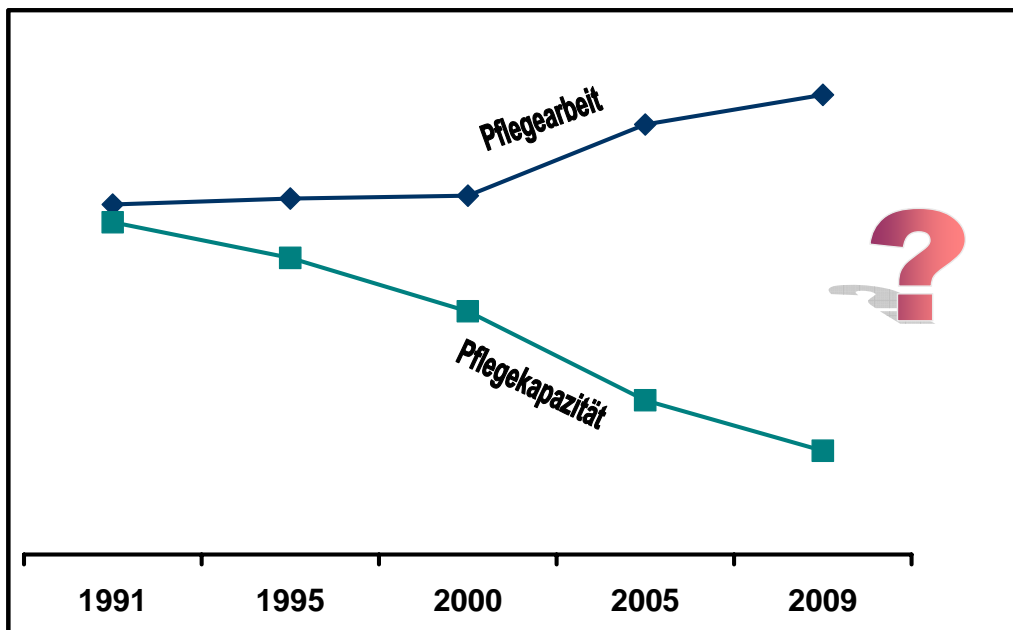


# Mehr Pflege im Krankenhaus?

Beobachtungen von DBfK-Mitgliedern zur Situation der Klinikpflege im Verlauf des Jahres 2009





**Herausgeber:**

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK)

Salzufer 6

10587 Berlin

[www.dbfk.de](http://www.dbfk.de)

Email: [dbfk@dbfk.de](mailto:dbfk@dbfk.de)

Verfasst von: Johanna Knüppel, Referentin DBfK Bundesverband

# Mehr Pflege im Krankenhaus?

**Beobachtungen von DBfK-Mitgliedern zur Situation der  
Klinikpflege im Verlauf des Jahres 2009**

Berlin, Dezember 2009

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
<b>DAS KRANKENHAUSFINANZIERUNGSREFORMGESETZ KHRG</b>	<b>6</b>
<b>AUSGANGSSITUATION</b>	<b>8</b>
<b>Aufruf der Partner des Pflegegipfels</b>	<b>9</b>
<b>Zweifel an Effekten</b>	<b>11</b>
<b>MAI 2009 – BEFRAGUNG DER PFLEGEBASIS IM DBFK</b>	<b>13</b>
<b>AUGUST 2009 – BEFRAGUNG DES PFLEGEMANAGEMENTS IM DBFK</b>	<b>19</b>
<b>Systemfehler im Gesetz</b>	<b>25</b>
<b>NOVEMBER 2009 – KURZUMFRAGE AN DER PFLEGEBASIS IM DBFK</b>	<b>26</b>
<b>FAZIT</b>	<b>34</b>
<b>DANKSAGUNG</b>	<b>40</b>

## Einleitung

Etwa eineinhalb Jahre ist es her, dass die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, für die meisten Experten doch überraschend, Mitte Juni 2008 ein Förderprogramm für mehr Pflegekapazität in den Krankenhäusern ankündigte. In einem millionenschweren Sonderprogramm in den nächsten drei Jahren, so die Ministerin, wolle sie 21.000 neue Pflegekräfte in Krankenhäusern finanzieren. Die Situation der Schwestern und Pfleger in den Krankenhäusern sei inzwischen sehr schwierig. „Die sagen alle, wir sind an der Grenze“, so Ulla Schmidt. Denn seit 1995 seien 50.000 Stellen von Pflegekräften abgebaut worden. Gleichzeitig gebe es wegen der älteren Bevölkerung auch im Krankenhaus immer mehr Patienten, die mehrere Krankheiten gleichzeitig hätten oder demenzkrank seien. Sie bräuchten mehr Zuwendung. Aber: „Es gibt nur Geld für zusätzliches Personal“, so Schmidt weiter. Man wolle gezielt Krankenhäuser unterstützen, die neue Wege gehen wollten. Das Geld solle nicht mit der Gießkanne verteilt werden.

Nach vielen Jahren drastischen Personalabbaus der Pflege in den Krankenhäusern klang diese Botschaft beinahe zu schön um wahr zu sein. Sollte sich tatsächlich eine neue Priorisierung vom Diktat der Ökonomie weg hin zu mehr Patientenorientierung und –sicherheit abzeichnen? Allerdings war der Ankündigung ein unübersehbarer Denkanstoß vorausgegangen: Der DBfK hatte gemeinsam mit ver.di eine bundesweite Unterschriftenaktion gegen Personalabbau in der Pflege durchgeführt, die ein starkes Medien-echo ausgelöst und tausende von Pflegekräften mobilisiert hatte. Am 5. Juni 2008, wenige Tage also vor Ankündigung des Sonderprogramms, waren 185.000 Unterschriften samt Erfahrungsberichten von Pflegenden aus ihrem Alltag mit Forderungen nach Verbesserung an die Ministerin übergeben worden.

DBfK Präsidentin Gudrun Gille und Ellen Paschke, Mitglied des ver.di Bundesvorstands, übergeben die gesammelten Unterschriften in Berlin an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.



Bis aus der ersten Ankündigung aus dem Ministerium aber ein Gesetzesbeschluss wurde, sollten noch viele Monate und heftige Diskussionen ins Land gehen.

## Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz KHRG

Zunächst sah der Regierungsentwurf für die zusätzlich zu schaffenden Stellen für Pflegefachkräfte lediglich Finanzmittel von 70 Prozent vor, 30 Prozent sollten die Einrichtungen selbst beisteuern. Dies und eine Reihe weiterer Vorgaben wurden im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens immer wieder heftig kritisiert:

„... Die Einführung eines Sonderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in den Krankenhäusern durch den im Zeitraum von drei Jahren vorgesehenen schrittweisen Aufbau einer anteiligen Finanzierung für bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst wird prinzipiell begrüßt. Die für das Verfahren vorgesehenen Kontroll- und Rückmeldesysteme werden jedoch als zu bürokratisch eingeschätzt. Zudem wird durch das geplante Procedere die Liquidität der Kliniken gebunden... Hingewiesen wird auch darauf, dass in zwei sonst gleich gelagerten Fällen eher das Krankenhaus in den Genuss der zusätzlichen Mittel kommen kann, das in der Vergangenheit Pflegepersonal abgebaut hat als das, welches sein Pflegepersonal trotz der damit verbundenen finanziellen Belastung weiterbeschäftigt hat...“ (Bundesärztekammer)

„... Grundsätzlich wäre es weit sinnvoller gewesen, den Krankenhäusern frei verfügbare Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, mit denen diese in eigener Organisationshoheit entscheiden können, wie sie eine medizinisch und pflegerisch anspruchsvolle Patientenversorgung sicherstellen ... können. Auch ist es von der Systematik des DRG-Systems allgemein betrachtet nicht unproblematisch, dass das Förderprogramm auf lediglich eine Berufsgruppe im Krankenhaus beschränkt ist... Bei der bislang vorgesehenen anteiligen Finanzierung besteht die Gefahr, dass das Programm in der Praxis nicht umgesetzt wird, weil gerade defizitäre Häuser den zu erbringenden Eigenanteil in Höhe von 30 Prozent nicht erbringen können. ...“ (Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände)

„...dort, wo die finanziellen Mittel ohnehin knapp sind, hilft eine anteilige Finanzierung nicht weiter. Die Häuser müssen letztlich in der Lage sein, 100 Prozent der Personalkosten zu bezahlen. Insofern muss eine 100 %ige Finanzierung zusätzlicher Stellen sichergestellt werden. Grundsätzlich problematisch ist der mit dem Programm vorgesehene und verbundene Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser. ...“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft DKG)



Das am 17. März 2009 verabschiedete Gesetz sieht nun folgende Regelung vor: Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, Absatz 10:

(10) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die

Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird.

Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen.

Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“

Im Klartext heißt das: Wenn eine Klinik sich entscheidet, das Förderprogramm zu nutzen, muss dies mit den Krankenkassen verhandelt werden. Das geschieht im Rahmen der jährlich stattfindenden Budgetgespräche. Maximales Fördervolumen ist 0,48% des Erlösbudgets und bedeutet eine 90%ige Förderung von zusätzlichen Personalkosten Pflege. Erforderlich ist

eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, dass im Rahmen dieses Programms zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand am 30. Juni 2008 beschäftigt wird. Es gibt Nachweispflichten zur Stellenbesetzung im Vergleich zum Stichtag und die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel, dies muss durch einen Wirtschaftsprüfer erfolgen. Die Mittel sind zweckgebunden für mehr Pflegekapazität und sollen, nach mehrfacher Aussage der damaligen Gesundheitsministerin, zügig abgerufen werden und zu einer Entlastung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern führen.

## Ausgangssituation

Dass die Pflegenden in den Kliniken Entlastung nötig haben ist auch in der Politik offenbar endlich angekommen. Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz, langjähriger Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, antwortete als Experte auf die Frage nach der gravierendsten Veränderung im Zusammenhang mit der DRG-Finanzierung der Krankenhäuser: „Die steigende Arbeitsbelastung der pflegerischen und ärztlichen Fachberufe im Krankenhaus ist trotz tariflicher und zum Teil durch EU-Maßnahmen erzwungene Arbeitsplatz-/Arbeitszeit-Maßnahmen zu einem qualitätsgefährdenden Faktor geworden, die mit einer gegenüber der Normalbevölkerung erhöhten Quote von Depression und Burnout-Syndrom in den betreffenden Berufsgruppen einhergeht.“<sup>1</sup> Prof. Dr. med. habil. Jörg Klewer, Westsächsische Hochschule Zwickau, nennt das Phänomen „... systembedingten Verschleiß des Personals...“ und fordert: „... die Notwendigkeit, sinnvolle Regelungen zur Bemessung der notwendigen Pflegepersonalstärken zu finden. Darüber hinaus müssen die Arbeitsbedingungen für das Personal durch Umstrukturierung klinikinterner Prozesse und betriebliche Gesundheitsförderung optimiert werden, auch wenn dies zu einer Steigerung der Versorgungskosten führen kann. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die pflegerische Versorgung aufgrund von überlastungsbedingtem Personalmangel zunehmend gefährdet ist.“<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen: DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität; S. 103

<sup>2</sup> Journal Club, Kommentar in: Heilberufe 8/2009



Wie die Pflegekräfte selbst ihren Alltag erleben, wie sich die immer weiter steigenden Anforderungen bei immer knapperen Ressourcen auf Gesundheit und Sicherheit von PatientInnen wie MitarbeiterInnen auswirken, haben sie eindrucksvoll im Rahmen einer Online-Umfrage des DBfK mitgeteilt. (Siehe Abschlussbericht zur Online-Umfrage „Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps“; Download unter [www.dbfk.de](http://www.dbfk.de))

## Aufruf der Partner des Pflegegipfels

In einem gemeinsamen Brief an die Vertragsparteien der Krankenhausbudget-Vereinbarungen vom 15. Mai 2009 forderten Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Deutscher Pflegerat e.V.(DPR), Deutsche Krankenhausgesellschaft(DKG) und der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.(VKD) ausdrücklich auf, die Fördermittel für mehr Pflegekapazität in den Kliniken abzurufen:

„... das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz mit dem Förderprogramm für neue Pflegepersonalstellen im Krankenhaus ist am 25. März 2009 in Kraft getreten. Wir rufen nachdrücklich dazu auf, die gesetzlich neu eingeräumten Möglichkeiten zur Schaffung zusätzlicher Pflegepersonalstellen im Krankenhaus möglichst zügig und umfassend zu nutzen.

Nur wenn die Vertragsparteien die Regelung umsetzen, kann das Förderprogramm nach § 4 Abs. 10 Krankenhausentgeltgesetz dazu beitragen, die Situation für die Pflege im Krankenhaus wirksam zu verbessern. Das Programm soll dem Stellenabbau der letzten Jahre in der Pflege entgegenwirken. Es ermöglicht den Krankenhäusern ab dem Jahr 2009 die Neueinstellung von Pflegepersonal oder die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen durch eine 90%-Förderung der entstehenden Personalkosten aus Mitteln der Kostenträger. Lediglich ein Eigenanteil in Höhe von 10% der Kosten ist vom jeweiligen Krankenhaus selbst zu tragen. Die Anzahl der für ein Haus förderfähigen Pflegestellen ergibt sich aus dem zwischen den Vertragsparteien zu vereinbarenden Budgetzuschlag, der jährlich bis zu 0,48 Prozent des Gesamtbetrages ausmachen kann. Das Förderprogramm ist auf drei Jahre begrenzt; anschließend sollen ab dem Jahr 2012 die bis dahin zusätzlich zur Verfügung gestellten Finanzmittel in den Landesbasisfallwert eingerechnet und in das DRG-System überführt werden.

Das Förderprogramm ist ein Instrument, das die Pflege im Krankenhaus möglichst direkt und unbürokratisch unterstützen soll. Deshalb wurde weitgehend auf die Regelung von Förderbedingungen und Kriterien für die Inanspruchnahme verzichtet. Vorgesehen sind lediglich der Nachweis einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zur Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals sowie nachträglich eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung. Dabei muss auch nachgewiesen werden, dass das Krankenhaus im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 zusätzliches Pflegepersonal neu eingestellt oder aufgestockt hat und dieses entsprechend beschäftigt wird.

Im Interesse der Stärkung der Qualität der pflegerischen Versorgung hat der Gesetzgeber Wert darauf gelegt, dass mit dem Programm nur qualifiziertes Pflegepersonal mit einer mindestens dreijährigen Ausbildung (§ 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz) finanziert wird; dadurch ist für die neuen oder aufgestockten Stellen das Berufsbild klar beschrieben.

Um ggf. bestehenden Bedarf für notwendige Arbeitsorganisationsmaßnahmen zu berücksichtigen, können bis zu fünf Prozent der Mittel auch für arbeitsorganisatorische Maßnahmen verwandt werden. Darunter fallen beispielsweise Maßnahmen zur Verbesserung interner Arbeitsprozesse in der Pflege, effektive Kooperationsformen insbesondere zwischen Ärzten und Pflegenden, aber auch Programme, um die Vereinbarkeit der Pflegenden mit Familie, Beruf und Freizeit zu verbessern.

Die Fördermittel sind im Rahmen der Budgetverhandlung zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren. Das Krankenhaus kann zur raschen Umsetzung im Jahr 2009 bereits vor Abschluss der Budget- und Entgeltverhandlungen einen Zuschlag vorläufig festsetzen und in die Rechnung einstellen.

Nutzen Sie die zusätzlichen Finanzmittel und setzen Sie diese in den Krankenhäusern so ein, dass sie zu besseren Arbeitsbedingungen in der Pflege und zu einer Stärkung der Pflegequalität beitragen.“

Ulla Schmidt, BMG; Marie-Luise Müller, DPR; Dr. Rudolf Kösters, DKG; Heinz Kölking, VKD

So weit so gut. Dass nach den Entwicklungen in den Kliniken seit Einführung der DRG-basierten Finanzierung Skepsis angebracht war, ob zusätzliche Mittel auch tatsächlich in das Personalbudget der Pflege wandern würden, ist nachvollziehbar. Prof. Michael Simon, FH Hannover, hat 2008 in einer Studie nachgewiesen, dass seit Aussetzen der Pflegepersonalregelung 1995 Finanzmittel Jahr für Jahr in erheblichem Umfang intern zu Lasten des Pflegedienstes umverteilt wurden. Anstatt zum Erhalt von Pflegepersonalstellen wurden sie in den Kliniken zur Finanzierung benötigter Investitionen, zum Aufbau ärztlicher Planstellen und zur Kostendeckung überproportional hoher Tarifzuwächse im ärztlichen Bereich eingesetzt. Anders gesagt: Wenn das Geld knapp wurde, musste seit 1996 fast ausschließlich die Pflege bezahlen<sup>3</sup> (siehe auch Abb. 1).

---

<sup>3</sup> Simon, M (2008a): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe – Ursachen – Auswirkungen. Bern: Hans Huber

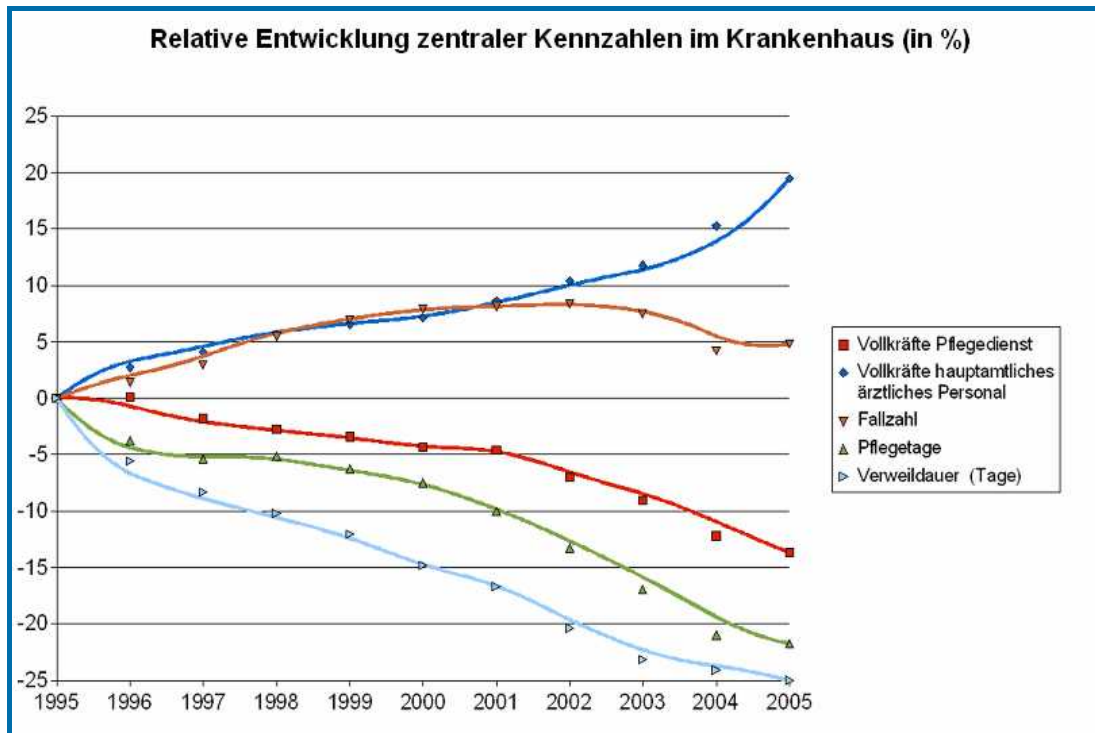


Abb. 1: Entwicklung zentraler Kennzahlen im Krankenhaus;  
Quelle: Deutsches Institut für angewandte Pflegewissenschaft

## Zweifel an Effekten

Zur Wirksamkeit des Förderprogramms wurden daher von Anfang an warnende Stimmen laut:

„... die zusätzlichen Pflegestellen, die die Geschäftsführer durch frühzeitiges Freihalten offener Pflegestellen auf dem Rücken der geringer besetzten Teams dankend kassieren, sind dagegen ein Strohfeder, wie die Milchpreise für Bauern bei Aldi...“ (Pfl egedienstleiter eines niedersächsischen Krankenhauses).

„Der Gesetzgeber muss konkret benennen, wie die Kliniken zu belegen haben, dass sie mehr Personal im Pfl egedienst einstellen. Außerdem sollte ins Gesetz aufgenommen werden, dass im Rahmen des Programms nur unbefristete Stellen zu schaffen sind. Es muss sichergestellt sein, dass die im Rahmen des Sonderprogramms bewilligten Mittel ausschließlich in die Schaffung von Pflegestellen fließen ...“ Ebenfalls sei zu verhindern, dass Stellen bis zum Programmende befristet würden, sich dadurch das Budget

der Kliniken erhöhe, das Geld danach aber beispielsweise für die Ausstattung von Operationssälen ausgegeben werde. „Der Gesetzgeber sollte auch Sanktionen beschließen: Wenn eine Klinik die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel nicht nachweisen kann, fliegt sie aus dem Programm.“ (Jürgen Malzahn, Leiter der Abt. Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband, in G+G Blickpunkt August 2009)

„Deutschland gibt für die stationäre Versorgung seiner Bürger bereits sehr viel Geld aus. Gemäß den Angaben der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) entfallen in Deutschland auf die Akutversorgung 3,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes, in Schweden sind es hingegen nur 2,3 Prozent.

Die Höhe allein sagt noch nichts darüber aus, ob das Geld auch gut verwendet wird ... Die eigentlichen VerliererInnen der Konstellation sind die Pflegekräfte. Während ein auf Effizienz bedachtes privates System wie das amerikanische mit 1,5 Pflegekräften pro Bett wirtschaftet, leistet sich Deutschland gerade mal 0,8 Pflegekräfte pro Bett. In Deutschland müssen Pflegekräfte zu viele Fälle versorgen. Das führt zu Überlastung, ständig steigenden Anforderungen und Unzufriedenheit...“ (Markus Lungen, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie; Kommentar in Dr. med. Mabase 176 – Nov/Dez. 2008).

Im Vorfeld der Bundestagswahl 2009 hat die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wiederholt ihre Leistungen zur Verbesserung der Situation der Pflege betont, z.B.: „Die Bundesregierung hat eine Menge auf den Weg gebracht, um die Situation und die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern. ... In den Krankenhäusern können in den nächsten drei Jahren bis zu 17.000 neue Pflegekräfte aufgrund eines Sonderprogramms eingestellt werden. ...“ (Pressemitteilung des BMG vom 09. September 2009).

Dass ein Stellenzuwachs von 17.000, verteilt auf drei Jahre, angesichts des massiven Abbaus seit 1996 und einer Unterdeckung von nahezu

70.000 Pflegepersonalstellen in den deutschen Kliniken<sup>4</sup> bestenfalls ein Signal an die Berufsgruppe und der berühmte „Tropfen auf den heißen Stein“ werden könnte, stand von vornherein außer Frage. Ob dieser Tropfen aber überhaupt die bettenführenden Bereiche erreicht und im ersten Jahr zumindest eine weitere Verschlechterung der Arbeitssituation für die Pflegekräfte aufgehalten hat war ein elementares Interesse des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK). Um dies zu recherchieren, hat der DBfK im Jahr 2009 insgesamt drei Meinungsumfragen gestartet. Sie richteten sich an Pflegefachkräfte im gesamten Bundesgebiet und werfen, auch ohne repräsentativ zu sein, ein Schlaglicht auf die Arbeitssituation der Krankenpflegekräfte im Verlauf des Jahres.

## Mai 2009 – Befragung der Pflegebasis im DBfK

Ende April 2009 wurde per Email der erste Befragungsbogen an DBfK-Mitglieder verschickt, die sich fachlich dem Krankenhausbereich zuordnen. Die Antworten konnten anonymisiert und per Email, Fax oder auf dem Postweg zurückgesandt werden, es gab dafür eine Frist von drei Wochen bis zum 15. Mai.

Der Bogen enthielt insgesamt acht Fragen, die größtenteils durch Ankreuzen, einige auch durch kurzen Freitext zu bearbeiten waren, der dafür erforderliche Zeitaufwand war überschaubar. Abgefragt wurden relevante Strukturdaten des Arbeitsplatzes und der Klinik, die berufliche Funktion innerhalb des eigenen Teams, und ob und für welche Zwecke Fördermittel aus dem Programm bereits abgerufen oder eingeplant seien. Es gingen **60 Antworten** ein und konnten ausgewertet werden, in einigen Fällen waren einzelne Fragen ausgelassen worden.

---

<sup>4</sup> Modellrechnung Prof. Michael Simon v. November 2008: „... dass angesichts der gestiegenen Leistungszahlen gegenwärtig ca. 70.000 mehr Pflegekräfte in Krankenhäusern erforderlich wären, um den gleichen Versorgungsstandard wie Mitte der 1990er wieder zu erreichen.“ Studie unter [www.fh-hannover.de](http://www.fh-hannover.de) abrufbar

Leider war keine Antwort aus den neuen Bundesländern und dem Saarland dabei, die regionale Streuung nach Bundesländern zeigt Abb. 2.

Bundesland	Anzahl Antworten
<b>Baden Württemberg</b>	16
<b>Bayern</b>	10
<b>Nordrhein Westfalen</b>	9
<b>Niedersachsen</b>	7
<b>Hessen</b>	4
<b>Rheinland Pfalz</b>	4
<b>Bremen</b>	3
<b>Berlin</b>	2
<b>Schleswig Holstein</b>	2
<b>Hamburg</b>	1

Abb. 2: Antworten nach Bundesländern

Die meisten Antworten kamen erwartungsgemäß von Pflegenden der bettenführenden Bereiche: insgesamt 32 Antworten von sog. „Normalstationen“, 17 von Intensivstationen und 11 aus sonstigen Bereichen. Letzteres waren vor allem die Psychiatrie (5 Antworten), der OP, die Ambulanz, die Praxisanleitung, Stabsstellen und eine Überwachungsstation.

Der weitaus größte Teil der Pflegenden, die an der Umfrage teilgenommen haben, war als Pflegefachkraft im üblichen Schichtdienst tätig, nämlich 32 Personen. Hinzu kamen 18 Stationsleitungen, 8 stellvertretende Stationsleitungen und 2 „Sonstige“ Funktionen.

Auch die Angaben zur Größe der Einrichtung waren gut gemischt: 35 Prozent Krankenhäuser bis 350 Betten, 33 Prozent zwischen 351 und 800 Betten, 32 Prozent größer als 800 Betten.

Gefragt wurde danach, ob die **Pflegedirektion des Hauses gleichberechtigtes Mitglied der Geschäftsführung** sei. Hintergrund dieser Frage ist, dass seit Mitte der neunziger Jahre die bis dahin traditionelle Form der Krankenhausleitung in vielen Kliniken verändert wurde. Wo über Jahrzehnte ein Drei-Säulen-Modell aus Ärztlichem Direktor, Pflegedirektor und Verwaltungsdirektor mit gleichen Stimmanteilen gemeinsam die Geschicke ihres Hauses lenkte, wurde nun mehr und mehr vor allem die Pflege in die zweite oder gar dritte Reihe gedrängt. Dies hatte unmittelbare Auswirkungen auf wesentliche Entscheidungen im Krankenhaus, die Dominanz von

Ökonomie, Administration und Medizin bescherte der Berufsgruppe Pflege u.a. einen überproportionalen Stellenabbau und geringe Einflussmöglichkeiten in Bezug auf strategische Ausrichtung und die Verteilung der Finanzmittel im Unternehmen Krankenhaus. Die Position der Pflegedirektion innerhalb der Geschäftsführung könnte daher unmittelbare Auswirkungen auf das Abrufen und die Verwendung der für höhere Pflegekapazität zweckgebundenen Fördermittel haben.

Diese Vermutung hat sich in den Ergebnissen der Befragung nicht bestätigt. 26 Pflegenden erklärten, dass ihre Pflegedirektion in der obersten Hierarchieebene angesiedelt sei, 27 berichteten, sie sei kein gleichberechtigtes Mitglied der Geschäftsführung, fünf Personen gaben an, dies nicht zu wissen. Es ließ sich allerdings kein Zusammenhang mit den dann folgenden Angaben zum Abrufen der Fördermittel herstellen.

Dann folgte die zentrale Frage: **„Ist in Ihrem Krankenhaus bereits zusätzliche Pflegekapazität aus dem Sonderprogramm umgesetzt bzw. konkret bis Mai 09 geplant? (z.B. durch Aufstocken von Teilzeitstellen, Einstellungen auf neu geschaffene Planstellen ...; dies muss lt. Gesetz eine Aufstockung des Stands vom 30.06.2008 sein)“** Die Pflegenden wurden gleichzeitig gebeten, ihre Aussagen nach Möglichkeit zu verifizieren und sich verlässliche Informationen bei den Mitarbeitervertretungen oder von den zuständigen Vorgesetzten geben zu lassen.

10 Pflegenden gaben an, dass in ihrer Klinik bereits zusätzliche Stellen geschaffen seien oder dies konkret vorbereitet werde, die Angaben über die Anzahl dieser Planstellen variierten je nach Größe des Hauses zwischen 2 und 30 Stellen. Dagegen sagten deutlich mehr, nämlich 25 Pflegekräfte, dass es in ihrem Krankenhaus keine zusätzlichen Stellen gäbe und dies auch nicht geplant sei. In 20 der Bögen wurde angegeben, man habe keine Informationen zu dieser Frage. Was dies über die Transparenz von strategischen Entscheidungen innerhalb von Abteilungen oder des Gesamtunternehmens aussagt sei dahingestellt. Angesichts der im Mai noch recht „frischen“ Gesetzesinitiative war aber anzunehmen, dass viele Kliniken zunächst abwarten und gut vorbereitet in die jährlichen Budgetver-

handlungen gehen wollten, ehe sie womöglich mit zusätzlichen Pflegeplätzen vorzeitig Tatbestände schafften.

Frage Nummer 7 wurde nur in wenigen Fällen beantwortet, sie lautete: „Der Gesetzgeber stellt mit dem Sonderprogramm einen Teil des Geldes (bis 5%) für ‚**innovative Organisationsmodelle im Pflegebereich**‘ zur Verfügung. Falls in Ihrem Haus ein Zuwachs umgesetzt wurde bzw. konkret geplant ist: Welche Neuorganisation geht damit einher?“ 6 Pflegenden berichteten in diesem Zusammenhang von geplanten Neuorganisationen, nämlich z.B. der Einführung einer „Pain Nurse“ (Fachpflegekraft für die Behandlung von Schmerz), der Implementation von Case Management, der Umsetzung von Entlassungsmanagement und einem OP-Fahrdienst.

Die letzte Frage, vielleicht etwas provokant gestellt, angesichts ihrer jahrelangen Erfahrungen am Arbeitsplatz für die überlasteten Pflegekräfte aber von besonderer Bedeutung: „Falls in Ihrem Haus ein (Stellen-)Zuwachs umgesetzt wurde bzw. konkret geplant ist: **Für wen bedeutet dies tatsächlich eine Entlastung?**“ Diese Frage haben insgesamt 18 Teilnehmer der Umfrage beantwortet und größtenteils auch vielsagend kommentiert. Entlastet wurde demnach ...

- Pflege auf Station, weil total unterbesetzt und vorangegangene Leistungserweiterung und demographischer Wandel;
- Pflegedienst, weil die neuen Kollegen als Springer arbeiten und bei Ausfällen eingesetzt werden sollen;
- niemand, weil effektiv kein wirklicher Personalzuwachs geschaffen wurde. Die Förderung erhalten nur Kliniken, die mehr Personal beschäftigen als am 30.6.08. Bei uns wurde teilweise sinnvoll umstrukturiert, es wurden "billigere" Arbeitskräfte eingestellt für Tätigkeiten, die nicht unbedingt von einer examinierten Pflegekraft erledigt werden müssen. Wie z.B. Essensbestellung, Fahrdienst zu Untersuchungen, Stationssekretariatsarbeiten oder Wiederaufbereitung eines Bettplatzes nach Entlassung. Somit haben wir bestimmt weniger examiniertes Pflegepersonal als zum Stichtag, ob wir die Förderung erhalten ist also noch ungewiss.



- Kann ich noch nicht abschätzen, ich hoffe auf eine "rundere" Ablauforganisation mit einem geregelten Entlassungsmanagement und damit eine koordinierte Bettensituation. Das würde auch eine Entlastung für die Pflege bewirken, aber sicher erst in weiter Ferne. Da die Stellen nicht für bereits abgebaute Stellen zur Verfügung stehen, ist sicher keine schnelle Entlastung in Sicht. Die Pflegequalität ist stark gesunken, die Zufriedenheit der Mitarbeiter auch. Bei uns hat deshalb zusätzlich eine starke Fluktuation eingesetzt. Neue Mitarbeiter sind nur schwer zu finden, alles unerfahrene, zum Großteil frisch examinierte Pflegekräfte. Die Einarbeitung gestaltet sich entsprechend schwierig, was wiederum zu Unzufriedenheit führt. Ich bin gespannt, wie sich die Situation entwickelt. Der DBfK hat viel bewirkt. Ohne Euch wäre die Situation noch schlechter. Aber es ist noch nicht genug! Bitte kämpft weiter!
- niemand;
- die Pflege;
- Die Pflegedienstleitung hat Schwierigkeiten, vorhandene offene Stellen zu besetzen. D.h. selbst wenn neue Stellen kämen, könnten sie nicht besetzt werden.
- Es soll eine Aufstockung gegeben haben, Genauer weiß ich nicht. Entlastet wird die Pflege, weil mehr Köpfe.
- die Pflege;
- Die zusätzlichen Stellen sind auf den Stationen der somatischen Abteilungen (Chir, Innere) geschaffen worden. Für die Psychiatrie wird neu verhandelt.
- Im Gegenteil, es sollen noch mehr Planstellen in Helferstellen umgewandelt werden. Das bedeutet mehr als gefährliche Pflege!
- Wir brauchen dringend mehr Personal, um unsere Patienten zu versorgen. Die Organisation des Hauses lässt sehr zu wünschen übrig!
- kann noch nicht eingeschätzt werden.
- schwer zu sagen, weil ich nicht weiß, wo die Stellen geschaffen wurden bzw. wo bei KollegInnen aufgestockt wurde. Im letzten Sommer (nach dem 30. Juni) wurden Stellen neu geschaffen, weil es von Seiten der Pflege zu massivem Druck der Geschäftsleitung gegenüber gekommen war. Diese neu geschaffenen Stellen lässt

man sich jetzt mit dem Programm finanzieren. Für mich wäre noch interessant, was passiert, wenn an anderer Stelle wieder Stellen abgebaut werden. Bekommt man dann trotzdem die Förderung für die beantragten Stellen? Wie muss der Krankenhausträger nachweisen, dass das in der von mir beschriebenen Form nicht passiert? Kontrolle wie und von wem?

- nicht für die Pflege, Ärztegehälter sollen erhöht werden, um freie Stellen attraktiver zu machen. Für Pflegende werden keine Verbesserungen geplant.
- höheres Gehalt für die Ärzte. Pflege keine Erhöhung!
- Pflegekräfte eher wenig, sondern Ärzte und Sozialdienst; zur Organisation der Belegung und Entlassung;
- für das chirurgische Pflegepersonal, weil man nicht ständig in den OP fahren muss und somit seine Arbeit auf der Station verrichten kann.

Die Antworten und Kommentare zu dieser Frage kamen übrigens sowohl aus Kliniken, die das Förderprogramm nutzten, als auch von Pflegenden, die darüber keine exakten Informationen einholen konnten.

Eine Pflegende, die den Fragebogen erhalten hatte, schickte anstatt einer formalen Antwort einen vielsagenden „Lagebericht“ aus ihrem Krankenhaus, das sich im Raum Südhessen befindet: „... aufgrund der ganzen Umstrukturierungen keinen Anspruch auf die von Ihnen besagten zusätzlichen Stellen mehr haben. Im Gegenteil, durch die ganze Geschichte (Ausstieg aus dem Arbeitgeberverband, Ausgliederung von Servicegesellschaften mit Dumpinglöhnen usw., wird vorher im Text ausführlich dargelegt; *d. Verf.*) sind wir mit etlichen Stellen nicht mehr besetzt im Pflegedienst, da keiner mehr bei uns anfangen will. Die Qualifizierten und Motivierten wandern nach und nach ab. Das heißt, wir arbeiten schon lange am Limit, spielen mit dem Leben der Patienten. Leiharbeiter sind an der Tagesordnung, die hier und da ein Tropfen auf dem heißen Stein sind, aber nicht mehr. ...“

Sicherlich war Mai 2009, nur wenige Wochen nach Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes mit der Änderung des Artikels 2

(Schaffung des Förderprogramms für mehr Pflege) ein sehr früher Zeitpunkt, um eine Umsetzung des neuen Programms und die Verwendung der Fördergelder zu erfassen und zu bewerten. Aus den Ergebnissen der Basisbefragung lässt sich allerdings schließen, dass Informationen über die Gesetzesinitiative und die Chancen, die darin für die Pflege enthalten sind, von Seiten der Unternehmensleitungen nur spärlich an ihre Mitarbeiter weitergegeben wurden. Über Gründe dafür lässt sich spekulieren. Die Pflegekräfte selbst sind aber offenbar bereits zu diesem frühen Zeitpunkt wenig optimistisch, dass eine mögliche Entlastung tatsächlich bei ihnen bzw. ihren Patienten ankommen wird.

## August 2009 – Befragung des Pflegemanagements im DBfK

Ende Juli 2009 begann eine Umfrage, ebenfalls per Emailverteiler an Mitglieder des DBfK, die sich dem Bereich **Pflegemanagement** zugeordnet sehen. Auch an diese Zielgruppe wurde ein kurzer Fragebogen verschickt, der sich inhaltlich weitgehend an die Basisbefragung anlehnte, zur Beantwortung wurde ebenfalls eine Frist von drei Wochen bis Mitte August gegeben.

In die Auswertung konnten insgesamt **36 Antworten** einbezogen werden. Die regionale Streuung verteilte sich wie folgt (Abb. 3):

Bundesland	Anzahl Antworten
<b>Baden Württemberg</b>	12
<b>Bayern</b>	9
<b>Niedersachsen</b>	6
<b>Hessen</b>	3
<b>Nordrhein Westfalen</b>	3
<b>Hamburg</b>	1
<b>Rheinland Pfalz</b>	1
<b>Sachsen Anhalt</b>	1

Abb. 3: Antworten nach Bundesländern

Auch nach Größe und Bettenzahl der Kliniken sind die Antworten gut gestreut: 17 aus Kliniken bis 350 Betten, 13 aus Krankenhäusern mittlerer Größe (bis 800 Betten) und 5 aus Kliniken der Maximalversorgung (> 800 Betten). Die Pflegenden wurden nach ihrer jeweiligen Funktion im Management befragt, die Antworten ergeben folgende Verteilung (Abb. 4):

Managementfunktion	Anzahl Nennungen
<b>Pflegedirektion</b>	14
<b>Geschäftsführung</b>	0
<b>Pflegedienst- /Abteilungsleitung</b>	5
<b>(stellv.) Stations- / Bereichsleitung</b>	13
<b>Sonstiges</b>	3

Abb. 4: Antworten nach Managementfunktionen

Auch die Pflegemanager wurden befragt, ob und in welchem Umfang ihre Einrichtung **Mittel aus dem Förderprogramm beantragt bzw. erhalten** habe. Die meisten bejahten diese Frage, insgesamt 22 berichteten, dass jeweils 1,5 bis 20 zusätzliche Stellen finanziert worden seien, abhängig von der Größe des Hauses. Die anderen 14 Pflegemanager sagten, dass in ihrer Klinik eine Aufstockung der Pflegekapazität nicht erfolgt und auch nicht geplant sei.

Wie bei den Pflegekräften in der direkten Pflege wurden auch die Pflegemanager gefragt, ob mit Hilfe des dafür vorgesehenen Teils (bis 5% lt. Gesetz) der Fördermittel „**innovative Organisationsmodelle im Pflegebereich**“ umgesetzt oder in Vorbereitung seien. Folgende Neuorganisationsmaßnahmen wurden benannt:

- Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, Verlagerung von hauswirtschaftlichen und administrativen Tätigkeiten; Einrichtung von Pflegeüberleitungsstellen; Aufnahme- und Belegungsmanagement.
- Case Management wurde eingeführt und aus der Pflege Personal damit beauftragt. In der Pflege selbst werden Stellen reduziert, offene Planstellen der Pflege werden nicht besetzt, sie kommen dem Case Management zugute. Das bedeutet verwaltungsmäßig wird "aufgefüllt" mit Leuten aus der Pflege, diese fehlen im Pflegedienst.

- Umstrukturierung mit Pflegeassistenten und Stationssekretärin; dafür muss Pflege vermehrt ärztliche Tätigkeiten übernehmen.
- Evt. familienfreundliche Arbeitszeiten.
- Qualifikations-Mix: Stationsassistenten, Pflegeassistenten, Stationsleitungen als Prozessmanager zuständig für Aufnahme/Versorgung/Entlassung.
- Kodierassistent.
- Zentrales Belegungsmanagement.
- Pool zur Kompensierung kurzfristiger Ausfälle.
- Strukturveränderung; große Einheiten.
- Reorganisation der Aufnahme- und Entlassungsplanung Pflegedienst und ärztlicher Dienst; Aufbau Case-Management.
- Einführung Entlassungsmanagement durch Pflege, Bereichsleitungen zur Belegungssteuerung.
- Pain Nurse (Anästhesie).
- Geplant: Pflegewissenschaftler in den Stationsteams.
- Belegungsmanagement.

Bis auf wenige Ausnahmen (z.B. der Personalpool) dienen alle genannten Maßnahmen allerdings nicht der Stärkung der Pflegekapazität. Ganz im Gegenteil, die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, das Case Management, die Belegungssteuerung, das Kodieren usw. sind Ausdruck einer längst überfälligen Prozessoptimierung, die primär den ärztlichen Dienst betrifft. „Die Mediziner erfahren durch die Case Manager eine deutliche Entlastung beim organisatorischen Teil ihrer Arbeit“, sagt Pflegewissenschaftler Peter Huber, der im Rahmen einer Studie 71 Case Manager nach ihren Erfahrungen befragt hat (Kirsten Schiekiera: Mit Widerstand ist zu rechnen; kma Pflege Dezember 2009). Budgetanteile hierfür müssten streng genommen aus anderen Töpfen abgezogen werden. Zeichnet sich hier erneut eine interne Umverteilung auf dem Rücken der Pflegekräfte ab?

Eine gute und sinnvolle Lösung ist sicherlich die Schaffung von Personalpools, um Ausfälle kompensieren und extreme Arbeitsspitzen abfangen zu können. Dazu ist aber zwingend erforderlich, dass der Pool mit Hilfe transparenter Kriterien gerecht und sensibel verwaltet und gelenkt wird. Die

Erfahrung zeigt allerdings, dass eine qualifizierte Besetzung von Poolstellen häufig Schwierigkeiten bereitet, Bewerber lassen sich lieber festen Teams zuordnen. Hier gilt es, wirksame Anreize zu setzen, z.B. durch übertarifliche Vergütungen, langfristige Dienstplanung, regelmäßige Fortbildungsangebote oder attraktive Stand-By-Regelungen. Die höheren Anforderungen an zeitliche Flexibilität, breites Fachwissen und Anpassungsfähigkeit der Fachkräfte im Pool rechtfertigen ein „Mehr“ in der Lohntüte allemal.

Die letzte Frage an die Pflegemanager lautete: **„Von vielen Krankenhäusern werden bisher die zusätzlichen Finanzmittel nicht genutzt. Welche Gründe kann es nach Ihrer Einschätzung dafür geben? Bitte sortieren Sie die Hinderungsgründe hierarchisch nach Relevanz/Häufigkeit/Bedeutung (also an 1. der wesentlichste/gravierendste Grund usw.).“** Die Antworten auf diese Frage wurden bei der Auswertung nach einem Punktesystem gestaffelt, dies ist das Ergebnis (Abb. 5):

Gründe Nichtnutzung	Punkte
<b>Fachkräftemarkt leer</b>	41
<b>Personalbudget Pflege wird reduziert, bestenfalls gehalten</b>	32
<b>Unwissenheit/Unsicherheit bzgl. Umsetzung</b>	29
<b>Eigenanteil kann nicht erbracht werden</b>	25
<b>Geschäftsführung sieht Bedarf der Pflege nicht</b>	24
<b>Andere Prioritäten im Unternehmen</b>	24
<b>Unsichere Durchsetzbarkeit; Späte Budgetverhandlungen</b>	23
<b>Administrativer Aufwand</b>	20
<b>Situation in der Pflege nicht thematisiert</b>	19
<b>Bzgl. Stichtag Personal abgebaut</b>	17
<b>Unternehmenszukunft unsicher</b>	12
<b>Weitere Finanzierung unsicher</b>	10
<b>Gesetzestext nicht eindeutig/Interpretationsspielräume</b>	8
<b>Geschäftsführer will unter Tarif zahlen, was im Sonderprogramm nicht vorgesehen ist</b>	6
<b>Differenzen mit Personalvertretung bzgl. Verwendung der Stellen</b>	6
<b>Keine Änderung erforderlich</b>	5
<b>Partikularinteressen</b>	4

Abb. 5: Einschätzung Gründe für Nichtnutzung nach Relevanz/Häufigkeit

Die Pflegemanager nennen als Hauptgrund für die Nichtnutzung des Förderprogramms das fehlende Fachkräfteangebot auf dem Arbeitsmarkt. Hier rächt sich die kurzsichtige Pflegepersonalpolitik der vergangenen Jah-

re. Man hat nicht nur in großem Umfang Ausbildungsplätze abgebaut, sondern versäumt, Pflegefachkräfte im Beruf und in den Kliniken zu halten und in ihrer beruflichen Entwicklung zu fördern. Viele Tausende haben in den letzten Jahren, oft noch während oder unmittelbar nach Ende ihrer Ausbildung, den Beruf gewechselt. Andere haben ihre Chancen im Ausland genutzt, wo Gesundheitseinrichtungen erheblich bessere Arbeitsbedingungen und größere Wertschätzung als in Deutschland bieten. Allerdings könnten die Mittel, wie im Gesetzestext ausdrücklich betont, selbstverständlich auch zur Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen verwendet werden. Angesichts des im Branchenvergleich hohen und seit Jahren steigenden Anteils von Teilzeitarbeit unter den Pflegenden sollte sich hier, mit Hilfe innovativer Arbeitszeitmodelle, ein großes Potenzial erschließen lassen (Abb. 6).

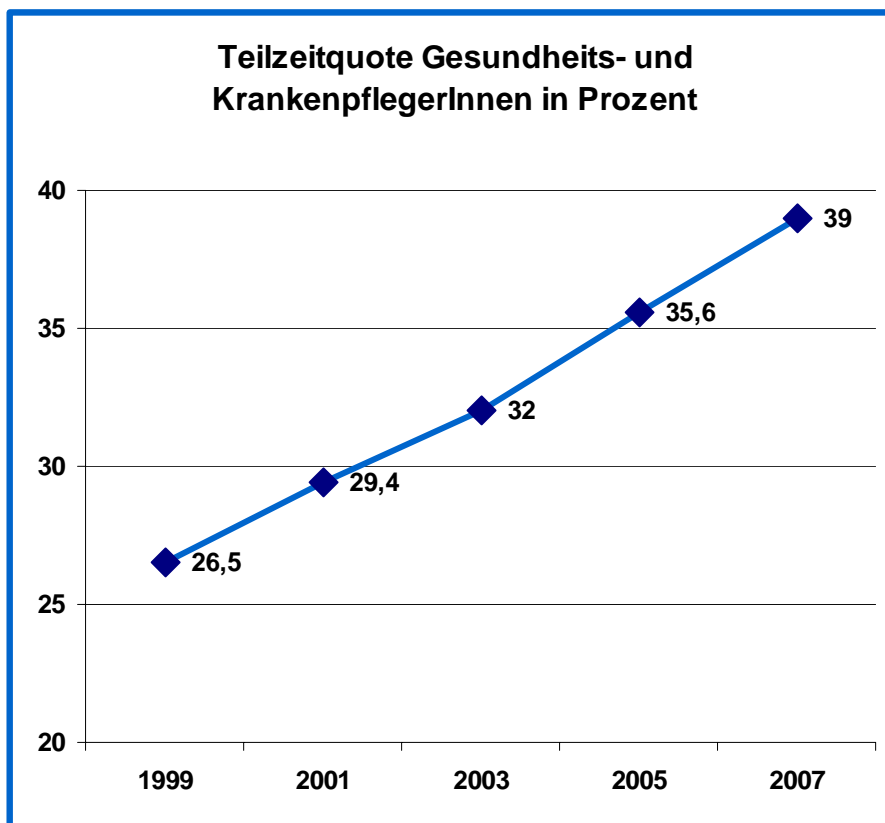


Abb. 6: Teilzeitquote Krankenpflege; Quelle: IAB = Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung

Sicherlich hängt dies davon ab, aus welchen Gründen Teilzeit gewählt bzw. notgedrungen in Kauf genommen wurde, wegen der Schichtarbeit haben Pflegekräfte z.B. häufig Schwierigkeiten, passende Einrichtungen für eine Kinderbetreuung zu finden. Andererseits reduzierten immer mehr Pflegen-

de in den vergangenen Jahren ihre Vollzeitverträge, weil für sie nur auf diese Weise die Arbeitsbelastungen zu ertragen waren. Solche Entwicklungen müssen von Seiten des Managements immer als Warnsignale betrachtet werden, in vielen Fällen bedeutet dies den ersten Schritt zum Ausstieg, mindestens aus dem Arbeitsverhältnis, oft auch aus dem Beruf. Meist handelt es sich dabei um langjährige, hochkompetente und äußerst engagierte Mitarbeiter, die das Unternehmen Klinik dringend braucht. Diese Mitarbeiter mit der konkreten Aussicht und verbindlichen Zusage auf höhere Personalkapazität zu einer Aufstockung zu motivieren und damit die Pflgeteams zu stärken sind ganz entscheidende Aufgaben des Pflegemanagements. Und die Mittel des Förderprogramms wären, der Absicht des Gesetzgebers entsprechend, sinnvoll und nachhaltig eingesetzt.

Auch so manche andere mögliche Begründung für die Nichtnutzung des Sonderprogramms ist mit Fragezeichen zu versehen. Das Programm war lange bekannt und die Umsetzung konnte vorbereitet werden, auch die bürokratischen Hürden sind im Vergleich zu anderen Finanzströmen im Krankenhauswesen und dem damit verbundenen Aufwand nicht unangemessen hoch. Die wahren Blockaden aber, die womöglich verhindern, dass die vorgesehenen Mittel der Pflege und damit unmittelbar der Patientenversorgung zugute kommen, sind an ganz anderer Stelle zu suchen.

Dass der Gesetzestext Interpretationsspielräume bietet, zeigt sich in unterschiedlicher Ausprägung im Rahmen der Budgetverhandlungen. Ein Vertreter des deutschen Pflegerates sagte im September 2009: „... sind die Erfahrungen bei der Umsetzung in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern je nach Bundesland bislang sehr unterschiedlich. Ebenso ist die Inanspruchnahme des Förderprogramms durch die Kliniken sehr divergent. Die Gründe dafür sind sehr unterschiedlich. In den Budgetverhandlungen gibt es wohl immer wieder Diskussionen, welches Personal im Sinne des Förderprogramms gerechnet werden kann. Grundsätzlich geht es um eine „Stärkung der Pflege am Bett“ und dafür sollen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen eingestellt werden. So war die klare und eindeutige Positionierung der Teilnehmer der „Ad Hoc Arbeitsgruppe“ (eingerrichtet im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums nach dem ersten Pflegegipfel



im Herbst 2008). Die Frage der Stichtagregelung, der Vereinbarung mit der Mitarbeitervertretung und die Nachweispflicht der zusätzlich eingerichteten Stellen führt wohl auch in Einzelfällen zu schwierigen Diskussionen. Die Kostenträger nehmen, je nach Region, unterschiedliche Positionen ein, obwohl die Rahmenbedingungen klar und eindeutig sind. ...<sup>5</sup>

## Systemfehler im Gesetz

Eine „Schwachstelle“ des Gesetzestextes hat sich in den Verhandlungen wiederholt gezeigt: offenbar ist nicht klar genug definiert worden, worauf sich die Anzahl der Pflegepersonalstellen am Stichtag 30.06.2008 bezieht. Ein Krankenhaus, das z.B. nach dem Stichtag Betten stillgelegt oder einen ganzen Bereich geschlossen und deshalb naturgemäß auch Personal reduziert hat, erhält nun keine Fördermittel für die restlichen Stationen. Die Zahl der am Stichtag vorgehaltenen pflegerischen Vollzeitäquivalente wird offenbar nicht in Relation zu Referenzdaten wie z.B. Anzahl der Betten, Fallzahlen oder anderen relevanten Kennzahlen gesetzt. Dies ist ein Systemfehler, der umgehend behoben werden muss. Auch deshalb, weil hierdurch natürlich umgekehrt einem Missbrauch Vorschub geleistet werden könnte: Eine Klinik erweitert ihr Leistungsangebot nach dem Stichtag. Anstatt das dafür benötigte Pflegepersonal wie üblich aus den zusätzlich erzielten Einnahmen zu finanzieren, nutzt man das Förderprogramm und konterkariert dessen Absicht.

Für kleinere Krankenhäuser scheint ein weiteres Problem zu sein, dass dort der organisatorische bzw. administrative Aufwand im Verhältnis zu den potentiellen Stellenzuwächsen als zu hoch eingeschätzt wird.

Im Oktober 2009 berichtet eine Pflegedienstleitung bezüglich des Sonderprogramms von ihrer Einrichtung, einer größeren Klinik im Süden: „Da wird geschoben und getrickst, die Krankenkassen kontrollieren ja offenbar auch nicht. Die fragen nur nach dem Personalbestand am Stichtag 30. Juni 2008...“

---

<sup>5</sup> Peter Bechtel in Pflege Positionen 9/2009

Aus demselben Monat stammen aber auch Situationsberichte von Pflegemanagern bundesweit über aktuelle Trends in ihren Kliniken:

- „Der Personalmangel wirkt sich massiv aus...“
- „Der Dokumentationsaufwand hat enorm zugenommen, ... es gibt einen extremen Mangel an Intensivpflegepersonal, ... Pflegende sind maximal belastet, haben im Durchschnitt etwa 100 Überstunden...“
- „... erheblicher Mangel an Intensivpflegepersonal. ... Erschöpfung macht sich gerade bei den leistungsstarken Mitarbeitern breit, nachdem sie zwei Jahre lang die maximale Belastung erfahren haben ...“

## **November 2009 – Kurzumfrage an der Pflegebasis im DBfK**

Allmählich geht das erste Förderjahr zu Ende, Zeit, eine Zwischenbilanz auf den Stationen zu ziehen. Mitte November wurden dafür erneut diejenigen gefragt, denen Ulla Schmidt eine Entlastung zugesagt und dafür immerhin knapp 700 Millionen Euro für drei Jahre bis einschließlich 2011 bereitgestellt hatte. Ist das erste Drittel dieser Summe geflossen und, wenn ja, wohin? Wer profitiert von diesen zusätzlichen Finanzmitteln, werden sie dem vorgesehenen Zweck entsprechend eingesetzt? Und spüren Patienten wie Pflegekräfte bereits erste Effekte im Sinne von a) einer besseren Versorgungsqualität, und b) besseren Arbeitsbedingungen? Eine eindeutige Aussage zu den abgerufenen Mitteln können am Ende des Jahres sicherlich nur die Kassen treffen.

Am 12. November wurde, wiederum per Email, folgende Anfrage an DBfK-Mitglieder, die im Klinikbereich arbeiten, verschickt:

„Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen in den Krankenhäusern, wie Sie wissen beobachtet der DBfK seit Frühjahr die Umsetzung des von Ulla Schmidt initiierten „Förderprogramms für mehr Pflege in den Krankenhäusern“. Seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im März 2009 können die Kliniken zusätzliche Fördermittel abrufen, um die Pflegekapazität zu erhöhen. Das Geld ist zweckgebunden und soll dort ankommen, wo es dringend gebraucht wird: vor Ort in der direkten Patientenversorgung. Es sollen also zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte geschaffen werden.“

Der DBfK hat sie dazu bereits im Mai befragt, ein weiterer Fragebogen ging im August an das Pflege-management. Nun möchte ich Sie als Pflegende an der Basis bitten, mir auch heutiger Sicht noch einmal eine kurze Einschätzung der Lage zu geben. Denn das erste von drei Förderjahren neigt sich dem Ende zu und es sollten mittlerweile Effekte zu spüren sein, wenn das Programm erfolgreich war. Die Frage an Sie lautet:

**Wie schätzen Sie Ihre heutige Arbeitsbelastung ein, verglichen mit der Situation zu Beginn des Jahres? Erleben Sie eine Entlastung durch Erhöhung der pflegerischen Kapazität mit Hilfe der Fördermittel?**

Und dies sind die Antworten im Originalton in der Reihenfolge ihres Eingangs (*Hervorhebungen durch die Verf.*):

1. Leider sind die zusätzlichen Pflegekräfte bei uns noch **nicht angekommen**.
2. Bei uns in der Klinik ist **nichts von erhöhter Pflegekapazität zu merken**. Im Gegenteil. Die **Arbeitsleistung wird zunehmend vermehrt**. Ich arbeite auf einer Intensivstation, es werden neue und mehr Geräte eingesetzt (dafür ist erstaunlicherweise Geld da), es werden aber nicht mehr Pflegekräfte dafür bereitgestellt. Seit letztem Jahr führen wir immer wieder Gespräche mit der PDL und schreiben auch Überlastungsanzeigen. Wir fordern größere Schichtstärken, weil die Patienten mit der derzeitigen Besetzung nicht gut versorgt bzw. teilweise sogar gefährdet sind. Bisher hatten wir aber kaum Erfolg damit. Nur eine weitere Reduktion der Schichtbesetzung konnten wir abwenden. Momentan wehren wir uns gegen die Einführung der 5,25 Tage Woche. Der Personalrat meinte, dass die Fördermittel wohl als Almosen betrachtet und von den meisten Kliniken nicht beantragt werden. Dies kann ich als Pflegekraft auf Station nicht beurteilen. Die Situation ist frustrierend. Die **Patienten sind nicht gut versorgt, egal wie sehr man sich anstrengt**. In Gesprächen wird aber von der "Gegenseite" nur von Stunden, Geld... geredet. Von den Menschen, die beteiligt sind, nicht. Ich **überlege derzeit ernsthaft aus der Pflege auszusteigen (bin 34)**. Obwohl ich eigentlich den Beruf an sich immer noch gerne mache, aber mit den Rahmenbedingungen ist schwer klar zu kommen. Ich hoffe dass der DBfK etwas bewegen kann.
3. Die Arbeitsbelastung ist gleich bleibend. Auch wenn unser Team um eine volle Stelle gewachsen ist (nebenbei wurde eine Teilzeit-Stelle reduziert), so empfinden wir keine Erleichterung. Eher im Gegenteil: Wir müssen nun **zusätzliche Aufgaben** übernehmen, die sonst in den ärztlichen Bereich gehörten, wie z.B. Blut abnehmen und Braunülen legen! Meinem Empfinden nach, ist **die Belastung eher gestiegen** und ich habe noch weniger Zeit für die Patienten/innen!
4. Ich erlebe keine Entlastung, bei uns wurde **niemand eingestellt**.
5. Ich arbeite seit knapp zwei Jahren auf einer Inneren Station mit 38 Betten in der ...-Klinik .... Momentan sind laut Pflegedienstleitung alle Planstellen besetzt. Allerdings hat sich unser Vorstand eine **andere Möglichkeit einfallen lassen, Geld beim Pflegepersonal zu sparen**. Unsere tägliche Arbeitszeit wurde von 7,7 Stunden auf 7,25 Stunden gekürzt. Bei einer

durchschnittlichen 38,5 Stunden Woche und 5 Tage Woche macht das ein Minus von 2,25 Stunden in der Woche und im Monat von 9,0 Stunden. Das heißt: bei uns nimmt die Arbeitsbelastung deutlich zu, da wir **in kürzeren Schichten das gleiche Arbeitspensum schaffen müssen** und durchschnittlich einen Tag weniger Freizeit haben. Das **Pflegepersonal ist frustriert, erschöpft, die Motivation Neuerungen zugunsten der Patienten einzuführen sinkt...** Ich merke nichts von der angeblichen Entlastung der Pflegesituation.

6. Bisher hat sich in meinem Arbeitsumfeld **nichts Positives** getan. Es gibt zwar die Möglichkeit Überstunden durch Arbeitszeiterhöhung auszugleichen, aber die Nachfrage von Seiten der Mitarbeiter ist gering. In meinem speziellen Umfeld (Intensivstation) bemerke ich dass **Mitarbeiter von anderen Häusern umworben** werden. Die Reduzierung der Fahrtzeit spielt dabei zusehends eine Rolle. Die **Arbeitsbelastung** hat im Laufe des Jahres eher zugenommen und ist **zur Zeit durch viele Erkrankungen fast unerträglich**.
  
7. ... gerne beteilige ich mich an Ihrer Umfrage. Die Beantwortung Ihrer Frage fällt in meinem Fall relativ kurz aus. Obwohl das Haus in dem ich arbeite tatsächlich **Fördermittel zugeteilt bekommen hat (ich glaube für drei Stellen) nutzt es diese nicht**. D.h. die Arbeitsbelastung ist unverändert und es ist keine Entlastung durch die Fördermittel zu spüren. Begründet wird dies seitens meines Arbeitgebers dadurch, dass die Finanzierung nach den drei Jahren noch nicht geklärt ist. Vielleicht kann ich Ihnen in Bezug auf diese Thematik eine Gegenfrage stellen. Sind die Fördermittel dazu gedacht schon bestehende Stellen zu finanzieren, oder sollen mit ihnen neue Stellen geschaffen werden?
  
8. Von wenigen Wochen im Jahr abgesehen, in denen vielleicht viele Operateure in Urlaub oder auf Kongressen sind, hat sich aus meiner Sicht die Arbeitssituation nicht entschärft, sondern die **Arbeitsbelastung sich eher noch gesteigert**. Das mag daran liegen, dass immer weniger nur leicht Erkrankte überhaupt stationär kommen. Und es ist auch nach wie vor vorrangiges **Ziel des Klinikums, die Fallzahlen noch zu steigern, um finanziell besser da zu stehen**. Jedoch hat unsere Pflegedienstleitung für ihren Bereich (2 Kliniken) einen **Springerpool** eingerichtet, und ich glaube, dass das Geld dafür aus dem "Schmidt"-Topf kommt. Ich werde morgen in der Verwaltung oder bei der PDL nachfragen. Das bewirkt jedenfalls immerhin, dass nicht bei jeder Krankmeldung jemand vom Stammpersonal einspringen muss und wir teilweise dank eines Springers auch einfach Überstunden abfeiern können. Generell ist es aber in fast allen Bereichen des Klinikums nicht gelungen, für die Mitarbeiter einmal im Jahr wenigstens auf 0 Überstunden zu kommen, wie es eigentlich vorgeschrieben ist. Im Gegenteil, viele Abteilungen sind in der Situation, dass MA **monatelang 100 bis 200 Überstunden vor sich herschieben, bis sie sie schließlich ausgezahlt bekommen, ob sie es wollen oder nicht!**
  
9. ... die **Arbeitsbelastung ist unverändert, das Pflegepersonal weniger**. In unserem Hause bzw. auf unserer Station sind jetzt zwei in Mutterschutz, ein Kollege ist so krank, dass er nicht mehr kommen wird, eine Kollegin hat seit ca.2 Wochen einen Bandscheibenvorfall, eine weitere Kollegin stürzte mit dem Fahrrad und hatte eine Kopfverletzung, eine weitere Kollegin hat auf Januar gekündigt. Von den zwischendurch kranken Kolleginnen will ich erst gar nicht anfangen. So langsam können wir mit unseren Überstunden handeln gehen. **Angeblich finden sich keine ernsthaften Bewerber**, so dass erwogen wird eine dritte Arzthelferin einzustellen um uns zu entlasten und dies auf einer interdisziplinären Intensivstation.

10. Eine **Entlastung** ist bei uns **absolut nicht zu spüren. Krankheitsfälle nehmen zu**. Allerdings kann niemand zwingend mit fünf schwangeren Kolleginnen rechnen, die entweder arbeitsunfähig sind oder nur eingeschränkt einsetzbar (kein Vorwurf!!) sowie mit vier langzeiterkrankten Kolleginnen. Neue Kollegen wurden zwar eingestellt, aber fast ebenso viele haben ihren Arbeitsplatz gewechselt (**wenige bleiben länger als 2 Jahre**). Alles unterm Strich ergibt ein Minus, welches keine Erleichterung spürbar macht.
11. ... von einer **Verbesserung habe ich noch nichts gespürt**. Ich arbeite als Springerin in der Krankenpflege an jedem 2. Wochenende. Diese Arbeitsweise habe ich mir selbst ausgesucht, da ich verschiedene Arbeitsbereiche kennen lernen wollte nach der Erziehungszeit. Ich muss aber feststellen, dass ich fast jedes Wochenende im Krankenhaus arbeite, weil die Leute fehlen, obwohl eine Station geschlossen worden ist und dieses Personal auf andere Stationen verteilt wurde. Jetzt sollen ab dem nächsten Jahr die Mehrarbeitsstunden und der Urlaub innerhalb des Kalenderjahres genommen werden, damit Kosten eingespart werden können. Können Sie mir dann erklären, wie ich 3 Urlaubswochenenden und z. Zt. über 60 Mehrarbeitsstunden in Freizeit nehmen soll?
12. Zu Beginn des Jahres, im März, sind wir mit 70% der Stationsbelegschaft in eine Schwesterklinik umgezogen, wegen Krankenhausschließung in... Als geplante Gefäßchirurgie, jedoch bis Juni ohne Gefäßchirurgen, wurden wir erst mal mit 5 Fachrichtungen belegt- so genannte Satellitenstation. Es war für uns "neuen" im Hause ein sehr schwerer Neuanfang, wir hatten zur Einarbeitung 2 Schwestern auf Station, die aus dieser Klinik stammten, uns die Gegebenheiten dieses Hauses vermittelt haben. In dieser Zeit haben wir sonst keine zusätzliche examinierte Hilfe erhalten, trotz Krankheitsausfällen! Ab Juni eröffnete die Gefäßchirurgie unter einem neuen Chefarzt, daraus resultiert erstmal wieder neuer Stress. Wir bekamen für wenige Wochen eine examinierte Kraft. Sie kam aus dem Erziehungsurlaub, benötigte natürlich Einarbeitung, ist erneut schwanger, durfte dementsprechend nur bedingt eingesetzt werden. Sie erhielt dann auch von ärztlicher Seite her ein Arbeitsverbot, v. a. wegen MRSA-Pat. und wurde dann ersatzlos vom Dienstplan gestrichen. Von der Pflegedienstleitung wurde bestätigt, dass ab Januar 2010 ein Ersatz geplant sei. Im November bekamen wir 2 Examierte, vom letzten Ex.-Schülerkurs zugeteilt. Wobei an eine **Einarbeitungszeit, im besten Sinne, nicht zu denken war. Sie mussten voll eingesetzt werden (arme Kollegen)**. Es gäbe noch mehr zu berichten aber das sprengt den Zeitrahmen, dies ist das Wesentliche.
13. Ich erlebe **keine Entlastung**: Die pflegerische Kapazität in meinem Arbeitsbereich wurde nicht erhöht.
14. Bei uns auf Station ist die **Arbeitsbelastung gestiegen**. Von einer Entlastung bzw. mehr Stellen haben wir nichts bemerkt. Wir haben inzwischen weniger Stellen als im Januar. So dass sich die **Arbeit noch mehr verdichtet**.
15. Ich kann nicht genau sagen, ob und wie viele Stellen in unserem Klinikverbund durch das Förderprogramm geschaffen wurden. Als Stationsleiter zweier großer Intensivstationen kann ich jedoch sagen, dass sich an der **Personalsituation in meinem Bereich seit Beginn des Jahres nichts geändert hat**.
16. Bei uns im Krankenhaus wurde ein **Springerpool eingerichtet**, um die bisher geleisteten Überstunden abzubauen. Damit wird das Ausbezahlen der Überstunden verhindert. Teilweise effektiv, da der **lang ausstehende Freizeitausgleich endlich gewährleistet** wird. Die

Pflegekapazität auf den Stationen hat sich dadurch natürlich nicht erhöht. **Mehr Zeit für die Pflege bleibt weiterhin nicht**, denn der Stellenschlüssel ist nach wie vor der gleiche.

17. Nach meiner Auffassung ist die **Arbeitsbelastung** im Vergleich zum Beginn des Jahres **um ein vielfaches gestiegen**. So hat sich unser Haus eine Zertifizierung zum Ziel gesetzt, das unter Druck von der Pflegedirektion zur eigenen Profilierung angestrebt wird. Die initiierten Arbeitskreise, Neuorganisationen, "Verbesserungen" werden am Bedarf des Patienten und Pflegepersonals vorbei mit Gewalt durchgesetzt. **Erste Kündigungen verzweifelter Kollegen gibt es bereits. An patientenorientierte Krankenpflege ist schon lange nicht mehr zu denken**, eine Aufstockung des Personals fand nicht statt, die "Pflege" wird durch **Praktikanten und Aushilfen durchgeführt**, Krankenpflege mutiert zum administrativen Vorgang. **Leider ein Beruf der nicht mehr weiterempfohlen werden kann**.
18. ... durch Ihre Email bin ich an das Förderprogramm erinnert worden - ich hätte es sonst glatt und vollkommen vergessen! Im pflegerischen Berufsalltag fällt mir keine Situation quer durchs vergangene Jahr ein, die mich hätte daran erinnern können. Die Arbeitszeit muss von den Leitungen nach wie vor schier minutengenau geplant und berechnet werden. Und **wenn es nicht die Möglichkeit der (unbezahlten) Mehrstunden der Teilzeitkräfte gäbe, (und gelegentlich zusätzliche Arbeitstage selbst der überbelasteten Vollzeitkräfte), wäre im Jahr 2009 an meinem Arbeitsplatz Pflege keine qualitäts- und sicherheitsorientierte Patientenversorgung möglich gewesen**. Ich bin wirklich stolz, auch dieses Berufsjahr wieder gut geschafft zu haben! Aber in den Phasen der sehr hohen Arbeitsbelastung beschleicht mich schon ein ungutes Gefühl, wenn ich an die vor mir liegenden fünf bis sieben Jahre (d.h. bis 63 oder bis 65) denke.
19. Meine **Arbeitsbelastung steigt weiterhin**. Meine KollegInnen schildern diesen Eindruck ebenfalls. Ob mein Arbeitgeber Fördermittel beantragt hat ist mir nicht bekannt. Bei den jährlichen Mitarbeiterversammlungen gibt es regelmäßig den Bericht unserer Betriebsärztin. In den letzten Jahren ist eine **ständig steigende Zahl an Krankheitsmeldungen aus dem psycho-somatischen Bereich (u.a. Überlastung bis zum Burn-out) und Schmerzen des Muskel- und Skelettbereichs (vor allem Rückenschmerzen) bekannt gegeben worden**. Immer mehr jüngere MitarbeiterInnen äußern, dass sie sich auf Dauer einen Verbleib in diesem Beruf nicht vorstellen können. **Langjährige KollegInnen sind auf der Suche nach anderen Arbeitsstellen**, weil durch die steigende Arbeitsbelastung (körperlich, seelisch) ihre Gesundheit gefährdet bzw. schon beeinträchtigt ist. In meinen 25 Jahren Berufserfahrung habe ich einige "Auf und Ab's" in der Pflege erlebt (z.B. Pflegenotstand, zur Entlastung: polnische und jugoslawische Pflegekräfte - mit all den damit verbundenen Schwierigkeiten/Sprachschwierigkeiten, Zuverlässigkeit, etc. - fairerweise muss ich anfügen, dass es auch einige wenige sehr gute und lernwillige MitarbeiterInnen unter ihnen gab). Besonders an der jetzigen Situation erscheint mir die Tatsache, dass zwar "alle Welt von Pflegenotstand und man müsse Abhilfe schaffen; Pflege sei eine wichtige Aufgabe" spricht, wir vor Ort jedoch häufig erleben, dass unsere Meinung und Wissen nicht gefragt ist. Die **Wertschätzung gegenüber MitarbeiterInnen hat nachgelassen, vor allem auch von Seiten des Pflegemanagements**.
20. Meine persönliche Arbeitssituation hat sich dahin gehend verändert (ich arbeite ausschließlich im Nachtdienst auf einer kardiologischen Fachabteilung), dass hier **seit Jahren die Arbeitsverdichtung stark zunimmt**, da die Patienten immer multimorbider sind und intensiver therapiert werden. Wir haben zum Beispiel in der Zwischenzeit 8 Monitorüberwachungsbetten,

- bei gleicher Personalstärke, wie vor Einführung dieser Überwachungseinheit. Selbstverständlich werden diese Betten für Patienten in Anspruch genommen, die eigentlich auf der Intensiv-Abteilung liegen sollten, ein grober Verstoß gegen alle früher getroffenen Absprachen, aber das kümmert fast keinen. Also kurz gesagt, wir haben in keiner Weise profitiert, leider. Dass es ansonsten etwas zuversichtlicher bei uns in der Pflege aussieht, mache ich eher an unserem neuen Pflegedienstleiter (seit einem Jahr) fest, der sich im Gegensatz zum früheren Pflegemanagement mehr für die Pflege einsetzt. Soweit ich das beurteilen kann scheinen meine Kollegen im Tagdienst auch nicht allzu viel an Entlastung zu verspüren, denn auch wenn es evtl. marginal besser sein sollte, durch eine evtl. zusätzliche Pflegekraft, machen die **vielen Krankheitstage** und die immer noch zunehmenden Arbeitsverdichtungen (bis zu 10 Entlassungen am Tag bei ebenso vielen Aufnahmen, bei immer älterem und kränkerem Klientel), die Arbeit nicht wirklich leichter. Mit anderen Worten: es gibt noch sehr viel zu tun für die Pflege, ich hoffe aber, dass ein Anfang gemacht ist.
21. Wir haben nichts gemerkt von mehr Personal. Bei uns wurden **6 Stellen gestrichen** und es ist die Rede von weiteren Streichungen. Die Arbeitsbelastung hat weiter zugenommen. Wir machen **regelmäßig Überstunden und der Krankenstand ist sehr hoch**. Die Fallzahlen steigen und müssen mit immer weniger Personal betreut werden.
  22. Bei uns wurde **nicht mehr Personal** eingestellt. Ich habe mehrfach nachgefragt, ob die Fördermittel beantragt wurden. Bisher wohl nicht (Aussage der PDL).
  23. In unserer Klinik hat, was das Pflegepersonal anbelangt, sich **nichts Wesentliches verändert oder verbessert**. Wir kämpfen täglich darum, dass bei Umstrukturierungen und Einsparungen das Pflegepersonal nicht noch mehr belastet wird. Wie ich bereits erwähnt habe, würde ich gern einmal persönlich mit jemandem vom DBfK über die Umstrukturierungen und Machenschaften unseres Managements sprechen, da sicher manche Dinge, die bei uns so laufen, auch an der Tagesordnung in andren Kliniken ist. Nur traut sich kaum einer, die Dinge öffentlich zu benennen aus lauter Angst, entlassen zu werden. Ich weiß sehr viele Dinge, habe auch Einiges unternommen, teilweise mit Erfolg, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege erträglicher zu machen. Nur das kann man leider nicht allein. Der Betriebsrat ist jetzt endlich mit im Boot. Aber es muss auch die Politik mit ins Boot, um nicht irgendwann einen unerträglichen Pflegenotstand zu haben. Wie können wir das gemeinsam und zeitnah erreichen???. Da müssen dringend Konzepte entwickelt werden und das nicht erst in ein paar Jahren, sondern jetzt, gerade weil wir jetzt eine andere Regierung haben, wo sich die Dinge evtl. noch verschärfen.
  24. Leider muss ich in meinem Arbeitsumfeld feststellen, dass sich **nichts geändert** hat. Die **Kollegen sind ausgepowert**. In Krankheitsfällen geht man auf kurzfristige Teilschichten oder Mehrarbeit zurück. Es wurde bei uns im Betrieb eine neue IMC (= Überwachungsstation, 30 Betten) und Intensiv (16) Betten eröffnet, deren geplante Stellen nicht ganz besetzt werden konnten (Pflegepersonalmangel/Fachkräftemangel). Man wird im Betriebsrat sehr genau hinschauen müssen, ob das Förderkonzept auch wirklich zur Schaffung zusätzlicher Stellen seitens des Arbeitgebers genutzt wurde, gerade mit unseren neuen Stationen.
  25. Ich habe die genauen Überstundenzahlen nicht parat, doch hat sich an deren Aufkommen in der Grobübersicht im vergangenen Jahr bei mir nicht viel verändert, sodass ich das als Indikator dafür sehe, dass sich **nicht sehr viel geändert** hat. Des Weiteren ist es so, dass ein

Überstundenabbau bei einzelnen Mitarbeitern zum Stundenaufbau bei den Kollegen führt, was die These stützt.

26. Bei uns im Krankenhaus wird von den Fördermitteln ein **Pflegepersonalpool** eingerichtet. Zehn Vollzeitstellen, die allen Stationen zur Kompensation von "spontanen" Ausfällen durch Krankheit zur Verfügung stehen. Ein Tropfen auf den heißen Stein, aber immerhin. Das ganze ist zunächst befristet für ein Jahr und läuft jetzt im November an. Leider haben sich fast nur Leute von extern beworben, die natürlich nicht eingearbeitet sind und die internen Gegebenheiten des Hauses nicht kennen. Ob die dann einen Ausfall adäquat ersetzen können bleibt abzuwarten. Bis jetzt kann ich noch über keine Erfahrungen berichten.
27. Es kam seit Anfang des Jahres bis zum heutigen Tag nur zu einer **Verdichtung der Arbeitsbelastung**, das Pflegepersonal wurde bei unserer Klinik sogar noch reduziert. So viel zu dieser hoch gelobten Stellenmehrung im Pflegebereich. Fazit: **das einzige was sich vermehrt hat ist die Bürokratie und die Arbeitsverdichtung, verringert hat sich das am Patienten tätige Personal.**
28. Zur heutigen Arbeitsbelastung: Die **Arbeitsverdichtung in den Schichten ist unverändert hoch** und wird vom Pflegepersonal als belastend empfunden. Allerdings hat in diesem Jahr in unserer Intensivstation ein Überstundenabbau stattgefunden. Wobei allerdings ein Teil sicherlich auch aus einer Erhöhung der Arbeitszeit wegen Auslaufen eines Sanierungstarifvertrages zu Beginn des Jahres resultiert (von 37,5 auf 38,5 h Woche). Ein weiterer Teil kommt durch Installation und Betrieb eines neuen Herzkatheterlabors seit Oktober und damit verbundener zusätzlicher Planstellen zustande. Zur Zeit befinden wir uns hier noch im Anlernbetrieb und fahren noch keine volle Auslastung, was zum Überstundenabbau auch einen Teil beiträgt. Grundsätzlich scheint das Personal auf den Intensivstationen aufgestockt zu werden (Stellenausschreibung). Auf den vorhandenen allgemeinen Pflegestationen werden jedoch teilweise examinierte Kräfte durch Pflegeassistenten ersetzt. Stellenausschreibungen scheinen hier eher für neu zu eröffnende Abteilungen zu gelten.
29. Ich muss Ihnen leider mitteilen, dass bei mir auf Station die **Situation seit Anfang des Jahres eher schlechter** geworden ist. Vor allem in den letzten zwei bis drei Monaten häufen sich die Überstunden und die unterbesetzten Schichten.
30. Patientenbezogen: Die **Arbeitsbelastung ist weiter angestiegen**, hoher Durchlauf mit sehr betagten und multimorbiden Patienten. Die Order der Geschäftsführung lautet: „Jeden Patienten annehmen, Fallzahlen erhöhen!“ So werden auch die Einbestellungen (der Pat.) durchgezogen. Welche Fördermittel? Bei uns an der Basis kommt nichts an bzw. wird auch nicht dargestellt „... diese Prozentenerhöhung bei einer Teilzeittätigkeit kommt von den Fördermitteln ...“.
31. Bei uns hat sich gar nichts zum Positiven verändert – im **Gegenteil, es wird alles immer schlimmer und der Burnout droht bei meinen Kollegen**. Ich arbeite in einem Krankenhaus mit 210 Betten, das vierte in einer GmbH, auf einer chirurgischen Station mit 31 Betten und 36 Bettstellplätzen. Durch das Schließen einer Station im Hause ist die Auslastung unserer Station bei über 120 Prozent. Denn es wird jeder Stellplatz genutzt und Betten, wo beispielsweise der Patient im Op oder auf Intensiv ist, doppelt vergeben. Stellen der Pflege wurden abgebaut – von 15,7 auf 13,2 Planstellen. Aber die Stellen der Ärzte wurden fast verdoppelt durch das Erweitern der Fachrichtungen. Wir haben hauptsächlich Patienten von vier Fachrichtungen – Endoprothetik, Gefäßchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Allgemein-



- /Viszeralchirurgie, und dann kommen noch Patienten der Unfallchirurgie dazu. Wenn auf der Internen keine Betten mehr frei sind, nehmen wir die Patienten auch noch. Den anderen Stationen geht es nicht anders. **Wir laufen alle am Limit, haben Arbeit, die nicht zu bewältigen ist und eine Pflegedienstleitung, die nur darauf schaut, dass sie in der Verwaltungsetage gut angesehen ist. Es ist zum Davonlaufen**, und nochmal, langer Rede kurzer Sinn, zum Thema „Förderprogramm für mehr Pflege in den Krankenhäusern“: Bei uns wurden keine Stellen in der Pflege aufgebaut, sondern abgebaut – das Geld wurde augenscheinlich für die Ärzte verbraten.
32. Zu ihrer Frage nach der Arbeitsbelastung im Vergleich zum Jahresbeginn muss ich leider sagen, dass sich **nichts verändert** hat. Es gab weder Erhöhungen im Stellenplan noch sonstige Erleichterungen – zumindest für meinen Arbeitsbereich. Ich kann mein Vollzeitstudium (neben der halben Stelle) auch nur dank des Entgegenkommens und der Flexibilität meiner Kolleginnen, Kollegen und meiner Stationsleitung fortführen – und habe es überhaupt erst unter dieser Prämisse anfangen können. Erst kürzlich musste ich, wegen mehrerer Krankheitsausfälle (auch im Haus insgesamt, und per Anordnung der Pflegedienstleitung) im Spätdienst statt bis 20.30 Uhr bis 23.30 Uhr arbeiten, wurde danach erst von der Hauptnachtwaache abgelöst. Durch Qualitätsmanagement, Zertifizierungen usw. entstehen zusätzliche Anforderungen an Dokumentation, Implementierungen neuer Verfahrensanweisungen und ähnliches mehr – neben den anderen Faktoren wie kürzere Liegezeiten, höherer Verwaltungsaufwand, ältere/schwerer vorerkrankte Menschen etc. Das alles kostet zusätzliche Zeit, die ich nicht *mit* den Patienten verbringen kann (was ich für mein Berufsverständnis fundamental wichtig halte).
33. Ich habe gerade ab 1. Oktober 2009 eine neue Stelle angetreten in der Chirurgie in einem Haus mit ca. 180 Betten (Akutklinik). Seit einigen Monaten weiß ich von Kollegen, dass aufgrund **Mangel an Pflegepersonal eine Station komplett geschlossen** wurde und das Team überall im Haus verteilt wurde. Jetzt wird diese Station wieder geöffnet und ich bin angeblich dafür vorgesehen. Das bedeutet auch, dass ich der Station, auf der ich eingearbeitet bin, wieder abgezogen werde. Also ist im Grunde keine zusätzliche Pflegekraft gewonnen. Allerdings werden gerade aus den anderen drei Häusern viele Schwestern auch ausgeliehen und umgesetzt. So richtig dahinter bin ich leider noch nicht gedrunen. Sobald ich Neues weiß berichte ich ihnen gerne. Fakt bleibt jedoch, dass angesichts der demografischen Entwicklung die Belastungen weiterhin kaum in der Pflege berücksichtigt werden, obwohl wir dokumentieren und einstufen, Pflege transparent machen, uns **fortbilden auf eigene Kosten**. Manchmal denke ich: Emanzipation der Frau – wo denn?
34. Bei uns auf Station merkt man **nichts von mehr Personal**. Im Gegenteil, es werden **eher weniger, die Kollegen, die uns verlassen, werden nicht ersetzt**. Dadurch und durch erhöhte Fallzahl(verkürzte Verweildauer wird die Arbeit natürlich nicht weniger bzw. leichter. Leider kann ich ihnen keine positivere Antwort geben.
35. Ich arbeite auf einer chirurgischen Station in einem kleinen Akutkrankenhaus. Unsere Arbeitsbelastung wurde im letzten Jahr **etwas erleichtert**. Allerdings nicht durch examinierte Pflegekräfte. Wir haben seit ein paar Monaten eine Pflegeassistentin (Stationssekretärin), die uns einen Teil des Papierkrames abnimmt, **dafür nehmen wir Blut ab, ziehen Drainagen, Fäden und entfernen Klammern**. Seit Anfang des Jahres kommen die elektiv geplanten OP`s auch nicht mehr direkt auf die Station, sondern werden von einer Arzhelferin in einem

Extraraum auf die OP vorbereitet. Diese beiden Dinge haben den Stationsablauf ruhiger und geordneter gemacht.

36. Wir haben in unserem Haus zum 1. November 2009 mit einer **Poolarbeit** im Sinne der Fördermaßnahmen angefangen. Mein Stand der Dinge ist, dass wir jetzt erst Mitarbeiter rekrutieren. Diese Mitarbeiter werden in zwei Pools eingearbeitet, einen für die Allgemeinstationen, der andere Pool für die Intensivstationen. Es bestehen noch keine Erfahrungen bei uns auf den Stationen.
37. Die derzeitige **Arbeitsbelastung hat sich deutlich erhöht**, v.a. auch weil ich erlebe, wie sich die **Qualität im ärztlichen Bereich nach unten hin entwickelt**. Dann werden mehr und häufigere Untersuchungen angeordnet, die bei einem erfahrenen Arzt nicht nötig wären. Auch das entschiedene Hinstehen bei Patienten und Angehörigen vom ärztlichen Dienst vermisse ich sehr, und daraus resultieren oft Mehrarbeit und auch starke psychische Belastungen durch Leiderfahrungen, die so sehr zermürben. Ich habe nicht das Gefühl, dass die pflegerische Kapazität entlastet wird. Gerade heute hat unser Geschäftsführer bei der Betriebsversammlung gesagt, dass es in der kommenden Zeit, je nach Tarifabschluss, zu weiteren Personaleinsparungen kommen wird ... .
38. Ich empfinde **keine Arbeitsentlastung** im Vergleich vom Beginn des Jahres bis jetzt – im Gegenteil, immer mehr administrative Aufgaben kommen hinzu. Von mehr Pflegekapazität durch zusätzliches Personal kann nicht die Rede sein.
39. **Arbeitsbelastung ist unverändert hoch**, da bisher nur Stellen abgebaut wurden. **Druck auf Mitarbeiter wächst**, da weiter gespart werden soll.
40. Leider gibt es bei uns **keine zusätzlichen Pflegestellen**. Woran es liegt wird nicht publiziert. Allerdings sind seit September wieder alle Planstellen der Station besetzt, was zu einer deutlichen Entlastung führt. Mehrarbeitsstunden fallen hierdurch weniger an. Die vorhandenen Stunden können nach wie vor nicht abgebaut werden, da der Arbeitsanfall weiter zunimmt.
41. Nach einem Jahr Elternzeit bin ich im Oktober in mein Krankenhaus zurückgekehrt. Die Situation ist so, dass die **Arbeitsbelastung weiter steigt**, was durch eine **weitere Reduzierung des Personals** auf Station begründet ist. Geschaffen wurde eine Stelle einer Stationshilfe, die natürlich im Stationsalltag eine große Hilfe ist, die aber über keinerlei pflegerische Ausbildung verfügt.

## Fazit

Bei allen drei Befragungen handelt es sich um zahlenmäßig kleine Panels, die **keinerlei Anspruch auf Repräsentativität** erheben. Das mindert aber nicht ihren Wert als Situationsbeschreibung. Aus vielen Kontakten mit Pflegenden wissen wir, dass diese wenigen Beispiele durchaus die Rea-

lität des Klinikalltags widerspiegeln. Sie zeigen, dass die Inanspruchnahme der Fördermittel nicht zügig und reibungslos wie geplant vonstatten geht, sondern erhebliche Probleme aufwirft. Selbst unter der Annahme, dass sich möglicherweise in der letzten Befragung vor allem diejenigen gemeldet haben, deren Situation sich im Laufe des Jahres nicht verbessert hat, belegen die Statements, dass in vielen Krankenhäusern offenbar der Trend zum relativen Exodus der Pflege nicht gebremst wurde. Die von der Politik versprochene Hilfe kam bisher bei den Pflegenden kaum an. Die Folgen sind eklatant und nicht mehr zu übersehen:

- Seit Jahren zeigen Gesundheitsreports und arbeitsmedizinische Untersuchungen, dass die Zahl der psychischen und berufsbedingten Erkrankungen in der Pflegebranche überproportional ansteigt. Besonders die Zunahme depressiver und Burnout-Erkrankungen gibt Anlass zur Sorge, Rehabilitationskliniken mit psychosomatischem Schwerpunkt speziell für Pflegekräfte schießen bundesweit wie Pilze aus dem Boden.
- Trotz hohen Ansehens in der Bevölkerung hat der Pflegeberuf für junge Menschen drastisch an Attraktivität eingebüßt. Immer weniger der ohnehin geringer werdenden Schulabgänger entscheiden sich im Wettbewerb mit anderen Branchen für einen Berufsweg in der Pflege.
- Die Qualität der Versorgung in den Krankenhäusern sinkt<sup>6</sup>, Opfer sind neben den ausgebeuteten Pflegekräften vor allem die Patienten. Es gibt unmittelbare Zusammenhänge zwischen messbaren Versorgungsdefiziten und Komplikationen (z.B. Anzahl nosokomialer Infektionen, während des Klinikaufenthalts entstandene Dekubiti, Fehlerhäufigkeit vor allem im Zusammenhang mit Medikamentenapplikationen, Schnittstellenprobleme, Informationsdefizite...) und der vorhandenen quantitativen wie qualitativen Pflegekapazität. In Umfragen unter ihren Versicherten nach einem Krankenhausaufenthalt ermitteln die großen Krankenkassen seit Jahren erhebliche De-

---

<sup>6</sup> dip Pflege-Thermometer 2007

fizite, die von den Patienten benannt werden (z.B. die vergleichenden Untersuchungen der GEK „Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten“ in den Jahren seit Einführung der DRG-Finanzierung). Ein Beispiel (Abb. 7):

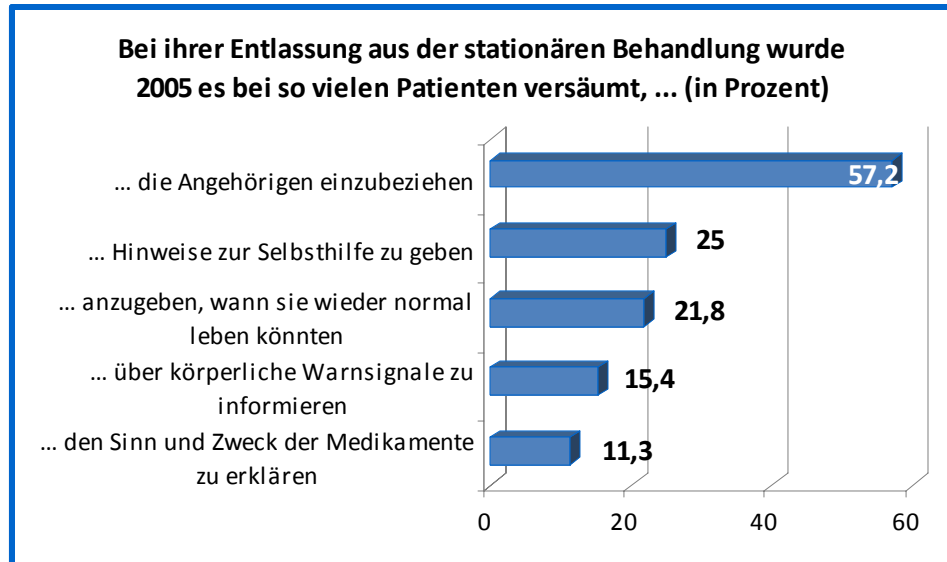


Abb. 7: Nachhaltigkeit; Quelle: BKK Faktenspiegel

- Im Oktober 2007 ergab eine Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach „... bei detaillierter Analyse der Krankenhauserfahrungen aus den letzten Jahren neben dem Lob auch Kritik. Vor allem der Eindruck, dass Ärzte und Pflegepersonal bei aller Mühe, die man als Patient erkennen konnte, überlastet und überfordert waren, wird offenbar zunehmend gespürt. ... 37 Prozent stellten fest, dass es zu wenig Pflegepersonal gibt (1995: 29 Prozent).“<sup>7</sup>
- Und das deutsche Ärzteblatt führt im Oktober 2009 aus: „Krankenhäuser, Tageskliniken und Arztpraxen stehen heute unter einem teilweise unerträglichen, im Steigen begriffenen Druck, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen. Das hat eine erschreckende Konsequenz: Wiederholt kollidieren diese Anstrengungen, die eigene Einrichtung zu erhalten, mit den Anstrengungen im Kampf um das Überleben der Patienten, die dort versorgt werden. Immer wieder kommt es zu schwersten Patientenschädigungen und zu Todesfällen – infolge kostensparender, aber lebensgefährdender Organisations-

<sup>7</sup> Allensbacher Berichte 2007/Nr. 18

strukturen. ... Behandlungsfehler sind häufig das Ergebnis von Systemfehlern im Krankenhaus oder in der Praxis, die in ihren gefährlichen Auswirkungen zwar bekannt, aber aufgrund wirtschaftlichen Drucks beibehalten oder sogar neu eingeführt werden....“<sup>8</sup>

- Die Stiftung Warentest stellte im Oktober 2009 Ergebnisse einer Befragung von fast 6.000 Menschen zum Thema Krankenhaus vor. Darin hatten rund 68 Prozent angegeben, dass es ihnen ‚sehr wichtig‘ sei, dass immer genügend Krankenschwestern und –pfleger da sind, auch in der Nacht.<sup>9</sup>
- In einer aktuellen Forsa-Umfrage im November 2009<sup>10</sup> haben 41 Prozent der Befragten Ängste geäußert, dass sich bei einem Krankenhausaufenthalt das Personal nicht ausreichend um sie kümmert. In diesem Zusammenhang befürchten 65 Prozent, dass die Ärzte einen Fehler machen könnten, und 61 Prozent, dass ihre Behandlung insgesamt nicht erfolgreich verläuft.

Alle diese Ergebnisse zeigen, dass die Strukturveränderungen der letzten Jahre in den Kliniken deutliche Spuren hinterlassen haben. Die Ängste und Sorgen ehemaliger wie künftiger Klinikpatienten und ihrer Angehörigen sind drastisch gestiegen – und nur allzu berechtigt. Das System Krankenhaus ist mit den Strategien der letzten Jahre nicht zu halten, es bröckelt an vielen Stellen immer gravierender. Und diejenigen, die den Zerfall über einige Jahre durch immensen Einsatz hochmotiviert und uneigennützig kompensiert haben, die Pflegekräfte nämlich, sind müde, erschöpft und verschlissen, geben einer nach dem anderen enttäuscht und frustriert auf. Das Förderprogramm für mehr Pflege in den Krankenhäusern hatte nach dem Willen des Gesundheitsministeriums ein erster Schritt mit Signalwirkung zu besseren Arbeitsbedingungen für die Pflege werden sollen. Ob sie dasselbe Ziel verfolgen und die Botschaft der Politik an dieser Stelle verstanden haben, müssen die Kliniken erst noch beweisen. Der rasch zu-

---

<sup>8</sup> Dtsch. Ärzteblatt 2009; 106(42): A2061

<sup>9</sup> [www.test.de/themen/versicherung-vorsorge/meldung/-Ergebnisse-zur-Umfrage-...](http://www.test.de/themen/versicherung-vorsorge/meldung/-Ergebnisse-zur-Umfrage-...); Abfrage 08.10.2009

<sup>10</sup> Umfrage im Auftrag der HanseMerkur Versicherungsgruppe

nehmende Fachkräftemangel in den Pflegeberufen könnte hier die Spreu vom Weizen trennen.

Größtes Hindernis für eine grundsätzlich zukunftsfähige Ausrichtung in den Kliniken ist und bleibt nach wie vor das Machtgefälle, an dessen unterem Ende die Pflegenden stehen. Ein möglicherweise unscheinbarer, aber dennoch klarer Beweis dafür ist eine Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Zusammenhang mit der Eröffnung des diesjährigen 32. Deutschen Krankentages in Düsseldorf. In der Meldung heißt es: „... Ziel des Krankentages ist es, allen relevanten Berufsgruppen im Krankenhaus – Ärzten, Krankenhausdirektoren, Controllern, Technikern, Krankenträgern (!) und Pflegepersonal ...“.<sup>11</sup> Die Botschaft dieser Aufzählung ist deutlich und so alt wie das Krankenhauswesen in Deutschland.

Angesichts der bisherigen Erfahrungen mit der Nutzung des Förderprogramms ‚Mehr Pflege im Krankenhaus‘ im ersten Förderjahr **appelliert der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe ...**

- an die **Pflegekräfte in den Kliniken**, selbstbewusst und konsequent Transparenz und Offenlegung von der Geschäftsführung bzgl. des Sonderprogramms einzufordern. Es geht um Finanzmittel, die zu Ihrer Entlastung zweckgebunden vergeben werden, lassen Sie sich dies nachweisen. Suchen Sie Verbündete unter den Kollegen, wenden Sie sich gemeinsam an die Mitarbeitervertretungen und/oder Vorgesetzten.
- an die **Pflegedienstleitungen und Pflegedirektionen**: Stärken Sie Ihren Mitarbeitern den Rücken, vertreten Sie konsequent ihre Interessen in bzw. gegenüber der Geschäftsführung und kämpfen Sie dafür, dass Fördermittel zur Erhöhung der Pflegekapazität in der direkten Pflege auch unbeschnitten ankommen.

---

<sup>11</sup> Mitteilung vom 18.11.2009: „Kliniken fordern: Abbau von Sektorengrenzen fortsetzen“

- an die **Geschäftsführung** in den Krankenhäusern: Setzen Sie alle Hebel in Bewegung, damit die zur längst überfälligen Entlastung der Pflege bereitgestellten Mittel abgerufen und zweckentsprechend verwendet werden. Sie verschaffen sich damit nicht nur einen Wettbewerbsvorsprung für die Aquirse guter Fachkräfte, sondern verbessern die Versorgungsqualität des Krankenhauses und die Glaubwürdigkeit der Unternehmensleitung.
  
- an die **Krankenkassen** als Geldgeber des Programms: Schauen Sie sehr genau hin, für welche Zwecke die Fördergelder tatsächlich verwendet wurden. Sanktionieren Sie offensichtliche und versteckte Verstöße umgehend und konsequent.
  
- an die Bundesregierung, vor allem den **Bundesgesundheitsminister**: Machen Sie das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig. Sorgen Sie dafür, dass die hoch qualifizierten deutschen Pflegefachkräfte ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden und unter angemessenen Bedingungen arbeiten können. Verstöße gegen geltendes Arbeitsrecht und Arbeitsschutzbestimmungen dürfen nicht länger an der Tagesordnung bleiben. Entwickeln Sie die Gesundheitsberufe weiter, sorgen Sie dafür, dass Pflege in Deutschland wieder ein für junge Menschen attraktiver Berufsweg wird. Schützen Sie die Bevölkerung vor Über-, Unter- und Fehlversorgung. Das deutsche Gesundheitssystem verfügt im weltweiten Vergleich über immense Finanzmittel, sie müssen aber sorgfältig und sinnvoll eingesetzt werden.

## Danksagung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe bedankt sich bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern für ihre Bereitschaft, an den Umfragen teilzunehmen und Einblick in ihren Arbeitsalltag zu geben. Besonders danken wir für das damit zum Ausdruck gebrachte Vertrauen in ihren Berufsverband. Wir werden die Ergebnisse auch weiterhin zum Anlass nehmen, unüberhörbar auf politischer wie Trägerebene bessere Arbeitsbedingungen für Pflegende einzufordern.