Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Studie

Pflege-Thermometer 2007

Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15

50670 Köln
Tel.: 0221 / 4686130
Fax: 0221 / 4686139

http://www.dip.de

Pflege-Thermometer 2007

„Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus“

Isfort, M.; Weidner, F.(2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter http://www.dip.de

Projektleitung: Prof. Dr. Frank Weidner
Dipl.-Pflegewissenschaftler Michael Isfort

Mitarbeit: Andrea Neuhaus M.A.
Stefan Reimers

© 2007 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
50670 Köln
http://www.dip.de

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse 4

Weniger Pflegekräfte, höherer Arbeitsaufwand und Mehrarbeit 4
Hilfskräfteeinsatz, Flexibilisierung und die Situation älterer Mitarbeiter 5
Patientensicherheit und pflegerische Versorgungsqualität 5
Alte und neue Tätigkeitsbereiche der Krankenpflegekräfte und Hilfskräfte 6
Tarifsystemveränderungen und Auswirkungen 7

2 Hintergrund und Rahmenbedingungen 8

Kennzahlen des Krankenhauswesens 8
Krankenhausfinanzierung 9
Pflegepersonalentwicklung im Krankenhauswesen 11
Pflegequalitätsbeschreibung 12

3 Das Pflege-Thermometer 2007 14

Studien- und Stichprobenbeschreibung 15
Repräsentativität 15
Antwortende 16

4 Pflegepersonalsituation im Krankenhaus 17

Entscheidungsspielräume der Leitungskräfte 17
Kennzahlen des Pflegepersonals in den Einrichtungen 19
Mehrarbeit des Krankenpflegepersonals 21
Krankheitsausfälle des Pflegepersonals 21
Situation älterer Mitarbeiter 23
Arbeits- und Betreuungsaufwand 25
Flexibilisierung der Arbeit 26
Arbeitsmarkt und offene Stellen 28
Qualifikations- und Bildungsaspekte 29

5 Patientensicherheit und Qualitätsaspekte der Versorgung 32

Qualitätsindikatoren 32
Unerwünschte Vorkommnisse 35

6 Tätigkeitsbereiche des Pflegepersonals 38

Einsatzgebiete von Hilfskräften 39
Änderungen der pflegerischen Tätigkeitsbereiche 40
Zukünftige Änderungen der pflegerischen Tätigkeitsbereiche 41

7 Tarifveränderungen 42

Beiträge einer Tarifveränderung 43
Auswirkungserwartungen einer Tarifänderung 43
Auswirkungserfahrungen einer Tarifänderung 44

8 Ausblick 46

9 Literaturverzeichnis 49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung Krankenhausindikatoren 1995-2005 9
Abbildung 2: Krankenpflegepersonal Vollzeitkräfte 1995-2005 11
Abbildung 3: Bundeslandverteilung Pflege-Thermometer / Krankenhausstatistik 15
Abbildung 4: Altersverteilung Antwortende 16
Abbildung 5: Berufsjahre in der Position in der Einrichtung 17
Abbildung 6: Budgetverwaltung durch Leitungskräfte 18
Abbildung 7: Bedarfseinschätzung Instrument 18
Abbildung 8: Beschäftigte VZK Pflege-Thermometer 19
Abbildung 9: Bedarfseinschätzung Krankenpflegepersonal 20
Abbildung 10: Krankheitshäufigkeit 22
Abbildung 11: Krankheitsdauer 22
Abbildung 12: Belastungseinschätzung und Entwicklung Älterer 23
Abbildung 13: Programme und Kompetenzeinschätzung Älterer 24
Abbildung 14: Altersteilzeitwunsch 24
Abbildung 15: Einschätzung Aufwand Angehörigenbetreuung 25
Abbildung 16: Rotationsprinzip der Beschäftigten 26
Abbildung 17: Einschätzung Auswirkungen Flexibilisierung 27
Abbildung 18: Arbeitslosenzahlen Krankenpflegende allgemein 28
Abbildung 19: Bewerbersituation 29
Abbildung 20: Einschätzung Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter 30
Abbildung 21: Bedarfseinschätzung hochschulisch Qualifizierter 30
Abbildung 22: Einschätzung pflegesensitiver Indikatoren 33
Abbildung 23: Einschätzung Entwicklung der Qualitätsindikatoren 34
Abbildung 24: Einschätzung der Entwicklung der Pflegequalität 34
Abbildung 25: Unerwünschte pflegerische Vorkommnisse 1 35
Abbildung 26: Unerwünschte pflegerische Vorkommnisse 2 36
Abbildung 27: Einschätzung Versorgungskapazität 37
Abbildung 28: Einschätzung Umstrukturierungsbedarf der Tätigkeitsprofile 38
Abbildung 29: Einsatzgebiete pflegerischer Hilfskräfte 39
Abbildung 30: Arbeiten, die nicht mehr durchgeführt werden sollen 40
Abbildung 31: Arbeiten, die durchgeführt werden sollen 41
Abbildung 32: Einschätzung Tätigkeitsprofilentwicklung 42
Abbildung 33: Einschätzung Beiträge eines Tarifsystems 43
Abbildung 34: Einschätzung Auswirkungen einer Tarifumstellung 44
Abbildung 35: Erfahrungen der Auswirkungen von Tarifveränderungen 45
Abbildung 36: Auswirkungen der veränderten ärztlichen Tarife 45

1 Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Das Pflege-Thermometer 2007 wurde vom unabhängigen Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln durchgeführt. Es handelt sich um eine repräsentative Untersuchung leitender Pflegekräfte im Krankenhaus. Den Studienergebnissen liegen Daten aus 263 bundesdeutschen Krankenhäusern zugrunde. Gegenstand der Untersuchung war die Pflegepersonalsituation in den Einrichtungen mit der Ermittlung der Auswirkungen des Strukturwandels in den Krankenhäusern auf die Patienten. Des Weiteren wurden die Veränderungen der Tätigkeitsfelder der Berufsgruppen sowie tarifliche Neuordnungen in den Krankenhäusern hinsichtlich ihrer Auswirkungen untersucht.

Weniger Pflegekräfte, höherer Arbeitsaufwand und Mehrarbeit

In der allgemeinen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12 / Reihe 6.1.) ist ersichtlich, dass sich die Personalsituation im Krankenhaus vor allem im Pflegebereich verändert hat. Sowohl bei den Stellen für pflegerische Hilfskräfte (Krankenpflegehelfer/-innen) als auch für das examinierte Pflegepersonal (Krankenpflegekräfte) wurden in erheblichem Umfang Reduzierungen vorgenommen. Es wurden 48.000 Vollzeitäquivalente (-13,5%) für Krankenpflegekräfte in den bettenführenden Bereichen im Zeitraum von zehn Jahren abgebaut. Dabei hat sich die Fallzahl der stationär behandelten Patienten erhöht und die Verweildauer der Patienten ist gesunken. Es erfolgte im gleichen Zeitraum ein Aufbau des ärztlichen Personals in erheblichem Umfang (+19,5%). Die Belastungszahl des Pflegedienstes nach Fällen stieg in zehn Jahren von 48 Patienten auf 59, was einem Plus von 23% entspricht!

In der vorliegenden Studie bestätigen sich diese allgemeinen Entwicklungen. In den befragten Krankenhäusern der Studie wurde ebenfalls Pflegepersonal abgebaut. Die Zahl der Einrichtungen, die kompensatorisch Hilfskräfte aufgebaut haben, hält sich dabei die Waage mit den Einrichtungen, die Hilfskräfte abgebaut haben. Die betriebsinternen Möglichkeiten der Rationierung scheinen an einem vorläufigen Endpunkt angelangt zu sein. Nur 6% der befragten Pflegedirektionen sehen im Pflegebereich noch bestehende Überkapazitäten. Entsprechend liegt für das Jahr 2007 die geplante Zahl des Pflegepersonals durchschnittlich auf dem gleichen Niveau wie 2006. Langfristig sehen sich die leitenden Pflegekräfte mit einem weiteren Abbau des Krankenpflegepersonals konfrontiert. Über 52% der Befragten schätzen ein, in den nächsten fünf Jahren weniger Krankenpflegepersonal zu beschäftigen. Dies steht im Widerspruch zu einem erwarteten Mehrbedarf an pflegerischem Fachpersonal, der von 42% der Befragten geäußert wird.

Nahezu einheitlich (92%) wird ein kontinuierlicher Anstieg des Arbeitsaufwandes für das Krankenpflegepersonal beobachtet. Dieser umfasst einerseits die Erhöhung des Aufwands für Koordination, Administration und Dokumentation. Andererseits ist den Angaben von über 90% der Befragten zufolge der Aufwand der direkten Patientenversorgung gestiegen. Dies wird im Zusammenhang mit der Erhöhung der Pflegebedürftigkeit der Patienten gesehen. Die bestehenden Personalkapazitäten stoßen offenbar an ihre Grenzen, mehr Mitarbeiter werden jedoch nicht beschäftigt. Dies wird vor allem mit Einsparungen begründet. Eine Folge ist, dass die

Mehrarbeitsstunden des bestehenden Personals im Zeitraum von vier Jahren beständig gestiegen sind. So kompensierten im Jahr 2006 bundesweit die Pflegekräfte umgerechnet einen Mehraufwand in Höhe von ca. 5.000 Vollzeitstellen.

Hilfskräfteeinsatz, Flexibilisierung und die Situation älterer Mitarbeiter

Hinsichtlich des Einsatzes von Hilfskräften wird von 47% der Befragten erwartet, dass in den kommenden Jahren ein Aufbau an Personalstellen in diesem Personalbereich erfolgen wird. Es geht allerdings nur jeder Siebte davon aus, dass Hilfskräfte tatsächlich den Wegfall von Krankenpflegekräften kompensieren können. Dabei halten sich die Anteile derer, die in dem verstärkten Hilfskräfteeinsatz eine finanzielle Ersparnis sehen oder diese nicht erwarten, die Waage. Eine weitere mögliche Reaktion auf die derzeitige Personalsituation ist die Flexibilisierung des Personaleinsatzes. Möglichkeiten werden in einem Rotationssystem für Pflegekräfte oder einem Mitarbeiterpool gesehen, dessen Arbeitnehmer flexibel dort eingesetzt werden, wo ein direkter Bedarf an zusätzlichem Personal besteht. Allerdings beurteilen nur 40% der leitenden Pflegekräfte die Flexibilisierung als „effektiv". Vor allem scheint eine Flexibilisierung mit einem hohen Schulungsaufwand beim Personal im Zusammenhang zu stehen. Daneben stößt sie auch auf Widerstände beim Personal. Als konzeptionelle Antwort einer notwendigen Optimierung der Personalressourcen kann sie anscheinend nur bedingt Wirkung zeigen. Somit rechnet auch nur etwa ein Drittel der Befragten damit, dass durch eine Flexibilisierung zukünftig klassische „Stationsteams" aufgelöst werden.

Ältere Mitarbeiter spielen in der Personaldiskussion eine besondere Rolle. 83% der Befragten rechnen damit, dass sich der Anteil älterer Arbeitnehmer im Pflegebereich erhöhen wird. Dabei zeigt sich, dass die befragten Leitungen die älteren Mitarbeiter als weniger geeignet für die Dauerbelastung in der Krankenpflege bewerten. So schätzen insgesamt nur 4,2% die physischen Belastungen als tragbar bis zum Rentenalter ein. Bei den psychischen Belastungen sind es immerhin 15%, die die Belastungen für tragbar erachten. Nur 3% geben an, dass es ausreichend alternative Einsatzmöglichkeiten gibt, wenn ein älterer Mitarbeiter den Belastungen der Arbeit in den bettenführenden Bereichen nicht mehr gewachsen ist. Nur etwa ein Drittel der Befragten verfügt in der Einrichtung über spezielle Konzepte und Programme der Altersteilzeit.

Patientensicherheit und pflegerische Versorgungsqualität

International wird die Frage des Zusammenhangs von Pflegekapazität und Patientensicherheit in den Krankenhäusern bereits seit Jahren durch Studien beforscht. Hier mehren sich Anzeichen eines Zusammenhangs von mangelnder Pflegeversorgung und unerwünschter Auswirkungen für die Patienten. So wird häufiger auf eine erhöhte Mortalität (Sterberate), verspäteter Hilfe im Notfall und weiterer Komplikationen (Stürze, Medikamentenfehlern, Dekubitalgeschwüren etc.) als Folge von mangelnder pflegerischer Versorgung hingewiesen. Auch nach nach Einschätzung der Befragten des diesjährigen Pflege-Thermometers wirkt sich die angespannte Personalsituation mittlerweile direkt auf die Patientenversorgung aus. Es zeigen sich erste Risiken und Einschränkungen in der Versorgungsqualität. So schätzen 30% ein, dass Mobilisationen bei Patienten häufiger nicht mehr ***in***

einer entsprechend notwendigen Anzahl durchgeführt werden können. Weitere 55% geben an, dass dies zwar selten, aber dennoch vorkomme. Nur 6,5% können sagen, dass dies nie der Fall ist. Auch die grundpflegerische Versorgung (bspw. morgendliche Körperpflege) und eine regelmäßige Lagerung der Patienten kann den Angaben der Studie zufolge nur noch von einem Drittel der Einrichtungen vollständig gewährleistet werden. Weitere Einschränkungen sind erkennbar. 37% geben an, dass die Nahrungsverabreichung häufiger oder oft nicht im Esstempo des Patienten erfolgt. Auch die Ergebnisse, die dem Themenfeld der Krankenbeobachtung und Überwachung zugeordnet werden können, sind alarmierend. Nur ein Viertel der Einrichtungen gibt an, eine engmaschige Kontrolle der Patienten, etwa nach einem operativen Eingriff, immer gewährleisten zu können. Ein Drittel der Befragten äußert sich dahingehend, dass die Möglichkeit, eine angemessene Patientenüberwachung sicherstellen zu können, gesunken sei. Als Folge einer insgesamt sinkenden Kontakthäufigkeit zwischen Krankenpflegepersonal und Patienten kommt es in gut drei Viertel der Einrichtungen vor, dass Patienten manchmal länger als 15 Minuten auf eine notwendige Verabreichung von Schmerzmitteln warten müssen.

40% der Pflegedirektionen geben an, dass die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Pflege anzubieten, in den letzten beiden Jahren gesunken sei. 30% bemerken sogar ein Absinken der Möglichkeit, eine ausreichende Versorgung anzubieten! Zwar gibt die Hälfte der Befragten an, dass die Zahl der in der Einrichtung entstandenen Dekubitalulzerationen (Wundliegen) in den letzten zwei Jahren gesunken sei. Auch Sturzereignisse und nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infektionen konnten den Angaben folgend in der Tendenz in den letzten beiden Jahren leicht gesenkt werden. Auf die weitere Entwicklung bezogen rechnen jedoch 40% nicht mit einer Verbesserung der pflegerischen Qualität der Patientenversorgung. Zudem nehme die Anzahl der Beschwerden von Patienten und Angehörigen über die pflegerische Versorgung kontinuierlich zu.

Alte und neue Tätigkeitsbereiche der Krankenpflegekräfte und Hilfskräfte

Für eine grundsätzliche Neuordnung und Umstrukturierung der Tätigkeitsbereiche der therapeutischen und pflegerischen Berufe sprechen sich 68,2% der Befragten aus. Hilfskräfte werden derzeit vor allem im Servicebereich, bei einfachen Patientenbegleitungen und bei nicht therapeutisch ausgerichteten Tätigkeiten eingesetzt. Bei der Nahrungsaufnahme und der pflegerischen Assistenz, zum Beispiel bei Lagerungen, sind weitere Tätigkeitsfelder auszumachen, die jedoch nur in jeder fünften Einrichtung durch Hilfskräfte unterstützt werden. Keine Rolle hingegen spielt der Hilfskräfteeinsatz bei der ärztlich verordneten Pflege und bei der medikamentösen Versorgung.

Bei den Tätigkeitsbereichen der Krankenpflegekräfte zeigt sich, dass nur in jeder dritten Einrichtung keine Reinigungsarbeiten mehr durch qualifiziertes Personal durchgeführt werden. Noch geringer ist der Wert bei allen anderen nicht primär therapeutisch ausgerichteten Leistungen (Serviceleistungen, Patientenbegleitung, Hotelleistung etc.). Für wünschenswert halten jedoch ca. die Hälfte der Befragten die Befreiung der Krankenpflegekräfte von Serviceleistungen, der Beschaffung und Logistik von Materialien und den einfachen Patientenbegleitungen. Hier scheint eine Diskrepanz zwischen angestrebtem Tätigkeitsprofil und dessen Realisierung vorzuliegen. Eher ablehnend stehen die leitenden Pflegekräfte Vorschlägen gegenüber, dass die Krankenpflegekräfte die Unterstützung

beim Essen und Trinken (64%) nicht mehr leisten oder keine Medikamente mehr zusammenstellten (59,7) sollten. Als neu zu erschließende Arbeitsgebiete für die Pflegefachkräfte werden vor allem Tätigkeiten der Prozesssteuerung (Casemanagement / Entlassungsmanagement), der Beratung und Begleitung sowie einzelne therapeutische Maßnahmen (Wundmanagement) genannt. Die meisten Aspekte werden jedoch in weniger als jeder vierten Klinik bereits heute umgesetzt. Fragt man nach der zusätzlichen Übernahme bislang ärztlicher Tätigkeiten, so sind es 20-30% der Befragten, die in den kommenden fünf Jahren mit wesentlichen Veränderungen rechnen. Das Spektrum der möglichen Tätigkeiten umfasst die eigenverantwortliche Narkoseüberwachung durch Pflegende, die Vornahme kleiner operativer Eingriffe und in geringerem Umfang auch die Durchführung diagnostischer Verfahren. Fast die Hälfte der Befragten erwartet darüber hinaus die Schaffung neuer ärztlicher Assistenzberufe (z.B. Chirurgisch-technische Assistenten), um der Personalsituation in den Kliniken zu begegnen.

Tarifsystemveränderungen und Auswirkungen

Im Jahr 2006 erfolgte in den Einrichtungen von einem Drittel der Befragten eine Tarifumstellung. Mit einem Verbreitungsgrad von über 40% ist der TVöD nun das am häufigsten genannte Tarifsystem. In der Bewertung sehen die Befragten tarifvertragliche Änderungen primär als einen Beitrag zur Senkung des Einstiegsgehalts bei neuen Mitarbeitern an. Daneben versprechen sich die Befragten, dass aufgrund einer Veränderung der derzeitige Personalbestand im Pflegebereich gehalten werden kann. Nur ein Drittel sieht in Tarifsystemänderungen einen Beitrag, eine leistungsorientierte Bezahlung zu realisieren. Befragt nach Auswirkungen, decken sich die Einschätzungen der Einrichtungen, die noch keine Umstellung vorgenommen haben, mit den Einschätzungen der Einrichtungen, die auf eigene diesbezügliche Erfahrungen zurückblicken können. Knapp vierzig Prozent bemerken eine stärkere Konkurrenz innerhalb der Berufsgruppe, ein Drittel hat bereits Schwierigkeiten, berufserfahrenes Krankenpflegepersonal zu akquirieren. Es fällt auf, dass die Fluktuation der Beschäftigten anscheinend stärker zurückgeht als erwartet. Hinsichtlich der Auswirkungen der tarifvertraglichen Änderungen der Krankenhausärzte nach den Ärztestreiks im vergangenen Jahr, sind die Meinungen eindeutig. Fast 70% rechnen mit Auswirkungen auf die Personalstruktur des Krankenhauses. Dabei sehen 60% hierin einen Grund, dass zukünftig Teile ärztlicher Tätigkeiten vom Pflegepersonal durchgeführt werden. 42% rechnen hingegen weiterhin mit einem direkten Stellenabbau im Pflegebereich durch die Verteuerung der ärztlichen Leistungen. Nur 16% schätzen ein, dass es bei den Ärzten zu einem Personalabbau kommen wird.

2 Hintergrund und Rahmenbedingungen

Der Gesundheitssektor ist einer der größten Beschäftigungszweige in der Bundesrepublik Deutschland. Insgesamt waren im Jahr 2005 ca. 4,3 Millionen Menschen und damit etwa jeder neunte Beschäftigte in diesem Sektor tätig.[1] Der Gesundheitsmarkt wird in zahlreichen Gutachten und Analysen prognostisch als Wachstumsmarkt beschrieben.[2] [3] [4] Diese Einschätzungen können anhand von Zahlen der öffentlichen Statistik unterstützt werden. 2005 wurden für Gesundheitsleistungen insgesamt 239,4 Milliarden Euro oder 10,7% des Bruttoinlandsproduktes aufgewendet. Gegenüber dem Vorjahr entsprach das einer Steigerung um 2,4%. Der Gesundheitssektor besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher Branchen und Dienstleitungsangebote. Er umfasst sowohl solidarisch finanzierte Leistungen in der Gesundheitsversorgung als auch freiwillige und private Ausgaben für Zusatzprodukte und Leistungen. Es kann nicht von einem homogenen Wachstum zwischen den und innerhalb der Branchen ausgegangen werden. Vielmehr ist hier eine große Variabilität zu erkennen. Insbesondere bei den solidarisch finanzierten Gesundheitsausgaben bemüht man sich um Kosteneinsparungen. Gutachten kommen zu dem Schluss, dass die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung ohne den Aufwand zusätzlicher Mittel optimiert werden könnte.[5]

Kennzahlen des Krankenhauswesens

Im Fokus dieser Studie steht das Krankenhauswesen. Mit einem Ausgabenanteil 2005 von über 56 Milliarden. Euro, ist der Krankenhausbereich von zentraler Bedeutung im Gesundheitssektor.[6] Rund ¼ der Gesamtausgaben für Gesundheitsleitungen werden somit in diesem Bereich umgesetzt.[7] In derzeit rund 2.130 Krankenhäusern in Deutschland werden jährlich rund 17 Millionen Patienten von 1,1 Millionen Mitarbeitern versorgt. Innerhalb von zehn Jahren wurden ca. 80.000 Krankenhausbetten und 186 Krankenhäuser abgebaut. Trotz des vergleichsweise niedrigen Bettenbestandes hat sich die Bettenauslastung jedoch nicht steigern lassen (75%), was durch den Aufbau ambulanter Versorgungs- und Operationsstrukturen beeinflusst sein dürfte und im Zusammenhang mit einer Verweildauerverkürzung der Patienten steht (derzeit bei 8,6 Tage). Auch wenn nicht mit einer vollständigen Bettenauslastung zu rechnen ist, so liegt die Auslastung dennoch unter der in anderen europäischen Ländern. Schätzungen in Gutachten gehen daher von einer weiterhin bestehenden Überkapazität von ca. 60.000 Krankenhausbetten aus.[8] Es zeigt sich bei der Betrachtung zusammenfassender Kennzahlen insbesondere ein Anstieg beim ärztlichen Personal und eine Reduzierung beim Pflegepersonal. Die Fallzahlen sanken ab 2002 nach jahrelangem Zuwachs leicht ab, befinden sich aber noch mit +5% im Vergleich zum Jahr 1995.

[1] Statistisches Bundesamt 18.01.2007
[2] Stanowsky et al. 2004
[3] Karrte 2005
[4] Bundesagentur für Arbeit 2006a
[5] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005
[6] Statistisches Bundesamt 25.06.2007
[7] Gesundheitsausgaben in Mio. €
[8] Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Essen) et al. 2007a

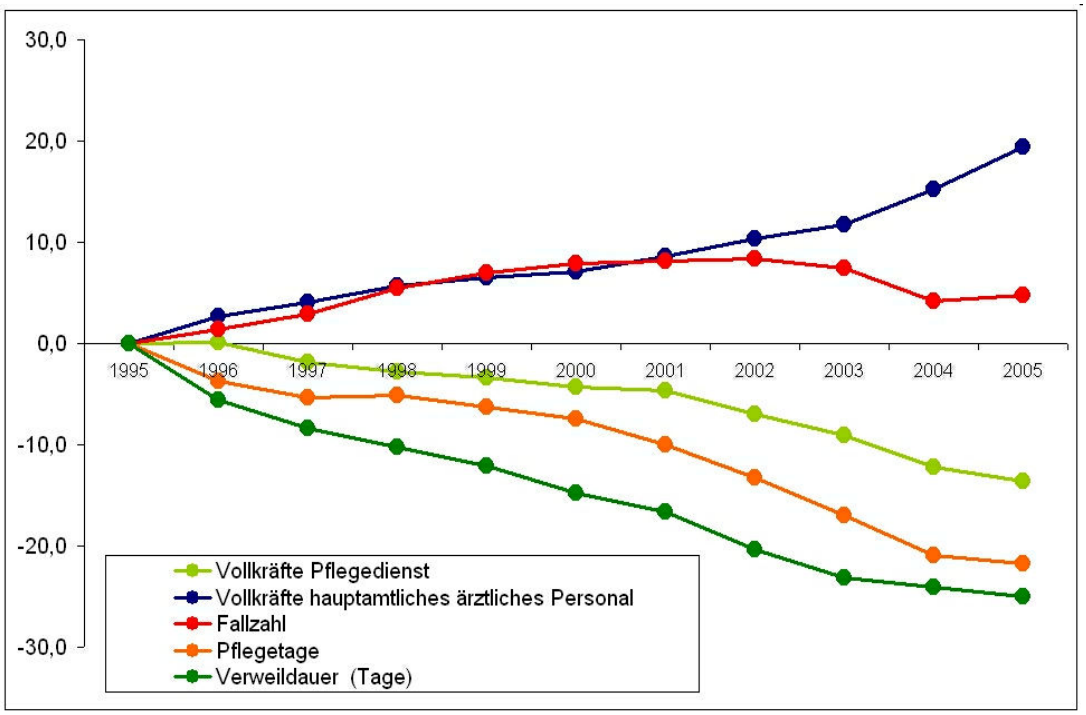

Abbildung 1: Entwicklung Krankenhausindikatoren 1995-2005

Die Reduzierung des Pflegepersonals kann dabei nicht mit der Verweildauerverkürzung und dem Bettenabbau alleine erklärt werden. Hinsichtlich der Verweildauerverkürzung werden vor allem die nicht mehr pflege- und therapieintensiven Tage abgebaut. Eine Reduzierung der Bettenzahl steht ebenso wenig kausal im Zusammenhang mit einem Arbeitsaufwand. Einerseits bleibt die Bettenauslastung stabil, andererseits steigt insgesamt die Fallzahl der behandelten Patienten. Der pflegerische und therapeutische Arbeitsaufwand hängt von der Anzahl behandelter Patienten ab, wenn auch nicht von einem linearen Verhältnis ausgegangen werden kann. Die Belastungszahl des Pflegedienstes nach Fällen stieg in zehn Jahren von 48 Patienten pro Pflegekraft auf 59 Patienten.

Krankenhausfinanzierung

Die politischen Entwicklungen der Finanzierung von Gesundheits- und Krankenhausleistungen lassen insgesamt folgende Tendenzen erkennen: Das Gesundheitsversorgungssystem wird in wachsendem Maße als ein Gesundheitsmarkt begriffen, der im Kern solidarisch finanziert bleiben soll, jedoch zunehmend auf Eigenverantwortung der Akteure und „Kunden“ setzt und einer staatlichen Teilkontrolle unterliegt, die vor allem die Überprüfung und Transparenz der Qualität der Leistungserbringung und der Kartellkontrolle fokussieren wird.[9] [10] Die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten und damit auch die Chancen und Risiken für den einzelnen Anbieter werden größer. Das bedeutet auch, dass es zu einer erwartungsgemäßen „Marktbereinigung“ kommen wird und somit stärker als bislang Krankenhäuser von einer Schließung bedroht sein können. Im Krankenhaussektor zeigt sich bezüglich dieser Entwicklungen ein heterogenes Bild. Trotz stetig steigender Ausgaben der Krankenkassen und einem kontinuierlich höherem Geldfluss in diesen Sektor, bedeutet dies nicht gleichermaßen ein Wachstum bei allen Beteiligten. In einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) gaben etwa ein Drittel der Befragten an, dass sie Verluste

[9] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007
[10] Specke 2005

schreiben. Dies deckt sich mit Analysen anderer Wirtschaftsforschungsinstitute, die von einer Gefährdung von 30% der Krankenhäuser ausgehen.[11] Nur knapp die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser erwirtschaftete einen Jahresüberschuss.[12] Zwischen den öffentlichen Betreibern sind in stärkerem Maße Konkurrenzsituationen entstanden, die durch den wachsenden Einfluss privater Betreiber weiterhin erhöht werden.[13] [14] Private Betreiber werden in Zukunft zusätzliche Marktanteile und somit an Bedeutung gewinnen.[15] Bedingt durch einen Rückgang an öffentlich geförderten Investitionsmitteln im Krankenhaussektor besteht vielerorts ein erheblicher Bedarf an privaten Investitionen, um Modernisierungen und Anpassungen vornehmen zu können.[16] Es wird daher in den kommenden Jahren insgesamt mit einem weiteren Rückgang von öffentlich getragenen Krankenhäusern gerechnet bzw. mit einer weiteren Konzentration durch Fusionierungen. Unternehmensberatungen und Forschungsinstitute gehen insgesamt von einer Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser bis zum Jahr 2020 um -25% aus.[17] [18]

Als wesentliche Veränderung der Rahmenbedingungen der letzten Jahre im Krankenhauswesen wird die Einführung des diagnosebezogenen fallpauschalierten Finanzierungssystems mittels „Diagnosis Related Groups“ (DRG) betrachtet.[19] International gesehen folgt Deutschland damit anderen Industrienationen, in denen ebenfalls diagnosebezogene Fallgruppensysteme die Grundlage der Finanzierung darstellen anstelle von erbrachten Leistungen oder tagesgleichen Pflegesätzen.[20] Die DRGs werden auf der Basis neuer Kennzahlen beständig weiter entwickelt. Dabei besteht derzeit die Tendenz, mehr Fallgruppen zu bilden und zu berechnen. 2007 gab es erstmalig über 1.000 DRGs, die die Grundlage des Preissystems bilden. Im Rahmen der im Jahr 2005 begonnenen Konvergenzphase wird geplant bis 2009 von einem individuellen Krankenhausbasisfallwert vollständig auf landesweite Basisfallwerte umzustellen. Damit wird ein weiterer Schritt in der Vereinheitlichung von Leistungen und Preisen vollzogen. Das heißt aber, dass Kliniken, die heute ein Preisniveau über dem Durchschnitt ihres Bundeslandes besitzen, bis 2009 weitere Umsatzeinbußen werden verkraften müssen. Diese Häuser werden in stärkerem Maße Umstrukturierungen und Veränderungen herbeiführen müssen, um sich am Markt behaupten zu können. Eine Betrachtung der qualitativen und inhaltlichen Veränderungen auf die therapeutischen Berufsgruppen, Patienten und die Machtverhältnisse im Krankenhaus wird vom Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“ der Universität Bremen begleitend beforscht.[21]

Insgesamt betrachtet wird die Umstellung des Finanzierungssystems von den Krankenhäusern als richtiger Schritt in Richtung Bedarfsgerechtigkeit und Finanzierung gesehen. Im Krankenhaus-Barometer 2006 wurde festgestellt, dass ca. die Hälfte der Krankenhäuser sehr oder eher zufrieden mit dem neuen Finanzierungssystem ist.[22] Das deutet auf eine gute Akzeptanz hin. Stellt man dieses

[11] Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Essen) et al. 2007b
[12] Blum et al. 2006
[13] Deutschlandfunk - Hintergrund Politik - Gesundheitskonzerne von morgen, 13.06.2007
[14] Simon 2001
[15] DKG - Eckdaten Krankenhausstatistik 2005
[16] Mörsch 2004
[17] Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Essen) et al. 2007a
[18] Böhlke et al. 2005
[19] Clade 2000
[20] Fischer 2000
[21] Klinke 16.01.2007
[22] Blum et al. 2006

Ergebnis jedoch in den Zusammenhang zu der Angabe, dass ein Drittel der Einrichtungen Verluste schreibt, so zeigt sich, dass jedenfalls einige Krankenhäuser einem erheblichen Druck ausgesetzt sind und große Anstrengungen unternehmen müssen, um eine solide Basis für die Zukunft zu schaffen und um sich langfristig am Markt behaupten zu können. Derartige Umstrukturierungen sind voraussichtlich nur vor dem Hintergrund von massiven Kosteneinsparungen zu realisieren. Dies hat direkte Auswirkungen auf den kostenintensiven Personalbereich. Im Jahr 2005 betrugen die Personalkosten laut Gesundheitsberichterstattung 72% der Gesamtkosten der Krankenhäuser, wobei der Pflegepersonalbereich (inkl. des Funktionsbereiches) einen Anteil von ca. 30% der Gesamtkosten eines Krankenhauses ausmacht.[23] Die Kosten in diesem Personalsektor sind jedoch in den letzten Jahren rückläufig, was wesentlich auf eine Personalreduzierung im Pflegebereich zurückgeführt werden kann.

Pflegepersonalentwicklung im Krankenhauswesen

Die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus sinkt seit zehn Jahren beständig. Der höchste Wert von über 350.000 Pflegekräften (Vollzeitäquivalente) war im Jahr 1995 zu verzeichnen und kann u.a. auf die Wirkung der seit dem 1. Januar 1993 gesetzlich verankerten Pflege-Personalrechnung (PPR)[24] zurückgeführt werden. Die PPR führte demnach zu einem deutlichen Personalaufbau, der jedoch nach der Aussetzung und späteren ersatzlosen Streichung der PPR im Rahmen des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes (Ende 1996) wieder vollständig abgebaut wurde. Mittlerweile liegt der Personalbestand unterhalb des Standes von vor der Einführung der PPR.

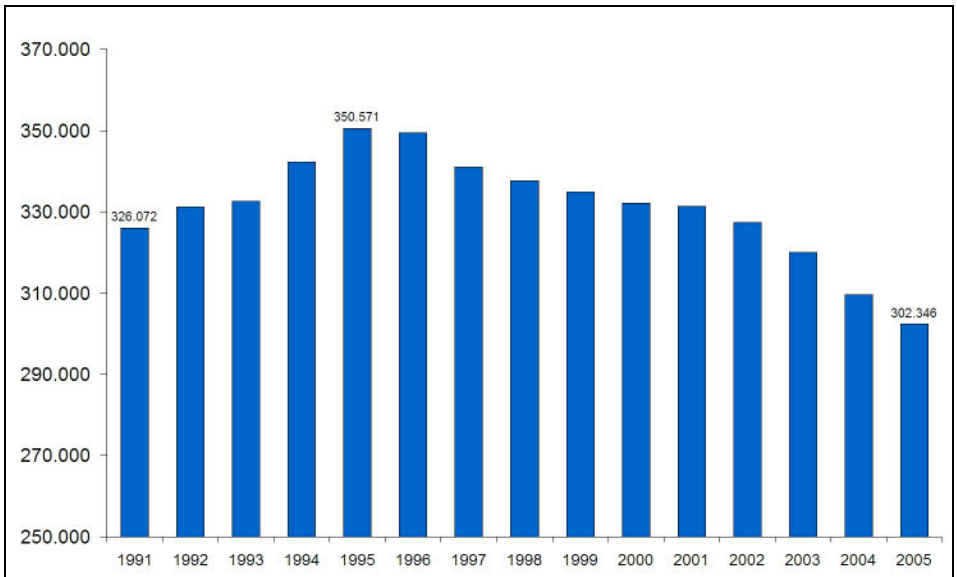

Abbildung 2: Krankenpflegepersonal Vollzeitkräfte 1995-2005

Wichtigster Indikator für eine Personalreduzierung sind die in der Grafik abgebildten Vollzeitäquivalente der bettenführenden Bereiche (Pflegebereich). Im Laufe von 10 Jahren sind ca. 48.000 Vollzeitstellen reduziert worden, was einem prozentualen Rückgang um -13,5% entspricht. Im gleichen Zeitraum sind laut Krankenhausstatistik auch die Ausbildungszahlen für Krankenpflegende um knapp 20% von 88.800 auf 72.300 heruntergegangen. Es fand parallel auch

[23] Krankenhäuser, Kosten
[24] Zerbe, Heisterkamp 1995

keine Kompensation durch den Aufbau von zusätzlichem Hilfspersonal statt. Hier zeigt sich in der Krankenhausstatistik ein Abbau, der in noch größerem Umfang betrieben wurde. Im Zeitraum von zehn Jahren wurde im Krankenhaus die Anzahl der Krankenpflegehelfer/-innen von 32.000 auf 18.000 reduziert.[25] Bei dem Hilfspersonal ohne ausgewiesene Qualifikation sieht man eine Reduzierung um 40% von 33.600 auf 19.500. Damit besteht eindeutig ein Trend, eher gut ausgebildetes Personal in den Einrichtungen zu beschäftigen. Die pflegerischen Bereiche mit einem leichten Beschäftigtenzuwachs seit dem Jahr 2000 sind die Anästhesie (+5%), die Funktionsdiagnostik (+10%), die Endoskopie (+10%). Stabil geblieben ist die Zahl des Personals im Operationsdienst (ca. 30.000).

Pflegequalitätsbeschreibung

Personalreduzierung ist eine abstrakte Größe, die immer einhergeht mit der Rationierung konkreter Leistungen. Leistungsreduktion hingegen kann nur bis zu einem bestimmten Punkt realisiert und erlaubt werden, ansonsten leidet die Qualität der Leistungserbringung insgesamt und damit steigt die Möglichkeit, dass die Behandlungsqualität sinkt.[26] [27] So erklärt es sich, dass vielerorts nach Konzepten und Instrumenten gesucht wird, um zu quantifizieren welche Leitungen durchgeführt werden müssen, welches Qualifikationsprofil für welche Leistungserbringung[28] angemessen erscheint und wie man daraus einen „Mix“ an Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen bilden kann, die beschäftigt werden sollten.

Eine systematische Beschreibung und Beurteilung der Auswirkungen der Umstrukturierungen im Krankenhausbereich kann nur erfolgen, wenn systematisch Daten in allen Bereichen der Entstehung von Gesundheitsleistungen erhoben werden. Dies müssen Daten sein, die einen erreichten Qualitätsgrad der Leistungen, also einen „Outcome“ beim Patienten einbeziehen, wenn man eine angemessene Versorgung belegen und darstellen möchte.[29] Ansätze dazu bestehen bereits. Auf der Basis des §135a Abs.2 und §137 Abs. 1 Nr.1 SGBV erfolgt durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) eine externe vergleichende Qualitätsdarstellung für die deutschen Krankenhäuser. Eine Anpassung der übergeordneten Indikatoren erfolgt in Absprache mit den Vertretern der Selbstverwaltung. Darüber hinaus sind alle Krankenhäuser zur internen Qualitätssicherung und –berichterstattung verpflichtet. In den meisten Verfahren ist dabei eine regelmäßige Befragung der Patienten zur Zufriedenheit inbegriffen. Vorstellbar ist, dass aus bereits bestehenden Daten weitere Qualitätsmerkmale extrahiert werden können, wie Projekte verschiedentlich aufzeigen.[30] Darüber hinaus werden generelle Strukturdaten im Rahmen der Krankenhausstatistikverordnung jährlich erhoben, die um pflegerelevante Aspekte und Daten erweitert werden könnten.[31] Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes kann auf den Seiten des statistischen Bundesamtes eingesehen werden.[32] Routinedaten im Gesundheitswesen sind von

[25] GPR, Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Art der Einrichtung und Berufen
[26] Aiken et al. 2002
[27] Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007
[28] Bartholomeyczik 2001
[29] Bartholomeyczik, Hunstein 2000
[30] Becker et al. 2005
[31] Statistisches Bundesamt 2006
[32] Statistisches Bundesamt 25.06.2007

zentraler Bedeutung, unterliegen jedoch dem Wandel von Definitionen[33] und technischen sowie methodischen Einschränkungen.[34] Das erschwert eine Vereinheitlichung und eine Längsschnittbetrachtung von Datenbeständen. Als ein Beispiel kann genannt werden, dass sich durch die Einführung der DRGs die Kodierung sowie die Beschreibung der Anzahl und der Art der Diagnosen erheblich verändert hat und im Rahmen der jährlichen Kodierrichtlinien weiterhin dynamisch verändert. Welche Auswirkungen dies für z.B. Berichterstattung hat, ist bislang nicht eindeutig untersucht.

Bezüglich des Pflegewesens liegen ausschließlich Strukturdaten über Personalzahlen vor.[35] Auf die Problematik einer fehlenden inhaltlichen pflegerischen Berichterstattung wurde immer wieder hingewiesen.[36] [37] Anders als in anderen Ländern, werden hierzulande beispielsweise Daten pflegerischer Interventionen nicht systematisch erhoben.[38] Gleiches gilt für die strukturierte Erfassung von Patientendaten hinsichtlich ihrer Fähigkeiten bzw. ihrer Fähigkeitseinschränkungen. Somit liegen auch keine flächendeckenden und strukturierten Daten über das Auftreten von Pflegebedürftigkeit im Krankenhaus vor, sondern nur projektbezogene und forschungsinitiierte Einzelerhebungen.[39] [40] Solche Daten jedoch wären notwendig, um eine tatsächliche Beurteilung und Berechnung von benötigtem Personal vornehmen zu können.[41]

[33] Bspw.: Nach der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes: Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden. Für die Jahre 2002 bis 2004 wurden Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten zu den sonstigen Krankenhäusern gezählt.
[34] Swart, Ihle 2005
[35] Pick 2004
[36] Weidner, Dörpinghaus 2003
[37] Elkeles 2000
[38] Sermeus, Goossen 2002
[39] Mertens et al. 2002
[40] Dassen et al. 2001
[41] Bartholomeyczik, Hunstein 2000

3 Das Pflege-Thermometer 2007

Die Pflege-Thermometer-Reihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. versteht sich als Beitrag zur systematischen Beschreibung relevanter Daten im Pflegewesen. Mit der Pflege-Thermometer-Reihe wurde 2002 begonnen. Die Ergebnisse werden der interessierten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt und liegen zum kostenlosen Download auf den Internetseiten des Instituts bereit.[42] Das Pflege-Thermometer 2007 ist eine unabhängige Untersuchung, die weitestgehend aus Eigenmitteln/Spenden finanziert und zusätzlich mit der Unterstützung der Katholischen Fachhochschule NW, Abteilung Köln durchgeführt werden konnte.

Die Pflege-Thermometer-Reihe dient der allgemeinen Information und kann von Leitenden der Einrichtungen gleichermaßen genutzt werden wie von Verbänden, Politik und Wissenschaft. Im Rahmen der jährlichen Frühjahrsbefragung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. werden im Wechsel Leitungskräfte unterschiedlicher Sektoren der pflegerischen Versorgung zur Personalsituation, zu Rahmenbedingungen und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals befragt. Dabei spielen neben der Ermittlung von Kennzahlen vor allem Einschätzungen hinsichtlich erwarteter Entwicklungen eine zentrale Rolle. Die Einschätzungen zeigen einerseits ein derzeitiges „Stimmungsbild“ auf und geben darüber hinaus Auskunft zu den Zukunftsentwicklungen. Sie können genutzt werden, um strategische Weichenstellungen frühzeitig zu diskutieren. Der Befragungsbogen des Pflege-Thermometers 2007 umfasste insgesamt 13 Seiten und 43 Fragen bzw. Fragenkomplexe mit insgesamt 260 Variablen. Der vorliegende Bericht ist eine Deskription der wesentlichen Ergebnisse. Da die Datenauswertung und die Datenpräsentation sehr nah beieinander liegen sollten, wird von einer vollständigen Darstellung aller Ergebnisse und von Gruppenvergleichen weitestgehend abgesehen. Ggf. werden weitere Analysen folgen und im Nachgang an diesen Bericht veröffentlicht werden. Das Pflege-Thermometer 2007 widmet sich ausschließlich dem Krankenhausbereich. Insbesondere haben die folgenden Entwicklungen und Überlegungen zu einer Befragung in diesem Sektor geführt:

- International werden immer wieder Zusammenhänge zwischen Pflegekapazität und Patientensicherheit untersucht. Erste Erkenntnisse hinsichtlich der Akzeptanz internationaler Kriterien und Hinweise auf Veränderungen bezüglich der Patientenversorgung sollen ermittelt werden.

- Es liegen für Deutschland ausschließlich Strukturdaten bezüglich der Gesamtzahl der Pflegekräfte in den Einrichtungen vor. Jedoch fehlen Daten, die z.B. Hinweise auf Belastungen der Mitarbeiter geben könnten, wie Zahlen zu geleisteten Überstunden und weitere Belastungsziffern, wie z.B. Krankheitszahlen des Personals.

- Im Rahmen von Umgestaltungen und Prozessveränderungen stehen auch Neuordnungen der Tätigkeitsbereiche der Mitarbeiter in den Krankenhäusern in der Diskussion. Welche Aufgaben dabei von wem übernommen werden und werden können, kann nicht abschließend

[42] dip - Downloads, 06.04.2007

beurteilt werden. Ein wichtiger Aspekt ist, hier eine Datenlage bezüglich erfolgter Umsetzungen und Konzepte zu bekommen.

- Die Ärztestreiks des vergangenen Jahres haben nicht nur zu tarifrechtlichen Änderungen geführt, sondern durch reduzierte Leistungsangebote auch erhebliche Finanzlücken hinterlassen. Das Pflege-Thermometer geht der Frage nach, wie diese sich auf die Personalsituation und -struktur ausgewirkt haben und nachwirken werden.

- In den vergangenen Jahren haben in vielen Kliniken Tarifumstellungen stattgefunden. Eine Bewertung oder eine systematische Erfassung der Erwartungen und Erfahrungen liegt jedoch nicht vor.

Studien- und Stichprobenbeschreibung

Die Studie fand im Zeitraum von Januar bis Juni 2007 statt. Die Vorentwicklungen des Fragebogens begannen Ende 2006. Im Januar erfolgte ein Pretest mit einer anschließenden Revision einzelner Fragen und Formulierungen. Insbesondere die Fragen zur Patientensicherheit wurden entsprechend den Eingaben der Rückläufer des Pretests überarbeitet. Im Rahmen einer Vollerhebung wurden anhand öffentlich zugänglicher Adressen die Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser angeschrieben. Nach einer Wartefrist von ca. sechs Wochen wurden die Einrichtungen erneut mit einem Erinnerungsschreiben angeschrieben. Ausgehend von einer Grundgesamtheit von derzeit 2.139 Krankenhäusern, entsprechen die 263 auswertbaren Fragebögen einer Rücklaufquote von 12,3%. Dies liegt im Erwartungsrahmen für eine schriftliche Befragung.

Repräsentativität

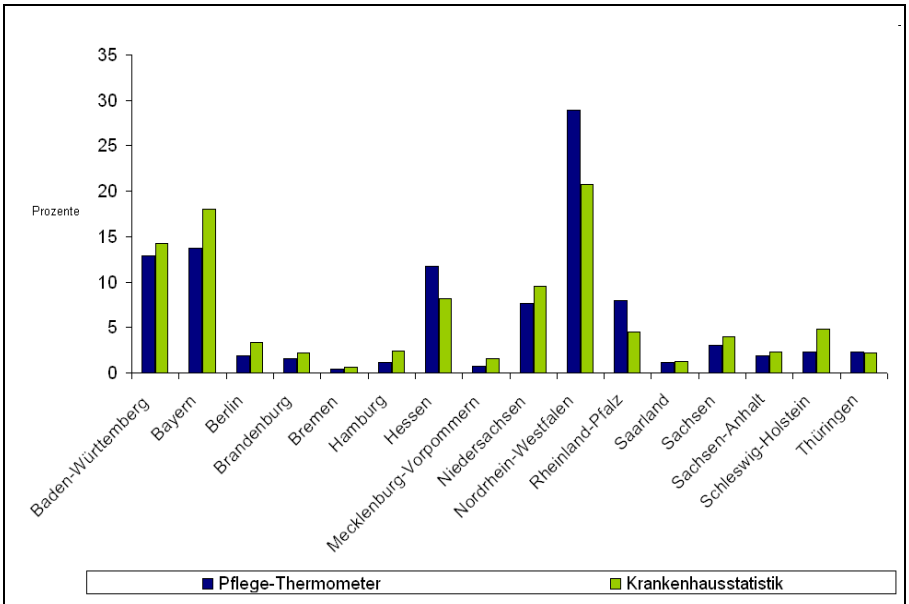

Abbildung 3: Bundeslandverteilung Pflege-Thermometer / Krankenhausstatistik

Zur Beurteilung der Repräsentativität der Studie wurden die Angaben der Krankenhausstatistik 2006 des Bundes mit der Stichprobe des Pflege-Thermometers verglichen.[43]

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenhäuser in den Bundesländern weist die Studie eine gute Übereinstimmung mit der öffentlichen Krankenhausstatistik auf. Alle Bundesländer sind vertreten

[43] Statistisches Bundesamt 2006

und bezogen auf die Anzahl der Einrichtungen nahe an der proportionalen Verteilung in Gesamtdeutschland, bei einer leichten Überbetonung von Nordrhein-Westfalen. Die Ergebnisse der Studie werden vor diesem Hintergrund für Gesamtdeutschland als repräsentativ beschrieben. Die Grafik zeigt die Bundeslandverteilung der Studie im Vergleich zur Krankenhausstatistik 2005.

Anders sieht die Verteilung bei der Größe der Einrichtungen aus. Hier sind die kleinen Einrichtungen in der Untersuchung deutlich unterrepräsentiert. Nur knapp 9% der Antworten des Pflege-Thermometers kamen aus Krankenhäusern mit einer Bettenzahl von bis zu 100. Den Angaben der Krankenhausstatistik 2005 zufolge, machen sie jedoch insgesamt einen Anteil von ca. 30% aus. Bei den anderen Größenklassen ergeben sich akzeptable Übereinstimmungen. Die Studie kann somit eher für Aussagen von Krankenhäusern ab einer Größe von ca. 100 Betten herangeführt werden.

Abweichungen zur Krankenhausstatistik sind auch im Bereich der Trägerschaft zu sehen. Hier machen national die privat-gewerblichen einen Anteil von über 26% aus. In den Auswertungen zeigt sich, dass in der Studie 10,6% der Antwortenden privat gewerblich sind. Die öffentlich geführten Einrichtungen sind um fünf Prozent höher vertreten als in der Krankenhausstatistik, die frei-gemeinnützigen mit 9%.

Antwortende

Die antwortende Personengruppe setzte sich wie folgt zusammen: Der Frauenanteil betrug 53%, der Männeranteil 44%, fehlende Angaben lagen bei 3% vor. Insgesamt 85,9% der Befragten waren Pflegedienstleiter/-in oder Pflegedirektor/-innen der eigenen Einrichtung. Weitere 9,5% waren als Stellvertretung tätig. Das heißt, dass die Befragung die Einschätzungen der pflegerischen Leitungskräfte der Krankenhäuser widerspiegelt.

In der Differenzierung nach Altersgruppen zeigte sich, dass mehr als die Hälfte der Befragten zwischen 41 und 50 Jahre als war. Weitere 30% der Befragten waren älter. Die Studienstichprobe setzt sich damit aus Leitungskräften zusammen, die einen langen Zeitraum der Entwicklung der Krankenhauspflege beobachtet haben und einschätzen können. Die berufliche Erfahrung in der Leitungsposition selbst schwankt dabei; der weitaus größere Teil kann als sehr erfahren bezeichnet werden. Nur insgesamt 13% der Antwortenden sind seit bis zu zwei Jahren in der derzeitigen Position im Unternehmen tätig.[44] Über ein Drittel ist seit mehr als 10 Jahren in der leitenden Position im Unternehmen tätig.

Alter des Ausfüllenden

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	31 bis 40 Jahre	36	13,7
	41 bis 50 Jahre	144	54,8
	51 bis 55 Jahre	45	17,1
	56 Jahre und älter	36	13,7
	Gesamt	261	99,2
Fehlend	System	2	,8
Gesamt		263	100,0

Abbildung 4: Altersverteilung Antwortende

[44] Nicht ausgeschlossen wird, dass die Personen in einer vergleichbaren Stellung bereits vorher in einem anderen Unternehmen tätig waren.

Wie lange üben Sie Ihre jetzige Funktion in Ihrer Einrichtung aus

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	bis zu einem Jahr	22	8,4
	>1 bis 2 Jahre	12	4,6
	>2 bis 5 Jahre	56	21,3
	>5 bis 10 Jahre	65	24,7
	>10 bis 15 Jahre	49	18,6
	> 15 Jahre	48	18,3
	Gesamt	252	95,8
Fehlend	System	11	4,2
Gesamt		263	100,0

Abbildung 5: Berufsjahre in der Position in der Einrichtung

Entsprechend dem beruflichen Betätigungsfeld weisen die Befragten auch eine hohe berufliche Qualifikation auf, die im überwiegenden Fall mit Mehrfachqualifikationen verbunden ist.

So verfügten 92% über eine grundständige pflegerische Qualifikation. 60% hatten eine Weiterbildung zur Pflegedienst-leitung absolviert, über 40% daneben oder zusätzlich ein Fachhochschulstudium und 7% verfügten über einen universitären Abschluss. Bei den Studien-richtungen dominieren die wirtschaftlichen sowie die pflegemanageriellen Abschlüsse.

4 Pflegepersonalsituation im Krankenhaus

Die Personalsituation in den pflegerischen Berufen wird in Studien vor allem vor dem Hintergrund der Arbeitsbedingungen, der Arbeitszufriedenheit bzw. der Berufsverweildauer diskutiert.[45] Eine hohe Belastung der Berufsangehörigen wurde dabei als eine Ursache für eine relativ hohe Zahl von Personen, die über einen Berufswechsel nachdenken[46] [47] oder für eine überdurchschnittliche Fehlzeitenquote des Pflegepersonals identifiziert.[48]

Die Gesamtbeschreibung der Personalsituation in der Studie setzt sich aus unterschiedlichen Aspekten zusammen. Einerseits muss die Anzahl der Krankenpflegekräfte selbst betrachtet werden, auf der anderen Seite werden Belastungsindikatoren herangezogen und Versorgungsaspekte in Relation gesetzt, um einen Überblick über die Personalsituation geben zu können. Darüber hinaus spielen auch organisatorische Aspekte eine Rolle, möchte man ein umfassendes Bild der Personalsituation zeichnen.

Entscheidungsspielräume der Leitungskräfte

Ein Aspekt zur Analyse und Bewertung der Pflegepersonalsituation im Krankenhaus betrifft u.a. die Rahmenbedingungen der Leitungskräfte. Dies beinhaltet die Frage nach den eigenverantwortlichen Bereichen und den Zugriffsmöglichkeiten auf die Ressourcenverteilung. Im Pflege-Thermometer wurde dieser Frage nachgegangen.

[45] Nolting et al. 2006
[46] Aschenbach 2005
[47] Meissner et al. 2007
[48] Badura et al. 2006

Es wurde untersucht, inwieweit die Leitungskräfte über ein Budget verfügen, das sie entsprechend selbstbestimmt verwalten und einsetzen können. Es zeigt sich, dass nur 53,7% der Leitungen tatsächlich über ein eigenes Budget verfügt. Auf die Frage, wie das Budget der Pflege berechnet wird, wurden die folgenden Angaben gemacht:[49]

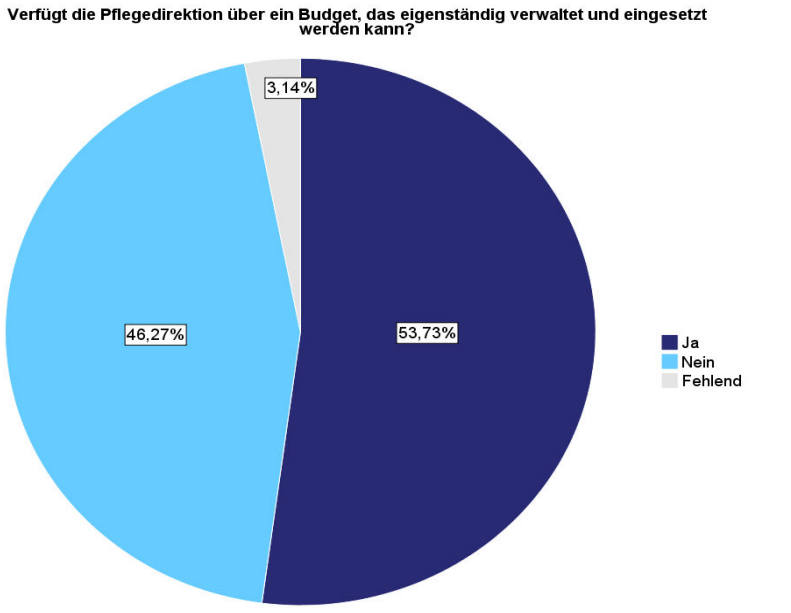

Abbildung 6: Budgetverwaltung durch Leitungskräfte

Bei den Mehrfachnennungen gaben 95 (Absolutzahl) Einrichtungen an, dass das Budget der Pflegedirektion zugewiesen wird. 94 Befragte sagten, dass das Budget anhand von Personalberechnungen ermittelt wird und 69 Nennungen entfielen auf die Angabe, das Budget werde ausgehandelt. Weitere 33 Angaben betrafen die Aussage, man verwende Kennzahlen zur Ermittlung eines Budgets.

20% der Pflegedienstleitungen oder Pflegedirektoren sind selbst nicht Teil der Geschäftsführung. Das heißt, dass sie nicht im obersten Leitungsbereich des Krankenhauses vertreten sind, was ggf. gleichbedeutend sein kann mit weniger Einfluss und geringerer Selbstbestimmung. Perspektivisch rechnen jedoch nur wenige Leitungen (6,8%) damit, dass ihr Verantwortungsbereich zukünftig dem ärztlichen Direktor unterstellt wird.

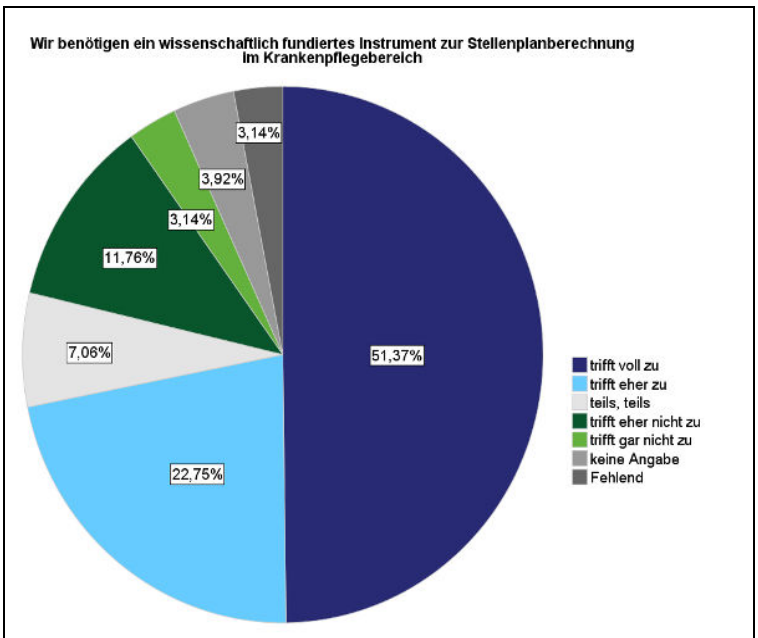

Abbildung 7: Bedarfseinschätzung Instrument

Auf die Frage, welche Kennzahlen zur Ermittelung des Budgets eingesetzt werden, zeigte sich ein deutliches Bild: Die in den bundesdeutschen Krankenhäusern eingesetzten Instrumente sind die, die bereits Ende der 80er Jahre entwickelt wurden.[50] Die Pflege-Personalregelung dominiert als

[49] Mehrfachnennungen waren möglich
[50] Mehrfachnennungen waren erlaubt. So ergibt sich insgesamt eine höhere Zahl verwendeter Instrumente als Krankenhäuser in der Studie. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Abteilung bspw. nutzen für diesen Bereich die Psych PV, für andere

Instrument zur Ermittlung von Personalkennzahlen und wird weiterhin fast flächendeckend von 80% der Befragten eingesetzt. Obwohl die PPR bereits 1995 außer Kraft gesetzt und mit der Verabschiedung des zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes (1996) ersatzlos gestrichen wurde, ist sie als einziges Instrument etabliert und dient anscheinend der innerbetrieblichen Kommunikation und Berechnung. Die Psych-PV (Psychiatrie Personalverordnung) ist weiterhin abrechnungsrelevant und wird daher in den entsprechenden Einrichtungen verwendet. Jedoch wird auch hier immer wieder bemängelt, dass die ermittelten Zahlen nicht tatsächlich umgesetzt werden.[51] Neuere Instrumente der Leistungserfassung[52] oder Personalermittlung werden derzeit noch kaum angewendet. Dabei überlegen 25% der Einrichtungen, in den kommenden zwei Jahren ein anderes bzw. weiteres Instrument zur Personalbemessung einzuführen. Mit 8,7% liegt dabei eine mögliche Einführung von LEP an der Spitze der genannten Instrumente. Derzeit werden u.a. DKG-Anhaltszahlen ebenso verwendet wie eigene Besetzungszahlen ermittelt. Es werden dazu Relationen oder Erlösanteile in Personalbudgets umgerechnet. Auf die Frage, welche konkreten Relationen zur Personalsteuerung genutzt werden, wurden die folgenden Angaben gemacht: 65,8% ermitteln eine Patienten/Pflegekraft-Quote, ein Drittel nutzt eine Pflegearbeitszeit/Patiententag-Relation. 60% berücksichtigen bei der Personalermittlung unterschiedliche Qualifikationsgrade des Krankenpflegepersonals und 20% ermitteln im Controlling Casemixpunkte pro Pflegekraft. Insgesamt wird von 74% der Befragten ein Bedarf an einem wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsinstrument ausgemacht.

Kennzahlen des Pflegepersonals in den Einrichtungen

Wie im Einführungskapitel beschrieben, sind bundesweit in den vergangenen zehn Jahren ca. 48.000 Vollzeitäquivalente Krankenpflegepersonal im bettenführenden Bereich abgebaut worden, ohne dass

Deskriptive Statistik

	N	Summe	Mittelwert	Standardabweichung
beschäftigtes Krankenpflegepersonal in Vollkräften 2003	220	49698,0	225,900	234,6085
beschäftigtes Krankenpflegepersonal in Vollkräften 2004	220	48720,5	221,457	231,1840
beschäftigtes Krankenpflegepersonal in Vollkräften 2005	220	47975,3	218,070	229,5740
beschäftigtes Krankenpflegepersonal in Vollkräften 2006	220	47555,3	216,161	227,2972
geplante Anzahl des beschäftigten Krankenpflegepersonals 2007 in Vollkräften	220	47538,2	216,083	227,0967
Gültige Werte (Listenweise)	220			

Abbildung 8: Beschäftigte VZK Pflege-Thermometer

eine Kompensation durch den Aufbau von Hilfskräftestellen erfolgt wäre. Bei den Beschäftigtenzahlen zeigt sich auch in der Studie ein Personalstellenabbau.[53] Im Durchschnitt wurden im angefragten Zeitraum von vier Jahren -4,3% der Pflegepersonalstellen abgebaut. Die Personalstellenveränderung zeigt jedoch eine sehr große Spannweite auf. Sie reicht von einem Aufbau von +77% Krankenpflegepersonal bis zu einem Abbau um -64%. Die extrem

Bereiche die PPR und gaben somit beide Instrumente an.

[51] Pulheim 2004

[52] LEP = Leistungserfassung in der Pflege. Ein schweizerisches Instrument zur Abbildung und Ressourcenermittlung pflegerischer Handlungen. Das Instrument wird in Deutschland derzeit in ca. 25 Kliniken eingesetzt. Http://www.lep.ch
DTA = Diagnosebezogene Tätigkeitsanalyse. Ein Instrument der Firma DocuMix GmbH, das zur Ermittlung von Realzeiten und pflegerischen Handlungsabfolgen eingesetzt wird.

[53] Einbezogen wurden nur Einrichtungen, die vollständige Angaben über die gesamte Zeitreihe machten.

unterschiedlichen Werte können durch Fusionierungen von Krankenhäusern oder durch Schließung von Abteilungen erklärt werden. Es bestätigt sich in der Studie, dass ein flächendeckender Abbau an Pflegepersonalkräften zu verzeichnen ist.

Die Zahl der Einrichtungen, die im letzten Jahr die Anzahl der Aushilfen vergrößert (24,7%) hat, hält sich dabei die Waage mit den Einrichtungen, die die Anzahl an Hilfskräften reduziert hat (22,4%). Somit bestätigen sich auch in der Studie die Aussagen der bundesweiten Krankenhausstatistik, dass insgesamt betrachtet keine zusätzlichen Hilfskräfte eingestellt wurden.

Auf die Frage, ob eine Überkapazität im Pflegepersonalbereich in der Einrichtung besteht, äußern 83,2%, dass dies nicht der Fall sei. Nur 6% sehen dies eher oder tatsächlich als gegeben an. In der vorliegenden Studie zeigt sich in der Planung der Personalstellen für das Jahr 2007 somit auch keine weitere Reduzierung. Kurzfristig kann dies bedeuten, dass eine Stabilisierung des bestehenden Potenzials an Krankenpflegekräften zu verzeichnen ist. Für die folgende Krankenhausstatistik (2006) kann vor dem Hintergrund der in der Studie ermittelten Kennzahlen mit einem weiteren, jedoch nur leichten Absinken der Vollzeitäquivalente (auf dann unter 300.000 Personen gegenüber 302.000 Pflegepersonen im Jahr 2005) gerechnet werden. Mittel- und langfristig hingegen rechnen die Leitungskräfte wieder mit einer stärkeren Abnahme an Krankenpflegepersonal. Im Ergebnis wird von den Leitungen ein eher als pessimistisch einzustufendes Bild gezeichnet. Das ergibt sich aus der Gegenüberstellung von Personalbedarf und erwarteter Personalkapazität.

Knapp 43% der Befragten rechnen in den kommenden fünf Jahren mit einem erhöhten Bedarf an Krankenpflegekräften. Parallel zu dieser Einschätzung geben jedoch 52% an, dass sie tatsächlich in den kommenden Jahren mit einem weiteren Rückgang rechnen. In der Kreuztabelle ergibt sich dabei ein gespaltenes Bild. So sind es 22%, die einen Mehrbedarf an Personal sehen, jedoch real mit einem Abbau rechnen. 20% der Befragten geben an, in den kommenden fünf Jahren weniger Krankenpflegekräfte zu beschäftigen; sie machen jedoch auch keinen Mehrbedarf aus. Somit kann hier nicht von einer einheitlich problematischen Einschätzung ausgegangen werden. Den Erwartungen zufolge wird der Wegfall an Krankenpflegekräften vor allem

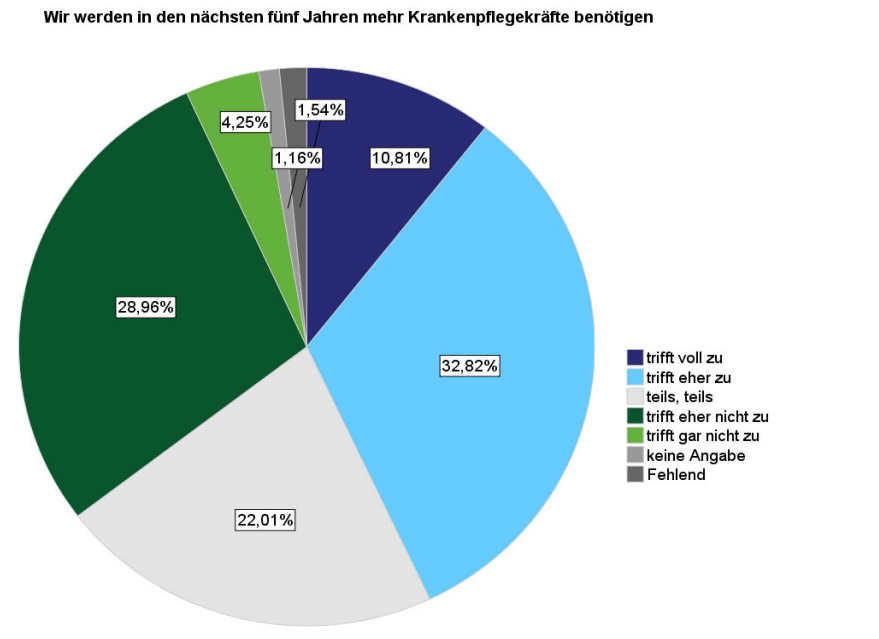

Abbildung 9: Bedarfseinschätzung Krankenpflegepersonal

mit dem Aufbau von zusätzlichen und pflegerisch nicht ausgebildeten Hilfskräfteanteilen kompensiert werden. Hier kann in den kommenden Jahren mit einer Beschäftigungszunahme gerechnet werden. 47,5% schätzen die Entwicklung in dieser Form ein. Widersprüchlich ist jedoch, dass nur 14,8% der Befragten davon ausgehen, dass Entlassungen von Krankenpflegekräften tatsächlich mit Hilfskräften kompensiert werden können. Über die Hälfte (51%) sagt, dass dies nicht möglich sei. Es lassen sich weitere Personengruppen beschreiben, die einen Einfluss auf die Versorgungssituation der Patienten im Krankenhaus haben. Mit der Zunahme an ehrenamtlichen Helfern rechnen dabei 40% der Befragten. Bemerkenswert ist auch die Aussage, dass 45,6% der Leitungen damit rechnen, dass sich zukünftig die Angehörigen stärker an der Versorgung beteiligen müssen.

Mehrarbeit des Krankenpflegepersonals

Ein Indikator der Auswirkung der Rationierung von Personal ist die Zahl der geleisteten Mehrarbeit des bestehenden Personals. Die angespannte Personalsituation wirkt sich hier anscheinend sichtbar aus. So steigen die Mehrarbeitsstunden in der Studie[54] vom Jahr 2003 mit insgesamt 745.000 am Jahresende auf insgesamt 850.000 am Jahresende 2006.[55] Das entspricht einem Zuwachs von 13% oder umgerechnet ca. 592 Vollzeitstellen in der Stichprobe (bei Ø 1.437 Arbeitsstunden im Jahr 2005 [Institut für Arbeits- und Berufsforschung]). Die Zunahme von Mehrarbeitsstunden für den zurückliegenden Zeitraum wurde bereits im Pflege-Thermometer 2002 für das Jahr 2001 dokumentiert.[56] Es scheint sich demnach um eine kontinuierliche und stabile Entwicklung der letzten sechs bis sieben Jahre zu handeln. Rechnet man die Überstunden des Jahres 2006 bundesweit hoch, so käme man auf ca. 5.000 Vollzeitäquivalente, die durch das Klinikpersonal an Mehrarbeitsstunden im Jahr 2006 kompensiert wurden. Die Mehrarbeitsstunden werden in aller Regel durch Freizeitausgleich abgegolten. Sie können in der Realität der Betriebe nicht in eine Festanstellung von Mitarbeitern überführt werden. Insofern kann an dieser Stelle nicht von fehlenden Krankenpflegekräften ausgegangen werden. Es zeigt sich jedoch anhand der Zahlen, wie flexibel die Mitarbeiter den betrieblichen Belangen zur Verfügung stehen und wie sehr die Betriebe mit den eigenen Personalressourcen „atmen“.

Krankheitsausfälle des Pflegepersonals

Eine weitere Frage bezog sich auf weiterführende Belastungsindikatoren. So können Krankheitsdauer und Krankheitstage ein Indiz für eine angespannte Arbeitssituation sein. Generell gehen Krankenstände in Zeiten schwieriger wirtschaftlicher Situationen zurück. Die Sorge um den eigenen Arbeitsplatz kann eine Erklärung dafür sein. Bundesweit und über alle Branchen hinweg ist in den letzten Jahre zu sehen, dass sich der Kranken-stand der gesetzlich Versicherten verringert. Mit durchschnittlich 3,31% lag er Ende 2006 auf einem his-torischen Tief.[57]

[54] Einbezogen wurden nur Einrichtungen, die vollständige Angaben über die gesamte Zeitreihe machten.
[55] Bezieht man alle Einrichtungen in die Analyse mit ein, so kommt man im Jahr 2006 auf 1.330.000 Mehrarbeitsstunden. Umgerechnet auf Vollzeitstellen im Jahr 2006 kommt man hierbei auf einen Wert von 925. Bundesweit hochgerechnet bedeutet dies eine Kompensation von 7.700 Stellen durch Mehrarbeit.
[56] Isfort et al. 2002
[57] Busch 2007

Für die Pflegeberufe werden jedoch regelmäßig über dem Durchschnitt anderer Berufe liegende Krankheitszahlen festgestellt.[58] [59]

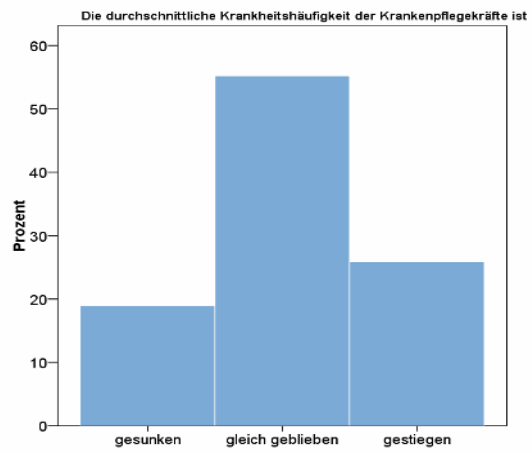

Abbildung 10: Krankheitshäufigkeit

Auch besondere Belastungen, wie zum Beispiel ein hoher Zeitdruck im Arbeitsalltag, werden beschrieben[60] und können sich ursächlich auf einen überdurchschnittlichen Krankenstand auswirken. Im Pflege-Thermometer wurde gefragt, wie sich Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer der Mitarbeiter des Pflegedienstes im Jahr 2006 gegenüber dem Vorjahr verändert haben. Zu erwarten ist, dass innerhalb eines Jahres keine nennenswerten Abweichungen stattfinden. Somit wird erwartet, dass die Antwortkategorie „gleich geblieben" jeweils die höchsten Werte erreicht und die beiden anderen Werte sich gegenseitig aufheben oder nur unwesentlich voneinander abweichen.

Erwartungsgemäß beschreiben über die Hälfte keine Veränderungen bei der Krankheitshäufigkeit. 18,6% bemerken ein Absinken und 25,5% eine Steigerung der Krankheitshäufigkeit. Ein ähnliches Bild wird auch bezüglich der Krankheitsdauer aufgezeigt. Die beiden Aussagen können gemeinsam als ein Indiz auf eine hohe Belastung der Mitarbeiter betrachtet werden, das zumindest zur weiteren Beobachtung anregen muss.

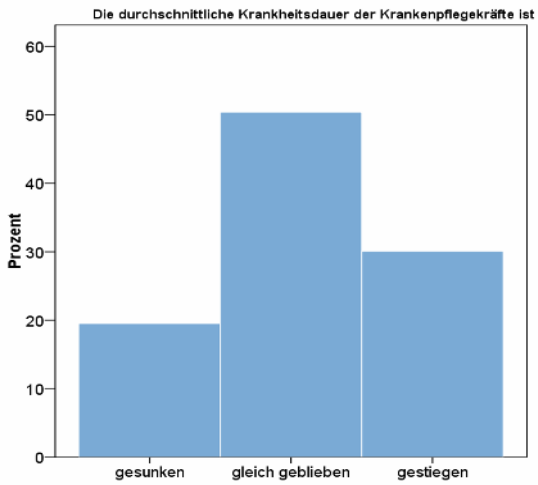

Abbildung 11: Krankheitsdauer

[58] Grabbe et al.
[59] Badura et al. 2006
[60] GEK-Gmünder Ersatzkasse 2004

Situation älterer Mitarbeiter

Eine Besonderheit stellt die Situation älterer Mitarbeiter dar. In zahlreichen demografischen Prognosen geht man von einer zunehmenden Bedeutung älterer Mitarbeiter für den Arbeitsmarkt aus. In einzelnen Betrieben (z.B. der Optikbranche) gab es besondere Anstrengungen, durch gezielte Programme ältere Mitarbeiter wieder zurück in den Betrieb zu holen, nachdem man einen Kompetenzverlust und ein unzureichendes Potenzial an jungen Arbeitskräften bemerkt hatte. Im Pflegebereich wird das Thema ebenfalls diskutiert,[61] denn es zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab.[62] So stieg die Zahl der über 50-jährigen sozialversichungspflichtig beschäftigten Pflegenden in den letzten Jahren an.

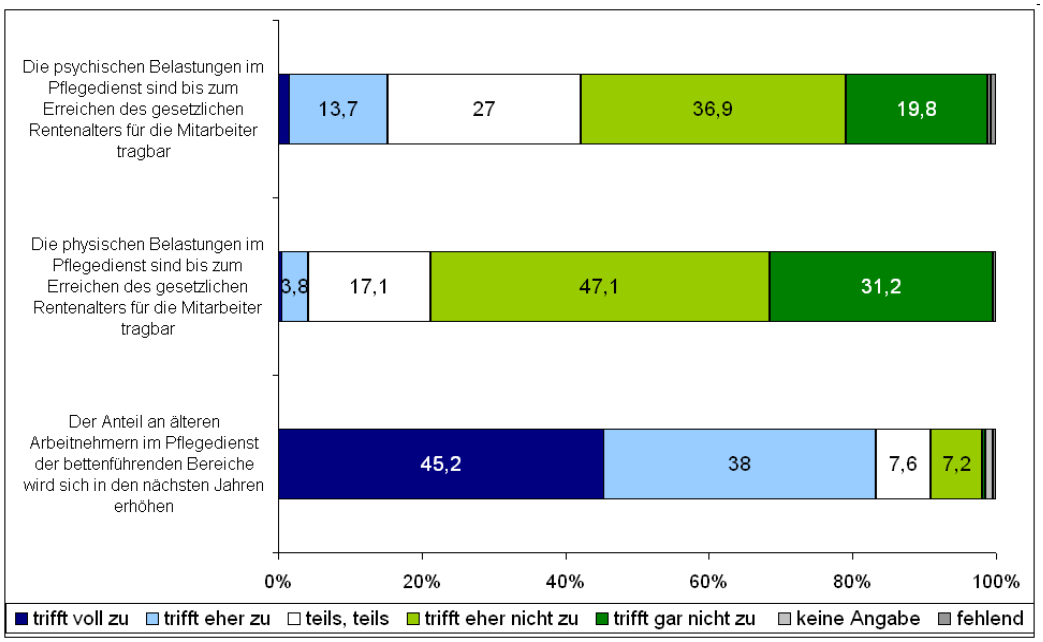

Abbildung 12: Belastungseinschätzung und Entwicklung Älterer

Wurden im Jahr 1999 noch 12,2% dieser Altersgruppe zugerechnet, waren es im Jahr 2005 schon 17,2%.[63] Eine zentrale Frage dabei ist, wie die Krankenhäuser sich auf diese Veränderung einstellen. Die Frage der Integration, der Schaffung altersentsprechender Arbeitsfelder etc. wird in anderen Ländern bereits stärker diskutiert und konzeptionell entwickelt. Als Beispiel wird hier Finnland herangezogen, wo etwa ein Drittel der Mitarbeiter des Pflegebereichs in der Altersgruppe von über 50 Jahren ist.[64] 83,2% der Befragten gehen davon aus, dass sich der Anteil an älteren Mitarbeitern in den kommenden Jahren auch in den eigenen Einrichtungen erhöhen wird. Dabei zeigt sich, dass die Leitungen den Beruf als insgesamt wenig geeignet für ältere Mitarbeiter bewerten. So schätzen insgesamt nur 4,2% die physischen Belastungen als tragbar bis zum Rentenalter ein. 78% äußern sich dahingehend, dass dies eher nicht oder gar nicht der Fall ist. Bei den psychischen Belastungen sind es immerhin 15%, die die Belastungen für tragbar halten. Hier ist ein höherer Wert bei den Unentschiedenen zu beobachten. Das könnte ein Indiz dafür sein, dass innerhalb der unterschiedlichen Betätigungsfelder für Pflegende im Krankenhaus stärker zu differenzieren ist.

[61] Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2006
[62] Initiative Neue Qualität der Arbeit 2007
[63] Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 08.01.2006
[64] Aschenbach 2005

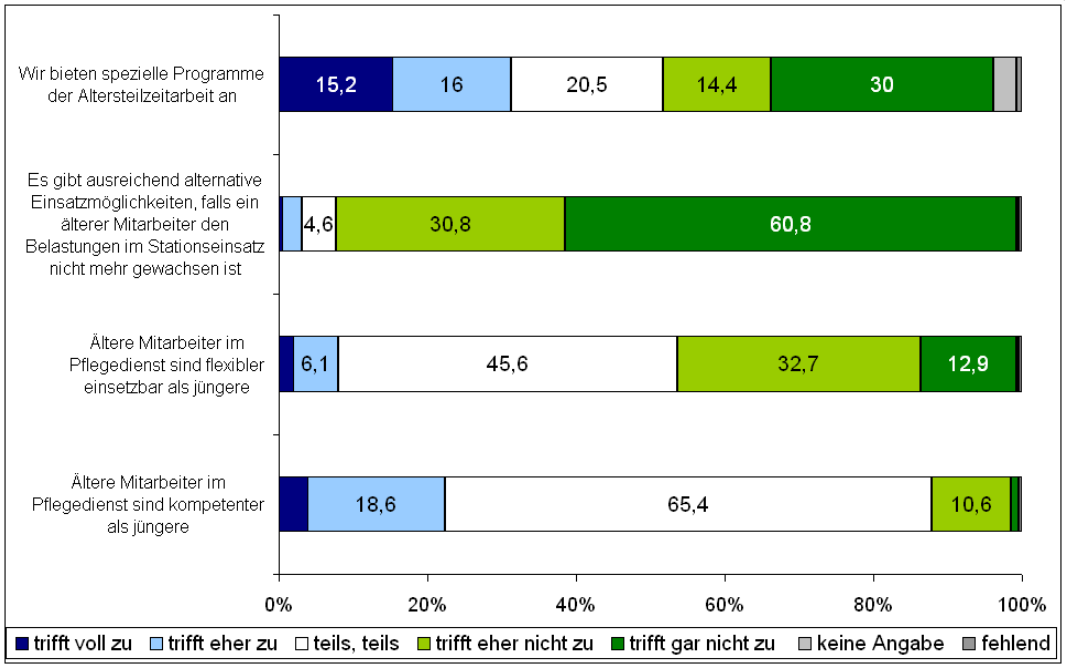

Abbildung 13: Programme und Kompetenzeinschätzung Älterer

Bezüglich der Zuschreibung von Fähigkeiten und Kompetenzen älterer Mitarbeiter ergibt sich das folgende Bild: Die berufliche Kompetenz wird gegenüber der von Jüngeren geringfügig höher eingeschätzt, die Flexibilität insgesamt eher niedriger. Die hohen Werte für die Antwortkategorie „teils, teils“ deuten darauf hin, dass hier sehr personenabhängig eingeschätzt wird und eine globale Tendenz nur schwer zu beschreiben ist.

Bemerkenswert ist, dass es spezifische Arbeitsangebote für älteres Krankenpflegepersonal anscheinend nahezu gar nicht gibt. Nur 3,1% äußern sich zustimmend dazu, dass ausreichende Alternativen zur Verfügung stehen, wenn die Arbeitsbelastung in den bettenführenden Bereichen durch den Mitarbeiter nicht mehr bewältigt werden kann. Hinsichtlich der Frage nach speziellen Programmen für Altersteilzeit zeigt sich ebenfalls, dass hier ein Themenbereich mit Entwicklungsbedarf vorliegt. Lediglich ein Drittel weist hier entsprechende Angebote aus.

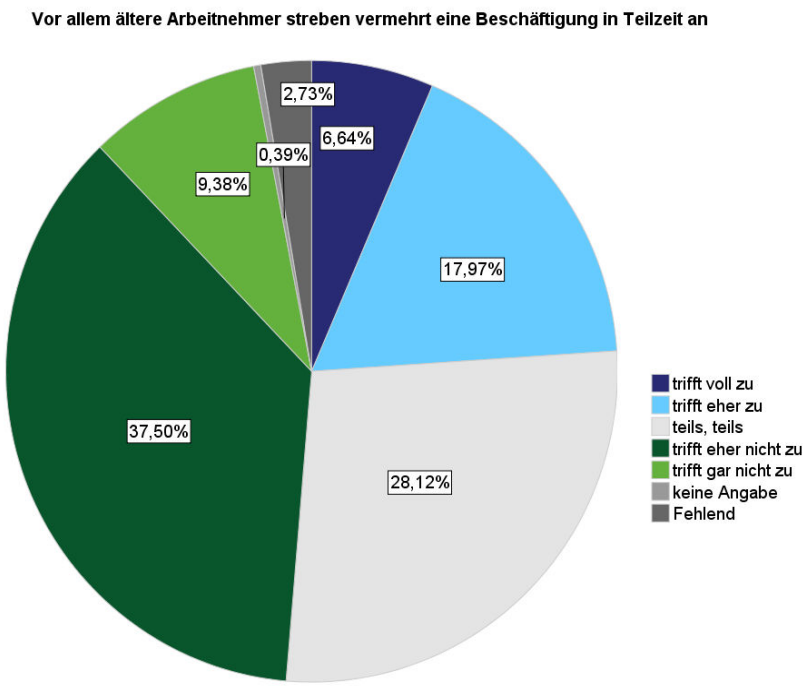

Abbildung 14: Altersteilzeitwunsch

Die älteren Arbeitnehmer selbst sind jedoch nicht unbedingt die Altersgruppe, die sich besonders häufig um Teilzeit bemüht. Diese Aussage sehen nur 24,6% bestätigt. Insgesamt 46,8% verneinen diese Aussage.

Arbeits- und Betreuungsaufwand

Belastungen und Personalanzahl sind vor dem Hintergrund von beruflichen Anforderungen oder Änderungen in der Qualität und Quantität der Arbeit zu diskutieren. Im Pflege-Thermometer 2007 wurde erfragt, wie die Leitungskräfte Veränderungen bewerten bzw. einschätzen.

92% der Befragten äußern, dass die Arbeitsbelastung insgesamt für das Pflegepersonal im Jahr 2006 gegenüber dem Jahr 2005 gestiegen sei. Diese Aussage lässt sich in vertiefenden Analysen weiter spezifizieren.

So geben 84,4% an, dass der Aufwand für Koordination, Administration und Dokumentation im Vergleich zum Vorjahr gestiegen ist. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass erhöhte Patientenzahlen auch mit einer Erhöhung von Therapie und Diagnostik, Patiententransporten und Anforderungsscheinen einhergehen. Die dafür notwendigen Verwaltungs- und Transportaufgaben werden in den meisten Fällen durch Pflegende koordiniert und durchgeführt. Mehr Patienten bedeuten zudem eine Aufwandserhöhung durch Aufnahmegespräche etc. Aber nicht nur die indirekten Pflegeleistungen werden von den Leitungskräften als quantitativ steigend bewertet.

Gleiches gilt auch für die personenbezogenen Leistungen. So beobachten beispielsweise 69,6% einen Anstieg in der Betreuungsleistung für Angehörige gegenüber dem Vorjahr.

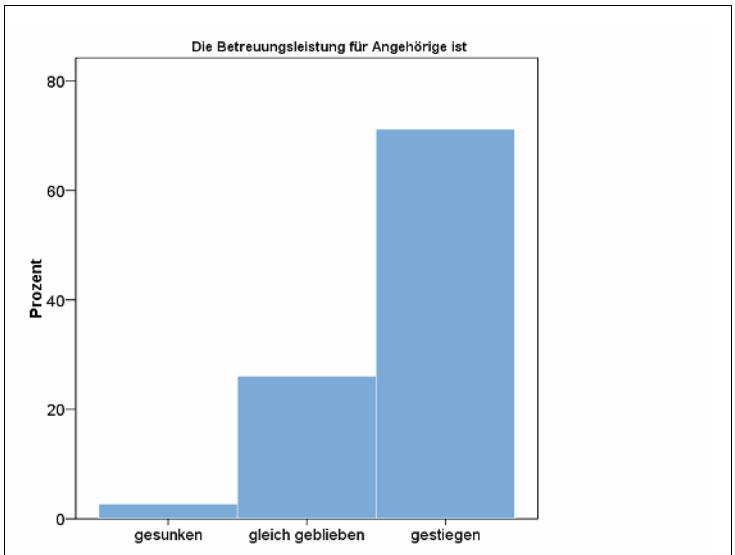

Abbildung 15: Einschätzung Aufwand Angehörigenbetreuung

Noch eindeutiger ist der Hinweis auf einen Anstieg der direkten Patientenversorgung. Hier geben 91,3% der Befragten an, dass die Pflegebedürftigkeit der Patienten zugenommen habe. Nur 8% geben an, dass diese gleich geblieben sei. Keine Angabe erfolgte bei der Einschätzung, dass der Pflegebedarf gesunken sei. Mit einer erhöhten Pflegebedürftigkeit gehen auch erhöhte Hilfeleistungen einher. In der Gesamtschau dieser Indikatoren kann von einer Intensivierung der Arbeitsprozesse für das Pflegepersonal ausgegangen werden.

Flexibilisierung der Arbeit

Als ein weiterer Aspekt der Veränderung kann eine zunehmende Flexibilisierung der Arbeit betrachtet werden. Flexibilisierung bedeutet in erster Linie, die bestehenden Ressourcen so nutzbar zu machen, dass erweiterte Leistungen mit gleichem Personalbestand oder gleiche Leistungen mit weniger Personal geleistet werden können. Es geht also um die Steigerung der Produktivität bzw. der Effektivität der Arbeitszeit. Im Pflegebereich bedeutete dies in den vergangenen Jahren vor allem den Abbau von starren Arbeitszeitmodellen, die Einführung von Zwischendiensten und Zeitkonten. Nicht nur die Erhöhung der Überstunden als innerbetriebliche Antwort kann Ausdruck einer Flexibilisierung sein. Des Weiteren kann eine Zusammenarbeit mit einer Zeitarbeitsfirma[65] als externe Möglichkeit in Betracht gezogen werden, um Personal gezielt für die Zeiten einzukaufen und zu beschäftigen, in denen ein entsprechendes Versorgungspensum zu bewältigen ist. Eine derartige Zusammenarbeit wurde in der Studie von ungefähr einem Viertel der Leitungskräfte angegeben. 71% jedoch nutzen diese Form der Flexibilisierung nicht. Gründe, die für oder gegen einen Einsatz von Zeitarbeitsmitarbeitern sprechen, wurden nicht erfragt. Es lassen sich jedoch andere Formen der Flexibilisierung aufzeigen, die einen größeren Verbreitungsgrad haben.

So wurden in vielen Einrichtungen spezielle Teams ausgebildet, die flexibel in den Bereichen eingesetzt werden, in denen ein Personalbedarf vorhanden ist. Einen solchen „flexiblen Pool“ an Mitarbeitern haben insgesamt 39,9% der Befragten. Bei weiteren 8,7% ist diese Form der Flexibilisierung in Planung. Noch mehr Verbreitung hat jedoch das Modell gefunden, dass Mitarbeiter im Rotationsprinzip eingesetzt werden, um auch andere Bereiche der eigenen Einrichtung kennenzulernen. Die Rotation schließt eine feste Zugehörigkeit zu einem bestehenden Team nicht aus. Dieses Rotationsprinzip kann ebenfalls zu einer Erhöhung der Einsetzbarkeit des Personals führen. Mitarbeiter kennen nach absolviertem Programm andere Bereiche, kennen die Abläufe und die Gegebenheiten vor Ort und können bei Bedarf dort eingesetzt werden. In der weiteren Analyse wurde gefragt, welche Erfahrungen die Einrichtungen mit der Flexibilisierung gemacht haben. Dabei wurde auf eine Unterscheidung der verschiedenen Konzepte verzichtet, da nicht von einer einheitlichen

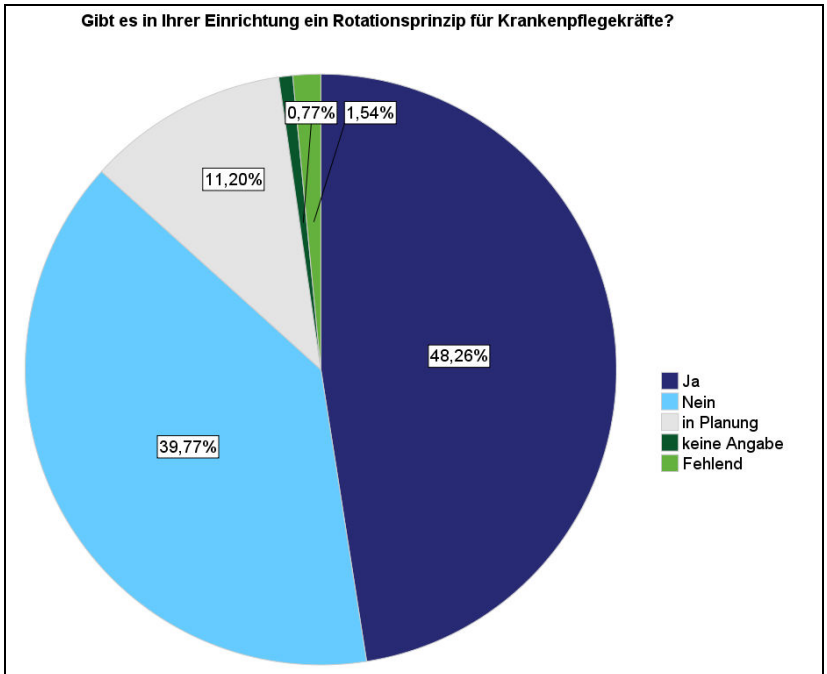

Abbildung 16: Rotationsprinzip der Beschäftigten

[65] Isfort et al. 2002

Begriffsverwendung ausgegangen werden kann. Gefragt wurde: *„Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen bezüglich der Auswirkungen eines flexibilisierten Personaleinsatzes ein. Die Flexibilisierung der Tätigkeitsbereiche von Krankenpflegekräften...“*

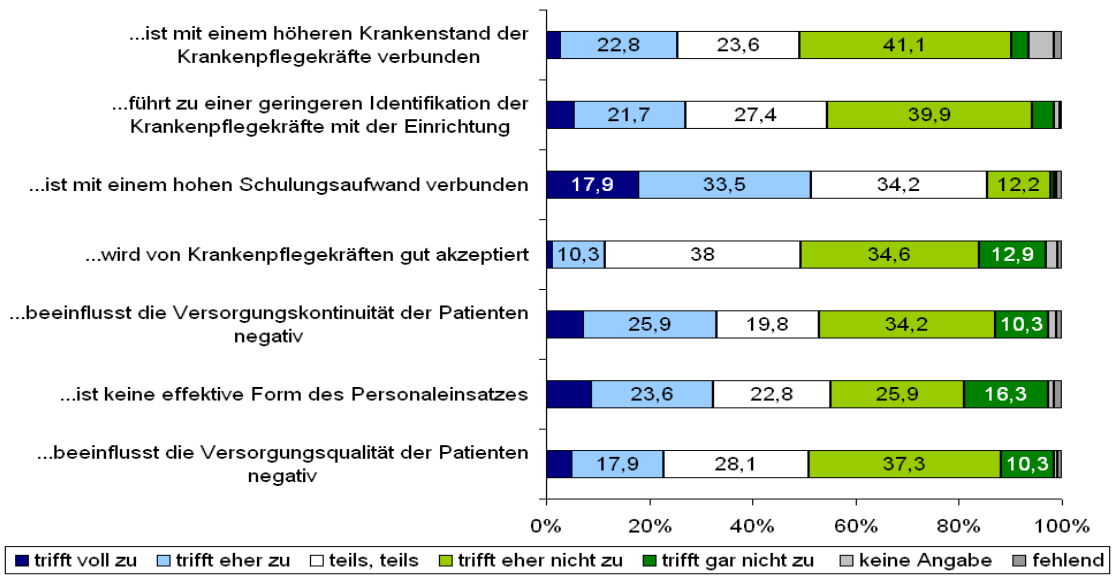

Abbildung 17: Einschätzung Auswirkungen Flexibilisierung

Eindeutig zeigt sich, dass die Leitungskräfte eine Flexibilisierung mit einem hohen Schulungsaufwand in Verbindung bringen. Das sehen 51,4% so. Etwa ein Drittel sieht in einer Flexibilisierung keine effektive Form des Personaleinsatzes.

Vor allem wird herausgestellt (47,7%), dass die Flexibilisierung beim Personal auf Widerstände stößt. In einer Kreuztabelle zeigt sich, dass vor allem der Punkt der mangelnden Akzeptanz der Krankenpflegekräfte in den Zusammenhang gestellt wird. Knapp 20% geben gleichzeitg an, dass eine Flexibilisierung nicht gut akzeptiert wird und beurteilen diese auch als nicht effektiv. Bezüglich der „negativen Beeinflussung der Versorgungskontinuität“ werden in einer Kreuztabelle mit 18,2% ähnliche Werte erreicht. Ebenso sind es jeweils beinahe die Hälfte der Befragten, die angeben, dass eine Flexibilisierung zu einer mangelnden Identifikation mit der Einrichtung führt und sich zudem negativ im Krankenstand widerspiegelt. Die direkte Versorgungsqualität sehen jedoch nur 20% als gefährdet. In der Summe bleiben jedoch eher negative Aspekte bestehen. Flexibilisierung scheint ein Konzept mit begrenztem Wirkungsgrad zu sein, wenn Personalressourcen geschaffen oder umstrukturiert werden sollen.

Arbeitsmarkt und offene Stellen

Analysiert man die Arbeitsmarktsituation für Krankenpflegende[66], so fällt auf, dass die Zahl der arbeitslos gemeldeten Krankenpflegekräfte sinkt, gleichwohl sich nicht die Zahl der bei der Arbeitsagentur offen gemeldeten Stellen erhöht.[67] Die Grafik zeigt die Arbeitslosenzahlentwicklung für Krankenpflegende und Krankenpflegehelfer in den jeweiligen Monaten an.

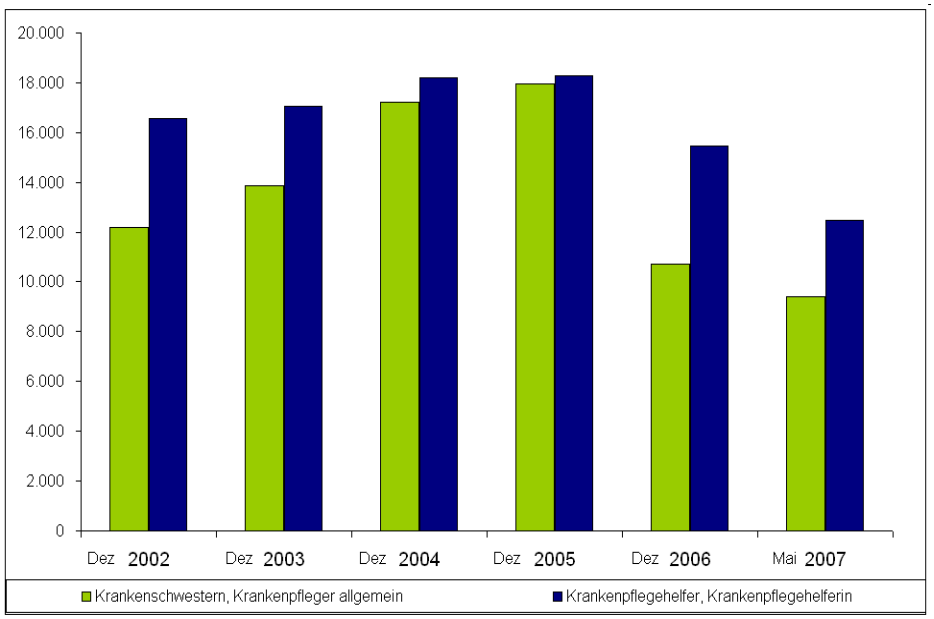

Abbildung 18: Arbeitslosenzahlen Krankenpflegende allgemein

Traditionell ist die Krankenpflege ein Beruf mit einer sehr niedrigen Arbeitslosenquote, die in den letzten Jahren beständig zwischen 2 und 3% lag. Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten steigt an.[68] Beschäftigtenzahlen insgesamt sagen jedoch nur bedingt etwas über die Stellensituation aus.[69] Eine Zunahme der Stellenangebote wird auch von Fachzeitschriften anhand des ansteigenden Anzeigenmarktes beobachtet.[70] Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese positive Entwicklung vor allem durch das Wachstum im ambulanten Pflegesektor und in der stationären Altenhilfe bedingt zu sein scheint und dass in diesem Sektor die Zahl der Teilzeitbeschäftigten zunimmt. Angaben der Krankenhausstatistik zufolge waren im Jahr 2005 im Krankenhauswesen insgesamt 316.692 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen beschäftigt. In Teilzeit arbeiteten davon 137.085 .Das entspricht einem Verhältnis von Voll- zu Teilzeitbeschäftigten von 2,3:1.[71]

Im Pflege-Thermometer 2007 ergeben sich bezüglich der Stellenmarktsituation die folgenden Hinweise: 27% der Befragten gaben an, offene Stellen im Pflegebereich zu verzeichnen, die besetzt werden sollen. In der Gesamtheit waren dies 370 offene Stellen in der Stichprobe, wobei auch hier wieder große Unterschiede zu verzeichnen waren. In den Einrichtungen suchte man vor allem für die folgenden Bereiche qualifiziertes Personal: für den Operationsdienst (11%), für den bettenführenden Stationsbereich (6,5%) und für den Leitungsbereich (4,9%).

[66] Berufe im Spiegel der Statistik, 08.02.2006
[67] Bundesagentur für Arbeit 2007
[68] Bundesagentur für Arbeit 2006b
[69] Bei einer stabilen Anzahl an Vollkräfteäquivalenten kann die Zahl der Beschäftigten steigen, wenn sich der Anteil der Teilzeitbeschäftigten erhöht. Die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten steigt in diesem Fall ebenso an.
[70] Telefonat mit der Redaktion von Die Schwester Der Pfleger am 28.6.2007
[71] In den psychiatrischen Einrichtungen arbeiteten 39.281 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen. Davon waren in Teilzeit 14.767 tätig. Hier liegt das Verhältnis bei 2,6: 1 und somit etwas höher.

In einer weiterführenden Analyse wurde ermittelt, wieso die offenen Stellen nicht besetzt wurden oder werden konnten. Hier waren Mehrfachantworten möglich, die addiert einer gemeinsamen Auswertung unterzogen wurden. Ein Drittel der Nennungen entfiel auf die Antwort, dass auf eine Besetzung der freien Stelle aus Kostengründen bewusst verzichtet wurde. Gefolgt wurde diese Kategorie von 25% der Antworten, dass qualifikatorisch keine geeigneten Bewerber für die Stelle vorhanden waren. Weitere 18% gaben an, dass keine Bewerbungen für die Stelle eingereicht wurden und bei 14% passten die Bewerber nicht zur Einrichtung.

Die Anzahl an Initiativbewerbungen von Krankenpflegekräften ist

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	gesunken	22	8,4
	gleich geblieben	83	31,6
	gestiegen	156	59,3
	Gesamt	261	99,2
Fehlend	System	2	,8
Gesamt		263	100,0

Abbildung 19: Bewerbersituation

Die Nichtbesetzung einer offenen Stelle kann nicht mit der Bewerbersituation erklärt werden. Diesbezüglich ist ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. So gaben knapp 60% der Befragten an, dass sich die Zahl der Initiativbewerbungen erhöht habe. Allerdings sagen auch 24% der Befragten, dass die Qualität der Bewerber im Vergleich zum letzten Jahr gesunken sei. Es zeigt sich, dass die Leitungen sehr sorgfältig Mitarbeiter aussuchen und dass, wenn ein Bedarf ausgemacht werden kann, sich dieser vor allem auf gut qualifiziertes Personal in ausgesuchten Positionen bezieht.

Eine insgesamt zurückhaltende Einstellungspolitik zeigt sich auch an einem weiteren Parameter. Werden Stellen besetzt, so sind es 88,5% der Befragten, die befristete Verträge ausstellen. Hinsichtlich einer Umwandlung von befristeten in unbefristete Stellen äußern sich die Befragten folgendermaßen: Bei etwa einem Drittel scheint nach Ablauf der Befristung routinemäßig eher eine Überführung in eine unbefristete Stelle stattzufinden. 46% beantworten dies mit einem teils, teils und 13% der befragten Einrichtungen scheinen stärker mit Befristungen zu arbeiten, die durch einen anderen befristeten Arbeitsvertrag ersetzt werden.

Qualifikations- und Bildungsaspekte

Die pflegerischen Berufe befinden sich in einem Bildungswandel. Neben den Bemühungen um integrative oder generalistische Ausbildungen[72], entstehen im Rahmen der Bachelor- und Masterstudiengänge neue Bildungsangebote, die auch die grundständige Ausbildung berühren. Das wird veränderte Bildungsprofile von Mitarbeitern und unterschiedliches Wissen in die Einrichtungen bringen. In diesem Abschnitt sollen Ergebnisse vorgestellt werden, die Einschätzungen bezüglich künftiger Entwicklungen und derzeitiger Aktivitäten beinhalten. Insgesamt absolvierten im Durchschnitt 38% des Pflegepersonals der bettenführenden Bereiche eine Fortbildungsveranstaltung, die nicht zu den jährlichen Pflichtfortbildungen (Brandschutz etc.) gehört. 56% des Leitungspersonals und 35% der Mitarbeiter/-innen der Funktionsbereiche besuchten Fortbildungen.

[72] Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

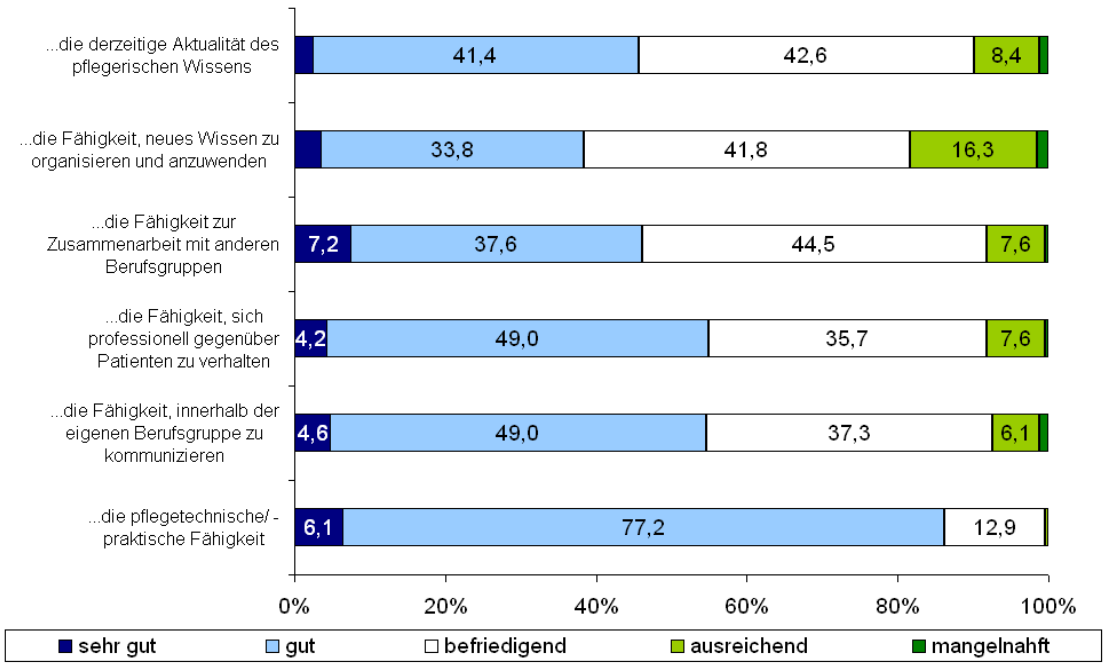

Abbildung 20: Einschätzung Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter

Gefragt wurde nach Gesamteinschätzungen bezüglich der Fähigkeiten beim Pflegepersonal in der Einrichtung. So sollten Ressourcen, aber auch Felder identifiziert werden, in denen ggf. eine Bildungsarbeit angeschlossen werden muss. Die Leitungskräfte sollten dabei „Schulnoten“ für die entsprechenden Fähigkeiten vergeben. Insgesamt ergeben sich durchschnittlich gute bis befriedigende Noten für die Krankenpflegekräfte. Eine deutliche Stärke sehen die Leitungen im Bereich der pflegetechnischen Fähigkeiten. Hier geben 77% der Leitungskräfte ihren Mitarbeitern ein „gut“. Kritischer sehen die Leitungskräfte hingegen die Fähigkeiten, sich neues Wissen zu organisieren und anzuwenden. Hier kann ein Bildungsbedarf ausgemacht werden.

Die Beschaffung und Bewertung aktuellen Wissens einschließlich der Recherche und Analysekriterien ist traditionell eine Domäne von hochschulisch qualifizierten Personen.

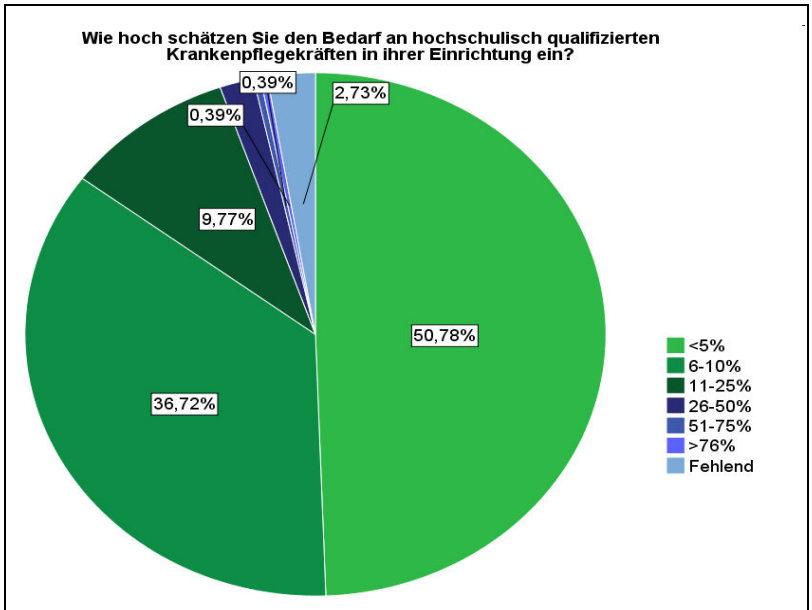

Abbildung 21: Bedarfseinschätzung hochschulisch Qualifizierter

Dieser Aspekt ist interessant vor dem Hintergrund der Grafik. Bezüglich eines Bedarfs an hochschulisch qualifizierten Mitarbeitern zeigt sich eine gewisse Skepsis. 50,78% sehen hier einen Bedarf von unter 5%. Weitere 36,7% bewerten hier den Bedarf zwischen 6 und 10%. So sind es in der Folge

auch 50% der Einrichtungen, die nicht damit rechnen, dass innerhalb der nächsten fünf Jahre mehr hochschulisch ausgebildetes Pflegepersonal bei ihnen beschäftigt sein wird. Nur 2,3% stimmen bei dieser Frage voll zu.

Ein weiterer Aspekt der Qualikfikations- und Bildungsfragen betrifft die Ausbildung. Auch Auszubildende können ein Weg sein, über den aktuelles Wissen aus den Ausbildungsstätten in die Einrichtung kommt. Ausbildung zu betreiben ist somit nicht nur eine Frage des direkten eigenen Personalbedarfs. Prospektiv wird diesbezüglich mit den folgenden Entwicklungen gerechnet: Über die Hälfte (51,8%) rechnet damit, dass die Zahl der Auszubildenden im eigenen Betrieb stabil bleiben wird, 23% erwarten jedoch eine Reduzierung. 67% der Leitungen rechnen nicht damit, dass sich die eigene Einrichtung komplett aus der Ausbildung zurückziehen wird. Nur sechs Prozent vermuten, dass dies der Fall sein wird. Das deckt sich mit der Untersuchung an den bundesdeutschen Pflegeschulen des vergangenen Jahres.[73]

Bezüglich der Weiterbildungen wurde angefragt, wie die Leitungskräfte die Ausstattung der Funktionsabteilungen mit fachweitergebildeten Krankenpflegekräften beurteilen. Dabei geben 73,4% der Leitungen an, dass sie im Bereich der Intensivstationen keine Reduzierung von fachweitergebildetem Personal anstreben. Nur 4,5% der Befragten sahen hier einen geringeren Bedarf an weitergebildetem Personal. Etwas anders stellt sich die Situation im Operationsdienst dar. 11,7% sehen in diesem Bereich die Möglichkeit, an qualifiziertem, fachweitergebildetem Personal einzusparen.

[73] Isfort 2006

5 Patientensicherheit und Qualitätsaspekte der Versorgung

Ein Kernthema des Pflege-Thermometers 2007 ist die Frage nach der direkten Patientenversorgung. Eine bislang in Deutschland unzureichend überprüfte Hypothese lautet,[74] dass sich eine Personalkapazitätsreduzierung der Krankenpflegekräfte direkt auf die Patientenversorgung und damit auf die Patientensicherheit auswirkt. International geht man dieser Frage in umfangreichen Untersuchungen seit den 80-er Jahren nach.[75] [76] Regelmäßig werden Reviews zu dem Themenkomplex erstellt und veröffentlicht.[77] [78] [79] [80] Insgesamt kommt man zu unterschiedlichen Ergebnissen,[81] die im Kern einen Zusammenhang feststellen und unterschiedlich aussagekräftige Indizien zu Tage fördern.[82] Forschungsarbeiten aus der Schweiz[83] stellen darüber hinaus Einflüsse einer impliziten Rationierung auf Patienten und Personal dar. In Deutschland ist diese Diskussion bislang ohne eigene Forschungsarbeiten geführt worden.[84] [85]

Eine Beweisführung und empirische Überprüfung der komplexen Zusammenhänge zwischen Personalausstattung und Patientensicherheit kann nicht im Rahmen einer Befragung erbracht werden. Hier bedarf es systematischer Erhebungen und spezifischer Forschungsarbeiten.

Qualitätsindikatoren

Das Pflege-Thermometer untersucht die Frage, welche in der internationalen Literatur verwendeten Parameter der Patientensicherheit[86] [87] in Deutschland seitens der Leitungskräfte auf Akzeptanz stoßen. International werden im Krankenhausbereich sowohl patientenbezogene als auch umgebungsbezogene Indikatoren verwendet.[88] [89] [90] In der WHO wird an dem Aufbau einer eigenen Klassifikation der Patientensicherheit gearbeitet.[91] [92] In Studien werden vor allem Stürze, Mortalität, Verweildauer, Druckulzerationen, Infektionen sowie verspätete Hilfe bei Notfällen thematisiert. In Deutschland ist das Thema der Patientensicherheit noch nicht in dieser Form präsent. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit beispielsweise hat sich erst vor zwei Jahren gegründet.[93] Es kann davon ausgegangen werden, dass bislang kein einheitliches Verständnis darüber vorliegt, welche Indikatoren nach Einschätzung der leitenden Krankenpflegekräfte in Kliniken erhoben werden sollten, um pflegesensitive Ergebnisse und Qualitätsindikatoren abzubilden.

---

[74] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006
[75] Aiken et al. 2002
[76] Needleman et al. 2001
[77] Minnesota Evidence-based Practice Center 2007
[78] Kravitz, Sauvé 2002
[79] Kazanjian et al. 2005
[80] Tourangeau et al. 2006
[81] Blegen 2006
[82] World Health Professions Alliance [Fact Sheet], 23.01.2005
[83] Aiken et al. 2004
[84] Panknin 2003
[85] Isfort 2007a
[86] Bostick et al. 2006
[87] Campbell et al. 2002
[88] Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Home Page, 29.06.2007
[89] National Quality Forum
[90] Safety - Commission Publications
[91] World Health Organization
[92] World Health Organization 2006
[93] Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007

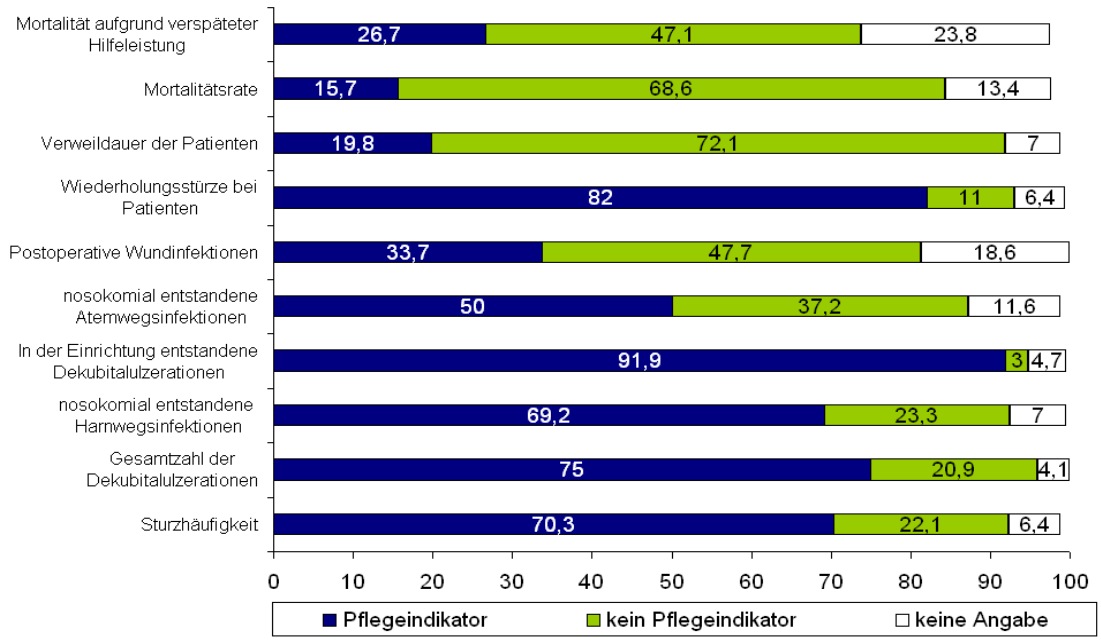

Abbildung 22: Einschätzung pflegesensitiver Indikatoren

Es zeigt sich in der Übersicht, dass es vor allem vier Indikatoren sind, die in der relativen Mehrheit der Antwortenden nicht als pflegesensitiv beurteilt werden. Das sind: die postoperativen Wundinfektionen, die Verweildauer der Patienten, die Mortalitätsrate und die Mortalität aufgrund verspäteter Hilfeleistung. Als „den Qualitätsindikator" betrachten die Leitungen hingegen die Zahl der in der Einrichtung entstandenen Dekubitalulzerationen. Auch werden die Sturzhäufigkeit, die Sturzwiederholungsrate und bei der Hälfte der Befragten die nosokomialen Harnwegsinfektionen mit der Pflege in Verbindung gebracht. Bei den angefragten und frei zu nennenden weiteren Indikatoren dominieren Angaben zum Thema „Patientenzufriedenheit und Kundenempfehlung".

Das Themenfeld der Pflegequalität, die Konzepte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sind in den vergangenen Jahren dominierende Themenfelder der Fachliteratur und der Kongressthemen gewesen. Als wesentlich für die Pflege können die Entwicklungen der Expertenstandards durch das DNQP (Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege)[94] genannt werden sowie die Bestrebungen der Buko-QS, die Qualitätsniveaus für den Langzeitpflegebereich entwickelt und zur Diskussion gestellt hat.[95] Da davon ausgegangen werden kann, dass in den Krankenhäusern sehr unterschiedliche Umsetzungsgrade der Expertenstandards, der Dokukmentationen von Fehlern und Beschwerden, der Erfassung von Qualitätsindikatoren anhand von Protokollen etc. vorliegen, wurde auf eine Befragung hinsichtlich der einzelnen Konzepte verzichtet.

Befragt man die Leitenden nach der Qualitätsentwicklung der genannten Indikatoren in der eigenen Einrichtung, so ergibt sich das folgende Bild: Es wird insgesamt eine leichte Steigerung der Qualität beschrieben.

[94] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 29.03.2007
[95] BUKO

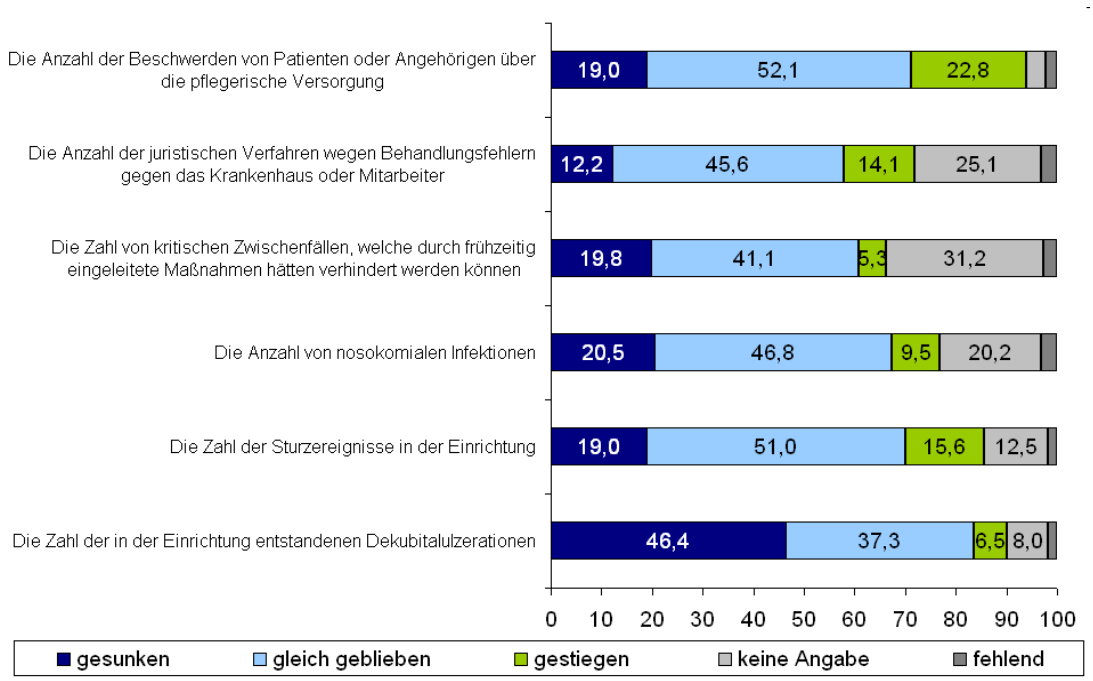

Abbildung 23: Einschätzung Entwicklung der Qualitätsindikatoren

Jeweils 20% geben an, dass die Zahl der Sturzereignisse, der nosokomialen Infektionen und der vermeidbaren kritischen Zwischenfälle gesunken sei. Auf der anderen Seite sind es 22,8%, die eine Zunahme an Patienten- oder Angehörigenbeschwerden zu verzeichnen haben. Eine relative und teilweise auch eine absolute Mehrheit stellt keine Veränderungen fest. Von Bedeutung ist auch die prospektive Einschätzung der Entwicklung. Hier sehen die Leitungen insgesamt eher pessimistisch in die Zukunft. Befragt nach der medizinischen Qualität, erwarten lediglich 24,8% zukünftig eine Steigerung. Ein Drittel (33,1%) erwarten dies nicht oder eher gar nicht.

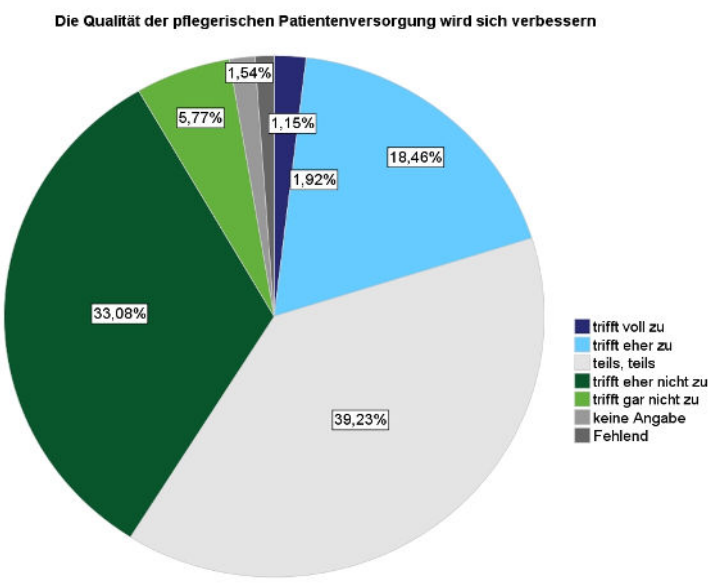

Abbildung 24: Einschätzung der Entwicklung der Pflegequalität

Noch kritischer wird dies für die Entwicklung der Pflegequalität gesehen. Hier sind es 38%, die keine Steigerung erwarten und nur 20% rechnen mit einem Anstieg. In der zusammenfassenden Betrachtung zeigt sich also, dass die genannten Qualitätsindikatoren bis auf wenige Ausnahmen nicht Gegenstand der pflegerischen Betrachtung sind. Die Qualitätsentwicklung fokussiert sich auf die Themen Dekubitus und Stürze.

Unerwünschte Vorkommnisse

International diskutiert und beobachtet werden sogenannte „adverse events“, also „unerwünschte Ereignisse“, die im Rahmen der Behandlung auftreten können und von einem medizinischen oder pflegerischen Fehler herrühren können, es jedoch nicht müssen.[96] [97] [98] Über die Indikatoren der Qualitätsmessung hinaus wurden im Pflege-Thermometer dazu Aspekte befragt, die sich konzeptionell an Befragungselemente aus der RICH-Studie in der Schweiz anlehnten.[99] In der Schweizer Studie wurden Pflegende der bettenführenden Bereiche befragt und es wurde ermittelt, wie oft sie bestimmte unerwünschte Vorkommnisse beobachten oder pflegerische Tätigkeiten nicht mehr ausführen können, die sie eigentlich als notwendig einstufen würden.

Da das Pflege-Thermometer 20007 eine Befragung der Leitungskräfte ist, wurde diesbezüglich eine veränderte Fragestellung verwendet. Im Rahmen dieser Studie wird daher auch nicht von unerwünschten Ereignisse, sondern von unerwünschten pflegerischen Vorkommnissen gesprochen.

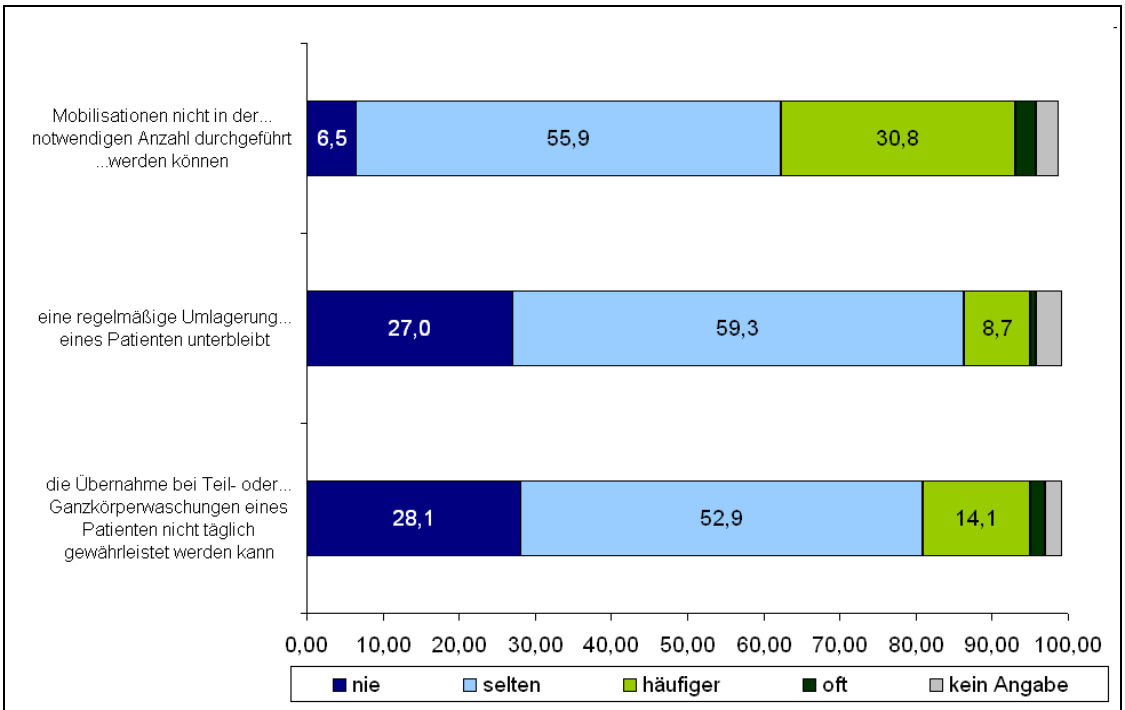

Abbildung 25: Unerwünschte pflegerische Vorkommnisse 1

Ermittelt wurde die Häufigkeit, mit der Pflegende der bettenführenden Bereiche den Leitungskräften von entsprechenden Vorkommnissen berichten. Die indirekte Kenntnis kann beeinflusst werden durch Sympathie und Antipathie gegenüber der Leitungskraft, durch das Vertrauensverhältnis, die Häufigkeit, mit der Leitungskräfte die bettenführenden Bereiche aufsuchen und viele weitere Einflussfaktoren. Auf der Basis dieser mittelbaren Einschätzungen zeigt sich ein eher kritisch zu beurteilendes Bild. Direkt bedrohliche Umstände, wie das Ausbleiben regelmäßiger Lagerungen, kommen nur bei etwa einem Drittel der Kliniken (27%) gar nicht vor. Lagerungen sind notwendig,

[96] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007
[97] Baker, et al 2004
[98] Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007
[99] Universität Basel 05.03.2007 Die Schweizer Kollegen stellten dankenswerterweise die Befragungsinstrumente zur Einsichtnahme zur Verfügung.

um das Risiko der Druckgeschwürbildung abzuwenden. Das heißt, dass trotz aller Bemühungen um die Einführung von Expertenstandards und Richtlinien der Dekubitusprävention in 8,7% der Einrichtungen ein relevantes Problemfeld zu vermuten ist und bei 60% temporäre Schwierigkeiten auftreten, die sich jedoch anscheinend nicht direkt auf eine Erhöhung der Dekubitusrate auswirken. Im Zusammenhang mit der Analyse der Qualitätsindikatoren lässt sich in einer Kreuztabelle nicht nachweisen, dass die Einrichtungen, die Lagerungs- und Mobilisierungsdefizite bemerken, auch die Einrichtungen sind, die eine Erhöhung der Dekubitusrate angeben.

Gravierend erscheint ebenfalls, dass 30,8% angeben, dass Mobilisationen nicht in der notwendigen Anzahl durchgeführt werden können. Diese Maßnahmen sind personalintensiv und eine geringe Personalkapazität kann nicht durch technische Hilfsmittel kompensiert werden. Mobilisationen gelten als Kernelement der Prophylaxe und sind somit gleichsam präventiv wie bei einzelnen Erkrankungen auch kurativ. Wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung werden mit einer unzureichenden Realisierung dieser Tätigkeitsbereiche in den Hintergrund gedrängt. Eine nicht mehr gewährleistete Übernahme von Körperpflegemaßnahmen ist bei 14% der Einrichtungen zu verzeichnen. Auch wenn dies keine direkte Bedrohung für den Patienten darstellt, so ist es doch ein Indikator für die umfassende Qualität der Patientenversorgung.

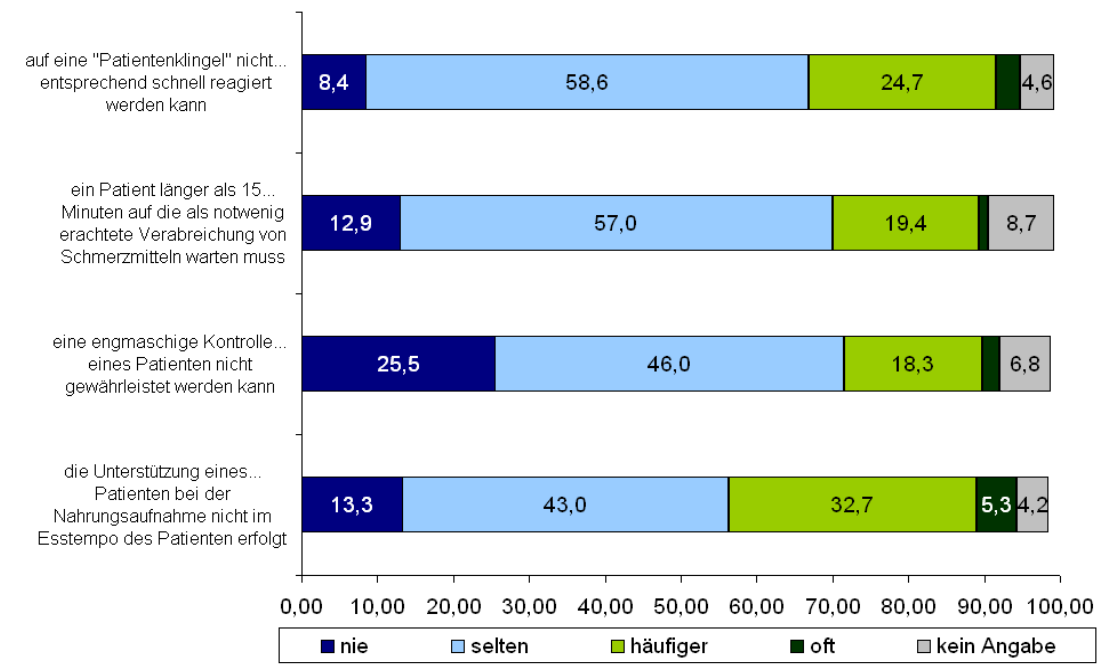

Abbildung 26: Unerwünschte pflegerische Vorkommnisse 2

Weitere Indikatoren vervollständigen das Bild einer inhaltlichen Rationierung im Pflegebereich, die sich mittlerweile direkt auf die Patientenversorgung auswirkt. So gibt knapp ein Viertel an, dass durch das Pflegepersonal häufiger nicht entsprechend schnell auf eine Patientenklingel reagiert werden kann. Kritisch zu bewerten ist auch, dass ein Drittel (32,7%) angibt, eine Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme könne häufiger nicht im Esstempo des Patienten erfolgen. Das beinhaltet das Risiko einer unzureichenden Nährstoffversorgung bei Patienten, die krankheitsbedingt erhebliche Kau- und Schluckstörungen ausbilden oder allgemein stark verlangsamt sind und auf Hilfestellung

angewiesen sind. Um zu beurteilen, wie sich die Gesamtsituation auswirkt, wurden die Leitungen gefragt, wie sie die Entwicklungen der letzten zwei Jahre rückblickend beurteilen würden. Die Aussagen geben Hinweise, wie sie sich auf der Ebene der Qualitätsindikatoren noch nicht abbilden lassen.

40%, geben an, dass die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Pflege anzubieten, gesunken sei, 30% bemerken sogar ein Absinken einer ausreichenden Versorgung. Ein Drittel der Befragten äußert sich dahingehend, dass die Möglichkeit, eine angemessene Patientenüberwachung sicherstellen zu können, gesunken sei. Wichtig für diesen Aspekt scheint auch die Beurteilung von der Hälfte der Befragten, dass sich die Kontakthäufigkeit zwischen Krankenpflegekräften und Patienten reduziert habe. Diese ist jedoch die Bedingung für eine regelmäßige Krankenbeobachtung. Sinkt die Kontakthäufigkeit, sinkt somit automatisch auch die Möglichkeit der Krankenbeobachtung ab.

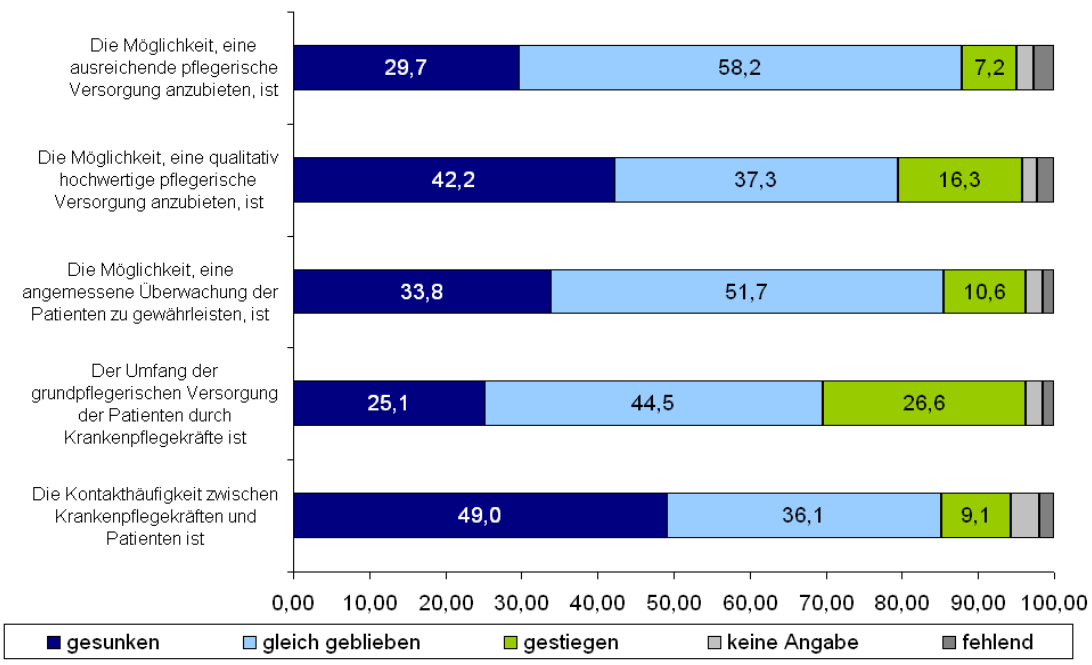

Abbildung 27: Einschätzung Versorgungskapazität

Im Bereich der grundpflegerischen Versorgung sehen die Leitungen in einer ähnlichen Verhältnismäßigkeit eine Steigerung und ein Absinken. Dies kann damit in Verbindung stehen, dass die Pflegebedürftigkeit der Patienten insgesamt als gestiegen angegeben wird. Vor diesem Hintergrund kann der Gesamtbedarf und auch dessen Beantwortung gleichermaßen gestiegen sein. Der steigende Umfang kann somit nicht direkt in Verbindung mit einem Anstieg für den Einzelnen und somit auch nicht mit einem Qualitätsanstieg gebracht werden.

6 Tätigkeitsbereiche des Pflegepersonals

Die Umstrukturierungen in den Krankenhäusern führen unter anderem zu einer Diskussion darüber, welche Leistungen von wem und zu welchen Preisen im Krankenhaus erbracht werden und welche Qualifikationen für einzelne Leistungen erforderlich sind.[100] Es sind erste Indizien für einen Umbau des Tätigkeitsspektrums der Pflege zu beobachten, die von Verbänden[101] und vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen eingefordert und empfohlen werden.[102] Es fehlt jedoch an systematischen Forschungsergebnissen hinsichtlich der Frage, welche Veränderungen jenseits der politischen Diskussionen im Krankenhauswesen bereits stattfinden.[103] Es werden in der Fachpresse und unter den beteiligten Berufsgruppen u.a. auch Konzepte aus anderen Ländern diskutiert, wie die Einführung von speziellen ärztlichen Assistenzberufen.[104] [105] Darüber hinaus ergeben sich bezüglich einer Veränderung pflegerischer Tätigkeitsbereiche nicht nur wirtschaftliche, sondern auch haftungsrechtliche Fragen, die einer genauen Abklärung bedürfen.[106] [107] In der Studie geben 52,9% der Befragten an, dass eine Änderung des Delegationsrechtes der Ärzte erfolgen sollte.

Für eine grundsätzliche Neuordnung und Umstrukturierung der Tätigkeitsbereiche der therapeutischen Berufe sprechen sich 68,2% der Befragten aus. Allerdings koppeln sie dies an die Frage der Bildung und Qualifizierung der Pflegenden. So geben 71,3% zu bedenken, dass eine Änderung der Tätigkeiten ohne Änderungen der Ausbildungsinhalte nicht zu realisieren sei.

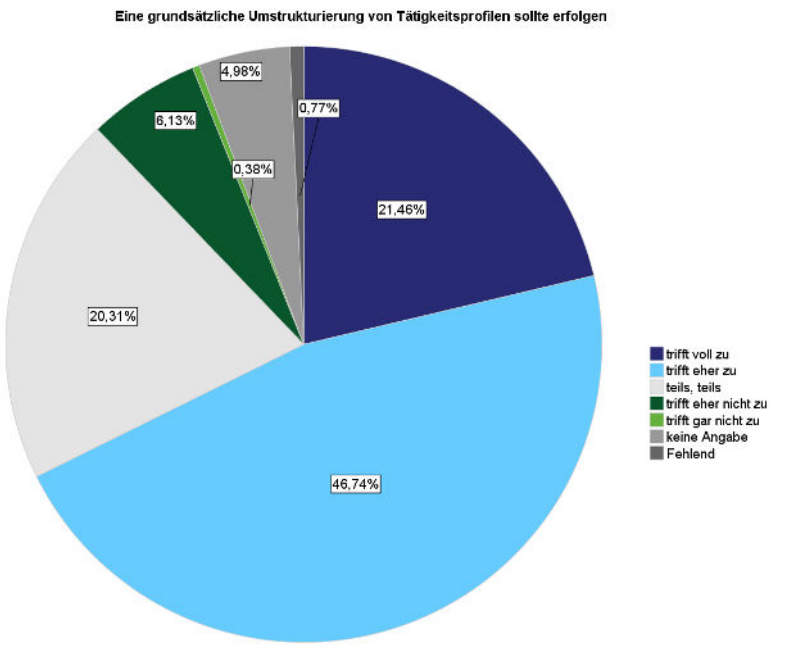

Abbildung 28: Einschätzung Umstrukturierungsbedarf der Tätigkeitsprofile

[100] Blum 2003
[101] Deutscher Pflegerat 2006
[102] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007
[103] Bartholomeyczik 2007
[104] Gaede 2006
[105] Wienke, Janke 2007
[106] Böhme 1998
[107] Großkopf 2002

Einsatzgebiete von Hilfskräften

Ein Aspekt der Fragestellung ist, welche Leistungen derzeit schon nicht mehr oder nicht mehr ausschließlich von Krankenpflegekräften durchgeführt werden. Hierbei spielen Entlastungen durch Hilfskräfte eine Rolle. Im einführenden Teil wurde dargestellt, dass das Hilfspersonal in noch stärkerem Maße abgebaut wurde als das Pflegepersonal selbst. In den kommenden Jahren wird jedoch von knapp der Hälfte der Leitungskräfte wieder mit einem Ressourcenaufbau gerechnet (+47,5%). Vor diesem Hintergrund interessiert es, in welchen Bereichen die Pflegehilfskräfte derzeit und wahrscheinlich auch zukünftig eingesetzt werden.

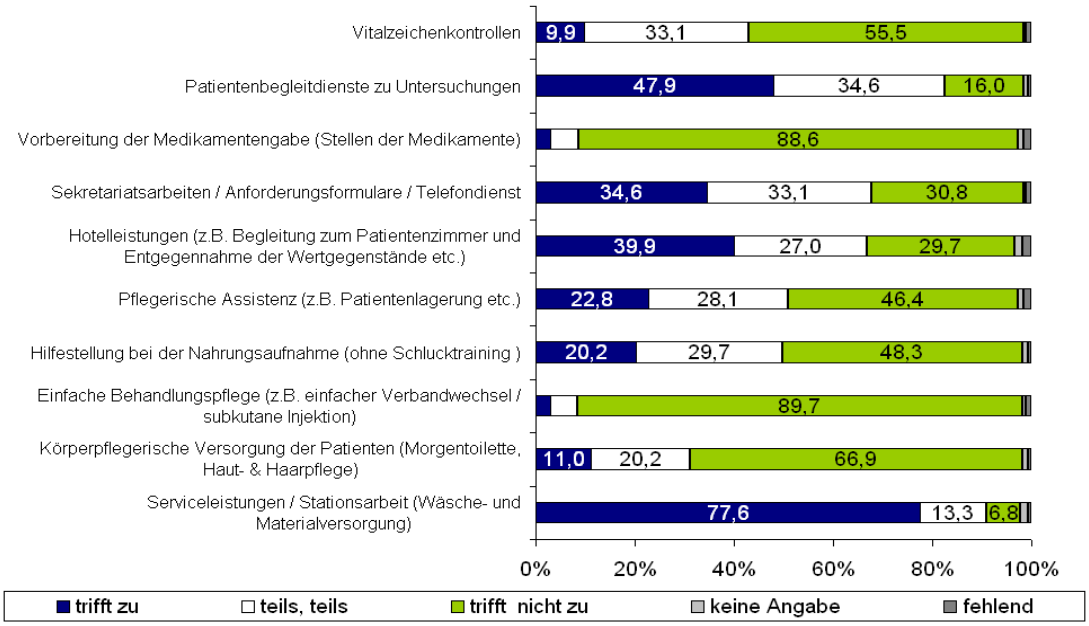

Abbildung 29: Einsatzgebiete pflegerischer Hilfskräfte

Betrachtet man die Ergebnisse, so wird ein Einsatz von Hilfskräften vor allem im Servicebereich und im Patientenbegleitdienst vorgenommen. Im Bereich der direkten Versorgung (pflegerischer Einsatz und Behandlungspflege) sowie in der Krankenbeobachtung (Vitalzeichenkontrolle) werden die Hilfskräfte verhältnismäßig wenig bis gar nicht eingesetzt. Behandlungspflegerische Elemente (einfache Verbandswechsel) und Medikationsaufgaben spielen im Profil der Hilfskräfte überhaupt keine Rolle.

Damit zeigt sich ein sehr begrenztes Wirkungsspektrum und eine insgesamt geringe Flexibilität der Aufgabengebiete, die vor dem Hintergrund neuer Zuordnungen der Tätigkeiten und sich wandelnder Strukturen betrachtet werden muss. Ob es zukünftig mehr Mitarbeiter bedarf, die wenig flexibel eingesetzt werden können, kann diskutiert werden.

Änderungen der pflegerischen Tätigkeitsbereiche

Erfragt wurde, welche Leistungsroutinen die Krankenpflegekräfte zukünftig aufbauen oder entsprechend abgeben sollten bzw. welche Tätigkeitsbereiche bereits anderen Berufen zugeordnet wurden.

Die folgenden Tätigkeitsbereiche sind formuliert als Leistungen, die routinemäßig nicht mehr von Krankenpflegekräften erbracht werden sollten.

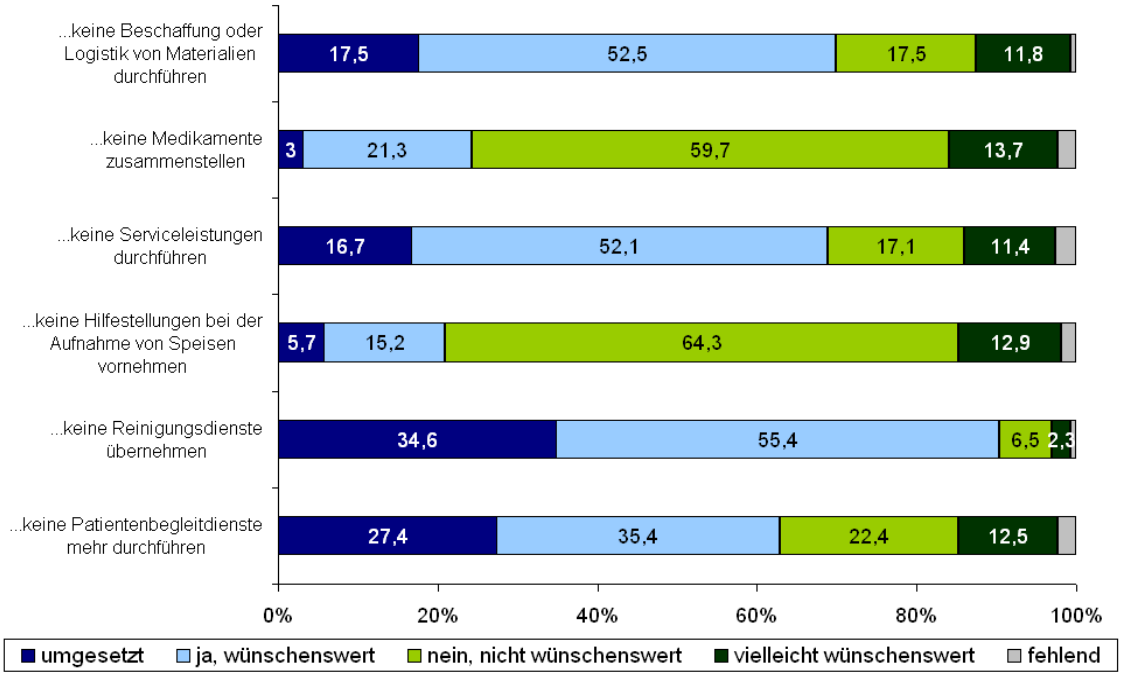

Abbildung 30: Arbeiten, die nicht mehr durchgeführt werden sollen

Der Umsetzungsgrad der Tätigkeitsverlagerungen ist sehr unterschiedlich, er übertrifft jedoch nicht den Höchstwert von einem Drittel der Einrichtungen (bei der Frage nach Reinigungsdiensten). Das zeigt eine bislang nicht stattgefundene Trennung der Arbeitsgebiete und Tätigkeitsprofile. Die Grenzen einer gewünschten Trennung und Verlagerung werden ebenso deutlich. 64,3% lehnen es ab, die Zusammenstellung von Medikamenten aus dem Tätigkeitsbereich der Pflegenden herauszunehmen. 77,2% der Befragten lehnen es ab, die Nahrungsaufnahme nicht mehr den Tätigkeitsbereichen der Pflege zuzurechnen. Ein Drittel hält es für wünschenswert, dass die Begleitungen eines Patienten nicht mehr durch Krankenpflegekräfte durchgeführt würde. Die Potenziale der Entlastung werden zusammenfassend in der Logistik, der Reinigung und den Serviceleistungen gesehen. Das deckt sich sehr mit den Tätigkeitsbereichen, die als Arbeitsprofile der Hilfskräfte herausgestellt werden konnten.

Fragt man danach, was Krankenpflegekräfte an Leistungsroutinen aufbauen sollen, so ergibt sich das nachfolgende Bild:

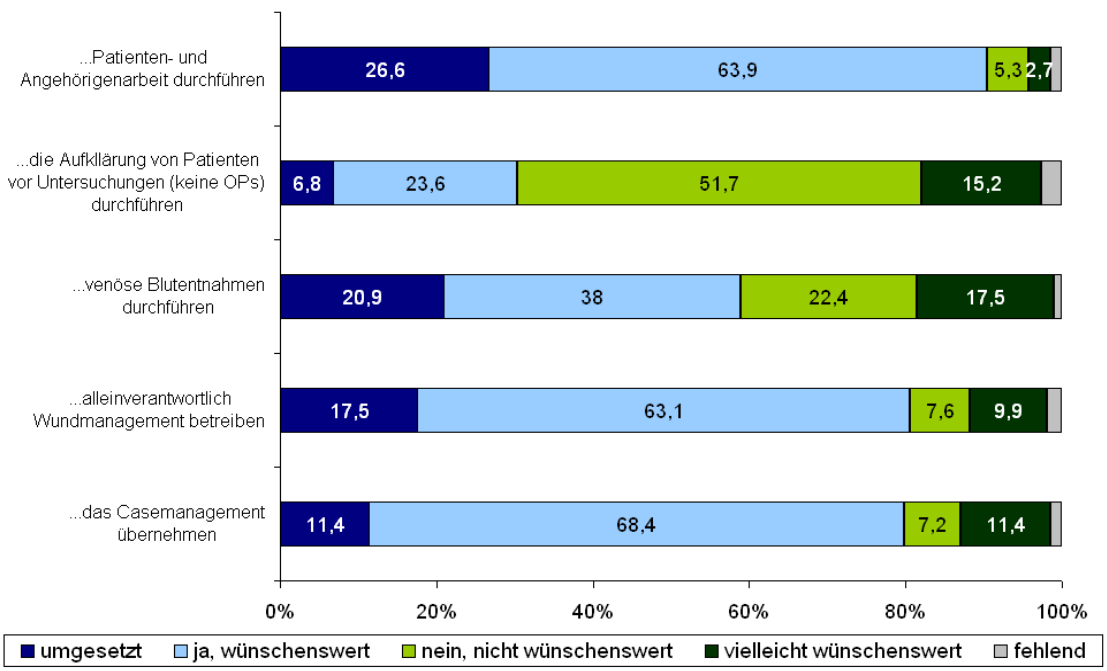

Abbildung 31: Arbeiten, die durchgeführt werden sollen

Angestrebt werden Tätigkeiten der Steuerung, der Beratung und Begleitung sowie einzelne therapeutische Maßnahmen (Wundmanagement). Auch hier ergibt sich ein Umsetzungsgrad von ca. einem Viertel (Patienten- und Angehörigenarbeit). Die Beratung und Begleitung soll jedoch den Vorstellungen der Mehrzahl entsprechend keine medizinische Aufklärung beinhalten.

Die Auswertung weist darauf hin, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungen keine komplette Trennung der Tätigkeitsbereiche erfolgt ist. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass eine reale Aufteilung und Qualifikationszuordnung nur schwer zu erreichen ist, da Handlungsketten oft nicht aus planbaren und streng voneinander abgrenzbaren Sequenzen bestehen. Eine klare Grenzziehung einzelner Tätigkeiten und deren Delegation ist mit der Erhöhung des Koordinierungsaufwandes verbunden, an dessen Ende nicht immer eine Entlastung der Pflegenden oder eine tatsächliche Zeitersparnis steht.[108]

Zukünftige Änderungen der pflegerischen Tätigkeitsbereiche

Ein weiterer Aspekt der Tätigkeitsprofilverschiebung ist die stärkere medizinische Ausrichtung der Pflege. Diese beinhaltet auch die vermehrte Übernahme medizinischer Aufgaben. Fragt man prospektiv nach den Entwicklungen der nächsten fünf Jahre, so geben die Leitungskräfte die folgenden Einschätzungen ab: In der Gesamtschau sind es zwischen 20 und 30% der Befragten, die hier mit wesentlichen Veränderungen rechnet. Nur im Bereich des Entlassungsmanagements liegen die Zahlen höher. Im Einzelnen werden die folgenden Einschätzungen abgegeben.

Mit einer Übernahme derzeitig eindeutig definierter ärztlicher Tätigkeiten der Diagnostik (Dopplerunterschung etc.) durch Krankenpflegekräfte rechnet etwa ein Fünftel der Befragten. Ein Viertel rechnet damit, dass speziell weitergebildete Krankenpflegekräfte in der Anästhesie

[108] Isfort 2007b

eigenverantwortlich Narkosen überwachen werden. Bekannt geworden ist in Deutschland das Konzept der Helios Kliniken unter dem Pseudonym „Mafa“. Eine vollständige Historie des Einsatzes des Konzeptes und der nachfolgenden Diskussionen kann im Internet eingesehen werden.[109]

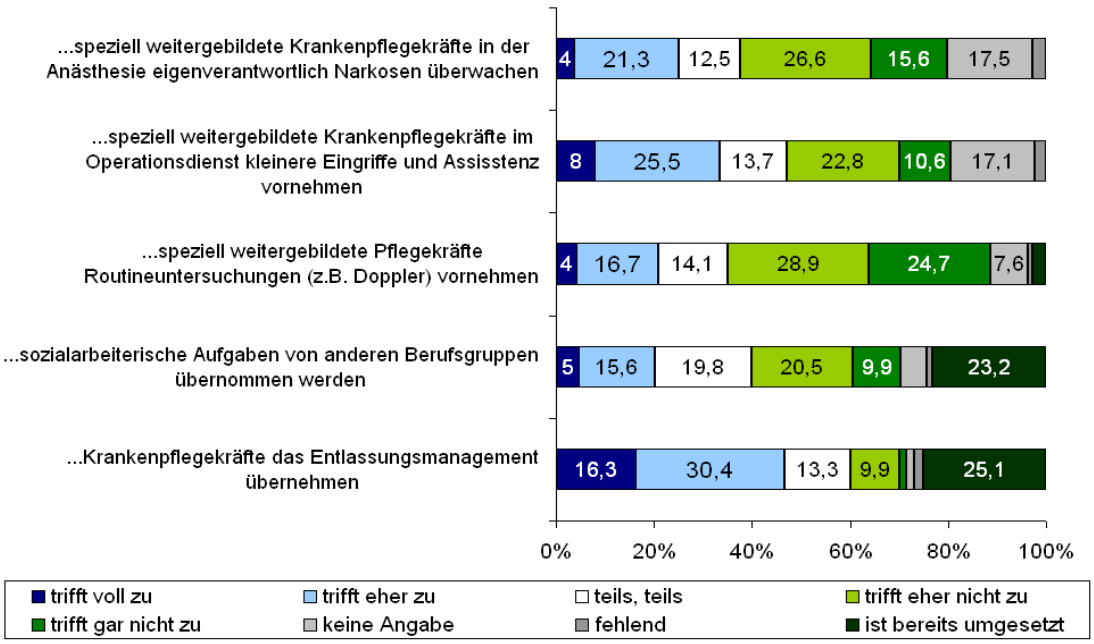

Abbildung 32: Einschätzung Tätigkeitsprofilentwicklung

Ein noch größerer Teil (33,5%) erwartet, dass speziell ausgebildete Kräfte kleine operative Eingriffe übernehmen werden. Dies korrespondiert mit der Zukunftseinschätzung, dass 48,3% der Befragten die Schaffung neuer ärztlicher Assistenzberufe (Chirurgisch-technische Assistenten) erwarten, um der Personalsituation in den Kliniken zu begegnen.

7 Tarifveränderungen

Eine weitere wesentliche Änderung in der Krankenhauslandschaft stellen tarifliche Neuordnungen dar. Der TVöD löste zum 1.10.2005 den BAT für Arbeitnehmer des Bundes und der Kommunen ab. Pflegeheime und Kliniken der Städte und Kreise fallen in der Regel unter diesen Tarifvertrag. Die Caritas sowie die Diakonie haben keinen Tarifvertrag mit den Gewerkschaften, sondern im Rahmen des "Dritten Weges" (der kirchliche Mitbestimmung) eigene Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) mit Gehaltstabellen, die ausschlaggebend für den Grundlohn, die Steigerungen sowie Sonderzulagen sind. In diesen Tarifsystemen sind erhebliche Veränderungen im Gange, um die vielfach kritisierten starren Aufstiegs- und Zusatzentgeltsysteme zu verändern und eine eher leistungsorientierte Finanzierung realisieren zu können.

Daneben sorgen weitere Entwicklungen für gravierende Neuordnungen im Tarifsystem. Der steigende Einfluss privater Einrichtungen führt zu einer höheren Flexibilisierung der Systeme und

[109]Medi-Learn.net

zum Einsatz hauseigener Tarifsysteme oder Regelungen. Daneben haben die Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie der Europäischen Union und der aktuelle Tarifabschluss für Krankenhausärzte Auswirkungen auf die Leistungsfinanzierung.

In einem Drittel der befragten Einrichtungen erfolgte zwischen dem 1.1.2006 und dem 1.1.2007 eine Umstellung des Tarifsystems. Insgesamt wird mit 41,1% der TVöD am häufigsten verwendet. Gefolgt wird er mit 36,9% von den Arbeitsvertragsrichtlinien der kirchlich getragenen Einrichtungen. Knapp 6% der Einrichtungen verwenden einen eigenen Haustarifvertrag.

Beiträge einer Tarifveränderung

Befragt zur Einschätzung einer Tarifumstellung, äußern sich die Teilnehmer wie folgt:

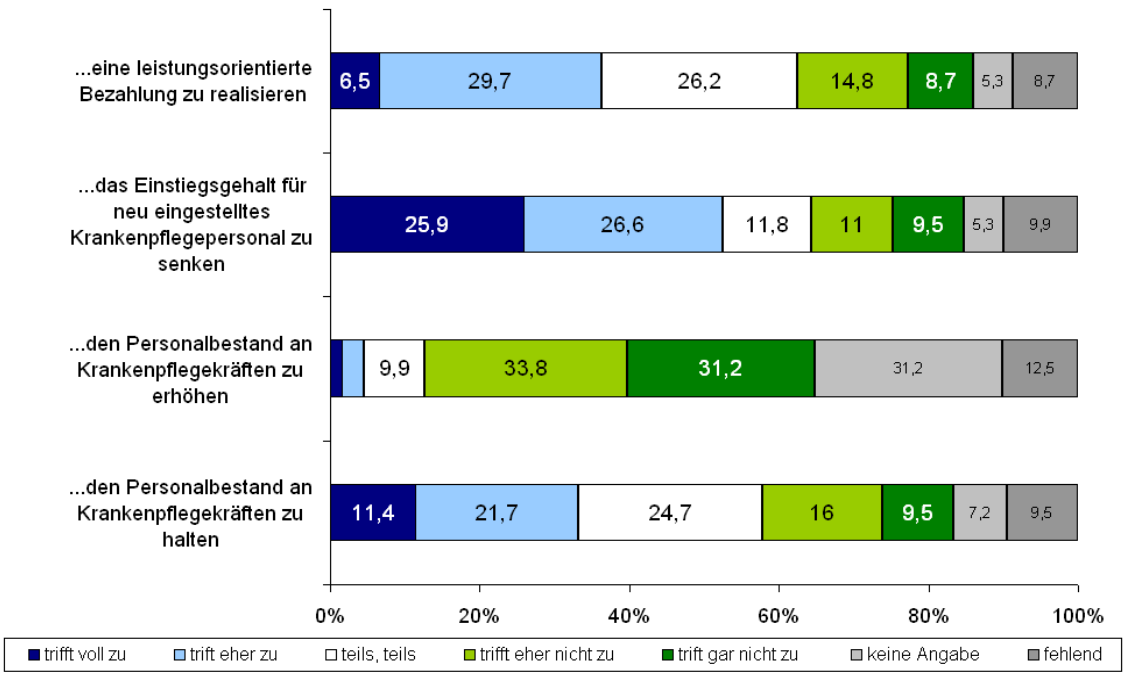

Abbildung 33: Einschätzung Beiträge eines Tarifsystems

Über die Hälfte der Befragten sehen in einem veränderten Tarifvertrag vor allem einen Beitrag dazu, das Einstiegsgehalt bei neu eingestelltem Personal zu senken. Eine leistungsorientierte Bezahlung erkennen dagegen nur etwas mehr als ein Drittel als Beitrag. Nicht erwartet wird, dass sich aufgrund niedrigerer Einstiegsgehälter für neu Beschäftigte insgesamt die Zahl der Krankenpflegekräfte erhöhen wird. Hingegen erhofft sich ca. ein Drittel, dass durch tarifliche Einsparungen der derzeitige Personalbestand gehalten werden kann.

Auswirkungserwartungen einer Tarifänderung

Eine weitere Frage erfolgte hinsichtlich der Auswirkungen einer Tarifumstellung innerhalb der Betriebe. Hier wurde unterschieden zwischen den Einrichtungen, die ihre Erwartungen diesbezüglich abgeben und den Einrichtungen, die ihre Erfahrungen zum Ausdruck bringen sollten. So wird eine Gegenüberstellung ermöglicht.

Erwartet wird vor allem, dass eine Konkurrenzsituation entsteht, die zu Lasten des Zusammenhalts der Krankenpflegenden geht. Die Leitungen rechnen damit, dass die niedrigeren und nicht mehr an Altersklassen, sondern an Betriebszugehörigkeit orientierten Gehaltszahlungen dazu führen, dass es schwieriger werden wird, berufserfahrenes Personal zu akquirieren. Ein Drittel sieht positive Aspekte hinsichtlich der Möglichkeit, gezielt Mitarbeiter fördern zu können. Keinen positiven Aspekt erwarten die Leitungskräfte hinsichtlich einer steigenden Berufsmotivation. Jeweils gedrittelt sind auch die Aussagen hinsichtlich der Auswirkungen auf Teilzeitarbeit. Das umfasst die Zahl der Beantragungen und die Anzahl der teilzeitbeschäftigten Mitarbeitern.

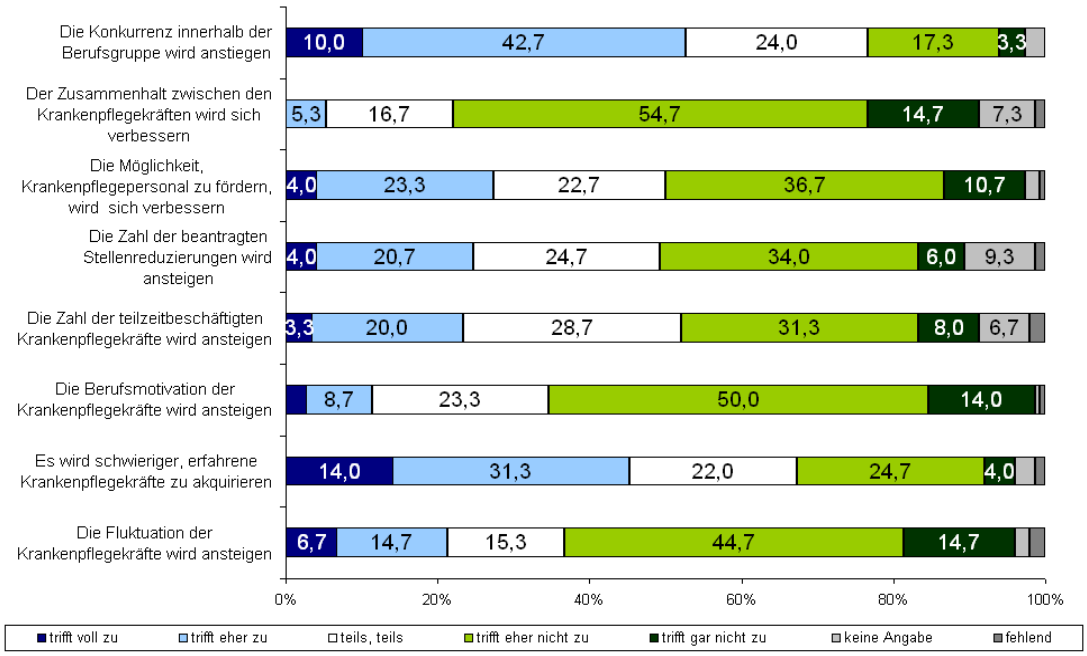

Abbildung 34: Einschätzung Auswirkungen einer Tarifumstellung

Auswirkungserfahrungen einer Tarifänderung

Betrachtet man die Erfahrungen und Erwartungen der Einrichtungen gemeinsam, so ergibt sich bei der Mehrzahl der Punkte ein fast übereinstimmendes Bild. Die Leitungen der Einrichtungen, die keine Tarifumstellungen vorgenommen haben, scheinen diesbezüglich gut informiert zu sein. Unterschiede ergeben sich nur bei wenigen Items.

Knapp vierzig Prozent haben eine stärkere Konkurrenz innerhalb der Berufsgruppe bemerkt, ein Drittel hat Schwierigkeiten, berufserfahrenes Krankenpflegepersonal zu akquirieren. Es fällt auf, dass die Erfahrungen zeigen, dass die Fluktuation der Beschäftigten anscheinend stärker zurückgeht als erwartet.

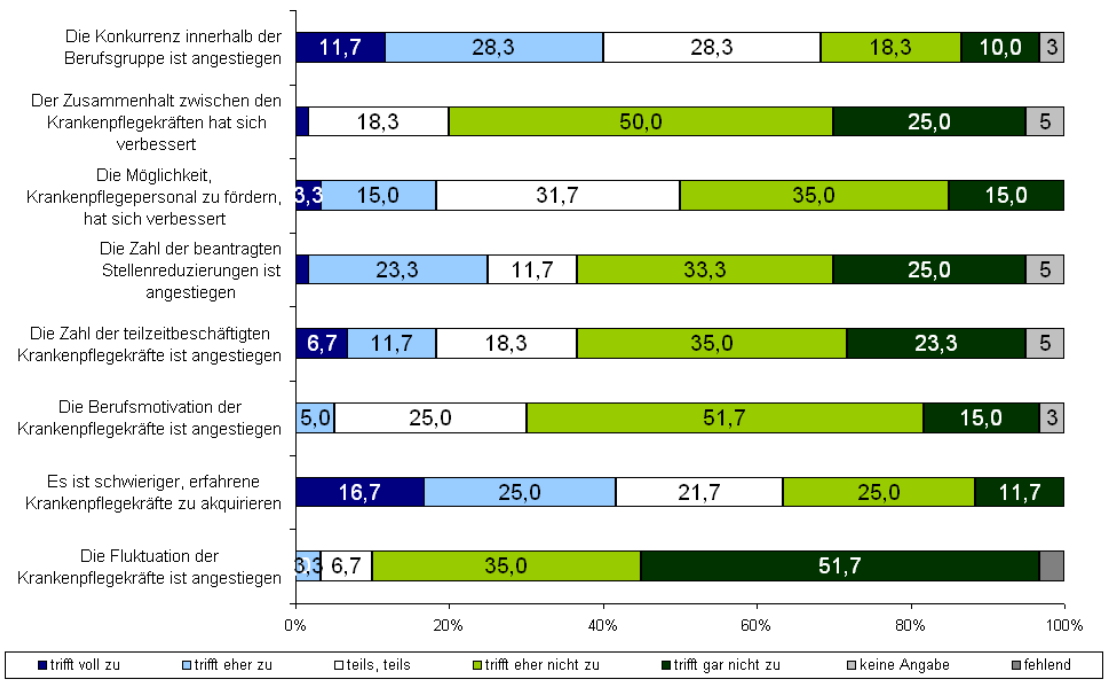

Abbildung 35: Erfahrungen der Auswirkungen von Tarifveränderungen

Eine weitere Frage bezog sich auf die erwarteten Auswirkungen der tarifvertraglichen Änderungen bei den Krankenhausärzten. Hier ergaben sich die folgenden Aussagen:

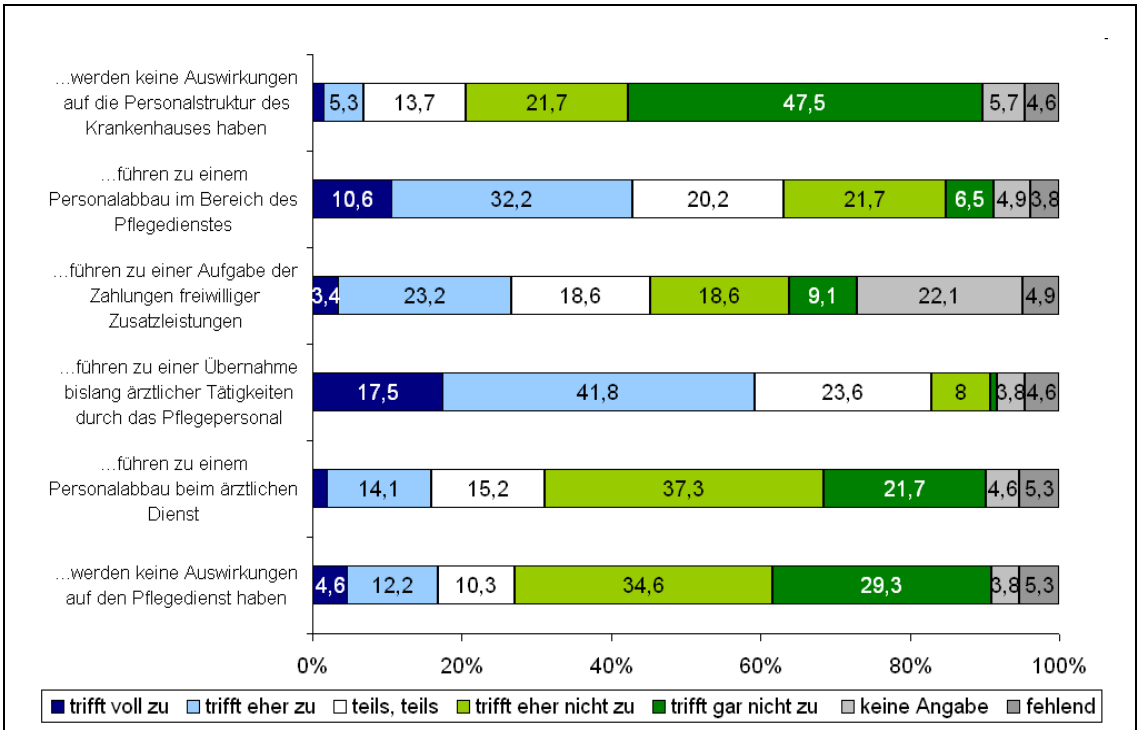

Abbildung 36: Auswirkungen der veränderten ärztlichen Tarife

Mit Folgen für die Personalstruktur des Krankenhauses rechnen insgesamt fast 70% der Befragten. Insgesamt lassen sich die folgenden drei wesentliche Aspekte der Auswirkungen ablesen:

- Mit einem direkten Einfluss auf die Stellensituation der Ärzte rechnen nur wenige der Befragten

- Ein Drittel rechnet mit einem Stellenabbau im pflegerischen Bereich, wahrscheinlich zur Kompensation der Mehrkosten

- 60% der Befragten erwarten durch die Verteuerung der ärztlichen Leistung eine Umverteilung der Arbeit. So zeigt sich auch in dieser Frage, dass eine Übernahme bislang ärztlicher Tätigkeiten durch Krankenpflegekräfte erwartet wird

Zusammenfassend kann angenommen werden, dass die tariflichen Veränderungen nicht in sehr starkem Maße auf die Strukturen in den Einrichtungen einwirken werden. Die Erwartungen und Erfahrungen stimmen hier überwiegend überein und gehen in der Summe und bei der Mehrzahl der erfragten Indikatoren nicht von starken Effekten aus. Bedingt durch geringere Einstiegsgehälter scheint eine Fluktuation abzunehmen und die Konkurrenz innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden nimmt zu, wohingegen sich tatsächliche Fördermöglichkeiten nicht unbedingt realisieren lassen. Mit einem Einfluss der ärztlichen Tarifveränderungen auf den Pflegebereich wird gerechnet.

8 Ausblick

Bewertung und Empfehlung

Die Ergebnisse der Studie zeigen auf, dass die Krankenhäuser in den letzten Jahren erhebliche Umstrukturierungen vorgenommen haben. Diese Arbeiten sind jedoch nicht abgeschlossen. Nur jedes fünfte Haus sieht die Anpassung an die DRG-basierte Finanzierung für sich als vollständig vollzogen an. Das heißt, dass weitere Veränderungen anstehen. Der Kostendruck und die zunehmende Ökonomisierung scheinen dabei dominierend und primär handlungsleitend zu sein. Nur zwei von fünf Krankenhäusern sehen jedoch die finanzielle Basis für sich langfristig als gesichert an und jedes vierte Krankenhaus rechnet damit, in den kommenden fünf Jahren mit einem anderen Haus zusammengelegt zu werden, also zu fusionieren.

Diese Entwicklung beeinflusst auch in erheblichem Umfang die Personalsituation. Die leitenden Pflegekräfte sehen sich vor allem damit konfrontiert, dass die Lösung der Kostenproblematik in ihrem Bereich gesucht wird. Der fulminante Personalabbau im Pflegebereich schreitet weiter voran und hat sich in den letzten vier Jahren sogar noch beschleunigt. Die innerbetrieblichen Möglichkeiten der Optimierung und Umstrukturierung im Pflegebereich scheinen nach Einschätzung der leitenden Pflegekräfte weitgehend erschöpft zu sein. Es wird kaum noch eine Überkapazität der Personalstellen beschrieben und finanzielle Einsparungsmöglichkeiten werden daher nicht mehr im Pflegebereich ausgemacht. Die Tarifveränderungen sowie Konzepte der Mitarbeiterflexibilisierung werden insgesamt nicht hinreichend als wirksam identifiziert, um die Personalsituation zu stabilisieren und Kosten langfristig zu senken. Der Exodus der Pflege aus den Krankenhäusern schreitet voran und damit auch die Rationierung pflegerischer Dienstleistungen für Patienten.

Die Trends insgesamt sind in mehrfacher Hinsicht von paradoxen Entwicklungen bestimmt. Trifft ein, was die Leitungen erwarten, dann werden Personalstellen für Hilfskräfte geschaffen, die langfrsitig nicht benötigt werden, die benötigten Krankenpflegekräfte aber werden mittelfristig weiter abgebaut. Bei den Fachkräften wird zukünftig ein Mehrbedarf erwartet. Schon jetzt werden vor allem gut qualifizierte Mitarbeiter gesucht. Dies erklärt sich aus der zunehmenden medizinischen Orientierung des Krankenhauses. Damit einher geht, dass die medizinischen Leistungen zunehmen, diese werden jedoch nicht von Hilfskräften durchgeführt. Tätigkeiten, die Hilfskräfte heute schon ausüben, wie das Essenanreichen, können nur bedingt aus dem Tätigkeitsspektrum der Krankenpflegekräfte herausgelöst werden. Wie schwierig es ist, einzelne Tätigkeitsbereiche tatsächlich umzustrukturieren und von der Pflege auf andere Berufsgruppen zu delegieren, sieht man an der bislang unzureichend erfolgten Abtrennung von Reinigungsleistungen. Das heißt, dass wahrscheinlich durch vermehrten Hilfskräfteeinsatz nicht die Form der Umschichtung von Personalressourcen erreicht werden kann, wie dies notwendig wird. Die leitenden Pflegekräfte haben das im Blick. So halten die Leitungen die Beantwortung des Personalbedarfs durch vermehrten Hilfskräfteaufbau in der großen Mehrheit auch nicht für wirksam. Die Ökonomisierung scheint jedoch dessen ungeachtet zu bislang unwirksamen Strategien zu führen. Hinzu kommt, dass die Einflussnahme der leitenden Pflegekräfte nicht überall gleich groß ist. Nur die Hälfte von ihnen verfügt über ein eigenes Budget, sodass die Entscheidungen über das Personalbudget oftmals an anderer Stelle getroffen werden. Instrumente für eine abgesicherte Personalbemessung liegen bekanntermaßen nicht vor.

Eine weitere paradoxe Entwicklung zeichnet sich inhaltlicher Art ab. Das derzeit beschäftigte Krankenpflegepersonal kann anscheinend nur mit Mühe und nicht mehr flächendeckend die Leistungen der Überwachung, Lagerung, angemessenen Schmerz- und Essensversorgung und Mobilisierung sicherstellen. Zusätzlich sollen aber zukünftig neue Aufgabengebiete, auch aus bislang ärztlicher Tätigkeit, erschlossen und eigenverantwortlich durchgeführt werden. Es steht zu befürchten, dass dies entweder auf Widerstand beim Krankenpflegepersonal selbst stoßen wird, dass die Qualität der zusätzlichen Arbeiten nicht gesichert werden kann oder aber sich die Qualität der Kernaufgaben weiter reduziert. Angesichts der Ergebnisse der Studie muss neu über die Frage der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten nachgedacht und diese Erkenntnisse einbezogen werden.

Mit einer anderen, wenn auch eher langfristigen Entwicklung rückt eine neue Problematik in den Fokus: Es liegen bislang nur unzureichende Konzepte vor, wie die pflegerische Arbeit strukturiert und verändert werden müsste, damit auch ältere Mitarbeiter ihren Beruf bis zur Rente ausüben können. Insbesondere die physischen Belastungen werden als Problembereich identifiziert. Derzeit sind jedoch kaum Entwicklungen zu verzeichnen, wie man diese reduzieren könnte oder wo Pflegepersonal eingesetzt werden kann, wenn diese Form der Belastung nicht mehr gelistet werden kann. Anders als in anderen Branchen, scheint bislang keine nennenswerte Auseinandersetzung mit dem Thema im pflegerischen Feld stattgefunden zu haben. Lediglich die Altersteilzeit wird hier in Betracht gezogen. Die älteren Mitarbeiter streben jedoch nicht in stärkerem Maße Teilzeitarbeit an als jüngere dies tun. Somit wird ihre Arbeitskraft im Betrieb erhalten bleiben und muss entsprechend genutzt werden. Die Studie zeigt, dass eine Trennung einzelner pflegerischer Handlungen

anscheinend nur in geringem Umfang gelingt. Ältere Krankenpflegende von einzelnen, körperlich stark belastenden Arbeiten zu entbinden, wird auf ähnliche Schwierigkeiten stoßen, wie Krankenpflegende von Service- und Reinigungsleistungen zu entlasten.

Einen Handlungsbedarf scheint es auch hinsichtlich der Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zu geben, mit denen der Pflegebedarf auf Seiten des Patienten, vor allem aber das benötigte Pflegepersonal zuverlässig ermittelt und abgebildet werden können. Solche Patientenklassifikationssysteme könnten bei der Planung und der Steuerung der knapper werdenden Ressourcen von zentraler Bedeutung sein.

In der Studie wird vor allem offensichtlich, dass es einer konsequenten Beobachtung und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität bedarf, die über die derzeitigen Indikatoren der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) nicht abgedeckt wird. Hier sind Datenerhebungen und Forschungsbedarf mit Blick auf die Patientensicherheit auszumachen. Dieser müsste zwei unterschiedliche Perspektiven umfassen. Auf der einen Seite benötigt man in der Makroperspektive generelle Daten, die in einen Zusammenhang mit pflegerischen Personalkennzahlen gestellt werden. Dies könnten allgemeine Krankenhausdaten sein, die um standardisierte Daten ermittelter Patientenrisiken ergänzt werden. In Krankenhausvergleichen könnten Faktoren ermittelt werden, die eine Einflussgröße auf Patientenrisiken haben. Wie dies funktioniert, zeigen vor allem die angloamerikanischen Länder seit Jahren erfolgreich auf. Darüber hinaus müssen jedoch prozessspezifische Daten ermittelt werden, die die tatsächliche Versorgungssituation des Patienten abbilden und spezifischere Verlaufsbeschreibungen ermöglichen. Das bedeutet, dass man unter anderem Projektforschung in ausgewählten Bereichen intensivieren muss.

In jedem Falle müssen Anstrengungen erfolgen, das Thema der Patientensicherheit und der Pflegekapazität stärker im Zusammenhang zu diskutieren und zu beforschen.

9 Literaturverzeichnis

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Home Page (29.06.2007). Online verfügbar unter http://www.ahrq.gov/, zuletzt aktualisiert am 29.06.2007, zuletzt geprüft am 02.07.2007.

Aiken, L. H.; Clarke, S. P.; Sloane, D. M. (2002): Hospital staffing, organization and quality of care: cross-national findings, Jg. 14, H. 1, S. 5–13.

Aiken, L. H.; Schubert, M.; Glass, T. (2004): RICH-Nursing Study. Rationing of Nursing Care in Switzerland = CH / Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients` and Nurses` Outcomes- Zusammenfassung. Herausgegeben von Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel.

Aktionsbündnis Patientensicherheit (Hg.) (2007): Agenda Patientensicherheit 2007. Private Universität Witten/Herdecke.

Aschenbach, G. (2005): Die Europäische NEXT-Studie zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pfl egeberuf. In: PR Internet, H. 7-8, S. 416–422.

Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (2006): Fehlzeiten-Report 2005 Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Heidelberg Springer.

Baker, G. R.; et al (2004): The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. In: Canadian Medical Association Journal, S. 1678–1686.

Bartholomeyczik, S. (2001): Aufgabenverteilung. Qualifikation in der Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 40, H. 8, S. 694ff.

Bartholomeyczik, S. (2007): Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. In: Dr. med. Mabuse, H. 166, S. 57–61.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 5, H. 4, S. 105–109.

Becker, A.; Mantke, R.; Beck, U. (2005): Qualitätssicherung mit Routinedaten im CLINOTEL-Krankenhausverbund. In: Das Krankenhaus, H. 12, S. 1093–1102.

Berufe im Spiegel der Statistik (08.02.2006). Online verfügbar unter http://www.pallas.iab.de/bisds/suchen.htm, zuletzt aktualisiert am 08.02.2006, zuletzt geprüft am 28.06.2007.

Blegen, M. A. (2006): Patient safety in hospital acute care units. In: Annual review of nursing research, Jg. 24, S. 103–125.

Blum, K. (2003): Was ist eigentlich "pflegefremd"? Aktuelle Studie untersucht Aufwand für pflegefremde Tätigkeiten. In: Krankenhausumschau, Jg. 72, H. 6, S. 538.

Blum, K.; Offermann, M.; Schilz, P. (2006): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2006. Herausgegeben von Deutsches Krankenhausinstitut (dki). Düsseldorf.

Böhlke, R.; Söhnle, N.; Viering, S. (2005): Gesundheitsversorgung 2020. Herausgegeben von Ernest & Young.

Böhme, H. (1998): Zur Rechtsstellung der Operationstechnischen Assistenten (OTA) im Vergleich zu Krankenpflegekräften, insbesondere mit der Weiterbildung zur OPFachkraft. Herausgegeben von IGRP- Institut für Gesundheitsrecht und -politik. Mössingen.

Bostick, J. E.; Rantz, M. J.; Flesner, M. K.; Riggs, C. J. (2006): Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. In: Journal of the American Medical Directors Association, Jg. 7, H. 6, S. 366–376.

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2006b): Bundesrepublik Deutschland und Bundesländer 2000 - 2005. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2006a): Entwicklung und Struktur 2000 - 2006. Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2007): Branchenreport. Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Stellenangebote nach Wirtschaftsabschnitten. Mai 2007. Nürnberg.

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Pflegeausbildung in Bewegung. Online verfügbar unter http://www.pflegeausbildung.de/home/, zuletzt geprüft am 01.07.2007.

BUKO: BUKO-QS - Modellvorhaben Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung (gefördert durch das BMFSFJ). Online verfügbar unter http://www.buko-qs.de/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=58, zuletzt geprüft am 06.07.2007.

Busch, K. (2007): Krankenstand 1970 bis 2006 und Januar bis April 2007. Herausgegeben von Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Berlin.

Campbell, S. M.; Braspenning, J.; Hutchinson, A.; Marshall, M. (2002): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. In: Quality and safety in health care, Jg. 11, H. 4, S. 358–364.

Clade, H. (2000): Fallpauschalensystem - Kopernikanische Wende? In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 97, H. 28-29, S. 1939–1941.

Dassen, T.; Balzer, K.; Bansemir, G.; Kühne, P.; Saborowski, R.; Dijkstra, A. (2001): Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. In: Pflege, Jg. 14, H. 2, S. 123–127.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternschaften (Hg.) (2006): Brennpunkt Pflege. Ältere Arbeitnehmer/-innen in der Pflege. Göttingen.

Deutscher Bundestag (1997): Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Bundesgesetzblatt.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (29.03.2007): DNQP. Online verfügbar unter http://www.dnqp.de/, zuletzt aktualisiert am 29.03.2007, zuletzt geprüft am 06.07.2007.

Deutscher Pflegerat (2006): Neue Aufgabenverteilungen und Kooperationsformen zwischen den Geunsheitsberufen. DPR Stellungnahme. Berlin. Online verfügbar unter http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Anh%F6rung%20Berufsverb%E4nde/DeutscherPflegerat.pdf.

Deutschlandfunk - Hintergrund Politik - Gesundheitskonzerne von morgen (13.06.2007). Online verfügbar unter http://www.dradio.de/dlf/sendungen/hintergrundpolitik/632577/, zuletzt aktualisiert am 13.06.2007, zuletzt geprüft am 22.06.2007.

dip - Downloads (06.04.2007). Online verfügbar unter http://www.dip.de/material/downloads/downloads.htm, zuletzt aktualisiert am 06.04.2007, zuletzt geprüft am 25.06.2007.

DKG - Eckdaten Krankenhausstatistik 2005. Online verfügbar unter http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/143/title/Eckdaten+Krankenhausstatistik+2005, zuletzt geprüft am 26.06.2007.

Elkeles, T. (2000): Gesundheits- und Pflegeberichterstattung in Deutschland. Zu Stand und Perspektiven.; Health- and care reporting in Germany. State and perspectives. In: Pflege, Jg. 13, H. 1, S. 27–32.

Fischer, W. (2000): Grundzüge von DRG-Systemen. In: Krankenhaus-Report, Jg. -, H. 1, S. 13–31.

Gaede, K. (2006): Ende der Ideologie. In: Krankenhausmanagement, H. 3, S. 46–47.

GEK-Gmünder Ersatzkasse (Hg.) (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, XXXII).

Gesundheitsausgaben in Mio. €. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_100&OPINDEX=4&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_130&D.734=4512&D.732=4498, zuletzt geprüft am 25.06.2007.

GPR, Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Art der Einrichtung und Berufen. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=2&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_32&D.003=1000004&D.734=4512, zuletzt geprüft am 27.06.2007.

Grabbe, Y.; Nolting, H. D.; Loos, S.: DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Herausgegeben von Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg.

Großkopf, V. (2002): Der arztfreie Bereich in der Krankenpflege. In: Pflege & Krankenhausrecht, H. 3, S. 63ff.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (Hg.) (2007): Fels in der Brandung. Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf. Dortmund.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Köln.

Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (08.01.2006): Berufe im Spiegel der Statistik. Online verfügbar unter http://www.pallas.iab.de/bisds/Data/seite_853_BO_a.htm, zuletzt aktualisiert am 08.01.2006, zuletzt geprüft am 29.06.2007.

Isfort, M. (2006): Im Fokus: Pflegeschulen. PABiS. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 45, H. 6, S. 464ff.

Isfort, M. (2007b): Bezugspflege im Krankenhaus - oder wie gut funktioniert eine Illusion? In: Pflege Bulletin, Jg. 8, H. 1, S. 1–6.

Isfort, M. (2007a): Pflegekapazität und Patientensicherheit. Konsequenzen internationaler Studien. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 46, H. 7, S. 631–633.

Isfort, M.; Weidner, F.; Messner, T.; Zinn, W. (2002): Pflege-Thermometer 2002. Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in Deutschland. Herausgegeben von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. Online verfügbar unter http://www.dip.de, zuletzt geprüft am 20.07.2006.

Karrte, J. (2005): Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Roland Berger Strategy Consultants. Germnany. Online verfügbar unter http://www.rolandberger.com/expertise/en/html/publications/2005-11-01-

Innovation_and_growth_in_healthcare_de.html, zuletzt geprüft am 22.06.2007.

Kazanjian, A.; Green, C.; Wong, J.; Reid, R. (2005): Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. In: Journal of health services research & policy, Jg. 10, H. 2, S. 111–117.

Klinke, S. (16.01.2007): WAMP. WZB - Wissenschaftzentrum Berlin für Sozialforschung. Online verfügbar unter http://www.wamp-drg.de/, zuletzt aktualisiert am 16.01.2007, zuletzt geprüft am 04.07.2007.

Krankenhäuser, Kosten. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=10&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_32&D.001=1000001&D.953=28789, zuletzt geprüft am 26.06.2007.

Kravitz, R. L.; Sauvé, M. J. (2002): Hospital Nursing Staff Ratios and Quality of Care. Final Report of Evidence, Administrative Data, an Expert Panel Process, and a Hospital Staffing Survey. Herausgegeben von Center for Health Services Research in Primary Care. California.

Medi-Learn.net, Redaktion: Weiterbildung : Journal : Anaesthesie-Assistent : Das MAfA-Konzept - Chronologie einer Spitzenqualifikation. Medi-Learn.net. Online verfügbar unter http://www.zwai.net/pflege/Weiterbildung/Journal/Anaesthesie-Assistent/Das_MAfA-Konzept_-_Chronologie_einer_Spitzenqualifikation/, zuletzt geprüft am 02.07.2007.

Meissner, A.; Hasselhorn, H. M.; Estryn-Behar, M.; Nezet, O.; Pokorski, J.; Gould, D. (2007): Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. In: Journal of advanced nursing, Jg. 57, H. 5, S. 535–542. Online verfügbar unter doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04144.x.

Mertens, E.; Tannen, A.; Lohrmann, C.; Dassen, T. (2002): Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus. Eine beschreibende Studie. In: Pflege, Jg. 15, H. 5, S. 195ff.

Minnesota Evidence-based Practice Center (2007): Nurse Staffing and Quality of Patient Care. Unter Mitarbeit von R. L. Kane, T. Shamliyan und C. Mueller et al. Herausgegeben von Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. Rockville,. (Evidence Report/Technology Assessment, 151).

Mörsch, M. (2004): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Herausgegeben von DKG_Deutsche Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf.

National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare - Completed Projects - Projects - National Quality Forum. Online verfügbar unter http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/, zuletzt geprüft am 02.07.2007.

Needleman, J.; Buerhaus, P. I.; Mattke, S.; Stewart, M.; Zelevinsky, K. (2001): Nurse staffing and patient outcomes in hospitals. Final Report for Health Resources Services Administration. Herausgegeben von Harvard School of Public Health. Boston.

Nolting, H. D.; Grabbe, Y.; Genz, H. O.; Kordt, M. (2006): Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden. Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum inner-beruflichen Arbeitsplatzwechsel. Nurse turnover A differential analysis of the predictors for intent to change the job and intent to leave the profession. In: Pflege, Jg. 19, H. 2, S. 108–115.

Panknin, H.-T. (2003): Hat die Personalausstattung im Pflegedienst Einfluss auf die Pflegequalität? In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 42, H. 2, S. 129–131.

Pick, Peter (2004): Pflege. Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Pulheim, J. F. (2004): Hinweise zur neu erschienenen Psychiatrie- Personalverordnung. In: psychoneuro, Jg. 30, H. 9, S. 517–518.

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Essen); ADMED GmbH Unternehmensberatung Health Care (Hg.) (2007b): Krankenhaus Rating Report 2007. Execuitiv Summary. Essen. (RWI: Materialien, 32).

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Essen); ADMED GmbH Unternehmensberatung Health Care (Hg.) (2007a): Wege zu einer nachhaltig finanzierbaren Patientenversorgung. Entwicklung der deutschen Krankenhäuser bis 2010. Unter Mitarbeit von B. Augurzky, D. Engel und S. Krolop et al. Essen. (Krankenhaus Rating Report 2006).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Kurzfassung. Herausgegeben von Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheisversorgung. Berlin.

Safety - Commission Publications. Online verfügbar unter http://www.safetyandquality.org/internet/safety/publishing.nsf/Content/publications#toolkit, zuletzt geprüft am 04.07.2007.

Sermeus, W.; Goossen, W. T. (2002): A nursing minimum data set. In: Studies in health technology and informatics, Jg. 65, S. 98–109.

Simon, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene

Entscheidungen. (Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-205).

Specke, H. K. (2005): Der Gesundheitsmarkt in Deutschland. Daten, Fakten, Akteure. Bern: Hans Huber.

Stanowsky, J.; Schmax, S.; Sandvoß, R. (2004): Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor? Herausgegeben von Allianz Group. Frankfurt a.M. (Trend Report). Online verfügbar unter http://www.group-economics.allianz.com/de/migration/downloads/download148.html.

Statistisches Bundesamt: 4,3 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen. Pressemitteilung vom 18.01.2007. Bonn. Online verfügbar unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/01/PD07__028__23621,templateId=renderPrint.psml, zuletzt geprüft am 22.06.2007.

Statistisches Bundesamt (2006): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser 2005. Herausgegeben von DEStatis. Wiesbaden. (Fachserie 12/ Reihe 6.1.1).

Statistisches Bundesamt (25.06.2007): Startseite. Online verfügbar unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/, zuletzt aktualisiert am 25.06.2007, zuletzt geprüft am 25.06.2007.

Swart, E.; Ihle, P. (2005): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber (Programmbereich Gesundheit).

Tourangeau, A. E.; Cranley, L. A.; Jeffs, L. (2006): Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. In: Quality and safety in health care, Jg. 15, H. 1, S. 4–8.

Institut für Pflegewissenschaft (05.03.2007). Universität Basel. Online verfügbar unter http://nursing.unibas.ch/ins/deut/forschung/projekte/projektelaufende_detail.html, zuletzt aktualisiert am 05.03.2007, zuletzt geprüft am 01.07.2007.

Weidner, F.; Dörpinghaus, S. (2003): Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland. Hannover: Schlütersche Verl.-Ges. (Pflegeforschung).

Wienke, A.; Janke, K. (2007): Nicht-ärztliche Assistenzberufe mit originär ärztlichen Tätigketen. In: Hessisches Ärzteblatt, H. 1, S. 33–35.

World Health Organization: More than words. Online verfügbar unter http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/, zuletzt geprüft am 02.07.2007.

World Health Organization (2006): Project to Develop the International Patient Safety Event Classification. Report of the WHO World Alliance for Patient Safety Drafting Group. Genf.

World Health Professions Alliance [Fact Sheet]. Patient Safety (23.01.2005). Online verfügbar unter http://www.whpa.org/factptsafety.htm, zuletzt aktualisiert am 23.01.2005, zuletzt geprüft am 01.07.2007.

Zerbe, P.; Heisterkamp, U. (1995): Pflege-Personalregelung. Ein Leitfaden zur praktischen Anwendung der Stellenplanberechnung im Pflegedienst. Hannover: Schlütersche Verl.-Ges.

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

0221 / 4686130

http://www.dip.de

Projektleitung:
Prof. Dr. Frank Weidner
Dipl.-Pflegewissenschaftler Michael Isfort

Mitarbeit
Andrea Neuhaus M.A.
Stefan Reimers