

Renate Stemmer

Zur Situation der Pflege im Krankenhaus

Nursing in hospitals

Nursing shortage and increasing nursing demand threatens the provision of safe healthcare. Working conditions reduce the attractiveness of nursing. A review was done to look for projects aiming to improve the working conditions in German hospitals. As a result we found only a few studies. Many of them showed minor quality of evaluation.

Keywords

Nursing shortage, safe healthcare, nursing working conditions

Der Pflegefachkräftemangel bei zunehmendem Pflegebedarf bedroht die Sicherheit der Patientenversorgung. Belastende Arbeitsbedingungen reduzieren die Attraktivität des Pflegeberufes. Es wurde eine Recherche durchgeführt, um Projekte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegende in deutschen Krankenhäusern zu identifizieren. Dabei fanden sich nur wenige Studien, die zudem häufig unzureichend evaluiert waren.

Schlüsselwörter

Fachkräftemangel in der Pflege, sichere Patientenversorgung, Arbeitsbedingungen in der Pflege

1. Einleitung

Nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern weltweit droht ein Mangel an Pflegefachpersonen und gefährdet die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung. Die Lage ist gekennzeichnet durch eine Zunahme der Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf, einer Abnahme von jungen Menschen, die ins Berufsleben eintreten, der Altersdurchschnitt der Gruppe der Berufstätigen in der Pflege steigt, junge Frauen werden offensiv von zahlreichen Berufsgruppen angeworben, Männer gehen weiterhin nur in einer relativ geringen Zahl in den Pflegeberuf, das weitgehend abhängige Arbeiten ist nur schwer kompatibel mit den Interessen vieler junger Frauen an Selbstständigkeit und Autonomie. Der Pflegeberuf erscheint nicht attraktiv. Dazu kommt eine steigende Erwartungshaltung der Menschen mit Pflegebedarf und ein Gesundheitssystem, das immer stärker durch finanziellen Druck und Konkurrenz geprägt wird (Kimball, O'Neil, & Health Workforce Solutions 2002).

eingereicht 18.05.2011

akzeptiert 19.09.2011 (nach Überarbeitung)

Der demographische Wandel wird diese Entwicklung weiter verstärken und zu einer Konkurrenz um gute Arbeitskräfte führen. Das Ziel, junge Menschen für den Pflegeberuf zu interessieren sowie die Verweildauer im Beruf zu erhöhen kann nur durch attraktive Arbeitsbedingungen erreicht werden.

Die TeilnehmerInnen des im April 2009 stattfindenden 2. Pflegegipfels verständigten sich u.a. auf das Ziel, die Arbeitsbedingungen der Pflegenden in deutschen Krankenhäusern zu verbessern sowie die Attraktivität der Pflege zu erhöhen. Als attraktivitätssteigernde Ansätze wurden die Einführung neuer Arbeitsteilungen, familienfreundliche Arbeitsorganisationen, sowie eine Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen unterschiedlicher Lebensphasen in den Mittelpunkt gerückt.

Der aktuell nicht nur diskutierte, sondern vielerorts bereits begonnene Neuzuschnitt von Aufgabenfeldern im Krankenhaus ist in einem ganzen Ursachenbündel begründet. Auch die Zielsetzung, das pflegerische Handlungsfeld für Berufsangehörige attraktiver zu machen, ist hier einzuordnen unter der Vorstellung, dass eine Erweiterung des Entscheidungs- und Handlungsspielraumes zu einer erhöhten Berufszufriedenheit der Pflegefachpersonen führt.

Dabei gingen die Beteiligten von der Annahme aus, dass vielerorts bereits zielführende Anstrengungen vorhanden seien. Diese sollten eruiert und auf einer Informationsplattform dargestellt werden, um diese Erfahrungen und Ergebnisse einer breiteren Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen und auch darüber Veränderungen anzustoßen.

Mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und unter Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft sollte eine Übersicht über wegweisende Ansätze zur Aufgabenneuverteilung sowie zu familien- und zu altersgerechten Arbeitskonzepten erstellt werden.

2. Recherche

Der 2. Pflegegipfel ging von der Annahme aus, dass es in deutschen Krankenhäusern eine Vielzahl von Anstrengungen gibt, um die Attraktivität der Pflege zu erhöhen und den Verbleib der Pflegenden im Beruf zu erleichtern. Als zentrale Säulen wurden die ‚Neuverteilung von Aufgaben‘, ‚Verbesserung der Prozessabläufe‘, ‚Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf‘ sowie altersgerechte Arbeitsbedingungen wahrgenommen. Diese sollten eruiert, bewertet und veröffentlicht werden. Die neue Arbeitsteilung umfasst auch Fragen der Prozessgestaltung.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wurde mit der Projektleitung beauftragt. Die Katholische Fachhochschule Mainz (KFH) und das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) übernahmen die Recherche und die Datenauswertung. Das Projekt wird von einem Beirat begleitet, in dem VertreterInnen aller relevanten Verbände und Vereinigungen vertreten sind. Der Beirat fungiert als Gremium für politisch relevante Entscheidungen.

2.1 Methodisches Vorgehen

Die Recherche nach modellhaften Projekten erfolgte in einem mehrschrittigen Vorgehen, um möglichst umfassend die vorhandenen relevanten Projekte zu erfassen.

Da angenommen wurde, dass in deutschen Krankenhäusern durchgeführte Projekte überwiegend in deutschsprachigen Zeitschriften publiziert wurden, konzentrierte sich die Recherche insbesondere auf dieses Zeitschriftenspektrum. Genutzt wurden die Datenbank Carelit, die von DIMDI zur Verfügung gestellten deutschsprachigen Datenbanken sowie die Verlagsdatenbanken von Bibliomed und Thieme, um publizierte modellhafte Projekte ausfindig zu machen. Um sicherzustellen, dass kein Projekt mangels Passung zu einem der genutzten Schlagwörter bzw. Schlagwortkombinationen unentdeckt blieb, wurden zusätzlich insgesamt sieben einschlägige deutschsprachige Zeitschriften für den Zeitraum von 1/2005-2/2010 per Handsuche überprüft. Des Weiteren wurde gezielt nach Darstellungen von modellhaften Erprobungen auf einschlägigen Homepages (BGW, BAUA, Bundesfamilienministerium etc.) gefahndet. Eine zusätzliche Recherche via PubMed brachte keine weiteren Ergebnisse.

Zusätzlich wurde ein 23seitiger Erhebungsbogen erstellt und im Sinne einer Vollerhebung an alle somatischen und psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland versandt (n=1973). Der Erhebungsbogen enthielt neben einigen standardisierten Fragen umfangreiche Möglichkeiten, zur Freitexteingabe, um die vermutete Bandbreite und Unterschiedlichkeit der modellhaften Projekte aufnehmen zu können.

Die im Beirat vertretenen Verbände riefen ihre Mitglieder zur Teilnahme auf. Ein Aufruf zur Beteiligung an der Datenerhebung wurde auf der Homepage des BMG veröffentlicht. Zusätzlich wurden an zehn deutschsprachige einschlägige Fachzeitschriften redaktionelle Beiträge eingereicht, die darum warben, sich an der Erhebung zu beteiligen. Trotz dieser Anstrengungen betrug der Rücklauf nur 19,4 Prozent.

Die Literaturrecherche und die empirische Erhebung diente neben der Erarbeitung einer Übersicht über die quantitative Verteilung entsprechender Angebote, die an anderer Stelle vorgestellt worden sind (Stemmer & Offermanns 2011), vorrangig der Identifikation modellhafter Projekte.

Als Kriterien für die Güte und damit Auswahl der Projekte wurden formale und inhaltliche Kriterien festgelegt. Die formalen Kriterien waren: Begründung des Konzeptes (Ist-Analyse, Berücksichtigung Interessen der verschiedenen Anspruchs- und Zielgruppen; Evidenzbasierung), Planung (Zieldefinition, Berücksichtigung relevanter Rahmenbedingungen), Umsetzung, Steuerung, Organisation (klare Projektstrukturen, transparente Darlegung von Arbeitsabläufen und -phasen) ausreichende Qualifizierung der beteiligten Personengruppen), Evaluation (begründete Kriterien), Nachhaltigkeit (geplant und finanziell abgesichert). Darüber hinaus wurden für jede der drei Säulen inhaltlich ausgerichtete Kriterien festgelegt. Die Kriterien zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus umfassen u.a. den Grad und die Form der Übertragung bzw. Delegation von Aufgaben auf die beteiligten Berufsgruppen sowie die Reichweite der Prozessveränderungen. Die Auswirkungen dieser Veränderungen auf und für Pa-

tientInnen stellt ein weiteres Kriterium dar. Modellhafte Projekte zur alters- bzw. lebensphasengerechten Arbeitsplätze sollten u.a. gezielt eine Analyse und Berücksichtigung der Altersstruktur beinhalten sowie die Gesundheit älterer ArbeitnehmerInnen unterstützen und fördern. Modelle zur Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sollten, so die Auswahlkriterien, insbesondere die Bedingungen von Schichtarbeit gerecht werden oder im Hinblick auf den zunehmenden häuslichen Pflegebedarf professionell Pflegende in ihrer Rolle als pflegende Angehörige wahrnehmen und Entlastung bieten.

Die über die Literaturrecherche oder die empirische Erhebung identifizierten Ansätze wurden mit Hilfe dieser Auswahlkriterien bewertet. Es zeigt sich schnell, dass insbesondere die formalen Kriterien nur vereinzelt erfüllt wurden. Insbesondere fehlte vielfach eine fundierte Evaluation, so dass sie teilweise nicht eingehalten werden konnten. Auch waren einige konzeptionell interessante Projekte zwar gestartet, aber noch nicht abgeschlossen. Zusammenfassend bekamen die genannten Auswahlkriterien schließlich einen eher orientierenden Charakter.

Die so ausgesuchten modellhaften Projekte wurden mittels leitfadengestützter Interviews vertieft untersucht. Der Leitfaden fragt detailliert nach Projektmotivation und -vorbereitung, Projektumsetzung und -evaluation. Nach Transkription der Audiodateien wurden die enthaltenen Informationen einmal tabellarisch und einmal als Fließtext aufbereitet (s. www.pflege-krankenhaus.de).

2.2 Ergebnisse

Auf der Grundlage der Fragebogenauswertung sowie der Literaturrecherche wurden 23 Projekte ausgewählt und in leitfadengestützten Interviews vertieft untersucht. Elf Projekte betrafen das Thema ‚Neue Arbeitsteilung und Prozessoptimierung‘, fünf die Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie acht das alternsgerechte Arbeiten in der Pflege. Bei der Auswertung erwies sich, dass vier der als modellhaft eingeschätzten Projekte aus dem Themenfeld der Aufgabenneuverteilung zu wenig konkret waren, so dass sie für die weitere Bearbeitung nicht mehr in Frage kamen. Die Projektmotivationen sind in Tabelle 1 zusammengestellt.

In inhaltlicher Hinsicht decken die projekthaften Ansätze ein weitgehend bekanntes Themenspektrum ab, s. Tabelle 2.

Die Projektevaluation stützte sich nur im Ausnahmefall auf begründete Kriterien und valide Instrumente. Mehrfach wurde der Erfolg der Veränderungen aus allgemeinen Mitarbeiter- und/oder Patientenbefragungen oder anekdotischen Rückmeldungen abgeleitet.

2.3 Grenzen

Die Aussagekraft dieser Studie ist durch den geringen Rücklauf limitiert. Selbstkritisch ist anzumerken, dass zwar verschiedene Aufrufe zur Beteiligung an der Datenerhebung

Tab. 1: Projektmotivation

Themenfeld	Projektmotivation
Neue Arbeitsteilung/Prozessoptimierung	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherstellung bzw. Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Ergebnisqualität - bestmögliche Patienten-/Klientensteuerung bei kontrolliertem Ressourceneinsatz - Schnittstellenprobleme - Unzufriedenheit bei den Patienten - Entlastung der Pflegekräfte - Pflegepersonalmangel - Ärztpersonalmangel - Verstärkung der Patientenorientierung - Nutzung von Pflegekompetenzen
Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf	<ul style="list-style-type: none"> - Nachwuchsprobleme in der Pflege und im ärztlichen Dienst - Mangelnde passende Kinderbetreuungsangebote in der Region - Hoher Anteil weiblicher MitarbeiterInnen - Zunehmender Anteil professioneller Pflegepersonen, die zugleich ‚pflegende Angehörige‘ sind
Lebensphasengerechtes Arbeiten/-Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme bei der Personalrekrutierung - Hohes Durchschnittsalter der Pflegepersonen - Zunehmende Belastung für PflegemitarbeiterInnen - Häufung psychischer Erkrankungen bei MitarbeiterInnen in der Pflege - Bisherige traditionelle Aktivitäten zur Gesundheitsförderung werden nicht genügend angenommen oder sind zu wenig wirksam - Initiative der Mitarbeitervertretung

Tab. 2: Projektinhalt

Themenfeld	Zentraler Fokus
Neue Arbeitsteilung/Prozessoptimierung	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung des Therapiemanagements für die nicht ärztlichen oder psychologischen Therapien durch Pflegepersonen - Delegation von arzt nahen Aufgaben an Pflegepersonen/Übernahme von administrativen und Serviceaufgaben durch Assistenz- und Servicepersonen - Casemanagement / Patientenmanagement - Integration von Primärer Pflege in ein Prozessoptimierungsprogramm
Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf	<ul style="list-style-type: none"> - Implementierung von flexiblen Teilzeitmodellen - Kinderbetreuung auch in Rand- und Ferienzeiten - Unterstützung im Alltag (u.a. Datenbank für haushaltsnahe Dienstleistungen, Wäscheservice, Essensservice) - Kontakthalteprogramme - Kostenlose Pflegekurse für die Pflege pflegebedürftiger Angehöriger - Hausinterne ‚Familienbeauftragte‘
Lebensphasengerechtes Arbeiten/-Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> - Gestaltung alter(n)gerechter Arbeitsbedingungen gemeinsam mit den MitarbeiterInnen - betriebliche Gesundheitsförderung, Verminderung/Kompensation körperlicher und seelischer Arbeitsbelastungen - Anbieten von alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten - Nutzung des gesundheitsförderlichen Potentials, das in der Verfügbarkeit über Gestaltungs- und Entscheidungsspielräumen sowie Verantwortungsübernahme und Partizipation steckt - Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen - Einführung eines lebensphasenorientierten Karriere- und Entwicklungsmodells

lanciert wurden, ein mehrschrittiges Erinnerungsprocedere ist aber nicht durchgeführt worden. Des Weiteren wurden die ursprünglichen Auswahlkriterien zur Identifikation der Modelle nicht stringent eingehalten. Insbesondere wurden auch Projekte aufgenommen, die die ursprünglich geforderte fundierte Evaluation nicht umfänglich realisiert haben.

3. Diskussion

Der 2. Pflegegipfel war von der Annahme ausgegangen, dass in deutschen Krankenhäusern zahlreiche Initiativen ergriffen werden, um angesichts des bereits bestehenden oder drohenden Fachkräftemangels in der Pflege die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen diese Annahme nicht. Einerseits fanden sich in allen drei Säulen nur eine geringe Anzahl modellhafter Projekte. Die Projektmotivation war nur bedingt in dem Bemühen begründet, die Arbeitsbedingungen für die Pflege zu verbessern oder die Attraktivität des Pflegeberufes zu erhöhen. Es entsteht eher der Eindruck, dass in einer Zeit zunehmenden Drucks Ideen entwickelt werden, die auf die Lösung einer Vielzahl von Problemen abzielen.

Im Hinblick auf die Quantität der bundesweit initiierten Veränderungen bleibt offen, ob diese tatsächlich so gering ist, oder ob – möglicherweise wegen nicht immer abschließend geklärt rechtlicher Fragen gerade im Bereich der Neuverteilung von Aufgaben – die Veröffentlichung dieser Initiativen vermieden wird.

Auch erscheint das Innovationspotential begrenzt. Hier schlägt sich nieder, dass einerseits der Gestaltungsspielraum der Krankenhäuser eingeschränkt ist. Andererseits muss aber auch davon ausgegangen werden, dass die Pflege als Berufsgruppe vielfach nicht im Fokus der Politik der jeweiligen Einrichtungen ist.

Das Interesse der TeilnehmerInnen des 2. Pflegegipfels war auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Pflegepersonen und eine Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes gerichtet. Beide Aspekte schlagen sich in einer höheren Arbeitszufriedenheit nieder. Zufriedenheit im Beruf stellt einen Hauptfaktor für die Intention von Pflegepersonen dar, im Beruf zu bleiben (Coomber & Barriball 2007). Autonomie im klinischen Entscheidungsprozess sowie partizipative Führungsstrukturen und Wertschätzung im Kollegenkreis gelten als wichtigste Komponenten der Arbeitszufriedenheit (McGoldrick, Menschner, & Pollock 2001). Autonomie, Arbeitsstress und die Beziehung zwischen Pflegenden und Ärzten wurden vielfach als zentrale Faktoren identifiziert, die die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden maßgeblich beeinflussen (Best & Thurston 2004). Das Verständnis von Autonomie in der Pflege ist nicht einheitlich. Aiken et al. haben ein weitreichendes Verständnis. Sie definieren Autonomie in der Pflege als „extent to which nurses have the freedom to act on what they know“ (Aiken, Sloane, & Lake 1997). Autonomie wird des Weiteren definiert als die Möglichkeit, unabhängig Entscheidungen zu treffen und die Befähigung in der Pflegepraxis die Initiative zu ergreifen (Erenstein & McCaffrey 2007). Unter Integration des Arbeitszusammenhangs bedeutet „Pflegeautonomie ...“, dass Pflegende in der Lage sind, ihre

Pflege selbst zu gestalten, zu planen, zu kontrollieren und unabhängig mit anderen Berufsgruppen zu interagieren“ (Tewes 2002).

„Arbeitsstress“ enthält Faktoren wie Burnout, emotionale Erschöpfung und arbeitsbedingte Frustration (Zangaro & Soeken 2007). Zangaro et al. untersuchen in einer Metaanalyse die Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und Autonomie, Arbeitsstress und der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. In die Metaanalyse einbezogen wurden 31 Studien aus Großbritannien, USA, Kanada, Australien, Taiwan, Schweden, Israel, Hong Kong und die Niederlande. Die Metaanalyse umfasst 14.567 TeilnehmerInnen. In die Analyse einbezogen wurden nur Pflegende aus der Praxis, also keine VertreterInnen des Pflegemanagements. Sie wertet Studien aus den Jahren 1991-2003 aus. 17 Studien differenzierten nach Geschlecht. 93% der Teilnehmenden waren weiblich. Die durchschnittliche Anzahl an Berufsjahren betrug 13 Jahre. Zehn Studien wurden in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt, 20 in Krankenhäusern. Zusammenfassend gibt es einen moderaten signifikanten Effekt zwischen abnehmendem Arbeitsstress, zunehmende Autonomie und verbesserten Beziehungen zwischen den Pflegenden und ÄrztInnen im Sinne einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit. Die stärkste Beziehung besteht zwischen einer Abnahme des Arbeitsstresses und einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit. Die Beziehung zwischen einer Zunahme des Autonomie und einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit zeigt sich im Krankenhaus stärker als in den spezialisierten Einrichtungen. Auch zeigt sich eine stärkere Betonung des Wunsches nach Autonomie in den Publikationen zwischen 200-3003 im Vergleich zu Studien aus den 1990ern. Hier, so die Vermutung von Zangaro et al. könnte sich ein Generationenwechsel auswirken. Innerhalb der westlichen Gesellschaften ist die Akzeptanz von hierarchischen Strukturen zurückgegangen. Gewünscht und gesucht werden Strukturen, die mehr Autonomie zulassen und Karriereöglichkeiten eröffnen (Zangaro et al. 2007).

Vor dem Hintergrund dieser Metaanalyse gehen die Bemühungen um eine Entlastung der Pflegenden in die richtige Richtung. Allerdings bleiben die Wirkungen der in den Häusern eingeführten Einzelmaßnahmen aufgrund der Evaluationsverfahren meist fraglich.

Arbeitszufriedenheit hat unter Bezug zu Maslow damit zu tun, inwieweit Bedürfnisse erfüllt werden (Lu, While, & Barriball 2005). Orientiert an Maslow ist es erforderlich, zunächst die grundsätzlichen Bedürfnisse zu stillen wie die Möglichkeit, regelmäßig Pausen einzuhalten oder ausreichende Ruhezeiten zwischen den Schichten sicherzustellen, bevor weitergehende Fragen z.B. der Teilhabe an strategischen Entscheidungen Bedeutung erlangen (Lacey et al. 2011).

Relevante Faktoren für die Entstehung von Stress bei der Arbeit sind hohe Arbeitsbelastung, zu wenig Pflegepersonal, unbefriedigende Arbeitsorganisation und neue Herausforderungen z.B. durch technische Entwicklungen (Zangaro et al. 2007).

Demgegenüber spielt die Erweiterung des Gestaltungs- und Entscheidungsspielraumes für Pflegende in den recherchierten Projekten nur eine völlig untergeordnete

Rolle. Das ist gravierend, denn Autonomie erscheint als eine der bedeutendsten Faktoren, die zur Arbeitszufriedenheit beitragen. Mangelnde Autonomie trägt zur Unzufriedenheit bei, führt zu einer erhöhten Fluktuation, geringerer Effektivität in klinischen Settings und hohen Kosten (Zangaro et al. 2007). Kimball et al. weisen darauf hin, dass der Pflegeberuf weiterhin nur geringe Autonomie besitzt und wenig Autorität hat, um diesen Status zu verändern. Und solange dieses Paradigma sich nicht ändert, wird das Problem des Mangels an Pflegefachkräften nicht gelöst werden können (Kimball et al. 2002).

Auf der Grundlage eines systematischen Reviews ordnen Brady & Cummings (Brady & Cummings 2010) Faktoren, die aus Sicht von Pflegenden die Qualität ihrer Arbeit beeinflussen, fünf Kategorien zu: Autonomie (Die in der Eröffnung von Spielräumen enthaltene Wertschätzung wirkt sich positiv auf die von den Pflegenden selbst wahrgenommene Effektivität der Arbeit aus); Beziehungsgestaltung am Arbeitsplatz (Eine gute Zusammenarbeit bildet die Grundlage für ein gutes Ergebnis der Patientenversorgung); Zugang zu Ressourcen (ausreichende personale Ressourcen und technische Unterstützung, um den Arbeitsumfang schaffen zu können); individuelle Charakteristika der einzelnen Pflegeperson (Ambiguitätstoleranz und Widerstandsfähigkeit, um chaotische Situationen aushalten und managen zu können; Führungsstil (Coaching und Mentoring werden von Pflegepersonen als bedeutsam für ihre Motivation wahrgenommen) (Brady et al. 2010).

Arbeitszufriedenheit hat zwei maßgebliche Dimensionen: zum einen die Zufriedenheit mit der Organisation und zum anderen die Zufriedenheit mit der Arbeit. Die Zufriedenheit mit der Organisation bezieht sich auf Arbeitgeberleistungen, die Entlohnung, Sozialleistungen etc. Die Zufriedenheit mit der Arbeit bezieht sich auf das Ausmaß, in dem die professionelle Praxis gefördert und unterstützt wird. Verbesserungen in dem letztgenannten Feld resultieren aus einer Veränderung der Kultur des Miteinanders durch Stärkung der interdisziplinären Teamarbeit (Lacey et al. 2011). Die Qualität und Quantität der Interaktionen mit ÄrztInnen ist für Pflegenden bedeutsam in der Wahrnehmung ihrer Arbeit (Zangaro et al. 2007). Diese Dimensionen spielten in den recherchierten Projekten keine Rolle. Allerdings wurde auch nicht gezielt nach interdisziplinären Ansätzen gesucht.

Die Projekte zur Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie teilweise auch zu altersgerechten Angeboten können der Dimension ‚Zufriedenheit mit der Organisation‘ zugeordnet werden. Wenn es darum geht, die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen zu erhöhen, wird – darauf weisen die Rechercheergebnisse hin – die organisationale Ebene ‚bedient‘. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit durch individuelle Stärkung der Gesundheitskompetenzen oder flexible Einsatzzeiten für Mütter und Väter sind hier einzuordnen.

Es entsteht der Eindruck, dass die Stärkung der professionellen Rolle z.B. durch den Einsatz von Pflegenden als Casemanager, die Implementierung der primären Pflege oder die Durchführung des Therapiemanagements durch Pflegepersonen zwar angegangen, deren Bedeutsamkeit für die Attraktivität der Pflege aber kaum wahrgenom-

men wird. Es werden deren Konsequenzen z.B. für die Prozessabläufe bedacht, die Relevanz für die Zufriedenheit der Pflegepersonen erscheint eher ein Nebenprodukt.

Annahmen und Untersuchungen zur Frage der Arbeitszufriedenheit umfassen häufig Umgebungsfaktoren und Kontextbedingungen sowie Charakteristika der Arbeit. Diese werden als Ursache für Unzufriedenheit oder allgemein für die mangelnde Attraktivität des Berufes ausgemacht. Die pflegenden Personen erscheinen in dieser Perspektive oftmals als rein reaktiv. Jedoch ergibt sich die Relevanz dieser Faktoren für die Arbeitszufriedenheit erst im Kontext ihrer professionellen Bedürfnisse (Lu et al. 2005). Die ‚person-environment fit theory‘ rückt die Beziehung zwischen der Person und der Umwelt einerseits und der Person und dem Beruf andererseits in den Mittelpunkt. Bezogen auf die Pflege bezieht sich die Dimension Person – Umwelt auf die Passung zwischen der Wertschätzung, die die Arbeit mit sich bringt (Anerkennung, faire Entlohnung, Respekt, Karrieremöglichkeiten, der Grad selbstständigen Arbeitens) und dem Bedürfnis nach diesen Gütern (Takase, Maude, & Manias 2005a).

Die Person- Umwelt-Beziehung fokussiert damit die Interaktion zwischen der Pflegenden und der Organisation, an der sie angestellt ist. Die Person-Beruf-Beziehung thematisiert demgegenüber die Handlungsweise und schlägt sich bei Passung nieder in verbesserter Durchführung der beruflichen Aufgaben, höherer Arbeitszufriedenheit und geringerer Interesse aus dem Beruf auszusteigen. Diese Ergebnisse werden erreicht, wenn die Bedürfnisse der Beschäftigten durch die Organisation und die Berufsausübung befriedigt werden (Takase et al. 2005a). In einer früheren Studie wurde die mangelnde Anerkennung als Ursache dafür identifiziert, dass Personen mit einer beruflichen Pflegequalifikation, die nicht mehr in dem Beruf arbeiten, zurückzukehren. Auf der einen Seite nehmen Pflegenden in dieser Studie wahr, dass sie ausreichend kompetent sind, um Situationen einschätzen und Entscheidungen treffen zu können, und diese nicht anwenden zu dürfen, kann frustrierend sein (Takase et al. 2005a). Auch wenn von den Betroffenen die Erwartungen den Möglichkeiten angepasst werden, um die stressverursachende Differenz zwischen den Erwartungen und aktuellen Möglichkeiten zu reduzieren (Takase, Maude, & Manias 2005b) bleibt gleichwohl vielfach ein Unbehagen, das den Nährboden für Unzufriedenheit bildet.

Diese Überlegungen gehen über die Rechercheergebnisse hinaus, betonen aber, dass eine angestrebte Attraktivitätssteigerung nur bei ‚Passgenauigkeit‘ erreicht werden kann.

Fazit

Die Ergebnisse dieser Recherche sind ernüchternd. Die angestrebte Attraktivitätssteigerung ist im Abgleich der gefundenen Projekte mit den Ergebnissen der Zufriedenheitsstudien nur bedingt zu erwarten. Zwar wird der Fachkräftemangel vielerorts deutlich wahrgenommen. Dies führt aber nur vereinzelt zu gezielten Maßnahmen im Hinblick auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Pflegenden. Diese beziehen sich weitgehend auf die organisationale Ebene.

Gerade in dem Bereich der Neuverteilung von Aufgaben, der die Chance inhaltlicher und struktureller Veränderungen böte, um die professionelle Rolle der Pflege im Krankenhaus zu stärken und damit die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, wird diese nicht aufgegriffen.

Erste Schritte auf politischer Ebene, weiterführende Kompetenzen der Pflege nutzbar zu machen werden interessengeleitet torpediert. Statt selbstständige Heilkunde durch Pflegende anzustoßen, wird gezielt die Klärung des Grades der Selbstständigkeit ausgeklammert (s. Diskussionsbeitrag von F. Wagner in diesem Heft). Eine fundierte Begründung steht aus. Für den Bereich der primären Versorgung erkennt auch ein Cochrane Review die Gleichwertigkeit der Versorgung von spezifisch qualifizierten Pflegepersonen im Vergleich zu der Versorgung durch ÄrztInnen an. Die Zufriedenheit mit der Betreuung auf Seiten der PatientInnen ist bei der Versorgung durch Pflegepersonen höher (Laurant et al. 2005). Darüber hinaus scheint der Einsatz qualifizierter Pfleger auch gesundheitsökonomisch vorteilhaft zu sein (Bauer 2010).

Die aktuelle Situation ist gekennzeichnet durch Fachkräftemangel im ärztlichen und pflegerischen Bereich verbunden mit ungleichen Strukturen. Machtvolle Kammerbildung einerseits, zersplitterte Pflegeverbände, nur locker zusammengehalten durch den Deutschen Pflegeerrat, andererseits. Aber auch Interessen der Kassen sowie der Vertreter der Einrichtungen erschweren eine Weiterentwicklung im Gesundheits- und Pflegewesen.

Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität werden nur erfolgreich sein, wenn die Pflegenden akzeptable Arbeitsbedingungen, begleitet durch eine starke Vertretung der Pflege im Management der Einrichtung vorfinden, die Kompetenzen der Pflegenden anerkannt und die Belange der Berufsgruppe gewürdigt werden.

Literatur

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Lake, E. T. (1997): Satisfaction with inpatient acquired immunodeficiency syndrome care. A national comparison of dedicated and scattered-bed units. *Med.Care*, 35, 948-962
- Bauer, J. C. (2010): Nurse practitioners as an underutilized resource for health reform: evidence-based demonstrations of cost-effectiveness. *J.Am.Acad.Nurse Pract.*, 22, 228-231
- Best, M. F. & Thurston, N. E. (2004): Measuring nurse job satisfaction. *J.Nurs.Adm.*, 34, 283-290.
- Brady, G. P. & Cummings, G. G. (2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *J.Nurs.Manag.*, 18, 425-439
- Coomer, B. & Barriball, K. L. (2007): Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *Int J.Nurs.Stud.*, 44, 297-314
- Erenstein, C. F. & McCaffrey, R. (2007): How healthcare work environments influence nurse retention. *Holist.Nurs.Pract.*, 21, 303-307
- Kimball, B., O'Neil, E., & Health Workforce Solutions (2002): Health Care's Human Crisis: The American Nursing Shortage. <http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=15647>(Abruf: 20.08.2011) [On-line]
- Lacey, S. R., Teasley, S. L., Cox, K. S., Olney, A., Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2011): Development and testing of an organizational job satisfaction tool: increasing precision for strategic improvements. *J.Nurs.Adm.*, 41, 15-22
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005): Substitution of

- doctors by nurses in primary care. *Cochrane.Database.Syst.Rev.*, CD001271
- Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2005): Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J.Nurs.Stud.*, 42, 211-227
- McGoldrick, T. B., Menschner, E. F., & Pollock, M. L. (2001): Nurturing the transformation from staff nurse to leader. *Holist.Nurs.Pract.*, 16, 16-20
- O', C. E., Creedon, R., McCarthy, G., & Lehane, B. (2009): An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literature review. *Br.J.Nurs.*, 18, 1398-1402
- Stemmer, R. & Offermanns, M. (2011): Ansatzpunkte zur Steigerung der Attraktivität der Pflege im Krankenhaus – eine Bestandsaufnahme. *Pflegewissenschaft*, 13, 499-506
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2005a): Comparison between nurses' professional needs and their perceptions of their job. *Aust.J.Adv.Nurs.*, 23, 28-33
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2005b): Nurses' job dissatisfaction and turnover intention: methodological myths and an alternative approach. *Nurs.Health Sci.*, 7, 209-217
- Tewes, R. (2002): *Pflegerische Verantwortung*. Bern: Huber
- Zangaro, G. A. & Soeken, K. L. (2007): A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res.Nurs.Health*, 30, 445-458

Prof. Dr. Renate Stemmer

Katholische Hochschule Mainz, Saarstr. 3, 55122 Mainz, stemmer@kfh-mainz.de

Bernard Braun

Wunsch und Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus

Wish and reality of interprofessional cooperation in the hospital

An increasing number of studies and reports suggests a benefit of interprofessional cooperation in the hospital for the quality of patient care and employee satisfaction. But the empirical evidence for a benefit is much smaller. Even systematic literature reviews show rarely successful examples, even if the benefit is evaluated explicitly. A series of changes in external and internal work conditions in the hospital arrange for the discrepancy between need, wish, intention and reality and blocks the possibilities for cooperation. These include the intensification of work by the increase of treatment, the increase of more severe cases that need to be treated in less time by fewer nurses. These also include the increase in part-time employees or the emergence of new professions and hierarchies which starts with a separation from other or older professions. Therefore a new normality of interprofessional cooperation is not to expect rapidly.

eingereicht 10.08.2011

akzeptiert 13.09.2011 (nach Überarbeitung)

Keywords

working conditions (internal and external), type and size of employees (2003-2009), work intensification, part-time employment, benefits from cooperation, medical activities (substitution or delegation)

Eine zunehmende Anzahl von Studien und Gutachten behauptet einen Nutzen der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus für die Versorgungsqualität der Patienten und die Zufriedenheit der Beschäftigten. Die empirische Evidenz für diesen Nutzen ist aber wesentlich geringer. Selbst systematische Literaturreviews zeigen nur selten gelungene Beispiele, wenn der Nutzen überhaupt explizit evaluiert wird. Für die Diskrepanz von Notwendigkeit, Wunsch und Wirklichkeit sorgt eine Reihe von Veränderungen der externen und internen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, die eher hemmend auf die Kooperationsmöglichkeiten einwirken. Dazu zählt die Arbeitsverdichtung durch die Zunahme von tendenziell schwereren Behandlungsfällen, die in kürzerer Zeit von weniger Pflegekräften behandelt werden müssen. Dazu zählt aber auch die Zunahme von Teilzeitbeschäftigten oder die Entstehung neuer Berufe und Hierarchien, die sich zunächst dadurch etablieren, dass sie sich von anderen Berufen abgrenzen. Eine neue Normalität berufsgruppenübergreifender Kooperation ist daher nicht rasch zu erwarten.

Schlüsselwörter

Arbeitsbedingungen (intern und extern), Art und Größe der Berufsgruppen (2003-2009), Arbeitsverdichtung, Teilzeitbeschäftigung, Nutzen von Kooperation, Substitution oder Delegation von ärztlichen Tätigkeiten

1. Einleitung

Das Neben-, Mit- oder Gegeneinander der Angehörigen verschiedener Berufsgruppen war bereits in der noch hauptsächlich durch Ärzte und Pflegekräfte geprägten Vergangenheit der Krankenhäuser eine wichtige fördernde aber auch hemmende Bedingung für deren Arbeitsqualität und die Versorgungsqualität der PatientInnen. Mit der in den letzten Jahren schnell wachsenden Anzahl völlig neuer oder durch Weiterbildung spezialisierter alter Berufsgruppen, der Akademisierung im Bereich der Pflege und wegen der ersten Schritte einer neuen Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen Ärzten und Pflegekräften, gewinnt die Kooperation zwischen alten und neuen Gesundheitsberufen oder die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit eine immer größer werdende und unbestrittene Bedeutung für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung (vgl. u.a. Dahlgaard/Stratmeyer 2005, Wieteck 2005: 116-119).

Einer entsprechend stetig steigenden Anzahl von voluntaristischen Appellen, hochkomplexen Modellen und Modellversuchen steht bisher eine sehr bescheidene Anzahl methodisch anspruchsvoller empirischer Untersuchungen über den Grad der Umsetzung und den Alltag der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit gegenüber. Und in diesen Studien gibt es dann entweder keine Angaben, ob und wie Kooperationsmodelle funktionieren oder es überwiegen Hinweise, dass die Modelle nicht wie erwartet funktionieren und eher das „immer wieder anzutreffende ‚Besitzstandswah-

rungs- und Standesdenken“ (Deutscher Pflegerat 2011) eine relevante wenn nicht gar beherrschende Rolle spielt.

Diese Feststellung stützt sich einerseits auf das Ergebnis des jüngsten systematischen Literaturreviews zur Umsetzung der fachlich unbestritten notwendigen Kooperation in der Versorgung von Schlaganfallpatienten (Salomon/Rothgang 2011) und eigene themenzentrierten Recherchen nach Veröffentlichungen zur Evaluation von interprofessioneller Kooperation im Krankenhaus in den deutschsprachigen gesundheits- und pflegewissenschaftlich relevanten Fachzeitschriften und einschlägigen Buchveröffentlichungsreihen der letzten 5 Jahre.

Der folgende Beitrag versucht daher vor allem Faktoren und Gründe zu benennen, welche die Umsetzung von interprofessioneller Kooperation im Krankenhaus verhindern und verzögert aber auch gefördert haben oder haben könnten. Dies geschieht sowohl durch die Darstellung der empirischen Entwicklung einer Reihe von zum Teil nachweisbar aber auch teilweise lediglich plausibel relevanten quantitativen, qualitativen und strukturellen Rahmenbedingungen oder Voraussetzungen für die Kooperation von Gesundheitsberufen in den letzten Jahren als auch durch die Beschäftigung mit weit verstreuten empirischen Erkenntnissen über den Alltag der Kooperation von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen im Krankenhaus.

2. Voraussetzungen, Bedingungen für Kooperation zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen

Seit einigen Jahren gibt es mit zunehmender Tendenz und inhaltlicher Intensität Debatten über das quantitative und qualitative Verhältnis oder die Kooperation der Berufe in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Dazu tragen sowohl der Personalnotstand bei bestimmten Berufen, die Entstehung neuer Berufe bzw. die Akademisierung bestimmter Berufe, der Zwang zu mehr Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in allen Versorgungssektoren und die verschiedenen Versuche bei, die Barrieren zwischen den historischen Behandlungssektoren abzubauen oder wenigstens niedriger zu machen.

Die Überlegungen zum Umbau alter und zur Entwicklung neuer Formen der berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und erste Versuche, die Ergebnisse dieser Entwicklung zu evaluieren, zeigen, dass es sich dabei um ein äußerst voraussetzungsvolles, aufwändiges und störanfälliges Vorhaben handelt, das weder mit einem Patentrezept noch kurzfristig zu realisieren ist.

In einem Aufsatz aus dem Jahr 2000 heben die Verfasser (Schmerfeld/Schmerfeld 2000) als Ergebnis eines Forschungsprojektes zur interdisziplinären Kooperation zwischen Medizin, Sozialarbeit und Pflege in der Expertenorganisation Krankenhaus hervor, dass die von Kooperation erwarteten Effekte einen Übergang von der „instrumentellen Kooperation“ zu einer „dialogischen Kooperation“ bzw. von der Professionalität zur Interprofessionalität erfordert. Dies umfasst sowohl das Verstehen der anderen Pro-

fessionen und ihres jeweils spezifischen Blicks auf die Probleme aber auch faire Kooperationsbedingungen in „gleicher Augenhöhe“.

Einen sehr umfassenden Versuch, den Neuzuschnitt der Arbeitsteilung zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen und die Zusammenarbeit alter und neuer Gesundheitsberufe neu und dauerhaft zu bestimmen, stellen die Ausführungen des Sachverständigenrats Gesundheit in seinem Jahresgutachten 2007 (SVR 2007: 41ff.) dar.

Unmissverständlich machen die Sachverständigen klar, dass der vorrangige Maßstab für „jede Maßnahme zur Veränderung der Rollenverteilungen der heutigen Dienstleister im Gesundheitssystem, zur Neugestaltung des Professionenmix oder zur Einführung neuer Berufe, Ausbildungen und Weiterbildungen“ (SVR 2007: 77/78) die Förderung einer wirksamen, wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung sein muss und nicht z.B. Anforderungen des Gesundheitssystems, der Versorgungsstrukturen oder gar das Interesse einzelner Berufsgruppen.

Zu den Voraussetzungen für neue Kooperationsformen wie der Ausweitung der ursprünglichen Aufgaben einer bestimmten Berufsgruppe (Diversifikation/Enhancement), der Spezialisierung, der Substitution oder der Delegation von Aufgaben zwischen zwei Berufsgruppen stellt der SVR dann fest: „Der Weg dorthin setzt jedoch bei allen Gesundheitsberufen die Bereitschaft voraus, im Rahmen neuer, teamorientierter Arbeitsformen zu einer Neuaufteilung der Tätigkeitsfelder entsprechend der Qualifikation zu kommen und die entsprechende Verantwortung zu übernehmen“ (SVR 2007: 27).

Dies erfordert aus Sicht des Sachverständigenrats auch die Bereitschaft und Fähigkeit statt jeweils berufsgruppeneigener Standards neue berufsgruppenübergreifende Standards z.B. in Gestalt interprofessioneller Leitlinien gemeinsam zu erarbeiten, anzuwenden, zu dokumentieren und nicht zuletzt systematisch in die Ausbildung aller Berufsgruppen zu implementieren. Bei diesen Standards spielt auch nicht mehr die professionelle, „handwerklich-technische“ Aufgabenorientierung die alleinige Rolle, sondern kommt die Beziehungsorientierung hinzu und damit eine Fähigkeit, die insbesondere Ärzten große Probleme bereitet (vgl. dazu u.a. Dörner 2000). Wenn neue Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Alltag funktionieren soll, muss schließlich noch die Rechtssicherheit für alle kooperierenden Beschäftigten gewährleistet sein. So muss beispielsweise die bisherige Arztzentrierung des Haftungsrechts zu Gunsten gemeinschaftlicher oder kollektiverer Formen aufgehoben werden.

Trotz einiger praktischer Beispiele für eine wirksame Kooperation von Gesundheitsberufen oder der Bildung von ambulanten und stationären Teams, überwiegt der Eindruck, dass deren Umsetzung nur sehr zögerlich verläuft.

In einer Darstellung der Entwicklung und Praxis von „Expertenstandards in der Pflege“ (Höhmann 2008: 131ff.) werden einerseits zwei Essentials für eine funktionierende professionelle Zusammenarbeit hervorgehoben: Es muss ein gemeinsames Ziel wie das „Wohlergehen des Patienten“ geben, „das durch Kooperation besser als alleine

erreicht werden kann“ und „jeder Partner muss bereit sein, die Interessen und Sichtweisen der anderen anzuerkennen und gleichzeitig die eigenen Interessen und Sichtweisen durchzusetzen“ (Höhmann 2008: 135). Andererseits sieht aber auch diese Autorin hinter dem positiven Ziel, „mit differnten, aber anschlussfähigen Perspektiven und Interventionen das Leiden des Patienten zu mindern“ die Praxis durch „Problemdefinitionen, Problemerkennungen und Maßnahmen jeder Berufsgruppe“ geprägt, die „oft unverbunden nebeneinander stehen“ (Höhmann 2008: 133/34).

Dass diese kritische Anmerkung ausgerechnet in einem Text steht, der sich damit befasst, die Förderung von Harnkontinenz durch Pflegekräfte wissenschaftlich zu fundieren, ist symptomatisch und beschreibt ein mögliches Dilemma des Nebeneinanders der Professionalisierung von Pflegekräften, Ärzten und auch Managern durch Evidenz- und Wissenschaftsfundierung (u.a. evidence based medicine oder nursing [vgl. dazu Behrens/Langer 2004], medizinische Leitlinien) und der berufsübergreifenden Zusammenarbeit mit gemeinsamen Standards. Sofern diese Bemühungen eher entkoppelt ablaufen und alle Anstrengungen auf ein optimales Ergebnis für die einzelne Berufsgruppe gerichtet werden, können ihr Resultat wissenschaftlich gefestigte Berufsgruppenegoismen und Überlegenheitsgefühle sein, also denkbar schlechte Voraussetzungen für gemeinsame Standards und engere Zusammenarbeit.

Ein systematischer Literaturreview zur Realität der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit in der als „Musterbereich“ kommunizierten Schlaganfallversorgung, findet vor allem Hinweise auf offensichtliche Schwierigkeiten die Zusammenarbeit realisieren zu können und sie vorzeigbar zu machen. Außerdem zeigen einige veröffentlichte Studien, dass sich die Chancen für Kooperation durch die tatsächliche Stärkung der einzelnen Berufsgruppen sogar verschlechtern können oder die erwünschten Effekte verzögert eintreten (vgl. dazu Salomon et al. 2011).

3. Entwicklung objektiver und subjektiver Voraussetzungen und Bedingungen für die Kooperation der Gesundheitsberufe

Eine systematische Analyse der Existenz und Wirkung von hemmenden und fördernden Faktoren und Einflussgrößen für die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Krankenhaus gibt es derzeit nicht. Um dennoch eine Art Gesamtbild zu erhalten, reihen wir im Folgenden möglichst vollständig Erkenntnisse über organisatorische oder strukturelle und subjektive Voraussetzungen und Bedingungen auf, die für die Kooperation relevant sind oder sein könnten.

3.1 Art und Umfang der Nachfrage nach Krankenhaus-Versorgung unter oder nach der DRG-Einführung

Die Notwendigkeit, Möglichkeit und Wirklichkeit einer intensiveren berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit ergibt sich zunächst durch eine Reihe qualitativer und quantitativer Veränderungen bei den zu behandelnden Patienten:

Die stetige Erhöhung des Alters der KrankenhauspatientInnen (1997 waren rund 32% von ihnen 65 Jahre und älter, 2007 bereits 43%), die rapide Zunahme der Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus seit 2003 und die normativ geförderte und weit verbreitete Zunahme vor-, nach- und teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten (vgl. dazu die Angaben in der Tabelle 4) führen zu einer qualitativen Veränderung der Patientenstruktur, nämlich hauptsächlich zu einer Zunahme der Schwere der Behandlungsanlässe, zu einer qualitativen Veränderung des Behandlungsbedarfs (z.B. Bedarf an Gesundheitsedukation bei chronisch Kranken) sowie zu einer Erhöhung des Behandlungsaufwands der noch vollstationär behandelten Personen.

Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus nahm von von 16,2 Millionen (Mio.) (1996) über 17,4 Mio. (2002) auf 17,8 Mio. im Jahr 2009 zu. Allein von 2008 auf 2009 stieg die Anzahl der Fälle um 290.000. Die durchschnittliche Liegezeit im Krankenhaus ging zwischen 1995 und 2008 um insgesamt 24,6% auf 8,1 Tage zurück. Die Arbeit im Krankenhaus verdichtete sich spürbar bzw. nahm die „Personalproduktivität“ zu: Die Anzahl der von einer Pflegekraft gepflegten PatientInnen stiegen zwischen 1991 und 2006 um 25,8%. 2003 lagen die in deutschen Krankenhäusern Beschäftigten im internationalen Vergleich mit 52 Entlassungen pro Jahr und Vollpflegekraft und mit 20 Entlassungen pro Jahr und sämtlichen Krankenhausmitarbeitern weltweit an der Spitze der „Personalproduktivität“ (Salfeld et al. 2009).

Dies führt zu einer insgesamt paradoxen Gesamtsituation der deutschen Krankenhausversorgung: „So ist der deutsche stationäre Sektor im internationalen Vergleich (Untersuchungsjahr 2007) geprägt von unterdurchschnittlichen Kosten pro Fall, durchschnittlichen Ausgaben pro Einwohner und einer überdurchschnittlichen Zahl von stationären Behandlungsfällen. Ob man dies als schlecht – weil vorgeblich ineffizient – oder vielmehr als gut – weil zugänglich, bedarfsgerecht, leistungsstark und damit wirtschaftlich – betrachtet, hängt also vor allem von der Betrachtungsweise ab“ (Geissler et al. 2010:34).

3.2 Entwicklung der Gesundheitsberufe im Krankenhaus 2003 bis 2009

Die Jahre seit Beginn der Einführung des DRG-Systems in den deutschen Krankenhäusern sind im Personalbereich durch eine Fülle von Veränderungen oder Differenzierungsprozessen unterschiedlichster Art und oft gruppenspezifisch gegenläufiger oder sogar polarisierender Art geprägt. Dies ist insofern für die Fähigkeit und Möglichkeit alter und neuer Arbeitsteilung und Kooperation von Bedeutung, weil jede berufliche oder soziale Differenzierung zwar die Notwendigkeit von Kooperation und eines neuen Zusammenhangs und -halts unterschiedlich qualifizierter und situierter Akteure erhöht, sie aber zugleich auch mehr oder weniger intensiv und lang erschwert. Dies liegt daran, dass die Entstehung neuer Berufe etc. zunächst immer auch eine explizite oder implizite Kritik an der Effektivität und Effizienz der bisherigen Akteure darstellt. Die für das Selbstbewusstsein, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und damit letztlich die Wirkung neuer Akteure Notwendigkeit, sich selbst und Anderen ihren komparati-

ven Nutzen und autonome Bedeutung nachzuweisen, ist daher zwangsläufig immer mit dissoziativen oder kooperationserschwerenden Aspekten verbunden.

Dies wird noch schwerwiegender, wenn ein relevanter Teil der Beschäftigten noch zusätzlich damit beschäftigt ist, sich gegen den überwiegend ökonomisch und nicht fachlich begründeten quantitativen Abbau und die auch damit verbundenen notwendigerweise gruppenegoistischen oder partikularen Bedeutungs- und Anerkennungsverluste im horizontalen und vertikalen professionellen Gefüge des Krankenhauses zu wehren. Zum horizontalen professionellen Gefüge gehört das Neben- und Miteinander der immer noch quantitativ und qualitativ gewichtigsten Gruppen der „alten“ Ärzte und Pflegekräfte, aber auch der „alten“, d.h. dreijährig examinierten Pflegekräfte mit den „alten“ PflegehelferInnen und den vielen weitergebildeten oder angelernten „neuen“ Beschäftigten in Funktionsdiensten. Zum vertikalen Gefüge gehören einerseits die traditionelle „Chefarzt-Hierarchie“ im ärztlichen Bereich und das historische Statusgefälle zwischen fast allen Ärzten (evtl. mit Ausnahme der jungen Assistenzärzte) und Pflegekräften. Andererseits entstanden aber durch die durchgängige Einführung von teil- oder vollakademisierten PflegedienstleiterInnen, PflegedirektorInnen und PflegemanagerInnen neue vertikale Strukturen im zuvor eher durch flache Hierarchien geprägten Pflegebereich. Zu dem horizontalen und vertikalen Gefüge der beiden „alten“ Professionen kommt durch den unter DRG-Bedingungen notwendigen Auf- und Ausbau des mit Management- oder Verwaltungsfunktionen befassten Personalkörpers eine dritte Art von Professionalität hinzu. Dies zwingt zu einer kognitiven und verhaltensmäßigen Neuorientierung und keineswegs friktionsfreien oder harmonisch verlaufenden Neupositionierung aller Berufsgruppen und zur Umgestaltung traditioneller Verständnisse, Entscheidungs- und Handlungsprozesse und -wege.

Dies geht vor allem in einer zunehmenden Anzahl der Krankenhäuser, deren Unternehmensform eine GmbH oder gGmbH ist, mit einer de jure möglichen völligen Auflösung oder Bedeutungslosigkeit alter Hierarchien einher. So ist in GmbHs der wirtschaftlich letztlich alleinverantwortliche Akteur der oder die Geschäftsführer/Verwaltungsleiter(in), der oder die daher sogar theoretisch und in einigen Fällen auch praktisch ohne das traditionelle Führungs-Triumvirat aus VertreterInnen der Ärzte und der Pflege entscheiden. Diese rechtlich starke Position muss der/die Geschäftsführer(in) besonders in wirtschaftlich schlecht positionierten Krankenhäusern bei hohem persönlichem Risiko durchsetzen. Der Bedeutungszuwachs der Geschäftsführung und die damit verbundenen neuen Arrangements der traditionellen Führungspartner führt in einer Reihe von Kliniken aber auch zur Etablierung ärztlicher oder pflegerischer Geschäftsführer.

3.2.1 Quantitative Entwicklungen und Veränderungen

Trotz der zwischen 2003 und 2009 um rund 3% gewachsenen Anzahl von Krankenhausfällen ist die Gesamtanzahl der im Krankenhaus Beschäftigten kaum gewachsen. Dahinter verbirgt sich aber eine Zunahme der in Vollkraftstellen umgerechneten Beschäftigungsverhältnisse mit Ärzten um 15% und eine Abnahme von knapp 5% (ent-

spricht rd. 33.000 Vollstellen) der Vollkraftstellen für nichtärztliches Personal. Diese auseinander driftenden Entwicklungen setzen sich innerhalb der Gruppe der nicht-ärztlich Beschäftigten fort: Einer Abnahme der Beschäftigten im Pflegedienst um 1,6% stand bei den Beschäftigten im Funktionsdienst (inklusive der dort beschäftigten Pflegekräfte) eine Zunahme um 10,4% oder im Verwaltungsdienst von 2,1% gegenüber (siehe zu allen Zahlenangaben Tabelle 2). Auch wenn es nach 2009 einen leichten Wiederanstieg der Pflegekräftestellen gibt, ist insbesondere das Verhältnis der beiden quantitativ größten Gesundheitsberufsgruppen, der Pflegekräfte und Ärzte, das von Entwicklungs-Gewinnern und -verlierern, also einer denkbar ungünstigen Ausgangskonstellation für ein ergebnisoffenes kooperatives Verhältnis auf „gleicher Augenhöhe“ der beiden Berufsgruppen.

Zu den Paradoxien der Entwicklung des Arbeitsmarktes für qualifizierte Pflegekräfte im Krankenhaus gehört, dass trotz der spätestens seit Beginn der 1990er Jahre laufenden Debatte über einen „Pflegernotstand“ die Anzahl der Ausbildungsplätze für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bzw. KinderkrankenpflegerInnen von Ende der 1990er Jahre bis 2007 kontinuierlich zurück ging. Erst mit dem Schuljahr 2007/2008 und verstärkt im Schuljahr 2009/2010 zeichnet sich eine Trendwende ab. Die Anzahl der Ausbildungsplätze hat damit aber erst wieder das Niveau der Jahre 2004/2005 erreicht.

Dies kann insofern auch für Kooperationsverhältnisse relevant sein, weil in der Regel Berufsanfänger ohne langjährige professionelle Routinen, arbeitsteilige Handlungsmuster und möglicherweise negative Erfahrungen mit interprofessioneller Kooperation innovativer sind was neue Kooperationsverhältnisse angeht.

Tab. 1: Entwicklung der Ausbildungsplätze für GesundheitspflegerInnen 1999-2010

Schuljahr	Gesundheits-/KrankenpflegerInnen	Gesundheits-/KinderkrankenpflegerInnen
1999/2000	62.950	7.564
2000/01	61.136	7.177
2001/02	59.533	7.180
2002/03	58.879	6.906
2003/04	58.426	6.879
2004/05	57.257	7.162
2005/06	56.406	6.713
2006/07	55.014	6.467
2007/08	55.609	6.150
2009/2010	57.134	6.003

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009 und 2010a; eigene Berechnungen

Eine der wichtigsten Alltagsbedingungen, eine erfolgreiche berufsgruppenübergreifende Kooperation zu erschweren, sind intraprofessionelle Veränderungen der Arbeitszeit, d.h. vor allem die Zunahme der teilzeit- oder geringfügig beschäftigten ärztlichen und vor allem nichtärztlichen Beschäftigten: Während der Anteil der teilzeitbeschäftigten ÄrztInnen an allen beschäftigten ÄrztInnen von 2003 bis 2009 von 12,2% auf 16,3%, also um rund ein Drittel angewachsen ist, wuchs der bereits 2003 höhere Anteil der in Teilzeit oder geringfügig aktiven nichtärztlichen Beschäftigten an allen Beschäftigten dieser Art von 38,6% auf 44,4%. In der absolut größten Teilgruppe des nichtärztlichen Personals, den Angehörigen des Pflegedienstes, nahm der Anteil der teilzeitbeschäftigten Krankenschwestern und -pfleger an sämtlichen Pflegepersonen sogar

von 41,2% auf 47,3% zu. Mit der Gesamtzunahme der Teilzeitbeschäftigten aber auch besonders der ungleichen Zunahme in den potenziell kooperierenden Berufsgruppen wächst insgesamt die Wahrscheinlichkeit, dass jede(r) Beschäftigte(r) in einer Schicht und bei der Pflege einzelner PatientInnen mit einer mehr oder weniger großen und auch noch wachsenden Anzahl von Mitbeschäftigten kooperieren muss, d.h. beispielsweise als vollzeitbeschäftigte Pflegekraft oder Arzt im Verlauf einer vollen Schicht mehreren Teilzeitbeschäftigten Informationen, Beobachtungen oder Wahrnehmungen weitergeben muss. Damit wird u.a. das Entstehen von „eingespielten Teams“ be- oder verhindert, die oft als wesentliche Voraussetzung des Nutzens von kooperierenden Gesundheitsberufen genannt wird (vgl. SVR 2007). Sofern die Organisation von Teilzeitarbeit das Arbeiten in Arbeitsblöcken von zwei oder drei Tagen bedeutet, kann es bei kürzer werdenden Liegezeiten sein, dass die Pflegekraft oder der Arzt einen Patienten nur phasenweise, d.h. nicht bis zu seiner Entlassung betreut. Dies verunmöglicht nicht nur die enge und reibungslose Kooperation verschiedener Berufsgruppen bei der Betreuung von PatientInnen von der Aufnahme bis zur Entlassung, sondern verschlechtert oder zerstört zwei der für die Patienten wichtigsten Bedingungen (vgl. dazu die entsprechenden Ergebnisse aus zwei Patientenbefragungen im Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“, Braun/Müller 2005) eines als „gut“ wahrgenommenen Behandlungsprozesses: Die erkennbare gute Kooperation insbesondere zwischen Pflegekräften und Ärzten und das Gefühl, einen persönlich zuständigen Ansprechpartner unter den Beschäftigten zu haben.

Die wenigen Arbeiten, in denen über einen uneingeschränkten Nutzen z.B. von Teilzeitarbeit berichtet wird, sehen dies explizit nur aus der Perspektive der Beschäftigten und ihrer Arbeitgeber, nicht aber auch oder vor allem aus der möglicherweise ganz anderen Sicht der PatientInnen (vgl. Tabelle 2).

Trotz des Auftauchens immer neuer nichtärztlicher Berufe und der Vielfalt von Spezialisierungs- oder Subspezialisierungsmöglichkeiten für Pflegekräfte haben sich die in der amtlichen Statistik erkennbaren¹ Proportionen innerhalb der Gruppe der nicht-ärztlichen Beschäftigten in den letzten Jahren (noch) nicht gravierend verändert. So hat sich der Anteil der im Pflegedienst beschäftigten Personen in unserem Analysezeitraum mit 45,7% im Jahr 2009 um 0,2 Prozentpunkte gegenüber 2003 verringert. Trotzdem kommt in der relativen Zunahme der Berufstätigen (einschließlich der dort tätigen Pflegekräfte) im Funktionsdienst um 1,4 Prozentpunkte die wachsende Bedeutung von neuen Berufen und weitergebildeten und spezialisierten Fachkräften wie beispielsweise den verschiedenen technischen AssistentInnen (z.B. Operationstechnische AssistentIn [OTA]) und indikationsbezogenen zusatzqualifizierte Pflegekräfte (z.B. Stroke nurse, Pain nurse) zum Ausdruck. Sofern die Beobachtung stimmt, dass derzeit an rund 70 Ausbildungsstätten bereits rund 1.700 Personen zur OTA ausgebildet werden (so Ver.di 2009), wird sich an der jetzigen qualitativen Struktur der nichtärztlichen Berufstätigen in nächster Zukunft noch einiges ändern.

¹ Es gibt Hinweise, dass sich unter der Oberfläche der amtlichen Klassifikationen der Berufsstruktur je nach Krankenhaus eine Menge von bisher nicht systematisch erfassten angelernten Berufstätigkeiten und Spezialisierungen verbergen (vgl. dazu SVR 2007). In Schilderungen über die Arbeitssituation dieser Beschäftig-

Tab. 2: Entwicklung ausgewählter Leistungs- und Personaldaten im Krankenhaus 2003 bis 2009

<i>Leistungs- und Personaldaten im Krankenhaus</i>	2003	2009	Veränderung in %
<i>Anzahl Krankenhausfälle</i>	17.295.910	17.817.180	+3,01
<i>Beschäftigte insgesamt</i>	1.096.420	1.096.520	+0,009
<i>Vollkräfte ärztlicher Dienst im Jahresdurchschnitt</i>	114.105	131.227	+15
<i>Vollkräfte nichtärztlicher Dienst im Jahresdurchschnitt</i>	709.834	676.647	-4,7
<i>Anzahl der hauptamtlichen ÄrztInnen</i>	118.486	143.967	+21,5
Davon: Teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigte ÄrztInnen	14.502	23.407	+61,4
Anteil teilzeitbeschäftigter ÄrztInnen an allen ÄrztInnen in %	12,2	16,3	+33,6
<i>Anzahl der nichtärztlich Beschäftigten</i>	890.122	877.878	-1,4
Davon: Teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigtes nichtärztliches Personal	343.725	389.459	+13,3
Anteil teilzeitbeschäftigten nichtärztlich Beschäftigter an allem nichtärztlichem Personal in %	38,6	44,4	+15
<i>Verhältnisse in Teilgruppen:</i>			
<i>Beschäftigte im Pflegedienst</i>	408.183	401.625	-1,6
Teilzeit- bzw. geringfügig beschäftigtes Pflegepersonal	168.354	189.890	+12,8
Anteil teilzeitbeschäftigten Pflegepersonals an allen Pflegebeschäftigten in %	41,2	47,3	+14,8
<i>Beschäftigte im Med.-technischer Dienst</i>	157.793	166.085	+5,3
Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigte im med.-tech. Dienst	64.540	77.680	+20,4
Anteil teilzeitbeschäftigten med-tech. Personals an allen med.-tech. Beschäftigten in %	40,9	46,8	+14,4
<i>Beschäftigte im Funktionsdienst</i>	102.693	113.349	+10,4
Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigte im Funktionsdienst	38.179	49.203	+28,9
Anteil teilzeitbeschäftigten Pflegepersonals an allen Beschäftigten im Funktionsdienst in %	37,2	43,4	+16,7
<i>Beschäftigte im Verwaltungsdienst</i>	69.943	71.396	+2,1
Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigte im Verwaltungsdienst	23.161	26.978	+16,5
Anteil teilzeitbeschäftigten Pflegepersonals an allen Beschäftigten im Verwaltungsdienst in %	33,1	37,8	+14,2

Quellen: Statistisches Bundesamt 2005 und 2011, eigene Berechnungen

Die Zusammensetzung der im Pflegedienst tätigen Beschäftigten verändert sich zwischen 2003 und 2009 nicht wesentlich. Das Ansteigen des Anteils von examinierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen von 79,9% auf 80,8% und die Abnahme des Anteils der geringer qualifizierten PflegehelferInnen von 5,2% auf 4,4% werfen aber

ten finden sich aber Hinweise, dass ihr Verhältnis zu den „alten“ Gesundheitsberufen nicht geklärt ist, der Nutzen der Spezialisierung oft auf das spezielle Krankenhaus begrenzt ist und ihre berufliche Mobilität damit eher eingeschränkt als ausgeweitet wird.

Tab. 3: Entwicklung der Zusammensetzung nichtärztlicher Berufe im Krankenhaus 2003-2009 (Anteile in Prozent)

nichtärztliche Berufe	2003	2009
Pflegedienst	45,9	45,7
medizinisch-technischer Dienst	17,7	18,9
Funktionsdienst (inkl. Pflegekräfte)	11,5	12,9
Klinisches Hauspersonal	2,9	2
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	8,3	6,4
technischer Dienst	2,3	2,1
Verwaltungsdienst	7,9	8,2
Sonderdienste	0,6	0,5
sonstiges Personal	2,9	3,3

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005 und 2011; eigene Berechnungen

Die Frage auf, ob der Bedarf an Tätigkeiten für geringer qualifizierte Beschäftigte verschwunden ist oder diese Tätigkeiten von anderen, u.U. höher qualifizierten Beschäftigten/Pflegekräften mit übernommen worden sind.

Die amtliche Statistik für das Krankenhauspersonal mit pflegeberuflicher Ausbildung und abgeschlossener Weiterbildung (Statistisches Bundesamt 2005 und 2011) belegt aber auch, dass die Welle neuer nichtärztlicher Berufe und Zusatzqualifikationen für traditionell qualifizierte Pflegekräfte langsam im Arbeitsalltag ankommt: Der Anteil dieser Beschäftigten an dem gesamten nichtärztlichen Personal stieg von 6,1% in 2003 auf 7,1% im Jahr 2009. Die relativ größte Untergruppe dieser Beschäftigtengruppe waren mit 48% (2003) bzw. 48,3% (2009) die für Intensivpflege und Anästhesie weitergebildeten Personen (2009 absolut 30.175 Personen). Für den OP-Dienst waren 22,4% (2003) und 20,3% (2009) und für die Psychiatrie 10,5% bzw. 9,9% als Pflegekräfte ausgebildete Personen weitergebildet worden.

3.2.2 Qualitative Veränderungen

Wiederholte standardisierte Befragungen (Braun et al. 2010) von dreijährig examinieren Pflegekräften zeigten im Zeitraum 2003 bis 2008 deutliche Verluste bei wichtigen professionellen Ressourcen und Veränderungen ihres beruflichen Selbstverständnis. Dies hat Auswirkungen auf die Bewältigung von Belastungen und kann sich auch auf die Bereitschaft und Fähigkeit der Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen auswirken. Beispielsweise nahm der Anteil der Pflegekräfte, die ein hohes berufliches Selbstwertgefühl hatten, also z.B. ihre Arbeit als interessant wahrnahmen, ihren Beruf anerkannt sahen oder über einen ausreichenden Handlungsspielraum verfügten, mit zunehmender Tendenz um insgesamt 9 Prozentpunkte ab. Der Anteil von Pflegekräften, die der Meinung waren, gut ausgebildet zu sein, sank von 79 % im Jahr 2003 auf rund 58 % im Jahr 2008.²

Mit diesen Erosionen von Ressourcen und Selbstverständnissen gehen Veränderungen oder Versagenserfahrungen im konkreten pflegerischen Kontext einher: So sagen 18% der 2008 befragten Pflegekräfte in ihrem Bereich würde „immer“ eine gute Qualität der Grundpflege erbracht werden. Zwei Jahre zuvor sagten dies noch 20%, was

2 Sämtliche Unterschiede sind hochsignifikant (Irrtumswahrscheinlichkeiten zwischen < 5% und <0,1 %) und die drei in den Jahren 2003, 2006 und 2008 verglichenen Gruppen von befragten Pflegekräften wurden geschlechts- und altersstandardisiert. Veränderungen können daher nicht mehr auf unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen beruhen.

aber auch kein sonderlich hoher Wert war. Ebenfalls abgenommen, nämlich von 43% (2003) auf 34% (2008), hat der Anteil der Pflegekräfte, in deren Bereich eine regelhafte („immer“ und „überwiegend“) Pflegeaufnahme (Zusammenfassung der drei Items „Erhebung des Pflegeaufwands bei Aufnahme“, „Pflegeanamnese bei Aufnahme“ und „Pflegeplanung bei Aufnahme“) stattfindet.

Hinzu kommt eine Reihe von Verunsicherungen oder gar der Zerfall von identitätsstiftenden Normen mit der Gefahr, Normen dauerhaft und irreversibel der anderen Alltagswirklichkeit anzupassen. So gab es eine Abnahme der Pflegekräfte, die hohen „Wert auf eine würdevolle Behandlung der Patienten“ legen von 88% (2003) auf 79% im Jahr 2008. Ebenso nahm im selben Zeitraum der Anteil der Pflegekräfte von 69% auf 66% ab, welche die „soziale und emotionale Zuwendung“ (psychosoziale Versorgung) grundsätzlich als zur Versorgung der Patienten zugehörig empfinden. 2006 meinten dies aber auch bereits einmal lediglich noch 59% der Pflegekräfte. Wie konkret sich professionelle Selbstverständnisse im Versorgungsalltag niederschlagen können, zeigt weitere Ergebnisse aus Pflegekräftebefragungen: Der Anteil der Pflegekräfte, in deren Bereich uneingeschränkt („trifft völlig zu“) soziale und emotionale Zuwendung stattfindet, sinkt von 70% (2006) auf 16% im Jahr 2008. Selbst wenn man einen weniger strengen Maßstab anlegt (Addition der Antwortmöglichkeiten „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“) nehmen die Pflegekräfte mit entsprechender Erfahrung von 98% (2006) auf 67% (2008) ab. Eine Möglichkeit des Arrangements der Pflegekräfte mit diesen Tendenzen deutet sich auch bereits in der Beantwortung einer anderen Frage an: 2008 sagen deutlich mehr (61%) Pflegekräfte als 2006 (49%), in ihrem Bereich träfe es „völlig“ oder „eher“ zu, dass die soziale und emotionale Zuwendung von Angehörigen geleistet wird.

Die Art und Weise des Verhältnisses zwischen den verschiedenen Berufsgruppen hängt aber nicht nur von der Anzahl und dem Selbstverständnis der Kooperanden ab, sondern bestimmt ihrerseits auch wesentlich die Identifikation und Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit und der Institution Krankenhaus. Sie stellt daher eine der Ressourcen dar, die es insbesondere Pflegekräften ermöglichen, einen Teil ihrer Arbeitsbelastungen zu relativieren und z.B. gesund zu bleiben (vgl. dazu u.a. Höppner 2004). Ein schlechtes Verhältnis insbesondere zu Ärzten, das z.B. durch ein starkes Bedeutungsgefälle und starke hierarchische Strukturen geprägt ist, schränkt aber umgekehrt die selbstbewusste Autonomie von Pflegekräften ein und mindert damit die Wirksamkeit und Qualität ihrer Leistungen und damit die der gesamten Behandlung. Die Versorgungsqualität für die PatientInnen des Krankenhauses hängt also in erheblichem Umfang von dem Zusammenwirken und -halt der Berufsgruppen zusammen. Dies wird auch durch die hohe Bedeutung bestätigt, die PatientInnen in der Wahrnehmung und Bewertung ihres Krankenhausaufenthalts der erfahrbaren Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften zuweisen (vgl. Braun/Müller 2005). Selbst wenn die patientennahen Berufsgruppen ein gutes Verhältnis miteinander haben, gehört nicht selten ein schlechtes Verhältnis zu patientenfernen Funktions- und Berufsgruppen zu einer deren Bestandsbedingungen.

3.2.3 Strukturelle Veränderungen mit Relevanz für die Arbeits- und Kooperationsbedingungen

Die Entwicklung und Wirkung von Arbeitsbedingungen und damit auch die Kooperation zwischen den Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen wird mit durch die in Tabelle 4 für den Zeitraum 2003 bis 2009 zusammengestellten Veränderungen des Leistungsrepertoires und der darauf bezogenen institutionellen Binnenstruktur der Krankenhäuser geprägt. An die Stelle vieler klassischer, d.h. mehrtägiger stationärer Aufenthalte oder diese merklich ergänzend treten die rasch wachsende Anzahl von ambulanten Operationen im Krankenhaus, die ebenfalls rasch zunehmenden Fälle vor-, nach- oder teilstationärer Behandlungen und die Zunahme von Tages- und Nachtambulanzplätzen. Die meist mit einer Reduktion der Aufenthaltszeit im Krankenhaus verbundenen Versorgungsformen benötigen entweder eine Reihe der beruflichen Fertigkeiten und Fähigkeiten z.B. der Pflegekräfte gar nicht oder es gibt neben der fallbezogenen nicht wesentlich unaufwändigeren Verwaltungsarbeit der Aufnahme und Entlassung selbst für eine Bezugspflege „light“ nur noch einen extrem geringen Zeitraum. Die Erosion des traditionellen Typus des mehrtägigen Tag- und Nachtaufenthalts fördert oder erzwingt sogar den weitgehenden Verzicht auf persönlichere Pflegebeziehungen und damit teilweise den Verlust eines identitätsstiftenden beruflichen Selbstverständnisses und Tätigkeitsmerkmals. Wenn aber Pflegekräfte nicht mehr über patientenbezogenen Erkenntnisse jenseits von Messwerten verfügen, könnte ein sachlicher Grund für eine engere Kooperation zwischen Pflegekräfte und anderen Berufsgruppen entfallen.

Tab. 4: Entwicklung von nicht vollstationären Versorgungsangeboten und -strukturen im Krankenhaus 2003-2009

Versorgungsformen im Kontext der stationären Versorgung	2003	2009	Veränderung in %
Anzahl ambulante Operationen	724.310	1.813.727	+150,4
Fallzahl vorstationärer Behandlungen	1.417.411	3.298.544	+132,7
Fallzahl nachstationärer Behandlungen	755.096	857.259	+13,5
Tages- und Nachtambulanzplätze	16.234	20.953	+29,1
Fallzahl teilstationäre Behandlungen	502.470	667.093	+32,8

Quellen: Statistisches Bundesamt 2005 und 2011, eigene Berechnungen

3.3 Was ist über die Kooperation der Gesundheitsberufe im Krankenhaus bekannt und was wird dafür getan?

Auch wenn das Krankenhaus ein sehr personalintensiver Arbeitsbereich ist, in dem schon bisher die traditionellen Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte trotz aller horizontaler und vertikaler Unterschiedlichkeit kooperieren mussten, um den Zweck zu erreichen, PatientInnen zu behandeln und zu versorgen, gibt es nicht sehr viele und dazu noch aktuelle Untersuchungen zum Zustand ihrer Kooperation und der zwischen den weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus.

Die wenigen aktuellen Befunde zeigen aber, dass die Kooperationsbeziehungen nicht problemlos sind.

Im Rahmen der NEXT-Studie (Hasselhorn et al. 2006) wurde das Pflegepersonal in Deutschland und mehreren europäischen Ländern gefragt, wie feindlich oder freundlich ihr Verhältnis zu den Angehörigen mehrerer anderer Berufs- und Funktionsgruppen ist. 26% der deutschen Pflegekräfte bezeichneten dabei ihr Verhältnis zur Pflegedienstleitung (PDL), also in der Regel auch einer Pflegekraft, als eher feindlich, 19% hatten zur Verwaltung ein feindliches Verhältnis, 11% zur Stationschwester, 10% zu Ärzten und nur 3% auch zu KollegInnen. Ein uneingeschränkt freundliches Verhältnis hatten knapp 40% lediglich zu Kollegen und der Stationschwester. Dieser Anteil lag, wenn es um andere Berufsgruppen ging, mit knapp 15% (Ärzte) und weniger als 10% deutlich niedriger. Der Anteil der Pflegekräfte, die ein feindliches Verhältnis zu ihrer PDL haben war nur in Polen, Italien und Frankreich höher, in fünf anderen Ländern aber gleich hoch oder niedriger.

Aus den schriftlich standardisierten Befragungen von Krankenhausärzten und Pflegekräften im Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“ ergibt sich je nach betrachteter Facette ein uneinheitliches Bild über die Existenz, die Qualität und die Entwicklungstendenz der Kooperation von Pflegekräften, Ärzten und anderen Berufsgruppen: Einerseits ging der Anteil der Ärzte, die meistens oder häufig Besprechungen mit Pflegekräften durchführten, trotz aller Kooperationsrhetorik von 46% im Jahr 2004 auf 42% im Jahr 2008 zurück. Andererseits bewerteten mit leicht steigender Tendenz mehr als 70% der Pflegekräfte die Zusammenarbeit mit den Ärzten positiv und stets mehr als 80% taten dies auch, wenn sie nach ihrer Kooperation mit Angehörigen der therapeutischen Funktionsdienste gefragt wurden. Etwas anders bewerteten Pflegekräfte die Kooperation mit diagnostischen Funktionsdiensten, die 2003 noch leicht über 70% der befragten Pflegekräfte als sehr gut oder eher gut darstellten, ein Wert der nach einem Anstieg im Jahr 2006 auf ein Niveau leicht unter 70% sank. Die quantitativ und qualitativ bedeutendste potenziell folgenreiche Ausnahme ist die Kooperation der Pflegekräfte mit Beschäftigten der Verwaltung und des Qualitätsmanagements: Der Anteil von Pflegekräften, die sie als sehr gut oder eher gut bewertete, sank vom bereits niedrigen Wert von knapp über 50% im Jahr 2003 kontinuierlich auf rund 45% im Jahr 2008.

Die Hinweise auf Kooperations- und Kommunikationsmängel werden auch durch andere Studien unterstrichen. So bezeichnete nach dem Gesundheitsreport 2005 von DAK und BGW beispielsweise nur ein knappes Viertel der befragten Pflegekräfte die Kommunikation zwischen Berufsgruppen und Abteilungen uneingeschränkt als offen und transparent und gut ein Fünftel meinte, dass ärztliche und pflegerische Aufgaben nicht gut aufeinander abgestimmt seien (Grabbe et al. 2005: 42).

Die aus Sicht der Pflegekräfte und Krankenhausärzte schlechter gewordene Kooperation mit verschiedenen Verwaltungsinstitutionen ist insofern wichtig, weil diese durch die Ökonomisierung des Krankenhauses bedeutender und mächtiger geworden sind. Ökonomisierung meint den wachsenden Einfluss von ökonomischen Zielen auf

patientenbezogene Entscheidungen und Tätigkeiten sowie die professionellen Sicht- und Handlungsweisen bzw. die Umkehr der Zweck-Mittel-Relation. Danach ist Geld nicht mehr Mittel zur Versorgung, sondern wird Versorgung Mittel zur Gewinnerzielung (vgl. dazu u.v.a. Simon 2001, Kühn 2004, Braun 2009). Das DRG-System, die Privatisierung von Krankenhäusern, der Machtzuwachs der Verwaltung und die u.a. mit der Umwandlung von immer mehr Krankenhäusern in GmbHs verbundenen Veränderungen in der Führungsstruktur sind Ausdruck und Mittel der Ökonomisierung. Da Kooperation aber nicht auf der Basis von Direktorialgewalt funktionieren kann, ist z.B. eine Revitalisierung und Weiterentwicklung einer bereits vor rund 10 Jahren kurz geführten Diskussion über die Schwierigkeiten des Miteinanders von „evidence based medicine“ und „management“ (vgl. dazu Walshe/Rundall 2001) überfällig. Die beiden Autoren hatten zur Erklärung von Kooperationsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Verwaltungsmanagern u.a. auf die radikal anderen Anforderungen an die Häufigkeit und die Umstände des Fällens von Entscheidungen hingewiesen: „managers make rather fewer but larger decisions [which] ... may take years to be made and implemented, and it can be difficult even to discern or describe the decisionmaking process or to pin down when a decision is actually made“ (Walshe/Rundall 2001: 444/5). Außerdem unterschieden sich die beiden Professionen mehr oder weniger stark bei der für sie geltende Rolle wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse: „personal experience and self-generated knowledge play a much larger part in determining how managers approach their jobs, and there is much less reliance on a shared body of formal knowledge in decision making“ (Walshe/Rundall 2001, p.439).

Trotz aller Notwendigkeiten zur Kooperation und dabei vor allem der Entwicklung eines wechselseitigen Verständnis der spezifischen Sichtweisen und Handlungsweisen werden sogar vorhandene bescheidene praktische Ansätze aktiv in Frage gestellt bzw. reduziert: Gemeint ist die aktuelle Debatte das neuerdings in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO § 1 (2) sowie § 6 (1)) festgelegte Krankenpflegepraktikum für künftige Ärzte von drei auf zwei Monate zu verkürzen. Auch wenn die durch eine Online-Petition³ des Hartmannbundes der gesamten Bevölkerung zur Abstimmung gestellte Forderung mit dem Vorschlag verbunden ist, dieses Praktikum nicht mit „Hilfsarbeiten“ zu verbringen, sondern eine strukturierte Ausbildung durchzuführen, sind zwei noch weniger als bereits drei Monate geeignet, „Interprofessionalität“ praktisch und ohne zu hohen Alltagsdruck lernen und entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten erwerben zu können.

Zusammengefasst haben sich die – formellen – Kommunikations- und Kooperationsstrukturen unter DRG-Bedingungen eher verschlechtert als verbessert. Vor allem die gemeinsame Visite von Pflegekräften und Ärzten findet immer seltener statt (dies ergibt sich aus den Befragungen von Ärzten und Pflegekräften: Braun et al. 2010). Dies liegt u.a. daran, dass die Pflegekräfte aufgrund der Personalknappheit weniger Zeit haben und die Ärzte keine festen Visitenzeiten einhalten, auf die sich die Pflegekräfte ein-

³ Vgl. dazu https://epetitionen.bundestag.de/index.php?PHPSESSID=44b66fb88115b46bab_405a56306950bf&action=petition;sa=details;petition=17829

stellen können. Durch den Wegfall der gemeinsamen Visite werden Informationsverluste und Fehler bei der Patientenversorgung wahrscheinlicher und verschwinden wichtige Anlässe und Foren, in denen sich z.B. wechselseitige Verständnisse der Denk- und Handlungsweisen unter Alltagsbedingungen lernen und entwickeln ließen.

Zu den aktuell wichtigsten aber auch umstrittensten Feldern der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit gehört die Substitution und/oder Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte bzw. eine neue Arbeitsteilung zwischen den beiden Berufsgruppen. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde 2008 den Krankenkassen in § 63 Abs. 1 SGB V die Möglichkeit eingeräumt, im Rahmen von Modellvorhaben die Übertragung von Tätigkeiten, die bisher von Ärzten durchgeführt wurden, auf Pflegefachkräfte zu erproben. Bei welchen ärztlichen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der Kranken- und Altenpflegeberufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V fest. Unabhängig von der ebenfalls umstrittenen Frage, ob dies zu den Aufgaben des G-BA gehört oder u.a. wegen der Zuständigkeit der Bundesländer für die Gesundheitsberufe nicht, hat der G-BA die Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten beraten und am 17. März 2011 eine solche Richtlinie mit einem Katalog von 40 ärztlichen Tätigkeiten beschlossen. Auch wenn die Richtlinie zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Textes noch nicht veröffentlicht ist, ist dreierlei zu beachten: Erstens vermeidet der G-BA in seiner „Heilkundeübertragungsrichtlinie“ es, begrifflich zu klären, ob es sich um Substitution ärztlicher Tätigkeit und damit neue autonome Arbeitsaufgaben der Pflegekräfte handelt oder ob diese Aufgaben delegiert und unter ärztlicher Aufsicht erbracht werden. Ob seine Formulierung, es gehe um die „selbstständige Ausübung von Heilkunde“ wirklich weiterführt, werden die künftigen berufspolitischen Auseinandersetzungen zeigen.⁴ Zweitens zeigen die bekannt gewordenen Überschriften des Aufgabenkatalogs, die von Infusions- und Wundtherapien über die Anus praeter-Versorgung, das Schmerz- und Casemanagement, die psychosoziale Versorgung bis zur eigenständigen Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln reichen, dass es um deutliche Veränderungen der Arbeitsteilung und damit der Kooperationsinhalte geht. Drittens könnte allerdings die Auswirkung der G-BA-Richtlinie auf die Zusammenarbeit von Berufsgruppen wegen der auch ohne sie seit Jahren laufenden Delegation von ärztlichen Tätigkeiten und der Entwicklung entsprechender Instrumente und Verfahren (vgl. dazu die Studie des Deutschen Krankenhausinstituts von Offermanns/Bergmann 2008) geringer sein als erwartet oder befürchtet.

Wie die Wirklichkeit einer anderen Arbeitsteilung und Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften aussieht, lässt sich an den Antworten auf eine Batterie von Fragen erkennen, die in den Pflegekräfte-Befragungen der Jahre 2006 und 2008 des WAMP-Projektes (Braun et al 2010a) herausbekommen sollten, ob es bei neun ausgewählten

⁴ Was das heißen kann zeigt exemplarisch ein anlässlich der Entscheidungen des G-BA in der Ärztezeitung vom 21.3.2011 erschienener Artikel. Seine Überschrift lautet: „Pflegekräfte dürfen ärztlich tätig werden – unter Aufsicht des Arztes“.

Tätigkeiten⁵ zu interprofessionellen Veränderungen zwischen Ärzten, examinierten Pflegekräfte, PflegehelferInnen und ArzthelferInnen gekommen ist.

Zu den wichtigsten Ergebnissen zählte:

- An der Beteiligung der Ärzte verändert sich aus Sicht der Pflegekräfte auf unterschiedlichen Niveaus in dem zweijährigen Untersuchungszeitraum nichts oder nur relativ wenig. Die geringste arbeitsteilige Rolle spielen Ärzte mit einem von knapp 30% auf 20% sinkenden Anteil beim Austausch der Antibiose. Am meisten, nämlich zu rund 90% sind Ärzte noch beim Legen eines intravenösen Zugangs tätig, dicht gefolgt von der intravenösen Blutabnahme, die von knapp unter 80% von Ärzten gemacht wird. Beim Anhängen einer intravenösen Antibiose spielen Ärzte auf vergleichsweise niedrigem Niveau eine am stärksten abnehmende Rolle (von rund 55% auf unter 50% sinkend).
- Die Beteiligung der 3-jährig examinierten Pflegekräfte steigt gleichzeitig in ihrer eigenen Wahrnehmung bei sämtlichen der ausgewählten Tätigkeiten zum Teil kräftig, d.h. zum Teil um die Hälfte des Ausgangswertes an. Dies gilt auch dort wo Ärzte dieselbe Tätigkeit weiterhin in hohem Maße ausüben wie etwa bei der intravenösen Abnahme von Blut. Der Anteil der Pflegekräfte, der dies macht, steigt von 34% auf 54% und auch das Legen eines intravenösen Zugangs zählen 2008 rund 30% aller befragten Pflegekräfte zu ihren Aufgaben. Bei den Tätigkeiten des Anhängens einer Antibiose, ihres Austausches, eines antiseptischen Verbandswechsels mit Wundspülung und Fäden ziehen oder Klammern entfernen zeigt sich eine Art kommunizierende Veränderung der Arbeitsteilung. Hier nimmt das Engagement der Ärzte durchweg leicht ab und das der Pflegekräfte so kräftig zu, dass ihr Gewicht im Ergebnis deutlich über dem der Ärzte liegt. Schließlich geht die Beteiligung der Ärzte an der Entscheidung über Schmerzmittelvergabe aus Sicht der Pflegekräfte von rund 58% auf rund 54% zurück, während der Teil von ihnen, der hier aktiv ist von 55% auf 68% stieg.
- Mit Ausnahme der Arzthelferinnen bei der intravenösen Abnahme von Blut, spielt keine der beiden anderen Berufsgruppen aus Sicht der Pflegekräfte bei den ausgewählten Leistungen eine erwähnenswerte Rolle.

4. Fazit

Die Empirie der interprofessionellen Kooperation in Krankenhäusern hängt quantitativ und qualitativ erheblich hinter den Einsichten zu ihrer Notwendigkeit und den Absichten sie umzusetzen her, die wenigen Praxisbeispiele sind (noch) nicht evaluiert oder die Untersuchung der Kooperation spielt in Studien keine Rolle. Anstatt für diese Diskrepanz von Wissen und Handeln subjektive Unfähigkeiten oder mangelnde strukturbezogene Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit verantwortlich zu halten, halten wir

⁵ Die neun Tätigkeiten waren der Austausch der Antibiose, das Legen eines intravenösen Zugangs, die intravenöse Blutabnahme, das Anhängen einer intravenösen Erstantibiose, der antiseptische Verbandswechsels mit Wundspülung, Entleerung und Wechsel sowie die Entfernung von Wunddrainagen, das Ziehen von Fäden ziehen oder Entfernen von Klammern und Entscheidung zur Schmerzmittelvergabe.

die hemmende oder fördernde Bedeutung einer Reihe von parallel sich verändernden oder neu entstehenden äußeren und inneren Bedingungen im Krankenhaus und bei seinen Beschäftigten als hauptverantwortlich für das Entstehen oder Nichtvorankommen von Kooperationsbeziehungen.

Die Voraussetzungen für die funktionierende berufsgruppenübergreifende Kooperation haben sich in den letzten Jahren trotz des für sie versorgungsepidemiologisch wachsenden Bedarfs eher verschlechtert. Zu den wichtigsten verschlechternden Faktoren gehören die Arbeitsverdichtung, die Zersplitterung der Beschäftigungsverhältnisse durch Teilzeitarbeit, die kontinuierlich entstehenden neuen Arbeitsteilungen, die Entstehung neuer qualifizierter und angelernter Berufe, die Fortexistenz alter interprofessioneller und die Entstehung neuer intraprofessioneller Hierarchien. Die meisten dieser Teilentwicklungen führen dazu, dass sich die verschiedenen alten und neuen Berufsgruppen zunächst um sich und ihre Zukunft kümmern – was nicht selten zu Lösungen zu Lasten anderer Berufsgruppen führt. Die äußeren Bedingungen der Zunahme von Anzahl und Schwere der Fälle bei kürzerer Liegedauer behindern außerdem die für Kooperation notwendige Möglichkeit der praktischen Verschränkung der Sicht- und Handlungsweisen aller Berufsgruppen und konkret z.B. das Entstehen von „eingespielten Teams. Ohne dass sich an diesen und weiteren Bedingungen etwas Grundlegendes ändert, kann es nicht oder nur sehr schwer und langwierig zu einer flächendeckenden Implementation und Praxis von berufsgruppenübergreifender Kooperation kommen. Welche Bedeutung die hier beachteten hemmenden und fördernden Faktoren für Kooperation und andere soziale Strukturen und Prozesse im Krankenhaus haben, sollte in vergleichenden Untersuchungen für das Krankenhaus insgesamt oder die Behandlung einzelner Patientengruppen näher untersucht werden.

Literatur

- Behrens, J./G. Langer (2004): Evidence-based nursing, Bern: Huber
- Braun, B./R. Müller (2005): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive von Patienten. St. Augustin: Asgard
- Braun, B. (2009): Krankenhaus unter DRG-Bedingungen: Zwischen Ökonomisierung, Unwirtschaftlichkeit, Veränderungsresistenz und Desorganisation. In: Böckmann R. (Hrsg.) (2009): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. Frankfurt: 117-139
- Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler - Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber
- Braun, B./S. Klinke/R. Müller/R. Rosenbrock (2010a): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus - Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. Bremen: Artec-Eigendruck
- Dahlgaard, K./Stratmeyer, P. (2005): Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft 10: 142-149
- Deutscher Pflegerat (2011): Pflege Positionen. Der Newsletter des DPR 4. ([http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/45DECA67EDB31251C1257893002F1B34/\\$file/DPR_NL_April%202011.pdf](http://www.deutscher-pflegerat.de/dpr.nsf/0/45DECA67EDB31251C1257893002F1B34/$file/DPR_NL_April%202011.pdf))
- Edwards, Christine/Olive Robinson (2004): Evaluating the Business Case for Part-time Working amongst Qualified Nurses. In: British Journal of Industrial Relation. 42: 167-183

- Ehrhard, Tobias/Dennis A. Ostwald/Peter Franz (2011): Neue Berufe und Aufgabenneuverteilung im Gesundheitswesen – Stand und Perspektiven. In: P. Hensen, C. Kölzer (Hrsg.), Die gesunde Gesellschaft. Wiesbaden: 105-120
- Geissler, A./Wörz, M./Busse, R. (2010): Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich. In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer: 25-40
- Grabbe, Y. et al. (2005): DAK/BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Pflegekräfte, Hamburg (http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf)
- Hasselhorn, H.M. et al. (2006): Vortrag auf dem 20. Freiburger Symposium „Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“ am 13.-15. September 2006 in Freiburg. – Langjährige Belastungsforschung bei Pflegepersonal – Ergebnisse der NEXT-Studie. (<http://www.next.uni-wuppertal.de/download.php?f=b46b67aff273e9b7fe0b9b0edeef3218>)
- Höhmann, U. (2008): Expertenstandards in der Praxis: Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen - am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“. In: Pflege & Gesellschaft, 13. Jahrgang, Heft 2: 131-142
- Höppner, H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Frankfurt/Main: Mabuse
- Kühn, Hagen (2004): Die Ökonomisierung in der medizinischen Versorgung. In: Elsner Gine, Thomas Gerlinger, Klaus Stegmüller (Hrsg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: 25-41
- Max, S. (2010): Patientenorientierung und interdisziplinäre Kooperation in der stationären neurologischen Rehabilitation - eine Fallstudie auf Basis von Experteninterviews“. Master-Arbeit, eingereicht März 2010 an der HAWK FH Hildesheim/Holzminde/Göttingen
- Offermanns Matthias unter Mitarbeit von Karl Otto Bergmann (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes - Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Düsseldorf 2008
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Drucksache des Deutschen Bundestages 16/6339. (<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>)
- Salfeld, R./Hehner, S./Wichels, R. (2009): Die deutschen Krankenhäuser - International auf dem Weg an die Spitze. In: Salfeld et al. (2009): Modernes Krankenhausmanagement: 1-15 (http://www.mckinsey.de/downloads/publikation/buecher/2009/buecher_kh_mgmt_2_probe.pdf)
- Salomon, T./H. Rothgang (2011): Interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe - Versorgung verzahnen. In: Health & Care Management, 6/2011: 24 - 25
- Schmerfeld, K./J. Schmerfeld (2000): Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus. In: Jahrbuch für kritische Medizin Band 33: 94-109
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P01-205. Berlin (<http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2001/p01-205.pdf>)
- Statistisches Bundesamt (2005): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.1 - 2003 (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120610037005,property=file.xls>)
- Statistisches Bundesamt (2009): Schülerinnen und Schüler in Sozial- und Gesundheitsdienstberufen. Fachserie 11, Reihe 2. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2010): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Fachserie 11, Reihe 2. Wiesbaden (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/BildungForschungKultur/Schulen/BeruflicheSchulen2110200107004,property=file.pdf>)

- Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2009. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611097004,property=file.pdf>)
- Ver.di (2009): Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe. Beschluss des Bundesfachbereichsvorstands Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30. April 2009
- Walshe, K./Rundall, G. (2001): Evidence-based Management: From theory to practice in health care. In: *The Milbank Quarterly*, 79: 429-457
- Wieteck, P. (2005): Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. In: *Pflege & Gesellschaft* 10: 115 - 12

Dr. Bernard Braun

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, Universität Bremen
Mary-Somerville-Straße 5, 28359 Bremen, bbraun@zes.uni-bremen.de

Heike Steinbach-Thormählen

Formen neuer Arbeitsteilung im Krankenhaus. Herausforderungen für das Personalmanagement am Beispiel der Gesundheits- und Krankenpflege

Reorganization of work in hospitals. Challenges for Human Resource Management at the example of nurses

In the context of the debate about reorganization of work in German hospitals, not much attention has been paid in the requirements for the Human Resource Management. This article pictures the results of a survey, which indicate that the reorganization of work is inadequately supported by a strategic human resource management. It seems that Reorganization of work in hospital is characterized by non-regulated legal conditions at the legislative and institutional level and increasing psychological stress.

Keywords

division of labor, human resource management, nursing, hospitals

eingereicht 18.05.2011

akzeptiert 01.09.2011 (nach Überarbeitung)

Im Kontext der Debatte um eine Neuorganisation der Aufgaben in deutschen Krankenhäusern findet die Diskussion über die mit der Neuorganisation verbundenen Gestaltungsanforderungen an das Personalmanagement im Krankenhaus bisher wenig Beachtung. Hier möchte dieser Beitrag, dessen Grundlage eine 2010 an der Universität Hamburg verfasste Masterarbeit im Studiengang Human Resource Management ist, ansetzen. Die Ergebnisse einer empirischen Erhebung weisen darauf hin, dass Veränderungen der Arbeitsteilung in den Kliniken nur unzureichend durch ein strategisches Personalmanagement begleitet werden. Ungeregelte rechtlichen Rahmenbedingungen auf gesetzgeberischer und institutioneller Ebene und mit der Aufgabenneuregelung verbundene zunehmende psychischen Belastungen prägen den Arbeitsalltag deutscher Pflegekräfte.

Schlüsselwörter

Arbeitsteilung, Human Resource Management, Krankenpflege, Krankenhaus

1. Problemhintergrund

Umfassende Umstrukturierungen im deutschen Gesundheitswesen machen eine Diskussion um die derzeitige Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen notwendig. Zahlreiche Interessenverbände beschäftigen sich daher mit der Neuordnung der Arbeitsorganisation in diesem Sektor. Gutachten zum Thema liegen etwa vom Deutschen Krankenhausinstitut (Offermanns 2008) und dem Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken (VPU 2007) vor. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in einem Band ausführlich der Thematik gewidmet (SVR 2007). Neu ist, dass im Rahmen dieser Debatte nicht nur über einzelne, übertragbare Tätigkeiten debattiert wird, sondern die Zuschnitte ganzer Berufsbilder reformiert werden sollen (vgl. Dielmann 2005: 38).

2,5 Millionen Beschäftigte in den Gesundheitsberufen und eine stark differenzierte Strukturierung des Berufsfeldes Gesundheit mit allein 18 Berufsgesetzen machen die Diskussion um neue Formen der Arbeitsteilung im Krankenhaus dabei zu einem komplexen Handlungs- und Forschungsfeld (vgl. Bollinger 2008: 13). Die Besonderheiten der Organisation Krankenhaus stellen in diesem Kontext vielfältige Gestaltungsanforderungen an das Personalmanagement.

Verschiedene Entwicklungen beeinflussen die Richtung der Debatte:

Die Demografieforschung sagt eine Zunahme von Hochaltrigkeit, Multimorbidität und chronischen Erkrankungen in Deutschland voraus (vgl. Kommission der europäischen Gemeinschaften 2008: 3). Bei mittelfristig steigendem Versorgungsbedarf im Alter verschärfen sich die demographischen Effekte durch die Abnahme des Erwerbspersonenpotentials im Sektor Gesundheit (vgl. SVR 2007: 19). Ein regional begrenzter Fachkräftemangel insbesondere ärztlichen Personals erfordert bereits heute die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2009).

Zahlreiche Innovationen im Bereich der Medizintechnik weisen im Gegensatz zur Nutzung neuer Technologien in der Industrie keinen personalsubstituierenden Charakter auf, sondern erhöhen häufig künftig die Kosten der Patientenbehandlung eher

(vgl. Flenreiss/Rümmele, 2008: 4). Die immer innovativeren Gesundheitsdienstleistungen erfordern dabei den Einsatz qualifizierten Personals in ausreichender Zahl (vgl. Bräutigam, 2009: 59).

Das Gesundheitswesen wird zudem seit einigen Jahren immer stärker als „Gesundheitswirtschaft“ verstanden, was zur Folge hat, dass vermehrt Marktmechanismen greifen. Gesundheitsdienstleister agieren als Wirtschaftsunternehmen und müssen Profite erwirtschaften. Gerade im deutschen Klinikbereich findet eine europaweit beispiellose Privatisierung statt. Laut einer Studie der Hans Böckler Stiftung ist der Anteil privater Kliniken von 1991 bis 2006 von 15% auf 27% gestiegen und entspricht damit mittlerweile fast dem der USA (vgl. Böhlke/Schulten 2008: 24).

Das herrschende Paradigma der Ökonomisierung und die Einführung der fallpauschalierten Finanzierung im stationären Bereich führten in den letzten Jahren zu einem drastischen Personalabbau der Pflegekräfte im Krankenhaus. Im Zeitraum 1996 bis 2006 wurden bei einem Anstieg der Behandlungsfälle von 21,6% pro Pflegeperson, 14,3% des Pflegepersonals eingespart (vgl. Bräutigam 2009: 60).

Diese Entwicklung ging mit steigenden Fallzahlen und kürzeren Verweildauern einher. Seit 1990 wurde etwa jedes vierte Krankenhausbett abgebaut (vgl. Statistisches Bundesamt 2008a: 2). Bedeutsame Effizienzsteigerungen lassen sich daher künftig nicht mehr durch Personalabbau sondern allenfalls mit einer Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und Auslagerung von Tätigkeiten an geringer qualifiziertes Personal erwirken.

Sich wandelnde Rahmenbedingungen machen eine Anpassung der Qualifikationsmuster insbesondere in den traditionell nicht-akademisch ausgebildeten Gesundheitsberufen notwendig (vgl. BIBB 2002: 215f). Seit Beginn der 90er Jahre begegnen die Hochschulen dem Anpassungsdruck mit einer breiten Qualifizierungsoffensive, die sich in der Etablierung zahlreicher neuer Studiengänge und Weiterbildungsangebote ausformt (vgl. Kälble 2008: 33), so dass mittlerweile eine Vielzahl von (Pflege-)AkademikerInnen in diesen Arbeitsmarkt eintreten (vgl. Bollinger 2008: 14). Bis heute ist allerdings vielerorts unklar, in welchen Arbeitsbereichen die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte in Zukunft tätig werden sollen und können (vgl. ebd.).

Darüber hinaus denken laut der NEXT Studie etwa 10% der Pflegekräfte daran, den Beruf zu verlassen, weitere knapp 10% möchten zumindest die Einrichtung wechseln, 7,8% könnten sich beides vorstellen (vgl. Hasselhorn et al. 2005, S.48).

In einer Studie aus dem Jahr 2008 wurde zudem deutlich, dass die Bewertung der Zusammenarbeit mit Ärzten, eine hohe Korrelation zur Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften aufweist (Bartholomeyczik et al. 2008).

Zusätzlicher Handlungsdruck wird durch den Rückgang der Ausbildungszahlen ausgelöst. Neben geringeren Absolventenzahlen im Medizinstudium sind bei wachsendem prognostiziertem Pflegebedarf die Ausbildungszahlen in der Gesundheits- und Krankenpflege von 1994 bis 2004 um 15% gesunken (vgl. Statistisches Bundesamt 2004).

2. Zielsetzung und methodisches Vorgehen

Ziel der Masterarbeit war es, einen Abriss der Debatte um Formen neuer Arbeitsteilung im Krankenhaus vorzustellen und im Rahmen einer empirischen Erhebung die Herausforderungen für das Personalmanagement aus Sicht der betrieblichen Interessenvertretung¹ zu bewerten. Der Fokus lag dabei auf der Berufsgruppe der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen im Krankenhaus.

Folgende explorative Forschungsfragen sollten beantwortet werden:

- Welche Gründe einer Neuorganisation der Arbeitsteilung im Krankenhaus werden benannt?
- Welche Aufgabenfelder in den Krankenhäusern werden neu strukturiert?
- Welche Anforderungen bei der Neugestaltung der Arbeitsteilung im Krankenhaus ergeben sich für das Personalmanagement?

Die Sicht der Interessenvertretung bot eine Chance, Blicke in die betriebliche Wirklichkeit zu werfen und derzeitige bzw. künftige Risiken aber auch Chancen einer Neuorganisation der Arbeitsteilung im Krankenhaus aus Sicht der Beschäftigten zu bewerten. Die arbeitgeberseitige Position zum Thema ist in der Literatur umfassend beschrieben worden (z.B. VPU 2007).

Im Rahmen der Arbeit wurde zur Steigerung des Informationsgewinns eine Methoden-triangulation von qualitativen und quantitativen Methoden gewählt (vgl. Flick 2008: 12), die als Follow-Up-Erhebung² gewonnene qualitative Ergebnisse durch die Erhebung quantitativer Daten stützen sollte.

Folgende Methoden wurden angewendet:

- a) Qualitative, halbstrukturierte, problemzentrierte Interviews
- b) Standardisierter Fragebogen

Im Forschungszeitraum Oktober bis Dezember 2009 wurden 6 Interviews mit Betriebs- und PersonalrätInnen unterschiedlicher Kliniken geführt. Die Teilnehmer wurden per Interessenabfrage aus dem Kreis gewonnen, die sich für ein Seminar zum Thema „Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen“ angemeldet hatten. Damit konnte sichergestellt werden, dass sich die Betriebs- und Personalräte in ihrem Arbeitsfeld bereits mit dem Thema auseinandergesetzt hatten und einen Expertenstatus aufweisen. Die Interviews erfolgten am Seminarbeginn. Als Analyseverfahren wurde die Methode der „qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring (vgl. 1999: 91ff) angewandt.

Der ergänzende Fragebogen war in drei Teile gegliedert, die zur Erhöhung der Übersichtlichkeit mit einer Farbskala versehen wurden. Die subjektiven Sichtweisen und

1 Unter der Gruppe der betrieblichen Interessenvertretung werden hier Betriebsräte, Personalräte und Mitarbeitervertretungen zusammengefasst.

2 Klassifikation nach Morgan (1998) und Brymann (2004)

Deutungsmuster der Interviews gingen in die Itementwicklung des Fragebogens ein (vgl. Flick 2008: 84).

Im ersten Teil wurden bislang praktizierte (1a) und neue Formen (1b) der Arbeitsteilung in Gestalt von Selektionsfragen (vgl. Atteslander 2000: 159) erhoben. Grundlagen der Fragestellungen bildeten die DKI-Studie zur Neuordnung des Ärztlichen Dienstes (vgl. Offermanns 2008) und die Erhebungen des Pflege-Thermometers (vgl. DIP 2007).

Im zweiten Teil wurden die Einschätzungen der InteressenvertreterInnen zu den Themengebieten: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (2a), Abgabe pflegerischer Tätigkeiten (2b) und Schaffung neuer Berufe (2c) mit Skalen-Fragen (vgl. Atteslander 2000: 161) gewonnen. Ergänzt wurden diese durch Bilanzfragen, die generalisierte Einstellungen erheben sollten (vgl. ebd.: 168). Eine 5-stufige verbale Ratingskala maß dabei den Grad der Zustimmung. Der dritte Abschnitt des Fragebogens erfasste erhebungsrelevante Klinikkenzahlen.

Nach einem Pretest mit 5 Anwendern wurden insgesamt 96 Betriebs- und Personalräte in Kliniken deutschlandweit aus forschungsökonomischen Gründen via Email anonym befragt. Angeschrieben wurden alle entsprechenden InteressenvertreterInnen über den Emailverteiler einer Gewerkschaft. Die Rücksendung des Fragebogens konnte anonym entweder per Post oder eine anonyme Emailadresse erfolgen. Die Rücklaufquote lag bei 27% (N=26).

Die Fragebögen wurden durch Summierung, Mittelwertbildung, Standardabweichung und einer Varianzanalyse ausgewertet. Eine Faktorenanalyse war aufgrund der kleinen Stichprobe nicht umsetzbar.

3. Ergebnisse

Insgesamt nahmen an der Befragung zu 63% Akutkliniken teil, der Rest verteilte sich auf Rehabilitationskliniken, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und sonstige Einrichtungen. Ein Großteil der Antwortbögen wurde von InteressenvertreterInnen aus Kliniken in privater Trägerschaft (44%) zurückgesandt. Die überwiegende Mehrheit der Rückläufe stellten Kliniken in der Rechtsform einer GmbH (55%). Einem Klinikverbund gehörten mehr als die Hälfte aller Rückläufer an (57%). Die Bettenzahl der Kliniken gestaltete sich relativ ausgewogen, etwa 45% der Antworten stammten aus Kliniken unter 400 Betten, ca. 55% der Häuser verfügten über bis zu 1500 Betten.

Interviewt wurden 4 Frauen und 4 Männer, davon 2 Personen jeweils unter 30 Jahren und über 50 Jahren. 6 Befragte übten den Gesundheits- und Krankenpflegeberuf aus, eine Person war Stationsleitung, eine weitere Lehrer/in für Pflegeberufe.

Die ausgewählten Ergebnisse beider Teilstudien werden, wenn nicht anderes beschrieben hier gemeinsam vorgestellt: *„Das Problem ist, dass wir gerade in einer Umbruchzeit sind und versuchen, uns jetzt selbst neu zu definieren. Das schaffen wir aber nicht*

in fünf Jahren, das schaffen wir auch nicht in zehn Jahren. Ein Berufsbild neu zu formen, das ist eine Generationsaufgabe. Und jetzt müssen wir ALLE mal überlegen, was wir wollen und das auch durchsetzen.“ (Interview 6)

3.1 Neue Aufgaben

Aus den Interviews ist kein einheitliches Bild, welche ärztlichen Tätigkeiten derzeit von Pflegepersonal übernommen werden, ableitbar. Folgende Tätigkeiten wurden beschrieben:

Tab. 1: Fragebogenergebnisse - bisherige Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegepersonal

Art der Tätigkeit	ja	teilw.	nein
Legen von nasalen Sonden	21%	58%	21%
Wechsel von nasalen Sonden	28%	64%	8%
Anlegen von Verbänden	54%	35%	12%
Wechsel von Verbänden	75%	13%	13%
Anlegen von Infusionen	41%	36%	23%
Umstecken von Infusionen	68%	18%	14%
Anlegen von Antibiotika	30%	22%	48%
Umstecken von Antibiotika	52%	30%	17%
Injektionen (s.c.; i.m. oder i.v.)	64%	36%	0%
Spülen ZVK	60%	15%	25%
Entfernen ZVK	52%	30%	17%
Endotracheales Absaugen	54%	33%	13%
Legen von peripheren venösen Zugängen	4%	30%	65%
Venöse Blutentnahmen	29%	29%	42%
Legen transurethr. Blasenkatheter	78%	17%	4%
Spülen transurethr. Blasenkateter	82%	18%	0%
Arterielle Blutentnahme	0%	28%	72%
Kodierung von Diagnosen/Prozeduren	17%	38%	46%
Orale Medikamentengabe	64%	36%	0%

Höchst unterschiedlich dabei war die Gestaltung der Übertragung, das Spektrum reichte von situationsabhängiger ärztlicher Delegation nach Bedarf bis zu klinikweiten einheitlichen Standards.

Darüber hinaus wurden Aufgaben benannt, die künftig von Pflegekräften übernommen werden sollten. Gemeinsam mit Medizinerinnen zu verantwortende Aufgabenbereiche könnten die Wundversorgung, Ernährungsberatung, Bedarfsmedikation sowie die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen und radiologischer Diagnostik sein.

Die Art und Weise der aktuellen Praxis der Tätigkeitsübertragung wird von den InteressenvertreterInnen bemängelt. Aufgaben würden pauschal auf

ganze Pflegeteams übertragen, Schulungen seien wenig strukturiert. Der Umgang mit der Situation erinnere an ähnliche Organisationsprobleme in den 80er Jahren.

Die Einschätzungen, welche Aufgaben an Assistenzpersonal übertragen werden können, differieren enorm. Ein Konsens lässt sich am ehesten bei Tätigkeitsbündeln wie Reinigungsarbeiten, Küchenarbeiten, Wäscheversorgung und Serviceleistungen für Privatpatienten ableiten. Die Patientenbegleitung zu Untersuchungen wird von einigen als Übertragungsmöglichkeit gesehen, allerdings sei hier immer die Einzelfallbezogenheit zu beachten. Strittig sind vor allem alle Tätigkeiten in Zusammenhang mit der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und der Grundpflege. Die damit ver-

bundenen vielfältigen pflegerischen Überwachungsfunktionen, könnten nicht an Assistenzpersonal delegiert werden.

Als neue Berufe wurden hauptsächlich die Operationstechnischen Assistenten (OTAs) benannt. Einigkeit besteht darüber, dass diese für ihre Tätigkeiten adäquat ausgebildet werden. Allerdings wurde das enge Tätigkeitfeld auf lange Sicht als ungünstig für die Beschäftigten beschrieben. In einigen Kliniken (N=3) werden speziell weitergebildete Mitarbeiter für die Codierung der DRG-relevanten Daten eingesetzt. Weiterbildungen für Pflegekräfte existieren in den Einsatzgebieten Intermediate-Care, Stroke-Unit und für das Case-Management.

3.2. Organisation

Zuständigkeiten und Akteure im Handlungsfeld Arbeitsorganisation variieren von Krankenhaus zu Krankenhaus. Am ehesten lassen sich Muster in Kliniken mit Konzernstruktur (N=6) finden. Eine systematische und interdisziplinäre Begleitung der Einführung neuer Arbeitsteilung scheint in vielen Fällen bereits an der Aufbauorganisation eines Krankenhauses zu scheitern und ist faktisch nicht vorhanden.

In einigen Kliniken (N=15) liegen bereits Konzepte zum Einsatz von Assistenzpersonal vor. So wird in einem Klinikkonzern ein Personalschlüssel von 70% Fachpersonal und 30% Assistenzpersonal angestrebt. Die Assistenten sollen dabei in den unteren beiden Vergütungsgruppen eingestuft und teilw. auf geringfügiger Basis beschäftigt werden. Als Qualifizierungswege wurden eine dreimonatige Schulung (N=1) und die Ausbildung zur Arzthelferin (N=2) benannt.

Für die InteressenvertreterInnen enorm bedeutsam ist die haftungsrechtliche Absicherung, insbesondere bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (N=22). Weiterhin wird ein notwendiger, in der Praxis oft lückenhafter Versicherungsschutz bei Ausübung ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegepersonal gefordert (N=10). Auf arbeitsrechtlicher Seite ist den InterviewpartnerInnen wichtig, dass Beschäftigte die Ausführung ärztlicher Tätigkeiten auch bei vorliegender formaler Qualifikation ablehnen dürfen und die Vergütung bei Übernahme dieser höherwertigen Tätigkeiten entsprechend angepasst würde.

Die Fragebogenergebnisse legen dar, dass schriftliche Vereinbarungen zur Neuorganisation der Arbeitsteilung tendenziell nicht die Regel sind. Für die Tätigkeitsfelder der neuen Berufe werden jedoch überwiegend schriftliche Vereinbarungen getroffen.

Wenn Vereinbarungen vorliegen erhalten sie in ca. 65% der Fälle keine eindeutigen Vorgaben. Ein Einverständnis des Patienten nach den Grundsätzen der Delegierbarkeit (vgl. Roßbruch 2003b: 158) wird in über der Hälfte aller Fälle nicht eingeholt. Die Berücksichtigung der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten in der Personalplanung findet nur in 40% aller Fälle statt. Die Übernahme pflegerischer Aufgaben durch Assistenzkräfte geht dagegen zu 55% in die Personalplanung ein.

3.3 Folgen

„Die nicht so interessanten Arbeiten werden von Hilfskräften übernommen. Die Pflegekraft wird dadurch immer mehr ans Bett gefesselt. Man hat nicht mehr die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, weil keine Aufgaben mehr übernommen werden, die nicht anspruchsvoll sind und bei denen man sich gedanklich zurücknehmen könnte.“ (Interview 1)

3.3.1 Arbeitsdichte

Die InteressenverteterInnen artikulieren, dass es im Zuge der Neuorganisation von Tätigkeiten zu einer Verdichtung der Arbeitsinhalte für das Pflegepersonal kommt (N=20). Tätigkeiten mit höheren Anforderungen werden verstärkt übernommen, anforderungsärmere Tätigkeiten abgegeben. Ungünstige Arbeitszeiten (Spät- und Nachtdienste) werden von dem zahlenmäßig immer geringeren Fachpersonal geleistet, da Servicekräfte hier nicht einsetzbar sind. Dabei wäre es oft so, dass die damit verbundenen Kosteneinsparungen sich nicht in der Aufstockung des Personalschlüssels widerspiegeln. Es komme zu Erholungsdefiziten und der Zunahme psychischer Erkrankungen. Durch den vermehrter Einsatz von Assistenzkräften nehmen die Einsatzmöglichkeiten für gesundheitlich beeinträchtigte Pflegekräfte ab. Im Zuge der Prozessoptimierung werden in einigen Kliniken (N=2) die OP-Kapazitäten ausgeweitet, so dass frisch Operierte auch nachts mit weiterhin gleichen Personalressourcen versorgt werden müssten.

Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten führt in aller Regel nicht zu einer Entlastung des Pflegepersonals und der Bereitstellung zusätzlicher Personalressourcen. Durch den Einsatz von Assistenten für pflegerische Tätigkeiten wird in ca. 52% aller Fälle kein zusätzlicher Freiraum für die Erledigung der anfallenden Tätigkeiten geschaffen. Die neuen Berufe dienen immerhin in der Hälfte aller Fälle einer Entzerrung der Arbeitsdichte.

3.3.2 Arbeitsinhalte

Während etwa 35% der InteressenverteterInnen angeben, dass die Übernahme ärztlicher Tätigkeit die pflegerische Arbeit abwechslungsreicher macht, gehen 40% davon aus, dass dies eher nicht der Fall ist. Für die Assistenten sind tendenziell eher abwechslungsarme Aufgabenbündel geschaffen worden. Dazu gehören etwa die Erfassung von Essenswünschen und die Speiseausgabe für große Patientengruppen. Der Abwechslungsreichtum der Arbeitstätigkeiten der Mitarbeiter in den neuen Berufen wird als gut bewertet.

3.3.3 Versorgungsqualität

Die derzeitigen Planungen einer Neugestaltung der Arbeitsteilung führten zu einem Verlust des ganzheitlichen Pflegeansatzes. Aufgaben werden fragmentiert und damit Informationsdefizite vorprogrammiert. Es wird ein fehlendes Bewusstsein für die Risi-

ken der neuen Arbeitsteilung, insbesondere bei den Patienten und der Politik artikuliert. Eine oberflächliche Entlastung der beschäftigten Mitarbeiter werde einer strukturellen Verbesserung der Arbeitsbedingungen vorgezogen. Mit unrealistischen Planungsvorgaben würden Anreize gebildet, Patienten aufgrund von ökonomischen Kriterien zu behandeln und so einer Chronifizierung von Erkrankungen Vorschub zu leisten. Der Einsatz unerfahrener Kräfte führe insbesondere durch eine immer kürzere Liegedauer zur Erhöhung der Fehlerhäufigkeit. Aufgrund der geringen ärztlichen Ressourcen würden Assistenzärzte mit wenig Erfahrung im Nachdienst der Notaufnahme eingesetzt. Potentiale der Prozessoptimierung sehen die InteressenverteterInnen, wenn eine neue Aufgabenteilung unter Einbezug aller Berufsgruppen im Krankenhaus erfolgt. So sei die Schaffung von großen Pflegeeinheiten bereits heute als Prozessoptimierung umgesetzt.

3.4 Personalmanagement

Während eine Klinik bereits eine langfristige Personal- und Teamentwicklungsplanung über einen Zeitraum bis zu 10 Jahren eingeführt hat, ist dieses Aufgabenfeld in anderen Krankenhäusern wenig strategisch orientiert. Hervorhebenswert ist, dass die InteressenverteterInnen entgegen der in der Literatur beschriebenen Zielsetzung eher davon ausgehen, dass die Attraktivität des Berufsbildes Pflege durch eine neue Arbeitsteilung abnehmen wird. Formen neuer Arbeitsteilung könnten aber auch eine Chance sein, die Teamarbeit zwischen den Berufsgruppen zu verbessern und zu einem beruflichen Miteinander auf Augenhöhe zu finden.

Über 60% der Befragten geben an, dass es aufgrund der veränderten Arbeitsteilung zu Spannungen zwischen Pflegekräften und Ärzten auf den Stationen kommt.

Kritisiert wird, dass mit der Einführung neuer Arbeitsteilung, insbesondere bei Konzepten mit Assistenzpersonal die betrieblichen Ausbilder (Mentoren) noch intensiver für Anleitungsaufgaben abgestellt werden müssten und darunter die Ausbildungsqualität leiden könne. Insgesamt wird angemerkt, dass die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege an die sich verändernden Anforderungen angepasst werden müsse, insbesondere sollten rechtliche Aspekte der Arbeitsteilung und Delegation stärkere Beachtung finden. Erschwerend komme hinzu, dass das Rollenverständnis von Pflegepersonal sehr differieren würde und die Pflege in Deutschland in eingefahrenen Strukturen verhaftet sei.

Während die Mitarbeiter in den neuen Berufen in der Regel als für ihre Tätigkeiten ausreichend qualifiziert, eingeschätzt werden, wird bei den Assistenzkräften ein eher unzureichendes Schulungsangebot diagnostiziert. Die Schulungsqualität bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten wird von ca. 35% der Befragten als nicht ausreichend beschrieben. Personalgewinnungsstrategien im Krankenhaus seien bisher wenig innovativ oder würden ganz fehlen. Das läge teilweise auch an dem noch nicht offenkundigen Personalmangel in der Pflege. Allerdings käme es in einigen Bereichen, wie der Intensiv- und OP-Pflege zu Abwerbungen von Personal und einem regelrechten

Kampf um diese Personengruppe. Als künftige Herausforderungen benannten die InteressenvertreterInnen den Mangel an Nachwuchs und die Tatsache, dass viele junge Pflegekräfte sich dort bewerben, wo die Bedingungen besser sind. Erschwerend für die erfolgreiche Gewinnung neuer Mitarbeiter käme hinzu, dass die Bindung zu den Krankenhäusern während der Ausbildung aufgrund der Tendenzen zur Zentralisierung der Krankenpflegeschulen nachlasse.

4. Diskussion abgeleiteter Handlungsfelder

4.1 Rechtliche Ausgestaltung

Um zu definieren, welche Aufgaben von Ärzten an die Pflege delegiert werden können und welche wiederum an Assistenzpersonal übertragbar sind, ist es vorerst notwendig, den originären Tätigkeitsbereich der Berufsgruppen zu beschreiben. Diese auf den ersten Blick simple Vorgehensweise geht mit zahlreichen juristischen Problemen einher, die als Herausforderung bei der Neuordnung der Arbeitsteilung im Krankenhaus im Mittelpunkt stehen.

Bei der Betrachtung der Professionskompetenzen sind zwei Regelungsbereiche relevant: Im Berufsrecht werden die Berufsbezeichnungen und damit einhergehenden Bedingungen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten festgelegt. Im Sozialrecht sind durch die Definition eines sozialversicherungsrechtlichen Krankheits- und Leistungsbegriffs die erstattungsfähigen medizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgelegt (vgl. Döhler 1997: 75).

Die Frage, welche Aufgaben delegationsfähig sind, beantworten verschiedene Publikationen je nach Rechtsauffassung sehr unterschiedlich. Da ärztliche Tätigkeiten in Deutschland nicht rechtsverbindlich definiert sind, liegt fast immer eine mehr oder minder fundiert interpretierte Zuordnungsmatrix delegationsfähiger Aufgaben vor. Gleiches gilt für die Gesundheits- und Krankenpflege, für die in den Rechtsvorschriften in Abweichung zu vielen anderen europäischen Ländern keine explizit pflegerischen Tätigkeiten benannt werden (vgl. Roßbruch 2003a: 95). Eine Abgrenzung zwischen selbstständigem Handeln und Weisungsgebundenheit in der Krankenpflege sind ebenso wie die dabei entstehenden Haftungsfragen nicht eindeutig definiert (vgl. Pitz 2008: 191/SVR 2007: 18). Diese Unschärfen führen in der Regel zu organisationsinternen Regelungen der Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften, die institutionseigene Interpretationsmodelle hervorbringen. Neben dem Modell eines restriktiven Vorgehens aus Angst vor Haftungsrisiken gehen einige Einrichtungen auf Grundlage ökonomischer Anreize den Weg eines weitreichenden Einsatzes von Pflegepersonal für ärztliche Tätigkeiten (vgl. Pitz 2008: 139).

Die juristischen Rahmenbedingungen machen eine krankenhausesindividuelle Zuordnung delegationsfähiger Tätigkeiten notwendig. Zwar existieren verbindliche Zuordnungen (vgl. Böhme/Hasseler 2006), diese sind nach näherer Betrachtung jedoch durchaus strittig oder nur in arztrechtlichen Publikationen anerkannt (vgl. Barth 2006).

Die Beurteilungskompetenz der Delegation liegt also in der Hand der beteiligten Berufsgruppen. Wissenschaftlich abgesicherte Studien zur Übertragbarkeit wären wünschenswert, fehlen aber derzeit fast vollständig (vgl. Böhme/Hasseler 2006: 4).

Bei der hausinternen Bewertung ist zunächst zu klären, wer zur Ausübung der Heilkunde befugt ist (vgl. Pitz 2008: 57). Hier können die Regelungen des Heilpraktikergesetzes (HeilprG), der jeweiligen Berufsgesetze (z.B. KrpflG) oder des Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PflWG) dienlich sein. Auf sozialrechtlicher Seite muss das SGB V (vgl. §28 SGB V) beachtet werden.

Haftungsrechtliche Fragen spielen bei der Neugestaltung der Aufgaben im Krankenhaus eine große Rolle. Um Mitarbeiter des Pflegedienstes bei der Übernahme zusätzlicher, stärker gefahreneigter ärztlicher Tätigkeiten nicht zusätzlichen Risiken auszusetzen, wird eine vertragliche Absicherung z.B. durch Haftungsfreistellung durch den Arbeitgeber und/oder Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung unbedingt empfohlen. (vgl. Roßbruch 2003b: 158). Daneben werden weitere betriebliche Maßnahmen zur Senkung des Haftungsrisikos befürwortet. Mit einer Arzneimittelpositivliste kann festgelegt werden, welche Medikamente durch Pflegepersonal eigenständig verabreicht werden können (vgl. VPU 2007: 28). Darüber hinaus sind Grundsätze der Delegierbarkeit ärztlicher Tätigkeiten zu vereinbaren (vgl. Roßbruch 2003b: 158).

4.2 Personalplanung

Einer Neuordnung der Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen sollte eine strategische der Personalbedarfsplanung vorausgehen. In Tabelle 2 werden Einflussfaktoren und Ermittlungsmethoden des Personalbedarfes bei einer Neuorganisation der Arbeitsteilung im Krankenhaus aufgeführt.

Die Entscheidung, wer welche Tätigkeiten übernimmt, sollte auf Grundlage der Anforderungs- und Qualifikationsprofile bewertet werden. Dabei könnten auch Möglichkeiten des Casemanagements und der Prozesssteuerung durch Pflegekräfte einfließen.

4.3 Gefährdungsanalyse

Die Interviewergebnisse dieser Arbeit zeigen einen hohen Anstieg der psychischen Belastung der ArbeitnehmerInnen in Krankenhäusern auf. Die geschilderte Situation deckt sich mit Ergebnissen aktueller Studien³, wonach die psychischen Fehlbelastungen mittlerweile einen höheren Stellenwert (43%) als körperliche Fehlbelastungen (31%) eingenommen haben (vgl. Oppolzer 2010: 76).

Vier Gefährdungsursachen sollten im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung nach §5 Abs. 3 ArbSchG aufgenommen werden (vgl. Oppolzer 2010: 135):

³ z.B. IGA-Report 5, 2004 des Hauptverbandes der Gewerblichen Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Tab. 2: Einflussfaktoren des Personalbedarfes bei einer Neuorganisation der Arbeitsteilung im Krankenhaus (eigene Darstellung in Anlehnung an Berthel/Becker 2007: 233)

Personalbedarfskomponente	Einflussfaktoren bei der Neugestaltung der Arbeitsteilung	Ermittlungsmethoden
Quantität	a) Fachkraftquote Pflegebereich b) Betriebsorganisation (Rechtsform) c) bisherige Zahl der Assistenzkräfte (Ausbauvolumen) d) Überstundenvolumen e) Personalbestand (Überdeckung/Unterdeckung im Ärztlichen Dienst, Pflegedienst etc.) f) Arbeitsintensität g) Fehlzeiten h) tarifliche Regelungen (Urlaub, Arbeitszeiten) i) Arbeitsmarktsituation/Demographie	a) Stellenpläne b) Pflege-Personal-Regelung (PPR) c) Patienten pro Pflegekraft, Arzt/Jahr d) unbesetzte Stellen e) Fehlzeitenquote f) Pflegediagnosen g) Case-Mix-Index f) Verweildauer
Qualität	a) Anforderungsbedarf b) Qualifikationsbedarfe c) Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten d) Arbeitsverfahren (z.B. Bereichspflege)	Anforderungsprofile Qualifikationsprofile Mitarbeitergesprächsergebnisse Anleitungs- und Schulungszeiten
Zeit	a) Altersstruktur der Belegschaft b) Dauer der Umstrukturierungsphase	Demographiecheck

1. Durch die Übernahme anforderungshöherer ärztlicher Tätigkeiten (z.B. komplexe Wundverbände) und die Abgabe anforderungsärmerer pflegerischer Tätigkeiten (z.B. Regale bestücken) steigt die Aufgabenkomplexität und es kann zu Erholungsdefiziten kommen.

2. Mit Einstellung von Assistenzkräften, die aufgrund ihrer Qualifikation nicht selbstständig eingesetzt werden können, verteilen sich die ungünstigen Arbeitszeiten am Abend und im Nachtdienst auf das zahlenmäßig reduzierte qualifizierte Pflegepersonal.

3. Für die Mitarbeiter in den neuen Berufen und die Pflegeassistenten sind häufig Stellenzuschnitte vorgesehen, die einen engen Aufgabenbereich und stetig wiederkehrende Tätigkeiten umfassen.

4. Die Arbeitsplätze der Beschäftigten in den Assistenzberufen sind teilweise von prekären Beschäftigungsbedingungen gekennzeichnet⁴, die mit Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes einhergehen.

Aus den hier beschriebenen Belastungsursachen durch Etablierung neuer Arbeitsteilungsmuster sind die Belastungsarten Psychische Ermüdung, Monotonie und Stresszustände ableitbar (vgl. ebd.).

⁴ Die Assistenzkräfte sind meist geringfügig beschäftigt, befristet beschäftigt, teilzeitbeschäftigt.

4.3 Prozesssteuerung

Die Neukonzeption der Arbeitsorganisation sollte immer mit einer Projektevaluation einhergehen (vgl. VPU 2007: 47). Dabei wird empfohlen neben einer Bewertung der Einspareffekte auch langfristige Indikatoren wie die Versorgungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit miteinfließen zu lassen. Eine Integration in das Qualitätsmanagementsystem der Klinik scheint unbedingt notwendig.

Es wird empfohlen, Projekte zur Neuorganisation der Arbeitsteilung im Sinne einer echten Prozessoptimierung jenseits kurzfristiger Einsparung von Arbeitskosten vorzunehmen. Dazu stehen vielfältige Instrumente wie z.B. die von Roßbruch vorgestellte SWOT-Analyse zur Verfügung (vgl. Roßbruch 2008). Akademisch qualifizierte Pflegekräfte könnten dabei eine Steuerfunktion innehalten. Daneben können mittlerweile akademische qualifizierten Pflegekräfte (Advanced practice nursing) den Behandlungsablauf für bestimmte Patientengruppen (z.B. in der Onkologie) steuern und überwachen.

Im Gestaltungsprozess der Differenzierung von Tätigkeiten im Krankenhaus wird oft übersehen, dass eine Kernaufgabe examinierten Pflegepersonals die Patientenbeobachtung ist. Im Versorgungsalltag sind es die Pflegekräfte, die alle Veränderungen am Patienten als Erste einschätzen, die notwendigen Maßnahmen einleiten und damit entscheidend zur erfolgreichen Bewältigung von Gefahrensituationen beitragen. Diese Tätigkeit erfordert Fachwissen und Können und ist nicht auf Assistenzpersonal übertragbar (vgl. Simon 2008: 108). Unter Berufung auf Kostenexplosionsargumenten negieren viele Publikationen jedoch diesen entscheidenden Qualitätsaspekt der Patientenversorgung im Krankenhaus. Professionelle Pflegehandlungen erfüllen meistens mehrere Zwecke gleichzeitig und sind deshalb nur schlecht in tayloristische Arbeitsteilungsprozesse überführbar.

4.5 Qualifikation

Krankenhausinterne Weiterbildungen: Ein Schulungskonzept im Rahmen dessen Befähigungsnachweise erstellt werden, kann der Sicherstellung der formalen Qualifikation dienen. Der VPU hat zur Übernahme ärztlicher Tätigkeiten ein Schulungskonzept erstellt (vgl. VPU 2007).

Veränderung der Ausbildungsinhalte in der Gesundheits- und Krankenpflege: Die geforderten Tätigkeiten, wie etwa Blutabnahmen aber auch die Übernahme des Case-Management müssen im Rahmen der Berufsausbildung stärker integriert werden. Dabei sollte neben einer Vermittlung der praktischen Fähigkeiten der Erwerb von Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Übernahme bestimmten Aufgabenfelder und Kenntnissen der rechtlicher Rahmenbedingungen im Mittelpunkt stehen. Sinnvoll wäre eine Definition pflegerischer Vorbehaltsaufgaben im KrpflG, um bestehende Abgrenzungsprobleme mit anderen Berufen zu vermindern.

Einheitliche Regelung der Aus- und Weiterbildungen für die Berufe des Gesundheitswesens: In vielen Kliniken werden mittlerweile Ausbildungsgänge⁵ angeboten, die in der Regel keine allgemeine Anerkennung finden. Einige Kliniken greifen dabei auf Konzepte aus dem europäischen und US-amerikanischen Ausland zurück (vgl. ver.di 2009: 6). Das hat für Personen dieser Ausbildungsgänge zur Folge, dass sich ihre Mobilität u. U. stark einschränkt, da eine Anerkennung der Berufsabschlüsse fehlt. Darüber hinaus ergeben sich tarifliche Eingruppierungsschwierigkeiten und Unsicherheiten in Vergütungsfragen.

Bei zahlreichen neu geschaffenen Weiterbildungen fehlen häufig Abgrenzungen zu bereits etablierten Weiterbildungen (z.B. zur Fachweiterbildung für Anästhesie- und Intensivpflege), die eine exakte Einschätzung des Qualifikationsniveaus der Weitergebildeten erschweren. Bei der Einstellung von Mitarbeitern in den neuen Berufen muss deshalb seitens des HRM eine exakte Einzelfallprüfung der vorhandenen Qualifikation erfolgen und die Eingruppierungsfrage im Rahmen einer Betriebsvereinbarung geregelt werden. Übergeordnet sind die Berufsverbände, Gewerkschaften und der Gesetzgeber gefordert, die künftigen Anforderungen im Gesundheitswesen durch verbindliche Regelungen und Schaffung überschneidungsfreier Berufsbilder sicherzustellen.

4.6 Mitarbeitergewinnung

Die Personalgewinnungsstrategien im Krankenhaus müssen erweitert werden. Auf der Ebene der internen Personalbeschaffung sollten bereits frühzeitig Kontakte mit den Auszubildenden aufgenommen und konkrete Weiterbeschäftigungsangebote gemacht werden. Die Aufnahme neuer externer Rekrutierungsquellen, wie z.B. im Rahmen von sozialen Netzwerken schaffen einen Vorteil gegenüber anderen Wettbewerbern (vgl. Buschbacher, 2010: 269).

Zur Gewinnung von ärztlichen Mitarbeitern ist die Angebotsentwicklung von Verbundweiterbildungen gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten der Region ein außerordentlich hilfreiches Instrument (vgl. KVSH, 2008). Auch für die Gewinnung von qualifizierten Pflegekräften wird künftig eine stärkere Vernetzung der regionalen Gesundheitsanbieter notwendig werden.

5. Einschränkungen der Arbeit

Da bereits in der Konzeption eine Befragung der InteressenvertreterInnen in den Krankenhäusern vorgesehen war, ist der gewählte Feldzugang über die Gewerkschaften als geeignet anzusehen. Die Individualadäquatheit der Erhebung kann aufgrund des Settings kritisiert werden. Bei allen Aussagen der InterviewpartnerInnen ist zu beachten, dass die Einschätzungen möglicherweise auch mit den beruflichen Rollen als Interes-

⁵ Anästhesietechnische Assistenten (ATA), Chirurgisch-Technische Assistenten (CTA), Gefäßassistenten, Physician Assistants (BSc).

senvertreterInnen zusammenhängen. Der Feldzugang zur Institution Krankenhaus allgemein bleibt aufgrund einer Nichtbefragung des Managements lückenhaft. Der Methodik halbstandardisierter Interviews schienen die Interessenvertreter offen gegenüber zu stehen. Bei der Anwendung der Fragebögen ist aufgrund des geringen Rücklaufs davon auszugehen, dass diese Methodik und die Form der Befragung über Email bei der Zielgruppe teilweise Ablehnung fand. Hier wäre eine standardisierte Onlinebefragung zu bevorzugen.

Die Ergebnisse des Fragebogens lieferten insgesamt einen akzeptablen Nutzen im Verhältnis zu ihrem Aufwand. Lediglich die Ergebnisse zu den neuen Berufen erscheinen weniger brauchbar. Für weitergehende Untersuchungen wird empfohlen, den Forschungsbereich „Neue Berufe“ aufgrund seiner Komplexität separat zu betrachten und im Themenfeld des betrieblichen Gesundheitsmanagement interventionelle Studien zum Thema durchzuführen

6. Fazit

Die Ausführungen haben gezeigt, dass eine Neuorganisation der Arbeitsteilung im Krankenhaus mit vielfältigen Gestaltungsaufgaben für das Personalmanagement verbunden sind. Dabei kann ein tragfähiges Konzept zur Neugestaltung der Arbeitsteilung nicht nur von kurzfristigen Unternehmenszielen der Profitmaximierung und Kostensenkung geleitet sein, sondern muss entsprechend attraktive Entfaltungsmöglichkeiten menschlicher Arbeitsteilung beinhalten. Dies kann nur gelingen, wenn die Personalstrategie der Krankenhäuser nicht einseitig der Unternehmensstrategie untergeordnet ist. Vielmehr muss dem Personalmanagement der Stellenwert einer strategischen Dimension im Unternehmen zugerechnet werden. Eine strategische Positionierung des Personalmanagements erscheint bei der Neuorganisation der Arbeitsteilung besonders wesentlich, da mitarbeiterbezogene Gestaltungsanforderungen für den langfristigen Erfolg neuer Arbeitsteilungsmuster integriert werden müssen. Leider fehlt dem Personalmanagement in vielen Kliniken ein entsprechender organisationaler Bezugsrahmen, der die Umsetzung personalstrategischer Vorgehensweisen erschwert.

Aus den hier vorgestellten Einschätzungen ergibt sich ein erheblicher Forschungsbedarf zu den Auswirkungen neuer Arbeitsteilung auf die Versorgungsqualität. Hier fehlen notwendige, repräsentative Studien. Bedarf besteht darüber hinaus an wissenschaftlichen Untersuchungen zu den Arbeitsmarktchancen und Arbeitsbedingungen der Personen in den zahlreichen neuen Berufen im Gesundheitswesen. Nicht zuletzt ist wenig über den Gesundheitszustand von Pflege- und Serviceassistenzkräften in den Krankenhäusern bekannt, obwohl diese neue Berufsgruppe vielfältigen arbeitsbedingten Belastungen ausgesetzt ist. Auf übergeordneter Ebene sind Kontroversen zu ökonomischen, berufspolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen notwendig, um eine einseitig profitorientierte Ausrichtung der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen zu verhindern.

Literatur

- Atteslander, P. (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. Auflage. Berlin/New York: de Gruyter
- Barth, L. (2006): Standortbestimmung Pflege - Eine kurze Stellungnahme zum gleichnamigen Beitrag von H. Böhme und M. Hasseler, online verfügbar unter: http://www.iqb-info.de/Standortbestimmung_%20Pflege.pdf (08.02.10)
- Bartholomeyczik et al. (2008): Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung: Eine Sekundäranalyse als Basiserhebung im Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ in Pflege & Gesellschaft, 13.Jg. S.102
- Berthel, J./Becker F.G. (2008): Personalmanagement: Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit. 8. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Buschbacher, J. (2010): Recruiting neu gedacht – die Kunst der Personalgewinnung. In: Die Schwester Der Pfleger, 49.Jg. 03/10
- Böhme, H./Hasseler, M. (2006): Standortbestimmung Pflege – rechtspolitische, rechtssoziologische, rechtswissenschaftliche und pflegewissenschaftliche Überlegungen zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten. In: Die Schwester Der Pfleger 08/2006
- Böhlke, N./Schulten, T. (2008): Unter Privatisierungsdruck. In: Mitbestimmung 6/2008
- Bollinger, H. (2008): Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheits-berufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: Bollinger et al. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag
- Bräutigam, C./Evans, M./Hilbert, J. (2009): Arbeitsgestaltung und Qualifizierung in Kliniken und Heimen: gegenwärtige Problematik und zukünftige Herausforderungen. In: Goldschmidt, A.J.W./Hilbert, J.: Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Wegscheid: Wikom
- Bundesinstitut für Berufsbildung – BIBB (2002): Die anerkannten Ausbildungsberufe. Bielefeld
- Deutsches Ärzteblatt (2009): Kliniken droht massiver Fachkräftemangel, online verfügbar unter: www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=39012 (19.11.09)
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung – DIP (2007): Pflege-Thermometer 2007, online verfügbar unter: <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf> (10.01.10)
- Dielmann, G. (2005): Delegation ärztlicher Tätigkeiten und Berufebasteln bei Helios. In: Infodienst Krankenhäuser, Berlin: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di
- Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt/Main (u.a.): Campus Verlag
- Flenneiss, G./Rümmele, M. (2008): Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen. Wien, New York: Springer
- Flick, U. (2008): Triangulation – Eine Einführung, 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag
- Hasselhorn, H. et.al. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- IGA-Report 5: Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit – Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzmaßnahmen (2004): Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG, online verfügbar unter www.iga-info.de <<http://www.iga-info.de>>
- Kälble, K. (2008): Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. In: Bollinger et al. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig Holstein (KVSH) (2008): Verbundweiterbildungskonzept Facharzt Allgemeinmedizin. Online verfügbar unter: http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/2498_pm_verbundweiterbildungskonzept_gegen_aerztemangel.pdf
- Kopetsch, Thomas (2007): Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung: Daten, Fakten, Trends, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin 2007, online verfügbar unter: www.baek.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf. (01.01.10)
- Mayring, P. (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz
- Offermanns, M. (2008): Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes. Düsseldorf: DKI – Deutsches Krankenhaus Institut e.V.

- Oppolzer, A. (2010): Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschenrechtlicher Gestaltung der Arbeit. Erweiterte und aktualisierte Neuauflage. Hamburg: VSA
- Pitz, A. (2007): Was darf das Medizinalpersonal? – Die Kompetenzen medizinischer Helfer bei eigenverantwortlichem Handeln und Arbeitsteilung. Marburg: Tectum
- Roßbruch, R. (2003a): Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 1. Teil. In: *Pflegerecht*, 3/2003
- Roßbruch, R. (2003b): Zur Problematik der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegefachpersonal auf Allgemeinstationen unter besonderer Berücksichtigung zivilrechtlicher, arbeitsrechtlicher und versicherungsrechtlicher Aspekte – 2. Teil. In: *Pflegerecht*, 4/2003
- Roßbruch, R. (2008): Fachtagung Neue Arbeitsteilung im Krankenhaus – die Lösung des Personalproblems: Delegation ärztlicher Tätigkeiten - die rechtliche Sichtweise. Online verfügbar unter: http://gesundheit-soziales.nrw.verdi.de/krankenhaeuser/data/essen_14_01_2008_delegation_aerztlicher_taeatigkeiten.pdf (11.01.10)
- Simon, M. (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe-Ursachen-Auswirkungen, Bern: Huber
- Schmitt, R. (2003): Personalwirtschaft im Krankenhaus: Entwicklungslinien, Sachstand und Handlungsbedarf. In: von Eckardstein, D et al. (2003) : Personalmanagement als Gestaltungsaufgabe im Nonprofit und Public Management. München: Hampp
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn, Eigenverlag
- Statistisches Bundesamt (2004) Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, online verfügbar unter: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1024818> (11.11.09)
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bundesverwaltung (Hrsg.) (2009): Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen - Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe. Berlin: Eigenverlag
- VPU e.V. – der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2007): Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Universitätsklinikum Münster: Eigenverlag
- Wilkinson et al. (2010): *The Sage Handbook of Human Resource Management*. London: Sage

Heike Steinbach-Thormählen

Dipl. Pflegewirtin (FH), Master of Arts in Human Resource Management-Personalpolitik
Kordinatorin Ärztenetz Eutin-Malente e.V.
Janusstraße 8, 23701 Eutin

Michael Simon

Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009

The Structure of Employment in Nursing Professions: An Analysis of Development Trends in the Period 1999 to 2009

The current debate on an increasing shortage of skilled labour in nursing professions is mainly conducted on basis of data from the Health Personnel Accounts of the Federal Statistical Office of Germany (Gesundheitspersonalrechnung, GPR). But the representation of the structure of employment in nursing professions by the GPR is insufficiently, and the GPR is essentially based on an estimation, set up on the results of the 1%-household sample ‚Mikrozensus‘. More reliable data are available from various sector statistics, like the hospital statistics and the long-term nursing care statistics. This article presents the results of synthesising the data from these sector statistics for the period 1999 to 2009.

Keywords

Nursing staff, statistics, employment, part-time employment, hospital, nursing homes, outpatient nursing services

Die gegenwärtige Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege wird überwiegend anhand von Daten der Gesundheitspersonalrechnung (GPR) geführt. Die GPR bildet die Struktur der Pflegeberufe jedoch nur unzureichend ab und ihre Daten basieren zu einem wesentlichen Teil nur auf Schätzungen auf Grundlage der Ergebnisse der 1%-Haushaltsstichprobe des Mikrozensus. Dadurch ist die GPR mit Ungenauigkeiten und Unsicherheiten behaftet.

Zuverlässigere Daten zum gegenwärtigen Bestand an Pflegepersonal insgesamt und zur Zahl der Pflegefachkräfte im Besonderen bieten verschiedene Teilstatistiken zum Gesundheitswesen wie die Krankenhausstatistik und die Pflegestatistik. Sie wurden allerdings bislang noch nicht zu einer Gesamtstatistik der Pflegeberufe zusammengeführt. Im vorliegenden Beitrag werden die Ergebnisse einer solchen Daten-Zusammenführung für die Jahre 1999-2009 vorgestellt.

Schlüsselwörter

Pflegepersonal, Statistik, Beschäftigung, Teilzeitbeschäftigung, Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegeeinrichtungen

eingereicht 03.08.2011

akzeptiert 19.09.2011 (nach Überarbeitung)

1. Einleitung

Seit ca. 1-2 Jahren wird verstärkt über einen bestehenden oder drohenden Fachkräftemangel in der Pflege diskutiert. In mehreren Studien wurde auf Grundlage von Daten der Pflegestatistik oder der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes oder auch der Arbeitsmarktdaten der Bundesagentur für Arbeit eine zunehmend größer werdende Lücke zwischen Nachfrage und Angebot an Pflegekräften berechnet (vgl. u.a. Afentakis/Maier 2010; Enste/Pimpertz 2008; Hackmann 2010; Hackmann/Moog 2010; Pohl 2011; WifOR/PWC 2010). Die wohl bekannteste Prognose kommt sogar zu dem Schluss, dass wegen des zu erwartenden Fachkräftemangels ein „Kollaps des Gesundheitswesens“ (WifOR/PWC 2010: 72) drohe. Auch die Bundesregierung sieht dringenden Handlungsbedarf, insbesondere für die Pflegeberufe, da aufgrund der demographischen Entwicklung mit erheblich steigendem Pflegebedarf und einer sinkenden Zahl von Bewerbern für Pflegeausbildungen zu rechnen sei (BMG 2011). Um einen bestehenden Fachkräftemangel zu beseitigen oder einen zukünftigen zu vermeiden, werden zunehmend mehr Initiativen und Maßnahmen diskutiert und geplant, vor allem um die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen und dadurch mehr Beschäftigte für diese Berufe gewinnen zu können (vgl. u.a. INQA-Pflege 2011; MSFFGI 2011). In diesem Zusammenhang wird unter anderem auch darüber diskutiert, verstärkt Pflegekräfte aus Osteuropa anzuwerben.

Die Prognosen, Diskussionen und Planungen leiden jedoch an einem Problem, das den Beteiligten – auch Wissenschaftlern – zumeist offenbar nicht bewusst ist. Die Datenlage über den gegenwärtigen Bestand an Pflegepersonal in Deutschland sowie die bisherige Entwicklung ist mangelhaft. Die wohl wichtigste Quelle für Gesamtdaten zur Zahl der Beschäftigten in der Pflege ist die Gesundheitspersonalrechnung (GPR) des Statistischen Bundesamtes. Sie dient auch wissenschaftlichen Prognosen als Grundlage (vgl. u.a. Afentakis/Maier 2010; SVR-G 2009: Kap. 2.7; WifOR/PWC 2010). Die in der GPR ausgewiesenen Daten sind jedoch mit gravierenden Mängeln behaftet. Zum einen folgt die Gesundheitspersonalrechnung bei der Abgrenzung der verschiedenen Pflegeberufe einer amtlichen ‚Klassifizierung der Berufe‘, die Ende der 1980er Jahre entwickelt wurde und die gegenwärtige Struktur der Pflegeberufe nicht adäquat und zu undifferenziert abbildet. Vor allem aber basieren die Daten der GPR zu einem wesentlichen – leider aber nicht transparenten – Teil auf einer Hochrechnung der Ergebnisse des Mikrozensus. Ein solches Verfahren ist jedoch mit Unsicherheiten verbunden, da es zu Schätzfehlern führen kann.

Ob und in wieweit die GPR zuverlässige Daten zur Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen bereitstellt, lässt sich anhand einer Zusammenführung der Daten amtlicher Teilstatistiken zum Gesundheitswesen überprüfen, die Angaben zur Beschäftigung in der Pflege in dem jeweiligen Bereich bieten. Diese Daten genießen gegenüber einer Schätzung auf Grundlage einer 1%-Haushaltsstichprobe den Vorteil, dass sie durch Vollerhebungen mit gesetzlicher Auskunftspflicht gewonnen wurden. Relevante Teilstatistiken mit Angaben zur Zahl der Beschäftigten in der Pflege sind die Krankenhausstatistik, die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die Pflegestatistik.

Im vorliegenden Beitrag werden die Daten dieser Teilstatistiken zusammengeführt, um ein möglichst wirklichkeitsnahes und differenziertes Bild der Beschäftigungsstrukturen in der Pflege zu gewinnen. Um auch Entwicklungstendenzen erkennen zu können, erfolgt die Datenzusammenführung und -analyse für den Zeitraum 1999-2009. Die Abgrenzung des Zeitraum resultiert daraus, dass die Pflegestatistik Daten erst ab dem Datenjahr 1999 bereitstellt und das Jahr 2009 das letzte Jahr ist, für das Daten aller Teilstatistiken verfügbar sind. Die Daten werden sowohl für das Pflegepersonal insgesamt als auch für die einzelnen Pflegeberufe und differenziert für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen aufbereitet und analysiert. Damit wird erstmals in Deutschland ein solcher Gesamtüberblick über die Entwicklung und die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen vorgelegt.

Der Vergleich mit den Angaben der Gesundheitspersonalrechnung offenbart eine erhebliche Differenz. Für das Jahr 2009 weist die GPR ca. 25% mehr Beschäftigte in Pflegeberufen aus, als die Zusammenführung verfügbarer Daten von Teilstatistiken ergibt. Bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie Kinderkrankenpflegerinnen liegt die GPR um ca. 50% über dem Ergebnis einer Zusammenführung der Teilstatistiken und bei Altenpflegerinnen/-pflegern sogar um 100%. Da die Validität der Daten der Teilstatistiken höher einzustufen ist als die der GPR, muss davon ausgegangen werden, dass die Methodik der Gesundheitspersonalrechnung zu einer deutlichen Überschätzung der Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen führt.

Der folgende Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Zunächst werden zentrale Begriffe geklärt und die für das Thema relevanten amtlichen Statistiken kurz vorgestellt. Es werden die Methoden der Datenerhebung aber auch die Grenzen der Aussagekraft dieser Statistiken erläutert, die zumeist aus methodischen Schwächen oder Lücken in der Datenerfassung resultieren. Daran anschließend werden die Ergebnisse einer Zusammenführung der Daten dieser Statistiken vorgestellt. Die Analyse der Daten ergibt unter anderem, dass im Betrachtungszeitraum in allen Pflegeberufen eine überproportionale Zunahme der Teilzeitbeschäftigung zu verzeichnen ist. Da dies für die gegenwärtige Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege von besonderer Bedeutung ist, wird in einem gesonderten Abschnitt darauf näher eingegangen.

2. Klärung zentraler Begriffe

Bevor die amtlichen Statistiken über Gesundheitsberufe vorgestellt und deren Daten analysiert werden, ist es zunächst einmal erforderlich, zentrale Begriffe zu klären. Amtliche Statistiken grenzen die verschiedenen Gesundheitsberufe entsprechend einer „Klassifizierung der Berufe“ ab, die Ende der 1980er Jahre für Zwecke der Arbeitsmarktstatistik entwickelt und 1992 vom Statistischen Bundesamt leicht modifiziert wurde (BA 2009; StBA 1992). Wenn in amtlichen Statistiken und in diesem Beitrag von „Pflegeberufen“ die Rede ist, so liegt dem die Definition des Berufsbegriffs in der Klassifizierung der Berufe zugrunde. Darin wird „Beruf“ definiert als „die auf Erwerb

gerichteten, charakteristischen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Erfahrungen erfordernden und in einer typischen Kombination zusammenfließenden Arbeitsverrichtungen verstanden, durch die der einzelne an der Leistung der Gesamtheit im Rahmen der Volkswirtschaft mitschafft“ (BA 2009: 1, Begriffsbestimmungen).

Für die Zuordnung zu einem Beruf ist somit nicht die jeweilige Ausbildungsstufe (Geselle, Gehilfe, Meister etc.) maßgeblich, sondern die ausgeübte Tätigkeit. Dementsprechend werden auch Beschäftigte, die Hilfstätigkeiten ausüben, der jeweiligen Berufsgruppe als „Helferberuf“ zugeordnet, sofern sie berufsfachlich gebundene Tätigkeiten ausführen (ebd.). Hilfskräfte, die keine auf einen bestimmten Fachberuf ausgerichteten Tätigkeiten ausführen, werden als „Hilfsarbeiter allgemeiner Art“ einer von allen anderen Berufen getrennten Beschäftigtengruppe zugeordnet.

Für die Interpretation amtlicher Statistiken zur Beschäftigung in der Pflege folgt daraus, dass Angaben zur Zahl der Beschäftigten in ‚Pflegerberufen‘ nicht nur Pflegefachkräfte einschließen, sondern alle Beschäftigten, die eine pflegerische Tätigkeit erwerbsmäßig ausüben, folglich auch Hilfskräfte ohne Pflegeausbildung oder Anlernzeit. Im vorliegenden Beitrag werden die Begriffe ‚Pflegekräfte‘ und ‚Pflegepersonal‘ analog zum Begriff ‚Pflegerberufe‘ verwendet und schließen alle Beschäftigten in Pflegerberufen ein.

Davon zu unterscheiden sind Pflegefachkräfte. Der Begriff der ‚Pflegefachkraft‘ ist durch das Sozial- und Pflegerecht definiert als Pflegekraft, die über eine Ausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz verfügt.¹ Dabei handelt es sich um Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger und Altenpflegerinnen/-pfleger. Ebenfalls als Pflegefachkräfte gelten dreijährig ausgebildete Hebammen und Entbindungspfleger. Sie werden in amtlichen Statistiken in der Regel den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern zugerechnet, zum Teil als Untergruppe auch gesondert ausgewiesen. Im vorliegenden Beitrag wird für Pflegefachkräfte auch die Bezeichnung ‚dreijährig ausgebildete Pflegekräfte‘ verwendet, die ebenfalls Hebammen und Entbindungspfleger einschließt. Krankenpflegehelferinnen/-helfer und Altenpflegehelferinnen/-helfer mit einer einjährigen, eineinhalb oder zweijährigen Ausbildung werden nicht den Pflegefachkräften zugerechnet.

Die Bezeichnung der Einrichtungen, in denen Pflegekräfte tätig sind, folgt weitgehend den Definitionen der amtlichen Statistiken. Im Falle der ambulanten Pflege wird hier allerdings nicht der in der Pflegestatistik verwendete Begriff der ‚ambulanten Pflegedienste‘ benutzt, sondern der dem Recht der sozialen Pflegeversicherung entnommene Begriff der ‚ambulanten Pflegeeinrichtungen‘. Er erscheint besser geeignet, da ambulante Pflege nicht nur von (privaten) ambulanten Pflegediensten erbracht wird, sondern wesentlich auch von Sozialstationen.

¹ zum Begriff der „Pflegefachkraft“ im Sozialrecht vgl. u.a. § 39a SGB V; § 71 SGB XI; § 6 Heimpersonalverordnung.

3. Die Abbildung der Pflegeberufe in amtlichen Statistiken des Gesundheitswesens

Daten zur Beschäftigung in Pflegeberufen in Deutschland bieten verschiedene amtliche Statistiken. Sie unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich des Bereichs, den sie erfassen, sondern insbesondere auch in der Art und Differenziertheit der Datenerhebung und – damit verbunden – der Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Daten.

3.1 Die Krankenhausstatistik und Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die Krankenhausstatistik und die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind Vollerhebungen aller Einrichtungen mit gesetzlicher Auskunftspflicht und bieten Daten sowohl zur Zahl der Einrichtungen und Betten als auch zum Personal, insgesamt und differenziert nach Berufen. Die Daten liegen für Westdeutschland ab dem Jahr 1970 vor und für das vereinte Deutschland ab 1991. Die beiden Statistiken bieten die differenziertesten und zuverlässigsten Daten nicht nur zur Zahl der Beschäftigten, sondern auch zuverlässige Umrechnungen der Beschäftigtenzahlen in Vollzeitäquivalente, in der amtlichen Statistik zumeist ‚Vollkräfte‘ genannt. Die Zahl des Pflegepersonals wird allerdings nur für den ‚Pflegedienst‘ ausgewiesen, der nach der Abgrenzung dieser beiden Statistiken nur die bettenführenden Abteilungen einschließt. Das Personal in den Funktionsbereichen wie bspw. OP, Funktionsdiagnostik, Ambulanzen etc. wird nur insgesamt ausgewiesen, ohne Angabe des darin enthaltenen Anteils an Pflegepersonal.

Die nachfolgende Analyse kann sich von daher weitgehend nur auf das Pflegepersonal im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen beziehen. Um zu einer wirklichkeitsnäheren Gesamtzahl der Beschäftigten in der Pflege zu kommen, wird teilweise aber auch eine geschätzte Zahl des Pflegepersonals in Funktionsdiensten mit einbezogen. Die Schätzung basiert auf der Annahme, dass das Pflegepersonal ca. 75% der Beschäftigten in Funktionsdiensten ausmacht. Die Einbeziehung erscheint angesichts der Größe des Funktionsbereiches notwendig, auch wenn sie nur auf Grundlage einer letztlich ungesicherten Schätzung erfolgt. Immerhin waren 2009 ca. 113.300 Beschäftigte im Funktionsdienst der Krankenhäuser und ca. 5.900 im Funktionsdienst der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen tätig. Einen Anteil von 75% unterstellt, ergibt dies eine Gesamtzahl von ca. 90.000 Pflegekräften und somit eine relevante Größe, die bei der Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegepersonals nicht unberücksichtigt bleiben sollte.

Die Angaben zur Zahl des Pflegepersonals im Pflegedienst sind für die Zwecke der nachfolgenden Analyse ausreichend differenziert und entsprechen weitgehend den gegenwärtigen Qualifikationsstrukturen in Pflegeberufen, wenngleich leider keine Angaben zur Zahl der Pflegekräfte mit abgeschlossenem pflegewissenschaftlichen Studium gemacht werden, wie dies in der Pflegestatistik der Fall ist. Dafür bieten die beiden Statistiken – im Unterschied zur Pflegestatistik, Arbeitsmarktstatistik und auch

Gesundheitspersonalrechnung – eindeutig abgegrenzte Angaben zur Zahl der Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung.

3.2 Die Pflegestatistik

Die Pflegestatistik wurde im Gefolge der Einführung der Pflegeversicherung geschaffen und basiert ebenfalls auf einer Vollerhebung mit gesetzlicher Auskunftspflicht der Einrichtungen. Sie bietet Daten ab dem Datenjahr 1999, allerdings nur in zweijährigem Abstand. Erfasst werden nicht nur Daten zur Zahl der Pflegebedürftigen, sondern vor allem auch über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, insbesondere auch des dort beschäftigten Personals. Die Pflegestatistik weist allerdings eine Reihe von Limitationen und Schwächen auf, die leider auch in der wissenschaftlichen Diskussion häufig nicht ausreichend beachtet werden (so bspw. bei Enste 2011; Enste/Pimpertz 2008; Hackmann 2009, 2010; Hackmann/Moog 2008, 2010; Pohl 2009, 2011; Schnabel 2007). Da sie für die nachfolgende Analyse von Bedeutung sind, sollen sie im Folgenden etwas näher erläutert werden.

Zunächst einmal ist zu beachten, dass die Pflegestatistik Daten zur Personalsituation nur für die Versorgung Pflegebedürftiger im Rahmen des SGB XI (Pflegeversicherung) erhebt, nicht jedoch für andere Leistungsbereiche wie die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (Krankenversicherung). Einrichtungen, die keine Leistungen nach dem SGB XI erbringen, sondern nur medizinische Behandlungspflege, werden somit nicht erfasst. Diese Untererfassung betrifft vermutlich jedoch nur einen sehr kleinen Teil ambulanter Pflegeeinrichtungen, und zwar solche, die sich auf die häusliche Krankenpflege bestimmter Patientengruppen spezialisiert haben oder ausschließlich häusliche Intensivpflege anbieten.

Bedeutsamer ist die Beschränkung auf den SGB XI-Bereich für die differenzierte Erfassung des Personals innerhalb der Einrichtungen. Von dem Personal, das in der Pflege tätig ist, wird nur das erfasst, welches überwiegend Leistungen der „Grundpflege“ bzw. „Pflege und Betreuung“ im Sinne des SGB XI erbringt. Personal das überwiegend in der häuslichen Krankenpflege nach SGB V tätig ist, bleibt unberücksichtigt (StÄ 2009a, 2009b). Somit leistet die Pflegestatistik keine Vollerhebung für alle Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sondern nur für Einrichtungen und Beschäftigte, die überwiegend in der Versorgung Pflegebedürftiger nach dem SGB XI tätig sind. Zur Zahl der auf Grund dieser Abgrenzung nicht erfassten Einrichtungen und Beschäftigten macht die Pflegestatistik keine Angaben. Da hierzu auch andere amtliche Statistiken keine Angaben bieten, kann die Größe des Anteils der nicht erfassten Einrichtungen und des nicht erfassten Personals nicht quantifiziert werden. Diese Beschäftigten müssen somit in den nachfolgenden Analysen unberücksichtigt bleiben. Dies erscheint insofern vertretbar, als es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nur um sehr wenige Pflegeeinrichtungen und nur eine relativ geringe Zahl an Beschäftigten handelt, die das Ergebnis der nachfolgenden Analysen nur sehr unwesentlich beeinflussen würden.

Die Pflegestatistik weist noch einen weiteren und sehr relevanten Mangel auf. Für die Zuordnung der Beschäftigten zu Tätigkeitsbereichen sind im Erhebungsbogen fünf Kategorien vorgeben: Pflegedienstleitung, Grundpflege (Pflegedienste) bzw. Pflege und Betreuung (Pflegeheime), hauswirtschaftliche Versorgung, Verwaltung bzw. Geschäftsführung und sonstiger Bereich. Die Zuordnung der Beschäftigten zu den Tätigkeitsbereichen hat nur zu einem Bereich zu erfolgen und zwar zum ‚überwiegenden Tätigkeitsbereich‘. Als ‚überwiegender Tätigkeitsbereich‘ gilt jedoch nicht der Bereich mit mehr als der Hälfte der Arbeitszeit, sondern der Bereich, auf den der relativ größte Teil der individuellen Arbeitszeit entfällt. Wie in Beispielrechnungen in den Erläuterungen des Erhebungsbogens angeführt, kann dies auch ein Tätigkeitsbereich sein, auf den lediglich 15% der Gesamtarbeitszeit einer Beschäftigten entfällt (StÄ 2009a). Dies kann dann der Fall sein, wenn bspw. eine vollzeitbeschäftigte Pflegekraft im Pflegeheim zu 61% in der Kurzzeitpflege und zu 10% in der häuslichen Krankenpflege tätig ist und nur zu 29% ihrer Arbeitszeit Leistungen der ambulanten Pflege nach SGB XI erbringt, von denen wiederum nur 15% auf die Grundpflege nach SGB XI entfallen (ebd.). Daraus resultiert allerdings, dass die in der Pflegestatistik ausgewiesenen Daten keine Rückschlüsse auf das in den einzelnen Tätigkeitsbereichen eingesetzte Arbeitszeitvolumen erlauben. Bedingt durch diese Erhebungsmethodik ist in den jeweiligen Daten eine unbekannte Anzahl an Beschäftigten enthalten, die deutlich weniger als die Hälfte ihrer Arbeitszeit in dem jeweiligen Bereich tätig sind. Zudem bleiben die in den anderen Bereichen erbrachten Arbeitszeitkontingente vollkommen unberücksichtigt.

Die etwas ausführlichere Darstellung der Erhebungsmethodik sollte verdeutlichen, dass die in der Pflegestatistik ausgewiesenen Daten über die Zahl der Beschäftigten in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen nur eine beschränkte Aussagekraft haben. Angesichts der Erhebungsmethodik erscheint daher sehr problematisch, dass in der Pflegestatistik neben der Zahl der Beschäftigten für die einzelnen Tätigkeitsbereiche auch „geschätzte Vollzeitäquivalente“ ausgewiesen werden. Zum einen wird der Umfang des Beschäftigungsverhältnisses der einzelnen Beschäftigten nur in vier sehr groben Klassen abgefragt (100%, über 50%, 50% und weniger, geringfügig beschäftigt), zum anderen bieten die Primärdaten auf Grund der Ausgestaltung des Erhebungsbogens keine ausreichend genaue Quantifizierung der jeweiligen Arbeitszeitvolumina der einzelnen Beschäftigten nach Tätigkeitsbereichen. Auf die Angabe von Vollzeitäquivalenten in der Pflegestatistik sollte darum besser verzichtet werden, zumindest solange bis eine neue Methodik zuverlässige Umrechnungen von Beschäftigungsverhältnissen in Vollkräfte erlaubt. Damit könnte auch vermieden werden, dass diese äußerst grob geschätzten Vollzeitäquivalente als Grundlage wissenschaftlicher Vorausberechnungen über einen zukünftigen Bedarf an Pflegefachkräften genutzt werden (so bspw. bei Enste 2011; Enste/Pimpertz 2008; Hackmann 2009, 2010; Hackmann/Moog 2008, 2010; Pohl 2009, 2011; Schnabel 2007).

Für eine Analyse der Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen wirft die Erhebungsmethodik der Pflegestatistik die Frage auf, wie die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen für die ambulante und stationäre Pflege auf Grundlage der Pflegestatistik ermittelt werden kann. Legt man den Berufsbegriff der Klassifizierung der Berufe zu-

grunde, so wäre die tatsächliche Tätigkeit entscheidend, und es wäre naheliegend, die Zahl der ‚überwiegend‘ in der Grundpflege bzw. Pflege und Betreuung tätigen Beschäftigten zu übernehmen. Allerdings gehören auch Leitungs- und Organisationstätigkeiten zum beruflichen Aufgabenspektrum von Pflegekräften. Demnach wäre zumindest für ausgebildete Pflegekräfte nicht nur die Zahl der überwiegend in der Pflege tätigen Beschäftigten maßgeblich, sondern die Gesamtzahl der jeweiligen Berufsgruppe. Dementsprechend wird in der nachfolgenden Datenaufbereitung und -analyse für die ambulante Pflege und Pflegeheime die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen wie folgt berechnet: Für die Pflegekräfte mit einer dreijährigen Pflegeausbildung oder mindestens einjährigen Pflegehilfesausbildung wird die Gesamtzahl der Beschäftigten mit einem solchen Berufsabschluss zugrunde gelegt, also nicht nur die Zahl der überwiegend in der Pflege tätigen Beschäftigten.² Als Zahl der ungelerten Pflegehilfskräfte wird die Summe der in der Pflegestatistik ausgewiesenen Beschäftigten verwendet, die ohne eine mindestens einjährige Pflegehilfesausbildung ‚überwiegend‘ in der ‚Grundpflege‘ oder ‚Pflege und Betreuung‘ tätig waren.

3.3 Die Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Im Rahmen der Arbeitsmarktstatistik wird auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegekräfte erhoben (BA 2010). Alle Arbeitgeber sind gesetzlich zur Auskunft verpflichtet und haben alle Beschäftigten entsprechend der zuvor erwähnten ‚Klassifizierung der Berufe‘ an die Sozialversicherungsträger zu melden. Für die Erfassung der Pflegeberufe ergeben sich aus der Anwendung der Klassifizierung der Berufe allerdings erhebliche Probleme. Die Arbeitgeber melden die Zahlen nur für bestimmte Obergruppen von Beschäftigten, nicht jedoch für jeden einzelnen Beruf. Für die Erfassung der Pflegeberufe hat dies zur Folge, dass sie sehr lückenhaft und ungenau ist. So sind in der Gruppe „Krankenschwestern/-pfleger, allgemein“ auch die Daten anderer Berufe wie bspw. Sanitäter oder Wochenpflegerinnen enthalten (BA 2009). Zur Zahl der Altenpflegerinnen/-pfleger bietet die Arbeitsmarktstatistik keine Daten, da Altenpflegekräfte gemeinsam mit Sozialarbeitern, Eheberatern, Jugendpflegern etc. zu einer Gruppe der sozialpflegerischen Berufe zusammengefasst sind und deshalb nicht gesondert ausgewiesen werden können. Für die getrennte Zuordnung ausgebildeter Pflegehelferinnen und ungelerner Hilfskräfte bietet die Klassifizierung keine Möglichkeit, da sie als einzige Möglichkeit nur die Gruppe der „Helfer in der Krankenpflege“ anbietet. Die Arbeitsmarktstatistik bildet die Pflegeberufe somit nur vollkommen unzureichend ab und ist für wissenschaftliche Analysen ungeeignet.

3.4 Die Gesundheitspersonalrechnung

Die Gesundheitspersonalrechnung basiert nicht auf einer eigenständigen Erhebung von Primärdaten, sondern ist ein sekundärstatistisches Rechenwerk, in dem mehrere

² Zu dieser Gruppe werden auch Beschäftigte mit einem abgeschlossenen pflegewissenschaftlichen Studium gerechnet, die die Pflegestatistik – als einzige amtliche Gesundheitsstatistik – ebenfalls ausweist.

Datenquellen zusammenführt werden (Afentakis/Böhm 2009: 7). Zu den genutzten Datenquellen gehören insbesondere die Krankenhausstatistik, die Pflegestatistik, die Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit, die Ärztestatistik der Bundesärztekammer und die Daten des Mikrozensus (Afentakis/Böhm 2009: 7; StBA 2011). Bei einer solchen Zusammenführung kann eine einheitliche Abgrenzung der Berufe nicht gewährleistet werden, da die genutzten Datenquellen unterschiedliche Abgrenzungen verwenden. Dementsprechend wird auch festgestellt, die Abgrenzung der Berufe erfolge nur „in Anlehnung“ (Afentakis/Böhm 2009: 9) an die Klassifizierung der Berufe. Diese Einschränkung kann das zu Grunde liegende Problem allerdings nicht lösen. Wenn die Erhebung der Primärdaten nach unterschiedlichen Abgrenzungen erfolgte, kann eine einheitliche Abgrenzung nicht nachträglich durch ‚Anlehnung‘ – was immer das auch bedeuten soll – hergestellt werden.

Die Zusammenführung unterschiedlicher Datenquellen erscheint jedoch nicht nur wegen der damit verbundenen unterschiedlichen Berufsgruppenabgrenzungen problematisch, sondern auch wegen der Art der Zusammenführung. So wird die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen in einem gemischten Verfahren berechnet. Für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen werden die Zahlen der Krankenhaus- und Pflegestatistik direkt übernommen. Die übrigen Zahlen werden auf Grundlage der Ergebnisse des Mikrozensus – einer 1%-Haushaltsstichprobe – hochgerechnet, sind somit letztlich eine Schätzung (Afentakis/Böhm 2009: 27; StBA 2011). Wie die nachfolgende Analyse zeigen wird, führt dieses Verfahren offensichtlich zu einer deutlichen Überschätzung der Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen.

Aufgrund der dargelegten Unterschiede in der Erhebungsmethodik und Zuverlässigkeit der Daten erscheinen die Daten der Gesundheitspersonalrechnung zur Ermittlung der Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen nicht geeignet. Im Folgenden wird darum eine eigenständige Zusammenführung der Daten der Krankenhausstatistik, der Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Pflegestatistik vorgenommen, um die Gesamtzahl der Beschäftigten zu ermitteln und die Entwicklung der Beschäftigungsstrukturen nachzuzeichnen.

4. Stand und Entwicklung der Beschäftigungsstrukturen in der Pflege

Der Stand und die Entwicklung der Beschäftigungsstrukturen in der Pflege werden zunächst einrichtungsübergreifend für die Pflegeberufe insgesamt dargestellt und anschließend getrennt für die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die Darstellung und Analyse wird sich weitgehend auf den Zeitraum 1999-2009 und jeweils Zweijahreszeiträume beschränken, da die Pflegestatistik Daten erst ab dem Datenjahr 1999 und nur in zweijährigem Abstand bereitstellt. Für den Krankenhausbereich und die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird dort, wo es zum Verständnis der Entwicklung angebracht erscheint, auch der Zeitraum ab 1991 einbezogen.

Es können leider nicht alle Tätigkeitsbereiche erfasst werden, in denen Pflegepersonal beschäftigt ist, sondern nur die Bereiche, für die Daten amtlicher Statistiken vorliegen. Erfasst sind somit nur Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Pflegeeinrichtungen und Pflegeheime. Pflegepersonal in anderen Bereichen wie beispielsweise in Arztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren, im betrieblichen Gesundheitsdienst oder der öffentlichen Verwaltung (Gesundheitsämter) müssen mangels amtlicher Daten unberücksichtigt bleiben. Deren Gesamtzahl dürfte aber vermutlich kaum einen Wert von ca. 15.000-20.000 überschreiten und das Gesamtergebnis damit nicht wesentlich verändern.

Die Aufbereitung der Daten erfolgt für die Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen einmal ohne und einmal mit Einbeziehung der Funktionsdienste in Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Um auch das Pflegepersonal in Funktionsdiensten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen einzubeziehen, das in den amtlichen Statistiken nicht gesondert ausgewiesen wird, wurde deren Zahl – wie bereits erwähnt – auf Grundlage eines geschätzten Anteils von 75% der Beschäftigten in Funktionsdiensten errechnet.

4.1 Die Entwicklung der Pflegeberufe insgesamt

Die Zusammenführung der Daten der drei Teilstatistiken ergibt, dass in den erfassten Einrichtungen ohne Berücksichtigung der Funktionsdienste im Jahr 2009 insgesamt ca. 1,07 Mio. Beschäftigte in Pflegeberufen tätig waren (Tabelle 1). Unterstellt man einen Anteil von 75% Pflegepersonal in Funktionsdiensten und bezieht die sich daraus ergebende Zahl mit ein, so erhöht sich die Zahl auf ca. 1,16 Mio. Beschäftigte. Diese Zahl liegt damit um ca. 300.000 unter dem Wert von 1,458 Mio. Beschäftigten in Pflegeberufen, den die Gesundheitspersonalrechnung für 2009 ausweist (GBE 2011b). Selbst wenn man noch ca. 20.000 Beschäftigte in anderen als den in die Datenzusammenführung einbezogenen Einrichtungen hinzurechnet, liegt der Wert der Gesundheitspersonalrechnung um ca. 25% über den addierten Werten der amtlichen Teilstatistiken.

Noch größer wird die Abweichung bei der Zahl der Pflegefachkräfte, definiert als Pflegekräfte mit einer dreijährigen Pflegeausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz. Die Addition der Werte der Teilstatistiken ergibt für das Jahr 2009 eine Zahl von ca. 730.000 Pflegefachkräften, die Gesundheitspersonalrechnung weist mit der Zahl 1,2 Mio. einen um ca. 65% höheren Wert aus. Betrachtet man die einzelnen Pflegefachberufe, so ergibt die Addition der Teilstatistiken für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie Kinderkrankenpflege zusammen die Zahl von ca. 535.000, die GPR weist jedoch ca. 812.000 oder ca. 52% mehr aus. Für die Altenpflege ergibt die Addition einen Wert von 194.000, die GPR weist mit 388.000 einen um 100% höheren Wert aus. Wie zuvor dargestellt, wird die Differenz vermutlich vor allem darauf zurückzuführen sein, dass der Wert der Gesundheitspersonalrechnung wesentlich auf einer Hochrechnung von Ergebnissen des Mikrozensus basiert. Dieses methodische Vorgehen scheint zu einer deutlichen Überschätzung des Personalbestandes in der Pflege zu führen.

Tab. 1: Pflegepersonal in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten Pflegeeinrichtungen und Pflegeheimen

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	1999-2009	
							Anzahl	in %
Beschäftigte in Pflegeberufen insgesamt	870.949	907.266	944.936	973.495	1.012.841	1.070.842	199.893	23,0
darunter								
Pflegekräfte mit dreijähriger Pflegeausbildung ¹⁾	606.019	629.638	655.211	676.533	705.872	729.655	123.636	20,4
in % des Pflegepersonals insgesamt	69,6	69,4	69,3	69,5	69,7	68,1	-1,4	-2,1
davon								
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	448.312	455.693	463.625	468.455	477.111	485.387	37.075	8,3
in % des Pflegepersonals insgesamt	51,5	50,2	49,1	48,1	47,1	45,3	-6,1	-11,9
davon tätig in								
Krankenhäusern	325.539	329.980	326.202	316.692	317.619	324.337	-1.202	-0,4
in % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	72,6	72,4	70,4	67,6	66,6	66,8	-5,8	-8,0
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	17.329	18.926	18.842	19.100	19.789	19.941	2.612	15,1
in % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	3,9	4,2	4,1	4,1	4,1	4,1	0,2	6,3
Ambulanten Pflegeeinrichtungen	58.144	57.457	63.233	71.425	78.184	82.055	23.911	41,1
in % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	13,0	12,6	13,6	15,2	16,4	16,9	3,9	30,3
Pflegeheimen	47.300	49.330	55.348	61.238	61.519	59.054	11.754	24,8
in % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	10,6	10,8	11,9	13,1	12,9	12,2	1,6	15,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger	48.546	49.066	49.621	49.261	49.859	50.073	1.527	3,1
in % des Pflegepersonals insgesamt	5,6	5,4	5,3	5,1	4,9	4,7	-0,9	-16,1

							1999-2009	
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %
davon tätig in								
Krankenhäusern	40.514	40.502	39.875	38.446	37.789	37.557	-2.957	-7,3
in % der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger	83,5	82,5	80,4	78,0	75,8	75,0	-8,5	-10,1
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	767	863	799	742	779	766	-1	-0,1
in % der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger	1,6	1,8	1,6	1,5	1,6	1,5	-0,1	-3,2
Ambulanten Pflegeeinrichtungen	4.384	4.572	5.360	6.309	7.295	7.737	3.353	76,5
in % der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger	9,0	9,3	10,8	12,8	14,6	15,5	6,4	71,1
Pflegeheimen	2.881	3.129	3.587	3.764	3.996	4.013	1.132	39,3
in % der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger	5,9	6,4	7,2	7,6	8,0	8,0	2,1	35,0
Altenpflegerinnen/-pfleger	109.161	124.879	141.965	158.817	178.902	194.195	85.034	77,9
in % des Pflegepersonals insgesamt	12,5	13,8	15,0	16,3	17,7	18,1	5,6	44,7
davon tätig in								
Krankenhäusern								
in % der Altenpflegerinnen/-pfleger								
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen								
in % der Altenpflegerinnen/-pfleger								
Ambulanten Pflegeeinrichtungen	25.456	28.179	31.757	36.484	44.975	52.889	27.433	107,8
in % der Altenpflegerinnen/-pfleger	23,3	22,6	22,4	23,0	25,1	27,2	3,9	16,8
Pflegeheimen	83.705	96.700	110.208	122.333	133.927	141.306	57.601	68,8
in % der Altenpflegerinnen/-pfleger	76,7	77,4	77,6	77,0	74,9	72,8	-3,9	-5,1
Pflegekräfte mit mind. einjähriger Pflegehilfesausbildung	75.370	75.005	72.205	70.170	76.924	87.228	11.858	15,7
in % des Pflegepersonals insgesamt	8,7	8,3	7,6	7,2	7,6	8,1	-0,5	-5,9

							1999-2009	
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %
darunter								
Krankenpflegehelferinnen/-helfer	58.746	55.944	52.727	48.633	49.193	50.747	-7.999	-13,6
in % des Pflegepersonals insgesamt	6,7	6,2	5,6	5,0	4,9	4,7	-2,0	-29,7
davon tätig in								
Krankenhäusern	24.500	22.740	21.055	18.515	17.538	17.713	-6.787	-27,7
in % der Krankenpflegehelferinnen/-helfer	41,7	40,6	39,9	38,1	35,7	34,9	-6,8	-16,3
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	2.976	3.234	3.000	2.857	2.867	2.844	-132	-4,4
in % der Krankenpflegehelferinnen/-helfer	5,1	5,8	5,7	5,9	5,8	5,6	0,5	10,6
Ambulanten Pflegeeinrichtungen	10.243	9.565	9.678	8.698	10.182	11.704	1.461	14,3
in % der Krankenpflegehelferinnen/-helfer	17,4	17,1	18,4	17,9	20,7	23,1	5,6	32,3
Pflegeheimen	21.027	20.405	18.994	18.563	18.606	18.486	-2.541	-12,1
in % der Krankenpflegehelferinnen/-helfer	35,8	36,5	36,0	38,2	37,8	36,4	0,6	1,8
Altenpflegehelferinnen/-helfer	16.624	19.061	19.478	21.537	27.731	36.481	19.857	119,4
in % des Pflegepersonals insgesamt	1,9	2,1	2,1	2,2	2,7	3,4	1,5	78,5
davon tätig in								
Krankenhäusern								
in % der Altenpflegehelferinnen/-helfer								
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen								
in % der Altenpflegehelferinnen/-helfer								
Ambulanten Pflegeeinrichtungen	3.869	4.419	4.816	5.010	6.077	8.555	4.686	121,1
in % der Altenpflegehelferinnen/-helfer	23,3	23,2	24,7	23,3	21,9	23,5	0,2	0,8
Pflegeheimen	12.755	14.642	14.662	16.527	21.654	27.926	15.171	118,9
in % der Altenpflegehelferinnen/-helfer	76,7	76,8	75,3	76,7	78,1	76,5	-0,2	-0,2

	1999-2009								
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %	
Pflegekräfte ohne Pflegeausbildung	188.332	200.992	215.566	224.501	224.841	250.253	61.921	32,9	
in % des Pflegepersonals insgesamt	21,6	22,2	22,8	23,1	22,2	23,4	1,7	8,1	
davon tätig in									
Krankenhäusern	25.312	23.097	21.051	19.533	19.950	22.018	-3.294	-13,0	
in % der Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung	13,4	11,5	9,8	8,7	8,9	8,8	-4,6	-34,5	
Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	2.539	3.023	2.889	2.931	3.049	3.279			
in % der Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung	1,3	1,5	1,3	1,3	1,4	1,3	0,0	-2,8	
Ambulanten Pflegeeinrichtungen	35.390	39.376	41.354	42.709	40.485	51.420	16.030	45,3	
in % der Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung	18,8	19,6	19,2	19,0	18,0	20,5	1,8	9,3	
Pflegeheimen	125.091	135.496	150.272	159.328	161.357	173.536	48.445	38,7	
in % der Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung	66,4	67,4	69,7	71,0	71,8	69,3	2,9	4,4	

1) ohne Pflegekräfte in Funktionsdiensten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Anm.: evtl. Differenzen in der Summenbildung resultieren aus Rundungen

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Die Addition der Daten der Teilstatistiken ergibt bei der Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen insgesamt zwischen 1999 und 2009 mit ca. 200.000 oder 23% zwar einen deutlichen Zuwachs, dabei ist allerdings zu bedenken, dass es sich um die Zahl der Beschäftigten handelt, nicht um Vollzeitäquivalente oder Vollkräfte. Dies ist insofern von erheblicher Bedeutung, als es in diesem Zeitraum eine starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung gegeben hat.

Die Qualifikationsstruktur der Pflegeberufe weist ohne Berücksichtigung der Funktionsbereiche der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2009 folgendes Bild auf: Von den insgesamt 1,07 Mio. Beschäftigten in der Pflege verfügten ca. 730.000 oder 68,4 über eine dreijährige Pflegeausbildung, ca. 87.000 oder 8,2% über eine mindestens einjährige Ausbildung als Kranken- oder Altenpflegehelfer/-helfer und ca. 250.000 oder 23,5% über keine Pflegeausbildung. Im Betrachtungszeitraum 1999-2009 ging der Anteil der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte von 69,7% auf 68,4% und der der ausgebildeten Pflegehilfskräfte von 8,7% auf 8,2% leicht zurück. Der Anteil der Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung stieg entsprechend von 21,6% auf 23,1%. Wie die nachfolgende Analyse der einzelnen Versorgungsbereiche zeigen wird, sind diese Strukturverschiebungen vor allem auf den

Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser, rückläufige Absolventenzahlen der Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung und eine Ausweitung der Zahl der ungelerten Pflegehilfskräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zurückzuführen.

Zur Zahl der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte sind leider nur Daten der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verfügbar. Da der überwiegende Teil der Absolventinnen und Absolventen von Pflegestudiengängen in Krankenhäusern tätig sein dürfte, kann aus den hier analysierten amtlichen Statistiken keine allgemeine Aussage zur Entwicklung und zum Stand der Akademisierung der Pflege abgeleitet werden. Sofern gesonderte Daten verfügbar sind, wurden sie berücksichtigt. Die Zahl der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte in Krankenhäusern ist, soweit sie über eine Pflegeausbildung verfügen, mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zahl der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte enthalten. Insofern geht ihre Zahl in die Berechnung der Gesamtzahlen mit ein.

Betrachtet man die Entwicklung der einzelnen Pflegeberufe und der verschiedenen Versorgungsbereiche gesondert, ist ein gewisser Strukturwandel erkennbar. Die Haupttendenzen können dahingehend zusammengefasst werden, dass Krankenhäuser als Arbeitsbereich für Pflegekräfte an Bedeutung verloren haben, ambulante Pflegeeinrichtungen und Pflegeheime hinzugewonnen. Im Zusammenhang damit ist der Anteil der Beschäftigten in den Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeberufen rückläufig und der Anteil der Beschäftigten in den Altenpflegeberufen gestiegen.

Waren 1999 noch 47,7% aller Pflegekräfte in Krankenhäusern beschäftigt, so ging der Anteil des Pflegepersonals in Kliniken aufgrund des Stellenabbaus bis auf 37,5% im Jahr 2009 zurück. Ambulante Pflegeeinrichtungen bauten ihren Anteil an der Gesamtbeschäftigung in Pflegeberufen von 15,8% (1999) auf 20,2% (2009) aus, und Pflegeheime von 33,8% (1999) auf 40,0% (2009). Grundlage dafür war eine steigende Nachfrage nach ambulanten Pflegesachleistungen und eine ebenfalls steigende Nachfrage nach stationärer Langzeitpflege.

Auch in den einzelnen Pflegeberufen sind deutliche Veränderungsprozesse feststellbar. Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger stieg von ca. 448.000 im Jahr 1999 um ca. 37.000 oder 8,3% auf 477.000 im Jahr 2009. Da sich ihre Zahl – verglichen mit der Gesamtentwicklung – jedoch nur unterproportional entwickelte, ging ihr Anteil an der Gesamtzahl der Beschäftigten in Pflegeberufen von 51,6% (1999) auf 45,5% (2009) zurück. Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger in Krankenhäusern lag, vor allem bedingt durch den Stellenabbau, im Jahr 2009 um ca. 1.200 oder 0,4% unter dem Wert des Jahres 1999. In ambulanten Pflegeeinrichtungen stieg sie dagegen um ca. 24.000 oder 41,1% und in Pflegeheimen um ca. 11.700 oder 24,8%. Da Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger in Krankenhäusern ausgebildet werden, weisen diese Zahlen auf deutliche Wanderungsbewegungen dieser Gruppe hin. Die Wanderung erfolgte bis ca. 2005 zu fast gleichen Teilen in Richtung ambulante Pflegeeinrichtungen und Pflegeheime. Während die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger in Krankenhäusern um ca.

8.800 zurückging, nahm ihre Zahl in der ambulanten Pflege um ca. 13.300 zu und in Pflegeheimen um ca. 13.900. Dass der Zuwachs in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen stärker war als der Rückgang in Krankenhäusern dürfte wesentlich auch darauf zurückzuführen sein, dass in dieser Zeit zahlreiche Krankenhäuser wenige oder keine Absolventen ihrer Pflegeausbildungen in ein Arbeitsverhältnis übernahmen (vgl. hierzu u.a. auch die Ergebnisse der PABiS-Studie in Blum et al. 2006).

Nach 2005 ging die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger in Pflegeheimen wieder um ca. 2.200 zurück und stieg ihre Zahl in Krankenhäusern um ca. 7.600 an, in ambulanten Pflegeeinrichtungen sogar um ca. 10.600. Nachdem der Stellenabbau in Krankenhäusern weitgehend gestoppt wurde und Kliniken wieder zusätzliche Pflegefachkräfte einstellten, scheint ein Teil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger aus Heimen wieder in Krankenhäuser zurückgewechselt zu sein. Der Wechsel in die ambulante Pflege setzte sich jedoch fort. Dass der Wechsel vom Krankenhaus in die ambulante Pflege stärker ausgeprägt ist als in die stationäre Pflege und über den gesamten Zeitraum 1999-2009 anhielt, wird vermutlich vor allem durch eine entsprechende Nachfrage der Pflegeeinrichtungen begründet sein, da bei ihnen der Bedarf an Krankenpflegekräften allein durch die in erheblichem Umfang zu erbringenden Leistungen der häuslichen Krankenpflege höher ist als in Pflegeheimen. Einen gewissen Einfluss könnte aber auch haben, dass Auszubildende in der Kranken- und Kinderkrankenpflege die ambulante Pflege bereits während ihrer Ausbildung durch einen praktischen Einsatz kennenlernen.

Eine ähnliche Entwicklung wie in der Krankenpflege ist in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu verzeichnen. Ihre Zahl stieg lediglich um ca. 1.500 oder 3,1% von ca. 48.5000 im Jahr 1999 auf ca. 50.000 im Jahr 2009. Auch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger wechselten offenbar zur Zeit des Stellenabbaus verstärkt vom Krankenhaus in die ambulante Pflege und Pflegeheime. Die Zahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger in Krankenhäusern ging um ca. 3.000 oder 7,3% zurück, sodass der Anteil der in Krankenhäusern beschäftigten Kinderkrankenpflegekräften an der Gesamtbeschäftigung dieser Berufsgruppe von 83,5% (1999) auf 75% (2009) sank. Der Wechsel in die ambulante Pflege ist in der Kinderkrankenpflege relativ stärker ausgeprägt als in der Krankenpflege. Im Zeitraum 1999-2009 nahm die Zahl der dort beschäftigten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger um ca. 3.300 oder 76,5% zu. Entsprechend stieg ihr Anteil an der Gesamtbeschäftigung dieser Berufsgruppe von 9,0 % im Jahr 1999 auf 15,5% im Jahr 2009. Ein wesentlicher Grund für diese überproportionale Zunahme könnte der in den letzten Jahren zu beobachtende Ausbau spezialisierter ambulanter Kinderkrankenpflegedienste sein.

Die Zahl der Krankenpflegehelferinnen/-helfer ist – als einzige Gruppe innerhalb der Pflegeberufe – absolut rückläufig, wenngleich in den letzten Jahren wieder ein Anstieg zu verzeichnen ist. Ihre Zahl lag 1999 noch bei ca. 58.700 und ging bis 2005 auf ca. 48.600 zurück. Danach stieg sie bis auf ca. 50.700 im Jahr 2009 wieder an. Über den gesamten Zeitraum betrachtet, lag ihre Zahl 2009 um ca. 8.000 oder 13,6% unter

dem Wert des Jahres 1999. Die Gruppe der Krankenpflegehelferinnen/-helfer war relativ am stärksten vom Personalabbau in Krankenhäusern betroffen, dementsprechend ging der Anteil der in Krankenhäusern beschäftigten Krankenpflegehelferinnen/-helfern von 41,7% (1999) auf 34,9% (2009) zurück. Auch in Pflegeheimen wurde ihre Zahl reduziert, um ca. 2.500 oder 12,1%. In ambulanten Pflegeeinrichtungen ist bis zum Jahr 2005 ebenfalls ein Rückgang zu verzeichnen. Danach erfolgte allerdings wieder ein deutlicher Zuwachs, der dazu führte, dass die Zahl der ausgebildeten Krankenpflegehelferinnen/-helfer insgesamt im Jahr 2009 um ca. 1.400 oder 14,3% über dem Wert des Jahres 1999 lag. Dementsprechend stieg der Anteil der in ambulanten Pflegeeinrichtungen beschäftigten Krankenpflegehelferinnen/-helfer von 17,4% (1999) auf 23,1% (2009) aller Beschäftigten in Pflegeberufen. Es hat den Anschein, dass diese Berufsgruppe zunehmend aus den Krankenhäusern verschwindet und überwiegend nur noch in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eine Anstellung findet, obwohl es sich traditionell um eine Ausbildung für den Einsatz in Krankenhäusern handelt. Zu beachten ist allerdings, dass Krankenhäuser entsprechende Ausbildungskapazitäten nach 2005 bis 2009 um ca. 20% wieder erhöht haben (GBE 2011a), und die Zahl der bei ihnen beschäftigten Krankenpflegehelferinnen/-helfer – entsprechend der zumeist einjährigen Ausbildungszeit – ab 2006 wieder gestiegen ist. Zudem werden neuere Entwicklungen, wie beispielsweise die Schaffung neuer Ausbildungsgänge für Pflegehilfsberufe (z.B. Pflegeassistentin), in den Statistiken noch nicht adäquat abgebildet.

Die Zahl der Altenpflegerinnen/-pfleger hat 1999-2009 mit 85.000 oder 77,9% deutlich stärker zugenommen als die der Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte. Im Vergleich der Versorgungsbereiche zeigt sich, dass der Zuwachs in der ambulanten Pflege mit 107,8% wesentlich stärker ausfiel als in Pflegeheimen (68,8%). Zwar ist dadurch der Anteil der Altenpflegerinnen/-pfleger, die in Pflegeheimen tätig sind, von 76,7% (1999) auf 72,8% gesunken, dennoch bleibt aber die stationäre Langzeitpflege der mit weitem Abstand wichtigste Einsatzbereich für Altenpflegekräfte. Der Krankenhausstatistik nach zu urteilen, haben sich die Krankenhäuser noch nicht für Altenpflegerinnen/-pfleger geöffnet. Dies dürfte sich zukünftig aber in dem Maße ändern, wie die Erkenntnis reift, dass die demographische Entwicklung den Einsatz von Altenpflegekräften auch in Krankenhäusern zunehmend sinnvoll, wenn nicht gar notwendig macht, zumindest in den geriatrischen und gerontopsychiatrischen Abteilungen. Gleiches dürfte auch für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gelten.

Auch in der Altenpflegehilfe ist ein erheblicher Beschäftigungszuwachs zu verzeichnen. Die Zahl der Altenpflegehelferinnen/-helfer stieg von 16.600 im Jahr 1999 um ca. 20.000 oder 120% auf ca. 36.500. Ihre Verteilung auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen blieb im Unterschied zur Altenpflege weitgehend unverändert. Auch für sie gilt, dass Pflegeheime mit ca. 76% hauptsächlicher Einsatzbereich sind.

Wie eingangs dargelegt, zählen gemäß amtlicher Berufsdefinition auch die ungelerten Hilfskräfte in der Pflege zu den Pflegeberufen. Ihre Gesamtzahl ist von 188.000 im Jahr 1999 um ca. 62.500 oder 33% auf ca. 250.500 im Jahr gestiegen. Durch den überdurchschnittlichen Zuwachs nahm ihr Anteil an der Gesamtheit der Beschäftigten

in Pflegeberufen von 21,6% auf 23,5% zu. Ungelernte Pflegehilfskräfte arbeiteten 2009 zu ca. 70% in Pflegeheimen, ca. 20% in ambulanten Pflegeeinrichtungen, ca. 9% in Krankenhäusern und ca. 1% in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Zwischen 1999 und 2009 hat es in dieser Verteilung leichte Verschiebungen gegeben. Krankenhäuser haben im Rahmen des Stellenabbaus vorrangig die Zahl der ungelerten Hilfskräfte reduziert, zwischen 1999 und 2009 insgesamt um ca. 3.300 oder 13%. Ambulante Pflegeeinrichtungen und stärker noch Pflegeheime haben ihre Zahl der ungelerten Hilfskräfte hingegen erhöht.

4.2 Die Entwicklung im Krankenhausbereich

Die Entwicklung im Krankenhausbereich ist vor allem geprägt durch einen erheblichen Stellenabbau, der 1996 einsetzte und bis 2006 anhielt. Höhepunkt waren die Jahre 2004 und 2005. War der Stellenabbau ab 1996 bis ca. 2001 vor allem durch die seit 1993 geltende Deckelung der Krankenhausbudgets und politisch vorgegebene pauschale Kürzungen der Budgets in den Jahren 1997-1999 bedingt, so stand der Abbau ab 2001 im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems und einer von zahlreichen Kliniken befürchteten Budgetreduzierung durch die Umstellung auf Fallpauschalen. Der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ging jedoch noch deutlich über das durch Budgetdeckelung und Budgetkürzungen bedingte Maß hinaus. Er erfolgte offensichtlich vielfach auch, um Finanzmittel für andere Zwecke freizusetzen (Simon 2008, 2009). Im Fordergrund standen dabei vor allem die Finanzierung dringend notwendiger Investitionen und die Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes.

Ausgehend von 1995 wurden bis 2006 im Pflegedienst der Krankenhäuser insgesamt ca. 52.200 Vollzeitstellen (Vollkräfte) abgebaut (Tabelle 2). Die Zahl der Beschäftigten ging allerdings nur um ca. 36.500 zurück. Die Differenz erklärt sich aus einer überproportionalen Zunahme der Teilzeitbeschäftigung. Während die Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst der Krankenhäuser im Jahr 2009 um ca. 2.800 oder -0,6% unter des Jahres 1999 lag, stieg die Zahl der Teilzeitbeschäftigten im gleichen Zeitraum um ca. 44.000 oder 30,1% an. Die Teilzeitquote erhöhte sich dadurch von 35,1% auf 47,3%. Vergleicht man die beiden Vierjahreszeiträume 2001-2005 und 2005-2009, so zeigt sich, dass der Zuwachs in der Phase des stärksten Stellenabbaus 2001-2005 fast doppelt so hoch war wie im nachfolgenden Zeitraum. Zwischen 2001 und 2005 wurde die Zahl der Vollzeitstellen (Vollkräfte) um ca. 29.100 oder 8,8% gekürzt, die Zahl der Teilzeitbeschäftigten stieg im gleichen Zeitraum um ca. 20.200 oder 12,9%. Im Zeitraum 2005-2009 wurde die Zahl der Vollkräfte um ca. 1.300 erhöht, zugleich stieg die Zahl der Teilzeitbeschäftigten aber um 12.800. Offensichtlich gab es über den gesamten Zeitraum einen deutlich ausgeprägten Trend zur Umwandlung von Vollzeitstellen in Teilzeitstellen. Wie an späterer Stelle noch näher ausgeführt wird, handelte es sich dabei um ein zentrales Element einer auf Kostensenkung ausgerichteten Flexibilisierung des Personaleinsatzes.

Tab. 2: Pflegepersonal in Krankenhäusern

	1995	1999	2001	2003	2005	2007	2009	1999-2009	
								Anzahl	in %
Pflegepersonal in bettenführenden Abteilungen und Funktionsdiensten	500.816	489.445	491.999	485.203	471.035	473.454	486.637	-2.809	-0,6
darunter									
Pflegepersonal im Pflegedienst (bettenführende Abteilungen)									
Vollkräfte	350.571	334.890	331.472	320.158	302.346	298.325	303.656	-31.233	-9,3
Beschäftigte	429.183	415.865	416.319	408.183	393.186	392.896	401.625	-14.240	-3,4
darunter									
Beschäftigte mit dreijähriger Pflegeausbildung	362.843	366.053	370.482	366.077	355.138	355.408	361.894	-4.159	-1,1
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	84,5	88,0	89,0	89,7	90,3	90,5	90,1	2,1	2,4
darunter									
Gesundheits- und Krankenpflege	321.837	325.539	329.980	326.202	316.692	317.619	324.337	-1.202	-0,4
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	75,0	78,3	79,3	79,9	80,5	80,8	80,8	2,5	3,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	41.006	40.514	40.502	39.875	38.446	37.789	37.557	-2.957	-7,3
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	9,6	9,7	9,7	9,8	9,8	9,6	9,4	-0,4	-4,0
Beschäftigte mit einjähriger Pflegeausbildung (Krankenpflegehilfe)	32.736	24.500	22.740	21.055	18.515	17.538	17.713	-6.787	-27,7

								1999-2009	
	1995	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	7,6	5,9	5,5	5,2	4,7	4,5	4,4	-1,5	-25,1
Beschäftigte ohne Pflegeausbildung	33.604	25.312	23.097	21.051	19.533	19.950	22.018	-3.294	-13,0
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	7,8	6,1	5,5	5,2	5,0	5,1	5,5	-0,6	-9,9
Pflegepersonal in Funktionsdiensten	71.633	73.580	75.680	77.020	77.849	80.558	85.012	11.432	15,5
in % der Pflegekräfte insgesamt (bettenführende Abteilungen und Funktionsdienste)	14,3	15,0	15,4	15,9	16,5	17,0	17,5	-	-

Anm.: evtl. Differenzen in der Summenbildung resultieren aus Rundungen

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Vom Personalabbau in den Jahren bis 2006 waren zunächst und vor allem Krankenpflegehelferinnen/-helfer und ungelernete Hilfskräfte in der Pflege betroffen. Ihre Zahl wurde zusammen um ca. 28.600 reduziert. Die Zahl der Krankenpflegehelferinnen ging um ca. 14.600 oder 44,5% zurück und die der ungelerten Hilfskräfte um 14.000 oder 41,7%. Die Zahl der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte wurde bis zum Jahr 2002 noch erhöht, ab 2003 bis 2006 aber auch abgebaut. Seit 2007 ist wieder ein leichter Anstieg der Zahl der Beschäftigten und seit 2008 auch der Zahl der Vollkräfte zu verzeichnen. Anders als in der Zeit bis 2005 ist ab 2006 allerdings ein deutlich überdurchschnittlicher Zuwachs bei der Zahl der unausgebildeten Pflegehilfskräfte zu beobachten. Ob daraus ein langfristiger Trend wird, bleibt abzuwarten. Bis zum Jahr 2009 kann diese Entwicklung auch so gedeutet werden, dass der Anteil des unausgebildeten Personal wieder auf ein früheres Niveau angehoben wird. Im Jahr 1999 lag sein Anteil bei 6,1% des Pflegepersonals im Pflegedienst, im Jahr 2009 war er wieder auf 5,5% angestiegen.

Insgesamt ist im Zeitraum 1999-2009 in Krankenhäusern kein Dequalifizierungstrend erkennbar. Im Gegenteil: Durch den überproportionalen Personalabbau bei den Hilfsberufen stieg der Anteil des dreijährig ausgebildeten Personals im Pflegedienst von 88,0% auf 90,1%. Da der Anteil des Personals in den Funktionsdiensten über den gesamten Zeitraum kontinuierlich erhöht wurde, und es sich bei dem dort beschäftigten Pflegepersonal weit überwiegend – wenn nicht sogar fast ausschließlich – um dreijährig ausgebildetes Pflegepersonal handelt, dürfte der Anteil des dreijährigen ausgebildeten Personals an der Gesamtzahl des Pflegepersonals in Krankenhäusern sogar noch etwas deutlicher über 90% gelegen haben.

4.3 Die Entwicklung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Im Pflegedienst der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen waren 2009 ca. 26.800 Pflegekräfte oder 2,5% des Pflegepersonals insgesamt beschäftigt. Gegenüber 1999 waren es ca. 3.200 oder 13,6% mehr. Die Steigerungsrate lag damit zwar deutlich über der des Krankenhausbereichs, blieb aber hinter dem Zuwachs der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zurück.

Der Personalzuwachs in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erfolgte überwiegend durch die Einstellung von dreijährig ausgebildetem Pflegepersonal. Auf sie entfielen ca. 2.600 oder ca. 80% der zusätzlichen Beschäftigten. Dementsprechend stieg der Anteil der Pflegefachkräfte im Pflegedienst von 76,6% im Jahr 1999 auf 77,2% im Jahr 2009.

Der Beschäftigungszuwachs erfolgte allerdings auch in diesem Versorgungsbereich überwiegend durch die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung. Während die Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst um 3.200 oder 13,6% stieg, nahm die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um ca. 5.200 oder 74,5% zu. Die Zahl der Vollkräfte stieg dementsprechend nur um ca. 1.000 oder 5,3%.

Tab. 3: Pflegepersonal in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	1999-2009	
							Anzahl	in %
Pflegepersonal in bettenführende Abteilungen und Funktionsdiensten	27.462	30.249	29.713	29.680	30.765	31.256	3.794	13,8
darunter								
Pflegepersonal in bettenführenden Abteilungen (Pflegedienst)								
Beschäftigte	23.611	26.046	25.530	25.630	26.484	26.830	3.219	13,6
Vollkräfte	20.061	21.773	21.448	20.889	21.131	21.123	1.062	5,3
davon								
Beschäftigte mit dreijähriger Pflegeausbildung	18.096	19.789	19.641	19.842	20.568	20.707	2.611	14,4
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	76,6	76,0	76,9	77,4	77,7	77,2	0,6	0,7
darunter								
Gesundheits- und Krankenpflege	17.329	18.926	18.842	19.100	19.789	19.941	2.612	15,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	767	863	799	742	779	766	-1	-0,1
Krankenpflegehelferinnen/-helfer	2.976	3.234	3.000	2.857	2.867	2.844	-132	-4,4
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	12,6	12,4	11,8	11,1	10,8	10,6	-2	-15,9
Beschäftigte ohne Pflegeausbildung	2.539	3.023	2.889	2.931	3.049	3.279	740	29,1
in % der Beschäftigten im Pflegedienst insgesamt	10,8	11,6	11,3	11,4	11,5	12,2	1,4	13,7

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	1999-2009	
							Anzahl	in %
Pflegepersonal in Funktionsdiensten	3.851	4.203	4.183	4.050	4.281	4.426	575	14,9
in % der Pflegekräfte insgesamt (bettenführende Abteilungen und Funktionsdienste)	14,0	13,9	14,1	13,6	13,9	14,2	0,2	1,0
nachrichtlich								
Beschäftigte in Funktionsdiensten	5.135	5.604	5.577	5.400	5.708	5.901	766	14,9

Anm.: evtl. Differenzen in der Summenbildung resultieren aus Rundungen

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

4.4 Die Entwicklung in ambulanten Pflegeeinrichtungen

In ambulanten Pflegeeinrichtungen waren 2009 ca. 269.000 Beschäftigte insgesamt tätig, darunter ca. 215.000 Pflegekräfte (Tabelle 4). Im Jahr 2009 arbeiteten ca. 20% aller Pflegekräfte in der ambulanten Pflege. Dieser Anteil ist seit 1999 kontinuierlich gestiegen. Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegeeinrichtungen insgesamt (alle Berufe) stieg 1999-2009 um 46,3% und die Zahl des Pflegepersonals um 56,2%. Durch den überproportionalen Zuwachs der Zahl des Pflegepersonals stieg dessen Anteil an der Gesamtbeschäftigung in ambulanten Pflegeeinrichtungen von 75,0% im Jahr 1999 auf 80,1% im Jahr 2009.

Die größte Gruppe unter den Pflegekräften in der ambulanten Pflege stellen traditionell die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger. Auf sie entfielen 2009 38,1% des Pflegepersonals, ihr Anteil ist allerdings seit 2005 rückläufig. Deutlich gestiegen ist hingegen der Anteil der Altenpflegekräfte. Die Zahl der Altenpflegerinnen/-pflegern nahm 1999-2009 um 107,8% zu und ihr Anteil am Pflegepersonal stieg dadurch von 18,5% auf 24,6%. Auch die Zahl der Altenpflegehelferinnen/-helfern wuchs mit 121,1% deutlich überproportional, allerdings stellen sie mit 4% im Jahr 2009 immer noch eine relativ kleine Gruppe innerhalb der ambulanten Pflege.

Bei der Entwicklung der Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger zeigen sich vor allem im Zeitraum 2001-2005 sehr starke Zuwächse. Wie zuvor erwähnt, war dies die Zeit des relativ stärksten Personalabbaus in Krankenhäusern. Offensichtlich sind zahlreiche Pflegekräfte in dieser Zeit in die ambulante Pflege gewechselt. Dies gilt - wie an späterer Stelle noch gezeigt wird - auch für die Pflegeheime, allerdings hielt in der ambulanten Pflege im Unterschied zu den Pflegeheimen die Zuwanderung auch nach der Phase des Personalabbaus in Krankenhäusern weiter an.

Da im Rahmen der Datenerhebung für die Pflegestatistik die Zahl der Beschäftigten mit abgeschlossenem pflegewissenschaftlichen Studium abgefragt wird, stehen für die ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen auch Daten zur Zahl akademisch ausgebildeter Pflegekräfte zur Verfügung. Deren Zahl ist in ambulanten Pflegeeinrichtungen 1999-2009 um ca. 150% von 420 auf ca. 1.000 gestiegen. Ihr Anteil an der Gesamtzahl des Pflegepersonals war allerdings 2009 mit lediglich 0,5% immer noch ausgesprochen gering.

Tab. 4: Pflegepersonal in ambulanten Pflegeeinrichtungen

	1999-2009								
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %	
Beschäftigte insgesamt (alle Berufsgruppen)	183.782	189.567	200.897	214.307	236.162	268.891	85.109	46,3	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	3,1	6,0	6,7	10,2	13,9	-	-	
darunter									
Beschäftigte mit überwiegender Tätigkeit in der Grundpflege	119.388	124.602	135.540	147.973	163.580	187.710	68.322	57,2	
in % der Beschäftigten insgesamt	65,0	65,7	67,5	69,0	69,3	69,8	4,8	7,5	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	4,4	8,8	9,2	10,5	14,8	-	-	
Pflegepersonal insgesamt ¹⁾	137.906	144.081	156.755	171.293	189.142	215.427	77.521	56,2	
in % der Beschäftigten insgesamt	75,0	76,0	78,0	79,9	80,1	80,1	5,1	6,8	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	4,5	8,8	9,3	10,4	13,9	-	-	
darunter									
Beschäftigte mit abgeschlossenem pflegewissenschaftlichen Studium	420	513	557	658	1944	1067	647	154,0	
in % des Pflegepersonals insgesamt	0,3	0,4	0,4	0,4	1,0	0,5	0,2	62,6	
Beschäftigte mit dreijähriger Pflegeausbildung	87.984	90.208	100.350	114.218	130.454	142.681	54.697	62,2	
in % des Pflegepersonals insgesamt	63,8	62,6	64,0	66,7	69,0	66,2	2,4	3,8	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	2,5	11,2	13,8	14,2	9,4	-	-	
davon									
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	58.144	57.457	63.233	71.425	78.184	82.055	23.911	41,1	
in % des Pflegepersonals insgesamt	42,2	39,9	40,3	41,7	41,3	38,1	-4,1	-9,7	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	-1,2	10,1	13,0	9,5	5,0	-	-	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	4.384	4.572	5.360	6.309	7.295	7.737	3.353	76,5	
in % des Pflegepersonals insgesamt	3,2	3,2	3,4	3,7	3,9	3,6	0,4	13,0	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	4,3	17,2	17,7	15,6	6,1	-	-	

							1999-2009	
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %
Altenpflegerinnen/-pfleger	25.456	28.179	31.757	36.484	44.975	52.889	27.433	107,8
in % des Pflegepersonals insgesamt	18,5	19,6	20,3	21,3	23,8	24,6	6,1	33,0
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	10,7	12,7	14,9	23,3	17,6	-	-
Beschäftigte mit mindestens einjähriger Pflegehilfeausbildung	14.112	13.984	14.494	13.708	16.259	20.259	6.147	43,6
in % des Pflegepersonals insgesamt	10,2	9,7	9,2	8,0	8,6	9,4	-0,8	-8,1
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	-0,9	3,6	-5,4	18,6	24,6	-	-
davon								
Krankenpflegehelferinnen/-helfer	10.243	9.565	9.678	8.698	10.182	11.704	1.461	14,3
in % des Pflegepersonals insgesamt	7,4	6,6	6,2	5,1	5,4	5,4	-2,0	-26,9
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	-6,6	1,2	-10,1	17,1	14,9	-	-
Altenpflegehelferinnen/-helfer	3.869	4.419	4.816	5.010	6.077	8.555	4.686	121,1
in % des Pflegepersonals insgesamt	2,8	3,1	3,1	2,9	3,2	4,0	1,2	41,5
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	14,2	9,0	4,0	21,3	40,8	-	-
Beschäftigte ohne Pflegeausbildung mit überwiegender Tätigkeit in der Grundpflege	35.390	39.376	41.354	42.709	40.485	51.420	16.030	45,3
in % des Pflegepersonals insgesamt	25,7	27,3	26,4	24,9	21,4	23,9	-1,8	-7,0
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	11,3	5,0	3,3	-5,2	27,0	-	-

1) Beschäftigte mit dreijähriger Pflegeausbildung, mind. einjähriger Pflegehilfeausbildung und Beschäftigte in der Grundpflege ohne Pflegeausbildung

Anm.: evtl. Differenzen in der Summenbildung resultieren aus Rundungen

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Bemerkenswert an der Entwicklung in der ambulanten Pflege ist, dass die Zuwachsraten sowohl bei der Zahl der Beschäftigten insgesamt als auch bei der Zahl des Pflegepersonals über den gesamten Zeitraum 1999-2009 immer weiter gestiegen sind. Stieg die Zahl des Pflegepersonals 1999/2001 noch um 4,5% so lag die Steigerungsrate 2007/2009 bereits bei 13,9%.

Allerdings gilt auch für die ambulante Pflege, dass die Personalzuwächse vor allem durch eine Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung erreicht wurden. Einer Steigerung der Zahl des Pflegepersonals zwischen 1999 und 2009 um 56,2% steht eine Erhöhung der Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 81,8% gegenüber. Die stärksten Zuwächse sind bei den Altenpflegerinnen/-pflegern (+155,6%) und Altenpflegehelferinnen/-helfern (+155,5%) zu verzeichnen.

Insgesamt betrachtet wurde auch in der ambulanten Pflege der Anteil des dreijährig ausgebildeten Pflegepersonals erhöht. Lag er 1999 noch bei 63,8% so stieg er bis 2009 auf 66,2%. Allerdings hatte er 2007 bereits bei 69% gelegen. Der zuvor für die anderen beiden Versorgungsbereiche ab ca. 2006/2007 festgestellte Trend, wieder vermehrt ungelernete Pflegehilfskräfte zu beschäftigen, ist somit auch in der ambulanten Pflege zu beobachten. Ob daraus ein langfristiger Trend wird, bleibt abzuwarten.

4.5 Die Entwicklung in Pflegeheimen

In Pflegeheimen waren 2009 ca. 427.000 Pflegekräfte beschäftigt (Tabelle 5). Ähnlich wie in der ambulanten Pflege, ist auch in stationären Pflegeeinrichtungen seit längerem eine steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen und ein kontinuierlicher Personalzuwachs zu verzeichnen. Die Zahl der Beschäftigten insgesamt (alle Berufe) stieg 1999-2009 um 40,9% und die Zahl des Pflegepersonals um 45,4%. Innerhalb des Pflegepersonals in Pflegeheimen sind – ähnlich wie in der ambulanten Pflege – die höchsten Steigerungsraten bei den akademisch ausgebildeten Pflegekräften, den Altenpflegerinnen/-pflegern und den Altenpflegehelferinnen/-helfern zu verzeichnen. Die Zahl der Altenpflegerinnen/-pfleger stieg 1999-2009 um 68,8% und die der Altenpflegehelferinnen/-helfer um 118,9%. Die Zahl der akademisch ausgebildeten Pflegekräfte lag in Pflegeheimen mit ca. 2.600 zwar um mehr als das Doppelte über der vergleichbaren Zahl in ambulanten Pflegeeinrichtungen, ihr Anteil an der Gesamtzahl des Pflegepersonals in Heimen kam dennoch nicht über 0,6% hinaus.

In Pflegeheimen ist bis ca. 2007 ebenfalls eine Erhöhung des Anteils der dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte zu verzeichnen, 2009 hingegen ein leichter Rückgang. Auch der bereits zuvor für die anderen Bereiche festgestellte Trend, in den letzten Jahren wieder verstärkt Hilfspersonal einzustellen, ist in Pflegeheimen zu beobachten. Die Zahl der Altenpflegehelferinnen/-helfer stieg 2005/2007 um 31% und 2007/2009 um 29%, die Zahl des unausgebildeten Personals in der Pflege und Betreuung um 7,5%.

Die deutlichen Beschäftigungszuwächse in Pflegeheimen sind – wie auch in den anderen Versorgungsbereichen – vor allem das Ergebnis einer Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung. Sie erfolgte in den Pflegeheimen deutlich stärker als in den anderen Einrichtungen. Während die Gesamtzahl des Pflegepersonals in Pflegeheimen 1999-2009 um ca. 133.400 oder 45,4% stieg, nahm die Zahl der Teilzeitbeschäftigten um 114.600 ca. 96% zu. Die Teilzeitquote des Pflegepersonals in Pflegeheimen erhöhte sich dadurch von 40,6% im Jahr 1999 auf 54,8% im Jahr 2009. Die stärkste Zunahme der Teilzeitbeschäftigung ist – wie auch in der ambulanten Pflege – bei den Altenpflegerinnen/-pflegern (+164,2%) und Altenpflegehelferinnen/-helfern (+240,2%), zu verzeichnen. Die höchste Teilzeitquote wiesen 2009 die Altenpflegehelferinnen/-helfer mit 69% auf.

In den Jahren des Personalabbaus in Krankenhäusern ist auch in den Pflegeheimen eine Zuwanderung aus dem Krankenhausbereich erkennbar. Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger stieg 2001/2003 um 12,2% und 2003/2005

Tab. 5: Pflegepersonal in Pflegeheimen

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	1999-2009	
							Anzahl	in %
Beschäftigte insgesamt (alle Berufsgruppen)	440.940	475.368	510.857	546.397	573.545	621.392	180.452	40,9
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)		7,8	7,5	7,0	5,0	8,3	-	-
Beschäftigte mit mind. einjähriger Pflegeausbildung und überwiegender Tätigkeit in der Grundpflege	162.176	179.704	194.983	214.788	232.415	239.592		
darunter								
Pflegepersonal insgesamt ¹⁾	293.567	320.820	354.468	383.386	404.319	426.960	133.393	45,4
darunter								
Beschäftigte mit überwiegender Tätigkeit in der Pflege und Betreuung	287.267	315.200	345.255	374.116	393.772	413.128	125.861	43,8
darunter								
Beschäftigte mit abgeschlossenem pflegewissenschaftlichen Studium	808	1.118	1.397	1.633	3.260	2.639	1.831	226,6
in % des Pflegepersonals insgesamt	0,3	0,3	0,4	0,4	0,8	0,6	0,3	124,6
Beschäftigte mit dreijähriger Pflegeausbildung	133.886	149.159	169.143	187.335	199.442	204.373	70.487	52,6
in % des Pflegepersonals insgesamt	46,6	47,3	49,0	50,1	50,6	49,5	2,9	6,1
davon								
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	47.300	49.330	55.348	61.238	61.519	59.054	11.754	24,8
in % des Pflegepersonals insgesamt	16,1	15,4	15,6	16,0	15,2	13,8	-2,3	-14,2
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	4,3	12,2	10,6	0,5	-4,0	-	-
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger	2.881	3.129	3.587	3.764	3.996	4.013	1.132	39,3
in % des Pflegepersonals insgesamt	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,0	-4,2
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)		8,6	14,6	4,9	6,2	0,4	-	-
Altenpflegerinnen/-pfleger	83.705	96.700	110.208	122.333	133.927	141.306	57.601	68,8

	1999-2009								
	1999	2001	2003	2005	2007	2009	Anzahl	in %	
in % des Pflegepersonals insgesamt	28,5	30,1	31,1	31,9	33,1	33,1	4,6	16,1	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	15,5	14,0	11,0	9,5	5,5	-	-	
Beschäftigte mit einjähriger Pflegehilfesausbildung	33.782	35.047	33.656	35.090	40.260	46.412	12.630	37,4	
in % des Pflegepersonals insgesamt	11,5	10,9	9,5	9,2	10,0	10,9	-0,6	-5,5	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	3,7	-4,0	4,3	14,7	15,3	-	-	
darunter									
Krankenpflegehelferinnen/-helfer	21.027	20.405	18.994	18.563	18.606	18.486	-2.541	-12,1	
in % des Pflegepersonals insgesamt	7,2	6,4	5,4	4,8	4,6	4,3	-2,8	-39,6	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	-3,0	-6,9	-2,3	0,2	-0,6	-	-	
Altenpflegehelferinnen/-helfer	12.755	14.642	14.662	16.527	21.654	27.926	15.171	118,9	
in % des Pflegepersonals insgesamt	4,3	4,6	4,1	4,3	5,4	6,5	2,2	50,5	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	14,8	0,1	12,7	31,0	29,0	-	-	
Beschäftigte ohne Pflegeausbildung mit überwiegender Tätigkeit in der Pflege u. Betreuung	125.091	135.496	150.272	159.328	161.357	173.536	48.445	38,7	
in % des Pflegepersonals insgesamt	42,6	42,2	42,4	41,6	39,9	40,6	-2,0	-4,6	
Veränderung gegenüber vorherigem Wert (in %)	-	8,3	10,9	6,0	1,3	7,5	-	-	

1) Beschäftigte mit dreijähriger Pflegeausbildung, mind. einjähriger Pflegehilfesausbildung und

Beschäftigte in der Grundpflege ohne Pflegeausbildung

Anm.: evtl. Differenzen in der Summenbildung resultieren aus Rundungen

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

um 10,6%. Nachdem die Kliniken dazu übergangen, die Zahl der Pflegefachkräfte wieder zu erhöhen, ließ der Zustrom nach und ging die Zahl 2007/2009 sogar absolut zurück. Offenbar wechselte ein Teil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen wieder zurück in den Krankenhausbereich.

5. Die Entwicklung der Teilzeitbeschäftigung und ihre Bedeutung für die aktuelle Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege

Die vorstehenden Analysen haben gezeigt, dass es 1999-2009 zwar einen deutlichen Beschäftigungszuwachs in den Pflegeberufen gegeben hat, dieser aber zugleich mit einer überproportionalen Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung verbunden war. Ob und in welchem Umfang auch das tatsächlich verfügbare Arbeitszeitvolumen – gerechnet in Vollkräften – gestiegen ist, kann anhand der Daten der amtlichen Statistiken für die Pflegeberufe insgesamt nicht beantwortet werden, da nur die Krankenhausstatistik und die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zuverlässige Umrechnungen der Beschäftigtenzahlen in Vollkräfte bieten.

Für die Krankenhäuser ist festzuhalten, dass es 1999-2009 eine Reduzierung der Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst um -3,4% und der Vollkräfte um -9,3% gegeben hat. Bezieht man die Funktionsdienste mit ein, die über den gesamten Zeitraum ausgebaut wurden, und unterstellt einen gleichbleibenden Anteil des Pflegepersonals von 75% der Beschäftigten, so fällt der Personalabbau mit -0,6% zwischen 1999 und 2009 etwas moderater aus. Es bleibt als zentraler Befund allerdings bestehen, dass das verfügbare Arbeitszeitvolumen in den bettenführenden Abteilungen gesunken ist, trotz einer Erhöhung der Zahl vollstationär versorgter Patienten, einer erheblichen Ausweitung der ambulanten Leistungserbringung (ambulante Operationen, vor-/nachstationäre Behandlung) sowie eines gestiegenen Anteils älterer Patienten (zur Leistungsentwicklung vgl. u.a. Simon 2008, 2009).

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben zwar im Unterschied zu den Krankenhäusern einen Zuwachs der Zahl der Beschäftigten vorzuweisen, aber auch dort ist festzustellen, dass Teilzeitbeschäftigung überproportional ausgeweitet und die für das verfügbare Arbeitsvolumen maßgebliche Zahl der Vollkräfte nur geringfügig erhöht wurde.

Blieben als vermeintliche ‚Jobmotoren‘ noch die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Zwar ist in beiden Bereichen zusammengenommen die Zahl des Pflegepersonals um ca. 265.000 gestiegen (einschl. ungelernter Hilfskräfte), zugleich nahm die Zahl der Teilzeitbeschäftigten jedoch um ca. 165.000 zu. Zudem handelt es sich bei beiden Einrichtungsarten um Bereiche, die einen überdurchschnittlichen Anteil von Beschäftigungsverhältnissen mit niedrigem bis sehr niedrigem Beschäftigungsumfang aufweisen.

Angesichts dieser Zahlen erscheint es zweifelhaft, von den Pflegeberufen oder der ‚Pflegebranche‘ als einem ‚Jobmotor‘ zu sprechen (so bspw. BMG 2011). Zwar ist in den letzten Jahren die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse in der Pflege stärker gestiegen als in der Gesamtwirtschaft und auch im Gesundheitswesen, aber vor allem weil ein immer größerer Teil der Stellen in Teilzeitbeschäftigungen umgewandelt wurde. Die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung in Pflegeberufen ging weit über das Maß hinaus, das im Gesundheitswesen zu verzeichnen ist. Während die Teilzeitquote aller Beschäf-

tigten im Gesundheitswesen ohne Berücksichtigung der Pflegeberufe 2001-2009 um 12,8% stieg, nahm die Teilzeitquote in den Pflegeberufen um 26,3% und somit mehr als doppelt so stark zu (Tabelle 6). Waren 2009 ca. 27% aller Beschäftigten im Gesundheitswesen ohne Pflegeberufe teilzeitbeschäftigt, so lag der Anteil in den Pflegeberufen mit 52% fast doppelt so hoch.

Vergleicht man die Teilzeitquote der Pflegeberufe mit den Daten der weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen ohne Pflegeberufe, so zeigt sich zudem ein erstaunlicher Befund. Die Teilzeitquote der weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen ohne Pflegeberufe stieg von 2001 bis 2009 nur um 7,6%. Obwohl in den Daten der Pflegeberufe ca. 15% Männer mit einer unterdurchschnittlichen Teilzeitquote enthalten sind³, lag die Zunahme der Teilzeitquote in Pflegeberufen somit um mehr als das Dreifache über dem entsprechenden Wert für alle weiblichen Beschäftigten im Gesundheitswesen ohne Pflegeberufe.

Dass die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung in den Pflegeberufen offensichtlich stärker erfolgte als in anderen Bereichen, auch des Gesundheitswesens, wirft die Frage nach den Gründen auf. Es erscheint wenig plausibel anzunehmen, der starke Zuwachs sei allein oder vor allem auf einen innerhalb weniger Jahre stark gestiegenen Wunsch von Pflegekräften zurückzuführen, aus rein persönlichen Gründen – bspw. der Geburt eines Kindes – von einer Vollzeitbeschäftigung in eine Teilzeitbeschäftigung zu wechseln bzw. die Arbeitszeit zu reduzieren. Wenn man dies annehmen würde, könnte kaum die Frage befriedigend beantwortet werden, warum dieser Wunsch gerade in Pflegeberufen innerhalb weniger Jahre in so deutlich stärkerem Maße als in anderen Berufen – auch anderen Frauenberufen – gestiegen sein sollte. Es deutet vielmehr vieles darauf hin, dass die starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung vor allem von den Einrichtungen ausging und ausgeht.

Unter einem steigenden Kostendruck sind in den letzten Jahren zunehmend mehr Einrichtungen dazu übergegangen, frei werdende Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umzuwandeln (DKI 2002, 2003, 2004; Lauterbach et al. 2004). Die Erhöhung der Teilzeitquote steigert die Flexibilität bei der Personaleinsatzplanung und senkt dadurch letztlich Personalkosten. Statt einer über den ganzen Tag oder die ganze Arbeitsschicht kontinuierlich gleichen Personalbesetzung wird nur noch eine reduzierte Grundbesetzung eingeplant, die zu Zeiten erhöhten Arbeitsanfalls um Teilzeitbeschäftigte ergänzt wird. Zudem steigt mit einer Erhöhung der Teilzeitquote auch die Zahl derjenigen Pflegekräfte, die im Bedarfsfall aus dem Arbeitsfrei geholt werden können. Da nicht mehr über die gesamte Arbeitsschicht oder den ganzen Tag – und damit auch für Zeiten relativ geringerer Arbeitsbelastung – eine gleichbleibende Personalbesetzung vorgehalten wird, können Personalkosten mit einer solchen Strategie deutlich gesenkt werden.

Die zuvor skizzierte Managementstrategie führt allerdings nicht nur zu Kosteneinsparungen, sondern auch zu einer fortschreitenden Erhöhung der Arbeitsbelastung.

³ Die Teilzeitquote männlicher Beschäftigter in Pflegeberufen lag 2009 laut Gesundheitspersonalrechnung bei ca. 17%.

Tab. 6 : Teilzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen (Angaben in Tausend)

	2001	2003	2005	2007	2009	2001-2009	
						Anzahl	in %
Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte insgesamt ¹⁾	27.864	26.746	26.206	27.224	27.488	-377	-1,4
davon							
Teilzeitbeschäftigte							
in %	15,0	16,0	16,8	17,9	19,1	4	27,3
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	4.180	4.358	4.420	4.540	4.735	555	13,3
davon							
Teilzeitbeschäftigte	1.121	1.163	1.251	1.377	1.471	350	31,2
in %	26,8	26,7	28,3	30,3	31,1	4,2	15,8
Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt (ohne Pflegeberufe)	2.980	3.096	3.114	3.167	3.277	297	10,0
davon							
Teilzeitbeschäftigte	716	735	769	841	888	172	24,0
in %	24,0	23,7	24,7	26,6	27,1	3,1	12,8
Weibliche Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt	3.009	3.167	3.228	3.324	3.486	477	15,9
davon							
Teilzeitbeschäftigte	1.031	1.067	1.140	1.245	1.333	302	29,3
in %	34,3	33,7	35,3	37,5	38,2	4,0	11,6
Weibliche Beschäftigte im Gesundheitswesen insgesamt (ohne Pflegeberufe)	2.004	2.106	2.132	2.176	2.269	265	13,2
davon							
Teilzeitbeschäftigte	651	665	690	746	793	142	21,8
in %	32,5	31,6	32,4	34,3	34,9	2,5	7,6
Beschäftigte in Pflegeberufen	907	945	973	1.013	1.071	164	18,0
davon							
Teilzeitbeschäftigte	374	424	473	517	557	183	49,1
in %	41,2	44,8	48,6	51,0	52,0	10,8	26,3

1) Stand: jeweils Dezember des Jahres

Anm.: evtl. Differenzen in der Summenbildung resultieren aus Rundungen

Quelle: Statistisches Bundesamt; Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen

Zeiten relativ geringerer Arbeitsbelastung, die als Regenerationsphasen dienen können, entfallen zunehmend, und Arbeitsschichten werden immer weiter verdichtet. Dies wiederum führt, dass zunehmend mehr Pflegekräfte die Reduzierung ihrer Arbeitszeit als notwendig ansehen, um ihre Gesundheit zu schützen. Eine 2009 durchgeführte Befragung von ca. 10.000 Pflegekräften aus Krankenhäusern ergab, dass ein Viertel der Befragten vorhatte, ihre Arbeitszeit wegen Arbeitsüberforderung zu reduzieren (DIP 2010). Geht man davon aus, dass es sich dabei um Beschäftigte handelte,

die noch keine Teilzeitbeschäftigung ausüben, so würde sich die Teilzeitquote auf über 75 % erhöhen, wenn alle diese Absicht umsetzen sollten.

Die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung ist in mehrfacher Hinsicht von erheblicher Bedeutung. Zunächst einmal führt die Reduzierung der Arbeitszeit zu Einkommensverlusten der Beschäftigten. Um die aktuellen Einkommensverluste zu kompensieren, übt ein Teil der Teilzeitbeschäftigten bereits eine Nebenbeschäftigung im gleichen Beruf aus beispielsweise neben dem Hauptbeschäftigungsverhältnis im Krankenhaus eine Nebentätigkeit in der ambulanten Pflege. Dies zeigte bereits eine entsprechende Analyse der Daten des Mikrozensus für das Jahr 2005 (Afentakis/Maier 2010: 998).⁴ Nicht zu unterschätzen sind jedoch die langfristigen Folgen für die Höhe der jeweiligen Rente. Teilzeitbeschäftigte werden sicherlich auch kaum über die Mittel verfügen, ihre zu erwartende geringe Rente durch eine Zusatzrente aus privater Vorsorge aufzustocken. Bleibt die Teilzeitquote hoch oder steigt sogar noch weiter an, steigt somit auch das Risiko der Altersarmut in den Pflegeberufen. Für die Versorgungsqualität insbesondere in Krankenhäusern wirft eine Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung unter anderem das Problem auf, dass die ‚Schnittstellen‘ zunehmen und das Risiko von Fehlern bei der Informationsweitergabe steigt.

Von Bedeutung ist die Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung in Pflegeberufen insbesondere aber auch für die Diskussion über einen Fachkräftemangel in der Pflege, der gegenwärtig bereits bestehe oder zukünftig zu erwarten sei. Die überproportionale Zunahme der Teilzeitbeschäftigung lässt Zweifel an der Annahme aufkommen, es gebe gegenwärtig einen Mangel an Pflegefachkräften. Die hohe Teilzeitquote deutet auf ein erhebliches, gegenwärtig nicht ausgeschöpftes Arbeitspotenzial bei Pflegekräften insgesamt und insbesondere auch bei Pflegefachkräften hin.

Um die Bedeutung der Teilzeitbeschäftigung in Pflegeberufen zu verdeutlichen, sei abschließend eine simple hypothetische Rechnung vorgestellt. Im Jahr 2009 waren von den ca. 730.000 Pflegefachkräften ca. 377.000 nur teilzeitbeschäftigt. Angenommen ihre Arbeitszeit entspräche im Durchschnitt der Hälfte einer Vollzeitstelle und ca. 200.000 würden gern auf eine volle Stelle erhöhen oder wären dazu bereit, so wäre innerhalb kürzester Zeit ein zusätzliches Arbeitszeitvolumen im Umfang von ca. 100.000 Vollzeit-Pflegefachkräften zu mobilisieren.

Angesichts der gegenwärtigen Situation in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen erscheint es sehr zweifelhaft, dass diese 100.000 Pflegefachkräfte tatsächlich eine Vollzeitstelle finden würden. Dies vor Augen, drängt sich der Eindruck auf, dass es in der Pflege gegenwärtig keinen Fachkräftemangel gibt, sondern vielmehr einen Mangel an adäquaten Vollzeitarbeitsplätzen und an Arbeitsbedingungen, die eine langfristige Vollzeitbeschäftigung ohne Beeinträchtigung der Gesundheit ermöglichen.

⁴ Über die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen, die eine Nebentätigkeit in der Pflege ausüben, geben die amtlichen Statistiken zum Gesundheitswesen keine Auskunft. Sollte Nebentätigkeit mittlerweile eine relevante Größe erreicht haben, hätte dies auch Bedeutung für die Daten zur Zahl der Beschäftigten. Da die Statistiken nur Beschäftigungsfälle erfassen, werden Beschäftigte mit mehreren Beschäftigungsverhältnissen mehrfach erfasst. Nebentätigkeit führt somit durch die Mehrfachzählung zu einer Überschätzung der Zahl der Beschäftigten.

6. Schlussbetrachtung

Der vorliegende Beitrag stellte die Ergebnisse einer Zusammenführung der Daten amtlicher Teilstatistiken zum Gesundheitswesen vor, die Angaben zur Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen enthalten. Dies sind die Krankenhausstatistik, die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und die Pflegestatistik. Die Analyse der zusammengeführten Daten ergab, dass die Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen deutlich niedriger ist, als in der gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskussion bislang angenommen und von der Gesundheitspersonalrechnung ausgewiesen. Dies gilt nicht nur für das Pflegepersonal insgesamt, sondern insbesondere für die Pflegefachkräfte.

Die Längsschnittanalyse zeigte einen deutlichen Beschäftigungszuwachs insgesamt und Strukturveränderungen in den Pflegeberufen. Der Beschäftigungszuwachs resultierte allerdings weit überwiegend aus einer überdurchschnittlich starken Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung. Diese Ausweitung wirft die Frage nach den Gründen auf. Der starke Zuwachs der Teilzeitbeschäftigung – so die hier vertretene These – scheint vor allem auf betriebliche Strategien einer Flexibilisierung des Personaleinsatzes und Personalkostenreduzierung zurückzuführen zu sein sowie auf eine zunehmende Arbeitsüberlastung von Beschäftigten, der sie versuchen durch Reduzierung ihrer Arbeitszeit auszuweichen.

Sollte dieser Befund zutreffend sein, so gibt es gegenwärtig keinen Fachkräftemangel, sondern vielmehr einen Mangel an adäquaten Vollzeitarbeitsplätzen und vor allem an Arbeitsbedingungen, die eine langfristige Vollzeitbeschäftigung ohne Beeinträchtigung der Gesundheit ermöglichen.

Limitationen

Die Zusammenführung von Daten der drei Teilstatistiken stößt in mehreren Punkten an Grenzen, die durch eine unzureichende Differenzierung oder Schwächen in der Methodik der Datenerhebung und -aufbereitung einzelner amtlicher Statistiken vorgegeben sind. So bieten die Krankenhausstatistik und die Statistik der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die Funktionsdienste nur die Zahl der Beschäftigten insgesamt ohne gesonderte Ausweisung der Zahl des Pflegepersonals. Die hier vorgenommene Schätzung des Anteils der Pflegekräfte in den Funktionsdiensten kann nur eine Hilfskonstruktion sein, die allerdings solange auch in zukünftigen Berechnungen erforderlich sein wird, bis eine entsprechende Überarbeitung der Krankenhausstatistik auch für die Funktionsdienste nach Berufen differenzierte Daten bietet. Der hier angenommene Anteil von 75% stützt sich auf Praxisberichte und dürfte dem tatsächlichen Wert relativ nahe kommen. Aber auch eine Abweichung um 10% nach oben oder unten würde das zentrale Ergebnis der Gesamtzahl aller Beschäftigten in Pflegeberufen für das Jahr 2009 nur um ca. 11.000 und damit nur unwesentlich verändern.

Eine weitere Limitation ist durch die unzureichende Systematik der Pflegestatistik bei den Angaben zur Zahl des Personals in Pflegeeinrichtungen bedingt. Die Pflegesta-

tistik weist die Zahl der Beschäftigten nicht nach ausgeübtem Beruf aus, sondern sowohl nach erlerntem Beruf als auch nach ‚überwiegendem‘ Tätigkeitsbereich. Die daraus resultierenden Daten erlauben somit keine zuverlässige Abgrenzung der ‚Beschäftigten in Pflegeberufen‘ im Sinne der ‚Klassifizierung der Berufe‘. Das für die vorliegende Analyse gewählte Vorgehen kann nur eine Hilfskonstruktion sein. Dringend notwendig ist eine Überarbeitung der Systematik der Pflegestatistik in diesem Bereich, die eindeutig abgrenzte Angaben zur Zahl der Beschäftigten in Pflegeberufen bietet. Im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit sollte sich diese Überarbeitung an der Systematik der Krankenhausstatistik orientieren.

Literatur

- Afentakis, A.; Böhm, K. (2009): Beschäftigte im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 46. Berlin: Robert Koch Institut
- Afentakis, A.; Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. In: *Wirtschaft und Statistik*, Jg., Heft 11, S. 990-1002
- BA, Bundesagentur für Arbeit (2009): Klassifizierung der Berufe nach dem Stand vom 1. September 1988, überarbeitete Fassung der Berufsklassen mit Zuordnung der Berufsbenennungen zu Berufsklassen für die Statistik der Bundesanstalt für Arbeit. Online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Grundlagen/Klassifikation-der-Berufe/KldB1975-1992/KldB1975-1992-Nav.html> (3.02.2011).
- BA, Bundesagentur für Arbeit (2010): Der Arbeitsmarkt in Deutschland: Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt/Generische-Publikationen/Gesundheits-und-Pflegeberufe-Deutschland-2010.pdf>
- Blum, K.; Isfort, M.; Schilz, P. et al. (2006): Pflegeausbildung im Umbruch. Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2011): Pflegefachkräftemangel. Online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegefachkraeftemangel.html> (21.02.2011)
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (31.05.2010)
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2002): Krankenhaus-Trends 2002: 27.300 Stellen in deutschen Krankenhäusern gefährdet! Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=113> (Date Accessed)
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2003): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2003. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (Date Accessed)
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2004): Krankenhaus Barometer. Erhebung 2004. Online verfügbar unter: <http://dki.comnetinfo.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=114> (Date Accessed)
- Enste, D. (2011): Pflegewirtschaft 2011: Wertschöpfung, Beschäftigung und fiskalische Effekte. Kurzstudie fu_r den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Online verfügbar unter: http://www.bpa.de/upload/public/doc/20110802_bgst_Enste_Pflegestudie_2011.pdf (3.08.2011)
- Enste, D.; Pimpertz, J. (2008): Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: *IW-Trends*, Jg. 35, Heft 4, S. 1-16
- GBE, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011a): Absolventen mit bestandener Abschlussprüfung aus Schulen des Gesundheitswesens. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=99142993&nummer=435&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=86057565 (27.07.2011)

- GBE, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011b): Gesundheitspersonalrechnung. Online verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> (25.07.2011)
- Hackmann, T. (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Freiburg: Forschungszentrum Generationenverträge an der Universität Freiburg
- Hackmann, T. (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 59, Heft 9, S. 235-244
- Hackmann, T.; Moog, S. (2008): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. Online verfügbar unter: <http://www.vwl.uni-freiburg.de/fakultaet/fiwiI/publikationen/224.pdf> (10.02.2011)
- Hackmann, T.; Moog, S. (2010): Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 56, Heft 1, S. 113-13
- INQA-Pflege (2011): INQA-Projekte zum Thema Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Gesund-Pflegen/inqa-projekte.html> (4.07.2011)
- Lauterbach, K. W.; Lungen, M.; Meurer, U. et al. (2004): Hemmen die DRG den Zahlungsfluss? f&w-Trendanalyse zur Liquiditätssituation der Krankenhäuser. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 21, Heft 2, S. 108-109
- MSFFGI, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration (2011): Ideenwettbewerb Pflege. Online verfügbar unter: http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=27585&article_id=94067&_psmand=17 (1.06.2011)
- Pohl, C. (2009): Der Arbeitsmarkt fu_r Pflege im Spiegel demographischer Veränderungen. Online verfügbar unter: <http://doku.iab.de/externe/2010/k100114311.pdf> (10.02.2011)
- Pohl, C. (2011): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 16, Heft 1, S. 36-52
- Schnabel, R. (2007): „Zukunft der Pflege“. Studie für die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Online verfügbar unter: http://archiv.insm.de/Downloads/Pflegemarkt_final.pdf (10.02.2011)
- Simon, M. (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber
- Simon, M. (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 2, S. 101-123
- StÄ, Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009a): Erhebungsbogen der Pflegestatistik für ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) am 15.12.2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- StÄ, Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2009b): Erhebungsbogen der Pflegestatistik für stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) am 15.12.2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- StBA, Statistisches Bundesamt (1992): Die Klassifizierung der Berufe des Statistischen Bundesamtes in der Fassung fu_r den Mikrozensus. Ausgabe 1992. Online verfügbar unter: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Wissenschaftsforum/MethodenVerfahren/Mikrozensus/Metadaten/KlassifikationBerufe,property=file.pdf> (10.02.2011)
- StBA, Statistisches Bundesamt (2011): Gesundheitspersonalrechnung - Methodik. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=59386746&nummer=85&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=34709955#FOOTNOTES (10.02.2011)
- SVR-G, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009. Bundestags-Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009
- WifOR; PWC, PriceWaterhouseCoopers (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. Online verfügbar unter: http://www.pwc.de/files/Repository/RepositoryItem/Studie_Fachkräftemangel_Gesundheit.pdf?itemId=43638020 (22.10.2010)

Prof. Dr. Michael Simon

Fachhochschule Hannover, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit, Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover, michael.simon@fh-hannover.de