

Pflege-Thermometer 2009

Der Pflegemangel im Krankenhaus wird chronisch

Die Konsequenzen des massiven Stellenabbaus in der Krankenhauspflege werden immer folgenschwerer. Dies zeigt das Pflege-Thermometer 2009, die bis dato größte zusammenhängende Befragung von Pflegekräften in Deutschland. Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass im Krankenhaus ein chronischer Pflegemangel herrscht. Dies hat Folgen für die Patientensicherheit: Defizite in der pflegerischen Versorgung stellen nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar.

Das Pflege-Thermometer 2009

Im Rahmen der Pflege-Thermometer-Reihe führte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Ende 2009 zum fünften Mal eine Befragung durch. Der Schwerpunkt lag auf allgemeinen und somatisch ausgerichteten Krankenhäusern und Fragen zur beruflichen Belastungen, Patientenversorgung und -sicherheit, Fragen zum Berufsbild sowie zur Koordination und Kooperation. Grundlage dieser ersten Ergebnisdarstellung aus der Studie sind Daten von insgesamt 9719 Pflegenden aus Krankenhäusern der gesamten Bundesrepublik.

Gesonderte Auswertungen von Intensivpflegenden sollen im weiteren Jahresverlauf in der „PflegenIntensiv“ im Bibliomed-Verlag veröffentlicht werden. Gefördert wurde die Studie von der B. Braun-Stiftung. Die vollständige Studie kann kostenlos von den Internetseiten des dip heruntergeladen werden (www.dip.de).

Foto: Getty Images

Hintergrund des Pflege-Thermometers 2009

Seit nunmehr acht Jahren werden in regelmäßigen Abständen vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Pflege-Thermometer-Befragungen durchgeführt und der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt.

Die Pflege-Thermometer-Reihe ist als eine Ergänzung und Erweiterung der vorliegenden Gesundheits- und Pflegeberichterstattung des Bundes und der Länder zu verstehen. Dabei ist zu konstatieren, dass es weiterhin an einer regelmäßigen, systematischen, umfassenden und vergleichbaren Berichterstattung zur Pflege in Deutschland fehlt. Eine wesentliche Begrenzung der amtlichen Statistiken liegt zudem in der unzureichenden Möglichkeit, Aussagen zur konkreten Arbeit und Situation der Versorgung in den Einrichtungen ableiten zu können. Im Fokus der Pflege-Thermometer stehen daher Einschätzungsfragen, die die Perspektive aus Sicht der Pflegenden oder Leitungskräfte der Pflege (z. B. Pflegedirektionen) vor Ort erfragen und eine Interpretationshilfe hinsichtlich der Bewertung zentraler Entwicklungen darstellen. Zum Ende 2009 erfolgte eine bislang erstmalige Befragung von Pflegekräften. Dazu wurden mehr als 50 000 Fragebögen über „Die Schwester Der Pfleger“ als Einleger versendet. Parallel erfolgte eine Onlinebefragung. Die Resonanz auf die Untersuchung war überwältigend und zeigt die Bedeutung auf, die Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegenden vor Ort systematisch zu erheben und auszuwerten. Insgesamt nahmen über 14 000 Personen an der Befragung teil. 10 600 vollständig ausgefüllte Befragungsbögen konnten ausgewertet werden. Davon entfielen 9 719 auf Pflegenden aus Krankenhäusern aus allen Teilen Deutschlands. Diese Daten bilden die Grundlage für die hier publizierten Ergebnisse.

Damit ist das Pflege-Thermometer 2009 die bis dato größte zusammenhängende Befragung von Pflegekräften in Deutschland.

Chronischer Pflegemangel im Krankenhaus

Mit 774 000 Beschäftigten im Jahr 2008 stellt die Gesundheits- und Krankenpflege die größte Berufsgruppe im Bereich der Gesundheitswirtschaft dar. Zu den in allgemeinen Krankenhäusern beschäftigten 396 000 Pflegekräften gehörten im Jahr 2008 unter anderem 320 000 Gesundheits- und Krankenpfleger, 37 600 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und 17 500 Krankenpflegehelfer (inklusive Krankenpflegeassistenten). In der Gesundheits- und Krankenpflege sind überwiegend Frauen beschäftigt. Der Frauenanteil an den Pflegekräften insgesamt lag Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge im Jahr 2008 bei 86,4 Prozent, bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern waren es sogar 98,4 Prozent Frauen. Die im Pflege-Thermometer befragten Pflegenden waren im Schnitt seit mehr als 16 Jahren in der Pflege tätig. Dies widerspricht der These eines frühen Berufsausstiegs in der Pflege nach etwa fünf Jahren deutlich.

In den Jahren 1996 bis 2008 wurden insgesamt rund 50 000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut.

Das war ein Minus von 14,2 Prozent oder jede siebte Stelle. Seit dem Jahr 2005 ist eine Abschwächung dieses Trends

erkennbar, im Jahr 2008 zeigt sich erstmals eine Änderung. Bundesweit wurden 2008 in den allgemeinen Krankenhäusern 1 840 Vollkräfte zusätzlich im Pflegedienst beschäftigt. Das entspricht einem Personalaufbau um 0,7 Prozent. Umgerechnet auf die Versorgungseinrichtungen bedeutet dies aber lediglich, dass weniger als eine Stelle pro Krankenhaus in Deutschland zusätzlich geschaffen wurde. Ob damit auch eine Trendwende vollzogen wird, kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten noch nicht beantwortet werden. Ein weiterer Personalabbau scheint aber zunächst gestoppt.

Die Zahl der behandelten Patienten hat sich indes kontinuierlich erhöht (seit 1995 um 12,1 Prozent, Abb. 1). Im Jahr 1995 wurden rund 15,6 Millionen Fälle in allgemeinen Krankenhäusern behandelt, im Jahr 2008 waren es bereits 17,5 Millionen. Auch bei Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer auf nunmehr 8,1 Tage hat sich die Pflegekraft-Patienten-Relation seit 2007 noch einmal von 59 auf 61,5 Fälle pro Pflegekraft verändert.

Die These, die Verweildauer der Patienten habe sich verkürzt (seit 1995 um immerhin 24,6 Prozent auf nun durchschnittlich 8,1 Tage) und damit könne sich eine Pflegekraft in der gleichen Zeit um mehr Patienten kümmern, scheitert an der Tatsache, dass mit der Verweildauerverkürzung eine Intensivierung der Therapie einhergeht. Das bedeutet nichts anderes als eine Arbeitsverdichtung. Zudem müssen die organisatorischen Aufgaben von der Aufnahme bis zur Entlassung ebenfalls in kür-

Die Pflege-Thermometer-Reihe des dip

Pflege-Thermometer 2002: ambulante Pflege, Altenpflege, Krankenhäuser
 Pflege-Thermometer 2003: Altenpflege, Leitungen
 Pflege-Thermometer 2004: ambulante Dienste, Leitungen
 Pflege-Thermometer 2007: Krankenhaus, Pflegedirektionen
 Pflege-Thermometer 2009: Krankenhaus, Pflegekräfte

online unter: www.dip.de

SÜDDEUTSCHER PFLEGEPREIS 2010

– Ausschreibung –

Die Pflegedirektion am Klinikum der Universität München und der Bibliomed-Verlag verleihen am 5. Oktober 2010 auf dem 12. Süddeutschen Pflorgetag den zweiten Süddeutschen Pflegepreis.

Das Thema der Ausschreibung lautet:

Personalgewinnung, Personalpflege: Was tun Sie auf Ihrer Station, um Ihr Personal zu halten?

Damit sollen zukunftsweisende und praxistaugliche Konzepte gefördert werden, die vor allem aus dem praktischen Alltag der Pflegenden entstehen und einen wertvollen Beitrag für die eigene Einrichtung, deren Mitarbeiter oder deren Patienten/Bewohner liefern.

Das Bewerbungsverfahren

Bewerben können sich einzelne Mitarbeiter sowie Teams aus dem Pflegedienst von Krankenhäusern (gerne multiprofessionelle Teams). Das Projekt sollte inzwischen nachhaltig implementiert sein und die Einführung möglichst nicht länger als drei Jahre zurückliegen.

Die Projektskizze (bitte nicht länger als 10 000 Zeichen) sollte die folgenden Bestandteile beinhalten:

- Einleitung (mit Vorstellung der Klinik, der Station bzw. Abteilung),
- Konzeptteil (Ziel, Projektstruktur, Durchführung, Evaluation),
- Diskussion/Reflexion.

Der Abgabetermin ist der 30.06.2010.

Die Projektskizzen reichen Sie bitte ein unter dem Stichwort „Süddeutscher Pflegepreis“:
Bibliomed-Verlag, Redaktion Die Schwester Der Pfleger,
Postfach 11 50, 34201 Melsungen, E-Mail: info@bibliomed.de

Die Jury

Die Jury besteht aus:

- Prof. Christel Bienstein, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der Privaten Universität Witten/Herdecke gGmbH
- Peter Jacobs, Pflegedirektor am Klinikum der Universität München
- Markus Boucsein, Chefredakteur von „Die Schwester Der Pfleger“

Die Projektarbeiten werden von allen Juroren unabhängig voneinander bewertet. Eine Zusammenführung der einzelnen Bewertungen führt dann zur Vergabe der Preise.

Die Preisverleihung

Das Preisgeld beträgt 3 000 Euro und wird an einen oder mehrere Preisträger (maximal drei) verteilt.

Die Preisverleihung findet im Rahmen des 12. Süddeutschen Pflorgetages am 5. Oktober 2010 am Klinikum der Universität München statt. Hier kann der Gewinner bzw. können die Gewinner auch ihr Projekt vor Publikum präsentieren. Wir danken der B. Braun Melsungen AG für die freundliche Unterstützung.

Rückfragen richten Sie bitte an:

Peter Jacobs, Klinikum der Universität München – Innenstadt
Sekretariat Pflegedirektion, Tel.: (0 89) 51 60 80 18
E-Mail: Peter.Jacobs@med.uni-muenchen.de

zurer Zeit erledigt werden. Alle Anzeichen deuten auf einen längst eingetretenen chronischen Pflegemangel im Krankenhaus hin.

Ausbau der Ärzteschaft auf dem Rücken der Pflege?

Seit 1995 wurde gegenüber dem massiven Stellenabbau in der Pflege die Anzahl der beschäftigten Krankenhausärzte um rund 26 Prozent erhöht. Waren 1995 noch 97 380 Ärzte (umgerechnet in Vollzeitkräfte) in den allgemeinen Krankenhäusern beschäftigt, so waren es 2008 bereits 122 702. Hier zeigt folgendes Rechenbeispiel die Dimensionen auf: Wären in gleichem Umfang (plus 26 Prozent) seit 1995 Pflegestellen geschaffen worden, dann würden heute rund 130 000 Vollzeitkräfte mehr in der Krankenhauspflege beschäftigt sein.

An dieser Stelle der Überlegungen taucht spätestens die Sorge um steigende Personalkosten auf. Diese sind seit 2002 alleine im ärztlichen Dienst um 33 Prozent in die Höhe geschneit. Von den rund 3,8 Milliarden Euro Mehrausgaben (Personalkosten) bundesweit für die allgemeinen Krankenhäuser seit 2002 waren dies zusätzliche rund drei Milliarden Euro alleine für die Krankenhausärzte.

Im Gegensatz dazu stagnierten die Personalkosten im Pflegebereich, das heißt selbst die tariflichen Lohnerhöhungen seit 2002 wurden alleine durch den Abbau an Stellen im Pflegebereich aufgefangen.

Knapp 90 Prozent der im Pflege-Thermometer 2009 befragten Pflegekräfte halten ihre Entlohnung allerdings auch nicht für angemessen.

Nun könnte der Eindruck entstehen, dass der Ausbau der Ärzteschaft auf dem Rücken der Pflege ausgetragen worden sei. Vieles spricht dafür, allerdings halten wir diese Argumentation nicht für zielführend. Vielmehr stellt sich hier die Frage, warum die erhöhten Arbeitsanforderungen im Krankenhaus in der einen Berufsgruppe (Ärzte) durch einen massiven Ausbau an Stellen richtig beantwortet wurde, bei der anderen Berufsgruppe (Pflege) indes mit einem massiven Stellenabbau derartig falsch reagiert worden ist.

Wenn es stimmt, dass im Krankenhaus das interdisziplinäre Team eine zusehends größere Rolle spielt, dann kann nicht so unterschiedlich vorgegangen werden, ohne das Zusammenspiel in Mitleidenschaft zu ziehen. Es sollte also im Interesse aller sein – auch der Ärzteschaft –, dass die Krankenhauspflege schon alleine aufgrund dieser beschriebenen Schiefelage in den kommenden Jahren wieder deutlicher ausgebaut wird.

Die Bewertung der Auswirkungen des von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) auf den Weg gebrachten Sonderprogramms für einen stufenweisen Aufbau von bis zu 17 000 Pflegekräften im Krankenhaus steht noch aus. Die Daten des Pflege-Thermometers 2009 zeigen ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des Sonderprogramms im März 2009 noch keine Wirkung dieser Maßnahme.

Das Programm kam zustande, nachdem die Berufsverbände der Pflege gemeinsam mit der Gewerkschaft ver.di auch aufgrund der im Pflege-Thermometer 2007 erst-

mals ermittelten starken Stellenabbaus im Krankenhausbereich eine umfangreiche Unterschriftenkampagne und Proteste gestartet hatten.

Die Pflege im Krankenhaus altert schneller

Als Folge des massiven Abbaus der Pflege aus dem Krankenhaus im vergangenen Jahrzehnt beschleunigt sich der berufs-demografische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Abbau der Stellen ist vor allen Dingen bei den jüngeren Mitarbeitern, insbesondere auch durch weniger Übernahmen von Ausbildungsabsolventen, umgesetzt worden. Dadurch altert die Krankenhauspflege statistisch gesehen schneller als die Altenpflege und die Gesamtbevölkerung.

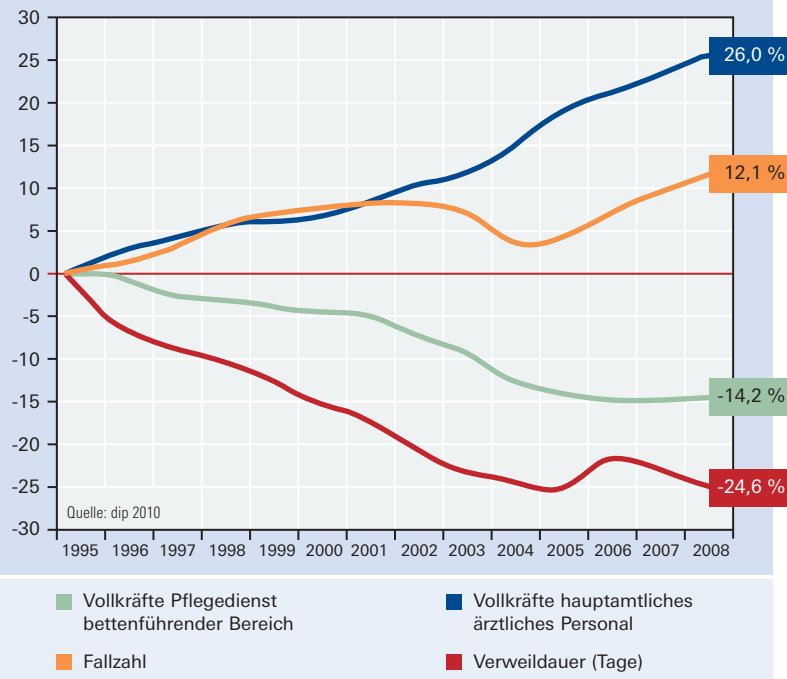
2008 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 50 000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen zu verzeichnen als im Jahr 2000. Dies entspricht einem Minus von mehr als 15 Prozent.

Der Bestand an Mitarbeitern, die in der Gruppe der über 50-Jährigen sind, hat sich im gleichen Zeitraum dabei auf 171 000 etwa verdoppelt (Abb. 2).

Aus Datenauswertungen verschiedener Krankenkassen sowie Rentenversicherungsträger ist bekannt, dass insbesondere bei den Mitarbeitern der Gesundheits- und Krankenpflege in der Altersgruppe über 50 Jahre die physisch und psychisch bedingten Erkrankungen, die zur zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit führen, und Frühberentungen inklusive Erwerbsminderung ungefähr doppelt so hoch liegen wie bei allen anderen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Das heißt, für die kommenden Jahre ist obendrein ein verstärkter Ersatzbedarf an qualifiziertem Personal für die größer werdende Zahl aus Altersgründen ausscheidender Pflegekräfte zu erwarten.

Prozentuale Kennzahlen-Entwicklungen in allgemeinen Krankenhäusern

Abb. 1



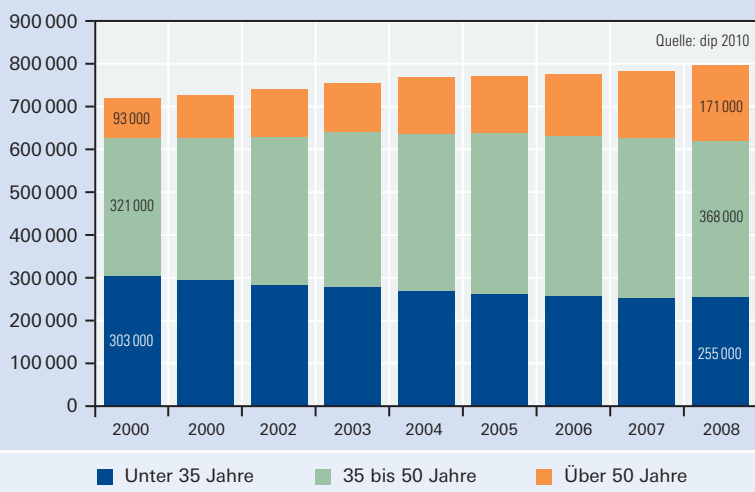
Außerdem steigt der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden kontinuierlich weiter. Lag deren Anteil in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2000 noch bei 34,71 Prozent, so stieg er bis zum Jahr 2008 auf 45,57 Prozent der Beschäftigten an. Gründe dafür sind auch in der Überforderung des Personals zu sehen.

Jede vierte im Pflege-Thermometer 2009 befragte Pflegekraft gab an, eine Reduzierung der Arbeitszeit aufgrund von Überforderung anzustreben.

Ferner wird deutlich, dass nur jede zweite Pflegekraft davon ausgeht, noch bis ins Rentenalter in der Pflege zu arbeiten.

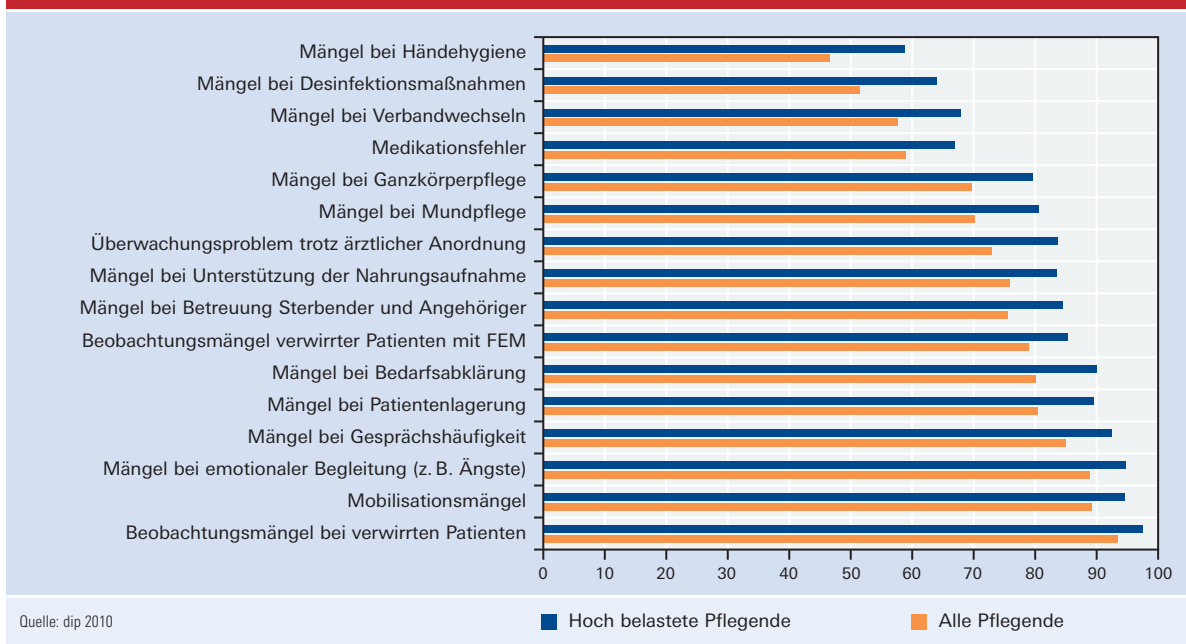
Altersgruppenverteilung der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger

Abb. 2



Mängel der Patientensicherheit: Gegenüberstellung hoch belastete und alle Pflegende

Abb. 3



Zugleich können nur wenige davon berichten, dass in den Einrichtungen spezifische Angebote für ältere Mitarbeiter eingesetzt werden. Letzteres erstaunt besonders – sind doch die Anzeichen der zunehmenden Alterung des pflegerischen Klinikpersonals längst bekannt.

Auch im Pflege-Thermometer 2007 berichteten schon die Pflegedienstleitungen davon, dass es kaum nennenswerte spezifische Konzepte gibt, um die Kompetenzen älterer Mitarbeiter besonders zu fördern und zu nutzen und zugleich ihre Belastungen zu senken. Auch in der Gesundheits- und Sozialpolitik sollte dies zukünftig auf der Agenda stehen, denn die Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen ist nicht nur eine Aufgabe der Arbeitgeber, sondern auch des Gesetzgebers. Veränderte Dienstzeiten, Urlaubsregelungen oder andere Schutzmaßnahmen für ältere Mitarbeiter im Krankenhaus mit dem Ziel, sie länger in der Arbeit zu halten, ohne sie zugleich der Altersdiskriminierung auszusetzen, sind eine gesamtgesellschaftliche und politische Aufgabe.

Belastungen steigen weiter – jeder Fünfte ist hoch belastet

Die Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009 können angesichts der zusammengeführten Datenlage dann auch nicht wirklich überraschen. Die Indikatoren der steigenden Erkrankungs-raten, der Frühberentungen und der zunehmenden Teilzeitquote, insbesondere im Zusammenhang mit denen des demografischen Wandels in der Pflege, verstärken sich gegenseitig. In der vorliegenden Untersuchung wurden als objektive Belastungsdaten die Veränderungen bei der Anzahl der betreuten Patienten, der tatsächliche Personalabbau, die Anzahl der geleisteten Überstunden sowie das Einspringen an eigentlich freien Wochenenden und Feiertagen als zusätzliche Aspekte betrachtet.

Mehr als zwei Drittel der befragten Pflegenden berichten über eine Erhöhung der Anzahl der zu versorgenden Patienten im vergangenen Jahr. Bei jeder zweiten befragten Pflegekraft ging dies einher mit einem weiteren parallelen Stellenabbau in der direkten Arbeitsumgebung. Dabei kann es sich auch um einen Stellenumbau – Pflege-

kräfte werden durch Servicekräfte ersetzt/ergänzt – oder um eine temporäre Nichtbesetzung offener Stellen handeln.

Nur 5,6 Prozent der Befragten gaben an, keine Überstunden im Zeitraum der letzten sechs Monate geleistet zu haben. Hingegen haben 40 Prozent der Befragten zwischen 46 und 70 Überstunden geleistet.

Hochgerechnet auf alle Gesundheits- und Krankenpflegenden in Krankenhäusern in Deutschland wurden damit in den letzten sechs Monaten vor der Befragung Überstunden für rund 15 000 zusätzliche Vollzeitkräfte in Deutschland geleistet.

Nur zwei von fünf Pflegenden können die geleisteten Überstunden auch zeitnah wieder in Freizeit umwandeln und so die Mehrbelastung durch eine Erholung ausgleichen. Häufiges Einspringen für Kollegen an planmäßig freien Wochenend- oder Feiertagen ist ebenfalls an der Tagesordnung. Während die Urlaubszeiten der Gesundheits- und Krankenpfleger durch die hohe Arbeitsbelastung offensichtlich nicht beeinträchtigt werden, ist es zwei von drei ant-

wortenden Pflegenden nicht möglich, die Pausen außerhalb des Arbeitsbereichs zu verbringen. Während die beschriebenen Belastungen flächendeckend zu beobachten sind, wurde in der Untersuchung eine Untergruppe der „hoch belasteten“ Pflegenden gebildet. Das sind diejenigen, die angeben haben, einen direkten Stellenabbau bei zunehmenden Patientenzahlen zu erleben und geleistete Überstunden nicht zeitnah wieder ausgleichen zu können. Jede fünfte Pflegekraft (21,5 Prozent) muss vor diesem Hintergrund als „hoch belastet“ eingestuft werden. Bei dieser Gruppe lassen sich in der Folge Unterschiede zur Gesamtgruppe hinsichtlich der Patientenversorgung und -sicherheit aufzeigen. Eine Reduzierung ihres Stellenanteils aufgrund von Überforderung erwägen in dieser Gruppe 39,6 Prozent im Gegensatz zu 28,1 Prozent bei allen Befragten.

Mängel in der Patientenversorgung nehmen zu

Vor dem Hintergrund des chronischen Pflegemangels und der weiter zunehmenden Arbeitsverdichtung im Krankenhaus stellen sich nun auch die Fragen der konkreten Auswirkungen auf die Patientenversorgung und -sicherheit. Dabei ist festzustellen, dass mit dem beschriebenen Mangel zusehends auch Mängel in allen Bereichen sowohl der patientennahen als auch patienten-

fernen Arbeiten nicht mehr ausgeschlossen werden. Den Ergebnissen zufolge stellen Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar.

Es zeigen sich insbesondere Probleme bei Arbeiten wie der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

Hier weisen jeweils etwa vier von fünf Pflegekräften darauf hin, dass sie Mängel in den letzten sieben Tagen nicht ausschließen können.

Bei der Medikationsverabreichung, Verbandwechseln und Hygienemaßnahmen sind es jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die Fehler und Mängel nicht ausschließen konnten (Abb. 3).

In allen Punkten wird deutlich, dass die hoch belasteten Pflegenden größere Probleme bei der Sicherstellung einer fachgerechten Ausführung von Pflegeleistungen und der Patientenversorgung haben als andere Pflegekräfte. Dadurch wird ein durchgängig empirisch belegbarer Zusammenhang sichtbar:

In Krankenhäusern, in denen eine besonders ausgedünnte

Personaldecke oder ein weiterhin betriebener Personalabbau in der Pflege und höhere Patientenzahlen zusammenreffen und damit der Anteil der hoch belasteten Pflegenden größer ist, treten vermehrt Probleme in der Patientenversorgung und -sicherheit auf.

Auch wenn es sich um deskriptive Daten handelt, so lassen sie den Schluss zu, dass sich eine abnehmende Pflegekapazität und Arbeitsverdichtung direkt und in hohem Maße auf die Patientenversorgung und -sicherheit auswirken.

Im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2007, in dem Pflegedienstleitungen befragt wurden, fallen die Aussagen im Pflege-Thermometer 2009 hinsichtlich der Vermeidung von unerwünschten Ereignissen im Bereich der Ganzkörperpflege, der Mobilisation, der Patientenüberwachung, der Unterstützung in der Nahrungsaufnahme sowie in der Schmerzmittelverabreichung durchgängig schlechter aus. Von elementarer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, wie Pflegenden in Zeiten der personellen Drucksituation und Arbeitsverdichtung ihre Arbeit koordinieren und priorisieren.

Nur jede dritte Pflegekraft geht noch uneingeschränkt davon aus, dass pflegerische Maßnahmen, die als notwen-

Zeitschrift lesen, Wissen testen, Punkte sammeln!

<http://elearning.bibliomed.de>

Online-Fortbildung in diesem Heft zum Artikel
**„Die Wunddokumentation ist Mittel der
 erfolgreichen Therapie“ von Kerstin Protz
 Seite 540**



dig erachtet werden, in aller Regel auch durchgeführt werden können.

Aber mehr als 80 Prozent sagen, dass sie trotz der schwierigen Personalsituation die Versorgung weitestgehend aufrechterhalten können. Fast ebenso viele teilen mit, dass klare Regeln darüber vorliegen, welche Maßnahmen der Patientenversorgung Priorität haben. Dies kann als Ausdruck pflegerischer Professionalität im Umgang mit dem Personalmangel gewertet werden.

Weniger Nachwuchs bei bestehendem Fachkräftemangel

In den Pflegeberufen steht heute schon Sektoren übergreifend einer steigenden Nachfrage an qualifiziertem Personal in der Gesundheits- und Krankenpflege in den Krankenhäusern eine abnehmende Ausbildungskapazität gegenüber. Im Betrachtungszeitraum sanken von 2000 bis 2008 die Ausbildungszahlen für Gesundheits- und Krankenpflegende im Zuge des Stellenabbaus sowie der Änderung der Finanzierungsgrundlagen von 69 403 im Jahr 2000 auf 62 486 im Jahr 2008 und damit um zehn Prozent ab.

Die Arbeitslosenquote in den Pflegeberufen ist zudem traditionell niedrig. Waren 2005 noch 21 400 Gesundheits- und Krankenpfleger arbeitslos gemeldet, so waren es 2008 nur noch 9 500 und Anfang 2010 nur noch knapp 5 700. Dies entspricht einer Arbeitslosenquote von unter einem Prozent, was als Indiz für den sich verstärkenden Fachkräftemangel anzusehen ist.

Berufsbild Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt sich

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme im Krankenhaus zeigt sich aber auch ein sukzessiver Wandel des Berufsbildes und der Einschätzungen der Befragten zur beruflichen Situation. Gerade mit Blick auf

die jüngeren Pflegekräfte werden positive Einstellungen zum Berufsbild und die zunehmende Bereitschaft sichtbar, neue Entwicklungsmöglichkeiten zu nutzen. So sehen vier von fünf jungen Pflegenden insgesamt gute Entwicklungschancen im Beruf. Fast 40 Prozent spielen mit dem Gedanken, sich akademisch durch ein Pflegestudium weiterqualifizieren zu wollen. Selbst unter den Mitarbeitern bis 40 Jahre will sich noch jeder Vierte möglichst akademisch weiterbilden.

Gut jeder Zweite der Befragten sieht gute Möglichkeiten, neue Handlungsfelder in der Pflege für sich zu erschließen und fühlt sich dabei in seiner beruflichen Entwicklung durch den Arbeitgeber unterstützt.

Die jüngeren Pflegenden spielen aber auch eher als die älteren mit dem Gedanken, ins Ausland zu gehen. Sind es insgesamt 20 Prozent der Befragten, die eine Auslandstätigkeit nicht ausschließen, so sind es bei den unter 25-Jährigen schon 40 Prozent. Das Bild des „Sackgassenberufs Pflege“ dürfte damit endgültig der Vergangenheit angehören.

Zum Kerngeschäft der Pflege zählen nach Auffassung der Befragten Aufgaben wie die Versorgung der Patienten mit Medikamenten, die umfassende Beratung auch von Angehörigen, das eigenverantwortliche Wundmanagement, das Entlassungsmanagement und die Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme. Weniger zählen dazu Tätigkeiten wie Reinigungsdienste, einfache administrative Serviceleistungen, Materiallogistik, aber auch ärztliche Aufgaben wie venöse Routineblutentnahmen.

Die zunehmend professionellen Haltungen in der Pflege zeigen sich auch bei der Nutzung von Expertenstandards, bei den Fragen der Optimierung der Arbeitsabläufe und der interdisziplinären Kooperation. Zwei von drei Befragten geben an,

dass Expertenstandards in der praktischen Arbeit berücksichtigt werden. Mehr als jede zweite Pflegekraft (58,4 Prozent) geht davon aus, dass durch verbesserte Arbeitsabläufe Zeitressourcen für die Patientenversorgung eingespart werden könnten. Damit zeigen die Pflegenden keineswegs eine Resignation angesichts der angespannten Personalsituation. Letztlich ist der weitaus größte Teil der Befragten (58,3 Prozent) der Meinung, dass die Kooperation mit den Ärzten insgesamt als gut zu bezeichnen ist.

Handlungsbedarfe auf allen Ebenen

Fazit ist, dass das, was in den vergangenen Jahren bei den Krankenhausärzten mit einem deutlichen Ausbau um mehr als 20 000 Stellen richtig gemacht wurde, bei der Krankenhauspflege durch den massiven Stellenabbau falsch gelaufen ist und immer folgenschwerer wird. Der Exodus der Pflege aus dem Krankenhaus und die damit zusammenhängende Abnahme der Ausbildungskapazitäten haben zur deutlichen Ausdünnung und statistischen Überalterung der Personaldecke in der Pflege mit der Folge hoher Arbeitsbelastungen geführt. Zugleich steigen die Patientenzahlen weiter an. Damit werden höhere Risiken in der Patientenversorgung und -sicherheit in Kauf genommen. Die verbliebenen Pflegekräfte versuchen aber, die Versorgung für alle Patienten so gut wie irgend möglich aufrecht zu halten.

Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass im Krankenhaus ein chronischer Pflegemangel herrscht. Kurzfristige Änderungen erscheinen aber kaum möglich, da nicht genügend ausgebildet wird und der Arbeitsmarkt quasi „leer gefegt“ ist, zugleich aber auch die ambulante und stationäre Pflege steigende Bedarfe verzeichnet. Hier wird es zu einem sich erheblich verschärfenden Konkurrenzkampf um qualifizierte Mitarbeiter zwi-

schen den einzelnen Versorgungsbereichen in den nächsten Jahren kommen. Als weitere Prognose lässt sich ableiten, dass in Zukunft eine größere Zahl älterer Mitarbeiter aus dem Dienst ausscheiden wird und zusätzlich ersetzt werden muss.

Damit ist ein umfassendes Problemfeld umschrieben, das die Krankenhäuser alleine nicht werden lösen können. Hier sind alle verantwortlichen Kräfte der Gesundheitspolitik von Bund und Ländern, Gewerkschaften, Verbände und Kostenträger gemeinsam mit den Krankenhäusern gefragt, in einer konzentrierten und nachhaltigen Aktion den sich abzeichnenden Kollaps zu vermeiden.

Ohne Zweifel würde ein massenhaftes berufliches Organisieren von Gesundheits- und Krankenpflegenden in Berufsverbänden und Gewerkschaften als Reaktion auf die Ergebnisse dieser Studie ein ganz wesentlicher

Schwerpunkt zur „Palliativen Pflege“ kommt im Juli 2010

Das für diese Ausgabe angekündigte Schwerpunktthema „Palliative Pflege – Vom Umgang mit Sterben und Tod“ wird im Juli 2010 veröffentlicht. Aus aktuellen Gründen wurde das Pflege-Thermometer 2009 vorgezogen. Wir bitten um Ihr Verständnis.
Ihre Redaktion

Schritt in die richtige Richtung sein. Hier lässt sich wirklich von der Ärzteschaft im Krankenhaus lernen. Die Argumente der Ärzte für einen Stellenausbau waren und sind nicht unbedingt besser als die der Pflege, sie werden aber erheblich erfolgreicher gegen andere Interessen und für eine bessere Patientenversorgung durchgesetzt. Das ist in erster Linie dem hohen Organisationsgrad der Mediziner und der konsequenten Linie ihrer Verbände – ob einem das nun passt oder nicht – zuzuschreiben. Hier bleibt für die Pflege noch viel zu tun.

Das dip wird in jedem Falle die Entwicklungen in und rund um

die Pflege genau beobachten. Wir werden auch weiterhin mit Pflege-Thermometern den heiß diskutierten Themen und Entwicklungen auf der Spur bleiben. Die überwältigende Resonanz ist dabei auch ein Auftrag an die Forschung.

Autoren:

M. Isfort, F. Weidner, S. Kraus, A. Neuhaus, V.-H. Köster, D. Gehlen

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort
Abteilungsleiter III (Pflegearbeit und -beruf)
Mitglied des Vorstandes
Deutsches Institut für angewandte
Pflegeforschung e. V.
Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
E-Mail: m.isfort@dip.de, www.dip.de

Staatlich zertifizierte Fernweiterbildung Geprüfter unabhängiger Pflegesachverständiger

Themen u.a.

- Erstellen von Gutachten
- Literaturrecherche
- Gesetzliche Grundlagen
- Steuerliche Grundlagen
- Verhalten vor Gericht
- Besonderheiten der Begutachtung von Kindern oder psychisch Kranken
- Pflegebezogenes Assessment zur Überprüfung der Fähigkeitseinschränkungen

Weitere Infos unter www.wifap.de



Das Wittener Institut für angewandte Pflegewissenschaft (WIFAP) ist ein Kompetenzzentrum für unabhängige Gutachten in der Pflege. WIFAP ist in wissenschaftliche Netzwerke eingebunden und der Vermittlung neuer Erkenntnisse der Pflegewissenschaft verpflichtet.



Die Fernweiterbildung **Geprüfter unabhängiger Pflegesachverständiger** ist staatlich zertifiziert und wird bei erfolgreicher Teilnahme mit Zertifikat abgeschlossen.

Der Abschluss qualifiziert für Gutachten im Sozialrecht, Strafrecht, Arbeits- und Berufsrecht sowie in der Qualitätssicherung.

Der Lehrgang enthält 150 Unterrichtseinheiten in 4 Präsenzphasen an wechselnden Orten, insgesamt 15 Tage.

Gesamtumfang der Fernweiterbildung: 1.050 Stunden.

Dauer: 12 Monate berufsbegleitend.

Lehrgangsbeginn: 15. Oktober 2010

Weitere Informationen und Anmeldung bei der Institutsleitung Dr. Barbara C. Terborg, Pflegewissenschaftlerin.

WIFAP Wittener Institut für angewandte Pflegewissenschaft
Hauptsitz: 58455 Witten • Alfred-Herrhausen-Str. 44 • Tel. 02302 915150
Zweigstelle: 87654 Friesenried • Kapellenweg 6 • Tel. 08347 9209355
www.wifap.de • info@wifap.de