



Kontakt:

Frank Jaeschke

Telefon: 0511 532-3992 0511

Fax: 532-8661

E-Mail: Jaeschke.frank@mh-hannover.de

Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

**Anstoß einer Debatte zu einem „Tarifprojekt Unikliniken“ im TV-L
mit Schwerpunkt auf Pflegeberufe und anderen nicht-ärztlichen
Gesundheitsberufen zur Tarifrunde 2015**

Liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Pflegebereich der Unikliniken,

wir vom ver.di-Pflegenetzwerk der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) möchten uns zur anstehenden Tarifrunde 2015 im Bereich TV-L mit Euch austauschen und eine gemeinsame Debatte über mögliche gemeinschaftliche Forderungen der Unikliniken anstoßen.

Wir diskutieren in unserem Pflegenetzwerk an der MHH insbesondere Fragen der Eingruppierungsordnung sowie qualitative Forderungen. Uns ist beispielsweise wichtig, dass die teils spezifischen Leistungen, Kompetenzen und Qualifikationen der Pflege an Unikliniken besser abgebildet, sowie bisherige Ungerechtigkeiten im Tarifwerk beseitigt werden. Daneben streben wir an – insbesondere mit Blick auf die Mitgliederentwicklung unserer Gewerkschaft – die Anliegen und Bedürfnisse der jüngeren Generationen in den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen angemessener zu berücksichtigen. Nachfolgend findet sich der aktuelle Stand unserer MHH-internen Diskussion, beginnend mit der Ausgangslage und nachfolgend unseren Forderungspunkten. Über einen regen Austausch, weitere Ideen und Forderungspunkte, freuen wir uns!

Die Sprecherinnen und Sprecher des ver.di-Pflegenetzwerkes an der MHH



Beitrag zu möglichen Forderungen aus dem ver.di- Pflegenetzwerk der Medizinischen Hochschule Hannover zur Tarifrunde TV-L 2015

Ausgangslage –

Steigende Anforderungen an Pflegeberufe, fehlende Anerkennung besonderer Qualifikationen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und ungenügender Gesundheitsschutz in Unikliniken

Die Anforderungen an die Beschäftigten im Pflegedienst und in den übrigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen der Krankenhäuser sind in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Der demografische Wandel in der Bevölkerung, hat die Anzahl an PatientInnen mit Mehrfacherkrankungen – und in Unikliniken insbesondere mit besonders schweren Krankheitsverläufen – steigen lassen. Das bedeutet, dass sich etwa eine Pflegefachkraft heute nicht nur theoretisch und praktisch mit dem Fachgebiet ihrer Abteilung bestens auskennen muss, sondern dass sie in der Lage sein sollte, sich neben einem breiten medizinisch-pflegerischen Basis- und abteilungsspezifischem Fachwissen, ständig neue pflegerelevante Themengebiete selbstständig zu erschließen – Stichwort: „Evidence-Based Nursing“. Heute wird von Pflegefachkräften außerdem erwartet, dass sie neben dem eigenverantwortlichen Managen von Krisen- und Notfallsituationen, auch die Beratung insbesondere der chronisch kranken PatientInnen und ihrer Angehörigen zum weiteren Krankheitsverlaufsmanagement eigenständig durchführen. Eine Vielzahl an älteren PatientInnen kommt zudem mit der Nebendiagnose „Demenz“ auf die Stationen. Vorausgesetzt wird hier selbstverständlich ein professioneller und empathischer Umgang, etwa mit möglichen herausfordernden Verhaltensweisen dieser Klientel. Die Betreuung von PatientInnen mit stetig komplexer werdenden Gesundheitseinschränkungen, ist zudem durch immer kürzere Krankenhausaufenthalte geprägt. Den häufig komplizierten und anspruchsvollen Bedarfen der PatientInnen, muss also von Seiten der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in immer kürzerer Zeit begegnet werden. Und das sind nur einige der Anforderungen, denen Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, Hebammen und auch die Angehörigen der übrigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, heute mit weit weniger personellen Ressourcen nachkommen müssen, als früher:

Die aktuelle Situation der Personalausstattung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser beispielsweise, ist durch die Wirkungen des enormen Abbaus von mehr als 50.000 Vollkräften bis 2007 und einem moderaten Wiederanstieg ab 2008 gekennzeichnet, der aber keineswegs den vorherigen Abbau kompensierte. Damit nimmt Deutschland im Hinblick auf die Patienten-Pflegekraft-Relation im europäischen Vergleich den letzten Platz ein. Hierzulande ist eine examinierte Pflegefachkraft im Krankenhaus für durchschnittlich 13 Menschen verantwortlich. In Norwegen betreut eine professionell Pflegende dagegen nur vier PatientInnen. Die

abnehmenden personellen Ressourcen für eine angemessene Pflege im Krankenhaus, sind aber nicht allein auf die drastische Reduzierung von Vollkräften im Pflegedienst zurückzuführen, sondern liegen auch an der Übernahme vormals ärztlicher Tätigkeiten, die zusätzliche Ressourcen bindet. Das Rationieren von pflegebezogenen Maßnahmen im Stationsalltag, gehört deshalb heute zu den wichtigsten Management-Kompetenzen einer Pflegefachkraft im Krankenhaus. Gleiches muss vor dem Hintergrund des allgemeinen Personalabbaus, auch für die Angehörigen der übrigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe im Krankenhaus angenommen werden.

Die gestiegenen Anforderungen an die Krankenhauspflege, die Hebammendienste und die Angehörigen der übrigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, werden in Unikliniken besonders deutlich: Die gravierenden Umwälzungsprozesse im Gesundheitswesen, die ausgeprägten hierarchischen Strukturen und der hohe Kostendruck zeigen sich in Unikliniken durch das umfangreiche Leistungsangebot, das überdurchschnittliche Versorgungskosten produziert, in einem kapitalen (Spar-)Druck. Insbesondere die Pflegefachkräfte und Hebammen der Unikliniken sind in einer besonders belastenden Situation, u.a. aufgrund der oft unzureichenden Anerkennung ihrer Qualifikation, der Dominanz der Berufsgruppe der Ärzte und ihrer Ausrichtung auf die Bedürfnisse der PatientInnen, die meist im Widerspruch zu wirtschaftlichen Aspekten stehen.

Die Pflege, das Hebammenwesen und einige andere nicht-ärztliche Gesundheitsberufe als Professionen, haben auf diese gestiegenen Anforderungen reagiert. So sind mittlerweile weit über 50 pflegebezogene Studiengänge, einzelne Studiengänge des Hebammenwesens sowie der Ergo- und der Physiotherapie eingerichtet worden. Insbesondere die Studiengänge „Bachelor of Arts in Nursing“, sollen die Pflegefachkräfte für die Arbeit „am Bett“, mit ihren gestiegenen Anforderungen, befähigen. Darauf zielen seit Jahren auch die Fachweiterbildungen außerhalb der Gerätemedizin ab – beispielsweise zur Onkologischen Pflege oder Palliative Care, aber auch die Fachweiterbildungen zur Praxisanleitung und ähnliche praxisbezogene Weiterbildungen. Insbesondere die jüngeren Generationen in der Pflege und im Hebammenwesen nehmen die zusätzliche Belastung etwa einer pflegebezogenen Fachweiterbildung oder eines Studiums auf, um den Bedürfnissen der Praxis in deutschen Krankenhäusern adäquater begegnen zu können. Sie finanzieren ihre zusätzlichen Qualifikationen oft selbst und investieren ihre Freizeit, um auch zukünftig im Krankenhaus zu bestehen, notwendige Kompetenzen zu erwerben und eine hohe Qualität in der Patientenversorgung sicherzustellen. Auch der Wissenschaftsrat, der die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung berät, empfiehlt eine Akademisierungsquote von 10-20% in den Pflegeberufen, um auf die komplexen Aufgabenbereiche der Pflege adäquat reagieren zu können. So steigt die Anzahl an zusätzlich akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften und Hebammen an den Unikliniken – auch deshalb, weil heute an den meisten, den Unikliniken angegliederten Krankenpflege- und Hebammenschulen, ein definierter Anteil von SchülerInnen ausbildungsbegleitend ein Pflegestudium absolviert.

Die Arbeit im Pflege- und Hebammendienst an deutschen Unikliniken ist demnach geprägt von gestiegenen Anforderungen durch PatientInnen mit immer komplexeren Gesundheitseinschränkungen, Arbeitsverdichtung durch Personalabbau, der Übernahme von Tätigkeiten anderer Professionen und der Reaktion vieler Pflegefachkräfte und Hebammen darauf, diesen gestiegenen Ansprüchen durch zusätzlichen Qualifikationserwerb zu begegnen. Auf der Strecke bleibt oftmals der Gesundheitsschutz, insbesondere der Pflegefachkräfte und Hebammen an Unikliniken. Ein großes Problem stellt hier der demografische Wandel dar, der sich zunehmend auch in den Belegschaften der Universitätsklinika manifestiert. Der Anteil an älteren und sogenannten „leistungsgewandelten“ MitarbeiterInnen, insbesondere im Pflege- und Hebammendienst, steigt. Eine adäquate Antwort auf die hiermit verbundenen Fragen und Probleme steht in den meisten Unikliniken aus. Problematisch scheint diesbezüglich insbesondere der Personaleinsatz im Schichtdienst. Hiervon sind alle Generationen der Pflege und des Hebammendienstes betroffen. Steigt etwa der Anteil an Pflegefachkräften in einem Stationsteam, die nicht mehr im Nachtdienst eingesetzt werden (können), müssen die verbliebenen dreischichtfähigen KollegInnen dies kompensieren. Das führt schon heute zu gesundheitsgefährdenden Situationen.

Aus der oben skizzierten Ausgangslage sind die folgenden Forderungspunkte abgeleitet:

Forderungspunkte

1. Entgeltanpassung/ Eingruppierungsordnung

1.1 Forderung: Abbildung besonderer praxisrelevanter Qualifikationen von Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in der Eingruppierungsordnung

Wir fordern die Berücksichtigung akademischer Abschlüsse in Pflegeberufen und des Hebammenwesens – insbesondere „Bachelor of Arts (B.A. in Nursing)“ und „Master of Arts (M.A. in Nursing)“ und die damit verbundene Anerkennung dieser Qualifikationen in der zukünftigen Entgelt- bzw. Eingruppierungsordnung – und zwar gerade auch, wenn akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte und Hebammen „am Bett“ tätig sind, denn dort werden diese Qualifikationen und Kompetenzen dringend gebraucht. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bzw. Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und Hebammen mit Hochschulabschlüssen in einem pflegerelevanten Studienfach, insbesondere Bachelor of Arts in Nursing, müssen aus unserer Sicht entsprechend ihrer besonderen praxisrelevanten Kompetenzen höher eingruppiert (vergütet) werden. Dies gilt ebenso für die bisher nicht in der Entgelt- bzw. Eingruppierungsordnung berücksichtigten pflegebezogenen Fachweiterbildungen, wie Onkologische Pflege, Palliative Care und Praxisanleitung. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bzw. Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und Hebammen mit einer staatlich anerkannten

Fachweiterbildung müssen entsprechend höher eingruppiert (vergütet) werden. Gleiches gilt für praxisbezogene akademische Abschlüsse in den übrigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen.

1.2 Forderung: Änderung der Regelung im § 20 Abs. 2 TV-L, Neu E1 bis E9 mit 95% Jahressonderzahlung

Wir fordern eine gerechte Regelung für alle Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bzw. Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, die mit einer Fachweiterbildung (Intensiv- und Anästhesiepflege; Fachweiterbildung Operationsdienst) eine Höhergruppierung in EG 9a erhalten, bislang mit der Folge, dass sie eine geringere Jahressonderzahlung bekommen. Die Endstufe in EG 9a ist bislang zudem identisch zu der in EG 8a. Die bisherige Regelung bestraft also die Weiterqualifizierung von Pflegefachkräften im Bereich der Gerätemedizin.

1.3 Forderung: Voraussetzungen für Zulagen zum Entgelt (Intensiv-, Infektions-, Transplantations-, Onkologie-, Pflegezulage) müssen ausreichend praxistauglich und allgemeingültig definiert werden; die Kumulierung mehrerer Voraussetzungen muss möglich und deren Voraussetzung entsprechend definiert sein

Wir fordern, dass „Pflegezulagen“ bzw. Zulagen zum Entgelt künftig nach einheitlichen und der heutigen Praxis entsprechenden Kriterien gewährt werden. Die bisher definierten Voraussetzungen zur Gewährung von Zulagen können als überholt angesehen werden. So muss etwa die „Intensivzulage“ hinsichtlich der Definition von Intensivstationen überarbeitet werden. Die entsprechende Eingruppierung und Zulage soll beispielsweise auch für IMC-Abteilungen oder IMC-Zimmer auf Normalstationen gelten, da deren Anteil immer weiter wächst. Auch die Definition von Infektionen für die „Infektionszulage“ muss überarbeitet werden – beispielsweise wird bislang ein Patient mit dem Vollbild AIDS als „gefährdend“ eingestuft, während etwa ein an Ebola erkrankter Mensch nicht zu den berücksichtigten Infektionskranken zählt. Mittlerweile gibt es zudem immer weniger Abteilungen mit Fokus auf nur einer Voraussetzung. So befinden sich auf einer Station heute beispielsweise ein Anteil an PatientInnen nach Transplantation, ein Anteil an PatientInnen mit onkologischen Erkrankungen, ein Anteil an PatientInnen mit schwerwiegenden neurologischen Erkrankungen wie MS oder ALS und ein Anteil an PatientInnen, die in speziellen IMC-Zimmern intensivmedizinisch überwacht werden. Wir fordern deshalb, die Voraussetzungen zur Gewährung einer Zulage zum einen an heutige Gegebenheiten anzupassen und zum anderen die Kumulierung mehrerer Voraussetzungen zu ermöglichen und diese Möglichkeit klar zu definieren.

2. Benachteiligungsverbot von Teilzeitkräften

2.1 *Forderung: Änderung in § 7, Abs. 7 TVL*

Wir fordern ein Ende der Benachteiligung von Teilzeitbeschäftigten bei der Überstunden- und Mehrarbeitsregelung. Der Anteil an Teilzeitbeschäftigten im nicht-ärztlichen Dienst der Krankenhäuser ist bis zum Jahr 2012 auf 45,9% aller Krankenhausbeschäftigten gestiegen. Zum einen scheinen insbesondere Pflegefachkräfte aufgrund der steigenden Arbeitsbelastung von Vollzeit- auf Teilzeitstellen zu wechseln und zum anderen forciert das Pflegemanagement Teilzeitbeschäftigung, um bei einer reduzierten Personaldecke einen flexibleren Personaleinsatz zu ermöglichen. Bislang wird diese große und weiter wachsende Gruppe an teilzeitbeschäftigten Pflegenden und Hebammen im TV-L benachteiligt. So werden geleistete Überstunden von Teilzeitbeschäftigten im TV-L erst als solche definiert und monetär gewürdigt, wenn die Teilzeitbeschäftigten die Arbeitszeit einer Vollzeitbeschäftigten überschritten haben. Dies fördert die Ausnutzung des teilzeitbeschäftigten Personals in der Pflege und der Geburtshilfe.

2.2 *Forderung: Gewährung von „vollen“ Zulagen und Anrechnung der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit*

Wir fordern die Gewährung der vollen Zulagen für Teilzeitbeschäftigte. Gefährdungs- und Belastungszulagen, Schichtzulagen oder auch die Anrechnung von Arbeitszeit an Bildungsurlaubstagen, Betriebsausflügen etc., werden Teilzeitbeschäftigten bislang nur anteilig gewährt – auch, wenn Teilzeitbeschäftigte im Pflegedienst den selben Gefahren und Belastungen ausgesetzt sind, wie ihre in Vollzeit arbeitenden KollegInnen und auch, wenn sie die selbe Anzahl an Stunden in einer Weiterbildungsveranstaltung nach den Bildungsurlaubsgesetzen verbringen oder auf einem Betriebsausflug, wie ihre KollegInnen in Vollzeit.

2.3 *Forderung: Tarifkonforme Umsetzung der gültigen Rechtsprechung*

Wir fordern die tarifkonforme Umsetzung des BAG Urteils zur Dienstplangestaltung von Teilzeitbeschäftigten: Der Einsatz von Teilzeitbeschäftigten zu ungünstigen Arbeitszeiten (Samstag, Sonntag, Feiertag, Nacht) kann nach diesem BAG Urteil eine ungerechtfertigte Benachteiligung darstellen (BAG, Urteil vom 24.4.1997 - 2 AZR 352/96). Oft ist es üblich, dass eine Vollzeitkraft an jedem zweiten Wochenende und an jedem zweiten Feiertag eingeplant wird. Dann braucht eine Teilzeitbeschäftigte, die vertraglich 50% der vollen Arbeitszeit vereinbart, eben auch nur die Hälfte dieser Belastung übernehmen – entweder nur jeweils die halben Tage, oder nur an jedem vierten Wochenende und an jedem vierten Feiertag. Wir fordern eine entsprechende Abbildung im Tarifwerk TV-L, damit sich teilzeitbeschäftigte Pflegenden darauf berufen können, wollen sie tatsächlich, z.B. aus familiären Gründen, nur anteilig zu ungünstigen Arbeitszeiten herangezogen werden.

3. Nachtdienstregelung zum Gesundheitsschutz

3.1 *Forderung: Der „Ausschlaftag“ (=Tag, an dem Beschäftigte morgens ihren Nachtdienst-Turnus beenden) soll nicht als freier Tag gewertet werden*

Wir fordern, dass der Ausschlaftag -wie etwa im Rettungsdienst üblich- mit „Zustand nach Dienst“ gekennzeichnet wird. Erst der darauffolgende Tag soll dann als erster freier Tag nach dem Nachtdienst gelten. So wird verhindert, dass der Ausschlaftag, an dem die Beschäftigten bis zu sieben Stunden gearbeitet haben (z.B. von 00:00 bis 07:00) und der bislang im TV-L als „freier Tag“ gilt, als erster Urlaubstag oder als einziger freier Tag vor dem nächsten Tagdienst-Turnus gewertet wird. Auch wenn das „Nachtwachen-Frei“ theoretisch der Ausgleich von geleisteter Arbeitszeit sein sollte – sozusagen „Überstunden-Frei“ und keinen Urlaub oder einen einfachen freien Tag darstellt – lehrt die Praxis, dass unbedingter Regelungsbedarf besteht. Es geht hierbei nicht in erster Linie um einen zusätzlichen Freizeitanspruch, sondern um die Garantie für Pflegefachkräfte und Hebammen, am „Ausschlaftag“ und am darauffolgendem Tag, nicht zum Dienst eingeteilt zu werden. Es sollen somit aus unserer Sicht nach einem Nachtdienst immer der Ausschlaftag und der Folgetag (2 Tage) dienstfrei bleiben, um dem Gesundheitsschutz der nachtdienstleistenden Pflegenden und Hebammen Rechnung zu tragen.

4. Fort- und Weiterbildung

4.1 *Forderung: Im Tarifvertrag soll verankert sein, dass Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, Hebammen sowie Angehörige anderer nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, bis zu 10 Tage im Jahr zur Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehen*

Wir fordern, dass Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen, Hebammen sowie Angehörigen der übrigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, bis zu 10 Tage (exklusive Bildungsurlaub) zur Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stehen und diese als Arbeitszeit gelten müssen. Die Anforderungen an die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe steigen stetig – um diesen zu begegnen, bilden sich insbesondere viele Pflegefachkräfte und Hebammen bislang in ihrer Freizeit fort. Die Verantwortung für eine hohe Qualität der Krankenversorgung durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkräfte, Hebammen und den Angehörigen der übrigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe, darf aber nicht allein in den Händen der Beschäftigten liegen. Eine angemessene Beteiligung der Arbeitgeberseite sehen wir in der bezahlten Freistellung für entsprechende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.

5. Ausgleich für Sonderformen der Arbeit

5.1 *Forderung: Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen sowie Hebammen, die an Unikliniken Bereitschaftsdienst leisten, sollten einen Ausgleich analog der Regelung im TV Ärzte bekommen (§ 8, Abs. 6)*

Wir fordern einen gerechteren Ausgleich für Bereitschaftsdienste von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und Hebammen. Hierbei sollen nur noch zwei Bereitschaftsdienststufen mit einer Anrechnung von 65% (Stufe I), bzw. 95% (Stufe II) als Arbeitszeit zur Geltung kommen – siehe TV-Ä § 9, Abs. 2.

5.2 *Forderung: Erhöhung des Nachtdienststunden-Zuschlags auf 20% (§ 8, Abs.1)*

Wir fordern eine Erhöhung des Zuschlags von geleisteten Nachtdienststunden auf 20% für sämtliche Formen der Nachtarbeit, um die hohen Belastungen der Nachtarbeit und die enormen Leistungen der Nachtarbeitenden auch monetär angemessener zu würdigen.

Quellen und weiterführende Literatur zur Ausgangslage der Situation von Beschäftigten der Pflegeberufe an deutschen Krankenhäusern/ Unikliniken

Aiken Linda H.; Sermeus, Walter; Koen van den Heede et al. (2012): Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. In: British Medical Journal. Online verfügbar unter: <http://www.bmj.com/content/bmj/344/bmj.e1717.full.pdf> (08.09.2014).

Braun, Bernhard (2013): Stellungnahme zum Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg et al. und der Fraktion DIE LINKE. „Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung“. BT-DR. 17/12095 am 12.06.2013. Online verfügbar unter: http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/an_Mindestpersonalbemessung/Stellungnahmen/17_14_0439_11_ESV_Dr_Braun.pdf (08.09.2014).

Braun, Bernard; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf (2011): Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus. Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. Bremen: artec. Online verfügbar unter: http://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/single_sites/artec/artec_Dokumente/artec-paper/173_paper.pdf (08.09.2014).

Braun, Bernard; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf (2010): Auswirkungen des DRG- Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 15, Heft-Nr. 1, S. 5-19.

Destatis (Statistische Ämter des Bundes und der Länder) (2013): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf;jsessionid=B3724C6DD2342F0C3FAF20C122B885D1.cae3?__blob=publicationFile (08.09.2014).

Destatis (Statistische Ämter des Bundes und der Länder) (2008): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102089004.pdf?__blob=publicationFile (08.09.2014).

Drygalla, Jeannette (2010): Theoretische und empirische Perspektiven auf Mobbing im Berufsalltag Pflegender in Universitätsklinika, Dissertation. Online verfügbar unter: <http://d-nb.info/1025055993/34> (08.09.2014).

Isfort, Michael; Weidner, Frank u.a.; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (Hrsg.) (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf (08.09.2014).

Offermanns, Matthias; Bergmann, Karl O. (2010): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI). Online verfügbar unter: https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung_pflege_langfassung.pdf (08.09.2014).

Simon, Michael (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft- Nr. 2, S. 101-123. Online verfügbar unter: http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/category/pdf/02_2009.pdf (08.09.2014)

Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Huber.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. B-Drs. 2411-12 vom 13.07.2012. Online verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (08.09.2014).