

*Gemeinsam für mehr Wissen*

---



DEUTSCHES  
KRANKENHAUS  
INSTITUT

# **Umsetzungsstand der Konzertierten Aktion Pflege im Krankenhaus**

Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts  
für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Melanie Filser

Karl Blum

**Ansprechpartner\*innen:**

Dr. Karl Blum



Melanie Filser



Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47 051-17 / -20

E-Mail: [karl.blum@dki.de](mailto:karl.blum@dki.de) / [melanie.filser@dki.de](mailto:melanie.filser@dki.de)

Datum: 25.10.2021

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>MANAGEMENT SUMMARY</b> .....	<b>7</b>
<b>1 EINLEITUNG UND ZIELE</b> .....	<b>10</b>
<b>2 METHODIK</b> .....	<b>12</b>
2.1 DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNGEN.....	12
2.2 DATENGRUNDLAGE UND STICHPROBE.....	13
<b>3 ERGEBNISSE</b> .....	<b>14</b>
<b>4 PERSONALSTAND IN DER PFLEGE</b> .....	<b>15</b>
4.1 DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL DER IN 2020 TÄTIGEN PFLEGEKRÄFTE.....	15
4.2 DURCHSCHNITTLICHE ANZAHL DER IN 2020 NEU EINGESTELLTEN PFLEGEKRÄFTE.....	15
4.3 FLUKTUATIONSQUOTEN UND AUSFALLZEITEN IN DER PFLEGE.....	17
<b>5 PFLEGEPERSONAL AUS DEM AUSLAND</b> .....	<b>19</b>
5.1 AKTUELLER STAND ZUM ANTEIL DES PFLEGEPERSONALS AUS DEM AUSLAND.....	20
5.2 GEWINNUNG UND INTEGRATION VON PFLEGEKRÄFTEN AUS DEM AUSLAND.....	21
<b>6 PERSONALGEWINNUNG / -RÜCKGEWINNUNG UND -BINDUNG</b> .....	<b>24</b>
6.1 EINSATZ VON LEIHARBEIT.....	24
6.2 BINDUNG VON PFLEGEKRÄFTEN.....	26
6.3 RÜCKGEWINNUNG UND (WIEDER-)EINARBEITUNG VON PFLEGEKRÄFTEN.....	27
6.4 BINDUNG UND WIEDEREINSTIEG VON PFLEGEKRÄFTEN WÄHREND DER ELTERNZEIT.....	28
6.5 UNTERSTÜTZUNG FÜR DEN ARBEITSWEG.....	29
<b>7 LEBENSPHASENGERECHTE ARBEITSGESTALTUNG</b> .....	<b>30</b>
7.1 MITARBEITERORIENTIERTE ARBEITS- UND DIENSTPLANGESTALTUNG.....	30
7.2 FAMILIENORIENTIERTE ARBEITSGESTALTUNG.....	32
7.3 ALTERSGERECHTE ARBEITSGESTALTUNG.....	36
<b>8 PERSONAL- UND FÜHRUNGSKRÄFTEENTWICKLUNG</b> .....	<b>37</b>
8.1 PERSONALENTWICKLUNG.....	37
8.2 FÜHRUNGSKRÄFTEENTWICKLUNG.....	40
<b>9 WERTSCHÄTZUNG UND WERTSCHÄTZENDE FEHLER- UND LERNKULTUR</b> .....	<b>42</b>
9.1 WERTSCHÄTZUNG UND ANERKENNUNG.....	42
9.2 WERTSCHÄTZENDE FEHLER- UND LERNKULTUR.....	43
<b>10 ARBEITSSCHUTZ, GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION</b> .....	<b>44</b>
10.1 STRATEGIE UND ORGANISATION DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	44
10.2 VERHALTENSPRÄVENTIVE MAßNAHMEN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	46

---

10.3	ARBEITSSCHUTZ .....	47
10.4	GEWALTPRÄVENTION .....	49
10.5	EINSATZ VON ERGONOMIEBERATUNG.....	51
10.6	ANGEBOTE ZUR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG WÄHREND DER PANDEMIE.....	52
<b>11</b>	<b>DIGITALISIERUNG .....</b>	<b>53</b>
11.1	EINSATZ VON MOBILEN GERÄTEN ZUR ENTLASTUNG DER PFLEGE.....	53
11.2	EINSATZZWECKE VON MOBILEN GERÄTEN IN DER PFLEGE .....	54
11.3	POTENZIALE DER DIGITALISIERUNG ZUR ENTLASTUNG DER PFLEGE.....	54
<b>12</b>	<b>UMSETZUNGSBEDINGUNGEN .....</b>	<b>55</b>
12.1	VERFÜGBARE MITTEL UND STRUKTUREN.....	55
12.2	EINBINDUNG DES PERSONALS UND VERFÜGBARES KNOW-HOW .....	56
<b>13</b>	<b>GOOD-PRACTICE-PROJEKTE .....</b>	<b>57</b>
<b>14</b>	<b>FAZIT.....</b>	<b>58</b>
<b>15</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>60</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Durchschnittliche Anzahl der tätigen Pflegekräfte, Stichtag 31.12.2020 .....	15
Abb. 2: Durchschnittliche Anzahl der in 2020 neu eingestellten Pflegekräfte .....	16
Abb. 3: Rücktritte von Job-Zusagen im Pflegedienst aufgrund der pandemiebedingten Situation .....	16
Abb. 4: Fluktuationsquoten im Pflegedienst 2018 - 2020.....	17
Abb. 5: Fluktuationsquoten im Pflegedienst 2020 nach Bettengrößenklassen .....	18
Abb. 6: Prozentualer Anteil der beschäftigten Pflegekräfte aus dem In- bzw. Ausland.....	20
Abb. 7: Einschätzung zum zukünftigen Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland .....	21
Abb. 8: Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland .....	22
Abb. 9: Vorhalten eines*einer Integrationsmanager*in .....	23
Abb. 10: Maßnahmen zur Integration von Pflegekräften aus dem Ausland.....	24
Abb. 11: Einsatz von Honorar-/Zeitarbeitskräften im Pflegedienst der Allgemeinstationen.....	25
Abb. 12: Einsatz von Honorar-/Zeitarbeitskräften im Pflegedienst der Intensivstationen .....	26
Abb. 13: Strukturelle Maßnahmen zur Bindung von Pflegekräfte .....	27
Abb. 14: Maßnahmen zur Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung von Pflegekräften .....	28
Abb. 15: Maßnahmen zur Bindung von Pflegekräften während der Elternzeit .....	29
Abb. 16: Möglichkeiten im Bereich des ÖPNV zur Unterstützung für den Arbeitsweg .....	30
Abb. 17: Allgemeine Maßnahmen zur lebensphasengerechten Arbeitsgestaltung .....	31
Abb. 18: Angebote zur Kinderbetreuung und Ausbaubedarf .....	33
Abb. 19: Abruf von Mitteln zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.....	34
Abb. 20: Maßnahmen zur familienorientierten Arbeitsgestaltung .....	35
Abb. 21: Maßnahmen zur altersgerechten Arbeitsgestaltung .....	37
Abb. 22: Qualifizierungsmaßnahmen zur Personalentwicklung.....	38
Abb. 23: Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung .....	39
Abb. 24: Maßnahmen zur überfachlichen Qualifikation von Führungskräften .....	41
Abb. 25: Maßnahmen zur Wertschätzung und Anerkennung .....	42
Abb. 26: Wertschätzende Fehler- und Lernkultur .....	44
Abb. 27: Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung .....	45
Abb. 28: Inanspruchnahme von Angeboten der Sozialversicherungsträger .....	46
Abb. 29: Verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	47
Abb. 30: Maßnahmen zur Umsetzung des Arbeitsschutzes .....	49
Abb. 31: Gewaltprävention und Maßnahmen zum Umgang mit Gewalterfahrungen.....	50
Abb. 32: Einsatz von Ergonomieberatung.....	51
Abb. 33: Einsatzbereiche der Ergonomieberatung .....	52
Abb. 34: Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung .....	52
Abb. 35: Einsatz und Anwendungsbereiche von mobilen / digitalen Geräten .....	53
Abb. 36: Schulungen zum Einsatz von mobilen / digitalen Endgeräten.....	54
Abb. 37: Entlastungen durch digitale und technische Unterstützung.....	55

---

Abb. 38: Umsetzungsbedingungen: Verfügbare Mittel und Strukturen .....	56
Abb. 39: Umsetzungsbedingungen: Personal und Know-how .....	57
Abb. 40: Verteilung und Wirkungsfelder der Good-Practice-Projekte .....	58

## Management Summary

Die **Konzertierte Aktion Pflege** (KAP) soll den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften verbessern. Mit zwei **repräsentativen Krankenhausbefragungen** des Deutschen Krankenhausinstituts für die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollten die Umsetzung ausgewählter Maßnahmen erfasst (2. Befragung) und **Good-Practice-Beispiele im Krankenhaus** identifiziert werden (1. Befragung). An der Erstbefragung beteiligten sich bundesweit 319 Krankenhäuser und an der Zweitbefragung 292 Häuser.

Hinsichtlich der **Entwicklung des Personals im Pflegedienst** gaben die Häuser an, dass im Jahr 2020 durchschnittlich 24 Vollkräfte pro Krankenhaus neu eingestellt wurden, darunter waren im Schnitt 21 Pflegekräfte, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen. Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten blieben 2020 bundesweit rund 14.400 Vollkraftstellen im Pflegedienst der Allgemeinstationen unbesetzt. Im Jahr 2020, erhielten 14 % der Häuser aufgrund des Pandemie-Geschehens Absagen von Pflegefachkräften, die ihre Stelle nicht antreten wollten. Aufgrund dessen steigerten knapp zwei Drittel der betroffenen Krankenhäuser ihre Aktivitäten zur (Rück-) Gewinnung der Pflegefachkräfte.

In Zeiten des Fachkräftemangels greifen Krankenhäuser zur Sicherung ihrer Pflegequalität vermehrt auch auf Fachkräfte aus dem Ausland zurück. In den nächsten drei Jahren sehen drei von vier Krankenhäusern einen deutlichen Mehrbedarf an **Pflegekräften aus dem Ausland**. Zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland werden in der Hälfte der Häuser gezielte Informations- / Werbeinitiativen zu attraktiven Arbeitsbedingungen durchgeführt. 59 % der Häuser arbeiten mit Personalserviceagenturen. Zur fachlichen, betrieblichen und sozialen Integration wird von 62 % der Krankenhäuser ein Integrationskonzept eingesetzt. Dabei wird die Arbeitszeit von Pflegekräften, die in die Einarbeitung eingebunden sind, eingeplant und Sprachförderungsprogramme / -kurse werden angeboten.

Insgesamt führt die Mehrheit der Krankenhäuser (63 %) Maßnahmen zur **Rückgewinnung von Pflegefachkräften** durch. Um Leiharbeit zu reduzieren und Stammpersonal im Krankenhausbetrieb zu halten, setzt mehr als ein Drittel (73 %) der Krankenhäuser eigene Ausfallkonzepte bei Personalengpässen, wie z. B. einen (lokalen) „Springerpool“ ein. Darüber hinaus gehören für die kurzfristige Übernahme eines Dienstes in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser (56 %) eine „Flex-Zulage“ sowie die Erhöhung der Schichtzuschläge zum Standard.

Zur **Personalbindung** wird von nahezu allen Krankenhäusern (98 %) bereits ein strukturiertes Einarbeitungskonzept für Berufs- und Wiedereinsteiger\*innen vorgehalten. Zwei Drittel der Krankenhäuser (68 – 70 %) bieten ihren Pflegekräften grundlegend die Möglichkeit zur **mitarbeiterorientierten Arbeits- und Dienstplangestaltung**. Dabei werden individuelle Lösungen, wie z. B. Wunscharbeitszeiten, feste freie Tage oder Sonderurlaub (aus familiären Gründen, zur Weiterbildung oder zur Regeneration) den beschäftigten Pflegekräften standardmäßig angeboten. Der Ausstieg aus der Schichtarbeit (31 %) oder die Verringerung von Nacht- und Wochenendarbeitszeit wird nur von einem Teil der Krankenhäuser (42 %) standardmäßig angeboten.

Zur Verbesserung einer **familienorientierten Arbeitsgestaltung** bietet jedes zweite Krankenhaus generell Kinderbetreuungsangebote an und insgesamt sehen 73 % dieser Häuser den Bedarf zum weiteren Ausbau. Standardmäßig wird am häufigsten die Verlängerung der Elternzeit (79 %) zur Organisation der Kinderbetreuung angeboten. Darüber

hinaus bieten mehr als ein Drittel der Krankenhäuser (35 %) eine betriebseigene Kinderbetreuung an. Die Kinderbetreuung über eine Kooperation mit externen Anbietern in der Umgebung wird von gut einem Viertel (24 %) der Häuser standardmäßig umgesetzt.

Zur systematischen **Arbeitsgestaltung für Pflegekräfte im höheren Lebensalter** sind insgesamt bei knapp der Hälfte der Krankenhäuser Prozesse standardmäßig etabliert. Zahlreiche Krankenhäuser (64 – 77 %) ermöglichen z. B. den Wechsel des Einsatzbereiches oder der Position für ältere Pflegekräfte oder bieten die entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangebote zur Qualifizierung für den Einsatz in anderen Arbeitsbereichen an. Eine direkte Reduzierung von körperlich anstrengender Arbeit wird von einem Teil der Krankenhäuser (38 %) standardmäßig angeboten.

Im Rahmen der **Personalentwicklung** verfügen faktisch alle Krankenhäuser (99 %) standardmäßig über Einarbeitungskonzepte im Pflegedienst. Fort- und Weiterbildung zur gezielten Weiterqualifizierung der Mitarbeiter\*innen werden quasi flächendeckend, d. h. in über 90 % der Krankenhäuser standardmäßig eingesetzt. Sie sind damit eine wichtige Grundlage bei der Personalentwicklung im Pflegebereich. Weniger verbreitet sind hingegen Hospitationsprogramme in externen Einrichtungen und Trainee-Programme sowie vor allem Job-Rotationsprogramme und Job-Enrichment. Zur **Führungskräfteentwicklung** werden am häufigsten Qualifizierungen (47 %) zum Führungsverhalten bzw. zum Führungsstil angeboten. Es folgen Maßnahmen zum Konfliktmanagement und zum Kommunikationstraining. Fragen der Prozess- und Arbeitsorganisation stehen hingegen seltener im Fokus der Qualifizierungen von Führungskräften.

Für die **Anerkennung und Wertschätzung** der Pflegekräfte als übergreifendes Querschnittsthema im Sinne einer Unternehmenskultur bieten die meisten Krankenhäuser (87 %) Gratifikationen, wie Kooperationen mit Händlern oder Dienstleistern für Mitarbeiter\*innenvergünstigungen, z. B. Beiträge für Fitness-Studios, Beiträge und Rabattaktionen etc. Darüber hinaus veröffentlichen Krankenhäuser regelmäßig Informationen zur wertvollen Arbeit der beruflich Pflegenden auf der Krankenhaus-Homepage (62 %), sei es durch Veröffentlichung von Leistungen einzelner Pflegekräfte oder des Stationspflegeteams (54 %).

Im Rahmen einer wertschätzenden **Fehler- und Lernkultur** liegen Fehlermeldesysteme (CIRS, Schadensstatistiken o. ä.) in den Krankenhäusern quasi flächendeckend vor. In aller Regel können hierüber Meldungen anonym und sanktionsfrei vom Personal durchgeführt werden. Weniger bereit sind Maßnahmen, wie die Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus Fehlern (PDCA-Zyklus), der Durchführung von Risikoursachen- und Fehlervermeidungsanalysen, strukturierten Mitarbeiter\*innenschulungen bzw. Fortbildungen zum Risikomanagement in der Pflege.

Die **betriebliche Gesundheitsförderung** von Mitarbeiter\*innen ist bei zwei Dritteln der Krankenhäuser ausdrücklich als Wert oder Ziel im Leitbild des Krankenhauses verankert. Bei der Verhaltensprävention im Krankenhaus dominieren eindeutig Sport- und Bewegungsangebote, z. B. Rückenschule, Lauftreffs, Yoga etc. 67 % der Häuser bieten sie standardmäßig an. Diese Angebote werden nicht nur krankenhausesintern, sondern auch über lokale Kooperationspartner offeriert. Zur Unterstützung für eine ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitstätigkeit hat gut jedes zweite Krankenhaus (54 %) Krankenhauspersonal zu Ergonomieberater\*innen qualifiziert. Im Vergleich zur Bewältigung körperlicher Beanspruchungen sind Angebote für Maßnahmen zum Umgang mit psychosozialen Arbeitsbelastungen etwas weniger verbreitet. Der Schwerpunkt des aktuellen

Angebots liegt auf der individuellen Stressregulierung (84 %) und Stärkung persönlicher Bewältigungsressourcen über Resilienz-Training (32 %).

Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz und dem Krankenhauszukunftsfonds sollen in den nächsten Jahren bis zu 4,3 Mrd. Euro in die **Digitalisierung** der Krankenhäuser investiert werden. Die gezielte Befragung zum **Einsatz von mobilen bzw. digitalen Geräten**, wie z. B. Telemonitorgeräte, Tablets, Smartphones oder –watches zeigte, dass 46 % der Häuser diese einsetzen und 26 % der übrigen Häuser den Einsatz planen. Die Unterstützung von mobilen bzw. digitalen Geräten wurde von den Krankenhäusern in den Bereichen, Patientendokumentation, Patientenversorgung und die Organisation der Patientenpflege als entlastend bewertet.

Insgesamt beurteilten nahezu alle Krankenhäuser (98 %) die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und Förderungsmöglichkeiten, strukturelle Mittel (wie z. B. räumliche und technische Möglichkeiten) und die regelmäßige Überprüfung der Wirkung von Maßnahmen als wichtige **Umsetzungsbedingungen** für eine erfolgreiche Integration der Maßnahmen in der Personalplanung. Darüber hinaus wurden interne Faktoren, wie das Verhalten der Führungskräfte im Pflegedienst, die Akzeptanz der Maßnahmen bei den Pflegekräften und die Einbindung des Personals als die wichtigsten Stellschrauben beurteilt. Externe Faktoren, wie Unterstützungs- und Beratungsangebote oder Kooperationen zur Ausgestaltung der Maßnahmen, werden zwar von einer Mehrheit der Krankenhäuser als wichtige Faktoren angesehen, dennoch sind diese Rahmenbedingungen nicht für alle Krankenhäuser (16 – 20 %) bei der Umsetzung von geplanten Maßnahmen von Bedeutung (Abb. 39)

Insgesamt wurden 59 **Good-Practice-Beispiele** aus der Pflege in der Erstbefragung und 42 Beispiele in der Zweitbefragung erfasst. Dabei handelt es sich um Prozesse, Projekte oder Modelle, die innovativ und nachhaltig zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegedienst beitragen sollen.

Auf der einen Seite kann festgehalten werden, dass in jedem der untersuchten Handlungsfelder eine große Anzahl von Handlungsmaßnahmen umgesetzt, begonnen oder geplant ist. Vor allem in den Handlungsfeldern der Personalentwicklung, der Personalbindung, des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind diesbezüglich zahlreiche Aktivitäten zu verzeichnen. Viele positive Ansätze gibt es auch in den Bereichen des lebensphasengerechten Arbeitens und einer wertschätzenden Fehler- und Lernkultur.

Auf der anderen Seite gibt es aber auch noch Verbesserungs- und Weiterentwicklungspotenziale mit Blick auf die Maßnahmen der KAP. Die größten Umsetzungsprobleme gibt es im Bereich der Digitalisierung. Auch flächendeckend ist eine Reihe von Einzelmaßnahmen wenig verbreitet oder noch in Planung.

Nichtsdestotrotz zeigen die Ergebnisse, dass die Krankenhäuser proaktiv bemüht sind, die Situation und die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Angesichts schwieriger Rahmenbedingungen wie dem Fachkräftemangel, begrenzten finanziellen Ressourcen und den Einschränkungen durch die Corona-Pandemie sind diese Anstrengungen besonders hervorzuheben. Im Sinne der längerfristigen Bindung und Gewinnung von Pflegepersonal sollte dieser Weg weiter beschritten werden.

## 1 Einleitung und Ziele

Mit der Konzierten Aktion Pflege (KAP) wurde 2018 auf politischer Ebene auf den vorherrschenden und prognostizierten Fachkräftemangel in der Pflege reagiert. Die gemeinsame Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) soll den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften verbessern.

Für die konkrete Umsetzung der Maßnahmen wurden gemeinsam mit den Ländern, Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbänden, Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbänden, der Berufsgenossenschaft, der Bundesagentur für Arbeit sowie den Sozialpartnern die folgenden fünf Arbeitsgruppen eingerichtet (KAP, 2019):

- Arbeitsgruppe 1: Ausbildung und Qualifizierung
- Arbeitsgruppe 2: Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung
- Arbeitsgruppe 3: Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung
- Arbeitsgruppe 4: Pflegefachkräfte aus dem Ausland
- Arbeitsgruppe 5: Entlohnungsbedingungen in der Pflege.

In einer Reihe von Workshops haben die Arbeitsgruppen für definierte Handlungsfelder Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation in Krankenhäusern, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen entwickelt und vereinbart. Diese Vereinbarungen bzw. der Abschlussbericht der KAP wurden am 4. Juni 2019 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die Umsetzung von KAP-Empfehlungen der Arbeitsgruppen 2 und 3 wird von der Geschäftsstelle der Konzierten Aktion Pflege im Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen eines Monitorings durch begleitende Studien und Berichterstattung der Partner an das Bundesministerium für Gesundheit nachgehalten (KAP, 2019, S. 43). Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Partner der KAP das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) um eine Evaluation des Umsetzungsstandes der KAP speziell mit Blick auf die Empfehlungen für den Krankenhausbereich gebeten. Die Evaluation verfolgte konkret zwei zentrale Zielsetzungen, für **die jeweils spezifische Befragungsmodule** vorgesehen waren:

- die Erfassung des Umsetzungsstandes ausgewählter Maßnahmen der KAP,
- die Erfassung von Good-Practice-Beispielen zu den Empfehlungen der KAP.

Angesichts der Vielzahl und Vielfalt der Handlungsempfehlungen der KAP sollte die Evaluation des Umsetzungsstandes schwerpunktmäßig die Empfehlungen der Arbeitsgruppe 2 „Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung“ fokussieren. Die Arbeitsgruppe hat insgesamt 112 Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende in acht Handlungsfeldern vereinbart. Im Einzelnen waren dies:

- Handlungsfeld I: Eine hinreichende Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sicherstellen sowie Datengrundlagen für die Personalbedarfsplanung verbessern
- Handlungsfeld II: Beruflich Pflegende (zurück-)gewinnen und halten
- Handlungsfeld III: Arbeitsschutz, Prävention und Gesundheitsförderung nutzen
- Handlungsfeld IV: Pflege als attraktiver Arbeitsplatz: Transparenz über gute Arbeitsbedingungen schaffen – Stammpersonal im Betrieb halten und Leiharbeit reduzieren
- Handlungsfeld V: Kompetente Führung und Etablierung einer Fehler- und Lernkultur in der Pflege
- Handlungsfeld VI: Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und flexible und verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung
- Handlungsfeld VII: Lebensphasengerechte Aufgabenverteilung im Betrieb
- Handlungsfeld VIII: Wertschätzung und Anerkennung.

Die konkrete Maßnahmenauswahl aus den einzelnen Handlungsfeldern erfolgte in enger Abstimmung mit der DKG. Ergänzend wurden auch ausgewählte Fragestellungen aus der Arbeitsgruppe 3 zur Digitalisierung und der Arbeitsgruppe 4 zu Pflegekräften aus dem Ausland aufgegriffen.

---

## 2 Methodik

### 2.1 Durchführung der Befragungen

Die Krankenhausbefragungen erfolgten in zwei Feldphasen. Zunächst wurde eine kurze Erstbefragung zur Erfassung von Good-Practice-Beispielen der Krankenhäuser durchgeführt und anschließend eine standardisierte Zweitbefragung zum Umsetzungsstand der KAP. Grundlage der beiden Krankenhausbefragungen bildeten eigens für das Projekt entwickelte Fragebögen mit standardisierten und semistandardisierten Fragen.

Die Erfassung der Good-Practice-Beispiele wurde semistandardisiert mittels eines eigens entwickelten Kategorienrasters nach den folgenden Kategorien erfasst:

- Name des Projekts / Modells
- Ziele / Zielgrößen
- Kurzbeschreibung
- Förderliche Bedingungen für die Projektumsetzung
- Hinderliche Bedingungen für die Projektumsetzung
- Hinweise auf weiteführendes Informationsmaterial.

Diese Befragung war primär für die interne Nutzung durch die DKG bestimmt. Deswegen werden deren Ergebnisse hier nur cursorisch dargestellt (vgl. Kap. 13)

In der Befragung zum Umsetzungsstand ausgewählter Maßnahmen der KAP wurden in Abstimmung mit der DKG die folgenden Handlungsfelder erfasst:

- Personalstand in der Pflege
- Personalgewinnung und -bindung
- Pflegepersonal aus dem Ausland
- Lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung
- Personal- und Führungskräfteentwicklung
- Wertschätzung und Anerkennung
- Fehler- und Lernkultur
- Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention
- Digitalisierung
- Umsetzungsbedingungen
- Der Fokus der Zweitbefragung lag auf der standardisierten Erfassung der Maßnahmen über die Operationalisierung von Kurzitems.

Der Befragungszeitraum der Erstbefragung war vom 08. März bis zum 01. April 2021. Die standardisierte Zweitbefragung der Krankenhäuser zu den umgesetzten KAP Maßnahmen wurde vom 21. Juni bis zum 25. Juli 2021 durchgeführt.

Für beide Befragungen wurden die Befragungsunterlagen (Anschreiben, Fragebogen, freigemachtes Rückkuvert) an die Pflegedirektion der ausgewählten Krankenhäuser adressiert. Die Adressaten konnten den Fragebogen schriftlich oder online über einen entsprechenden Link in den Befragungsunterlagen beantworten.

Die Datenerfassung, Datenprüfung und Datenauswertung für die standardisierten Fragen der Erhebung erfolgten im DKI mit dem Statistikprogramm SPSS. In der Datenauswertung kommen im Wesentlichen Verfahren und Kennwerte der deskriptiven Statistik zum Einsatz (wie Häufigkeiten oder Mittelwerte). Die Good-Practice-Beispiele wurden anhand des Kategorienrasters aufbereitet.

## 2.2 Datengrundlage und Stichprobe

Grundgesamtheit der Befragung bildeten alle Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten in Deutschland und alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser (nachfolgend: Psychiatrien). Allgemeinkrankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Erfahrungsgemäß nehmen sie sehr selektiv an Krankenhausbefragungen teil. Bundesweit entfallen lediglich ca. 4 % der Betten, der Patient\*innen und des Krankenhauspersonals auf diese Krankenhäuser.

Um den Bearbeitungsaufwand für die teilnehmenden Krankenhäuser möglichst gering zu halten, sollte nach Möglichkeit jedes Krankenhaus der Grundgesamtheit nur einmal an den beiden Befragungen zur KAP teilnehmen. Zu diesem Zweck wurden für die erste und zweite Befragung jeweils gesplittete Zufallsstichproben gebildet. Konkret wurden zwei nach Krankenhausgröße und Krankentyp geschichtete, disproportionale Zufallsstichproben gezogen:

In den Bettengrößenklassen von 100 bis 299 Betten und 300 bis 599 Betten der Allgemeinkrankenhäuser ist jeweils eine Stichprobe von 50 % gezogen worden. Die eine Hälfte der Stichprobe hat an der ersten Befragung und die andere Hälfte an der zweiten Befragung teilgenommen. Bei den Allgemeinkrankenhäusern ab 600 Betten und den Psychiatrien wurde wegen der insgesamt kleineren Häufigkeiten in der Grundgesamtheit und zur besseren

statistischen Absicherung der Ergebnisse eine Vollerhebung durchgeführt. Diese Einrichtungen wurden somit vollzählig in beide Befragungen einbezogen.

Der Stichprobenumfang der Erstbefragung lag bei insgesamt 895 Krankenhäusern. Teilgenommen haben 319 Häuser. Das entspricht einer Rücklaufquote von 36 %.

Von den 896 Krankenhäusern der Zweitbefragung haben 292 Häuser teilgenommen, was einem Rücklauf von 33 % entspricht.

Unterschiede im Rücklauf nach Krankenhausgröße und Krankentyp infolge der disproportionalen Stichprobenziehung werden durch statistische Gewichtungen wieder ausgeglichen. Nach Maßgabe dieser Gewichtungen sind die Ergebnisse repräsentativ für die o. g. Grundgesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland.

### 3 Ergebnisse

Das DKI legt hiermit die Ergebnisse der Krankenhausbefragung zum Umsetzungsstand der Maßnahmen in den Häusern vor.

Neben der aktuellen Befragung der Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrien im Rahmen der Erstbefragung im März 2021 und der Zweitbefragung im Juli 2021 werden in den folgenden Kapiteln Daten aus der jährlich durchgeführten Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts zum aktuellen *Krankenhaus Barometer 2021* miteinbezogen. Aufgrund der besonderen Versorgungssituation in den Krankenhäusern durch das Pandemie-Geschehen wurden die Informationen aus dem *Krankenhaus Barometer 2021* nach Allgemeinstationen und Intensivstationen getrennt berücksichtigt. Diese Ergebnisse beziehen sich auf die Daten aus der Vollerhebung aller Allgemeinkrankenhäuser. Psychiatrien wurden im *Krankenhaus Barometer* nicht befragt (DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer*, in press).

Good-Practice-Beispiele aus der Pflege haben insgesamt 101 Krankenhäuser beschrieben. Dabei handelt es sich um Prozesse, Projekte oder Modelle, die innovativ und nachhaltig zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Pflegedienst beitragen sollen.

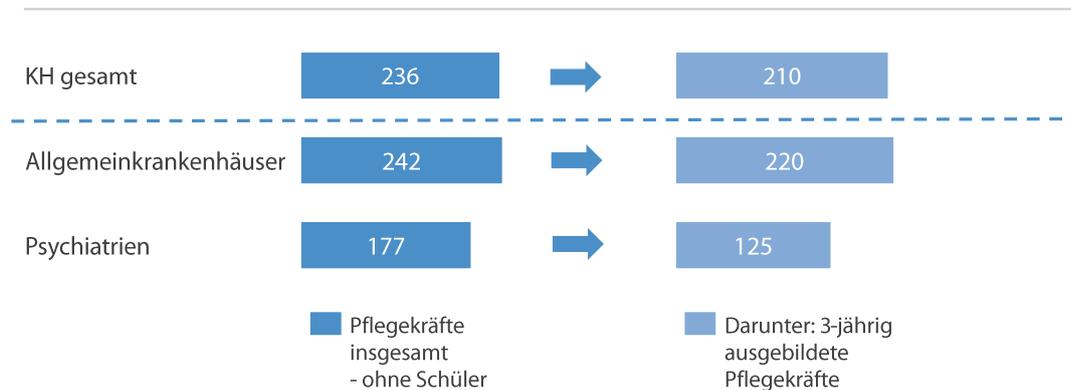
## 4 Personalstand in der Pflege

### 4.1 Durchschnittliche Anzahl der in 2020 tätigen Pflegekräfte

Zu Beginn der Krankenhausbefragung sollten die Krankenhäuser die Gesamtanzahl der tätigen Pflegekräfte (examinierte und nicht examinierte Pflegenden) zum Stichtag des 31.12.2020 in Vollkräften angeben. Zusätzlich wurde erfragt wie hoch die Anzahl der Pflegekräfte mit einer dreijährigen Ausbildung ist.

Zum Stichtag waren in den Stichprobenkrankenhäusern durchschnittlich 236 Pflegekräfte pro Krankenhaus tätig (Vollkräfte), darunter waren 210 Pflegekräfte, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen (Abb. 1).

Durchschnittliche Anzahl der **tätigen Pflegekräfte** (examinierte und nicht examinierte Pflegenden) pro Krankenhaus am 31.12.2020 (in Vollkräften):



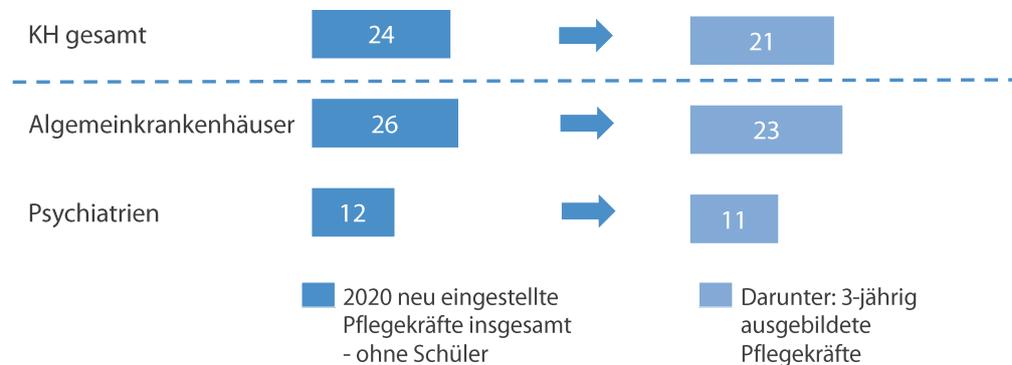
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 1: Durchschnittliche Anzahl der tätigen Pflegekräfte, Stichtag 31.12.2020**

### 4.2 Durchschnittliche Anzahl der in 2020 neu eingestellten Pflegekräfte

Im Jahr 2020 haben die Stichprobenkrankenhäuser durchschnittlich 24 Vollkräfte pro Haus neu eingestellt wurden, darunter waren im Schnitt 21 Pflegekräfte, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen (Abb. 2). Diese Anzahl betrifft gleichermaßen vorhandene wie zusätzliche Stellen.

Durchschnittliche Anzahl der in 2020 **neu eingestellten Pflegekräfte** (examinierte und nicht examinierte Pflegenden) pro Krankenhaus am 31.12.2020 (in Vollkräften):



© Deutsches Krankenhausinstitut

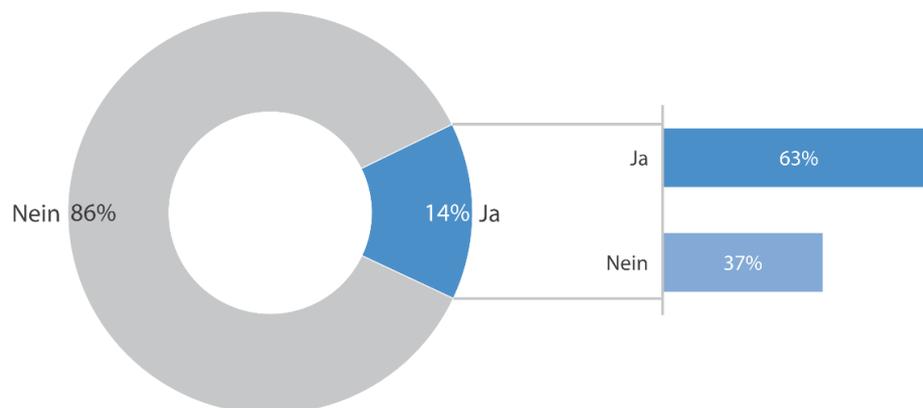
**Abb. 2: Durchschnittliche Anzahl der in 2020 neu eingestellten Pflegekräfte**

Aufgrund der besonderen Rahmenbedingungen während des Pandemie-Geschehens im Jahr 2020 erhielten 14 % der Häuser Absagen von Pflegefachkräften, weil sie ihre Stelle aufgrund der pandemiebedingten Arbeitssituation nicht antreten wollten. 63 % der betroffenen Krankenhäuser gaben auf Nachfrage an, ihre Aktivitäten zur Gewinnung von Pflegefachkräften aufgrund dieser Absagen verstärkt zu haben (Abb. 3).

Nach Krankenhausgröße und Krankenhaustyp gab es in dieser Hinsicht keine nennenswerten Unterschiede (Ergebnisse nicht dargestellt).

Sind Pflegefachkräfte von ihrer Job-Zusage zurückgetreten aufgrund der pandemiebedingten Situation? (Krankenhäuser in %)

Wenn ja, haben Sie vor dem Hintergrund des Pandemie-Geschehens die Aktivitäten verstärkt?



© Deutsches Krankenhausinstitut

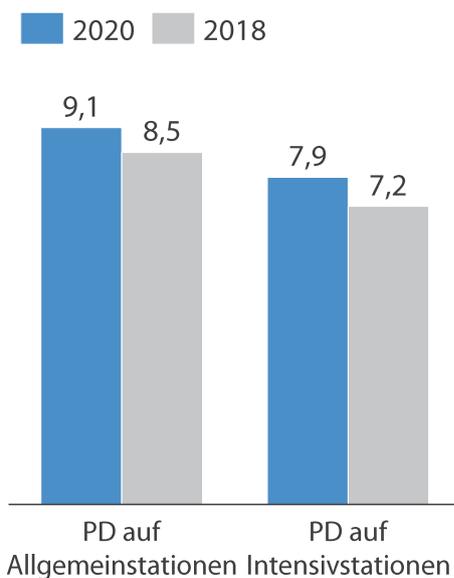
**Abb. 3: Rücktritte von Job-Zusagen im Pflegedienst aufgrund der pandemiebedingten Situation**  
Quelle: DKI, 2021, *Erstbefragung KAP, unveröffentlichter Zwischenbericht.*

### 4.3 Fluktuationsquoten und Ausfallzeiten in der Pflege

In der Befragung zum *Krankenhaus Barometer* wurden die Krankenhäuser zusätzlich gebeten ihre Fluktuationsquoten im Pflegedienst von Allgemein- und Intensivstationen anzugeben, konkret die jeweiligen Anteile der 2020 aus dem Pflegedienst ausgeschiedenen Pflegekräfte an den Pflegekräften insgesamt (in Köpfen).

Auf den Allgemeinstationen lag die Fluktuationsquote im Jahr 2020 durchschnittlich bei 9,1 % pro Krankenhaus. Mit 7,9 % fiel die Fluktuation in der Intensivpflege etwas geringer aus. Dennoch bedeutet dies einen leichten Anstieg der Fluktuation auf Allgemeinstationen und im Intensivbereich der Krankenhäuser seit 2018 (Abb. 4).

Fluktuationsquoten im Pflegedienst  
(Mittelwerte pro Krankenhaus in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 4: Fluktuationsquoten im Pflegedienst 2018 - 2020**

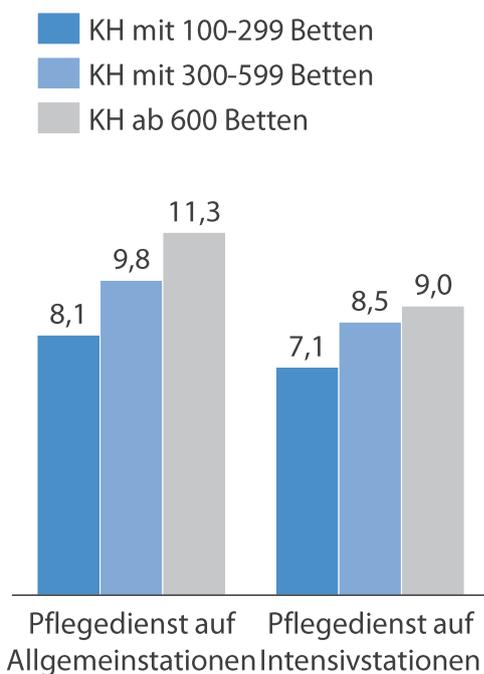
Quelle: DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer*, in press. Anmerkung: PD = Pflegedienst

In größeren Krankenhäusern ab 600 Betten sind die Fluktuationsquoten im Pflegedienst sowohl auf den Allgemeinstationen als auch auf den Intensivstationen tendenziell höher als in den kleineren Einrichtungen (Abb. 5).

Die krankheitsbedingten Ausfallzeiten im Pflegedienst lagen 2020 auf den Allgemeinstationen mit durchschnittlich rund 18 Tagen pro Kopf leicht über den Werten in der Intensivpflege mit rund 13 Tagen pro Kopf (Ergebnisse nicht dargestellt). Unterschiede in den Ausfallzeiten in Bezug auf die Größe der Krankenhäuser konnten dagegen nicht festgestellt werden.

Hinsichtlich der Entwicklung der krankheitsbedingten Ausfallzeiten auf den Allgemeinstationen in den letzten drei Jahren haben 61 % der Krankenhäuser einen Anstieg vermerkt, während jede dritte Klinik keine Veränderungen berichtet hat. Im Intensivbereich hat jede zweite Klinik einen Anstieg und 10 % ein Absinken der krankheitsbedingten Ausfallzeiten in den letzten drei Jahren angegeben (Ergebnisse nicht dargestellt).

Fluktuationsquoten im Pflegedienst  
(Mittelwerte pro Krankenhaus in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

#### Abb. 5: Fluktuationsquoten im Pflegedienst 2020 nach Bettengrößenklassen

Quelle: DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer*, in press.

Nicht nur krankheitsbedingte Ausfallzeiten stellen die Krankenhäuser vor Herausforderungen im Personalmanagement, um eine lückenlose Versorgung gewährleisten zu können, sondern auch der zunehmende Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt für den Pflegedienst führte im Frühjahr 2021 dazu, dass 84 % der Krankenhäuser Probleme hatten, offene Pflegestellen auf

Allgemeinstationen zu besetzen. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil der betroffenen Häuser merklich zu. So kann fast jedes Krankenhaus ab 600 Betten (97 %) derzeit offene Pflegestellen nicht besetzen.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten blieben bundesweit rund 14.400 Vollkraftstellen im Pflegedienst der Allgemeinstationen unbesetzt.

Die Entwicklung der Stellenbesetzungsprobleme in der Intensivpflege entspricht weitgehend den Ergebnissen für den Pflegedienst auf Allgemeinstationen (DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer*, in press).

## 5 Pflegepersonal aus dem Ausland

Ein grundlegendes Ziel der Arbeitsgruppe 4 der KAP ist, die Versorgungssicherheit in der Pflege sowie eine gute professionelle Pflege vorrangig durch Pflegepersonal aus dem Inland und der Europäischen Union zu gewährleisten (KAP, 2019, S. 133).

In Zeiten des Fachkräftemangels in Deutschland sowie bei Fehlen (geeigneter) Bewerber greifen Krankenhäuser zur Sicherung ihrer Pflegequalität vermehrt auch auf Fachkräfte aus dem Ausland zurück.

Jedoch hat „die Corona-Pandemie Auswirkungen auf die Zuwanderung von medizinischem Gesundheitspersonal. So fällt in dieser Branche der Anstieg der Anerkennungen von im Ausland erworbenen beruflichen Abschlüssen, die als vollständig oder eingeschränkt gleichwertig zu deutschen Qualifikationen gelten, deutlich gebremst aus, wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt“ (BibliomedPflege, News, 24.08.2021).

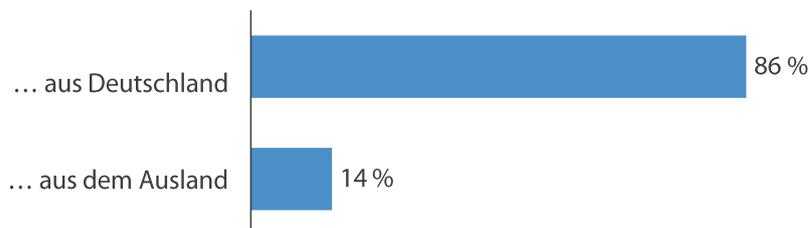
Die Gesundheitsbranche stellt 2020 mit gut zwei Dritteln (67 %) nach wie vor die Branche mit den meisten Anerkennungen aller anerkannten Berufsabschlüsse dar. Neben Ärzt\*innen sind Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen die am häufigsten anerkannten Berufe. Für das Jahr 2020 wurde ein Plus von 8 % gegenüber dem Vorjahr 2019 festgestellt. „Doch in der Vergangenheit war der prozentuale Anstieg der Anerkennungen gegenüber den jeweiligen Vorjahren deutlich höher: plus 24 % von 2018 auf 2019 und sogar plus 27 % von 2017 auf 2018“ (BibliomedPflege, News, 24.08.2021).

## 5.1 Aktueller Stand zum Anteil des Pflegepersonals aus dem Ausland

Um die aktuelle Situation in den Krankenhäusern zu erfassen, wurde zunächst der Anteil der beschäftigten Pflegekräfte aus dem In- bzw. Ausland erhoben. Die Krankenhäuser gaben an, dass durchschnittlich 14 % der beschäftigten Pflegekräfte pro Krankenhaus aus dem Ausland, sowie 86 % der Pflegekräfte aus Deutschland stammen (Abb. 6).

Wie hoch ist der prozentuale Anteil Ihrer Pflegekräfte aus dem In- und Ausland (ggf. realitätsnahe Schätzung)?

Durchschnittlicher Anteil der Pflegekräfte pro Krankenhaus

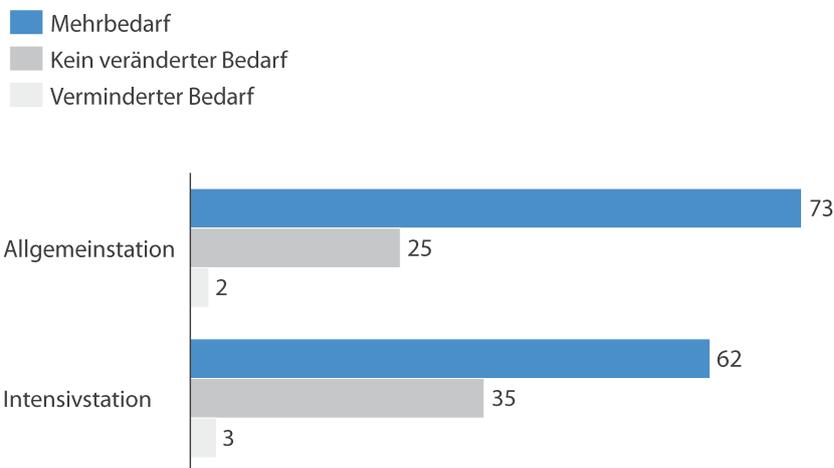


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 6: Prozentualer Anteil der beschäftigten Pflegekräfte aus dem In- bzw. Ausland**

Zur Bewertung der zukünftigen Personalsituation im Pflegedienst wurden die teilnehmenden Krankenhäuser des *Krankenhaus Barometers 2021* gebeten, ihren voraussichtlichen Bedarf an ausländischen Pflegekräften (in den nächsten drei Jahren) für ihr Haus einzuschätzen. Drei von vier Krankenhäusern sehen demnach einen Mehrbedarf in den nächsten drei Jahren auf ihren Allgemeinstationen und nur ein Viertel der Kliniken schätzt dort keinen veränderten Bedarf ein. Im Bereich der Intensivstationen sehen rund 60 % der Krankenhäuser einen Mehrbedarf und gut ein Drittel der Einrichtungen keinen veränderten Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland (Abb. 7).

Einschätzung des zukünftigen Bedarfs (in den nächsten drei Jahren) an ausländischen Pflegekräften (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

#### Abb. 7: Einschätzung zum zukünftigen Bedarf an Pflegekräften aus dem Ausland

Quelle: DKI, *Krankenhaus Barometer 2021*, in press.

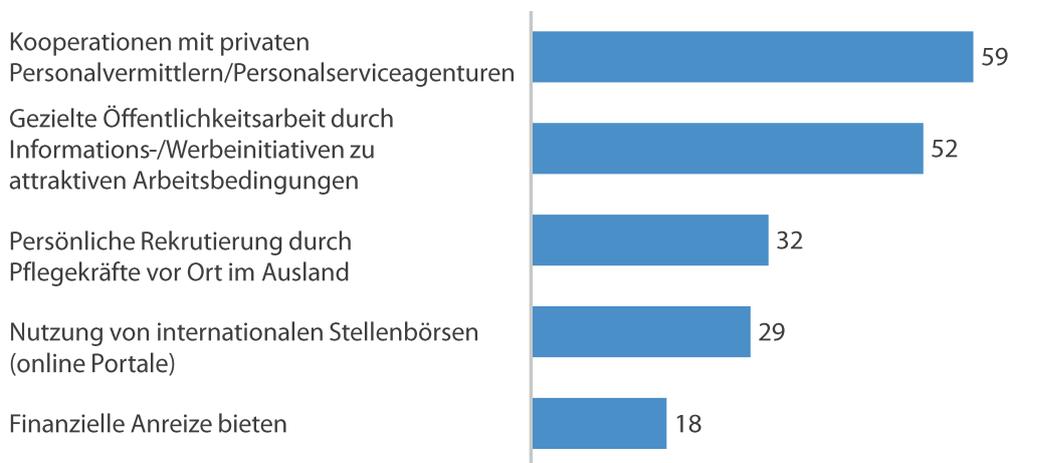
## 5.2 Gewinnung und Integration von Pflegekräften aus dem Ausland

Mit dem Ziel der KAP zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit im Ausland (KAP, 2019, S. 135) werden von 52 % der Häuser gezielte Informations- / Werbeinitiativen zu attraktiven Arbeitsbedingungen durchgeführt.

Um mehr ausländische Pflegekräfte für eine Anstellung im Krankenhaus zu gewinnen kooperieren 59 % der Häuser mit privaten Personalvermittlern bzw. Personalserviceagenturen.

Spezielle Maßnahmen, wie die persönliche Rekrutierung von Pflegekräften vor Ort im Ausland und die Nutzung von internationalen Stellenbörsen, wird von gut einem Drittel (29 – 32 %) der Krankenhäuser angewendet (Abb. 8).

Welche der folgenden Maßnahmen zur gezielten Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland werden in Ihrem Haus berücksichtigt? (*Krankenhäuser in %*)



© Deutsches Krankenhausinstitut

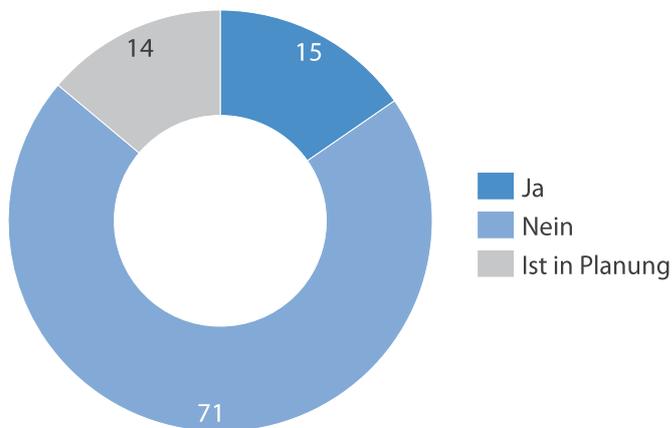
**Abb. 8: Maßnahmen zur Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland**

Nach dem Bewerbungsverfahren und der Anstellung des ausländischen Pflegepersonals ist eine fachliche, betriebliche und soziale Integration eine wichtige Voraussetzung für die nachhaltige Gewinnung und Beschäftigung dieser Pflegekräfte (KAP, 2019, S. 144).

Hierfür hält ein Teil der Kliniken (15 %) bereits ein/e interne/n Integrationsmanager\*in vor. Ebenso viele Kliniken (14 %) befinden sich aktuell in der Planung zur Besetzung dieser Position in ihrem Haus (Abb. 9).

Die Aufgaben einer / eines Integrationsmanager\*in umfassen vor allem die Konzipierung und Umsetzung von bedarfsgerechten Angeboten und Maßnahmen, die Beratung der Pflegekräfte in beruflichen sowie privaten Fragen, Förderung und Initiierung der Beteiligung der Belegschaft.

Wird in Ihrem Krankenhaus ein/e interne/r Integrationsmanager\*in vorgehalten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 9: Vorhalten eines / einer Integrationsmanager\*in**

Spezielle Maßnahmen für eine erfolgreiche Eingliederung von Pflegepersonal aus dem Ausland werden unabhängig von einer besetzten Position als Integrationsmanager\*in von den Krankenhäusern durchgeführt. Eine Übersicht der Maßnahmen und deren Umsetzungshäufigkeit ist in der folgenden Abb. 10 dargestellt.

Insgesamt kommen in 59 % der Krankenhäuser Integrationskonzepte zum offiziellen Empfang und zur betrieblichen und / oder privaten Orientierung in unterschiedlicher Häufigkeit zum Einsatz.

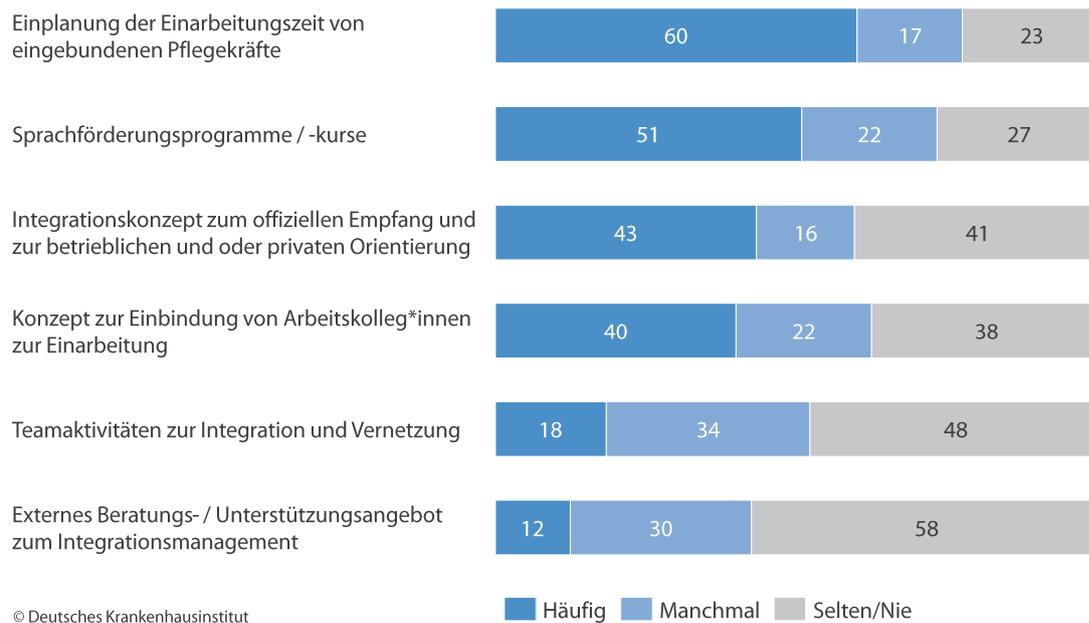
Maßnahmen, wie die Einplanung der Arbeitszeit von Pflegekräften, die in die Einarbeitung der neuen Kolleg\*innen eingebunden sind, werden von 60 % der Krankenhäuser häufig durchgeführt.

Die sprachlichen Fähigkeiten der Pflegekräfte sind sowohl in der Versorgung der Patient\*innen als auch bei der Arbeit im Team essentiell, um eine förderliche Zusammenarbeit zu gewährleisten. Die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörde hat in ihrer 43. Sitzung am 6. Februar 2019 empfohlen, B2 als einheitliches Sprachniveau für alle Bundesländer festzulegen (KAP, 2019, S. 142).

Das Angebot zu Sprachförderungsprogrammen / -kursen wird zum aktuellen Zeitpunkt von mehr als der Hälfte der Krankenhäuser (51 %) häufig oder zumindest manchmal (22 %) angeboten.

Weitere Maßnahmen, wie Konzepte zur Einbindung von Arbeitskolleg\*innen in den Eingliederungsprozess oder Teamaktivitäten zur Integration und Vernetzung, als auch die Hinzunahme eines externen Beratungs- / Unterstützungsmanagements kommen bisher seltener in den Krankenhäusern zum Einsatz (Abb. 10).

Inwieweit werden die folgenden Maßnahmen in Ihrem Haus für eine erfolgreiche Eingliederung / Integration von Pflegekräften aus dem Ausland umgesetzt? (Antworten in %)



**Abb. 10: Maßnahmen zur Integration von Pflegekräften aus dem Ausland**

## 6 Personalgewinnung / -rückgewinnung und -bindung

### 6.1 Einsatz von Leiharbeit

Neben der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland setzen sich die Partner\*innen der Konzentrierten Aktion Pflege aktiv für die Rückgewinnung von beruflich Pflegenden aus Leiharbeitsunternehmen in eine festangestellte Tätigkeit in der Pflege ein (KAP, 2019, S. 54).

In der jährlich durchgeführten Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts zum aktuellen *Krankenhaus Barometer 2021* wurden die Krankenhäuser befragt, ob und in welchem Umfang sie Honorar- / Zeitarbeitskräfte im Pflegedienst beschäftigen (DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer 2020/2021*, in press).

Für das aktuelle Befragungsjahr 2020 gaben 45 % der Krankenhäuser an, dass sie Honorar-/ Zeitarbeitskräfte im Pflegedienst der Allgemeinstationen beschäftigen (Abb. 11). Darüber

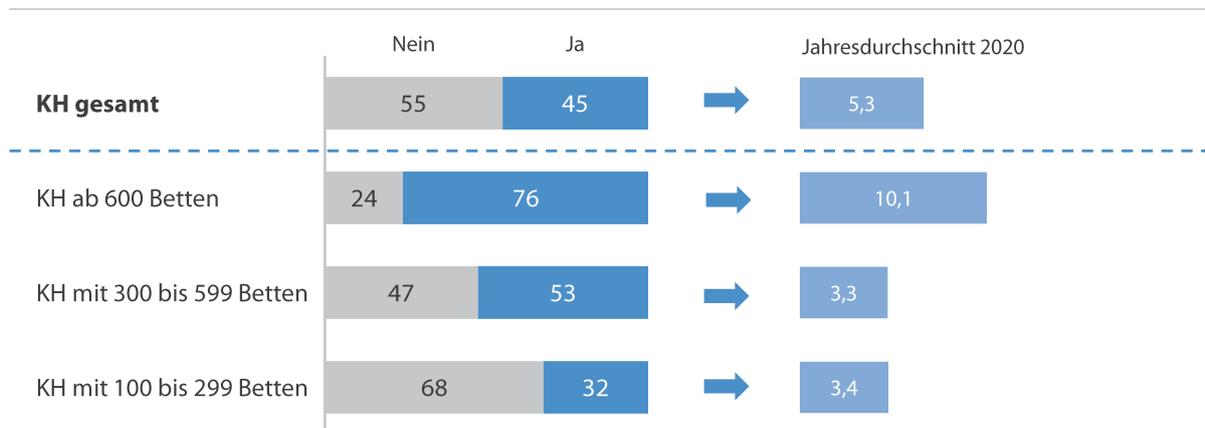
hinaus kommen in 48 % der Krankenhäuser Leih- oder Zeitarbeitskräfte in der Intensivpflege zum Einsatz (Abb. 11). Dies entspricht durchschnittlich 4,6 bis 5,3 Vollkräften pro Haus für das gesamte Jahr 2020 (Abb. 11 und Abb. 12).

Es zeigten sich jedoch deutliche Unterschiede nach Krankenhausgröße. Insgesamt 76 % der größeren Häuser (ab 600 Betten) gaben an, im Jahr 2020 durchschnittlich 10,1 Vollkräfte auf den Allgemeinstationen auf Honorarbasis im Pflegedienst zu beschäftigen. Darüber hinaus beschäftigten im Jahr 2020 84 % der größeren Krankenhäuser durchschnittlich 9,3 Honorar- / Zeitarbeitskräfte im Pflegedienst der Intensivstationen (Abb. 12). Die kleineren und mittelgroßen Häuser setzen hingegen seltener Honorar- / Zeitarbeitskräfte ein (32 – 52 %). Hier lag der Jahresdurchschnitt bei 3,3 – 3,4 Vollzeitkräften (Abb. 11).

Ein Vergleich der Situation im Zeitverlauf (2018 - 2020) zeigt jedoch kaum eine Veränderung in der Anzahl der auf Honorarbasis beschäftigten Vollzeitäquivalente auf Allgemeinstationen und in der Intensivpflege seit 2018 (Daten nicht abgebildet, DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer 2020/2021*, in press).

Hatten Sie im Jahr 2020 Honorarkräfte / Zeitarbeitskräfte im Pflegedienst Ihrer **Allgemeinstationen** beschäftigt?  
(Krankenhäuser in %)

**Falls ja**, wie viele Honorarkräfte / Zeitarbeitskräfte hatten Sie im Jahr 2020 im Jahresdurchschnitt beschäftigt?  
(Mittelwerte in Vollkräften)



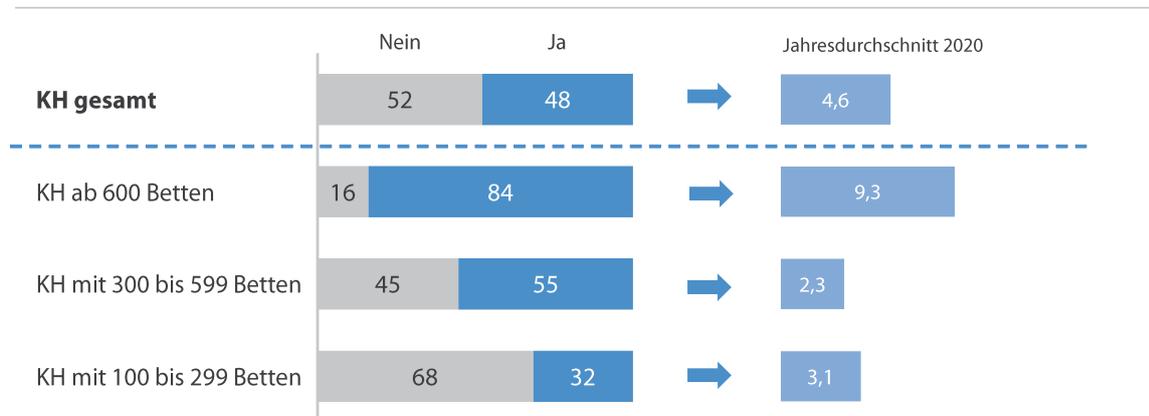
© Deutsches Krankenhausinstitut

### Abb. 11: Einsatz von Honorar- / Zeitarbeitskräften im Pflegedienst der Allgemeinstationen

Quelle-Daten: DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer 2021 in press*. KH = Krankenhäuser.

Hatten Sie im Jahr 2020 Honorarkräfte / Zeitarbeitskräfte im Pflegedienst Ihrer **Intensivstationen** beschäftigt?  
(Krankenhäuser in %)

**Falls ja**, wie viele Honorarkräfte / Zeitarbeitskräfte hatten Sie im Jahr 2020 im Jahresdurchschnitt beschäftigt?  
(Mittelwerte in Vollkräften)



© Deutsches Krankenhausinstitut

### Abb. 12: Einsatz von Honorar- / Zeitarbeitskräften im Pflegedienst der Intensivstationen

Quelle-Daten: DKI, 2021, *Krankenhaus Barometer 2021 in press*. KH = Krankenhäuser.

## 6.2 Bindung von Pflegekräften

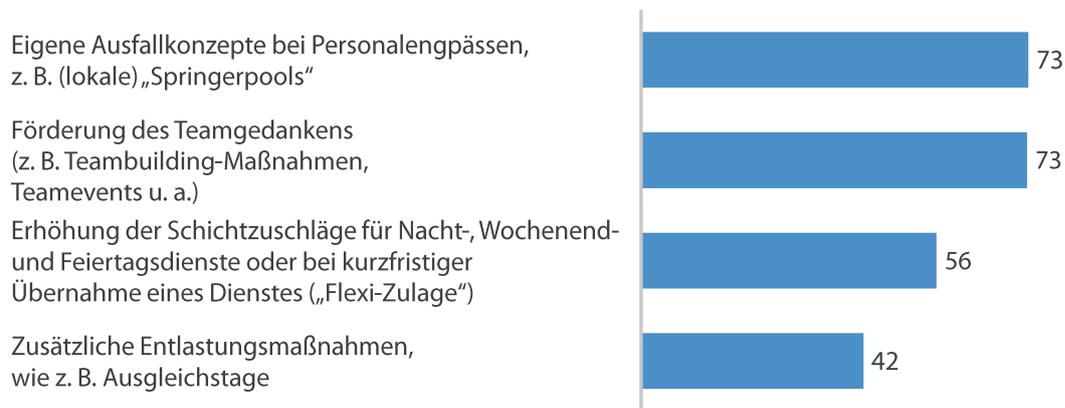
Im Handlungsfeld IV der KAP-Vereinbarungen zur nachhaltigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen wurden konkrete Ansätze formuliert, um Stammpersonal im Krankenhausbetrieb zu halten und Leiharbeit zu reduzieren (KAP, 2019, S. 71 – 73). Diese Maßnahmen wurden dementsprechend gezielt bei den Häusern abgefragt (Abb. 13).

Neben einer verbesserten Entlohnung der Arbeit im Pflegedienst beeinflussen strukturelle Rahmenbedingungen die Arbeitszufriedenheit des Personals im Pflegedienst. Insbesondere eine sichere Dienstplanung, etwa die Vermeidung von kurzfristigen Dienstplanänderungen oder Abrufe aus dem Frei, hat hierbei eine große Bedeutung. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser (73 %) hat bereits ein eigenes Ausfallkonzept bei Personalengpässen, wie z. B. einen (lokalen) „Springerpool“, etabliert (vgl. KAP, 2019, S. 72). Zusätzlich fördern ebenso viele Krankenhäuser aktiv den Teamgedanken durch Teambuildingmaßnahmen oder Teamevents (Abb. 13; vgl. KAP, 2019, S. 73).

Darüber hinaus gehört für die kurzfristige Übernahme eines Dienstes in mehr als der Hälfte der Krankenhäuser (56 %) eine „Flex-Zulage“ sowie die Erhöhung der Schichtzuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste zum Standard (Abb. 13; vgl. KAP, 2019, S. 73).

Weitere Entlastungsmaßnahmen, wie zum Beispiel die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Ausgleichstagen, werden von 42 % der Häuser angeboten (Abb. 13; KAP, 2019, S. 73).

Welche Maßnahmen kommen zur Bindung von Pflegekräften in Ihrem Haus zum Einsatz? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 13: Strukturelle Maßnahmen zur Bindung von Pflegekräften**

### 6.3 Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung von Pflegekräften

Die Pflege-Come-Back-Studie von 2018 ergab, dass 48 % der ausgestiegenen Pflegekräfte unter bestimmten Voraussetzungen bereit sind, wieder in ihrem Beruf zu arbeiten (Ney, R. und Fricke, A., 2018).

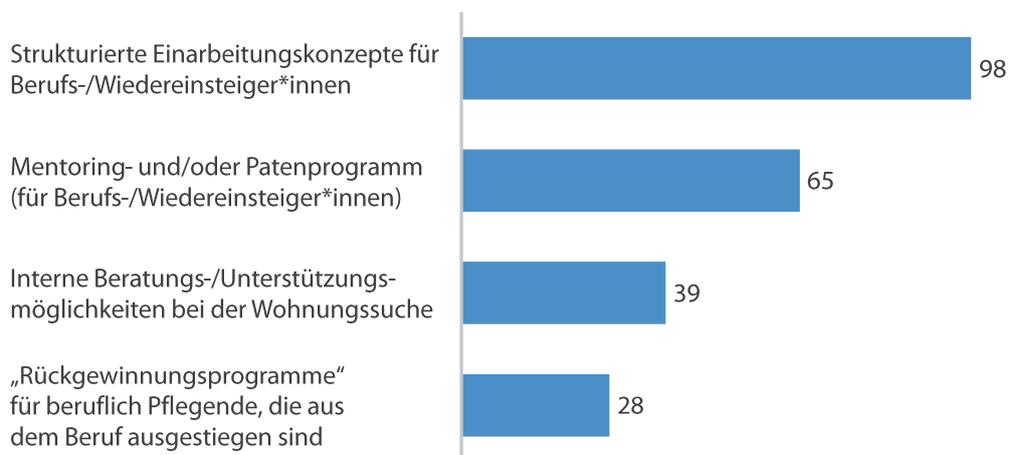
Neben den bereits aufgeführten Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflegekräften aus Leiharbeitsunternehmen fordert die Arbeitsgruppe 2 der KAP die Schaffung bzw. Anpassung von strukturellen Maßnahmen in der Dienst- und Personalplanung, z. B. ausreichende zeitliche Ressourcen für die Einarbeitung neuer Beschäftigter und Wiedereinsteiger\*innen (KAP, 2019, S. 55). Hierfür wird von nahezu allen Krankenhäusern (98 %) bereits ein strukturiertes Einarbeitungskonzept für Berufs- und Wiedereinsteiger\*innen vorgehalten (Abb. 14, vgl. KAP, 2019, S. 57).

Darüber hinaus sollen die Krankenhäuser auch Möglichkeiten zur Etablierung eines Mentoring- und Patenprogramms prüfen (KAP, 2019, S. 56). Die Krankenhausbefragung zeigte, dass bereits 65 % der Krankenhäuser ein solches Programm für Berufs- und Wiedereinsteiger\*innen etabliert haben (Abb. 14).

Ein Teil der Krankenhäuser (39 %) bietet zusätzlich interne Beratungs- / Unterstützungsangebote zur Wohnungssuche für die Pflegekräfte an (Abb. 14).

Gezielte Rückgewinnungsprogramme für Pflegende, die aufgrund privater Umstände oder den Arbeitsbedingungen aus dem Beruf ausgestiegen sind, sind bisher weniger verbreitet und werden von knapp einem Drittel der Häuser angeboten (Abb. 14).

Welche Maßnahmen zur Gewinnung bzw. zur Rückgewinnung von Pflegekräften werden von Ihrem Haus angeboten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 14: Maßnahmen zur Rückgewinnung und (Wieder-)Einarbeitung von Pflegekräften**

## 6.4 Bindung und Wiedereinstieg von Pflegekräften während der Elternzeit

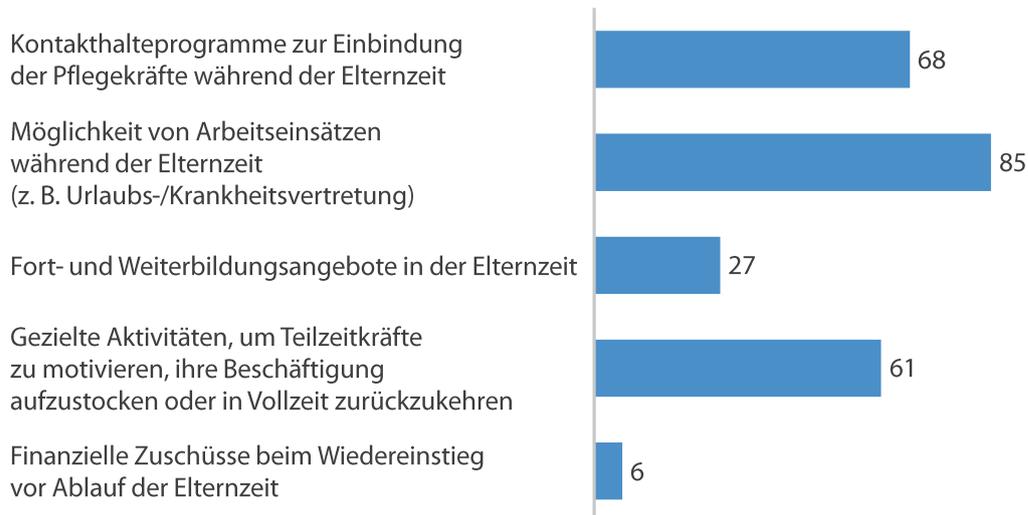
Insbesondere für den Wiedereinstieg nach der Elternzeit wurde in den KAP-Vereinbarungen festgelegt, dass Anreize und Unterstützungsangebote nach der geplanten Auszeit geschaffen bzw. ausgebaut werden sollen (KAP, 2019, S. 54).

Im Hinblick auf die Familienpause hat bereits ein Großteil der Krankenhäuser (68 %) Kontakthalteprogramme zur Einbindung von Pflegekräften etabliert (Abb. 15).

Arbeitseinsätze, wie zum Beispiel Urlaubs- / Krankheitsvertretung während der Elternzeit, ermöglichen 85 % der befragten Krankenhäuser ihren Pflegekräften. Fort- und Weiterbildungen in der Elternzeit werden bisher von 27 % der Krankenhäuser angeboten (Abb. 15).

Zum Handlungsfeld II der KAP-Vereinbarungen hinsichtlich der Motivation von Pflegekräften, ihre Teilzeitbeschäftigung aufzustocken oder in Vollzeit zurückzukehren (KAP, 2019, S. 52), gaben 61 % der Krankenhäuser gezielte Aktivitäten an (Abb. 15).

Welche Maßnahmen kommen zur Bindung von Pflegekräften in Ihrem Haus zum Einsatz? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

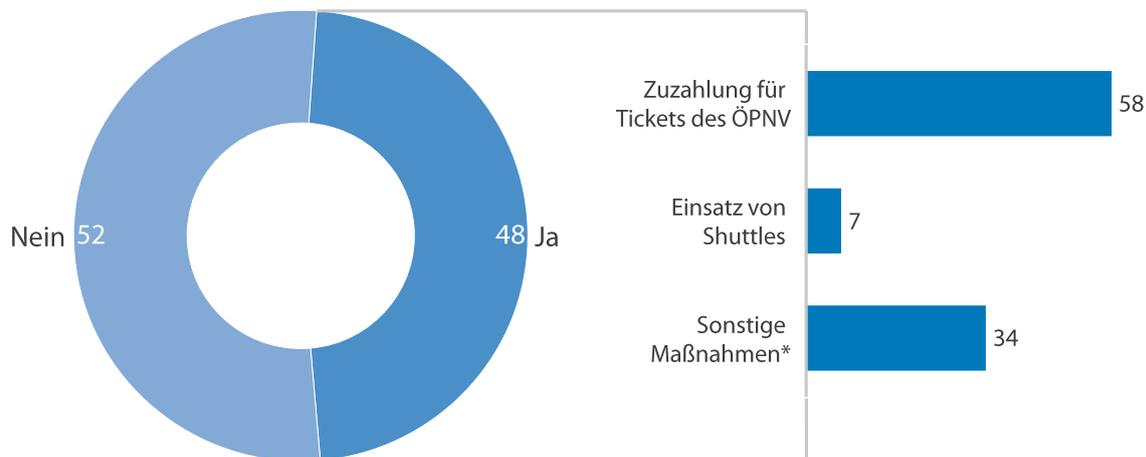
**Abb. 15: Maßnahmen zur Bindung von Pflegekräften während der Elternzeit**

## 6.5 Unterstützung für den Arbeitsweg

Ein weiterer Maßnahmenkomplex der KAP-Vereinbarung bezieht sich auf verkehrsbedingte Belastungen für das Pflegepersonal durch den Arbeitsweg (KAP, 2019, S. 59 – 60).

In rund der Hälfte aller befragten Krankenhäuser (48 %) werden Maßnahmen vorgehalten, um den Arbeitsweg für die Pflegekräfte zu erleichtern. Von diesen Häusern ermöglichen 58 % eine Zuzahlung für die entsprechenden Nahverkehrstickets. Gut ein Drittel aller Häuser (34 %) bietet zusätzliche Maßnahmen an, wie zum Beispiel Fahrradleasing oder Mitarbeiterparkplätze. Vereinzelt (6 %) kommen in den Krankenhäusern Shuttles zum Einsatz (Abb. 16).

Möglichkeiten im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) um den Weg zur und von der Arbeit zu erleichtern (Krankenhäuser in %).



\*Sonstige Maßnahmen wie z.B. Job-Rad/Fahrradleasing, MobiCard, Mitarbeiterparkplätze etc.

© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 16: Möglichkeiten im Bereich des ÖPNV zur Unterstützung für den Arbeitsweg**

## 7 Lebensphasengerechte Arbeitsgestaltung

### 7.1 Mitarbeiterorientierte Arbeits- und Dienstplangestaltung

Die Attraktivität der Pflegeberufe kann durch die Entwicklung von mitarbeiterorientierten Personalplanungs- und Arbeitszeitkonzepten gestärkt werden.

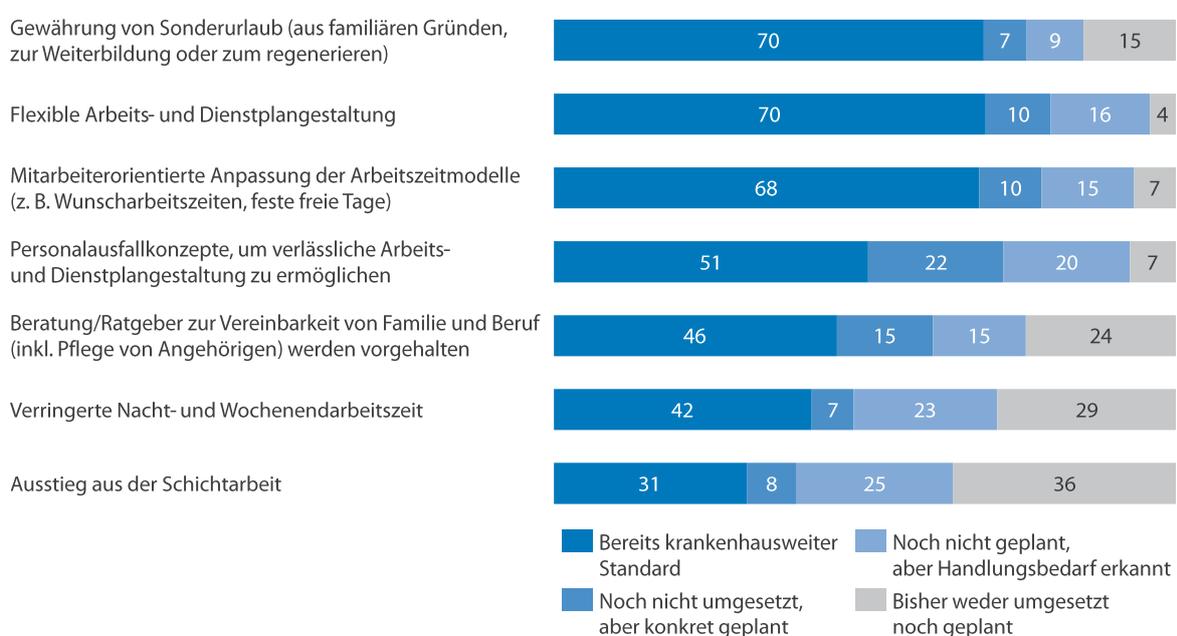
Durch Konzepte, die Personalausfälle sinnvoll kompensieren, eine Arbeitsüberlastung vermeiden oder die Möglichkeit zur Gestaltung von partizipativen und flexiblen Arbeitszeitvolumen, können die Arbeitsbedingungen im Pflegedienst wesentlich verbessert werden. Dabei stellt die Schichtarbeit im Pflegedienst der Krankenhäuser besonders hohe Anforderungen an die Gestaltung einer individuellen und lebensphasengerechten Dienstplanung.

Neben grundlegenden Strukturen in der Dienstplanung zur mitarbeiterorientierten Gestaltung der Arbeitsbedingungen spielen vor allem zwei Lebensphasen, die Familienphase und das Arbeiten im Alter, eine zentrale Rolle.

Auch nach den Vereinbarungen der KAP stellen diese beiden Lebensphasen die zentralen Wirkungsfelder zur Umsetzung von lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen dar (KAP, 2019, Handlungsfeld VI, S. 77–79 und Handlungsfeld VII, S. 80 – 81).

Um den aktuellen Stand der umgesetzten Maßnahmen abzubilden, wurden die Krankenhäuser gefragt, welche grundlegenden Strukturen sie zur lebensphasengerechten Arbeitsgestaltung im Pflegedienst ihres Hauses bereits als krankenhausesweiter Standard etabliert haben bzw. in welchem Stadium sich die Planung von einzelnen Maßnahmen befindet. Abb. 17 zeigt zunächst die Ergebnisse zu den allgemeinen Strukturen und Möglichkeiten für eine mitarbeiterorientierte Arbeits- und Dienstplangestaltung.

Inwieweit werden im Allgemeinen die folgenden Maßnahmen zur **lebensphasengerechten Arbeitsgestaltung** für das Pflegepersonal in Ihrem Haus angeboten? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 17: Allgemeine Maßnahmen zur lebensphasengerechten Arbeitsgestaltung**

Unabhängig von der aktuellen Lebensphase der Mitarbeiter\*innen bieten zwei Drittel der Häuser (68 – 70 %) ihren Pflegekräften grundlegend die Möglichkeit zur flexiblen Arbeits- und Dienstplangestaltung. Dabei besteht die Möglichkeit für mitarbeiterorientierte Anpassungen der Arbeitszeitmodelle, wie z. B. Wunscharbeitszeiten oder feste freie Tage. Die Gewährung von Sonderurlaub (aus familiären Gründen, zur Weiterbildung oder zur Regeneration) wird von ebenso vielen Krankenhäusern als krankenhausesweiter Standard zur lebensphasengerechten Arbeitsgestaltung angeboten (Abb. 17).

Hingegen wird der Ausstieg aus der Schichtarbeit (31 %) oder die Verringerung von Nacht- und Wochenendarbeitszeit (42 %) von weniger Häusern standardmäßig angeboten. Eine Reihe von Krankenhäusern hat bereits konkrete Planungen zur Umsetzung dieser Maßnahmen bzw. den Handlungsbedarf erkannt (Abb. 17).

Neben den unterschiedlichen Möglichkeiten zur individuellen Anpassung der Dienstplanung gab rund die Hälfte der Häuser (51 %) an, bereits Personalausfallkonzepte zur verlässlichen Arbeits- und Dienstplangestaltung als krankenhausesweiten Standard vorzuhalten. Fast genauso viele Häuser haben bereits eine konkrete Planung für ein Konzept (22 %) oder den Handlungsbedarf zur Umsetzung erkannt (20 %) (Abb. 17).

Eine verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung bildet auch die Grundlage zu einer verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf und gehört somit im Pflegedienst als wesentlicher Baustein zu einer familienorientierten Arbeitsgestaltung.

## 7.2 Familienorientierte Arbeitsgestaltung

Im VI. Handlungsfeld der KAP-Vereinbarungen wird der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine besondere Bedeutung bei der lebensphasengerechten Arbeitsgestaltung beigemessen (KAP, 2019, S. 77 – 79).

Im Fokus der Befragung stand die Organisation der Kinderbetreuung als zentraler Hebel zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

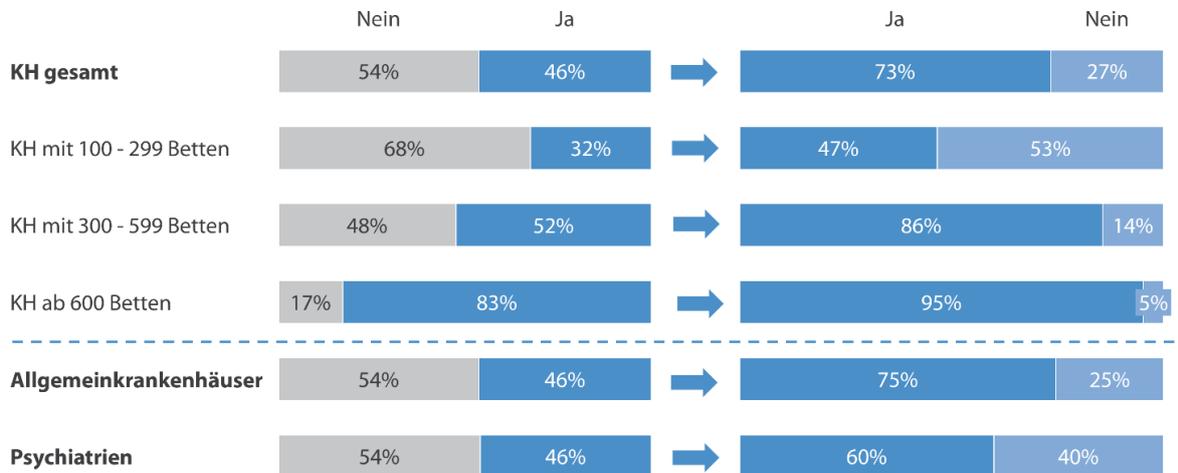
Rund jedes zweite Krankenhaus (46 %) bietet Kinderbetreuungsangebote an. Der Anteil der Krankenhäuser mit Kinderbetreuungsangeboten nahm proportional mit der Größe der Häuser zu. Somit gab mit 83 % die Mehrheit der größeren Krankenhäuser ab 600 Betten an, Kinderbetreuungsangebote vorzuhalten, während der Anteil der kleineren Krankenhäuser mit Kinderbetreuungsangeboten (100 – 299 Betten) wesentlich geringer (32 %) ausfiel.

Zwischen den Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrien ergaben sich keine Unterschiede im Angebot von Kinderbetreuungsmöglichkeiten (Abb. 18).

Die große Mehrheit der befragten Krankenhäuser (73 %) sieht Bedarf zum weiteren Ausbau ihrer Kinderbetreuungsangebote. Auch hier nimmt der Bedarf mit steigender Krankenhausgröße zu (Abb. 18).

Gibt es Angebote zur Kinderbetreuung in Ihrer Klinik?  
(Krankenhäuser in %)

Wenn ja, besteht weiter Bedarf, diese  
Kinderbetreuungsangebote auszubauen?



© Deutsches Krankenhausinstitut

### Abb. 18: Angebote zur Kinderbetreuung und Ausbaubedarf

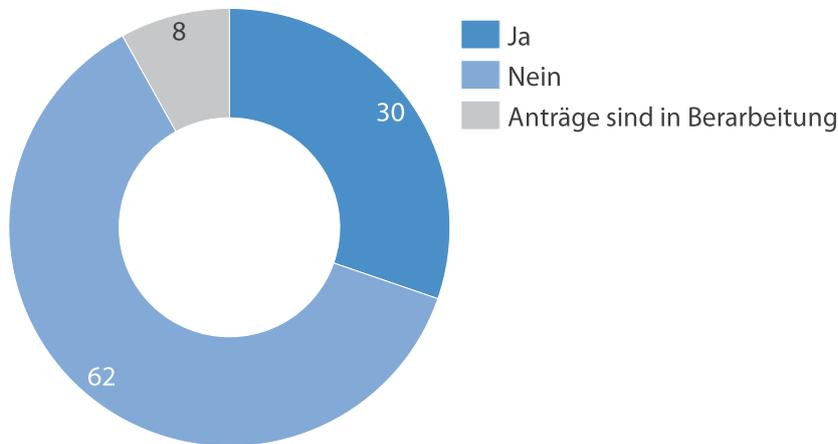
Quelle: DKI, 2021, *Erstbefragung KAP, unveröffentlichter Zwischenbericht*.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurden im Jahr 2019 gesetzliche Regelungen zur Unterstützung von Krankenhäusern zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu geschaffen.

Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu stärken, sollen nach § 4 Abs. 8a im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert werden (vgl. KAP, 2019, S. 43). „Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 auf Verlangen des Krankenhauses einen zusätzlichen Betrag, der im Jahr 2019 0,1 % und in den Jahren 2020 bis 2024 jährlich 0,12 % des Gesamtbetrags nach Absatz 3, Satz 1, nicht überschreiten darf. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, so kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Summe der für beide Jahre geltenden Beträge vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es aufgrund einer schriftlichen oder elektronischen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf ergreift“.

Gefragt nach dem bisherigen Abruf der finanziellen Mittel zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf haben ein Drittel der Häuser diese bereits beantragt (Abb. 19).

Haben Sie die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zur Verfügung gestellten Mittel zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für das Pflegepersonal abgerufen (§4 Abs.8a KHEntgG)?  
(Krankenhäuser in %)



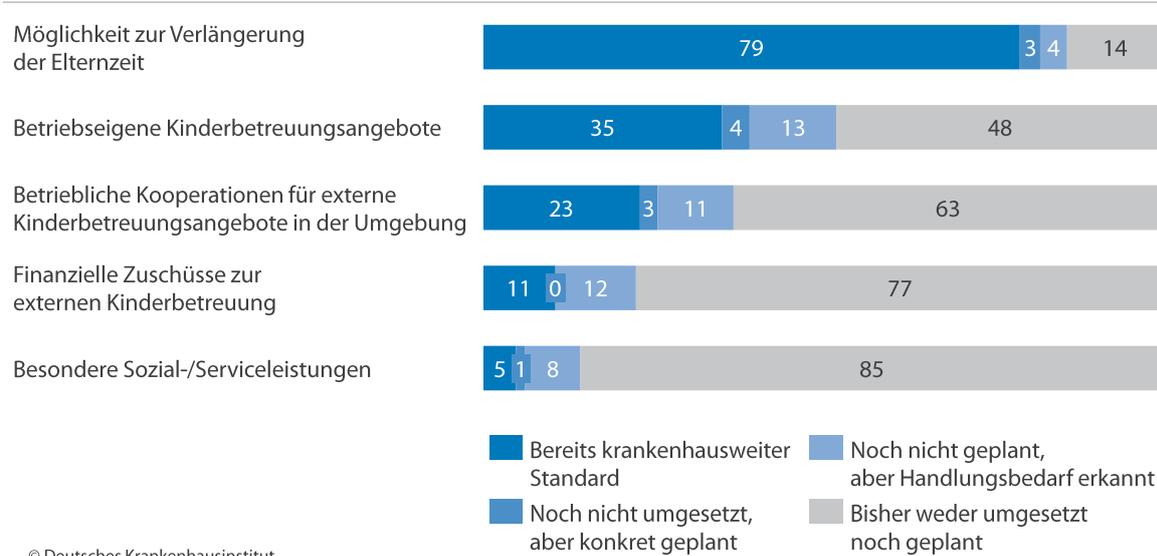
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 19: Abruf von Mitteln zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

Gefragt nach den aktuellen Maßnahmen zur Organisation der Kinderbetreuung in der Familienphase wird dem Pflegepersonal von der großen Mehrheit der Krankenhäuser (79 %) die Verlängerung der Elternzeit bereits standardmäßig angeboten. Darüber hinaus kann mehr als ein Drittel der Krankenhäuser (35 %) eine betriebseigene Kinderbetreuung anbieten. Die Kinderbetreuung über eine Kooperation mit externen Anbietern in der Umgebung wird von gut einem Viertel (24 %) der Häuser standardmäßig umgesetzt (Abb. 20).

Weniger verbreitet ist die Unterstützung der Kinderbetreuung über finanzielle Zuschüsse (für externe Kinderbetreuungsangebote) oder das Angebot von besonderen Sozial- / Serviceleistungen, wie z. B. einen Mittagstisch für Kinder oder haushaltsnahe Dienstleistungen.

Inwieweit werden die folgenden Maßnahmen speziell zur **familienorientierten Arbeitsgestaltung** für das Pflegepersonal in Ihrem Haus angeboten? (Antworten in %)



**Abb. 20: Maßnahmen zur familienorientierten Arbeitsgestaltung**

Mit einem Blick auf die Wirtschaft bieten „knapp 3 Prozent der Unternehmen eine betriebliche Kinderbetreuung an, beispielsweise einen Betriebskindergarten oder eine Anmietung von Belegplätzen. Dabei wird auch ein Unternehmensgrößeneffekt deutlich: Während 1,9 Prozent der kleineren Unternehmen (mit fünf bis unter 50 Beschäftigten) eine solche Maßnahme anbieten, liegt dieser Anteil unter den mittelgroßen Unternehmen (mit 50 bis unter 250 Beschäftigten) bei 4,8 Prozent und unter den größeren Unternehmen (mit 250 oder mehr Beschäftigten) bei 18,7 Prozent. Gerade die Einrichtung und der Betrieb von Kindergärten oder Kinderkrippen dürfte unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten erst dann Sinn machen, wenn ein hinreichend großer Bedarf vorliegt und zudem größere finanzielle Ressourcen verfügbar sind.“ (BMFSFJ, 2019, Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit).

Unter den großen Unternehmen mit 250 und mehr Beschäftigten hat bereits 2013 jedes fünfte eine eigene Betreuungseinrichtung betrieben oder reserviert Plätze in einer betriebsnahen Einrichtung (BMFSFJ, 2013, Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit).

Die Verfügbarkeit eines solchen Angebots ist daher stark von der Mitarbeiterzahl des Unternehmens, respektive des Krankenhauses, abhängig.

### 7.3 Altersgerechte Arbeitsgestaltung

Neben der Familienphase ist eine angepasste Gestaltung der Arbeitsbedingungen für die Arbeit im höheren Alter aufgrund der physischen und psychischen Belastungen im Pflegedienst ein sehr wichtiges Thema, um Pflegekräfte möglichst lang einsatzfähig im Beruf halten zu können.

Auch nach den KAP-Vereinbarungen sollten Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte in dieser Lebensphase angepasst werden, damit erfahrene Pflegefachpersonen und andere beruflich Pflegende dem System nicht verloren gehen (KAP, 2019, S. 80).

Im Hinblick auf diese Lebensphase sind nicht nur Anpassungen bei der Ausübung von bestimmten körperlichen Tätigkeiten, sondern auch Möglichkeiten zur Anpassung der Einsatzbereiche oder der Gestaltung von Arbeitsprozessen sowie Fort- und Weiterbildungsangebote sinnvoll.

Hierfür wurden die Krankenhäuser zum einen nach strukturellen Maßnahmen und zum anderen nach individuellen Möglichkeiten zur Arbeitsgestaltung im Pflegedienst befragt (Abb. 21).

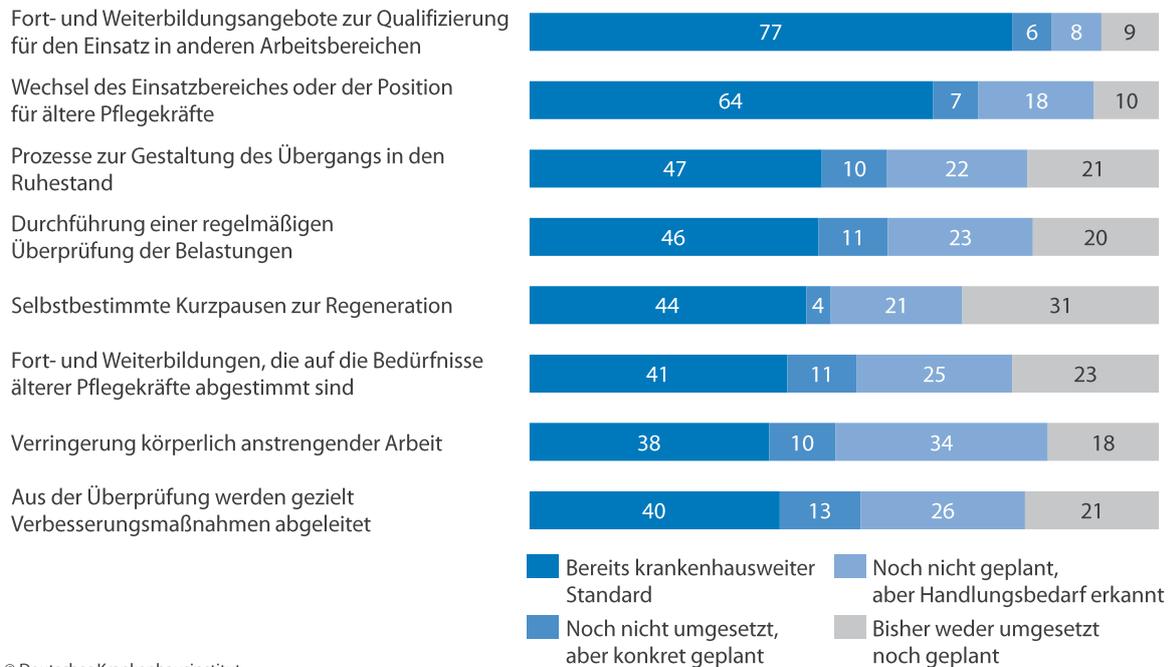
Insgesamt sind bereits bei knapp der Hälfte der Krankenhäuser Prozesse zur systematischen Arbeitsgestaltung für Pflegekräfte im höheren Lebensalter standardmäßig etabliert. Prozesse zum Übergang in den Ruhestand liegen bei 47 % der Häuser als krankenhausesweiter Standard vor. Zusätzlich gab insgesamt ein Drittel der Häuser an, eine konkrete Planung zur Umsetzung (10 %) oder den Handlungsbedarf in diesem Bereich identifiziert zu haben (22 %). Ähnlich weit verbreitet ist die Durchführung einer regelmäßigen Überprüfung der Belastungen von älteren Pflegekräften (46 %). Aus der Überprüfung werden von 40 % der Krankenhäuser gezielt Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet (Abb. 21).

Zahlreiche Krankenhäuser ermöglichen den Wechsel des Einsatzbereiches oder der Position für ältere Pflegekräfte (64 %) oder bieten die entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangebote zur Qualifizierung für den Einsatz in anderen Arbeitsbereichen an (77 %). Darüber hinaus werden von 44 % der Häuser selbstbestimmte Kurzpausen zur Regeneration angeboten. Das Angebot an Fort- und Weiterbildungen, die auf die Bedürfnisse älterer Pflegekräfte abgestimmt sind, wie z. B. körperliche Beschwerden im Alter, werden von ebenso vielen Krankenhäusern (41 %) vorgehalten (Abb. 21).

Eine direkte Reduzierung von körperlich anstrengender Arbeit offerieren 38 % der Häuser als krankenhausesweiten Standard (Abb. 21). In der praktischen Umsetzung hängt die Reduzierung von körperlich anstrengender Arbeit mit weitreichenden strukturellen Änderungen, wie z. B.

Anpassungen in der Aufgaben- und Dienstplangestaltung zusammen. Dies betrifft etwa die Planung der Teamzusammensetzung und die Anpassung der Schichtpläne zur gegenseitigen Unterstützung von jüngeren und älteren Kolleg\*innen.

Inwieweit werden die folgenden Maßnahmen speziell zur **altersgerechten Arbeitsgestaltung** für das Pflegepersonal in Ihrem Haus angeboten? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 21: Maßnahmen zur altersgerechten Arbeitsgestaltung**

## 8 Personal- und Führungskräfteentwicklung

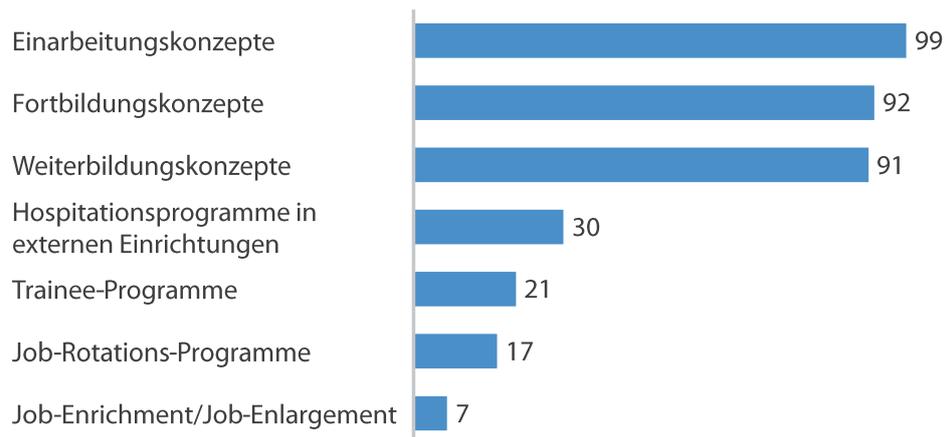
### 8.1 Personalentwicklung

Unter Personalentwicklung wird die systematische Planung der Maßnahmen verstanden, die die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Krankenhausmitarbeiter\*innen im Hinblick auf aktuelle oder zukünftige Anforderungen verbessern sollen. Zur Personalentwicklung gehören nicht nur Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, sondern auch beispielsweise die Karriereplanung oder die Beurteilung der Mitarbeiter\*innen. Die Maßnahmen müssen nicht ausschließlich auf den einzelnen Mitarbeiter\*in ausgerichtet sein, sondern können auch das Team oder das gesamte Krankenhaus umfassen (Naegler, 2008; Ringshausen, 2008).

Auch die Vereinbarungen der KAP betonen an zahlreichen Stellen die Bedeutung der Personalentwicklung für die Attraktivität des Pflegeberufes, etwa durch Karriereplanung und Karrierewege in der Pflege, die Stärkung von Fort- und Weiterbildung, die Einarbeitung neuer

Beschäftigter und Wiedereinsteiger\*innen sowie die Team- und Kompetenzentwicklung. Die Krankenhäuser wurden danach gefragt, welche dieser Instrumente und Maßnahmen sie im Pflegedienst ihres Hauses standardmäßig nutzen. Abb. 22 zeigt zunächst die Ergebnisse für den Bereich der Qualifizierungsmaßnahmen.

Welche Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung nutzen Sie im Pflegedienst Ihres Krankenhauses standardmäßig? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

### Abb. 22: Qualifizierungsmaßnahmen zur Personalentwicklung

Systematische Personalentwicklung beginnt mit der gezielten Einarbeitung der Mitarbeiter\*innen beim Einstieg ins Unternehmen. So werden sie frühzeitig auf ihre Aufgaben vorbereitet und bestmöglich bei der Integration am neuen Arbeitsplatz unterstützt. Faktisch jedes Krankenhaus (99 %) verfügt standardmäßig über Einarbeitungskonzepte für den Pflegedienst.

Die große Bedeutung der Fort- und Weiterbildung zur gezielten Weiterqualifizierung der Mitarbeiter\*innen zeigt sich darin, dass entsprechende Konzepte quasi flächendeckend, d. h. in über 90 % der Krankenhäuser standardmäßig zum Einsatz kommen. Sie sind damit eine wichtige Grundlage bei der Personalentwicklung im Pflegebereich.

Weniger verbreitet im Pflegedienst der Krankenhäuser sind hingegen Hospitationsprogramme in externen Einrichtungen und Trainee-Programme sowie vor allem Job-Rotationsprogramme und Job-Enrichment. Die Möglichkeiten der Job-Rotation, also die Weiterqualifizierung der Mitarbeiter\*innen durch den Einsatz in verschiedenen Arbeitsbereichen oder Tätigkeiten im Krankenhaus nutzen 17 % der Befragungsteilnehmer\*innen. Job-Enrichment bzw. Job-

Enlargement, also die qualitative oder quantitative Arbeits- oder Aufgabenerweiterung für Mitarbeiter\*innen, finden (außerhalb von Fort- und Weiterbildungen) kaum statt (7 %).

Über Qualifizierungsmaßnahmen hinaus wurde die Verbreitung weiterer Personalentwicklungsmaßnahmen erhoben (Abb. 23). In der Pflege im Krankenhaus sind danach Mitarbeiter\*innen- / Feedbackgespräche das mit 98 % am häufigsten eingesetzte Personalentwicklungsinstrument. Sie dienen in erster Linie der Diskussion von Stärken, Verbesserungspotenzialen und Entwicklungsoptionen der jeweiligen Mitarbeiter\*innen. Mitarbeiter\*innengespräche können darüber hinaus dazu genutzt werden, Ziele mit den Mitarbeiter\*innen zu erarbeiten und zu vereinbaren. Zwei Drittel der Häuser schließen Zielvereinbarungen im Pflegedienst standardmäßig ab.

Welche Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung nutzen Sie im Pflegedienst Ihres Krankenhauses standardmäßig? (*Krankenhäuser in %*)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 23: Instrumente und Maßnahmen der Personalentwicklung**

Die persönliche Entwicklung der Mitarbeiter\*innen kann zudem mit Hilfe von Coachings oder Supervisionen gefördert werden. Beide Maßnahmen können auch in Gruppen eingesetzt werden. Mit Coaching-Maßnahmen soll, unter Berücksichtigung der Ressourcen der Mitarbeiter\*innen, in der Regel insbesondere eine Verbesserung der Lern- und Leistungsfähigkeit erzielt werden. Jeweils rund 60 % der Krankenhäuser führen Einzel- oder Gruppen-Coachings für Pflegekräfte durch. In drei von vier Krankenhäusern finden

Supervisionen zur Unterstützung der Mitarbeiter\*innen bei der Reflexion und Verbesserung ihres Handelns statt.

Eine effiziente Zusammenarbeit im Team ist eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Arbeitsklima sowie die erfolgreiche Erledigung von Tätigkeiten. Teamentwicklungsmaßnahmen können, ebenso wie Qualitätszirkel oder Gruppen-Coachings, das Wir-Gefühl stärken und damit einhergehend die Leistungspotenziale der Mitarbeiter\*innen und das Betriebsklima verbessern (Sleziona, 2009). Zwei Drittel aller Krankenhäuser setzen Teamentwicklungsmaßnahmen im Pflegedienst ein.

Ein wichtiger Bestandteil moderner Mitarbeiter\*innen- / Feedbackgespräche ist die Beurteilung der Vorgesetzten durch ihre Mitarbeiter\*innen. Das ermöglicht es, ein aussagekräftiges Stärken- und Entwicklungsprofil von den Führungskräften aus Sicht der Mitarbeiter\*innen zu zeichnen. Vorgesetztenbeurteilungen werden noch vergleichsweise selten eingesetzt. Lediglich knapp ein Drittel aller Krankenhäuser nutzt diese Möglichkeit standardmäßig im Pflegedienst.

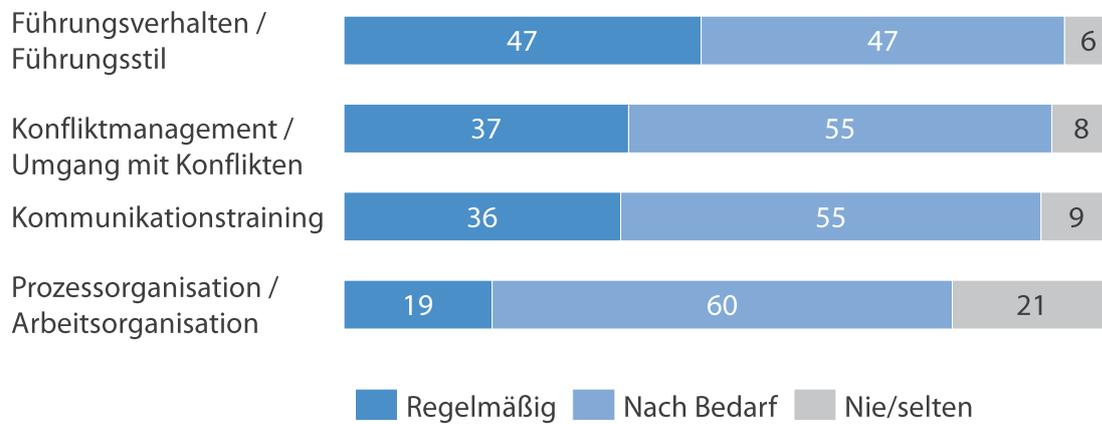
Von den insgesamt 19 erfragten Personalentwicklungsmaßnahmen kommen im Pflegedienst der Krankenhäuser im Mittel zehn Maßnahmen standardmäßig zum Einsatz (arithmetisches Mittel und Median = 10, UQ = 7,5; OQ = 12).

## 8.2 Führungskräfteentwicklung

Die Führungskräfteentwicklung ist ein Teil der Personalentwicklung, die sich mit der Weiterbildung und Förderung von Führungspersonen befasst. „In diesem Sinne umfasst sie alle Aktivitäten innerhalb und außerhalb eines Unternehmens, die der Vermittlung und Förderung von Fach-, Sozial- und Managementkompetenz sowie von Wissen, Können und Verhalten von Vorgesetzten dienen“ (Gleich, 2011, S. 82) Auch nach den Vereinbarungen der KAP haben Führungskräfte in den Krankenhäusern „einen erheblichen Einfluss auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Arbeitsprozesse und -strukturen sowie deren Ergebnisse...Beim Aufbau und der Ausgestaltung einer nachhaltig wirkenden Gesundheitskultur...in Krankenhäusern kommt Führungskräften deshalb eine Schlüsselfunktion zu.“ (KAP, 2019, S. 74)

In der KAP-Befragung sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit ausgewählte Maßnahmen zu überfachlichen Qualifikationen von Führungskräften im Pflegedienst ihrer Häuser angeboten werden (Abb. 24).

Inwieweit werden folgende Maßnahmen zu überfachlichen Qualifikationen von Führungskräften im Pflegedienst in Ihrem Haus angeboten?  
(Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 24: Maßnahmen zur überfachlichen Qualifikation von Führungskräften**

Am häufigsten werden demnach Qualifizierungen zum Führungsverhalten bzw. zum Führungsstil angeboten. Jeweils 47 % der Befragungsteilnehmer\*innen gaben an, entsprechende Maßnahmen regelmäßig oder nach Bedarf anzubieten. Es folgen Maßnahmen zum Konfliktmanagement und zum Kommunikationstraining. Fragen der Prozess- und Arbeitsorganisation stehen hingegen seltener im Fokus der Qualifizierungen von Führungskräften (Abb. 24).

Weitere und spezifische Anforderungen der Führungskräftequalifizierung gemäß KAP betreffen beispielweise die betriebliche Gesundheitsförderung, flexible Arbeitszeitmodelle, eine verlässliche Dienstplangestaltung, Ausfallkonzepte und betriebliche Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf für beruflich Pflegende (KAP, 2019, S. 75). Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird in den folgenden Kapiteln behandelt.

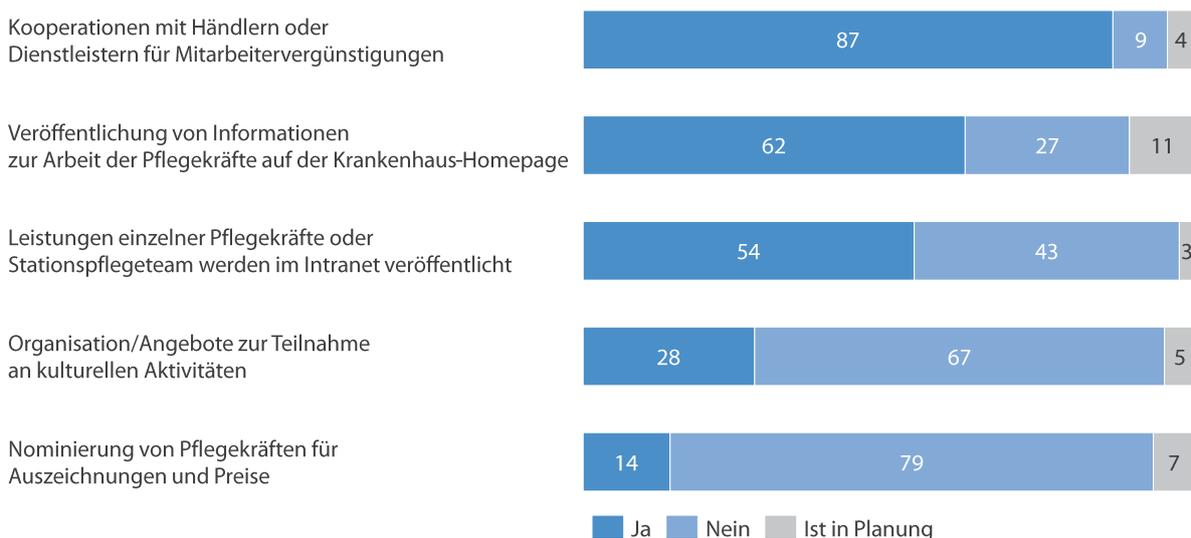
## 9 Wertschätzung und wertschätzende Fehler- und Lernkultur

### 9.1 Wertschätzung und Anerkennung

Ziel des KAP-Handlungsfelds „Wertschätzung und Anerkennung“ ist es, die öffentliche Wahrnehmung und Wertschätzung von beruflich Pflegenden in ihren Arbeitszusammenhängen zu stärken und die Pflegeberufe aufzuwerten. Einerseits ist die Anerkennung der Pflegekräfte als übergreifendes Querschnittsthema im Sinne einer Unternehmenskultur der Wertschätzung in allen Handlungsfeldern präsent. Andererseits betreffen die vorgeschlagenen Maßnahmen hier vor allem eine positive Berichterstattung und gute Beispiele über die Tätigkeit in der Pflege, etwa auf den Homepages der Krankenhäuser durch gut sichtbare Informationen zur Arbeit der beruflich Pflegenden in der Einrichtung (KAP, 2019, S. 82).

In der Befragung wurden ausgewählte Beispiele für eine entsprechende Berichterstattung erhoben, daneben noch das Angebot besonderer Gratifikationen für Pflegekräfte (Abb. 25). Die meisten Krankenhäuser (87 %) bieten demnach solche Gratifikationen an, etwa Kooperationen mit Händlern oder Dienstleistern für Mitarbeitervergünstigungen, z. B. Beiträge für Fitness-Studios Beiträge und Rabattaktionen, die Stellung oder das Leasing von Fahrrädern, Geschenkgutscheine etc.

Werden folgende Aspekte zur Wertschätzung und Anerkennung der Pflegekräfte und deren Aufgaben in Ihrem Haus berücksichtigt? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 25: Maßnahmen zur Wertschätzung und Anerkennung**

Auch über die Tätigkeit in der Pflege informieren die Krankenhäuser regelmäßig, sei es durch Veröffentlichung von Informationen zur Arbeit der Pflegekräfte auf der Krankenhaus-Homepage (62 %), sei es durch Veröffentlichung von Leistungen einzelner Pflegekräfte oder des Stationspflegeteams, z. B. im Intranet, in Mitarbeiterzeitschriften, Newslettern etc. (54 %).

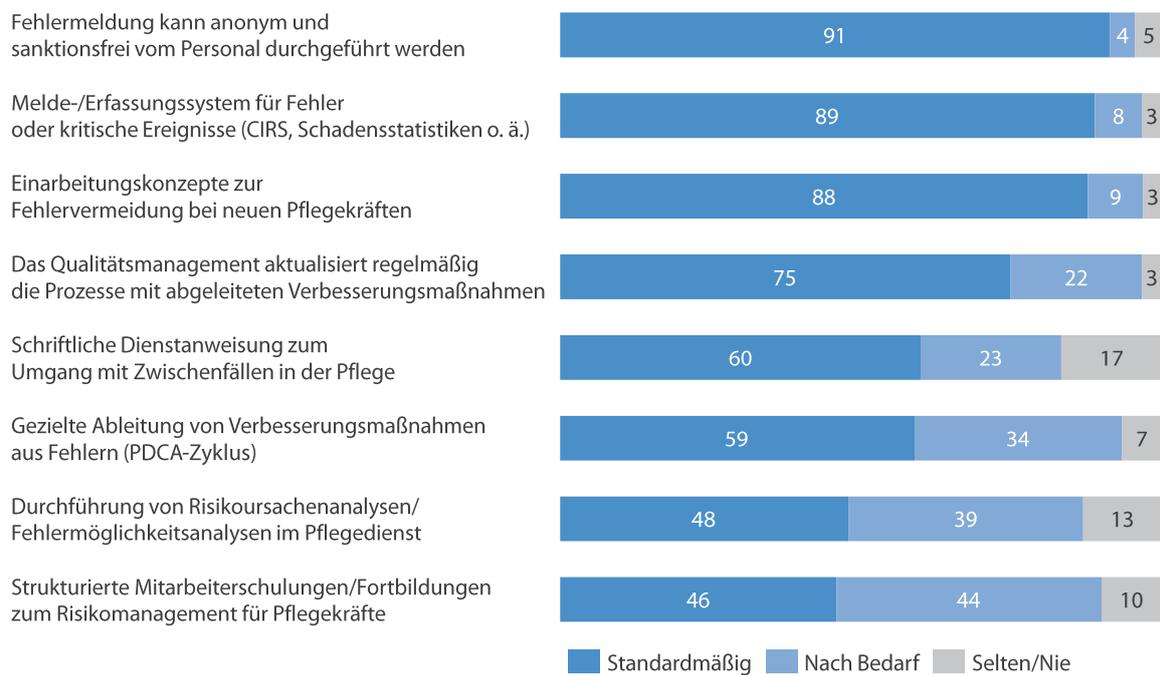
## 9.2 Wertschätzende Fehler- und Lernkultur

Laut KAP zielt die Etablierung einer wertschätzenden Fehler- und Lernkultur darauf ab, mit Fehlern offen umzugehen und aus eigenen Fehlern systematisch zu lernen, statt aus Angst vor der Reaktion von Kolleg\*innen, Leitungen sowie vor möglichen Konsequenzen Fehler zu verheimlichen (KAP, 2019, S. 76). Maßgebliche Instrumente hierfür sind Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme. Unter einem Fehlermanagementsystem versteht man die Gesamtheit aller organisatorischen Maßnahmen, die zur Erkennung, Analyse und Verhinderung von Fehlern bzw. zur Ableitung und Überprüfung von Verbesserungsmaßnahmen ergriffen werden (PDCA-Zyklus).

Fehlermeldesysteme (CIRS, Schadensstatistiken o. ä.) liegen in den Krankenhäusern quasi flächendeckend vor. Fast jedes Krankenhaus setzt sie standardmäßig oder nach Bedarf ein (Abb. 26). In aller Regel können hierüber Meldungen anonym und sanktionsfrei vom Personal durchgeführt werden. Auch Einarbeitungskonzepte zur Fehlervermeidung bei neuen Pflegekräften und schriftliche Dienstanweisungen zum Umgang mit Zwischenfällen sind weit verbreitet.

Nicht ganz so groß ist der Durchdringungsgrad bei der gezielten Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus Fehlern (PDCA-Zyklus), der Durchführung von Risikoursachen- und Fehlervermeidungsanalysen speziell im Pflegedienst und von strukturierten Mitarbeiterschulungen bzw. Fortbildungen zum Risikomanagement in der Pflege.

Inwieweit kommen die folgenden Maßnahmen zur Vorbeugung und im Umgang mit Fehlern im Pflegedienst in Ihrem Haus zum Einsatz? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 26: Wertschätzende Fehler- und Lernkultur**

## 10 Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention

Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention bilden ein zentrales Handlungsfeld der KAP. „Die Bedingungen am Arbeitsplatz, die gesundheitsförderliche Führung und das gesundheitskompetente Verhalten der Beschäftigten haben einen erheblichen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit der beruflich Pflegenden. Ein sicheres und gesundheitsförderlich gestaltetes Arbeitsumfeld kann dazu beitragen, die Beschäftigungsfähigkeit langfristig zu fördern, zu erhalten und zugleich Anreize für einen Quer- und Wiedereinstieg in die Pflege sowie zur Aufstockung von Teilzeittätigkeit zu schaffen.“ (KAP, 2019, S. 60). Dementsprechend nehmen Maßnahmen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung und Prävention breiten Raum in der Krankenhausbefragung zur Umsetzung der KAP ein.

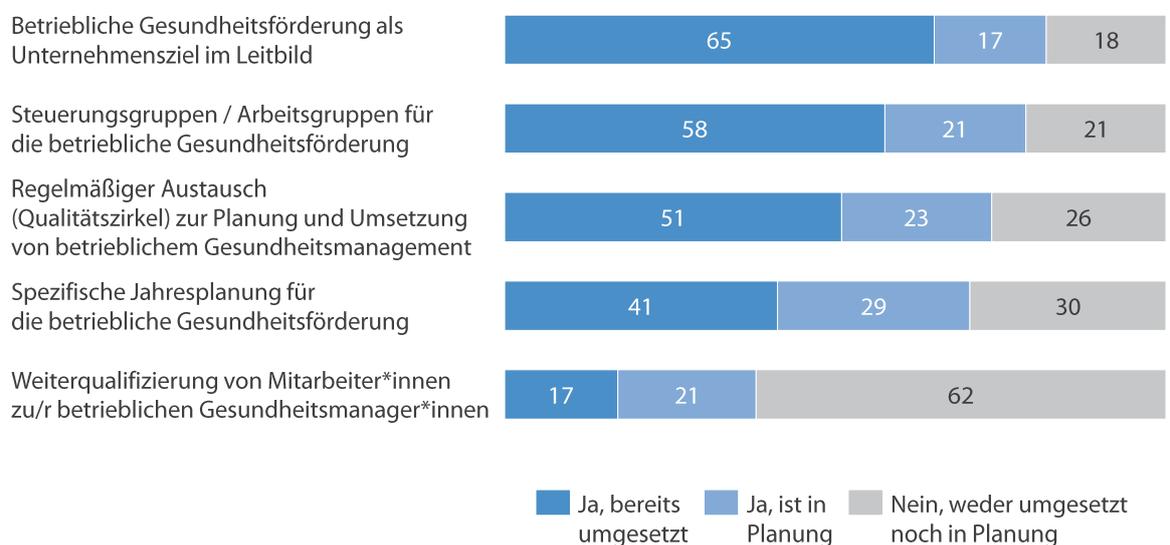
### 10.1 Strategie und Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung bedeutet mehr als eine Reihe von unverbundenen Einzelmaßnahmen, es stellt vielmehr eine umfassende Organisationsentwicklungsstrategie dar. Gesundheitsförderung im Krankenhaus benötigt insofern sowohl

eine Strategie und daraus abgeleitete operative Ziele als auch eine organisatorische Infrastruktur.

In diesem Zusammenhang stellt sich zunächst die Frage, ob die betriebliche Gesundheitsförderung überhaupt von unternehmensstrategischer Relevanz ist, also konkret, ob die Gesundheitsförderung von Mitarbeiter\*innen ausdrücklich als Wert oder Ziel in der Mission oder im Leitbild des Krankenhauses verankert ist. Diese Frage wurde von rund zwei Dritteln der Befragungsteilnehmer\*innen bejaht. Bei weiteren 17 % der Krankenhäuser ist sie in Planung (Abb. 27).

Werden die folgenden Maßnahmen zur **betrieblichen Gesundheitsförderung** zur Stärkung von Ressourcen in der Pflege in Ihrem Haus berücksichtigt? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

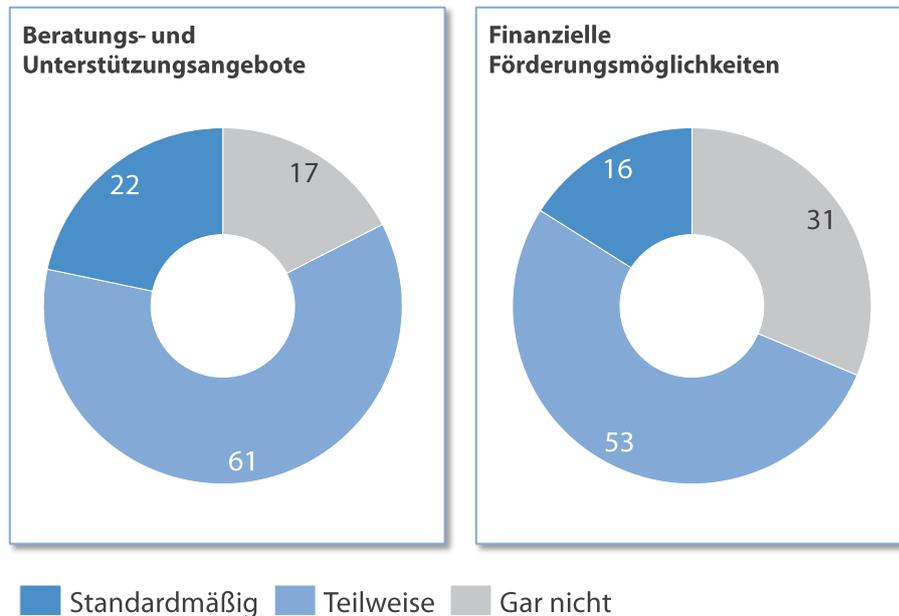
**Abb. 27: Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung**

In Umsetzung dieser strategischen Vorgabe bedarf es sowohl daraus abgeleiteter operativer Ziele als auch einer organisatorischen Infrastruktur. Über eine spezifische Jahresplanung für die betriebliche Gesundheitsförderung verfügen 41 % der Krankenhäuser, bei weiteren 29 % der Befragten ist sie in Planung. In jeweils mehr als der Hälfte der Krankenhäuser gibt es (projektübergreifende) Arbeits- oder Steuerungsgruppen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheits- oder Qualitätszirkel zur Planung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen des betrieblichem Gesundheitsmanagements, in jeweils gut einem Fünftel der Häuser sind sie in Planung.

Zur externen Unterstützung nehmen die Krankenhäuser mehrheitlich Angebote der Sozialversicherungsträger (Pflege-, Unfall- und Rentenversicherungen) zur betrieblichen

Gesundheitsförderung in Anspruch, sei es in Form von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, sei es durch finanzielle Fördermöglichkeiten (Abb. 28).

Inwieweit werden bzw. wurden die Angebote der Sozialversicherungsträger (Pflege-, Unfall- und Rentenversicherungen) zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Ihrem Haus in Anspruch genommen?  
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 28: Inanspruchnahme von Angeboten der Sozialversicherungsträger**

## 10.2 Verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Ein Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Verhaltensprävention. Sie zielt darauf ab, das individuelle Gesundheitsverhalten zu verändern, etwa durch Umgang mit physischen und psychischen Arbeitsbelastungen und durch Information und Beratung zu allgemeinen Risiken des individuellen Lebensstils. „Hierunter fallen beispielsweise Maßnahmen, die die Gesundheitskompetenz stärken, um Risikofaktoren durch eine ungesunde Lebens- und Arbeitsweise (zum Beispiel unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen) zu reduzieren.“ (KAP, 2019, S. 66).

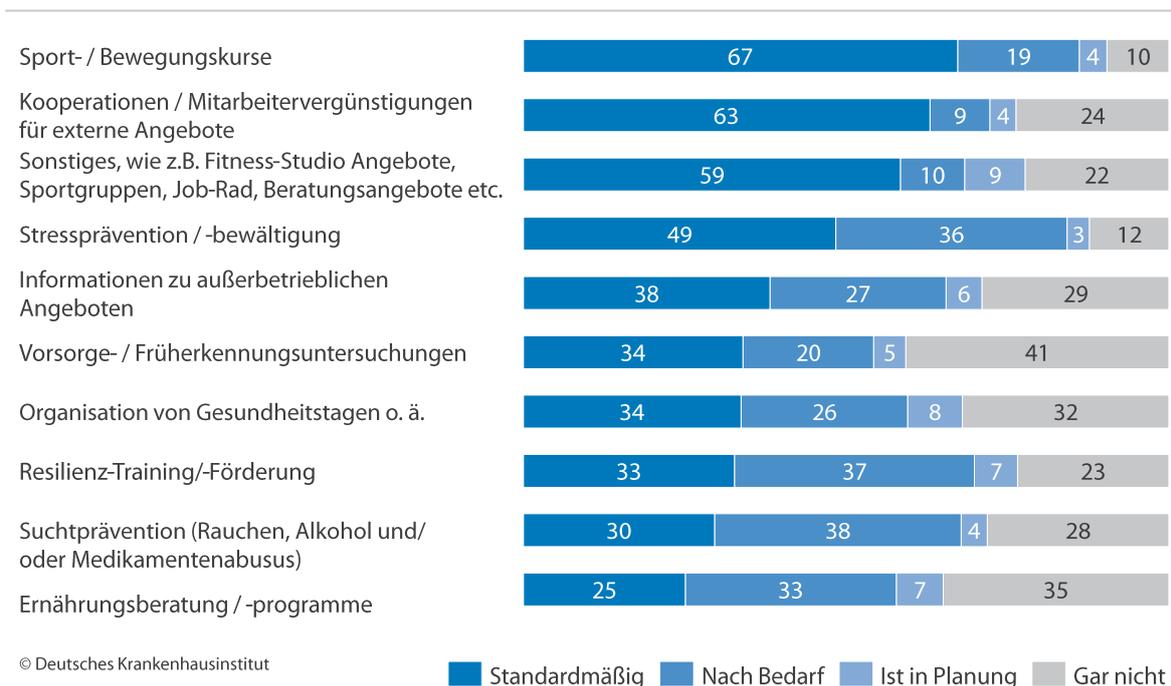
Bei der Verhaltensprävention im Krankenhaus dominieren eindeutig Sport- und Bewegungsangebote, z. B. Rückenschule, Lauftreffs, Yoga etc. 67 % der Befragten bieten sie standardmäßig an, weitere 19 % der Krankenhäuser bei Bedarf. Entsprechende Angebote betreffen nicht nur krankenhauserinterne Kurse, sondern auch Kooperationen mit bzw.

Informationen zu externen Angeboten, z. B. lokale Angebote von Sportvereinen oder krankenkassenbezugschusste Präventionskurse (Abb. 29).

Im Vergleich zur Bewältigung körperlicher Beanspruchungen sind Angebote für Maßnahmen zum Umgang mit psychosozialen Arbeitsbelastungen etwas weniger verbreitet. Sie dienen vor allem der individuellen Stressregulierung und Stärkung persönlicher Bewältigungsressourcen. Stresspräventions- und -bewältigungskurse halten 84 % der Krankenhäuser standardmäßig (49 %) bzw. nach Bedarf vor (36 %). Resilienz-Training und Resilienz-Förderung bietet jeweils rund ein Drittel der Befragungsteilnehmer\*innen bei Bedarf oder regelhaft an.

Im Fokus der lebensstilbezogenen Verhaltensprävention stehen die Suchtprävention (Rauchen, Alkohol- und Medikamentenabusus) und die Ernährungsberatung oder Ernährungsprogramme, die ebenfalls in der Mehrzahl der Krankenhäuser zur Stärkung von Ressourcen im Pflegedienst eingesetzt werden.

Inwieweit werden gezielt Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Ihrem Haus zur Stärkung von Ressourcen im Pflegedienst angeboten?(Antworten in %)



**Abb. 29: Verhaltenspräventive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

### 10.3 Arbeitsschutz

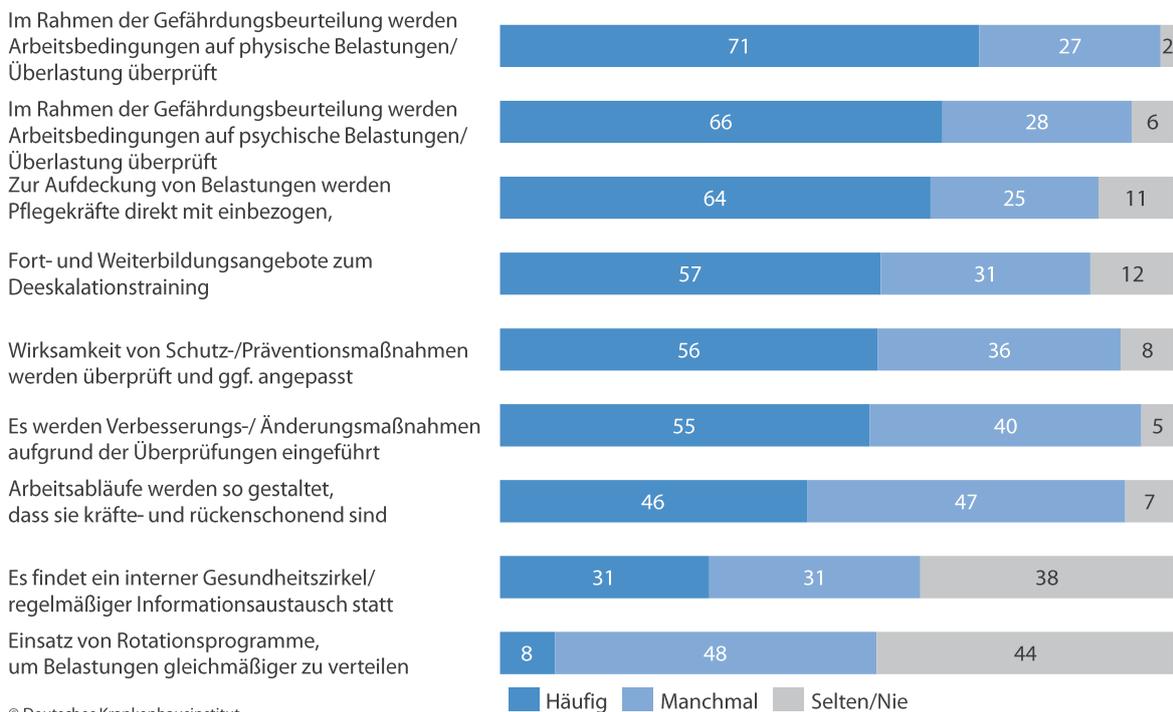
Nach dem Arbeitsschutzgesetz sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, „für eine geeignete Arbeitsschutzorganisation zu sorgen, eine Beurteilung der mit der Arbeit in der Pflege

verbundenen Gefährdungen durchzuführen, entsprechend wirksame Maßnahmen des Arbeitsschutzes abzuleiten, deren Wirkungen zu überprüfen und für deren Umsetzung die erforderlichen Mittel bereitzustellen.“ (KAP, 2019, S. 63). Schwerpunkte sind dabei Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Ein klassisches Instrument des Arbeitsschutzes bilden dabei Arbeitsplatz- und Gefährdungsbeurteilungen. Dabei werden mögliche Gefahrenquellen und Gefährdungsfaktoren des Arbeitsplatzes erfasst, um auf dieser Basis Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten und deren Wirksamkeit zu überprüfen (PDCA-Zyklus).

Gefährdungsbeurteilungen und ein darauf basierender PDCA-Zyklus kommen in den Krankenhäusern quasi flächendeckend zum Einsatz. Das gilt gleichermaßen für psychische und physische Belastungen durch die Arbeitsbedingungen, die in jeweils rund zwei Dritteln der Häuser häufig und bei gut einem Viertel manchmal überprüft werden. Aus den Beurteilungen werden auch regelhaft Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und überprüft. Zur Aufdeckung von Belastungen werden die Pflegekräfte vielfach direkt einbezogen, etwa über Mitarbeitergespräche und Mitarbeiterbefragungen.

Weniger verbreitet sind Gesundheitszirkel und der Einsatz von Rotationsprogrammen, um Belastungen gleichmäßiger zu verteilen (Abb. 30).

Inwieweit werden die folgenden Maßnahmen zur Stärkung von Ressourcen in der Pflege im Bereich des Arbeitsschutzes umgesetzt? (Antworten in %)

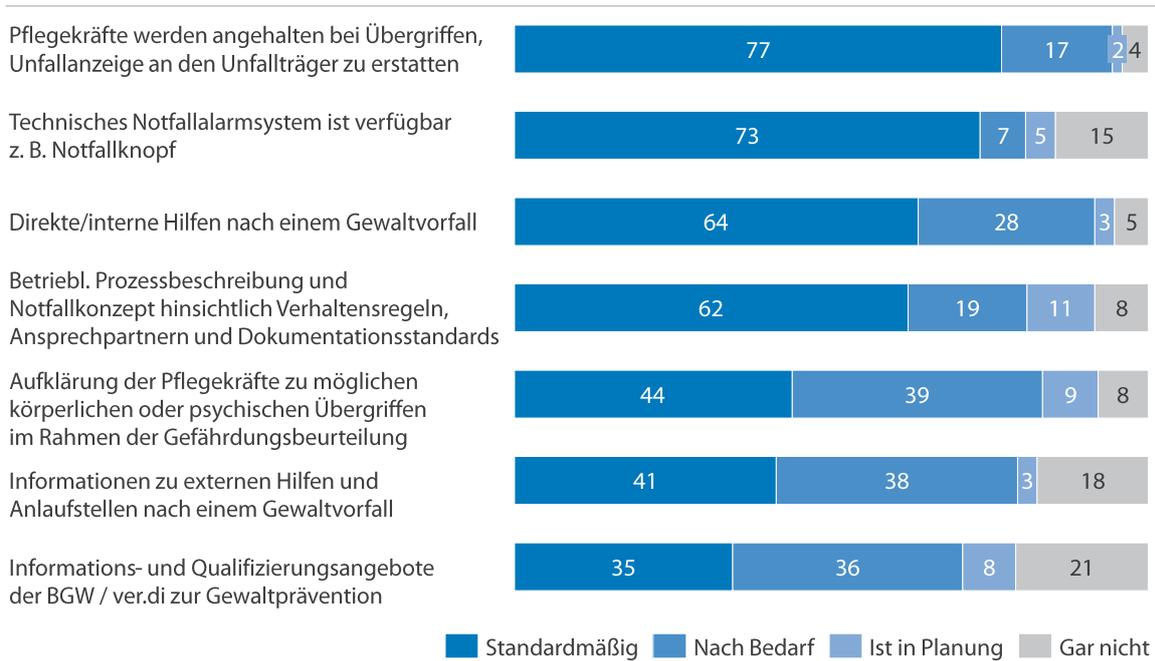


**Abb. 30: Maßnahmen zur Umsetzung des Arbeitsschutzes**

## 10.4 Gewaltprävention

Gewalterfahrungen gehören zum Pflegealltag. Immer häufiger berichten Mitarbeiter\*innen von verbalen Übergriffen (etwa in Form von Beleidigungen, Bedrohungen, Beschimpfungen) oder körperlichen Übergriffen durch Patient\*innen, Angehörige, Begleiter\*innen oder Besucher\*innen (z. B. Schlagen, Kratzen, Beißen, Anspucken). Deswegen hat sich KAP zum Ziel gesetzt, die Gewaltprävention in der Pflege zu optimieren. Zu diesem Zweck sollen Krankenhäuser Gewaltvorfälle gegenüber beruflich Pflegenden dokumentieren und den Unfallversicherungsträgern anzeigen, Präventionsmaßnahmen implementieren und Schulungs- und Hilfsangebote offerieren (KAP, 2019, S. 70). Der Umsetzungsstand von Maßnahmen zur Prävention und dem Umgang mit Gewalterfahrungen wurde in der Befragung erhoben (Abb. 31).

Inwieweit werden gezielt Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Ihrem Haus zur Stärkung von Ressourcen im Pflegedienst angeboten?(Antworten in %)



**Abb. 31: Gewaltprävention und Maßnahmen zum Umgang mit Gewalterfahrungen**

Zur Gewaltprävention setzen die Krankenhäuser zahlreiche Maßnahmen um. Jeweils rund drei Viertel der Häuser verfügen über ein technisches Notfallalarmsystem bzw. halten ihre Pflegekräfte standardmäßig an, bei Übergriffen Unfallanzeigen an die Berufsgenossenschaften zu erstatten.

Betriebliche Prozessbeschreibungen und Notfallkonzepte hinsichtlich Verhaltensregeln, Ansprechpartnern und Dokumentationsstandards, die Aufklärung der Pflegekräfte zu möglichen körperlichen oder psychischen Übergriffen sowie direkte oder interne Hilfen nach einem Gewaltvorfall werden weitestgehend angeboten, sei es standardmäßig oder nach Bedarf.

Auch Informations- und Qualifizierungsangebote der BGW / ver.di zur Gewaltprävention, z. B. der Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz und Informationen zu externen Hilfen und Anlaufstellen nach einem Gewaltvorfall, etwa seitens der BGW werden vielfach genutzt.

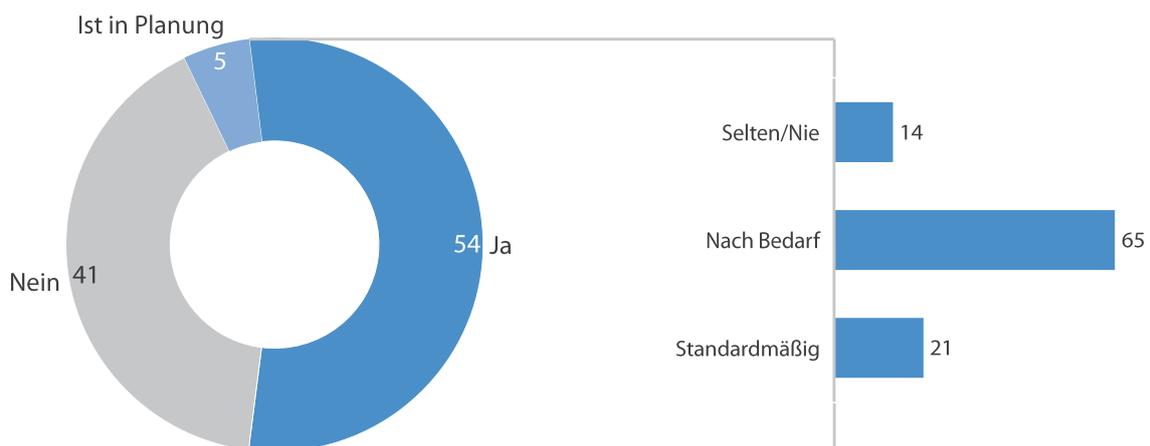
## 10.5 Einsatz von Ergonomieberatung

Für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung zum Beispiel in der Anwendung pflegeunterstützender Hilfsmittel setzt sich die KAP dafür ein, Krankenhausmitarbeiter\*innen zu Ergonomieberater\*innen zu qualifizieren (KAP, 2019, S. 68). Diese sollen ihre Kolleg\*innen bei der ergonomischen Gestaltung ihrer Arbeitsplätze und Arbeitstätigkeiten gezielt unterstützen.

Gut jedes zweite Krankenhaus (54 %) gab in der Befragung an, über entsprechend qualifizierte Ergonomieberater\*innen zu verfügen. Diese werden überwiegend, d. h. zu rund zwei Dritteln, nach Bedarf qualifiziert (Abb. 32).

Wird in Ihrem Krankenhaus eine Ergonomieberatung durch qualifiziertes Personal (wie z. B. Betriebsärzt\*in, Gesundheitsmanager\*in) angeboten? (*Krankenhäuser in %*)

Wie häufig werden im Bereich der Ergonomieberatung Fort- und Weiterbildungen für das zuständige Personal angeboten? (*Antworten in %*)

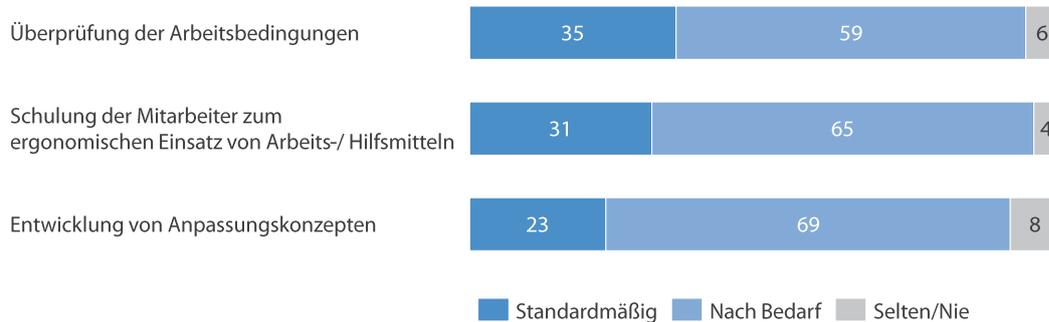


© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 32: Einsatz von Ergonomieberatung**

Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements bilden die Überprüfung der Arbeitsbedingungen, die Schulung der Mitarbeiter\*innen zum ergonomischen Einsatz von Arbeits- und Hilfsmitteln sowie die Entwicklung von Anpassungskonzepten nahezu gleichermaßen die Tätigkeitsschwerpunkte in der direkten Ergonomieberatung (Abb. 33).

Inwieweit werden die folgenden Bereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements aktiv durch eine direkte Ergonomieberatung ergänzt oder angeboten? (Antworten in %)



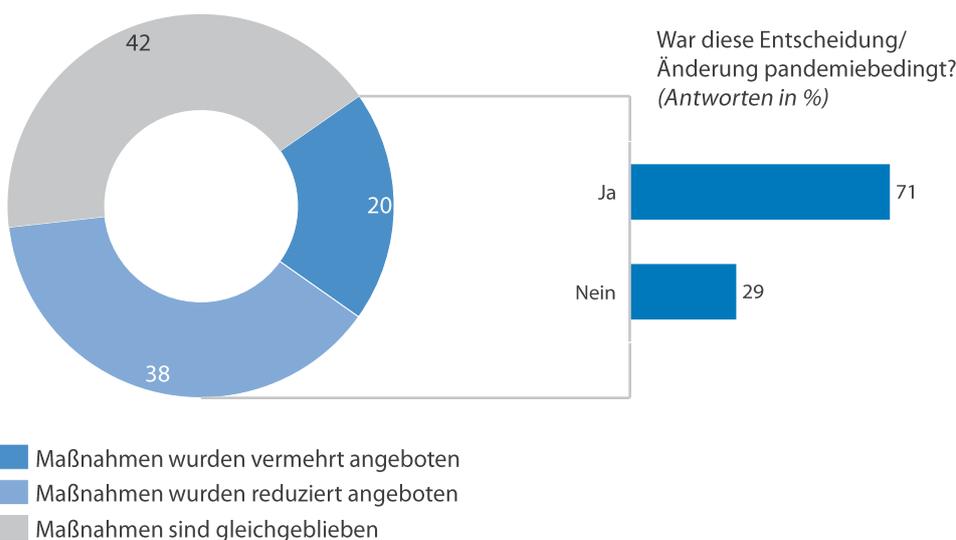
© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 33: Einsatzbereiche der Ergonomieberatung**

## 10.6 Angebote zur betriebliche Gesundheitsförderung während der Pandemie

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Krankenhäuser angeben, inwieweit sich ihr Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Pflegekräfte im letzten Jahr geändert hat (Abb. 34). Bei 42 % der Befragten war dies nicht der Fall. Von den Übrigen haben 38 % Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung reduziert und 20 % vermehrt angeboten. Bei 71 % dieser Häuser war die Entscheidung bzw. Änderung pandemiebedingt.

Inwieweit hat sich im letzten Jahr Ihr Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Pflegekräfte in Ihrem Haus geändert? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 34: Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung**

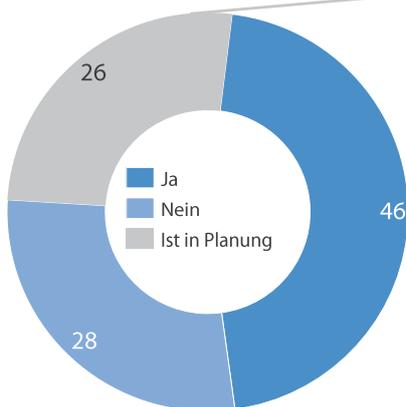
## 11 Digitalisierung

### 11.1 Einsatz von mobilen Geräten zur Entlastung der Pflege

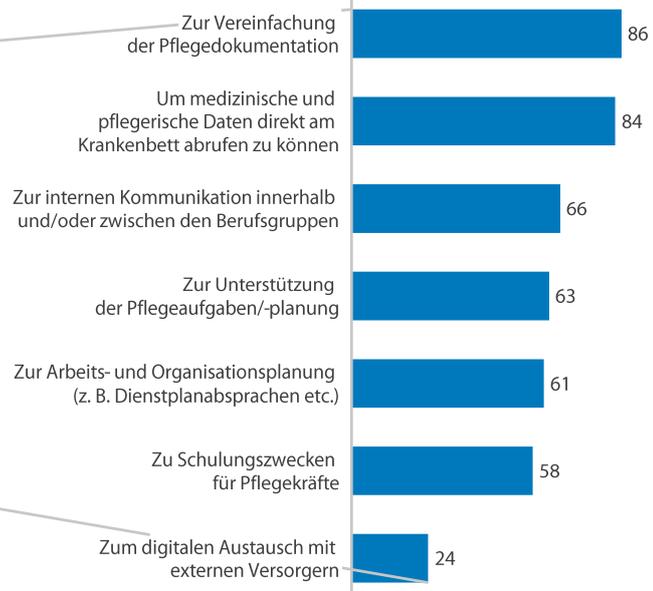
Durch technologische und digitale Unterstützung können beruflich Pflegende entlastet und die Attraktivität des Berufsbildes gesteigert werden. Deswegen empfiehlt die KAP „beruflich Pflegende aktiv und frühzeitig einzubeziehen, wenn Geschäftsprozesse digitalisiert und technische Innovationen etabliert werden sollen und dabei ausreichende Ressourcen zur Qualifizierung einzuplanen.“ (KAP, 2019, S. 102). Wichtige Aspekte sind hier u. a. die elektronische Dokumentation und die digitalisierte Kommunikation sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch mit externen Leistungserbringern.

So sollten die Befragungsteilnehmer\*innen zunächst angeben, ob in ihren Häusern mobile bzw. digitale Geräte, wie z. B. Telemonitorgeräte, Tablets, Smartphones oder -watches, zur Entlastung der Pflegekräfte eingesetzt werden (Abb. 35). Dies ist erst in 46 % der Einrichtungen der Fall. Bei den übrigen Häusern ist dies in Planung (26 %) bzw. nicht geplant (28 %).

Werden in Ihrem Haus mobile / digitale Geräte, wie z. B. Telemonitorgerät, Tablets und / oder Smartphones (/ -watches) zur Entlastung der Pflegekräfte eingesetzt? (Krankenhäuser in %)



Zu welchem Zweck werden / wurden mobile / digitale Geräte eingeführt? (Mehrfachantworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 35: Einsatz und Anwendungsbereiche von mobilen / digitalen Geräten**

## 11.2 Einsatzzwecke von mobilen Geräten in der Pflege

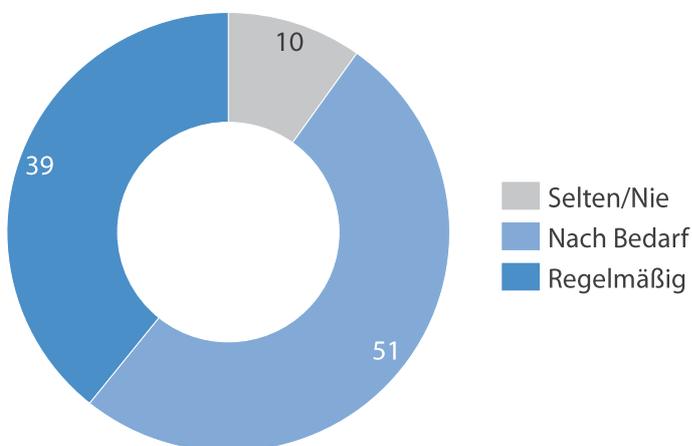
Die Ergebnisse für die folgenden Fragen beziehen sich nur auf Krankenhäuser, welche mobile bzw. digitale Geräte zur Entlastung der Pflegekräfte einsetzen oder dies planen. Diese Häuser sollten angeben, für welche Zwecke mobile Geräte eingesetzt werden oder werden sollen.

Hauptzwecke für den Einsatz sind die Vereinfachung der Pflegedokumentation (86 %), etwa zur Aufzeichnung von Patientendaten, Vitalparametern, Flüssigkeitsaufnahme und der Abruf medizinischer und pflegerischer Daten direkt am Krankenbett (84 %).

Weitere Einsatzzwecke, die von der Mehrheit der Befragten genannt werden, sind die interne Kommunikation innerhalb und zwischen den Berufsgruppen, die Unterstützung der Pflege-, Arbeits- und Organisationsplanung und die Schulung von Pflegekräften. Der digitale Austausch mit externen Versorgern spielt dagegen eine untergeordnete Rolle (Abb. 35).

Die meisten Krankenhäuser bieten Schulungen zum Einsatz von mobilen bzw. digitalen Geräten regelmäßig oder nach Bedarf an (Abb. 36).

Wie häufig werden Schulungen zum Einsatz von mobilen / digitalen Geräten angeboten? (*Krankenhäuser in %*)



© Deutsches Krankenhausinstitut

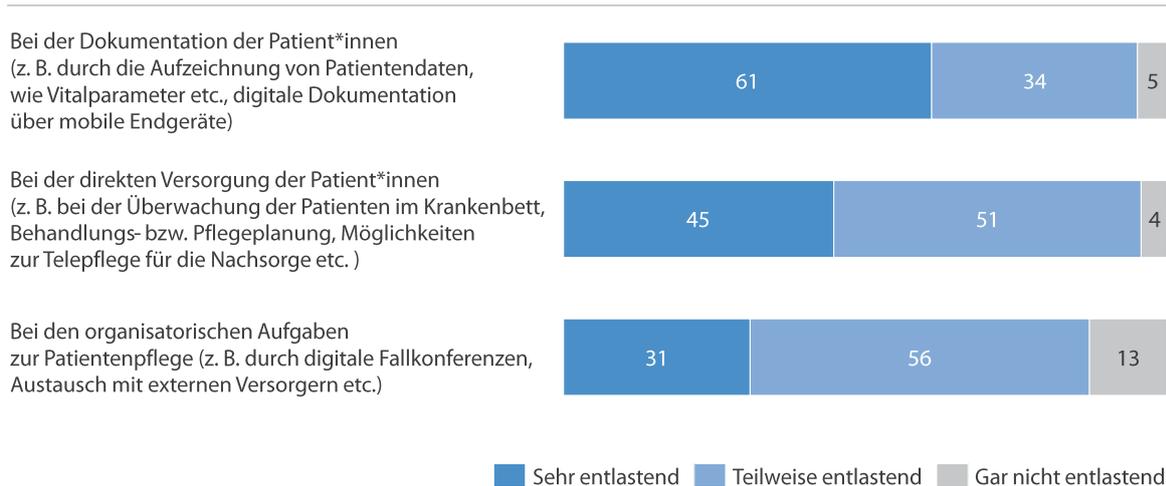
**Abb. 36: Schulungen zum Einsatz von mobilen / digitalen Endgeräten**

## 11.3 Potenziale der Digitalisierung zur Entlastung der Pflege

Abschließend zu diesem Fragenkomplex sollten die Teilnehmer\*innen angeben, inwieweit die digitalen und technischen Unterstützungen zur Entlastung der Pflegekräfte in unterschiedlichen Bereichen ihrer Häuser beitragen oder beigetragen haben.

Insgesamt werden die Beiträge der digitalen Unterstützung zur Entlastung der Pflege mehr oder weniger positiv bewertet. Dies betrifft in unterschiedlicher Abstufung die Patientendokumentation, die Patientenversorgung und die Organisation der Patientenpflege (Abb. 37).

Bitte beurteilen Sie für die unterschiedlichen Bereiche, inwieweit die digitalen und technischen Unterstützungen zur Entlastung der Pflegekräfte in Ihrem Haus beitragen bzw. beigetragen haben?  
(Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 37: Entlastungen durch digitale und technische Unterstützung**

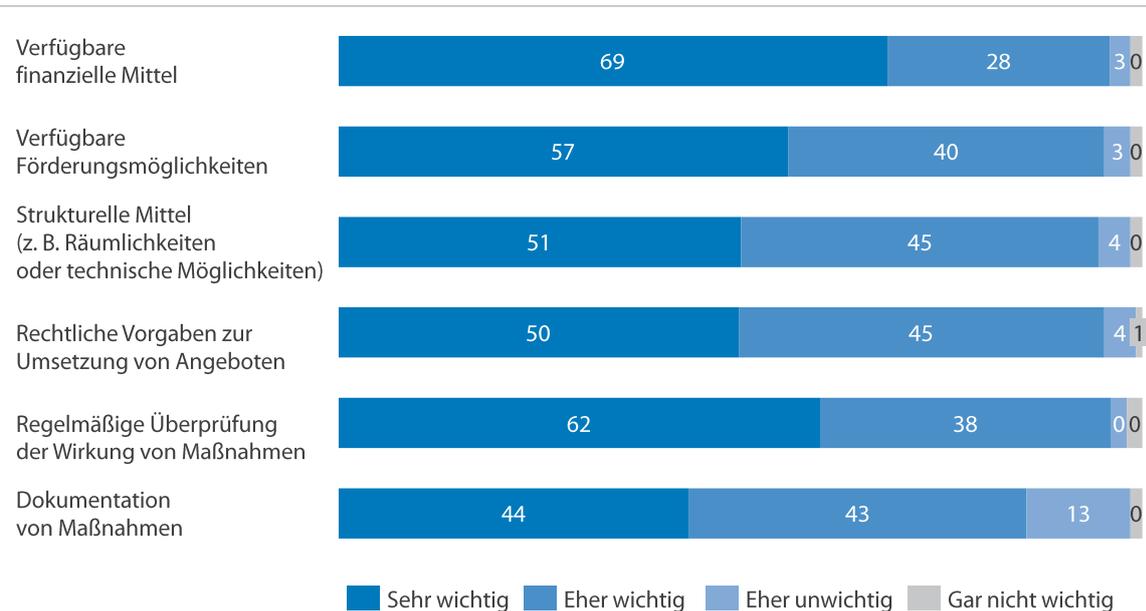
## 12 Umsetzungsbedingungen

Zur erfolgreichen Planung und Umsetzung der in den vorherigen Kapiteln behandelten Maßnahmen spielen sowohl strukturelle Bedingungen als auch die Einbindung des Personals und des verfügbaren Know-hows eine große Rolle. Aufgrund dessen wurden die Krankenhäuser aufgefordert, erfolgskritische Umsetzungsbedingungen für die Durchführung von Maßnahmen zu beurteilen.

### 12.1 Verfügbare Mittel und Strukturen

Insgesamt nannten nahezu alle Krankenhäuser (98 %) die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel und Förderungsmöglichkeiten, strukturelle Mittel (wie z. B. räumliche und technische Möglichkeiten) und die regelmäßige Überprüfung der Wirkung von Maßnahmen als die wichtigsten Faktoren für eine erfolgreiche Integration der Maßnahmen in der Personalplanung. Keiner dieser Faktoren wurde von den Krankenhäusern als unwichtig beurteilt (Abb. 38).

Wie wichtig schätzen Sie die folgenden Aspekte zur erfolgreichen Umsetzung oder Planung von Maßnahmen im Personalmanagement, Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Ihr Krankenhaus ein? (Antworten in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 38: Umsetzungsbedingungen: Verfügbare Mittel und Strukturen**

## 12.2 Einbindung des Personals und verfügbares Know-how

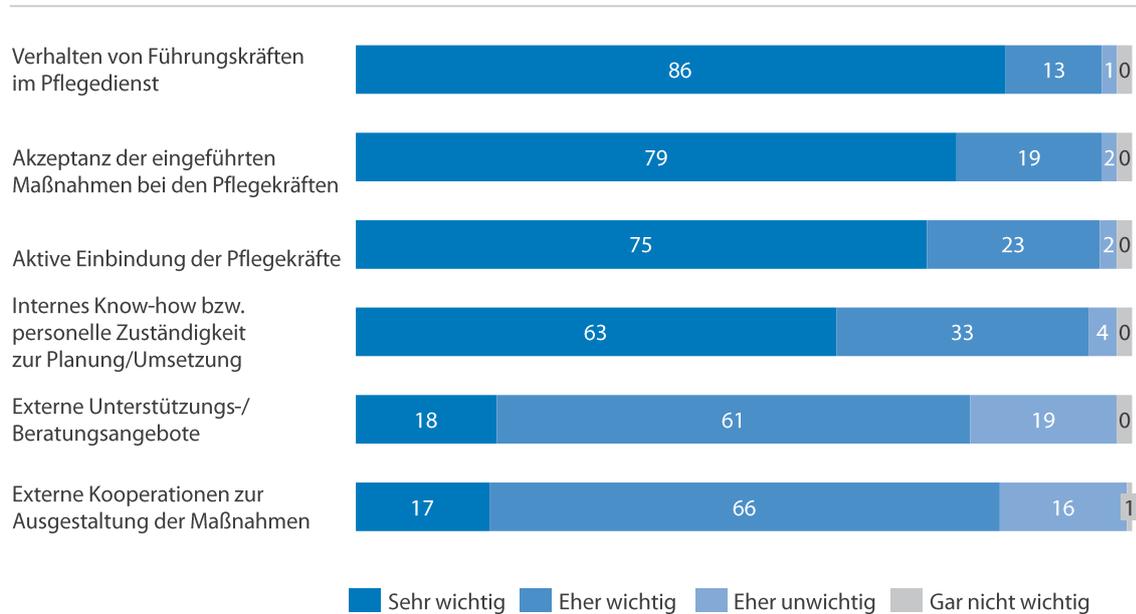
Änderungen oder Neuerungen von Prozessen hängen maßgeblich von der Akzeptanz des eingebundenen Personals ab. Aufgrund dessen wurden die Krankenhäuser gebeten ausgewählte Erfolgsfaktoren in diesem zu benennen.

Insgesamt sehen die befragten Krankenhäuser interne Faktoren bei der Einbindung des relevanten Personals als die wichtigsten Stellschrauben für eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen. Hierzu gehören das Verhalten von Führungskräften im Pflegedienst, die Akzeptanz der eingeführten Maßnahmen bei den Pflegekräften und die aktive Einbindung der Pflegekräfte. Diese Faktoren wurden von nahezu allen Häusern als sehr wichtige (75 – 86 %) oder eher wichtige Faktoren (13 – 33 %) beurteilt. In diesem Zusammenhang wurden auch das interne Know-how bzw. die personelle Zuständigkeit zur Planung und Umsetzung der Maßnahmen von der großen Mehrheit der Krankenhäuser als wichtige Faktoren eingeschätzt (Abb. 39).

Externe Faktoren, wie Unterstützungs- und Beratungsangebote oder Kooperationen zur Ausgestaltung der Maßnahmen, werden zwar von einer Mehrheit der Krankenhäuser als wichtige Faktoren angesehen. Dennoch sind diese Rahmenbedingungen nicht für alle

Krankenhäuser (16 – 20 %) bei der Umsetzung von geplanten Maßnahmen von Bedeutung (Abb. 39).

Wie wichtig schätzen Sie die folgenden Aspekte zur erfolgreichen Umsetzung oder Planung von Maßnahmen im Personalmanagement, Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Ihr Krankenhaus ein? (Antworten in %)



**Abb. 39: Umsetzungsbedingungen: Personal und Know-how**

## 13 Good-Practice-Projekte

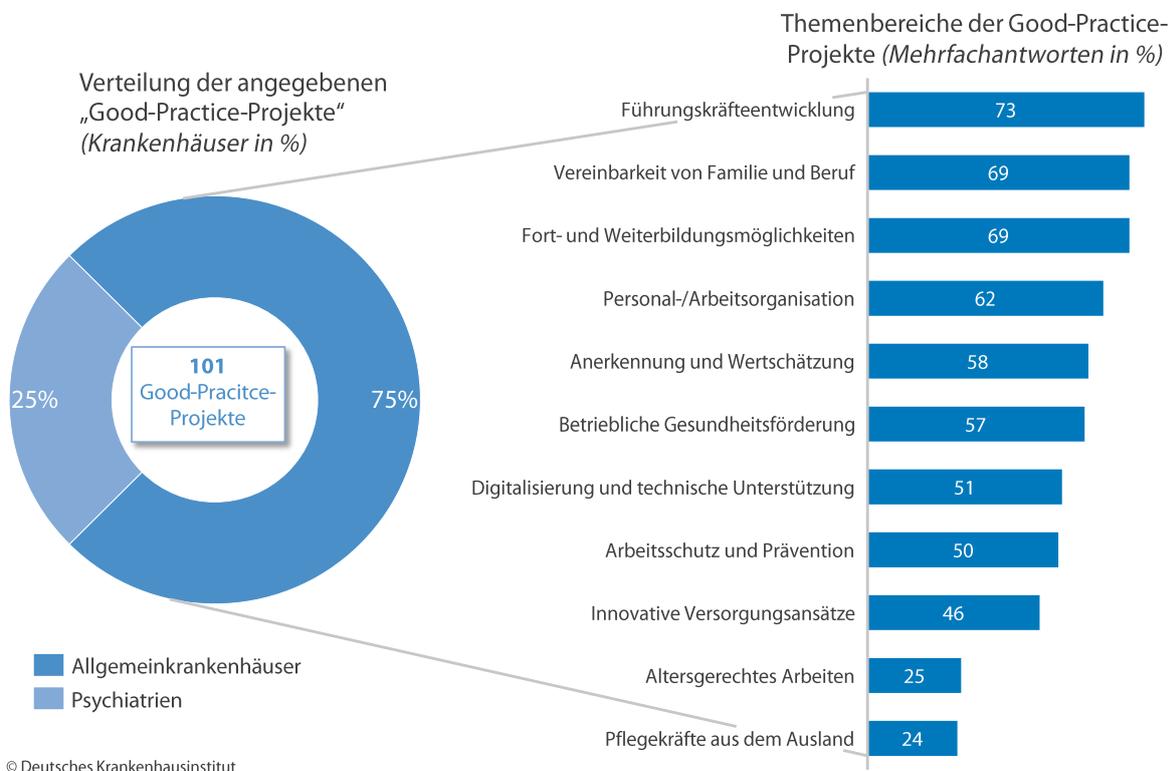
Gefragt nach Projekten, Prozessen oder Modellen, die innovativ und nachhaltig die Arbeitsbedingungen im Pflegedienst verbessern und bereits von den Krankenhäusern eingesetzt werden, wurden in beiden Befragungen 101 sogenannte „Good-Practice-Projekte“ bzw. „Leuchtturm-Projekte“ von den teilnehmenden Häusern beschrieben. Insgesamt wurden 59 Good-Practice-Beispiele in der Erstbefragung und 42 Beispiele in der Zweitbefragung erfasst. Dabei wurden 75 % der angegebenen Projekte von Allgemeinkrankenhäusern berichtet, die restlichen 25 % kamen aus Psychiatrien.

Einen Überblick zu den Wirkungsfeldern der angegebenen Good-Practice-Projekte ist in Abb. 40 dargestellt.

Zwei Drittel der Projekte wurden aus den Bereichen der Führungskräfteentwicklung, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten berichtet. Darüber hinaus dienen zusätzlich über die Hälfte der Projekte der Verbesserung in den Bereichen zur Personal- / Arbeitsorganisation, zur Anerkennung und Wertschätzung des

Pflegepersonals und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Außerdem wurden ähnlich viele Projekte für die Verbesserung der Digitalisierung und technischen Unterstützung, für den Bereich Arbeitsschutz und Prävention sowie innovative Versorgungsansätze angegeben. Vereinzelt wurden Projekte in den Bereichen des altersgerechten Arbeitens und von Pflegekräften aus dem Ausland beschrieben (Abb. 40).

Entsprechend der semistandardisierten Abfrage zur Projekt- / Modellbeschreibung wurden die Projekte von den teilnehmenden Krankenhäusern skizziert. Diese Informationen sind tabellarisch aufbereitet worden und zur Wahrung der Anonymität der Teilnehmer\*innen in zwei gesonderten Dokumenten (Erst- und Zweitbefragung) für die weitere Verwendung der DKG zur Verfügung gestellt.



**Abb. 40: Verteilung und Wirkungsfelder der Good-Practice-Projekte**

## 14 Fazit

Das Ziel der Konzierten Aktion Pflege (KAP) ist es, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften zu verbessern. In Umsetzung dieser Zielvorgabe haben diverse Arbeitsgruppen für zahlreiche Handlungsfelder eine große Fülle von Maßnahmen vorgeschlagen. Der finale Vereinbarungstext der KAP aus dem Juni 2019 umfasst über 180 Seiten mit entsprechenden Handlungsvorschlägen. Schon angesichts der Anzahl und Komplexität der Vorschläge sowie des überschaubaren Zeitfensters war nicht

davon auszugehen, dass jedes Krankenhaus in Deutschland (kurzfristig) jeden Vorschlag umsetzen kann oder will. Insofern sind die Maßnahmen eher als „Toolbox“ zu verstehen, welche die Krankenhäuser entsprechend den individuellen Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Bedürfnissen vor Ort aufgreifen können oder auch nicht.

Daher kann mit der vorliegenden Befragung der Umsetzungsstand von Maßnahmen der KAP grundsätzlich nur allgemein und vorbehaltlich bewertet werden. Angesichts begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen muss bei der Maßnahmenauswahl priorisiert werden. Auch der Umsetzungsgrad von Maßnahmen etwa hinsichtlich Durchdringungsgrad, Zielerreichung, Qualität, Mitarbeiterakzeptanz etc. kann hier nicht exakt quantifiziert werden. Dafür wären genaue Vor-Ort-Prüfungen erforderlich. Überdies dürfte die Wirksamkeit von Maßnahmen dort je nach Standpunkt und Sichtweise unterschiedlich bewertet werden. Außerdem dürfte eine Reihe von Maßnahmen in vielen Krankenhäusern unabhängig von der KAP schon durchgeführt oder damit begonnen worden sein. Vor diesem Hintergrund sind verlässliche Aussagen insofern nur zu den Handlungsfeldern der KAP möglich, die in den Krankenhäusern schwerpunktmäßig behandelt werden:

Auf der einen Seite kann festgehalten werden, dass in jedem der untersuchten Handlungsfelder eine große Anzahl von Handlungsmaßnahmen umgesetzt, begonnen oder geplant ist. Vor allem in den Handlungsfeldern der Personalentwicklung, der Personalbindung, des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind diesbezüglich zahlreiche Aktivitäten zu verzeichnen. Viele positive Ansätze gibt es auch in den Bereichen des lebensphasengerechten Arbeitens und einer wertschätzenden Fehler- und Lernkultur. Auf der anderen Seite gibt es aber auch noch Verbesserungs- und Weiterentwicklungspotenziale mit Blick auf die Maßnahmen der KAP. Die größten Umsetzungsprobleme gibt es im Bereich der Digitalisierung. Auch flächendeckend ist eine Reihe von Einzelmaßnahmen wenig verbreitet oder noch in Planung.

Nichtdestotrotz zeigen die Ergebnisse insgesamt, dass die Krankenhäuser proaktiv bemüht sind, die Situation und die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Angesichts schwieriger Rahmenbedingungen wie dem Fachkräftemangel, begrenzten finanziellen Ressourcen und den Einschränkungen durch die Corona-Pandemie sind diese Anstrengungen besonders hervorzuheben. Im Sinne der längerfristigen Bindung und Gewinnung von Pflegepersonal sollte dieser Weg weiter beschritten werden.

## 15 Literaturverzeichnis

- BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (BDO) und Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2019). *Das Krankenhaus als attraktiver Arbeitgeber*. Online: <https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/Das%20Krankenhaus%20als%20attraktiver%20Arbeitgeber.pdf>
- Bibliomed Pflege (2021). *Weniger Zuwanderung von Gesundheitspersonal*. News vom 24.08.2021. Online: <https://www.bibliomed-pflege.de/news/weniger-zuwanderung-von-gesundheitspersonal>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2013). *Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2013*. Online: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95432/319fbbd00905d68f70ad7ad484fbfe21/unternehmensmonitor-familienfreundlichkeit-2013-data.pdf>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019). *Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit 2019*. Online: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/138446/b9fd33ee4455a4f67595790080da7196/unternehmensmonitor-familienfreundlichkeit-2019-data.pdf>
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2021). *Umsetzungsstand der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) im Krankenhaus. Teil 1: Kurzumfrage. Erstbefragung. Düsseldorf. Unveröffentlichter Zwischenbericht*.
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) (2021). *Krankenhaus Barometer*. Düsseldorf. *In press*.
- Gleich, M. (2010). *Führungskräfteentwicklung in ausgewählten Unternehmen der Wirtschaft- Anspruch und Wirklichkeit*. Hamburg: Diss. Helmut Schmidt-Universität.
- Konzertierte Aktion Pflege (2019): *Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 1 bis 5*. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege/191129\\_KAP\\_Gesamttext\\_Stand\\_11.2019\\_3.\\_Auflage.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3._Auflage.pdf)
- Naegler, H. (2008): *Personalmanagement im Krankenhaus*. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Ney R. und Fricke A. (2018). *Pflege-Comeback. Jede zweite ausgestiegene Pflegekraft bereit zur Rückkehr*. Ärztezeitung, veröffentlicht am 26.11.2018. Online: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Jede-zweite-ausgestiegene-Pflegekraft-bereit-zur-Rueckkehr-227876.html>
- Ringshausen, H. (2008): *Personalentwicklung fördert, fordert und erhöht die Qualität*. F&W, Heft 6.
- Sleziona M. (2009): *Der Kampf um die besten Führungskräfte von morgen*. F&W, Heft 1.