichtlich der Lebensjahre und Schichtformen der Pflegekräfte. So ergab die NEXT-Studie, dass überwiegend (60 Prozent) jüngerer Pflegeperso-

⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2018 (Internet)

⁴² Vgl. Simon, 2012 S. 4

nal (unter 30 Jahren) im Nachtdienst arbeiten, wohingegen ältere Pflegekräfte (über 55 Jahren) sich von Nachdiensten distanzieren. Diese sind jedoch wiederum vermehrt in Dauernachtdiensten vertreten.⁴³

Das Arbeiten im Schichtsystem zieht eine beträchtliche Anzahl gesundheitlicher Auswirkungen auf die Pflegefachkräfte mit sich. Eine Übersicht von psychovegetativen Beschwerden sind der Abbildung 2 zu entnehmen. Diese Daten bestätigen, dass, bis auf Kopfschmerzen, alle Beschwerden bei Personal in der Schichtarbeit mit und ohne Nachtdienst häufiger auftreten als bei jenen ohne Schichtdienst.

Gesundheitliche Beschwerden bei der Arbeit in den letzten 12 Monaten	Weder Schichtarbeit noch versetzte Arbeitszeiten	Versetzte Arbeitszeiten, keine Schichtarbeit	Schichtarbeit ohne Nachtschichtanteil	Schichtarbeit mit Nachtschichtanteil
Kopfschmerzen	35,3	33,7	34,9	36,2
Schlafstörungen	24,6	31,1	31,2	47,5
Allgemeine Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung	44,7	52,2	51,9	60,5
Magen-, Verdauungsbeschwerden	14,1	14,4	16,2	20,2
Hörverschlechterung, Ohrgeräusche	13,2	15,3	17,4	18,3
Nervosität oder Reizbarkeit	27,2	31,5	30,3	33,6
Niedergeschlagenheit	20,6	25,9	26,3	30,1
Körperliche Erschöpfung	33,8	42,0	44,8	49,3
Emotionale Erschöpfung	23,9	26,0	25,4	28,8

Abbildung 2: Psychovegetative Beschwerden während der Arbeit in Abhängigkeit vom Arbeitszeitsystem in 2012 (in Prozent)⁴⁴

Nicht nur die Folgen der Dienstzeiten stellen eine Belastung für das Personal dar. Bereits während des Nachtdienstes zeichnen sich problematische Aspekte in Hinblick auf die Arbeitsbelastung ab. Dies wurde von Pflegewissenschaftler der Universität Witten/Herdecke untersucht. Es wurde eine erste Studie von 1986 bis 1989 durchgeführt und mit einer zweiten Studie von 2010 bis 2013 verglichen.⁴⁵

Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass tagsüber eine Distribution der Tätigkeiten möglich ist, da unterschiedliches Personal auf den Stationen vertreten ist. Im Nachtdienst jedoch sind bis zu drei Viertel der 141 befragten Pflegefachkräfte auf sich allein gestellt. Weniger als einem

⁴³ Vgl. Hasselhorn 2005, S. 90ff.

⁴⁴ Eigene Darstellung in Anlehnung an Beermann/Kretschmer 2015, S. 210

⁴⁵ Vgl. Bienstein/Mayer 2014, S. 429

Drittel stehen ein Auszubildender oder eine weitere Fachkraft zur Verfügung. Ebenfalls kommt es bei 24 Prozent der Personen zu mindestens einer Neuaufnahme in der Nacht, so wie zu Aushilfeinsätzen auf anderen Stationen. Eine Pflegefachkraft kommt innerhalb des Nachtdienstes teilweise auf bis zu 43 zu überwachende Patienten.⁴⁶

Hinzu kommt, dass auch wenn sich die Zahl der Patienten während der Nacht im genannten Untersuchungszeitraum zwar verringert hat, der Pflegebedarf aufgrund der allgemeinen Arbeitsverdichtung und der höheren Multimorbidität der Patienten gestiegen ist.⁴⁷

Mehrarbeit und Überstunden

Eine Erholung durch Pausenzeiten zur Kompensierung der Belastung gestaltet sich im Nachtdienst als schwierig. Die Fachkräfte gaben in der Befragung an, dass mit 81 Prozent der großen Mehrheit eine Pause durch eine vertretende Person während des Nachtdienstes nicht möglich ist.⁴⁸

Die Ergebnisse einer repräsentativen Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Bundesinstituts für Berufsbildung zeigen, dass etwa jede zweite Krankenpflegekraft (54 Prozent) von Pausenausfällen aufgrund von hohem Arbeitsaufkommen betroffen ist. Bei anderen Erwerbstätigen hingegen liegt diese Quote durchschnittlich bei 28 Prozent.⁴⁹

Wird neben der Mehrarbeit durch Pausenausfall die Zahl der Überstunden betrachtet, so häuften sich innerhalb eines halben Jahres Überstunden von nahezu 15.000 zusätzlichen Stellen in der Gesundheits- und Krankenpflege an. Dies ergibt eine weitere Studie, an der sich 14.000 Pflegekräfte in Krankenhäusern beteiligt haben. Ebenfalls kann festgestellt werden, dass knapp 5,6 Prozent der Befragten, in diesem Zeitraum nicht von Überstunden betroffen waren. Als Grund für die Überstunden

⁴⁶ Vgl. Bienstein/Mayer 2014, S. 430f.

⁴⁷ Vgl. Ebd., S. 432

⁴⁸ Vgl. Ebd., S. 431

⁴⁹ Vgl. Bogai/Seibert/Wiethölter et al. 2017, S. 99

wird unter anderem das Einspringen für fehlendes Personal genannt.⁵⁰ Diese Situation gehört mittlerweile der Normalität an.⁵¹

Deutlich wird an dieser Stelle, dass durch die Kompensation des Fachkräftemangels mittels Überstunden der Notstand weiterhin verschärft wird.

3.2 Streitfrage Verdienst

Eine leistungsgerechte Vergütung ist heutzutage entscheidend bei der Berufswahl und spielt daher im Pflegebereich, in dem besondere Arbeitsbedingungen herrschen, eine große Rolle.⁵² Abbildung 3 bildet die Verdienstlandschaft innerhalb Deutschlands ab. Bei genauer Betrachtung wird deutlich, dass das monatliche Bruttoeinkommen im Jahre 2016 deutlich zwischen den einzelnen Bundesländern variiert. Zwischen Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland ist eine Differenz von knapp 680 Euro aufzuweisen. Werden die durchschnittlichen Gehälter zwischen West- und Ostdeutschland miteinander verglichen, so ergibt sich eine Gehaltsschere von 386 Euro.⁵³

Dieses Einkommen ist ohne Sonderzahlungen, wie z. B. Urlaubsgeld oder Gewinnbeteiligung sowie basierend auf einer 38-Stunden-Woche dargestellt. Hier ist hervorzuheben, dass Pflegende für das absolvieren von Nachtdiensten oder besonderen Tätigkeiten ergänzend Zuschläge erhalten.⁵⁴

Die Höhe des mittleren Entgelts liegt demzufolge bei Fachkräften bei 3.239 Euro, während das Monatsentgelt bei allen deutschen Arbeitnehmern bei 3.133 Euro lag.⁵⁵ Auf der einen Seite liegen Fachkrankenpfleger dementsprechend mit 100 Euro über dem Durchschnitt. Auf der anderen Seite darf nicht unerwähnt bleiben, dass ein mittleres Entgelt die

⁵⁰ Vgl. Isfort et al. 2010, S. 7

⁵¹ Vgl. Ebd.

⁵² Vgl. Bogai/Seibert/Wiethölter 2017, S. 101

⁵³ Vgl. Vgl. Seibert/Carstensen/Wiethölter. 2018 (Internet)

⁵⁴ Vgl. Frank/Grimm 2010, S. 31

⁵⁵ Vgl. Seibert/Carstensen/Wiethölter 2018, (Internet)

Mitte der Lohnverteilung widerspiegelt. Daher verdienen 50 Prozent mehr und 50 Prozent weniger. Die Streuung wird nicht bekannt gegeben.

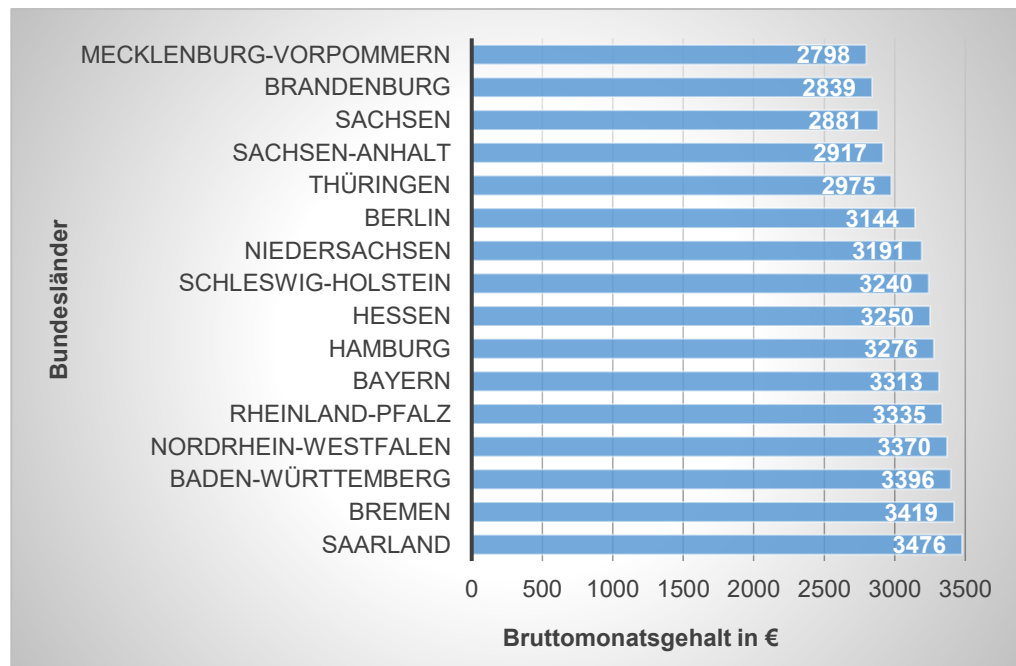


Abbildung 3: Monatliche Bruttoentgelte je Bundesland für Fachkräfte in der Krankenpflege⁵⁶

Ebenfalls stiegen die Gehälter in Pflegeberufen in den vergangenen Jahren, im Gegensatz zur gesamten Gehaltsentwicklung, langsamer an.⁵⁷ Tarifverträge sind in Krankenhäusern keine Seltenheit. So gab das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut in der Hans-Böckler-Stiftung bekannt, dass 87 Prozent der Beschäftigten in Krankenhäusern an einen Tarifvertrag gebunden sind. In den Pflegeberufen ist es mehr als jeder zweite Beschäftigte. Diesbezüglich zeigt sich eine Tarifbindung häufig bei weitergebildeten Fachkräften, wie beispielsweise bei Operationschwesterpfleger, Anästhesieschwesterpfleger.⁵⁸ Betriebe, die eigene Tarifverträge für ihre Häuser ausgehandelt haben, zahlen bis zu ein Viertel mehr an Gehalt als nicht tarifgebundene Betriebe.⁵⁹

⁵⁶ Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) 2018c, (Internet)

⁵⁷ Vgl. Güntürk-Kuhl et al. 2016, S. 152

⁵⁸ Vgl. Bispinck/Dribbusch/Öz 2013, S. 3; 16f.

⁵⁹ Vgl. Ebd., S. 3

3.3 Fehlender Nachwuchs

Bereits bei der Darstellung der Fachkräftesituation in Deutschland⁶⁰ wurde deutlich, dass sich das Akquirieren neuer Mitarbeiter am Arbeitsmarkt als schwierig gestaltet. Wird die Altersstruktur bei den Pflegefachkräften betrachtet, so ist ein deutlicher Schwerpunkt bei den 50- bis 60-Jährigen vorzufinden.⁶¹ Durch das Ausscheiden aus dem Berufsleben der sogenannten geburtenstarken Jahrgänge in den nächsten Jahren⁶², wird die Situation und die Nachfrage an Personal weiterhin zunehmen.

Dass bereits jetzt dringend Nachwuchs benötigt wird, bestätigt ebenso die Anzahl unbesetzter Ausbildungsstellen, für die es die mittlere Reife voraussetzt (Sekundarabschluss I) in Niedersachsen.⁶³ Die Bundesagentur für Arbeit meldet für das Ausbildungsjahr 2016/17 742 unbesetzte von 19.116 gemeldeten Ausbildungsstellen. Dies entspricht einer Quote von 3,88 Prozent und ist somit auf dem Höchststand der letzten fünf Jahre.⁶⁴

Eine mögliche Ursache für die Anzahl an unbesetzten Stellen kann die mangelnde Attraktivität des Berufes der Pflegefachkraft bei jungen Leuten sein. Befragungen von Schülern zu den *Out*-Berufen bestätigen dies. In Abbildung 4 ist zu erkennen, dass eine Tätigkeit im *Pflegeberuf allgemein* auf Platz 5 der unbeliebtesten Berufe bei den Schülern liegt. Die *Gesundheits- und Krankenpflege* liegt hierbei auf Platz 8 und die *Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* lediglich auf dem vorletzten Platz der unattraktivsten Berufe.

⁶⁰ Siehe dazu Kapitel 2.3

⁶¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hrsg.) 2017, S. 15

⁶² Vgl. Güntürk-Kuhl et al. 2016, S. 146

⁶³ Vgl. Bundesagentur für Arbeit 2018b (Internet)

⁶⁴ Vgl. Eigene Berechnung auf Grundlage von Sonderauswertung Agentur für Arbeit, siehe Anhang I: gemeldete und gemeldete unbesetzte Ausbildungsstellen nach Berufen, S. 54f.

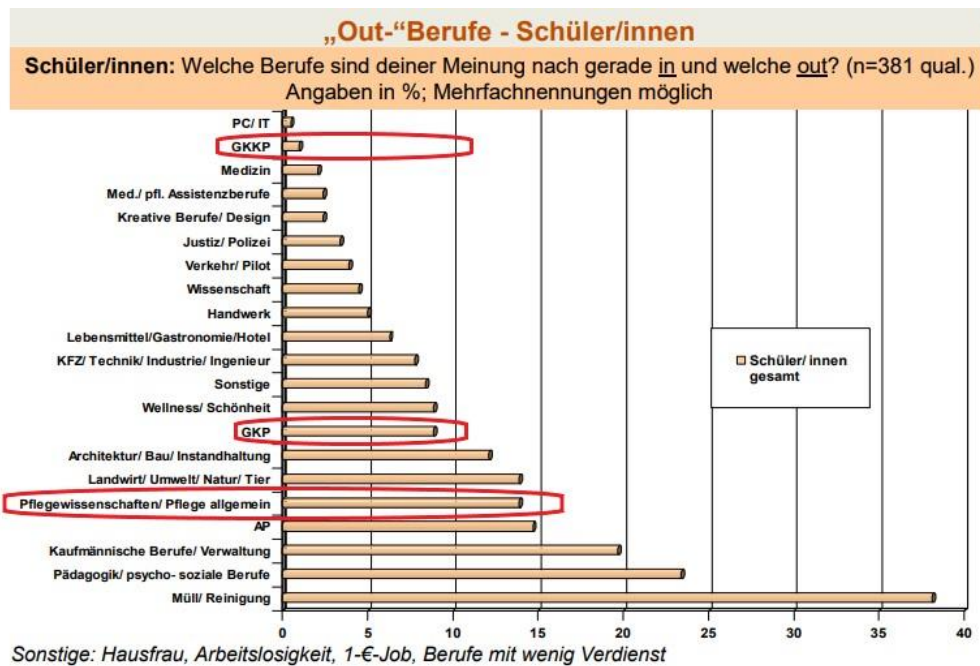


Abbildung 4: Schülerbefragung zu *Out*- Berufen⁶⁵

Des Weiteren sind Berufe in der Pflege stark durch das weibliche Geschlecht dominiert. Innerhalb der vergangenen Jahre ist ein genereller Rückgang von Ausbildungsverhältnissen mit Frauen zu verzeichnen, bei den Männern hingegen ein Zugang.⁶⁶ Dies könnte darin begründet sein, dass der Trend bei jungen Frauen zur schulischen Höherqualifizierung geht und somit zum vermehrten Erlangen einer Hochschulberechtigung führt. Dies zieht einerseits eine geringere Nachfrage an Ausbildungen nach sich, andererseits ist ein vermehrtes Interesse an den Studiengängen der Sozial-, Pflege- und Gesundheitsberufe zu verzeichnen.⁶⁷

⁶⁵ Eigene Darstellung in Anlehnung an Görres 2010, S. 18

⁶⁶ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2018, S. 40

⁶⁷ Vgl. Ebd., S. 42f.

4 Gegenmaßnahmen

4.1 Bundesebene

4.1.1 Pflege-Sonderprogramm

Um dem Notstand entgegen zu wirken, wurden auf Bundesebene verschiedene Maßnahmen ergriffen. Rückblickend auf die vergangenen zehn Jahre wurde zu Beginn mit dem Beschluss des Krankenhausreformgesetzes am 1. Januar 2009 das *Pflege-Sonderprogramm* in Kraft gesetzt.⁶⁸

Ziel und Hintergrund

Mit einer öffentlichen Kundgebung gegen die kritische Arbeitssituation und den Personalkürzungen im Pflegebereich startete gegen Ende 2007 eine Unterschriftensammlung von der vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (Ver.di) gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband der Pflegeberufe e. V. (DBfK).⁶⁹ Durch diese konnten Anfang Juni rund 185.000 Unterschriften gesammelt werden.⁷⁰

Um auf den künftigen Personalnotstand in Kliniken entsprechend zu reagieren, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Ende 2008 ein Pflegegipfel einberufen. Die Resultate, wie beispielsweise das Definieren eines Sonderprogrammes, fanden Berücksichtigung bei der Erstellung des Krankenhausreformgesetzes (KHRG).⁷¹

Dieses Pflege-Sonderprogramm im Rahmen des KHRG zielte darauf ab, im Zeitraum von 2009 bis 2011 den Stellenabbau des klinischen Pflegepersonals einzudämmen und das Image des Berufsfeldes zu verbessern.⁷²

⁶⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2013, S. 5

⁶⁹ Vgl. Isfort et al. 2010, S. 23

⁷⁰ Vgl. Simon 2008, S. 10

⁷¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2013, S. 5

⁷² Vgl. Ebd.

Der Gesetzgeber legte fest, dass die Finanzierung größtenteils durch Mittel der Krankenkassen erfolgen soll und hatte das Aufstocken von rund 17.000 Personalstellen zum Ziel.⁷³

Dieses Sonderprogramm bezog sich explizit auf jene Krankenhäuser, die nach dem DRG-System und damit entsprechend nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnen. Somit sind psychiatrische und psychosomatische Kliniken ausgegrenzt worden.⁷⁴ In Deutschland bestand im Jahre 2009 für 1.644 Kliniken von insgesamt 2.084 Kliniken die Möglichkeit der Teilnahme.⁷⁵

Als Finanzierungsrahmen wurde zunächst eine jährliche Summe von 220 Mio. Euro veranschlagt, wodurch im Jahre 2011 kumuliert bis zu 660 Mio. Euro ausgeschöpft werden konnten. Laut GKV-Spitzenverband (GK-SV) wurde ein Personalzuwachs von bis zu 17.000 Stellen angestrebt, so dass pro Stelle ca. 38.820 Euro pro Jahr zur Verfügung standen.⁷⁶

Rahmenbedingungen

Die gesetzlichen Regelungen zum Sonderprogramm sind grundsätzlich im §4 Abs. 10 KHEntgG verankert. In diesem wird besagt, dass eine Förderung für eine Neueinstellung bzw. eine Aufstockung von Teilzeit- zu einer Vollzeitstelle gewährleistet wird, wenn es sich um Pflegefachkräfte handelt (GKP oder GKIKP). Somit findet Hilfspersonal keine Beachtung im Pflegesonderprogramm. Ebenfalls findet keine weitere Differenzierung zwischen den Tätigkeitsbereichen der Fachkräfte statt.⁷⁷ Zusätzlich eingestelltes Personal, wird mit 90 Prozent von den Kassen gefördert. Die übrigen 10 Prozent sind von den Krankenhäusern selbst zu tragen.⁷⁸ Dies dient der Vermeidung unnötiger Personalausweitung.⁷⁹

⁷³ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2013, S. 6

⁷⁴ Vgl. Ebd., S. 5ff.

⁷⁵ Vgl. Ebd., S. 9

⁷⁶ Vgl. Ebd., S. 5f.

⁷⁷ Vgl. Rau 2010, S. 74

⁷⁸ Vgl. Ebd., S.75

⁷⁹ Vgl. Ebd.

Das jährliche Fördervolumen pro Krankenhaus ist gedeckelt, daher können bis zu 0,48% des Gesamtbetrages zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart werden. Wenn es in einem Jahr zu keiner Vereinbarung bezüglich des Förderprogrammes kommt, besteht die Möglichkeit im Folgejahr einen doppelten Betrag zu vereinbaren.⁸⁰

Für den Erhalt von Fördermitteln ist ein Übereinkommen in Schriftform mit der Arbeitnehmervertretung über die zusätzlichen Stellen vorausgesetzt. Diese eingestellten Fachkräfte sind in Vollzeitäquivalente umzurechnen und von den Kliniken nachzuweisen. Gefördert werden Neueinstellungen oder Personalaufstockungen die ab dem 30. Juni 2008 getätigt,- und im Rahmen des Übereinkommens im Krankenhaus eingesetzt werden.⁸¹ Dieses Übereinkommen ist vorrangig dafür da, um zu verhindern, dass vorerst Personal gekündigt und im Laufe des Programmes durch Fördermittel wiedereingestellt wird.⁸²

Zusätzlich besteht für Krankenhäuser die Möglichkeit, von dem vereinbarten Budget maximal fünf Prozent zum Austesten neuartiger Strukturen im Pflegebereich zu nutzen.⁸³

Die Fördermittel werden durch einen krankenhausesindividuellen Zuschlag abgerechnet und sind gesondert in den Klinikrechnungen aufzuführen. Um den genannten Zuschlag bestimmen zu können, wird ein Prozentsatz berechnet und von den Vertragsparteien (Krankenhausträger und Krankenkassen) ausgehandelt. Dieser wird ermittelt, in dem die Fördermittel in Relation zu dem Gesamtbetrag gesetzt werden. Ist eine Einigung nicht möglich, so wird eine Vertragspartei angefordert und die Schiedsstelle entscheidet.⁸⁴

Werden die vereinbarten Ziele im Rahmen des Förderprogrammes nicht eingehalten oder der Betrag anderweitig verwendet, so sind die dafür bereitgestellten Mittel zurückzuzahlen. Damit eine Überprüfung dessen

⁸⁰ Vgl. Rau 2010, S. 75

⁸¹ Vgl. Ebd., S.74

⁸² Vgl. Ebd.

⁸³ Vgl. Ebd., S.75ff.

⁸⁴ Vgl. Ebd.

möglich ist, sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet einen Nachweis über die Personalsituation zu liefern und diese durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigen zu lassen.⁸⁵

Nach Auslaufen des Pflege-Sonderprogrammes, also ab dem Jahr 2012, ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) damit beauftragt worden, Kriterien darzulegen, um gesonderte Bereiche, die eine hochaufwendige Pflege darstellen, im Fallpauschalensystem abzubilden. Damit sollte eine höhere Vergütung dieser Leistungen zu ermöglicht werden.⁸⁶ Die zugeflossenen Finanzmittel aus dem Jahre 2011 sollten den Krankenhäusern weiterhin zu Verfügung stehen. Diese entstandenen Zulagen werden daher im Landesbasisfallwert berücksichtigt.⁸⁷

Ergebnisbetrachtung

Der Abschlussbericht des GKV-SV zum 30.06.2013 stellt folgendes fest: Von allen geforderten Personalplänen liegen zum 30.06.2008 87 Prozent der Unterlagen vor, davon sind 16,6 Prozent ohne Nachweis. Von den restlichen 13 Prozent wurden keine Daten übermittelt. Daraufhin ist festzustellen, dass 29,6 Prozent der Kliniken dem Nachweis nicht korrekt oder gar nicht nachgekommen sind. Der GKV-SV schließt somit auf eine unzureichende Ausformulierung der Nachweispflicht während der Durchführung des Programmes. Hier ist zukünftig deutschlandweit eine konforme Bestimmung von Nöten.⁸⁸ Dennoch wird festgestellt, dass insgesamt zwei Drittel aller Krankenhäuser mindestens in einem der drei Jahre Fördermittel bezogen haben.⁸⁹

Werden die finanziellen Mittel des Sonderprogrammes im Verlauf betrachtet, so wurden im ersten Jahr 185.2 Mio. Euro zwischen den Vertragspartnern vereinbart, während im zweiten Jahr weitere 186.4 Mio. Euro bereitgestellt wurden. Im dritten und damit letzten Jahr kam es zu

⁸⁵ Vgl. Rau 2010, S. 75ff.

⁸⁶ Vgl. Ebd., S.77

⁸⁷ Vgl. Ebd.

⁸⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2013, S. 11f.

⁸⁹ Vgl. Ebd., S. 2

erneuten 164.2 Mio. Euro. Innerhalb des Zeitraumes ergab sich ein Förderungsbetrag für die Krankenhäuser von rund 1.1 Milliarden Euro, wie aus Tabelle 1 zu entnehmen ist. Damit wurde der vorerst veranschlagte finanzielle Rahmen des Sonderprogrammes von 660 Mio. Euro im Jahr 2011 nicht vollständig ausgeschöpft.

Tabelle 1: Zusätzlich vereinbarte Finanzmittel im Programmzeitraum in Mio. Euro⁹⁰

	2009	2009 - 2010	2009 - 2011	kumuliert
2011			164,2	
2010		186,4	186,4	
2009	185,2	185,2	185,2	
gesamt	185,2	371,6	535,8	1.092,6

Wird die Anzahl der zusätzlichen Stellen betrachtet, welches das Hauptziel des Programms darstellte, ist von den veranschlagten 17.000 zusätzlichen Stellen ein Pflegepersonalzuwachs von 15.343 Vollzeitstellen erreicht worden.⁹¹

Den Kliniken wurde die Möglichkeit geboten, neuartige Strukturen bezüglich des Arbeitsablaufes von einem Teil der Fördergelder zu testen. Dies wurde im Laufe der Zeit vermehrt in Anspruch genommen, hat sich jedoch nicht prägnant geäußert.⁹²

4.1.2 Pflegestellen- Förderprogramm und Pflege-Zuschlag

Ziel und Hintergrund

Die Situation spitzte sich im Jahre 2015 für Krankenhäuser weiter zu, hinsichtlich des finanziellen Wirtschaftens und den damit einhergehenden ansteigenden Investitionsstaus. Hinzu kam, dass eine Verbesserung der Personalsituation ebenfalls nicht zu erkennen war. Die vakanten Stellen in den Pflegebereichen sind weiterhin nur beschwerlich angemessen

⁹⁰ GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2013, S. 37

⁹¹ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2013, S. 21

⁹² Vgl. Ebd., S. 29

zu besetzen gewesen. Dieses könnte sich Nachteilig auf die Qualität der Pflege am Patienten auswirken. Da dem Markt wenig Personal zur Verfügung stand, ist dies nun kostenintensiver vor zu finden.⁹³

Mit der Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) kam es zu einem erneuten, zweiten Pflegeprogramm. Dieses Mal sollte unter dem Namen *Pflegestellen-Förderprogramm*, welches im weitesten Sinne als eine erneute Version des vergangenen Pflege-Sonderprogrammes zu verstehen ist, den Problemen in der Pflege noch stärker entgegen gewirkt werden. Als weitere unterstützende Maßnahme wird ein Pflegezuschlag eingeführt.⁹⁴

Da die Regelungen des Pflegestellen-Förderprogramm dem Pflege-Sonderprogramm ähneln, werden folgend in Tabelle 2 die wesentlichen getroffenen Änderungen veranschaulicht. Verglichen mit dem ersten Programm wurde dieses Mal die Hälfte der Fördermittel zur Verfügung gestellt. Die finanziellen Mittel werden sukzessiv jährlich angehoben, so dass ab dem Jahr 2018 den Kliniken nachhaltig eine Summe von 330 Mio. Euro zufließt.⁹⁵ Daraus resultierend soll ein Stellenzuwachs von bis zu 6.300 zusätzlichen Stellen ermöglicht werden.⁹⁶

⁹³ Vgl. Augurzky 2017, S. 3ff.

⁹⁴ Vgl. Simon 2016, S. 74ff.

⁹⁵ Vgl. Rau 2015, S. 1126

⁹⁶ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2018b, S. 6

Tabelle 2: Wesentliche Unterschiede zwischen dem Sonder- und Förderprogramm⁹⁷

	Sonderprogramm	Förderprogramm
Zeitraum:	2009 – 2011	2016 - 2018
Veranschlagte Fördersumme:	2009 <220 Mio. Euro 2010 <440 Mio. Euro Ab 2011 dauerhaft < 660Mio. Euro	2016 <110 Mio. Euro 2017 <220 Mio. Euro Ab 2018 dauerhaft <330 Mio. Euro
Anteil arbeitsorganisatorische Maßnahmen:	5 %	entfällt
Anteil je Krankenhaus:	0,48 % des Gesamtbetrages	0,15 % des Gesamtbetrages
Anteil für Folgejahr, wenn im Vorjahr kein Betrag vereinbart wurde:	Bis zu 0,96 % des Gesamtbetrages	Bis zu 0,3 % des Gesamtbetrages
Förderung für:	Pflegepersonal insgesamt	Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen
Ziel an zusätzlichen Stellen:	Bis zu 17.000 Stellen	Bis zu 6.300 Stellen

Unterstützt wird das Förderprogramm durch einen Pflegezuschlag. Dieser gilt als Ersatz für den Versorgungszuschlag und wurde ab 2017 eingeführt, um ebenfalls die pflegerische Situation in Krankenhäusern im Sinne des KHEntgG zu verbessern. Hierfür waren Finanzmittel in der Höhe von 500 Mio. Euro vorgesehen, die den Krankenhäusern anteilig über einen individuell ermittelten Zuschlag pro Behandlungsfall zufließen.⁹⁸

⁹⁷ Eigene Darstellung in Anlehnung an Kapitel 4.1.1 und Kapitel 4.1.2

⁹⁸ Vgl. Simon 2016, S. 76ff.

Rahmenbedingungen

In Bezug darauf, dass das Pflegestellen-Förderprogramm ein wiederholtes abgeändertes Programm darstellt, werden die wesentliche Änderungen des oben ausführlich beschriebenen Programms angegeben. Dies bedeutet, dass von einer erneuten detaillierten Darstellung der Rahmenbedingungen ist abzusehen und dem Kapitel 4.1.1 zu entnehmen ist.

Im Gegensatz zum Sonderprogramm sollen in dem Förderprogramm explizit die Pflegefachkräfte am Patientenbett, also auf den Stationen angesprochen werden. Dementsprechend sind Fachkräfte des Funktions- und Verwaltungsdienstes ausgegrenzt. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber klar definiert, dass ein Ausweichen für Krankenhäuser durch Stellen im Funktionsdienst nicht vorgesehen ist.⁹⁹

Ergebnisbetrachtung

Eindeutige Schlüsse können bis dato nicht gezogen werden, da das Förderprogramm erst im Jahre 2018 ausläuft. Daher steht ein Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes noch aus und zuverlässige Aussagen sind noch abzuwarten. Die getroffenen Aussagen basieren häufig aufgrund von Hochrechnungen. Aus diesem Grund gilt es den zweiten Bericht zu betrachten, welcher die Jahre 2016/2017 aufgreift.¹⁰⁰

Von insgesamt 1.516 befugten Krankenhäusern haben 75 Prozent eine Vereinbarung für das Förderprogramm getroffen.¹⁰¹ Zum derzeitigen Stand sind in den ersten zwei Jahren rund 157 Mio. Euro von geplanten 220 Mio. Euro geflossen. Davon sind im Jahr 2017 96,9 Mio. Euro zu verzeichnen. Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich feststellen, dass die finanziellen Mittel bisher nicht vollständig ausgereizt werden. Diese Summe entspricht einer Schaffung von ca. 2.516 zusätzlichen Stellen. Durch Testate der Wirtschaftsprüfer liegen bereits 2016 knapp 1.553 geschaffenen Stellen für Pflegefachkräfte vor.¹⁰²

⁹⁹ Vgl. Simon 2016, S. 74ff.

¹⁰⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2018b, S. 26

¹⁰¹ Vgl. Ebd., S. 14

¹⁰² Vgl. Ebd., S. 26f.

Trotz dessen, dass das Pflegestellen-Förderprogramm noch nicht abgeschlossen ist, wurden bereits Stellungnahmen zu diesem Programm kund gegeben. So stellt Simon fest, dass im vergangenen Programm vermehrt Gelder in die Stellenbesetzung des Funktionsdienstes flossen, welches nicht vorrangig das Ziel war. Auf Grund dessen wurde diesmal explizit im Gesetz verankert, dass die Mittel für bettenführende Stationen vorgesehen sind.¹⁰³

Im Mittelpunkt bleiben zwei Probleme hinsichtlich der beiden Maßnahmen im Sinne des KHSG. Das erste Problem ist die Distribution der Fördergelder, da diese nicht auf Basis eines fundierten Pflege- und Personalbedarfes stattfindet. Bei dem zweiten Problem handelt es sich um das Fehlen einer Regelung zum Vorhalten einer adäquaten Besetzung des Pflegepersonals. Dadurch können Mittel nicht problemorientiert eingesetzt werden und finden woanders vorrangig Anwendung.¹⁰⁴

4.1.3 Sofortprogramm-Pflege

Ziele und Gesetzesvorhaben

In Betracht dessen, dass die Ausbildungs- sowie Personalzahlen in der Pflege angestiegen sind, jedoch nicht ausreichend sind um die gestiegene Arbeitsbelastung und der verbundene Ausstieg aus diesen Berufen zu decken, soll mit Einführung des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) eine deutlich verbesserte Situation der Pflege herbeigeführt werden.¹⁰⁵ Zu diesem Gesetz, welches zu Beginn des Jahres 2019 in Kraft tritt¹⁰⁶, gehört das *Sofortprogramm-Pflege*.¹⁰⁷

Verbesserungen für die Pflege im Krankenhaus sollen im Wesentlichen durch folgende Punkte geschaffen werden: Die Kosten für *jede neue Pflegekraft oder erweiterte Pflegepersonalstelle auf bettenführenden*

¹⁰³ Vgl. Simon 2016, S. 74

¹⁰⁴ Vgl. Ebd., S. 78

¹⁰⁵ Vgl. S. 1, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz-PpSG)

¹⁰⁶ Vgl. Ebd., S. 121

¹⁰⁷ Vgl. Ebd., S. 1

Stationen, soll demnächst *vollständig* von den Kostenträgern, also den Krankenkassen *refinanziert* werden. Dadurch erhält das bestehende Pflegestellen-Förderprogramm Erneuerungen und Weiterentwicklungen für die kommenden Jahre.¹⁰⁸

Es wird von einem Veranschlagen einer Maximalfördersumme abgesehen und die *Kostenträger übernehmen* hier die Kosten zu *100 Prozent*,¹⁰⁹ womit sich die Kostenbeteiligung seitens der Kliniken von den bisherigen zehn Prozent erübrigt. Zudem sind die Mittel für Pflegepersonal für die bettenführenden Stationen vorgesehen, welches wie in den Programmen vorab durch einen Nachweis des Wirtschaftsprüfers bestätigt werden muss.¹¹⁰ Der mit dem Förderprogramm entstandene Pflegezuschlag findet bei zu Beginn des Jahres 2020 aufgenommenen Patienten keine Anwendung mehr.¹¹¹

Tarifsteigerung wurden bisher zu 50 Prozent von den Kostenträgern übernommen, wodurch wurde in einigen Fällen ein Ausgleich der Kosten durch Personalkürzungen geschaffen wurde. Um diesen entgegenzuwirken, werden *Tarifsteigerungen*, welche ab dem Jahr 2018 stattfanden, von den Krankenkassen *rückwirkend im Ganzen finanziert*. Die dadurch hinzukommenden Gelder sollen ebenfalls in die Pflege fließen, wofür ebenfalls ein Nachweis zu erfolgen hat. Andernfalls wird eine Rückzahlung an die Kostenträger fällig.¹¹²

Als weitere Maßnahme werden für die Häuser jeweils die Personalkosten, sowie der individuelle Personalbedarf im Pflegebereich ermittelt. Daraus ergibt sich *zukünftig ein Pflegebudget*, welches durch die Kostenträger finanziert wird. Hierfür ist es notwendig, die Pflegepersonalkosten von der bisherigen Vergütung (Diagnosebezogene Fallpauschalen) zu

¹⁰⁸ Vgl. S. 36, PpSG

¹⁰⁹ Vgl. Ebd., S. 42

¹¹⁰ Vgl. Ebd., S. 24

¹¹¹ Vgl. Ebd., S. 37

¹¹² Vgl. Ebd., S. 44

lösen. Dies führt *ab dem Jahr 2020* dazu, dass die Pflegepersonalkosten separat zu den Fallpauschalen vergütet werden.¹¹³

Vergütungen von Auszubildenden der Berufe GKP, GKiKP sowie Hilfskräfte in der Krankenpflege werden im ersten Ausbildungsjahr *vollständig refinanziert*. Dies hat den Hintergrund, dass Auszubildende im ersten Lehrjahr den Betrieb nur bedingt entlasten, weshalb diese künftig vollständig und nicht, wie bisher zum Teil, refinanziert werden. Daraus wird erhofft, dass die Krankenhäuser anregt werden, ihre Ausbildungszahlen zu steigern.¹¹⁴ Ebenfalls sollen Fördermittel durch den Krankenhausstrukturfonds¹¹⁵ in die Ausbildungsstätten fließen und vermehrt die Möglichkeiten von zusätzlichen Ausbildungsplätzen in Pflegeberufen geschaffen werden. Des Weiteren kann durch Mittel des Fonds die Digitalisierung fortschreiten und eine bessere Vernetzung erfolgen.¹¹⁶

Da sich auf Grund von Rahmenbedingungen des Pflegepersonals häufig ein kompatibles *Gestalten zwischen Pflege, Familie und Beruf* als schwierig erweist, ist es Krankenhäusern gemeinsam mit der Personalvertretung möglich, *verbesserte Bedingungen* zu schaffen. Hierfür können 50 Prozent des benötigten Aufwands, welche für Veränderungen anfallen in einer Zeitspanne von sechs Jahren aus den Geldern der Krankenkassen genutzt werden.¹¹⁷

Für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gilt es *verbindlich in die betriebliche Gesundheitsförderung* zu investieren. Hierfür werden mehr als 70 Mio. Euro vorgesehen, damit wird der derzeit vorgeschriebene Mindestsatz von 2.15 Euro auf 3.15 Euro pro Jahr und Teilnehmenden angehoben. Damit die erforderliche Hilfestellung gewährleistet werden

¹¹³Vgl. S. 45 PpSG

¹¹⁴ Vgl. Ebd., S.38

¹¹⁵ Der Krankenhausstrukturfonds, welcher ebenfalls mit dem KHSG eingeführt wurde, wird mit dem PpSG beibehalten und weiterentwickelt.

¹¹⁶ Vgl. S. 43f. PpSG

¹¹⁷ Vgl. Ebd., S. 24

kann, werden die Krankenkassen regional als Koordinierungsstellen tätig sein.¹¹⁸

Ab 2020 wird das INeK jährlich damit beauftragt einen *Pflegepersonalquotienten* zu ermitteln. Dieser Quotient legt das Verhältnis der Zahl der Pflegekräfte und dem anfallenden Pflegeaufwand dar, auf dessen Grundlage eine Pflegepersonaluntergrenze beschlossen wird, um die Sicherheit der Patienten hinsichtlich der pflegerischen Versorgung nicht zu gefährden.¹¹⁹

Ergebnisbetrachtung

Auf Grund der Aktualität können bisher lediglich Äußerungen aufgegriffen werden, wobei bezüglich des Sofortprogramms größtenteils positive Resonanz festzustellen ist. Beispielsweise befürworten der Deutsche Pflegerat (DPR) oder der DBfK, dass hierbei Maßnahmen für die Arbeitsbedingungen von Pflegenden ergriffen werden.¹²⁰ Ebenfalls befürwortet der AOK-Bundesverband das Abschaffen des Pflegezuschlags und sieht die Kosten in der Pflege mit Hilfe eines Budgets als ausreichend abgedeckt.¹²¹

Negative Äußerungen trifft Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in einer Pressemitteilung und gibt folgende Anmerkungen: Kritisch sei, dass die Maßnahmen, wie das Einführen des Pflegebudgets nicht ausreichend und die Auswirkungen auf die Pflege ungewiss seien. Die Häuser sollten eigenständig in der Lage sein, die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals zu verbessern.¹²²

Des Weiteren fordert Baum die komplette Refinanzierung von Tarifierhebungen seitens der Krankenkassen. Dabei ist er der Auffassung, dass das gesamte Personal im Krankenhaus hierbei Berücksichtigung finden sollte. Diese Refinanzierung allein beim Pflegepersonal zu belassen sei

¹¹⁸Vgl. S. 40 PpSG

¹¹⁹ Vgl. Ebd., S. 20f.

¹²⁰ Vgl. Kempa 2018a, S. 7

¹²¹ Vgl. AOK-Bundesverband 2018, S. 63

¹²² Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.) 2018, o. S.

ungerechtfertigt.¹²³ Der AOK-Bundesverband berichtet über eine überflüssige Übernahme der Tarifsteigerungen zu 100 Prozent aber auch zu 50 Prozent und weist darauf hin, dass diese bereits in der Krankenhausfinanzierung Berücksichtigung finden. Daneben wird ein Ausmaß von Tarifverhandlungen erwartet, da die Personalausgaben weitergereicht und nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen. Daraus werden Folgen für die Kostenträger über mehrere Millionen befürchtet.¹²⁴

Auf deutliche Kritik stößt der Ansatz, wie der Personalbedarf ermittelt werden soll. Somit bemängelt der DPR die Präzision bezüglich des Krankenhausbereiches im Sofortprogramm. Dieser vermisst ein obligatorisches Instrument für das Kalkulieren des Arbeitskräftebedarfes in der Pflege. Hierfür schlägt der DPR vor, die abgeschaffte Pflegepersonalrechnung zu überarbeiten.¹²⁵

Ebenfalls wird nach einem adäquaten Instrument, welches die Ist-Situation des Pflegebedarfes eines Patienten einbezieht, verlangt. Dieser Meinung ist ebenfalls der Präsident der Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz. Deutschland würde somit im Europäischen Raum weiterhin eine schlechte Personaldecke aufweisen.¹²⁶

Der DBfK vermutet, dass es zu einer Umverteilung des Pflegepersonals in den einzelnen Bereichen des Krankenhauses kommt, weil die Personaluntergrenzen für bestimmte Bereiche vorgesehen sind. Generell werden weitere Stellenkürzungen durch diese Maßnahme erwartet, da Befürchtungen auftreten, dass dies zu einer Mindestbesetzung führen kann.¹²⁷ Der GKV-SV sowie der AOK-Bundesverband vermissen eine Erweiterung der Personaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche.¹²⁸

¹²³ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.) 2018, o. S

¹²⁴ Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.) 2018, S. 66f.

¹²⁵ Vgl. o. V. 2018, S. 66)

¹²⁶ Vgl. N.E. 2018, S. 6

¹²⁷ Vgl. Teigeler 2018, S. 30

¹²⁸ Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.) 2018, S. 1; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2018a, S. 43

4.1.4 Pflegeberufegesetz

In Kapitel 3 wurden bereits die verschiedenen Berufsbezeichnungen von Fachkräften in der Pflege erläutert. Diese Berufsbezeichnungen, sowie die Ausbildung, werden derzeit neugestaltet. So wurde im Juli 2017 das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe verabschiedet, welches einen generalistischen Ausbildungsweg der Pflegeberufe in Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege vorsieht.¹²⁹

Damit einher wird das Pflegeberufegesetz ab dem 01.01.2020 vollständig in Kraft treten und grundlegende Veränderungen der Ausbildung mit sich bringen. Generalistik bedeutet in diesem Fall, dass die Auszubildenden in der Pflege die ersten zwei Jahre gemeinsam durchlaufen. Dabei bietet sich dann im dritten und somit letzten Ausbildungsjahr die Option, die generalistische Ausbildung fortzuführen und am Ende die Berufsbezeichnung Pflegefachmann/-frau zu tragen oder aber den Schwerpunkt der Ausbildung auf die Kinderkrankenpflege oder Altenpflege zu legen und die Berufsbezeichnung Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger zu erhalten. Bei Pflegefachmännern/ -frauen werden die Schüler im theoretischen sowie im praktischen auf die verschiedenen Sektoren der Pflege vorbereitet und finden in der Europäischen Union automatisch Anerkennung.¹³⁰ Der Ablauf ist in Abbildung 5 für ein besseres Verständnis verdeutlicht.

¹²⁹ Vgl. Kempa 2018b, S. 10f.

¹³⁰ Vgl. Ebd., S. 10ff.

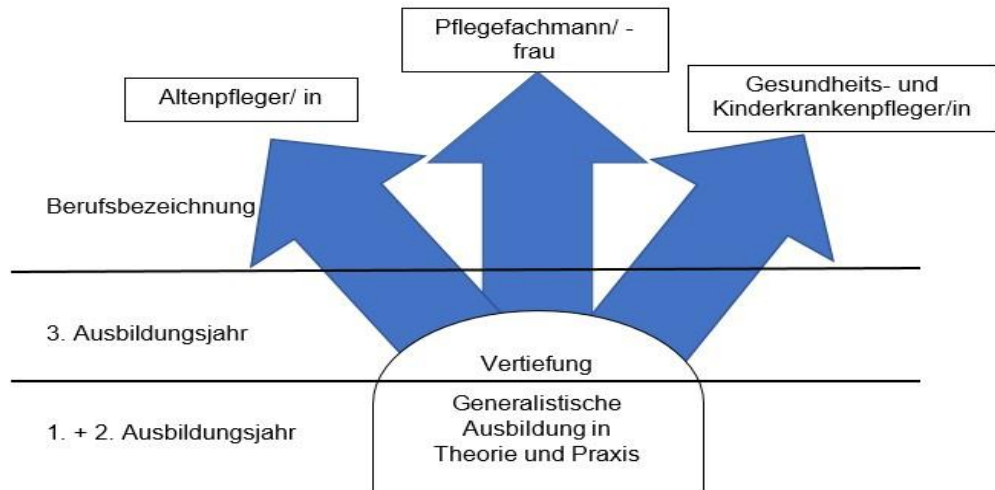


Abbildung 5: Fachschulische Pflegeausbildung ab 2020¹³¹

Als Zugangsvoraussetzung gilt weiterhin der mittlere Schulabschluss. Nach zwei Drittel der Ausbildung findet eine Zwischenprüfung statt. Wird diese nicht bestanden, oder abgebrochen, führt dies nicht automatisch zum Ausschuss des Pflegeberufes, sondern die Schüler können weiterhin in der Praxis als Pflegehilfskräfte tätig sein.¹³² Um dies zu ermöglichen, ist die Anerkennung den Ländern vorbehalten (vgl. § 7 Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV¹³³).

Im Pflegeberufegesetz sind erstmals Tätigkeiten niedergeschrieben, die explizit durch Fachpersonal auszuführen sind. Neben der oben genannten fachschulischen Ausbildung ist es möglich eine hochschulische Pflegeausbildung von mindestens drei Jahren zu absolvieren und so ebenfalls die Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ frau führen zu können inklusive des akademischen Grades. Durch beide Maßnahmen (fachschulische und akademische Ausbildung), soll die Attraktivität von Pflegeberufen gesteigert und auf diese Weise dem Fachkräftemangel entgegen gewirkt werden.¹³⁴

¹³¹ Eigene Darstellung

¹³² Vgl. Vogler 2018, S. 48f.

¹³³ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung – PflAPrV), BGBl. Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34

¹³⁴ Vgl. Ebd., S. 8ff.

Ein erster Ausbildungsgang der beiden Ausbildungsmöglichkeiten wird im Jahr 2020 angestrebt.¹³⁵ Finanziert wird die fachschulische Ausbildung zukünftig durch ein Umlageverfahren innerhalb der einzelnen Bundesländer. In diesen Fond zahlen Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Pflegeversicherung sowie das zuständige Land ein. Die Strukturierung und Verwaltung wird auf Landesebene geregelt (vgl. § 26 Abs. 1, 2 & 3; § 28 Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG¹³⁶).

Ergebnisbetrachtung

Daraus resultierend, dass die Ausbildung im Jahr 2020 umgesetzt wird, können bisher einzig kritische Äußerungen aufgenommen werden, welche in Kapitel 5 im Rahmen einer Diskussion aufgegriffen werden,

Im Jahr 2026 wird das Ministerium für Gesundheit evaluieren, zu welchem Abschluss die Auszubildenden tendieren. Die daraus gewonnene Erkenntnis wird dann entscheidend für die zukünftige Ausbildung sein. Daraus wird entschieden, ob die Ausbildungszweige der Alten-, sowie der Kinderkrankenpflege weiter fortgeführt werden.¹³⁷

¹³⁵ Vgl. Kempa 2018b, S. 11

¹³⁶ Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG), BGBl. Jahrgang 2017, Teil I, Nr. 49

¹³⁷ Vgl. Hilbert 2017, S. 29

4.2 Landesebene

4.2.1 Pflegekammer

Vor mittlerweile über 100 Jahren trat bereits der Wunsch nach Selbstverwaltung in den Pflegeberufen durch Agnes Karll auf, welche als Reformerin der Krankenpflege in Deutschland gilt. Ebenfalls sind seit jeher Pflegekammern weltweit vorzufinden. Das Interesse an einer Pflegekammer in Deutschland trat erst in den 90er Jahren vermehrt in den Vordergrund.¹³⁸

Eine Pflegeberufekammer übernimmt die Selbstverwaltung innerhalb der Berufsgruppe und ist elementar auf Landesebene zu organisieren. Somit kann die Gründung einer Bundespflegekammer nur erfolgen, wenn die einzelnen Landeskammern sich verbünden. Als oberstes Ziel einer Pflegekammer gilt es, eine fachgerechte Pflege der Bevölkerung sicherzustellen, basierend auf dem derzeitigen empirischen Wissensstand.¹³⁹ Um ihr Ziel adäquat verfolgen zu können, ist es wichtig, dass der zuständigen Kammer Aufgaben übertragen werden. Diese hat Lücke gruppiert und sind in Tabelle 3 vorzufinden.

Auf der einen Seite ist eine Pflegekammer als Ansprechpartner in der Politik vertreten und kann bei Gesetzen und Verordnungen die die Pflege betreffen mitwirken. Auf der anderen Seite steht diesen Fachkräften beratend bei pflegespezifischen Fragen zur Seite und ist für die Regelungen von Fort- und Weiterbildungen zuständig.

¹³⁸ Vgl. Lücke 2014, S. 330

¹³⁹ Vgl. Ebd., S. 328

Tabelle 3: Die Aufgaben einer Pflegekammer¹⁴⁰

Aufgaben einer Pflegekammer
<p>Unterstützung des pflegerischen Handelns</p> <ul style="list-style-type: none"> - Festlegung der Berufsordnung - Entwicklung von ethischen Standards - Definition und Aktualisierung der Qualitätsstandards - Information der Berufsangehörigen über neue Leitlinien und Standards
<p>Unterstützung im Berufsalltag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung in spezifischen pflegfachlichen Fragen - Unterstützung bei Problemen der Berufsausübung
<p>Rechtsberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung zu berufsrechtlichen Fragen - Schlichtungsausschuss zur Vermittlung in Streitfällen
<p>Organisation der Fort- und Weiterbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualifizierte Weiterbildung - Erstellung der Weiterbildungsordnung - Förderung qualifizierten Fortbildungen - Online – Fortbildungsplattform - Bereitstellung einer Online – Weiterbildungsplattform
<p>Berufspolitische Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einfluss auf berufspolitische Entwicklungen - Mitarbeit bei pflegerelevanten Gesetzen und Verordnungen - Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen - Einbindung der Mitglieder

Das konkrete Errichten von Pflegekammern innerhalb Deutschlands wird erst seit den letzten Jahren verstärkt kontrovers diskutiert. Dies hat dazu geführt, dass sich die erste Pflegekammer in Rheinland-Pfalz etabliert hat und zu Beginn des Jahres 2016 ihren Aufgaben widmen konnte.

Ebenfalls ist zu erkennen, dass die weitere Umsetzung von Pflegekammern in Schleswig-Holstein sowie Niedersachsen in diesem Jahr erfolgte, wohingegen in vier der 16 Bundesländern aktuell Maßnahmen zur

¹⁴⁰ Vgl. Lücke 2014, S. 329

Entscheidungsfindung der Pflegekammern stattfinden. Konkrete Ergebnisse sind hier also noch abzuwarten. Keine Aktivitäten sind hingegen in den neun übrigen Bundesländern zu verzeichnen.¹⁴¹

4.2.2 Kampagnen und weitere Initiativen

Auf Länderebene schließen sich derzeit die Angestellten aus dem Pflegebereich zusammen und organisieren Streiks, Kampagnen oder Bündnisse, damit die Bevölkerung und vielmehr die Politik auf die Dringlichkeit der Änderungen im Pflegeberuf hingewiesen werden.

Wird Niedersachsen als Beispiel herangezogen, so wurde unter anderem die Kommunikationskampagne *2/Drittel* Niedersachsen Mitte des Jahres 2013 ins Leben gerufen. Seitdem werden mit Hilfe unterschiedlicher Leitsätze in den vergangenen Jahren Schwerpunkte gesetzt um auf die heikle Situation der niedersächsischen Krankenhäuser aufmerksam zu machen. Im Rahmen dessen entstand 2016 eine symbolische Initiative in Hannover für eine Aufstockung der Investitionsmittel, welche mehr als 180 defekte Stationsbetten auf dem Rathausvorplatz positionierte. Im Jahr 2017 hat eine weitere Aktion durch *2/Drittel* Niedersachsen stattgefunden, wobei 180 Aufsteller in Apothekergestalt diesmal vor dem Landtag aufgestellt wurden. Hierbei handelt es sich um die angekündigte Reform des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG) die Stationsapotheker in Krankenhäusern vorsieht. Dies ist laut Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft zufolge nicht umsetzbar und würde zu Lasten der Personalkosten gehen. Stattdessen wird Entlastung der bürokratischen Tätigkeiten und mehr Zeit für die Patientenversorgung gefordert.¹⁴²

Um die generalistische Ausbildung im Bundesland adäquat einleiten und umsetzen zu können, wurde die sogenannte *Ausbildungsallianz Niedersachsen* durch alle beteiligten Einrichtungen gegründet. Hierbei sind

¹⁴¹ Vgl. Lücke 2018, S. 34f.

¹⁴² Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V. (Hrsg.) 2017, o. S.

sämtliche Pflegeschulen, Kommunen, Wohlfahrtsverbände Niedersachsens und die Krankenhausgesellschaft engagiert um die Rahmenbedingungen, sowie die Attraktivität rund um die Pflegeausbildung größtmöglich auszubauen. Dadurch soll das Image verbessert und dem Personal-mangel mit zusätzlichem Nachwuchs entgegen gewirkt werden.¹⁴³

4.3 Krankenhäuser

4.3.1 Leiharbeit¹⁴⁴

Wie bereits beschrieben sind einige Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene erfolgt oder werden derzeit gegründet. Daher wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit konkret geschildert, mit welchen Maßnahmen die Krankenhäuser bemüht sind, ihren Pflegefachkräftebedarf weiterhin sicherzustellen. Da Maßnahmen wie das Abwerben von Fachpersonal aus anderen Häusern, durch beispielsweise Kopfprämien, lediglich ein Verschieben der Personaldecke auslöst, wird darauf verzichtet, diese in der Arbeit aufzuführen. Vielmehr wird darauf eingegangen, dass Krankenhäuser ihre freien Personalstellen durch das Heranziehen von Leiharbeit oder aber durch Anwerben von internationalem Personal erfolgt.

Die Tendenz, Leiharbeit im Pflegebereich einzusetzen, ist steigend.¹⁴⁵ Unter Leiharbeit wird ein dreiseitiges Vertrags- bzw. Beschäftigungsverhältnis verstanden. Hierbei stellt ein Leiharbeitsunternehmen die Arbeitskraft seines Angestellten einem externen Kunden für einen vereinbarten Zeitrahmen zur Verfügung.¹⁴⁶ Dies ist in Abbildung 6 visualisiert abgebildet. Das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz bildet die rechtliche Basis für die Leiharbeit.¹⁴⁷

¹⁴³ Vgl. Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V. (Hrsg.) 2018 o. S.

¹⁴⁴ Andere Begriffe für diese Beschäftigungsform, die in der Regel synonym benutzt werden, sind Zeitarbeit, Arbeitnehmerüberlassung oder auch Personalleasing.

¹⁴⁵ Vgl. Weber 2017, S. 18

¹⁴⁶ Vgl. Ebd.

¹⁴⁷ Vgl. Ebd.

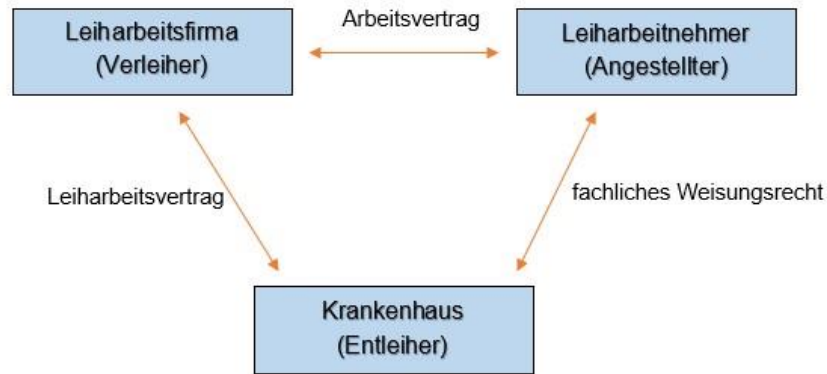


Abbildung 6: Dreiseitiges Vertrags- und Beschäftigungsverhältnis

Die Beschäftigungsform der Zeitarbeit wird häufig herangezogen, um kurzfristige Personaldefizite der Stammbeslegschaft auszugleichen. Ebenfalls wenden Krankenhäuser sich an Leiharbeitsfirmen, um neues Personal anzuwerben. Auf der einen Seite besteht dadurch die Möglichkeit, dass Leiharbeiter sich einen Eindruck über den möglichen zukünftigen Arbeitgeber verschaffen können, auf der anderen Seite spart das Krankenhaus Rekrutierungsmaßnahmen, da zum Beispiel Veröffentlichungen von Stellenausschreibungen und ausufernde Vorstellungsgespräche wegfallen. Des Weiteren tendieren Krankenhäuser zum Leiharbeitsfirmen, da es so möglich ist, den Personalkostenaufwand und die damit einhergehende Bürokratie zu minimieren.¹⁴⁸

Für Fachkräfte bietet die Zeitarbeit viele Vorteile hinsichtlich der Arbeitsbelastung. Bei der Arbeitszeitorganisation finden Wünsche der Arbeitnehmer häufig mehr Beachtung als direkte Vereinbarungen im Krankenhaus. So ist es beispielsweise möglich, den Arbeitseinsatz auf bestimmte Tage oder Arbeitszeiten zu begrenzen.¹⁴⁹ Darüber hinaus können durch den Einstieg in Leiharbeitsunternehmen die eigenen Qualifikationen weiter ausgebaut werden, da unterschiedliche Einsatzorte durchlaufen werden. Andererseits kann es jedoch vorkommen, dass Zeitarbeiter auf einen geringen Zuspruch der Teamkollegen in den Einrichtungen treffen,

¹⁴⁸ Vgl. Bräutigam et al. 2010, S. 22ff.

¹⁴⁹ Vgl. Weber 2017, S. 18

da diese häufig erst eingearbeitet werden müssen und ihre Tätigkeitsdauer begrenzt ist.¹⁵⁰

In Bezug auf die Qualität der Krankenhausleistungen durch Zeitarbeitnehmer treten Bedenken auf, da in einigen Fällen eine unzureichende Einarbeitung aus unterschiedlichen Gründen stattfindet, bei denen allgemeine und komplexe Abläufe nicht vermittelt werden. Aus diesem Grund ist es empfehlenswert, die Leiharbeitnehmer in standardisierten Abteilungen wie beispielsweise dem Operationsbereich einzusetzen, als auf bettenführenden Stationen.¹⁵¹

4.3.2 Rekrutierung ausländischen Personals

Auf Grund der heutzutage auftretenden Probleme bei der adäquaten Besetzung offener Personalstellen in der Pflege und somit auch in Krankenhäusern, wird Personal über Deutschland hinaus rekrutiert. Dabei ist zu beachten, dass bereits europaweit Personalknappheit herrscht und daraus resultierend häufig auf Entwicklungsländer zurückgegriffen wird, da in diesen eine hohe Bereitschaft vorzufinden ist, für einen Arbeitsplatz das Land zu verlassen.¹⁵²

Wichtig ist es, Kontakt zu den potenziellen Fachkräften herzustellen. Dies erfolgt in erster Linie über interne Unternehmensbeziehungen, gefolgt von Initiativbewerbungen, die die Einrichtung erreichen. Auffallend weniger werden Rekrutierungswege durch staatliche Hilfe, private Personaldienstleistungsfirmen oder des internationalen Stellenmarktes genutzt. Hierbei scheinen die Unternehmen der Pflegebranchen die Wege mit möglichst geringem Aufwand zu bevorzugen. Zusätzlichen Aufwand stellen hier Dauer, Kosten und Qualität der Rekrutierung dar.¹⁵³

¹⁵⁰ Vgl. Bräutigam et al. 2010, S. 25ff.

¹⁵¹ Vgl. Ebd., S. 29f.

¹⁵² Vgl. Biebeler/Körbel/Pierenkemper 2016, S. 48

¹⁵³ Vgl. Bonin/Braeseke/Ganserer 2015, S. 44

Die Rekrutierung erfolgt derzeit auf zwei unterschiedlichen Wegen. Der erste Weg beinhaltet, dass die ausländischen Kräfte die Ausbildung in Deutschland durchlaufen. Hierbei gibt es die Option einer Ausbildungsverkürzung, wofür notwendig ist, dass die besagte Person bereits eine pflegerische Ausbildung erfolgreich im Heimatland absolviert hat. Einerseits entsteht bei dieser Variante der Einstellung hoher Aufwand, hinsichtlich der Finanzierung und Dauer, bis eine qualifizierte Fachkraft zur Verfügung steht, da mitgebrachte Vorerfahrungen wenig anerkannt werden, auf der anderen Seite können im Rahmen der Ausbildung sprachliche Barrieren minimiert werden.

Der zweite Weg bezieht mitgebrachte fachbezogene Abschlüsse ein und ermöglicht eine auf Antrag gestellte Anpassungsqualifizierung. Diese verlangt zwar von dem angeworbenen Personal eine Kenntnisprüfung, sowie einen Nachweis über Sprachkenntnisse, bringt jedoch einen deutlich schnelleren Praxiseinsatz als Fachkraft mit sich.¹⁵⁴

Bevor die Person den Weg nach Deutschland antreten kann und sich für einen der oben genannten Wege entschieden wird, kommt es häufig zu Komplikationen. Hierbei ist zwischen innerhalb und außerhalb der Europäischen Union auf Grund des Verwaltungsaktes zu unterscheiden. Unabhängig davon ist jedoch die Problematik mit dem anfallenden bürokratischen Aufwand, sprachlichen Barrieren, gesetzliche Bedenken sowie ordnungsgemäßes Einschätzen von Qualifikationen der Bewerber. Außerhalb der europäischen Union ist die berufliche Anerkennung von ausländischen Qualifikationen deutlich schwieriger als innerhalb. Ebenso verhält es sich mit dem Erhalten einer Einwanderungserlaubnis.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Vgl. Biebeler/Körbel/Pierenkemper 2016, S. 49f.

¹⁵⁵ Vgl. Bonin/Braeseke/Ganserer 2015, S. 44f.

4.3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Pflegefachkräfte sind ständig mit Krankheiten der Patienten konfrontiert, weshalb es wichtig ist, die Gesundheit der Pflegenden nicht aus dem Augenmerk zu verlieren. Daher erhält die Einführung einer betrieblichen Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert unter den Pflegekräften.¹⁵⁶

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bildet einen Teilbereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Die Einführung ist für die Unternehmen bisher nicht zwingend, im Gegensatz zu der Handhabung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes oder des Eingliederungsmanagements.¹⁵⁷ Durch die BGF in Krankenhäusern sollen die spezifischen Arbeitsbelastungen gesenkt werden und darüber hinaus die Beschäftigten zu selbstständigen und gesundheitsbewussten Methoden animiert werden. Dabei wird gezielt betrachtet, welche Maßnahmen getroffen werden können, um psychische und physische Belastungen zu senken. Als Beispiel können eine gesundheitsorientierte Personalpolitik, wie veränderte Arbeitszeitmodelle, positiv auf die Mitarbeitergesundheit wirken.¹⁵⁸

In Krankenhäusern sind des Öfteren BGF- Angebote vorzufinden, dies liegt zum einen an der Unternehmensgröße, zum anderen an dem nahen Gesundheitsbezug der Beschäftigten. Denn je größer das Unternehmen, desto häufiger sind gesundheitsfördernde Aktivitäten vorzufinden. Anzumerken ist, dass eine verstärkte Annahme und Implementierung von BGF in Bezug zu den Vorjahren nicht vorzufinden ist, welches an unzureichenden Information hinsichtlich positiver Effekte durch BGF hindeuten kann.¹⁵⁹ Diese sind im komplexen Krankenhaussystem vielmehr durch subjektives Empfinden und an vereinzelt positiven Erfahrungen zu messen, als an objektiven Ergebnissen.¹⁶⁰ Außerdem ist hervorzuheben, dass im Bereich der Pflegenden, sobald die Möglichkeiten einer

¹⁵⁶ Vgl. Kliner et al. 2017, S. 11

¹⁵⁷ Vgl. Happach 2013, S. 15f.

¹⁵⁸ Vgl. Ebd., S. 21

¹⁵⁹ Vgl. Kliner et al. 2017, S. 11ff.

¹⁶⁰ Vgl. Happach 2013, S. 17

Teilnahme an BGF-Maßnahmen geboten wird, diese auch größtenteils vom Personal angenommen werden.¹⁶¹

Gesundheitsfördernde Maßnahmen spielen somit eine wichtige Rolle, um die Gesundheit der Berufsgruppe zukunftsbezogen zu beeinflussen. Daher ist die BGF ein Instrument um die Bindung des Personals an das Unternehmen zu stärken. So können die Arbeitgeberattraktivität und das Image eines Krankenhauses gesteigert und positive Effekte auf die Wirtschaftlichkeit erzielt werden.¹⁶²

¹⁶¹ Vgl. Kliner et al. 2017, S. 11

¹⁶² Vgl. Happach 2013, S. 17

5 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit werden die Maßnahmen, die auf Bundes- und Landesebene, sowie in den Krankenhäusern vor Ort gegen den Pflegefachkräftemangel ergriffen wurden, analysiert. Ziel ist es, diese den Ursachen für den Notstand gegenüberzustellen und zu untersuchen, inwiefern die Maßnahmen auf diese abzielten.

Die Arbeit in der Pflege, so lässt es sich aus den genannten Ursachen ableiten, basiert auf körperlichen und psychischen Beanspruchungen. Das Ausfallen des bestehenden Personals und die daraus resultierenden überdurchschnittlich hohen Fehltagel auf Grund der genannten Beanspruchungen zeigen die derzeitige Situation in den Krankenhäusern auf. Überstunden, psychischer und physischer Druck und eine hohe Pflegekraft-Patient-Relation lassen auf ungenügend Pflegepersonal schließen. Hinzu kommt, dass das alternde Personal wenig Nachwuchs gegenübersteht. Demnach stellt nicht nur die Problematik der Stellenbesetzung eine der Gründe für den Fachkräftemangel dar, sondern auch das Ausscheiden von bestehendem Personal aufgrund der hohen Arbeitsbelastung.

Zusammengefasst lassen sich aus den Ursachen drei bedeutende Problematiken ableiten. Der Beruf der Pflegefachkraft leidet unter

- einem Imageproblem,
- schlechten Arbeitsbedingungen,
- und veränderten Mitarbeiterressourcen.

Bei Betrachtung der auf Bundesebene getroffenen Maßnahmen zeigt sich, dass der Gesetzgeber in den vergangenen zehn Jahren drei prägnante, zielgerichtete Umstrukturierungen durch Förderprogramme, sowie eine grundlegende Veränderung der Ausbildung vorgenommen hat.

Angefangen bei dem ersten Programm, dem sogenannten *Pflege-Sonderprogramm*, ließ der Gesetzgeber für eine möglichst schnelle Einführung zu, dass vorzeitig ein Zuschlag mit den Krankenkassen vereinbart werden kann, bevor die Budgetverhandlungen stattfinden.¹⁶³ Dies zeigt,

¹⁶³ Vgl. Rau 2010, S. 76

dass dem Gesetzgeber die Dringlichkeit zur Veränderung der Personalsituation in der Pflege deutlich bewusst war. So wurden von zunächst 17.000 zusätzlich angestrebten Stellen 15.343 Stellen erreicht. Doch korrekt nachgewiesen, wie es durch die Gesetzgebung forderte, wurden lediglich 13.617 Stellen. Wird hierbei die Anzahl der Krankenhausstatistik hinzugezogen, ist gerade einmal eine Anzahl von zusätzlichen 8.200 Vollzeitstellen zu verzeichnen. Diese hatten zudem ihren Einsatz größtenteils im Funktionsdienst gefunden und entsprachen insofern nicht dem Bestreben des Gesetzgebers.¹⁶⁴

Da der Programmserfolg und seine Nachhaltigkeit nur unzureichend überprüft werden konnte, bestand die Chance für Krankenhäuser darin, Personal durch die Fördermittel einzustellen, dieses jedoch nicht langfristig zu beschäftigen. Damit die finanziellen Mittel aus dem Sonderprogramm weiterhin den Krankenhäusern zu Gute kommen, wurde eine Anhebung des Landesbasisfallwertes und somit ein Zufluss über Fallpauschalen festgelegt. Daraus resultierend erhielten ebenso jene Krankenhäuser zusätzliche Mittel, die keine Beteiligung am Sonderprogramm zeigten. Außerdem konnte die Mittelverwendung für den Pflegedienst innerhalb der Häuser nicht kontrolliert werden.¹⁶⁵ Der AOK Bundesverband kritisiert die Anhebung des Landesbasisfallwertes. Der Grund hierfür ist, dass im Landesbasisfallwert, im Orientierungswert, sowie über Mehrleistungen Personalkostensteigerungen und damit auch die tarifbedingten Kostensteigerungen der Pflege bereits in der Krankenhausfinanzierung abgebildet werden.¹⁶⁶

Ebenfalls stößt häufig auf Kritik die unzureichende Nachweispflicht über die Mittelverwendung in den Krankenhäusern. Das Sonderprogramm basiert auf dem Hintergrund des Stellenabbaus, statt auf einer adäquat ermittelten Personalbedarfsrechnung, um so eine Grundlage für die Anzahl zusätzlicher Stellen zu schaffen.¹⁶⁷ In Anbetracht dessen, dass wenige

¹⁶⁴ Vgl. Simon 2016, S. 74ff.

¹⁶⁵ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), 2013, S. 38

¹⁶⁶ Vgl. AOK-Bundesverband (Hrsg.) 2018, S. 66ff.

¹⁶⁷ Vgl. Burmann et al., 2011 S. 28ff.

Krankenhäuser darauf besonnen waren, die bereitgestellten Fördergelder für das Testen neuartiger Organisationsstrukturen zu verwenden, könnte dies auf ein ungenügendes Bewusstsein der Häuser hinsichtlich der persönlichen Belange der Angestellten schließen.¹⁶⁸

Gegen den Rat des GKV-SV, welcher von einem erneuten Programm abgeraten hat¹⁶⁹ wurde ein weiteres Programm ins Leben gerufen. Bei dem Pflegestellen-Förderprogramm hat der Gesetzgeber sich der Kritik des Sonderprogrammes angenommen und ein erneutes, überarbeitetes Programm veranlasst.

Die Nachweispflicht der Krankenhäuser wurde demnach verschärft. Zusätzliche Stellen sind differenzierter auszuweisen, indem einerseits die Stellen in der Pflege als Summe und andererseits die der besetzten Stellen der Pflegefachkräfte auf den Stationen aufgeführt werden sollen. Des Weiteren steht in diesem Programm das Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen im Fokus. Der GKV-SV verbleibt mit der Kritik, dass eine Einsicht in die Versorgungstransparenz notwendig ist, um so die tatsächlich am Patienten erbrachten Leistungen zu überprüfen. Hierdurch wäre eine Einsicht in die Mittelverwendung auf bettenführenden Stationen erst möglich, so der GKV-SV.¹⁷⁰

Der Pflegezuschlag, der Kliniken ein Inzertiv zum Aufstocken des Personals geben, oder zumindest dem kürzen der Belegschaft entgegenwirken soll, bietet laut Simon einen Trugschluss. Er zeigt die lukrative wirtschaftliche Wirkung der Personalentlassung, trotz Pflegezuschlag, auf. Da keine Zweckbindung mit dem Pflegezuschlag einher geht, bedeutet dies, dass bei einem Personalabbau immer noch Gelder des Pflegezuschlags in die Häuser fließen. Anstatt die Personalsituation in der Pflege zu verbessern, könnten die Häuser beispielsweise zusätzliches ärztliches Personal einstellen oder anderweitige Investitionen tätigen.¹⁷¹

¹⁶⁸ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.), 2013, S. 2

¹⁶⁹ Vgl. Ebd., S. 38

¹⁷⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2018, S. 26ff.

¹⁷¹ Vgl. Simon 2016, S. 77f.

Zu dem dritten und noch einzuführendem Programm wurden ebenfalls bereits Kritikpunkte geäußert. Bei Betrachtung dieser Maßnahmen auf Bundesebene ist deutlich zu erkennen, dass die weiteren Programme auf dem ersten basieren und darauf zurückgreifen. Eine Verschärfung des Fachkräftenotstandes ist über diesen Zeitraum dennoch zu beobachten. So wurde die Möglichkeit von Fördermittel für arbeitsorganisatorische Maßnahmen nach dem Sonderprogramm vernachlässigt. Hierbei äußert sich der wirtschaftliche Druck der Häuser, welcher die Arbeitsbedingungen des Personals in den Hintergrund stellt.

Vielmehr scheint es, als wurden diese von 2009 bis 2011 in den Hintergrund gestellt und hauptsächlich Maßnahmen berücksichtigt, die auf den Personalabbau abzielten. Diese verhelfen den Krankenhäusern zwar zu einer verbesserten Finanzsituation, jedoch zeigte dies nur bedingt Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung, da die Situation sich über diesen Zeitraum weiterhin verschärft hat.

Mit dem Sofortprogramm, welches 2019 Anwendung finden soll, findet die Einführung eines Pflegepersonalquotienten statt. Auf Kritik stößt hierbei die alleinige Verwendung dessen für die pflegesensitiven Bereiche, da hierbei die Patientensicherheit nur bedingt gewährleistet werden kann. Vielmehr sollte dieser auf alle Bereiche des Krankenhauses ausgeweitet werden. Bei Personalvorgaben einzig in pflegesensitiven Bereichen des Krankenhauses, könnten diese zur Einhaltung umgangen werden, in dem Patienten in Bereiche außerhalb dieser Vorgaben verlegt werden. Ebenfalls fragwürdig ist der Zeitraum, für den die Personalvorgaben angewendet werden, da beispielsweise eine Anwendung pro Quartal den Krankenhäusern mehr Spielraum bei der Personalplanung bieten würde als pro Schicht.

Die Kritik, dass Personalvorgaben von Untergrenzen zu Obergrenzen werden könnten, wird nicht gesehen. Denn wenn diese auf fundierten Kenntnissen des Pflegeaufwands und dem daraus schließenden Personalbedarf basieren und Krankenhäuser diese Grenzen nicht umgehen

können, ist eine Begrenzung auch im Sinne einer Obergrenze dennoch zweckmäßig.

Positiv zu verzeichnen ist, dass mit dem Sofortprogramm und mit Einführen eines Pflegeberufgesetzes der Nachwuchs an Pflegefachkräften besondere Beachtung findet. Mit der Maßnahme der generalistischen, sowie der akademischen Ausbildung, erlangen die Pflegeberufe wichtige Fortschritte im Sinne einer Professionalisierung. Durch eine gemeinsame Ausbildung erfahren die einzelnen Fachbereiche mehr Akzeptanz füreinander, wodurch das Bilden einer professionellen Einheit möglich ist. Erstmals werden den Fachkräften bestimmte Aufgaben vorbehalten, welches ein Aufwerten der Berufsgruppe bewirken könnte.

Weiter ist als positiv zu verzeichnen, dass der Abschluss zum Pflegefachmann/ -frau innerhalb der europäischen Union anerkannt wird. Somit wird der Pflegefachkraft ein breiteres Tätigkeitsspektrum bezüglich des Einsatzbereiches und des Einsatzortes, beispielsweise im europäischen Ausland, geboten. Auf europäischer Ebene besteht außerdem die Möglichkeit, einen besseren Vergleich der Situationen in anderen Ländern herzustellen. Diese Anerkennung wird jedoch GKIKP und Altenpfleger verwehrt bleiben.¹⁷² Ebenfalls nachteilig für die Attraktivität des Bildungsweges und zugleich beeinträchtigend für die Professionalisierung wird die mit der Zwischenprüfung verbundene Qualifizierung zur Pflegehilfskraft betrachtet.¹⁷³

Durch die Umstrukturierungen und Zusammenlegung der Ausbildungsberufe in der Pflege treffen die Schulen auf besondere Herausforderungen. So gilt es, frühzeitig den Lehrplan an die zukünftige Ausbildung anzupassen. Neben den zusätzlichen Ausbildungsinhalten für den Nachwuchs gilt es das Lehrpersonal entsprechend zu schulen. Im praktischen Teil der Ausbildung treffen die Auszubildenden auf Fachkräfte. Hier ist es wichtig, dass bei den Fachkräften das Ausbilden des Nachwuchses an

¹⁷² Vgl. Vogler 2018, S. 48ff.

¹⁷³ Vgl. Ebd.

Bedeutung und Zustimmung zunimmt, so dass ein Unterweisen der Lehrlinge in dem Alltag fest integriert wird, so der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e. V.¹⁷⁴

Insgesamt ist festzuhalten, dass auf Bundesebene die Pflege vermehrt in den Vordergrund tritt. Im Laufe der vergangenen Jahre wird zunehmend auf die Krankenhauspflege eingegangen und Maßnahmen getroffen, um die Situation zu verbessern. Vom anfänglichen Stellenaufbau finden im zukünftigen Programm erstmals die Gesundheitsförderung gesetzlich Anwendung. Dies lässt auf die Anerkennung und notwendige Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten schließen, nicht zuletzt aufgrund der steigenden Bedeutung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft.

Somit lässt sich festhalten, dass der Gesetzgeber entsprechende Impulse setzt, um auf die Ursachen des Fachkräftemangels abzielen. Beachtung findet die Schaffung von zusätzlichen Stellen, womit eine Entlastung der physischen und psychischen Arbeitsbelastung geschaffen werden kann. Des Weiteren ist durch eine verbesserte Personalsituation auf den Stationen eine Verringerung der Überstunden möglich. Die Krankenhäuser können hierdurch animiert werden, vermehrt auszubilden und somit Nachwuchs generieren. Durch die Übernahme von Tarifsteigerungen der Beschäftigten seitens der Krankenkassen wird die Verdienstlandschaft aufgebessert, was eine vermehrte Wertschätzung mit sich bringt und sich positiv auf das Image der Pflegeberufe auswirkt.

Auf Landesebene konnten durch Umfragen bei den Beschäftigten in der Pflege bereits einige Pflegekammern ins Leben gerufen werden. Pflegekammern bieten die Möglichkeit, demokratisch legitimiert ein Gehör in der Öffentlichkeit und der Politik für die Berufsgruppe zu schaffen.

Zu erkennen ist, dass die einzelnen Länder unterschiedliche Grundhaltungen hierzu zeigen. So sind in Thüringen derzeit keine weiteren Maßnahmen geplant, jedoch steht die Politik einer Pflegekammer positiv gegenüber. In Berlin hingegen zeigte eine Umfrage Zuspruch, die Thematik

¹⁷⁴ Vgl. Vogler 2018, S. 48ff.

wird trotz dessen derzeit nicht verstärkt diskutiert, wobei sich politisch bereits gegen eine Kammer geäußert wurde.¹⁷⁵

Auf Kritik stößt häufig die mit der Pflegekammer verbundene Pflichtmitgliedschaft und der Beitrag¹⁷⁶, so eine Umfrage von 1.103 ausgebildeten Pflegenden, in der gerade einmal 36 Prozent für das etablieren einer Pflegekammer in Hamburg stimmten.¹⁷⁷ Ebenfalls wurden von den Befragten keine bedeutsamen Vorzüge gesehen.¹⁷⁸ Dabei ist deutlich zu erkennen, dass unter den Befragten mehr als die Hälfte nicht oder unzureichend über die Thematik einer Pflegekammer informiert waren.¹⁷⁹ Das Beispiel in Hamburg zeigt, wie wichtig es ist die Pflegenden angemessen zu informieren, denn eine Finanzierung durch die Beiträge der Pflegenden bewirkt Unabhängigkeit. Hierbei gilt es die eigene Stimme zu erheben, um Veränderungen für das eigene Berufsfeld zu bewirken.

Dennoch bleibt es abzuwarten, wie die derzeitigen Pflegekammern sich etablieren, da diese als Vorreiter für zukünftige Entscheidungen in anderen Bundesländern eine wichtige Rolle spielen werden. Dass Veränderungen für die Beschäftigten in der Pflege notwendig sind, zeigen die Kampagnen und Zusammenschlüsse in den einzelnen Ländern. Es werden verbesserte Arbeitsbedingungen gefordert und bestätigt, dass die Pflegenden ihre Stimmen erheben und nicht weiter der Ökonomie anpassen.

Im direkten Kontakt zu den Krankenpflegefachkräften stehen die Krankenhäuser als ihre Arbeitsgeber. Diese stehen seit jeher unter dem Druck Kosten zu senken, was einen jahrelangen Personalabbau zu Folge hatte. Vermehrt werden die Krankenhäuser nun mit dem aktuellen Fachkräftemangel konfrontiert. So besteht die Problematik derzeit nicht, wie die

¹⁷⁵ Vgl. Lücke 2018, S. 35

¹⁷⁶ Vgl. Liljeberg 2014, S. 15

¹⁷⁷ Vgl. Ebd., S. 12

¹⁷⁸ Vgl. Ebd., S. 15

¹⁷⁹ Vgl. Ebd., S. 12

Jahre zuvor, Personal zu kürzen, sondern es werden Fachkräfte händelringend gesucht. Dies zwingt die Kliniken, vermehrt das Augenmerk auf dem Pflegebereich zu legen.

Durch die benannten Maßnahmen in Kapitel 4.3 ist zu erkennen, dass durch den Einsatz von Leiharbeitnehmern und Rekrutierung von ausländischem Personal die Gewinnung von neuen, zusätzlichen Personal eingesetzt wird. Leiharbeitnehmer können sich im Laufe ihres Einsatzes ausreichend Eindrücke über die Einrichtung sammeln. Personal, welches über die Leiharbeitsfirmen in den Häusern beschäftigt wird, arbeitet eng mit dem Stammpersonal zusammen. Hierbei ist es besonders wichtig, das vorhandene Personal an das Unternehmen emotional zu binden, da dieses zu einer Imageaufwertung des Hauses verhelfen kann.

Mit der Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung wird eine Personalbindung bezweckt. Die Beschäftigten sollen sich umsorgt und wertgeschätzt fühlen und die BGF kann punktuell an den Belastungen, welche mit dem Beruf einhergehen, anknüpfen. Es können der Umgang mit Tod und Kranken in Gesprächskreisen verarbeitet werden oder durch einen externen Coach Workshops zur Teamentwicklung stattfinden. Die Beschäftigten verbinden positive Erlebnisse mit dem Arbeitsplatz und haben die Möglichkeit für einen Ausgleich vom Berufsalltag. Da die Krankenhäuser im direkten Kontakt zu Fachkräften stehen und ohne Pflegefachkräfte die Patientenversorgung nicht gewährleistet werden könnte, sind die Maßnahmen zur Erhaltung der physischen und psychischen von hoher Bedeutung.

Diese Arbeit zeigt auf, dass die Pflege einen Wandel durchlebt. Die Ursachen, welche das Einführen von Gegenmaßnahmen erst notwendig gemacht hat, zeigen, dass die Arbeit in der Fachkrankenpflege besondere Arbeitsbedingungen mit sich bringt. So sind Kontraktionen wie Schichtarbeit, körperliche Tätigkeiten oder der Umgang mit Kranken und dem Tod unumgänglich. Dennoch gilt es, diese möglichst angenehm zu gestalten. Die physische und psychische Gesundheit der Mitarbeiter

setzt dem Fachkräftemangel zusätzlich zu. Denn kranke Mitarbeiter bedeuten fehlendes Personal, welches die verbleibende Belegschaft abfangen muss. Flexible Arbeitszeitmodelle, in denen die privaten Verpflichtungen Berücksichtigung finden und Mitarbeitergespräche, um die Beschäftigten bei zukünftigen Maßnahmen mit einzubinden, bieten Möglichkeiten, die Pflege in ihr Tätigkeitsgebiet mit einzubinden. Dadurch, dass die Krankenpflegefachkräfte mit ihrem Arbeitsumfeld bestens vertraut sind, können diese für zukünftige Veränderungen einen wertvollen Beitrag leisten.

Die Maßnahmen, die vom Gesetzgeber getroffen werden, sind eindeutige Zeichen. Die Personalsituation soll verbessert werden, denn erst wenn ausreichend geschultes Fachpersonal vorhanden ist, können Maßnahmen wie die BGF umfassend greifen. Die Fachkräftesituation ist enorm angespannt und bereits seit langem von einem schlechten Image betroffen. Daraus resultiert, dass der Nachwuchs nicht in eine Branche einsteigen möchte, bei der in der aktuellen Presse negative Schlagwörter wie Überstunden, geringe Wertschätzung, psychisches und physisches Leiden für einen geringen Verdienst kursieren.

Die bisherigen Ergebnisse auf Bundesebene zeigen zwar Wirkung, jedoch zu gering, um dem Fachkräftemangel ausreichend entgegen zu wirken. Da den Krankenhäusern zu wenig qualifiziertes Personal zur Verfügung steht, sehen sich die Häuser gezwungen, geringer qualifiziertes Personal einzustellen, weshalb das Risiko einer sinkenden Pflegequalität besteht. Die Wirkungen des Pflegeberufgesetzes bleiben abzuwarten, dennoch sind die Umstrukturierung zu begrüßen, da sie deutliche Veränderungen vorsehen.

Zeitgleich muss das Image des Pflegeberufes einen Wechsel durchleben. Hierfür sollte auf allen drei Ebenen stark durchgegriffen werden, denn der Nachwuchs ist existentiell für die folgenden Jahre. Die Pflege muss den Stellenwert in der Gesellschaft erhalten, der ihr zu steht. Im

Mittelpunkt steht die Gesundheit der Bevölkerung. Somit kann jede einzelne Person zukünftig unter den Folgen des Pflegefachkräftemangels leiden.

Ungewissheit besteht über die exakte Anzahl der vakanten Stellen, die der Arbeitsagentur vorliegen, da diese kaum Fachkräfte für die Vermittlung zu Verfügung haben. Dies könnte darauf deuten, dass das tatsächliche Ausmaß des Fachkräftemangels angespannter ist als angenommen. Um die aktuelle Situation darzustellen, ist eine Forschung über die tatsächlich verfügbaren Stellen in den Häusern von hoher Bedeutung.

Des Weiteren ist es wichtig, die Stimme der Pflegenden in der Öffentlichkeit anzuerkennen, damit die Situation deutlich wird und Änderungsvorschläge angenommen werden können. Nur wenn Klarheit über die Lage der Krankenfachkräfte vorliegt, können gezielt Maßnahmen auf die Schwächen ausgehandelt werden.

6 Schlussbetrachtung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels trifft die Gesundheitsbranche zunehmend auf besondere Herausforderungen. Dies bedeutet, dass neben steigender Lebenserwartung und der damit einhergehenden Multimorbidität Personalengpässe, sowie rückläufige Nachwuchszahlen zu verzeichnen sind. Dieses wirkt sich negativ auf die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Krankenhäusern aus.

Daher galt es mit der vorliegenden Arbeit die Frage zu beantworten, inwiefern die Maßnahmen, die dem Pfl egenotstand entgegenwirken sollen, auf die Ursachen des Fachkräftemangels abzielen.

Hierfür erfolgte zunächst eine Analyse der Ursachen. Bei näherer Betrachtung dieser zeigten sich deutliche physische und psychische Belastungen, sowie Beeinträchtigungen durch die Arbeitszeiten als ursächlich. Weiterhin fand im Sinne der Ursachen eine Betrachtung der Verdienstlandschaft und die der Nachwuchssituation statt. Dabei deuten die Ursachen auf drei Problematiken der derzeitigen Situation der Pflegefachkraft hin. Diese lassen sich unterteilen in ein Imageproblem, schlechte Arbeitsbedingungen und veränderte Mitarbeiterressourcen.

Dem gegenüber wurden die getroffenen Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene, sowie in den Krankenhäusern festgehalten und umfassend dargestellt. Hier wurde aufgezeigt, dass die vom Gesetzgeber getroffenen Maßnahmen zunächst an den langjährigen Personalabbau anknüpften und weiter ausgebaut wurden, sodass der Nachwuchs und die Gesundheit der Mitarbeiter vermehrt Beachtung finden. Auf Landesebene findet nach und nach das Einführen von Pflegekammern statt, ebenfalls organisiert sich die Berufsgruppe zu Bündnissen oder Initiativen zusammen. Die Krankenhäuser, welche im direkten Kontakt zu den Pflegekräften stehen, setzen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ein, um so Personal an den Arbeitsgeber zu binden. Um ebenfalls zusätzliches Personal zu akquirieren, werden Leiharbeitsunternehmen und Personal aus dem Ausland herangezogen.

Prägnant wurde durch die Beantwortung der Forschungsfrage, dass unterschiedliche Daten bezüglich der aktuellen Personalsituation vorliegen. Ebenfalls geben Studien zu der zukünftigen Situation unterschiedliche Prognosen. Daher ist es von besonderer Bedeutung, die Fachkräftesituation in der Pflege klar abbilden zu können.

Es ist zu beobachten, dass getroffene Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen zunehmend tiefer auf die Gesundheit der Beschäftigten abzielen. Dies ist besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass diese überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten aufweisen. Dieser Personalausfall muss von der übrigen Belegschaft abgefangen werden und schafft zusätzliches Arbeitspensum.

Positiv festzustellen ist, dass die Pflegenden durch die Pflegekammern oder auch durch Kampagnen vermehrt Gehör in der Politik finden und so eine Mitgestaltung der Situation möglich wird.

Mit dieser Arbeit lässt sich aufzeigen, dass die Maßnahmen zwar auf die Ursachen des Mangels abzielen, hierbei jedoch nicht außer Acht gelassen werden darf, dass diese nicht ausreichend sind. Trotz der getroffenen Maßnahmen nimmt die Anspannung unter den Pflegefachkräften weiterhin zu. Grund hierfür ist, die hohe Komplexität der Sachlage, an der schnellstmögliche Änderungen für eine langfristige Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung nötig sind. Daher muss, bevor weitere Maßnahmen entwickelt werden, vorerst die genaue Situation abgebildet werden, zumal Unklarheit über den tatsächlichen Pflegefachkräftebedarf besteht.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- AOK-Bundesverband** (Hrsg.) (2018): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit am 11.07.2018. Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 25.6.2018, Berlin
- Augurzky, B.** (2017): Krankenhausversorgung nach dem KHSG - noch weitere Herausforderungen?, in: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017, Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart, S. 3–12
- Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer M.** (Hrsg.) (2015): Fehlzeiten-Report 2015, Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement, Berlin/Heidelberg
- Baumer, A.** (2017): Pressemitteilung: BWKG-Indikator 1/2017: Personalmangel alarmierend, Stuttgart
- Beermann, B./Kretschmer, V.** (2015): Schichtarbeit und Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Meyer M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015, Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement, Berlin/Heidelberg, S. 205–214
- Biebeler, H./Körbel, M./Pierenkemper, S.** (2016): Rekrutierung internationaler Krankenpflegekräfte- berufliche Anerkennung oder Ausbildung in Deutschland, in: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP), Nr. 3, S. 48–51
- Bienstein, C./Mayer, H.** (2014): Nachts im Krankenhaus, in: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 5, S. 428–433
- Bispinck, R./Dribbusch, H./Öz, F.** (2013): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Düsseldorf
- Bogai, D./Seibert, H./Wiethölter, D.** (2017): Beschäftigte in den Pflegeberufen, Bedeutung, Strukturmerkmale, Entwicklung und Perspektiven, in: Kliner, K./Rennert, D./Richter M./Bogai, D. (Hrsg.): Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen, BKK Gesundheitsatlas 2017, Berlin, S. 93–102.
- Bonin, H./Braeseke, G./Ganserer, A.** (2015): Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche, Gütersloh
- Bräutigam, C./Dahlbeck, E./Enstel, P./Evans, M./Hilbert, J.** (2010): Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege, Düsseldorf

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2018): Berufsbildungsbericht, Bonn

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2018): Gesundheits- und Krankenpflegehelfer, Rechtliche Regelungen, <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index?path=null/kurzbeschreibung/rechtlicheregelungen&dkz=30191&such=Gesundheits+und+Krankenpflegehelfer%2Fin.>, Stand: 31.10.2018, Zuletzt geprüft am: 05.11.2018

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2018): Gesundheits- und Krankenpflege, Zugang zur Ausbildung, <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/faces/index?path=null/suchergebnis/kurzbeschreibung/zugangzurausbildung&dkz=27357&such=gesundheits+und+krankenpfleger>, Stand: 31.10.2018, Zuletzt geprüft am 05.11.2018

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.) (2018): Entgeltatlas 2016, Entgelte für „Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“, 25.07.2018, https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/faces/index.jspx?_afLoop=12289581155761852&_afWindowMode=0&_afWindowId=jkihkf0c4&_adf.ctrl-state=8rxh9rcby_1&beruf=Gesundheits+und%2BKrankenpflege., Stand: 27.07.2018, Zuletzt geprüft am 05.11.2018

Burmans, S./Göbel, T./Wehner, C. (2011): Weniger Stress auf Station. Pflege-Sonderprogramm«, in: Gesundheit und Gesellschaft (G + G) das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft, Nr. 3, S. 28–31

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.) (2018): Pressemitteilung: DKG zur Bundesratsberatung zum Pflegepersonalstärkungsgesetz "500-Millionen-Euro-Kürzung ist nicht akzeptabel", Berlin

Eichhorst, W./Linckh, C. (2017): Die Arbeitswelt im Wandel: Konsequenzen für das Gesundheitswesen, in: Pröhl, J./ Loo, M. van (Hrsg.): Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus, Berlin, S. 15–26

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonalstärkungsgesetz – PpSG), BTag-Drucks. 19/4453 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Bundestag.pdf

Frank, T./Grimm, C. (2010): Beschäftigungsstatistik: Sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte, Nürnberg

- GKV-Spitzenverband** (Hrsg.) (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011), Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- GKV-Spitzenverband** (Hrsg.) (2018a): Neue Datenbasis ermöglicht die Festlegung von Personaluntergrenzen in vier pflegesensitiven Krankenhausbereichen – Gutachten veröffentlicht, Berlin.
- GKV-Spitzenverband** (Hrsg.) (2018b): Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegestellen-Förderprogramm in den Förderjahren 2016 und 2017. an das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Görres, S.** (2010): "Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten" - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes, Bremen
- Grobe, T.** (2015): Depressionsatlas. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen, Hamburg
- Güntürk-Kuhl, B./Hall A./ Helmrich R./ Koscheck S./Leppelmeier I./Maier T./ Tiemann M.** (2016): Working Paper Forschungsförderung. Attraktivität und Zukunftsaussichten in den Berufsfeldern Pflege und Erziehung, Düsseldorf.
- Halbe, B./Münzel, H./Preusker, U./Rau, F.** (Hrsg.) (2010): Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), Auswirkungen für Krankenhäuser, Heidelberg
- Hämel, K./ Schaeffer D.** (2012): Fachkräftemangel in der Pflege - viel diskutiert, politisch ignoriert?, in: *Gesundheits-und Sozialpolitik*, H. 1, S. 41–49.
- Happach, R.** (2013): Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Schmidt, C./ Bauer, J. / Schmidt, K./ Bauer, M., Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten, Berlin, S. 15–22
- Hasselhorn, H.-M.** (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, Bremerhaven
- Hilbert, J.** (2017): Arbeitsplatz Krankenhaus im Wandel am Beispiel von Baustellen und Perspektiven der Berufsgruppe Pflege, in: Pröhl J./Loo, M. van (Hrsg.), Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus, Berlin 2017, S. 27–38.

- Isfort, M./Weidner F./Kraus S./Neuhaus A./Köster V.-H./Gehlen D.** (2010): Pflege-Thermometer 2009, Eine bundesweite Befragung zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Köln
- Jacobs, P.** (2012): 60 Jahre Pflegenotstand: Ein Blick zurück im Zorn, in: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 7, S. 636–639
- Joiko K./Schmauder M./Wolff G.** (2010): Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. Erkennen - Gestalten, 5. Aufl., Dortmund
- Kempa, S.** (2018a): Und was sagt die Pflege? Erste Reaktionen, in: Pflegezeitschrift, Nr. 7, S. 7
- Kempa, S.** (2018b): Update Pflegeausbildung: Generalistik auf einem guten Weg, in: Pflegezeitschrift, Nr. 7 S. 10–12.
- Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J.** (Hrsg.) (2017): Krankenhaus-Report 2017, Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart, S. 3–12.
- Kliner, K./Rennert D./Richter M./Bogai D.** (Hrsg.) (2017): Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen, BKK Gesundheitsatlas 2017, Berlin
- Köllner, V.** (2015): Psychisch krank in der Pflege, Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation, Bonn
- Liljeberg, H.** (2014): Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur Errichtung einer Pflegekammer in Hamburg, Hamburg
- Lücke, S.** (2014): Historische Chance, in: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 4, S. 328–331.
- Lücke, S.** (2018): Pflegekammer: Wo stehen die Bundesländer?, in: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 9, S. 34–35.
- N., E.** (2018): Personaluntergrenzen in Kliniken, Deutliche Kritik an Spahns Verordnung, in: Pflegezeitschrift, Nr. 10, S. 6.
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V.** (Hrsg.) (2017): Niedersachsen sucht den Stationsapotheker, Hannover
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e. V.** (Hrsg.) (2018): Pressemitteilung: Stärkung der Ausbildung von Pflegekräften in Niedersachsen, Hannover

- Niedersächsisches Kultusministerium** (2013): Rahmenrichtlinien Pflegeassistenz. Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich, Theorie in der berufsqualifizierenden Berufsfachschule, Hannover
- o. V.** (2018): Weg frei für 13.000 neue Pflegestellen, in: Das Pflegemagazin, Nr. 9, S. 66.
- Obermeier, T.** (2018): Fachkräftemangel, 30.10.2018, <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/178757/fachkraeftemangel>, Stand: 31.01.2014, Zuletzt geprüft am: 05.11.2018
- Pröiß J./Loo, M. van** (Hrsg.) (2017): Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus, Berlin
- Rau, F.** (2010): Grundzüge des KHRG, in: Halbe, B./Münzel, H./Preusker, U./Rau, F. (Hrsg.), Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), Auswirkungen für Krankenhäuser, Heidelberg, S. 62–119.
- Rau, F.** (2015): Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: Das Krankenhaus, Nr. 12, S. 1121–1139.
- Rothe, I./Schütte M./ Windel A.** (2014): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Praktisches Gestaltungswissen ist gefragt, in: BAuA Aktuell, Nr. 3, S. 1–16.
- Schmidt, C./ Bauer, J./Schmidt, K./Bauer, M.** (Hrsg.) (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus, Strukturen, Prozesse und das Arbeiten im Team gesundheitsfördernd gestalten, Berlin
- Schran, P.** (2012): Pflege und Pflegemanagement, in: C. Thielscher (Hrsg.), Medizinökonomie, Das System der medizinischen Versorgung. Band 1, Wiesbaden, S. 403–433.
- Seibert, H./Carstensen J./Wiethölter D.** (2018): Entgelte von Pflegekräften - weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen, <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/>, Stand: 16.01. 2018, Zuletzt geprüft am 05.11.2018
- Simon, M.** (2008): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung, Hannover
- Simon, M.** (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen. Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009; Studie für den Deutschen Pflegerat, Hannover

- Simon, M.** (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser, Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten, Hannover
- Simon, M.** (2016): Dürrtige Finanzspritze. Pflegestellten-Förderprogramm, in: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 1, S. 74–78
- Statistisches Bundesamt** (Hrsg.) (2018): Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Beschäftigungsart, Beruf, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_208/3/XWD_CUBE.DRI LL/_XWD_236/D.489/44462, Stand: 29.10.2018, Zuletzt geprüft am: 05.11.2016
- Statistisches Bundesamt (Destatis)** (Hrsg.) (2016): Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Destatis)** (Hrsg.) (2017): Gesundheit Personal 2015, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Destatis)** (Hrsg.) (2018): Gesundheit, Kostennachweis der Krankenhäuser 2016, Wiesbaden
- Teigeler, B.** (2018): "Es muss gehandelt werden - und zwar jetzt!", in: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 6, S. 30–33
- Thielscher, C.** (Hrsg.) (2012): Medizinökonomie, Das System der medizinischen Versorgung, Band 1, Wiesbaden
- Vogler, C.** (2018): Update: Wie viel Generalistik steckt im neuen Pflegeberufegesetz, in: Pflegezeitschrift, Nr. 1-2, S. 48–51
- Weber, M.** (2017): Reform der Arbeitnehmerüberlassung, in: Pflegezeitschrift, Nr. 10, S. 18–20
- Weidner, F./Tucman D./Jacobs P.** (2017): Studie zu "Gewalt in der Pflege", Eine fast alltägliche Erfahrung, in: Die Schwester Der Pfleger, Nr. 9, S. 14-21
- Wicker, S./Rabenau H. F./ Schachtrupp A./ Schalk R.** (2018): Arbeitsbedingte virale Infektionen in der Pflege – eine Umfrage, in: Das Gesundheitswesen, Nr. 5, S. 453–457
- Zok, K.** (2010): Gesundheitliche Beschwerden und Belastungen am Arbeitsplatz. Ergebnisse aus Beschäftigtenbefragungen, Berlin.

Anhang I: Gemeldete und gemeldete unbesetzte Ausbildungsstellen nach Berufen

Beruf (KIdB 2010)	BJ 2012/13		BJ 2013/14		BJ 2014/15		BJ 2015/16		BJ 2016/17	
	gemeldete Ausbildungsstellen	unbesetzte Ausbildungsstellen	gemeldete Ausbildungsstellen	unbesetzte Ausbildungsstellen	gemeldete Ausbildungsstellen	unbesetzte Ausbildungsstellen	gemeldete Ausbildungsstellen	unbesetzte Ausbildungsstellen	gemeldete Ausbildungsstellen	unbesetzte Ausbildungsstellen
81301 Gesundheits-, Krankenpflege (oS)-Helfer	1.105	119	972	203	808	138	729	89	1.056	77
81302 Gesundheits-, Krankenpflege (oS)-Fachkraft	16.479	543	16.704	582	16.739	549	17.650	360	19.116	742
8210 Berufe in der Altenpflege (o.S.)	13.393	591	14.021	966	15.435	1.210	17.473	1.218	18.205	1.921
Erstellungsdatum: 01.08.2018, Zentraler Statistik-Service										© Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Quellennachweis zu Anhang I

AW: Statistik Ausbildungsangebo...   **Vollansicht** 

 **Von:**  _BA-Service-Haus-Statistik-Zentraler-Statistik-Servi...  01.08.20...

 180801_Meyer  [Unbegrenzter Speicherplatz für Ihre Anlagen](#)

Sehr geehrte Frau Meyer,

bei den Pflegeberufen handelt es sich nicht um Berufsausbildungsstellen nach dem BBiG, sondern um schulische Ausbildungen. Ich habe ihnen eine Sonderauswertung erstellt, weise aber darauf hin, dass diese Daten kein Teil der amtlichen Berichterstattung sind. Bitte weisen sie darauf bei der Quellenangabe bzw. Weitergabe der Daten hin!

Die Weitergabe durch uns bereitgestellter Daten ist - auch auszugsweise - nur mit Quellenangabe
"© Bundesagentur für Arbeit" gestattet.

Mit freundlichen Grüßen

Gabriele Bytom
Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung
Hotline: 0911 179-3632
Telefon: 0911 179-2468
Telefax: 0911 179-1131
E-Mail: Gabriele.Bytom@arbeitsagentur.de
Zentraler-Statistik-Service@arbeitsagentur.de
Internet: <https://statistik.arbeitsagentur.de>

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.

Ort, Datum

Unterschrift