



Deutsches Institut
für angewandte
Pflegeforschung e.V.

Studie

Pflege-Thermometer 2009

»Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur
Situation der Pflege und Patientenversorgung 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 2009

»Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus«

Zitationsvorschlag:

Isfort, M.; Weidner, F. et al. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>

Projektleitung: Prof. Dr. Michael Isfort
Prof. Dr. Frank Weidner

Mitarbeit: Andrea Neuhaus M.A.
Sebastian Kraus
Veit-Henning Köster
Danny Gehlen

© 2010 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>

Die Studie wurde mit Mitteln der **B. BRAUN-STIFTUNG** gefördert

Inhaltsverzeichnis

1.	Zentrale Ergebnisse des Pflege-Thermometers	5
2.	Hintergrund der Studie	11
2.1	Ziele der Pflege-Thermometer-Reihe	11
2.2	Hinweise zum Pflege-Thermometer 2009	12
3.	Kennzahlen der Gesundheitsbranche	14
3.1	Kennzahlen des Gesundheitssektors im Überblick	14
3.2	Kennzahlen der Entwicklung der teil- und vollstationären und ambulanten Versorgung	16
3.3	Kennzahlen der Krankenhausentwicklung	18
3.4	Kennzahlen zur Altersstrukturentwicklung der Mitarbeiter in der Pflege	26
3.5	Kennzahlen des Ausbildungs- und Arbeitsmarktes in der Pflege	30
	<i>Kennzahlen zur Ausbildung</i>	<i>30</i>
	<i>Kennzahlen zum Arbeitsmarkt</i>	<i>34</i>
3.6	Zusammenfassung	35
4.	Durchführung der Befragung	37
4.1	Fragebogenkonstruktion und Verteilung	37
4.2	Rücklauf und Stichprobenbeschreibung	37
5.	Berufsbild und Arbeitsbelastung	42
5.1	Einschätzungen zur beruflichen Situation	42
	<i>Berufsverbleib</i>	<i>43</i>
	<i>Berufsbewertung</i>	<i>45</i>
	<i>Berufstätigkeit im Ausland</i>	<i>46</i>
5.2	Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen	47
5.3	Einschätzungen zur beruflichen Belastung	52
	<i>Indikatoren der Arbeitsbelastung</i>	<i>52</i>
	<i>Indikatoren der Personalkapazitätsreduktion</i>	<i>56</i>
5.4	Hoch belastete Pflegenden	59
5.5	Zusammenfassung	60
6.	Patientensicherheit	62
6.1	Einschätzungen zur allgemeinen Versorgung	62
6.2	Einschätzungen zur Versorgung in den letzten sieben Arbeitstagen	65
6.3	Zusammenfassung	74
7.	Einschätzungen zur Koordination und Kooperation	77
7.1	Zusammenfassung	81

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen © dip 2010	14
Abbildung 2: Umgerechnete Vollkräfte im Gesundheitswesen 2000 bis 2008 © dip 2010	15
Abbildung 3: Pflegebedürftige nach Pflegestatistik 2007 © dip 2010.....	17
Abbildung 4: Personalkostenverteilung in allgemeinen Krankenhäusern 2008 © dip 2010.....	19
Abbildung 5: Personalkostenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern in Tausend Euro, 2002 bis 2008 © dip 2010.....	20
Abbildung 6: Prozentuale Personalkostenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern © dip 2010	21
Abbildung 7: Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern 1995 bis 2008 © dip 2010	22
Abbildung 8: Teilzeitquoten in allgemeinen Krankenhäusern zwischen 2000 und 2008 © dip 2010	24
Abbildung 9: Prozentuale Kennzahlenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern © dip 2010	26
Abbildung 10: Altersgruppenverteilung der beschäftigten Altenpflegenden © dip 2010	28
Abbildung 11: Altersgruppenverteilung der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden © dip 2010	28
Abbildung 12: Anzahl der Ausbildungsplätze in allgemeinen Krankenhäusern © dip 2010.....	31
Abbildung 13: Ausbildungsplatzentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern nach Bundesländern © dip 2010	32
Abbildung 14: Krankenpflegekräfte pro Schüler nach Bundesländern © dip 2010.....	33
Abbildung 15: Anzahl arbeitslos gemeldete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte Februar 2010 © dip 2010	34
Abbildung 16: Rücklauf in Anzahl nach Bundesländern © dip 2010	38
Abbildung 17: Angaben zu Berufsdauer und Dauer der Beschäftigung beim Arbeitgeber © dip 2010	39
Abbildung 18: Histogramm zur Dauer der Berufstätigkeit in der Pflege © dip 2010	40
Abbildung 19: Einschätzungen zur beruflichen Situation 1 © dip 2010	42
Abbildung 20: Einschätzung zur Berufstätigkeit bis zum Rentenalter © dip 2010.....	44
Abbildung 21: Einsatz von Konzepten für ältere Mitarbeiter © dip 2010	44
Abbildung 22: Einschätzungen zur beruflichen Situation 2 © dip 2010	45
Abbildung 23: Einschätzung zur Arbeit im Ausland © dip 2010	46
Abbildung 24: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 1 © dip 2010	48
Abbildung 25: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 2 © dip 2010	49
Abbildung 26: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 3 © dip 2010	50
Abbildung 27: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 4 © dip 2010	51
Abbildung 28: Regelmäßige Übernahme von Leistungen aus Sicht der Pflegenden © dip 2010.....	52
Abbildung 29: Belastungsindikatoren Tabelle © dip 2010	53
Abbildung 30: Verteilung der Anzahl der Überstunden © dip 2010	54
Abbildung 31: Belastungsindikator Überstunden © dip 2010.....	55
Abbildung 32: Belastungsindikator Pausen- und Freizeiteinschränkung © dip 2010.....	56
Abbildung 33: Belastungsindikatoren Personalabbau 1 © dip 2010.....	57
Abbildung 34: Belastungsindikatoren Personalabbau 2 © dip 2010.....	58
Abbildung 35: Stellenreduzierung © dip 2010	59
Abbildung 36: Patientensicherheit 1 © dip 2010	62
Abbildung 37: Patientensicherheit 2 © dip 2010	64
Abbildung 38: Patientensicherheit 3 © dip 2010	66
Abbildung 39: Patientensicherheit 4 © dip 2010	67
Abbildung 40: Patientensicherheit 5 © dip 2010	69

Abbildung 41: Patientensicherheit 6 © dip 2010	70
Abbildung 42: Patientensicherheit 7 © dip 2010	71
Abbildung 43: Patientensicherheit 9 © dip 2010	72
Abbildung 44: Patientensicherheit 10 © dip 2010	73
Abbildung 45: Sicherstellung notwendiger Verbandswechsel © dip 2010	74
Abbildung 46: Mängel der Patientensicherheit - Gegenüberstellung hoch belastete und alle Pflegende © dip 2010	75
Abbildung 47: Berücksichtigung von Expertenstandards © dip 2010	77
Abbildung 48: Regelungen zur Priorität © dip 2010	78
Abbildung 49: Einschätzung zum Optimierungspotenzial © dip 2010	79
Abbildung 50: Einschätzung zur Kooperation mit Ärzten © dip 2010	80
Abbildung 51: Einarbeitung und Schüleranleitung © dip 2010	80

1. Zentrale Ergebnisse des Pflege-Thermometers

Das Pflege-Thermometer 2009 wurde vom unabhängigen Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. in Köln durchgeführt. Der Schwerpunkt lag vor allem auf allgemeinen und somatisch ausgerichteten Krankenhäusern sowie auf Fragen zu beruflichen Belastungen, Patientenversorgung und -sicherheit sowie Fragen zum Berufsbild und zur Koordination und Kooperation. Die Beteiligung an der Studie war groß (über 10.600 vollständige und damit umfassend auswertbare Datensätze und insgesamt über 14.000 Beteiligte konnten gezählt werden). *Damit ist das Pflege-Thermometer 2009 die bis dahin größte zusammenhängende Befragung von Pflegekräften in Deutschland.*

Die Pflege-Thermometer-Reihe versteht sich als eine Ergänzung und Erweiterung der vorliegenden Gesundheits- und Pflegeberichterstattung des Bundes und der Länder. Dabei ist zu konstatieren, dass es weiterhin an einer regelmäßigen, systematischen, umfassenden und vergleichbaren Berichterstattung zur Pflege in Deutschland fehlt.

Die Durchführung des Pflege-Thermometers 2009 war aufgrund der freundlichen Unterstützung durch die B. Braun-Stiftung möglich.

Chronischer Pflegemangel im Krankenhaus

Mit 774.000 Beschäftigten im Jahr 2008 stellt die *Gesundheits- und Krankenpflege* immer noch *die größte Berufsgruppe im Bereich der Gesundheitswirtschaft* dar. Zu den in allgemeinen Krankenhäusern beschäftigten 396.000 Pflegekräften gehörten im Jahr 2008 unter anderem 320.000 Gesundheits- und Krankenpfleger, 37.600 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und 17.500 Krankenpflegehelfer (inkl. Krankenpflegeassistenten). In der Gesundheits- und Krankenpflege sind überwiegend Frauen beschäftigt. Der Frauenanteil an den Pflegekräften insgesamt lag Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge im Jahr 2008 bei 86,4%, bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern waren es sogar 98,4%. Die befragten Pflegenden waren im Schnitt seit mehr als 16 Jahren in der Pflege tätig, was der These eines üblichen frühen Berufsausstiegs in der Pflege nach etwa fünf Jahren deutlich widerspricht.

In den Jahren 1996 bis 2008 wurden insgesamt rund 50.000 Vollkraftstellen in der Krankenhauspflege abgebaut. Das war ein Minus von 14,2 % oder jede siebte Stelle. Seit dem Jahr 2005 ist eine Abschwächung dieses Trends erkennbar, im Jahr 2008 zeigt sich erstmals eine Änderung. Bundesweit wurden in 2008 in den allgemeinen Krankenhäusern 1.840 Vollkräfte zusätzlich im Pflegedienst beschäftigt. Das entspricht einem Personalaufbau um 0,7%. Umgerechnet auf die Versorgungseinrichtungen bedeutet dies, dass weniger als eine Stelle pro Krankenhaus in Deutschland zusätzlich geschaffen wurde. Ob damit auch eine Trendwende vollzogen wird, kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten noch nicht beantwortet werden. Ein weiterer Personalabbau scheint aber zunächst gestoppt.

Die Zahl der behandelten Patienten hat sich indes kontinuierlich erhöht (seit 1995 um 12,1 %). Im Jahr 1995 wurden rund 15.6 Mio. Fälle in allgemeinen Krankenhäusern behandelt, im Jahr 2008 waren es bereits 17.5 Mio. Auch bei Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer auf nunmehr 8,1 Tage hat sich die Pflegekraft-Patienten-Relation seit 2007 noch einmal von 59 auf 61,5 Fälle pro Pflegekraft verändert.

Seit 1995 wurde dahingegen die Anzahl der beschäftigten Krankenhausärzte um rund 26% erhöht. Waren 1995 noch 97.380 Ärzte (umgerechnet in Vollzeitkräfte) in den allgemeinen Krankenhäusern beschäftigt, so waren es 2008 bereits 122.702. Die Personalkosten sind seit 2002 alleine im ärztlichen Dienst um 33% in die Höhe geschossen. Von den rund 3,8 Mrd. Mehrausgaben (Personalkosten) bundesweit für die allgemeinen Krankenhäuser seit 2002 waren dies zusätzliche rund 3 Mrd. Euro alleine für die Krankenhausärzte. Im Gegensatz dazu stagnierten die Personalkosten im Pflegebereich, d.h. **die tariflichen Erhöhungen seit 2002 wurden alleine durch den Abbau an Stellen im Pflegebereich aufgefangen**. Knapp 90% der befragten Pflegekräfte halten ihre Entlohnung allerdings nicht für angemessen.

Die Bewertung der Auswirkungen des von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf den Weg gebrachten Sonderprogramms für einen stufenweisen Aufbau von bis zu 17.000 Pflegekräften im Krankenhaus steht noch aus. Die Daten des Pflege-Thermometers 2009 zeigen ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des Sonderprogramms im März 2009 noch keine Wirkung. Das Programm kam zustande, nachdem die Berufsverbände der Pflege gemeinsam mit der Gewerkschaft ver.di auch aufgrund der im Pflege-Thermometer 2007 erstmals ermittelten starken Stellenabbaus im Krankenhausbereich eine umfangreiche Unterschriftenkampagne gestartet hatten.

Die Krankenhauspflege altert schneller

Als Folge des massiven Abbaus der Pflege aus dem Krankenhaus im vergangenen Jahrzehnt beschleunigt sich der berufsdemografische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Abbau der Stellen ist vor allen Dingen bei den jüngeren Mitarbeitern, insbesondere auch durch weniger Übernahmen von Ausbildungsabsolventen, umgesetzt worden. Dadurch altert die Krankenhauspflege statistisch gesehen schneller als die Altenpflege und die Gesamtbevölkerung. **2008 waren in der Gesundheits- und Krankenpflege 50.000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen zu verzeichnen als im Jahr 2000**, was einem Minus von mehr als 15% entspricht. Der Bestand an Mitarbeitern, die in der Gruppe der über 50-Jährigen sind, hat sich im gleichen Zeitraum dabei fast auf 171.000 verdoppelt.

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

Zudem steigt der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden kontinuierlich weiter. Lag deren Anteil in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2000 noch bei 34,71%, so stieg er bis zum Jahr 2008 auf 45,57% der Beschäftigten an. Gründe dafür sind auch in der Überforderung des Personals zu sehen. **Jede vierte im Pflege-Thermometer 2009 befragte Pflegekraft gab an, eine Reduzierung der Arbeitszeit aufgrund von Überforderung anzustreben**. Ferner wird deutlich, dass nur jede zweite Pflegekraft davon ausgeht, noch bis ins Rentenalter in der Pflege zu arbeiten. Zugleich können nur wenige davon berichten, dass in den Einrichtungen spezifische Angebote für ältere Mitarbeiter eingesetzt werden.

Belastungen steigen weiter – jeder Fünfte ist hoch belastet

Die Indikatoren der steigenden Erkrankungsraten, der Frühberentungen und der zunehmenden Teilzeitquote insbesondere im Zusammenhang mit denen des demografischen Wandels in der Pflege sind bekannt. Im Pflege-Thermometer 2009 wurden als objektive Belastungsdaten die Veränderungen bei der Anzahl der betreuten Patienten, der tatsächliche Personalabbau, die Anzahl der geleisteten Überstunden sowie das Einspringen an eigentlich freien Wochenenden und Feiertagen zusätzlich betrachtet.

Mehr als zwei Drittel der befragten Pflegenden berichten über eine Erhöhung der Anzahl der zu versorgenden Patienten im vergangenen Jahr. Bei jeder zweiten befragten Pflegekraft ging dies einher mit einem weiteren parallelen Stellenabbau, der sich auch als Stellenumbau (Pflegekräfte werden durch Servicekräfte ersetzt/ ergänzt) und als temporäre Nichtbesetzung offener Stellen abbilden lässt.

Nur 5,6% der Befragten gaben an, keine Überstunden im Zeitraum der letzten sechs Monate geleistet zu haben. 40% der Befragten haben zwischen 46 und 70 Überstunden geleistet. *Hochgerechnet auf alle Gesundheits- und Krankenpflegenden in Krankenhäusern in Deutschland wurden damit in den letzten sechs Monaten vor der Befragung Überstunden für rund 15.000 zusätzliche Vollzeitkräfte in Deutschland geleistet.* Nur zwei von fünf Pflegenden können die geleisteten Überstunden auch zeitnah wieder in Freizeit umwandeln und so die Mehrbelastung durch eine Erholung ausgleichen. Häufiges Einspringen für Kollegen an planmäßig freien Wochenend- oder Feiertagen ist an der Tagesordnung. Während die Urlaubszeiten der Gesundheits- und Krankenpfleger durch die hohe Arbeitsbelastung offensichtlich nicht beeinträchtigt wird, ist es zwei von drei antwortenden Pflegenden nicht möglich, die Pausen außerhalb des Arbeitsbereichs zu verbringen.

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

Mängel in der Patientenversorgung nehmen zu

Vor dem Hintergrund des chronischen Pflegemangels und der weiter zunehmenden Arbeitsverdichtung im Krankenhaus stellen sich Fragen der Auswirkungen auf die Patientenversorgung und -sicherheit. Dabei ist festzustellen, dass mit dem *Mangel* zusehends auch *Mängel* in allen Bereichen sowohl der patientennahen als auch patientenfernen Arbeiten nicht mehr ausgeschlossen werden. Den Ergebnissen zufolge stellen Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel dar.

Es zeigen sich insbesondere Probleme bei Arbeiten wie der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten, Mobilisierung und fachgerechte Lagerung von bewegungsingeschränkten Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuung Schwerstkranker und

Sterbender sowie Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. *Hier weisen jeweils etwa vier von fünf Pflegekräften darauf hin, dass sie Mängel in den letzten sieben Tagen nicht ausschließen können.*

Bei der Medikationsverabreichung, Verbandswechseln und Hygienemaßnahmen sind es jeweils etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die Fehler und Mängel nicht ausschließen konnten.

In allen Punkten wird deutlich, dass die hoch belasteten Pflegenden größere Probleme bei der Sicherstellung einer fachgerechten Ausführung von Pflegeleistungen und der Patientenversorgung haben als andere Pflegekräfte. Dadurch wird ein durchgängig empirisch belegbarer Zusammenhang sichtbar: *In Krankenhäusern, in denen eine besonders ausgedünnte Personaldecke oder ein weiterhin betriebener Personalabbau in der Pflege und höhere Patientenzahlen zusammentreffen und damit der Anteil der hoch belasteten Pflegenden größer ist, treten vermehrt Probleme in der Patientenversorgung und -sicherheit auf.* Auch wenn es sich um deskriptive Daten handelt, so lassen sie den Schluss zu, dass sich eine abnehmende Pflegekapazität und eine Arbeitsverdichtung direkt und in hohem Maße auf die Patientenversorgung und -sicherheit auswirken.

Im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2007, in dem Pflegedienstleitungen befragt wurden, fallen die Aussagen im Pflege-Thermometer 2009 hinsichtlich der Vermeidung von unerwünschten Ereignissen im Bereich der Ganzkörperpflege, der Mobilisation, der Patientenüberwachung, der Unterstützung in der Nahrungsaufnahme sowie in der Schmerzmittelverabreichung durchgängig schlechter aus.

Von elementarer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, wie Pflegenden in Zeiten der personellen Drucksituation und Arbeitsverdichtung ihre Arbeit koordinieren und priorisieren. *Nur jede dritte Pflegekraft geht noch uneingeschränkt davon aus, dass pflegerische Maßnahmen, die als notwendig erachtet werden, in aller Regel auch durchgeführt werden können.* Aber mehr als 80% sagen, dass sie trotz der schwierigen Personalsituation die Versorgung weitestgehend aufrecht erhalten können. Fast ebenso viele teilen mit, dass klare Regeln darüber vorliegen, welche Maßnahmen der Patientenversorgung Priorität haben. Dies kann als Ausdruck pflegerischer Professionalität im Umgang mit dem Personalmangel gewertet werden.

Weniger Nachwuchs bei bestehendem Fachkräftemangel

In den Pflegeberufen steht heute schon sektorenübergreifend einer steigenden Nachfrage an qualifiziertem Personal in der Gesundheits- und Krankenpflege in den Krankenhäusern eine abnehmende Ausbildungskapazität gegenüber. Im Betrachtungszeitraum sanken von 2000 bis 2008 die Ausbildungszahlen für Gesundheits- und Krankenpflegende im Zuge des Stellenabbaus sowie der Änderung der Finanzierungsgrundlagen von 69.403 im Jahr 2000 auf 62.486 im Jahr 2008 und damit um 10% ab.

Die Arbeitslosenquote in den Pflegeberufen ist traditionell niedrig. Waren 2005 noch 21.400 Gesundheits- und Krankenpfleger arbeitslos gemeldet, so waren es 2008 nur noch 9.500 und Anfang 2010 nur noch knapp 5.700. Dies entspricht einer Arbeitslosenquote von unter einem Prozent, was als Indiz für den sich *verstärkenden Fachkräftemangel* anzusehen ist.

Berufsbild Gesundheits- und Krankenpflege ändert sich

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Probleme im Krankenhaus zeigt sich aber auch ein sukzessiver Wandel des Berufsbildes und der Einschätzungen der Befragten zur beruflichen Situation. Gerade mit Blick auf die jüngeren Pflegekräfte werden positive Einstellungen zum Berufsbild und die zunehmende Bereitschaft sichtbar, neue Entwicklungsmöglichkeiten zu nutzen. So sehen ***vier von fünf jungen Pflegenden insgesamt gute Entwicklungschancen im Beruf.*** Fast 40% spielen mit dem Gedanken, sich akademisch durch ein Pflegestudium weiter qualifizieren zu wollen. Selbst unter den Mitarbeitern bis 40 Jahre will sich noch jeder Vierte möglichst akademisch weiterbilden.

Gut jeder zweite der Befragten sieht gute Möglichkeiten neue Handlungsfelder in der Pflege für sich zu erschließen und fühlt sich dabei in seiner beruflichen Entwicklung durch den Arbeitgeber unterstützt. Die jüngeren Pflegenden spielen aber auch eher als die älteren mit dem Gedanken, ins Ausland zu gehen. Sind es insgesamt 20% der Befragten, die eine Auslands-tätigkeit nicht ausschließen, so sind bei den unter 25jährigen schon 40%. Das Bild des »Sack-gassenberufs Pflege« dürfte damit endgültig der Vergangenheit angehören.

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

Die zunehmend professionellen Haltungen in der Pflege zeigen sich auch bei der Nutzung von Expertenstandards, bei den Fragen der Optimierung der Arbeitsabläufe und der interdisziplinären Kooperation. Zwei von drei Befragten geben an, dass Expertenstandards in der praktischen Arbeit berücksichtigt werden. Mehr als jede zweite Pflegekraft (58,4%) geht davon aus, dass durch verbesserte Arbeitsabläufe Zeitressourcen für die Patientenversorgung eingespart werden könnten. Damit zeigen die Pflegenden keineswegs Resignation angesichts der angespannten Personalsituation. Letztlich ist der weitaus größte Teil der Befragten (58,3%) der Meinung, dass die Kooperation mit den Ärzten insgesamt als gut zu bezeichnen ist.

Fazit: Handlungsbedarfe auf allen Ebenen

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

Alle Anzeichen deuten darauf hin, dass im Krankenhaus ein chronischer Pflegemangel herrscht!

Kurzfristige Änderungen erscheinen aber kaum möglich, da nicht genügend ausgebildet wird und der Arbeitsmarkt quasi »leer gefegt« ist, zugleich aber auch die ambulante und stationäre Pflege steigende Bedarfe verzeichnet. Hier wird es zu einem sich erheblich verschärfenden Konkurrenzkampf um qualifizierte Mitarbeiter zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen kommen. Als weitere Prognose lässt sich ableiten, dass in den kommenden Jahren eine größere Zahl älterer Mitarbeiter aus dem Dienst ausscheiden wird und zusätzlich ersetzt werden muss. Damit ist ein umfassendes Problemfeld umschrieben, dass die Krankenhäuser alleine nicht werden lösen können.

Hier sind alle verantwortlichen Kräfte der Gesundheitspolitik von Bund und Ländern, Gewerkschaften, Verbände und Kostenträger gemeinsam mit den Krankenhäusern gefragt, in einer konzertierten und nachhaltigen Aktion den sich abzeichnenden Kollaps zu vermeiden.

2. Hintergrund der Studie

Seit nunmehr acht Jahren werden in regelmäßigen Abständen vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) Untersuchungsreihen (Pflege-Thermometer) durchgeführt und der interessierten (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt.¹

2.1 Ziele der Pflege-Thermometer-Reihe

Die Pflege-Thermometer-Reihe stellt einen eigenständigen Beitrag zur Diskussion über die Situation in den Pflegeberufen und die Auswirkungen zentraler Entwicklungen auf die Patientenversorgung dar. Sie ist als eine Ergänzung zu amtlichen Statistiken zu sehen, in denen Strukturdaten aufbereitet und öffentlich zugänglich gemacht werden. Eine wesentliche Begrenzung der amtlichen Statistiken liegt in der unzureichenden Möglichkeit, aus Strukturdaten heraus direkt Bezüge zum Leistungsgeschehen in den Einrichtungen herstellen oder Folgeabschätzungen aus Entwicklungen ableiten zu können. Sie lassen somit eine breite Interpretationsmöglichkeit zu. Im Fokus des ergänzenden Berichtswesens durch die Pflege-Thermometer-Reihe stehen daher Einschätzungsfragen, die die Perspektive der Pflegenden oder Leitungskräfte in Einrichtungen des Gesundheitswesens (z.B. Pflegedirektoren) vor Ort erfragen und eine Interpretationshilfe hinsichtlich der zentralen Entwicklungen darstellen. Diesem Vorgehen liegt die Überlegung zugrunde, dass die Personen, die in den jeweiligen Einrichtungen arbeiten, auch als »Experten in eigener Sache« zu verstehen sind.

Die Pflege-Thermometer-Reihe des dip hat sich über die Darstellung der eigenen Befragungsergebnisse hinaus zu einem kompakten Berichtswesen entwickelt, in dem aktuelle Zahlen und Studienergebnisse aus dem pflegestatistischen Bereich und dem Gesundheitswesen recherchiert und verständlich aufbereitet vorgestellt werden, um die in der Untersuchung ermittelten Ergebnisse entsprechend breit zu diskutieren. Damit stellt das Pflege-Thermometer für eine interessierte Öffentlichkeit und für Fachpersonen gleichermaßen eine Möglichkeit dar, aktuelle Entwicklungen und Kennzahlen kompakt nachzuvollziehen.

Die Bedeutung von Kennzahlen aus dem Krankenhausbereich steigt. Hierbei ist insbesondere der Fokus auf pflegerelevante Daten zu legen, da Pflegenden die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen (und im Krankenhausbereich) stellen und maßgeblich die Versorgung und Betreuung von Patienten und Pflegebedürftigen übernehmen. In Deutschland liegen keine verbindlichen Maßstäbe hinsichtlich der Personalausstattung im Krankenhausbereich vor (z. B. Relation der Anzahl von Patienten zu der von Pflegefachkräften). Ebenso fehlen verbindliche Instrumente, die eine Personalbemessung empirisch gesichert ermöglichen würden und in der Folge zwingend zu einer entsprechenden Ausstattung mit qualifiziertem Personal führen könnten. Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass internationale Vorgehensweisen, wie die Entwicklung, Erfassung und Nutzung übergreifender Qualitätsindikatoren (z. B. National Data-

¹ Im Pflege-Thermometer 2009 wird jeweils die männliche Schreibweise der Berufsbezeichnung (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger) oder die geschlechtsneutrale Form (z.B. Gesundheits- und Krankenpflegende) verwendet. Dies wurde ausschließlich vor dem Hintergrund einer verbesserten Lesbarkeit und einer verkürzten Schreibweise in den Grafiken und Tabellen entschieden und stellt keine geschlechtsspezifische Bewertung oder Bevorzugung dar. Fachbegriffe werden entsprechend vermieden oder erläutert, da sich das Pflege-Thermometer an viele Interessierte aus Verbänden, Politik, Medien und Bevölkerung und nicht ausschließlich an Fachpersonen richtet.

base of Nursing Quality Indicators in den USA)², hierzulande keine entsprechende Umsetzung oder modellhafte Testung finden. Es fehlen des Weiteren die im internationalen Raum üblichen systematischen Betrachtungen³ und Korrelationsstudien, die einen Anhaltspunkt darüber geben, wie sich Arbeitsverdichtung und Personalstellenabbau anhand harter Indikatoren (z. B. Wundinfektionsraten, Lungenentzündungen, Stürze im Krankenhaus, Druckgeschwüre etc.) auf Patienten auswirken.

Trotz der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereits 2006 attestierten Wissenslücken in Deutschland⁴ wurden bislang keine relevanten Entwicklungen seitens der Politik, der Kostenträger oder Leistungserbringer angestoßen.

Belastungsfähige Kennzahlen, die Daten der pflegerischen Versorgung mit gemessenen Ergebnisindikatoren oder Risikodaten von Patienten in Verbindung bringen, liegen somit in Deutschland nicht vor.⁵

Es kann vor diesem Hintergrund weiterhin davon ausgegangen werden, dass Daten, wie sie im Pflege-Thermometer 2009 erhoben und zusammengestellt werden, die derzeit einzige Grundlage sind, um die Versorgungsqualität der Patienten aus pflegfachlicher Perspektive näher einschätzen und deskriptiv (auf der Ebene der Selbstaussagen) ausführen zu können. Ergänzende Untersuchungen mit ähnlichen methodischen Ansätzen haben nach der ersten Pflege-Thermometer-Veröffentlichung im Jahr 2002 zugenommen. Sie sind vonseiten pflegerischer Berufsverbände oder Forschungseinrichtungen zu beobachten.⁶ Die Ergebnisse dieser deskriptiven Studien stützen den Hinweis auf die dringende Notwendigkeit, sich den Fragen des Zusammenhangs von Personalkapazität und Patientensicherheit systematisch zuzuwenden.

Die Pflege-Thermometer werden der Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung gestellt.⁷ Die Durchführung des Pflege-Thermometers 2009 war aufgrund der freundlichen Unterstützung durch die B.Braun-Stiftung möglich.

2.2 Hinweise zum Pflege-Thermometer 2009

Das Pflege-Thermometer 2009 wurde als bundesweite Befragung von Pflegekräften in den Krankenhäusern konzipiert. Dabei lag der Schwerpunkt auf Fragen, die vor allem in allgemeinen und somatisch ausgerichteten Krankenhäusern im Vordergrund stehen. Damit folgt das Pflege-Thermometer dem Ansatz, jeweils unterschiedliche Perspektiven wechselnd in den Fokus zu nehmen. Wurden im Jahr 2007 die Leitungskräfte der Krankenhäuser befragt (Pflege-

² <https://www.nursingquality.org/>

³ Minnesota Evidence-based Practice Center 2007

⁴ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006

⁵ Isfort 2007

⁶ In einer Online-Umfrage des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) im Jahr 2008/2009 wurde beispielsweise eine zunehmende Arbeitsbelastung und eine sinkende Pflegequalität bei 3.000 befragten Pflegenden festgestellt. 80,5% aller Teilnehmer waren der Ansicht, dass die Personalausstattung im Arbeitsbereich und in der Schicht unangemessen sei (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2009). Im OP-Barometer von der Fachhochschule Frankfurt wurde im Rahmen einer Befragung von 2.200 Mitarbeitern im operativen Bereich ermittelt, dass 55,9% der Mitarbeiter angaben, dass die Patientengefährdung in den OP- Bereichen seit 2006 zugenommen habe. (http://www.fh-frankfurt.de/de/.media/~busse/3m_opbarometer_pflegeth2009_final.pdf)

⁷ download unter <http://www.dip.de>

direktionen), so sind es in der vorliegenden Untersuchung die Pflegekräfte der bettenführenden Bereiche, Intensivstationen und Funktionsabteilungen, die Auskunft zu zentralen Entwicklungen aus ihrer Perspektive geben.

Die Beteiligung an der Studie war groß (über 10.600 vollständige und damit umfassend auswertbare Datensätze und insgesamt über 14.000 Beteiligte konnten gezählt werden). Damit ist das Pflege-Thermometer 2009 die bis dahin größte zusammenhängende Befragung von Pflegekräften in der Bundesrepublik.

Im jetzt vorliegenden Bericht zum Pflege-Thermometer 2009 werden die Datenauswertungen der im Krankenhaus beschäftigten Pflegenden vorgestellt. Ergänzende Auswertungen (z. B. der Mitarbeiter aus ambulanten Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen) sowie spezialisierte Auswertungen (Mitarbeiter der Intensivpflege, Schüler) sollen im Laufe des Jahres im Rahmen von Sonderauswertungen und ergänzenden Fachartikeln der Öffentlichkeit vorgestellt werden.

3. Kennzahlen der Gesundheitsbranche

Im folgenden Kapitel werden zentrale Daten des Gesundheitswesens vorgestellt. Dabei werden neben den Entwicklungen des Krankenhaussektors auch Daten aus dem ambulanten und den teil- wie vollstationären Pflegesektoren beschrieben. Darüber hinaus werden Angaben zur Ausbildungssituation und zur aktuellen Arbeitsmarktsituation der Pflege gemacht, um die Ergebnisse der vorliegenden Befragung übergeordnet und Sektor übergreifend diskutieren und einordnen zu können.

3.1 Kennzahlen des Gesundheitssektors im Überblick

Der Gesundheitssektor ist einer der größten Beschäftigungszweige in der Bundesrepublik Deutschland. Weltweit betrachtet liegt Deutschland mit jährlichen Ausgaben von ca. 10,4% des Bruttoinlandsproduktes (im Jahr 2008 ca. 253 Mrd. Euro) auf Platz drei.⁸ Von den 4,6 Mio. Beschäftigten im Gesundheitswesen Ende 2008 waren 57,9% vollzeit- und 42,1% teilzeit- oder geringfügig beschäftigt.⁹ Die folgende Grafik zeigt die Beschäftigtenzahl (Teilzeit- & Vollzeitkräfte) ausgewählter Berufe:¹⁰

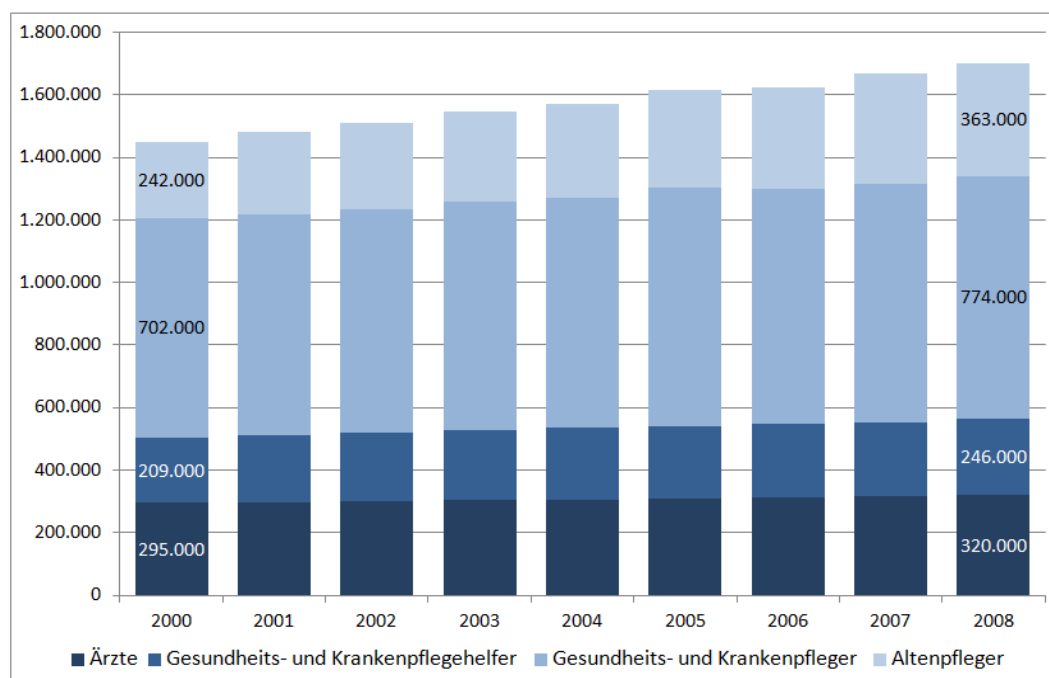


Abbildung 1: Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen © dip 2010¹¹

⁸ Germany Trade & Invest - Gesundheitssektor 09.03.2010

⁹ Statistisches Bundesamt 11.03.2010

¹⁰ Es wird in den hier genutzten und zusammengestellten Grafiken und Aussagen häufiger zwischen Beschäftigten und Vollkraftstellen unterschieden. Erstere umfassen alle Beschäftigten auch diejenigen die in Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung arbeiten. Letztere stellen zur besseren Vergleichbarkeit die jeweils umgerechneten Vollkraftstellen dar.

¹¹ <http://www.gbe-bund.de> Gesundheitspersonalrechnung des Bundes/ Beschäftigte

Gutachten¹² gehen u.a. aufgrund der demografischen Entwicklung und der gesellschaftlichen Veränderungen (z. B. Singularisierung der Haushalte, sinkende familiäre Pflege, steigender Frauenerwerbsanteil etc.) von einem weiter wachsenden Markt mit einem weiteren Zuwachs an Versorgungsleistungen im professionellen Pflegebereich aus.¹³

Umgerechnet auf Vollkräfte ergibt sich im Gesundheitswesen insgesamt eine Zahl von ca. 3,5 Mio. Beschäftigten im Jahr 2008. Damit erhöhte sich die Zahl der Beschäftigten (in Vollkräften) verglichen mit dem Vorjahr um weitere 57.000 Personen beziehungsweise um 1,6%. Hinsichtlich der Personalkennzahlen in Vollkräften lassen sich im Zeitrahmen von acht Jahren (Gesundheitspersonalrechnung des Bundes)^{14 15} die folgenden Entwicklungen ausmachen: Die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden stieg über den Zeitraum von acht Jahren Sektor übergreifend um 4,3% an. Gleiches gilt für die Zahl der Ärzte im Gesundheitswesen. Prozentual weisen Sie einen Anstieg um 8,2% auf. Den mit Abstand größten Zuwachs erfuhr der Beruf der Altenpflege. Hier stieg die Zahl der umgerechneten Vollkräfte von 211.000 auf insgesamt 273.000 und somit um 29,4%.

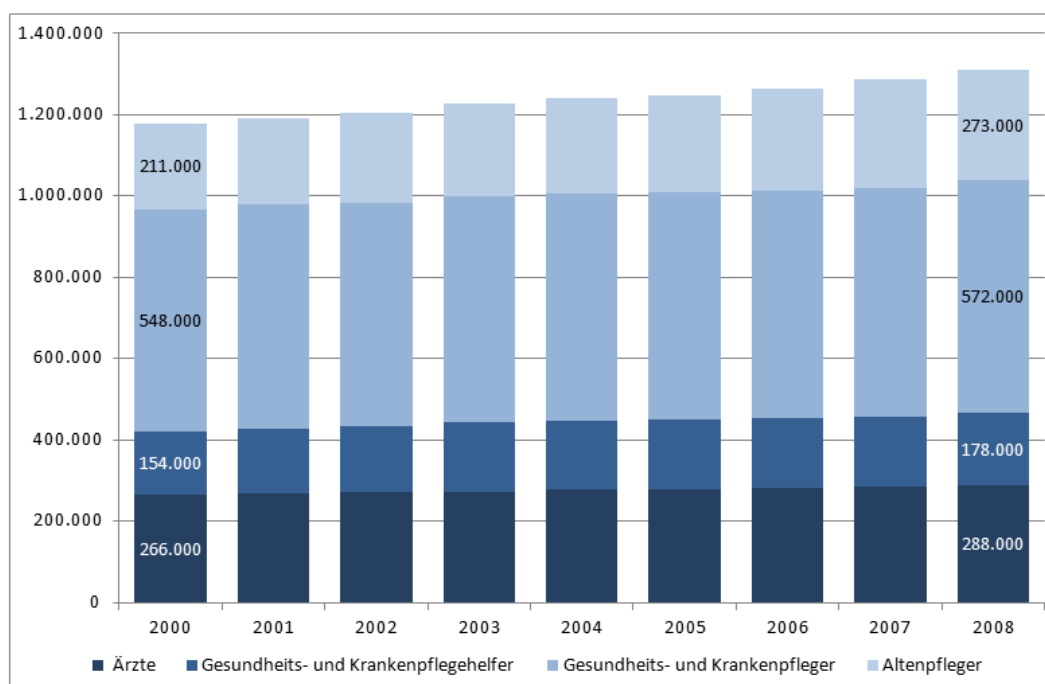


Abbildung 2: Umgerechnete Vollkräfte im Gesundheitswesen 2000 bis 2008 © dip 2010

¹² vgl. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes

¹³ Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2009

¹⁴ Abweichungen in den Daten zu Angaben aus dem Pflege-Thermometer 2007 ergeben sich aufgrund einer berechnungsrelevanten Umstellung beim Statistischen Bundesamt. So wurden in den früheren Veröffentlichungen (bis 2009) Zeitreihen von 1997 an dargestellt. Mit der Hinzunahme der Angaben der geringfügig Beschäftigten in die Gesundheitspersonalrechnung stiegen die Zahlen erheblich an. Bereinigungen und Rückberechnungen der Daten erlauben hier nur einen Bezug bis zum Jahr 2000. Aus Gründen der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit (Überprüfungsmöglichkeit) der Datenbestände weist das Pflege-Thermometer 2009 die aktualisierten Datenbestände aus und legt sie für die grafischen Aufbereitungen zugrunde.

¹⁵ <http://www.gbe-bund.de>

Steigende Ausgaben sind vor diesem Hintergrund nicht alleinig aus Sicht der Kosten zu diskutieren, sondern bedürfen der Betrachtung der Steigerung der Leistungen, die in diesen Sektoren erbracht werden. Zudem sind sie für den Arbeitsmarkt von zentraler Bedeutung, denn die Gesundheitsbranche (und hier insbesondere die Pflegeberufe) können als Wachstumsmarkt im Dienstleistungssektor betrachtet werden, in dem es gute Beschäftigungsmöglichkeiten gibt.

Für die Krankenhausversorgung wurden im Jahr 2008 ca. 62,3 Mrd. Euro aufgewendet (bereinigte Kosten einschließlich der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds). Die allgemeinen Krankenhäuser machen dabei mit ca. 60 Mrd. Euro den größten Anteil aus. Für den Bereich der stationären und teilstationären Pflegeversorgung wurden Ende 2007 ca. 19,3 Mrd. Euro aufgewendet, für den ambulanten Pflegebereich 7,9 Mrd.¹⁶ Damit stellen diese Sektoren, in denen die weitaus größte Anzahl an Pflegekräften arbeiten, einen erheblichen Anteil des Gesamtumsatzes in der Gesundheitsbranche.

Wesentlich für diesen Anstieg ist die Entwicklung im stationären und im ambulanten Pflegebereich und somit die Zunahme der Versorgung Pflegebedürftiger.

3.2 Kennzahlen der Entwicklung der teil- und vollstationären und ambulanten Versorgung

Der beschriebene Zuwachs an Altenpflegenden zeigt sich vor allem in den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Seit Beginn der Aufzeichnungen von Daten über die Entwicklung der Pflegeversicherung (im Rahmen der Pflegestatistikerstellung ab 1999) werden im Abstand von zwei Jahren aktualisierte Daten über die Zahl der Einrichtungen, der Beschäftigten in den Berufen und der versorgten/ betreuten Bewohner und Patienten in den unterschiedlichen Einrichtungsarten stichtagsbezogen erhoben. Dies ermöglicht den Vergleich zwischen den Jahren sowie die Beschreibung zentraler Entwicklungen.

Aktuell ist dabei Folgendes zu beschreiben: Im Dezember 2007 waren 2,25 Mio. Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Das entspricht einem Zuwachs von rund 11,4% oder einem numerischen Zuwachs an 231.000 Personen gegenüber der ersten Durchführung der Erhebung im Jahr 1999.

¹⁶ Statistisches Bundesamt 09.03.2010

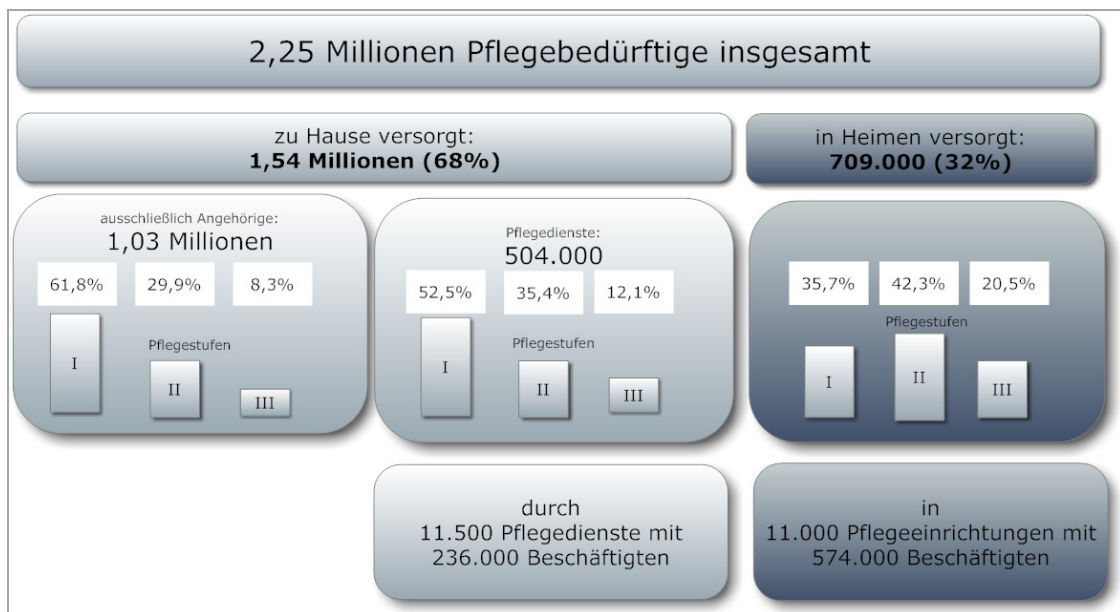


Abbildung 3: Pflegebedürftige nach Pflegestatistik 2007 © dip 2010

Zwischen 1999 und 2007 stieg die Zahl der Pflegeheime von 8.859 auf insgesamt 11.029 an. Einen Großteil macht dabei das Wachstum im Bereich der stationären Langzeitpflege aus. Hier wurden innerhalb von acht Jahren 1.650 zusätzliche Einrichtungen in Betrieb genommen. Die regionale Pflegestatistik weist nach, dass die Auslastung der insgesamt 766.000 zur Verfügung stehenden Betten in der stationären Langzeitpflege mit 87,6% hoch ist. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der beschriebene Entwicklungsprozess einem realen Aufbau entspricht und sich nicht als eine Erweiterung der Angebotskapazität (weitere Wohneinheiten, Zimmer und Betten ohne zusätzliche Versorgung) darstellt. Zentrale Gutachten¹⁷ gehen dabei davon aus, dass insbesondere die Zunahme der Menschen mit Demenz als zentrales Merkmal zur Steigerung der stationären Versorgung zu betrachten ist. Die Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements scheint hier besonders schwierig zu sein. Neue Wege mit zukunftsfähiger Kombination von Leistungen des SGB XI mit Case Management Ansätzen (»Programmleistung Demenz«) werden zurzeit diskutiert.¹⁸

Die Zunahme der teil- und vollstationären Pflege führt auch zu einem erheblichen Beschäftigungszuwachs. Der Gesundheitspersonalrechnung des Bundes¹⁹ zufolge stieg die Zahl der beschäftigten Altenpflegenden (gemessen in Vollzeitäquivalente) im Bereich der stationären und teilstationären Pflege zwischen 2000 und 2008 von 122.000 auf 157.000 an. Auch die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegenden stieg in diesem Feld. Waren es im Jahr 2000 noch 43.000, die in der teil-/ vollstationären Pflege arbeiteten, so stieg die Zahl bis zum Jahr 2008

¹⁷ Schneekloth 2008

¹⁸ vgl. Emme von der Ahe, H.; Weidner, F.; Laag, U.; Isfort, M.; Meyer, S. H. (2010): Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. download unter <http://www.dip.de>

¹⁹ <http://www.gbe-bund.de> (GPR, Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) im Gesundheitswesen)

auf 52.000 an. Die Zahl der beschäftigten Mitarbeiter ist aufgrund der hohen Teilzeitquoten entsprechend wesentlich höher.

Im Zeitraum 1999 bis 2007 stieg parallel auch die Zahl der durch die ambulanten Dienste versorgten und betreuten Personen an. Hier wurden insgesamt fast 89.000 zusätzliche Personen versorgt. So ist auch hier eine Zunahme an Einrichtungen (Wachstum der Zahl der Einrichtungen von 10.820 auf 11.529) zu verzeichnen. Korrespondierend ist ebenso eine Zunahme an Beschäftigung zu beobachten. Dies zeigen die Daten der Gesundheitspersonalberechnung des Bundes (<http://www.gbe-bund.de>) auch für diesen Bereich. Hier zeigen sich die folgenden Entwicklungen: Im Feld der ambulanten Versorgung stieg zwischen 2000 und 2008 alleine die Zahl der umgerechneten Vollzeitäquivalente der Altenpflegenden von 38.000 auf insgesamt 52.000 an. Die Zahl der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpfleger erfuhr ebenfalls einen hohen Zuwachs. Sie stieg von 44.000 im Jahr 2000 auf insgesamt 60.000 im Jahr 2008.

Aktuell werden die Daten der Pflegestatistik 2009 erhoben. Sie werden jedoch erst im Herbst des Jahres 2010 veröffentlicht werden, sodass aktuelle Zahlen aus dem Jahr 2009 noch nicht zur Verfügung stehen. Abweichungen der Zahlen der Gesundheitspersonalrechnung und der Pflegestatistik

Die Entwicklungen in den ambulanten Diensten und teil-/ vollstationäre Einrichtungen) werden hier skizziert, da sie von zentraler Bedeutung für die pflegerischen Berufe insgesamt sind. So sind in diesen beiden Versorgungsbereichen vor allem in den Jahren des starken Personalabbaus der Pflege im Krankenhaus²⁰ verstärkt Gesundheits- und Krankenpflegende tätig geworden, die zuvor im Krankenhausbereich beschäftigt waren. Ein hoher Bedarf an Fachpersonal im Bereich der ambulanten Pflege und in der stationären Pflege heißt, dass in den an Krankenhäusern angeschlossenen Pflegeschulen erheblich über den eigenen Bedarf an Pflegekräften für den Krankenhaussektor ausgebildet werden muss, damit diese Sektoren entsprechend bedarfsgerecht personell ausgestattet werden können. In der Gesamtperspektive einer Sicherstellung pflegerischer Fachexpertise für die Bevölkerung ist aus diesem Grunde eine rein sektoriell begrenzte Diskussion zugunsten einer umfassenden Diskussion aufzugeben.²¹

3.3 Kennzahlen der Krankenhausentwicklung

Im folgenden Kapitel werden zentrale Entwicklungen im Krankenhausbereich vorgestellt. Dazu gehören nicht ausschließlich die Entwicklungen im Personalstellenbereich. Auch die Ausgaben- und Kostenentwicklung ist in den Blick zu nehmen, wenn darüber diskutiert wird, wie sich Personalkennzahlen in den letzten Jahren entwickelt haben. Kostenbegrenzungen führen zu Budgetbegrenzungen mit einem erheblichen Einfluss auf die Zahl der Mitarbeiter. Nur vor dem Hintergrund der Kostenentwicklung können daher auch Diskussionen über die Personalstel-

²⁰ Simon 2007

²¹ Vgl. Landesberichterstattung der Gesundheitsberufe des Landes NRW. Veröffentlichung in Vorbereitung

lenentwicklung geführt werden. Ebenso sind Zahlen von Bedeutung, die einen Überblick über das Leistungsgeschehen der Einrichtungen geben.

In der Bundesrepublik gab es im Jahr 2008 insgesamt 2.083 Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Insgesamt wurden 17,52 Mio. Patienten stationär in den Einrichtungen versorgt. Dafür wurden 503.000 aufgestellte Krankenhausbetten zur Verfügung gestellt. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten wurde weiter von 8,3 Tagen im Jahr 2007 auf 8,1 im Jahr 2008 gesenkt.²²

Hinsichtlich der Kostenentwicklung im Krankenhausbereich können die folgenden relevanten Kennzahlen vorgestellt werden. Es lassen sich dabei Daten (und somit Entwicklungslinien) erst ab dem Jahr 2002 miteinander vergleichen.²³ Insgesamt stiegen die Kosten für das Krankenhauswesen von 54,7 Mrd. Euro im Jahr 2002 auf 62,3 Mrd. Euro im Jahr 2008 an. Das heißt, dass innerhalb von sieben Jahren ca. 8,5 Mrd. Euro mehr für die laufenden Krankenhauskosten sowie die Strukturerhaltung des Krankenhauswesens aufgewendet wurden.

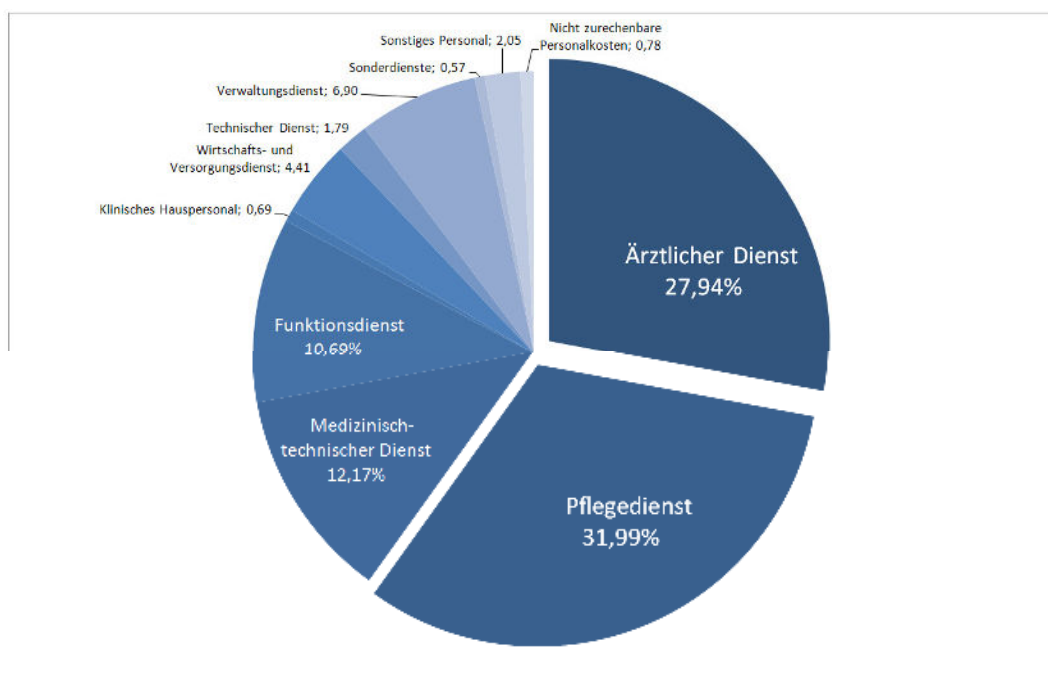


Abbildung 4: Personalkostenverteilung in allgemeinen Krankenhäusern 2008 © dip 2010

Die Personalkosten (in allgemeinen Krankenhäusern) machen laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes mit 40,87 Mrd. Euro im Jahr 2008 den größten Anteil der Kosten der allge-

²² Vgl. Fachserie 12, Reihe 6.1: Krankenhausstatistik

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt: Ab 2002 werden die Kosten nach dem Bruttoprinzip ermittelt. Damit findet eine Abkehr vom Nettoprinzip der Jahre 1996 bis 2001 statt. Bei der Kostenermittlung auf Basis des Bruttoprinzips werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die nichtstationären Kosten für z.B. Ambulanzen sowie Forschung und Lehre bereinigt. Dies gilt für jede einzelne Kostenart. Dadurch ist ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z.B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich. Vor 1996 galt ebenfalls das Bruttoprinzip.

meinen Krankenhäuser aus (Gesamtkosten inklusive Aufwendungen für den Ausbildungsfonds= 60,8 Mrd. Euro). Der kostenintensivste Bereich ist der Pflegepersonalbereich.

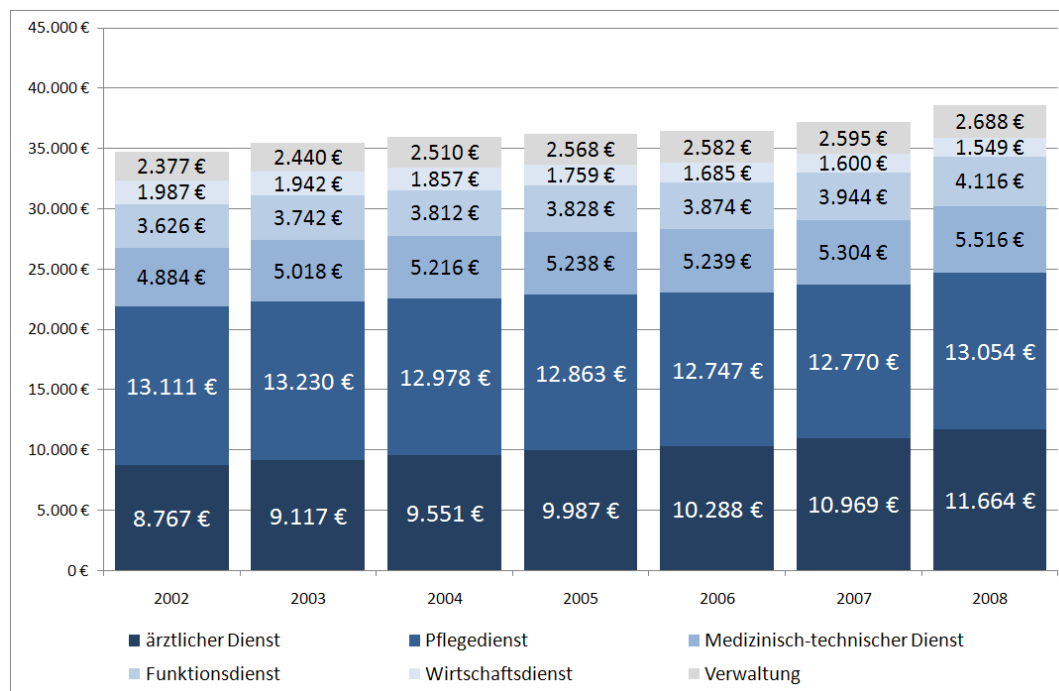


Abbildung 5: Personalkostenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern in Tausend Euro, 2002 bis 2008 © dip 2010

Die Personalkosten für die allgemeinen Krankenhäuser stiegen im Zeitraum von 2002 bis 2008 um insgesamt 3,8 Mrd. Euro an. Wesentlich bedingt ist dies durch die Steigerung der Personalkosten für den ärztlichen Dienst. Hier steigen die Kosten im betrachteten Zeitraum von 8,76 Mrd. auf 11,66 Mrd. alleine um 2,9 Mrd. Euro an. Die Personalaufstockung (zwischen 2002 und 2008 um rund 15.000) der Krankenhausärzte ist hier als wesentlich bedingender Faktor zu nennen. Im ärztlichen Dienst wurde damit adäquat auf die Notwendigkeit reagiert, die steigende Patientenversorgung entsprechend mit einem Ausbau der Personalressourcen zu beantworten. Dies soll eine Stabilisierung der verdichteten medizinisch-therapeutischen Leistungen auf einem hohen Qualitätsniveau ermöglichen. Ungeachtet der in diesem Sektor stattgefundenen personellen Verstärkung gehen Studien jedoch davon aus, dass im Jahr 2009 weiterhin 4.000 Stellen im ärztlichen Bereich der Krankenhäuser nicht besetzt werden konnten.²⁴ Für den notwendigen Aufbau des ärztlichen Personalbereichs sowie die Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie und die damit verbundenen Mehreinstellungen wurden somit insgesamt 75% der zusätzlichen Personalmittel im Zeitraum 2002 bis 2008 aufgewendet. Weitere zusätzliche Mittel wurden für den entsprechend ebenfalls aufgebauten medizinisch-technischen Dienst sowie für zusätzliche Ressourcen im Funktionsdienst eingesetzt.

²⁴ Blum et al. 2009

Die Personalkosten für den Pflegebereich (Pflegepersonalkosten) sanken dabei im selben Zeitraum (2002 bis 2008) geringfügig von 13,11 Mrd. auf 13,05 Mrd. Euro. Hier zeigt sich insgesamt eine von der Patientenversorgung und der medizinisch-therapeutischen Intensivierung entkoppelte Entwicklung im Pflegebereich. Auf die steigenden Fallzahlen und die erhöhten Anforderungen durch die Beschleunigungsprozesse in der Patientenversorgung wurden im Pflegebereich nicht mit einer entsprechenden Investition in die personelle Infrastruktur reagiert. Im Gegenteil, die Begrenzung des Anstiegs der Personalkosten ließ sich offensichtlich nur durch einen gravierenden personellen Abbau in der Pflege realisieren.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Personalkostenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern in den jeweiligen prozentualen Entwicklungen seit 2002 auf.

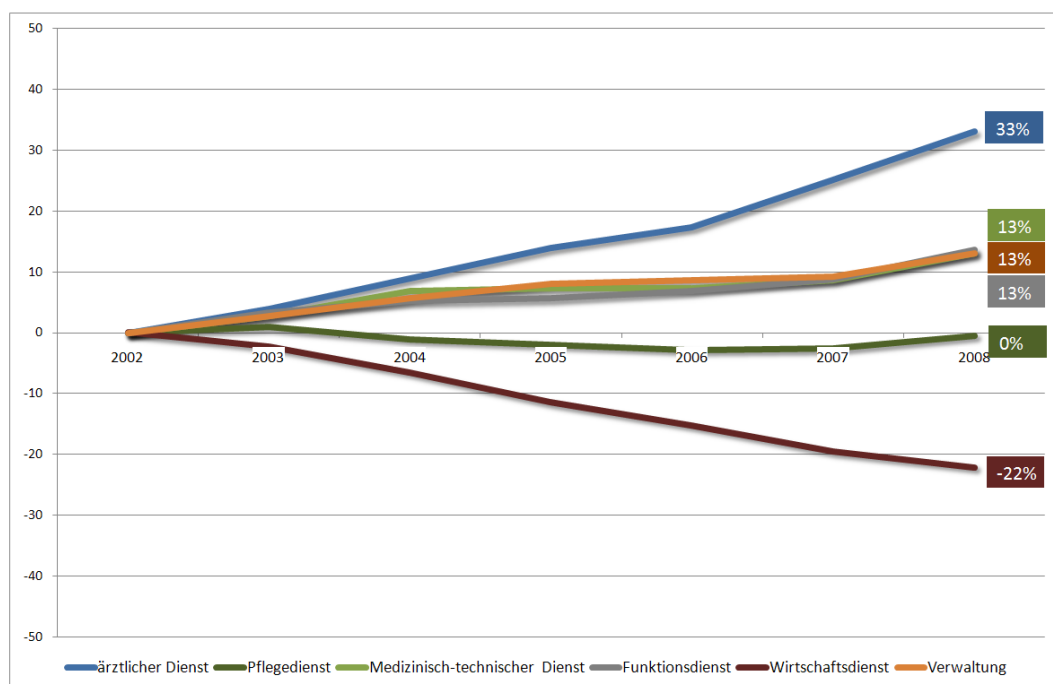


Abbildung 6: Prozentuale Personalkostenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern © dip 2010

Für die Verwaltung stiegen im genannten Zeitraum die Kosten moderat von 2,38 auf 2,69 Mrd. Euro – das entspricht einem Zuwachs von 13%. Einsparungen wurden im Bereich des Wirtschaftsdienstes erzielt (von 1,99 Mrd. auf 1,55 Mrd.). Dies kann wahrscheinlich vor allem durch Fusionierungen von Kliniken, Zentralisierungen und Optimierungen im Güterwesen und durch technische Innovationen erklärt werden.

Neben den Personalkosten sind vor allem die Entwicklungen der Anzahl der Beschäftigten in den Blickpunkt zu nehmen. Zu den in allgemeinen Krankenhäusern beschäftigten (Gesamtzahl) 396.000 Pflegekräften gehörten im Jahr 2008 unter anderem 320.000 Gesundheits- und Krankenpfleger, 37.600 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und 17.500 Krankenpflegehelfer

(inkl. Krankenpflegeassistenten).²⁵ In der Gesundheits- und Krankenpflege sind überwiegend Frauen beschäftigt. Der Frauenanteil an den Pflegekräften insgesamt lag Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge im Jahr 2008 bei 86,4%, bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern waren es sogar 98,4%.²⁶

Pflegekräfte sind neben dem Pflegedienstbereich auch im medizinischen Controlling, im Qualitätsmanagement sowie vor allem in Funktionsabteilungen beschäftigt. Von zentraler Bedeutung für die Diskussion der direkten Patientenversorgung ist die Entwicklung der Anzahl der Pflegekräfte im Pflegedienstbereich der allgemeinen Krankenhäuser. Hier erfolgt der größte Teil der direkten Patientenbetreuung und Behandlung.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Entwicklung der Vollkräfte der Pflegedienstbeschäftigten in allgemeinen Krankenhäusern. Von 1995 bis 2008 sank die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst dabei um fast 50.000 Stellen.

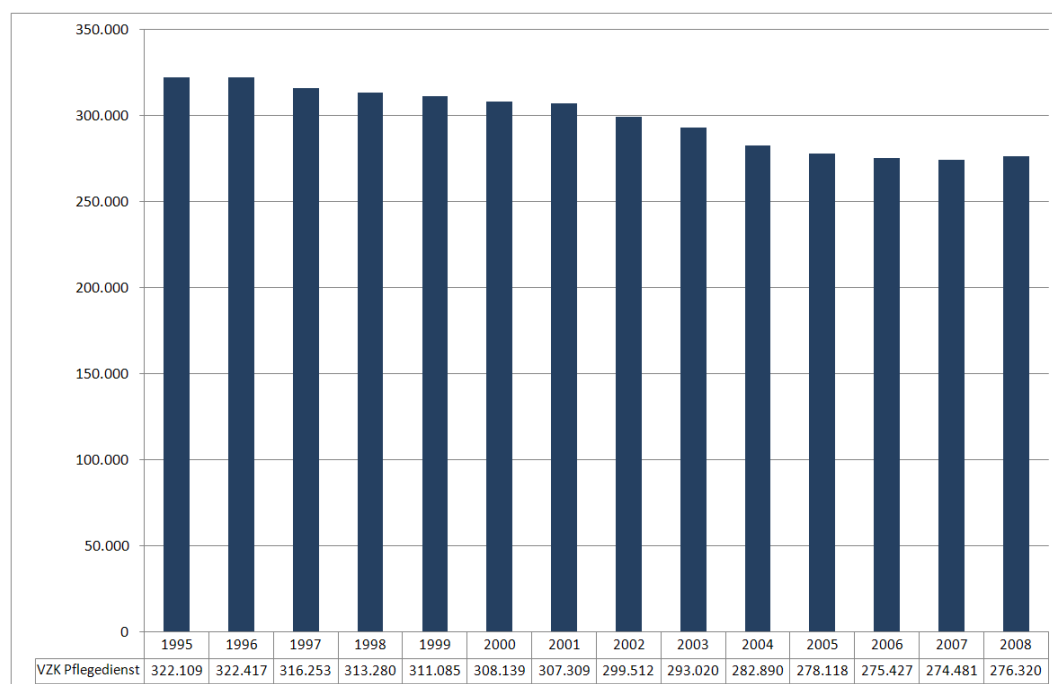


Abbildung 7: Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern 1995 bis 2008 © dip 2010

Die Grafik veranschaulicht auf der einen Seite den vielfach zitierten und in der (Fach-)Öffentlichkeit diskutierten Personalabbau im Pflegebereich^{27 28}, der sich kontinuierlich zwischen 1996 und 2007 darstellen ließ und mit Einführung der DRGs beschleunigt wurde.

Seit dem Jahr 2005 ist insgesamt eine Abschwächung dieses Trends erkennbar, im Jahr 2008 zeigt sich erstmals eine Änderung. Bundesweit wurden in den allgemeinen Krankenhäusern

²⁵ vgl. Krankenhausstatistik 2009 (Fachserie 12, Reihe 6.1.1) ; 2.5. Nichtärztliches Personal am 31.12.; 2.5.3 nach Geschlecht und Personalgruppen/ Berufsbezeichnungen

²⁶ Statistisches Bundesamt Deutschland 2009

²⁷ Isfort, Weidner 2007

²⁸ Simon 2010

1.840 Vollkräfte zusätzlich im Pflegedienst beschäftigt. Das entspricht einem Personalaufbau um 0,7%. Umgerechnet auf die Versorgungseinrichtungen bedeutet dies jedoch, dass weniger als eine Stelle pro Krankenhaus in Deutschland aufgebaut wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese geringe Anzahl nicht ausreicht, wenn spürbare Veränderungen bei der Patientenversorgung erreicht werden sollen. Ob es sich bei der Entwicklung um eine Stabilisierung der Personalsituation oder sogar um eine Trendwende handelt, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht exakt bestimmt werden. Vieles spricht jedoch dafür, dass der Pflegepersonalbereich im Krankenhaus nicht weiter abgebaut werden wird.²⁹ Die Bewertung der Auswirkung des von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf den Weg gebrachten Sonderprogramms für einen Aufbau pflegerischer Versorgungskapazitäten im Krankenhaus steht noch aus. Das Sonderprogramm kam zustande, nachdem die Berufsverbände der Pflege gemeinsam mit der Gewerkschaft ver.di aufgrund der im Pflege-Thermometer 2007 erstmals in die breite Öffentlichkeit getragene Kennzahl von 50.000 abgebauter Pflegestellen im Krankenhausbereich eine umfangreiche Unterschriftenkampagne gestartet hatten. Im März 2009 wurde das Sonderprogramm als Bestandteil des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes in Kraft gesetzt. Es sieht einen stufenweisen Aufbau um bis zu 17.000 Pflegekräfte in den Krankenhäusern bis 2011 vor. Dies sollte für die Einrichtungen weitestgehend kostenneutral umgesetzt werden. Das Programm sieht eine 90%-Finanzierung über die Krankenkassen bei 10% Eigenbeteiligung der Häuser vor. Die Beantragung muss im Rahmen der Verhandlungen mit den Krankenkassen eingebracht werden und gilt für drei Jahre (2009-2011).³⁰ Der sachgerechte Einsatz (zusätzliche Stellen für Pflegepersonal) muss durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigt werden. Derzeit kann auf der Ebene der Makroanalyse (Strukturdaten in der amtlichen Statistik) bezüglich der Wirksamkeit keine abschließende Beurteilung erfolgen, da die Einbringung der zusätzlichen Stellen in die Kostenkalkulationen der Häuser noch läuft und sich die Entwicklungen in der amtlichen Statistik noch nicht abbilden lassen.

Im Bereich der Beschäftigung von Pflegekräften in allgemeinen Krankenhäusern ist darüber hinaus aber ein weiteres Phänomen zu beobachten: das der zunehmenden Teilzeitarbeit.

²⁹ Einerseits kann hier auf die vorliegende Vollbeschäftigung der Gesundheits- und Krankenpflegenden verwiesen werden. Darüber hinaus zeigen einzelne Befragungen, z.B. der Landeskrankenhausgesellschaft Baden-Württemberg, dass vier von fünf Pflegeeinrichtungen sowie jedes zweite Krankenhaus und jede zweite Reha-Klinik mit wachsenden Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Pflegestellen rechnet. Untersuchungen aus Nordrhein-Westfalen (Landesgesundheitsberichterstattung- in Druck) untermauern diese Zahlen.

³⁰ Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, Absatz 10: Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden.

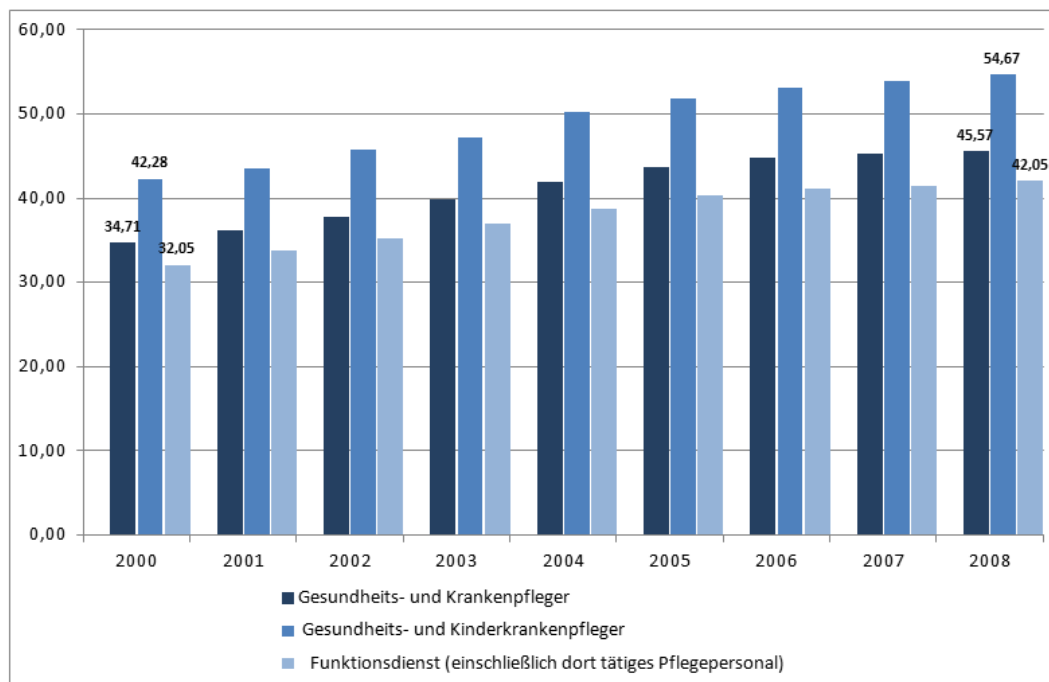


Abbildung 8: Teilzeitquoten in allgemeinen Krankenhäusern zwischen 2000 und 2008 © dip 2010

Die Abbildung zeigt die Entwicklung des Anteils an Teilzeitbeschäftigten in der Pflege zwischen 2000 und 2008 auf. Lag der Anteil der Teilzeitbeschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2000 noch bei 34,71%, so stieg er bis zum Jahr 2008 auf 45,57% an. Noch höher ist die Teilzeitbeschäftigtenquote bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden. Inwieweit diese Entwicklung durch das mit dem 01. Januar 2001 in Kraft getretene Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge bedingt ist, kann nicht gesagt werden.

Die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung kann neben den gesetzlichen Grundlagen inhaltlich vor allem durch zweierlei Entwicklungen begünstigt werden:

- Es kann ein durch die Arbeitgeber (Krankenhäuser) initiiertes Prozess sein, damit in hohem Maße in den Einrichtungen flexibel gearbeitet und Personal eingesetzt werden kann. Ein Krankenhaus ist auf einen bestimmten Anteil Teilzeitbeschäftigter angewiesen, um Arbeitsspitzen und auch Feiertags- und Wochenenddienste entsprechend absichern zu können. Steht dieser Notwendigkeit der Wunsch der Pflegenden gegenüber, in Vollzeit zu arbeiten, so ergibt sich eine konflikthafte Situation. Durch die Erhöhung der Teilzeitarbeit sinkt potenziell die Möglichkeit für Pflegenden, ihren Lebensunterhalt allein durch die Berufsausübung abzusichern.
- Liegt der Erhöhung der Teilzeitquote jedoch der ausdrückliche Wunsch der Pflegenden zugrunde und die Arbeitgeber suchen nach Kräften, die in Vollzeit arbeiten (bspw. damit Informationsflüsse stabil gehalten werden können und eine kontinuierliche Patientenversorgung durch dieselben Personen gewährleistet werden kann), so kann die steigende Teilzeitquote als ein Indiz dafür interpretiert werden, dass die Arbeitsbedingungen es den Pflegenden zunehmend erschweren, die Belastung im Rahmen einer Vollzeitstelle auf sich zu nehmen. Sie verkürzen die Dienstzeiten und suchen sich ggf.

ergänzend andere Betätigungsmöglichkeiten, um sich so dem Arbeitsdruck in Teilen entziehen zu können.

Der Teilzeitquote im Pflegebereich und deren Entwicklung wird derzeit noch nicht genug Beachtung geschenkt. Die genannten inhaltlichen Gründe für die weitere Zunahme können nur eingeschränkt quantifiziert und derzeit nicht im Detail begründet werden. Es wird zukünftig jedoch entscheidend sein, dass die Potenziale, die die Mitarbeiter zur Verfügung stellen wollen, auch möglichst vollumfänglich genutzt werden. Nur so lassen sich die steigenden Bedarfe an professioneller Pflege in der Sektor übergreifenden Betrachtung stabilisieren. Es ist derzeit nicht damit zu rechnen, dass erheblich mehr Pflegepersonal ausgebildet werden wird, da sich die Pflegeberufe hinsichtlich der Gewinnung von jungen Menschen im Wettbewerb mit anderen Berufen befinden. Die systematische Verringerung der Teilzeitquote unter den Beschäftigten wird daher eine Möglichkeit sein, zusätzliche Personalressourcen entsprechend zu gewinnen.

Entscheidend dafür ist die Schaffung von Arbeitsumgebung und -bedingungen, die es erlauben, den Beruf vollumfänglich und entsprechend lange bis ins Rentenalter auszuüben. Vor diesem Hintergrund ist wichtig, die Entwicklungen zentraler Belastungskennzahlen zu diskutieren. Sie können Indizien dafür sein, wie sich eine arbeitsplatzbedingte und durch den Mitarbeiter selbst gewünschte Reduzierung der Arbeitszeit erklären lassen könnte.

Bringt man die beschriebene Entwicklung der Pflegepersonalreduzierung der vergangenen Jahre in Verbindung mit anderen Entwicklungslinien, so zeigt sich, dass seit dem Jahr 1995 (hier als 100% gesetzt) insgesamt 14,2% des Pflegepersonals abgebaut wurde. Damit wurde jede siebte Stelle im Pflegedienst abgebaut. Die Verweildauer der Patienten wurde im selben Zeitraum um fast ein Viertel reduziert, jedoch nahm die Zahl der Patienten zu (12,1%). Ebenso stieg auch die Zahl der Ärzte im Krankenhaus um ein Viertel an. Dies ist einerseits als Reaktion auf die Umsetzung der Richtlinien der Arbeitszeitregelung zu verstehen, andererseits ist es auch Ausdruck einer zunehmend komprimierten und intensiveren medizinisch-diagnostischen Arbeit im Krankenhaus. Für den Pflegebereich ist jedoch entscheidend, dass eine Zunahme an ärztlichem Personal in aller Regel auch mit einer Zunahme der Diagnostik und Therapie verbunden ist und in der Folge zu einer Arbeitsverdichtung führt, da eine Entkopplung der Personalentwicklung zu beobachten ist.

Die Grafik zeigt die weiter fortschreitende gegenläufige Entwicklungslinie von Patientenzahlen, ärztlichen sowie pflegerischen Mitarbeitern in allgemeinen Krankenhäusern.

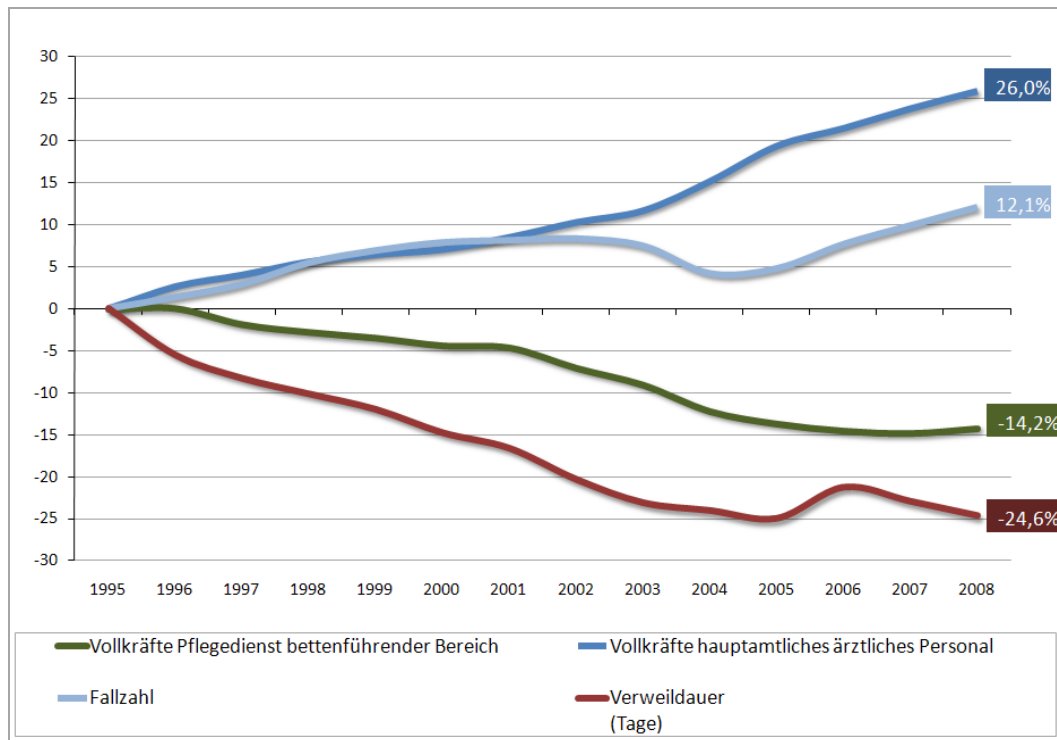


Abbildung 9: Prozentuale Kennzahlenentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern © dip 2010

Es kann davon ausgegangen werden, dass dies zu einer weiteren Arbeitsverdichtung insbesondere im Bereich der Pflege im Krankenhaus führt. Diese Arbeitsverdichtung im Pflegebereich (insbesondere seit der Einführung des DRG-Systems) ist in den sogenannten WAMP-Projekten (Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System) vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen gut dokumentiert.³¹ Auf Basis einer mehrmaligen Querschnittserhebung mehrerer Tausend Pflegenden sowie umfassender ergänzender Interviews mit Pflegenden wurden Veränderungen über den Zeitraum 2003 bis 2008 analysiert. Zentral konnte ermittelt werden, dass der Zeitmangel für die Pflege sowie störende Unterbrechungen der Pflegearbeit ebenso ansteigen, wie eine Zunahme unregelmäßiger Arbeitszeiten zu verzeichnen ist. Die Pflegenden erleben einen immer größer werdenden Konflikt zwischen dem Realisierbaren in der Praxis und eigenen Normvorstellungen über eine gute Pflege.

3.4 Kennzahlen zur Altersstrukturentwicklung der Mitarbeiter in der Pflege

Zunehmend in den Blickpunkt genommen werden in der berufsinternen Diskussion die demografischen Entwicklungen der im Beruf Tätigen selbst. Vor dem Hintergrund einer sinkenden Anzahl an Nachwuchskräften insgesamt und einer zunehmenden Konkurrenz um junge Bewerber in unterschiedlichen Branchen ist die Frage nach dem Umgang mit einer älter werdenden Belegschaft zu stellen und wie auf die Entwicklungen reagiert wird. Ältere Mitarbeiter in der Gesundheits- und Krankenpflege haben einerseits besondere Kompetenzen durch große Erfahrung, auf der anderen Seite sind sie der Hektik und den körperlichen Beanspruchungen der Arbeit auf einer Station vielfach nicht mehr in dem Maße gewachsen, wie dies bei jünge-

³¹ Braun et al. 2010b

ren Mitarbeitern der Fall ist.^{32 33} Hien und Funk legen in ihrer Studie »Pflege bis 67?«³⁴ eindrucksvoll auf Basis der Analyse von Krankenkassendaten dar, dass die Belastungen (ausgedrückt über Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund spezifischer Diagnosen) bis zu einem Alter von ca. 50 Jahren in Pflegeberufen in ähnlichem Umfang zu verzeichnen sind wie bei anderen Berufen. In der Gruppe der über 50-Jährigen aber kommt es zu einer Häufung von Arbeitsunfähigkeitstagen. Die Muskel- und Skeletterkrankungen bei Männern entsprechen in etwa den Belastungskennzeichen von Maschinenschlossern. Bei Frauen sind es in dieser Gruppe darüber hinaus auch psychische Belastungsprobleme, die prozentual höher liegen als in anderen Gruppen.

Pflegekräfte machen darüber hinaus einen erheblichen Anteil an den frühzeitigen Zugängen im Bereich der Renten und der Erwerbsminderung aus. Im Vergleich zu allen sozialversicherungsbeschäftigten Personen in Deutschland liegen die Quoten in der Pflege etwa doppelt so hoch. Diese beschreibenden Vergleiche und Datenanalysen weisen auf die Notwendigkeit hin, sich der Gruppe der älteren Mitarbeiter im Krankenhaus mit einer größeren Aufmerksamkeit anzunehmen. Die Frage der Schaffung altersentsprechender Arbeitsfelder, Arbeitsplätze aber auch allgemeiner Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Urlaubsansprüche etc.) wird in anderen Ländern stärker diskutiert und konzeptionell entwickelt. Als Beispiel kann hier Finnland benannt werden, wo etwa ein Drittel der Mitarbeiter des Pflegebereichs in der Altersgruppe der über 50-Jährigen ist.³⁵ In Deutschland liegen jedoch kaum nennenswerte spezifische Entwicklungen und Pilotprojekte vor, die über allgemeine gesundheitsfördernde Programme hinausgehen. Hier besteht offensichtlich Konzeptions- und Handlungsbedarf.³⁶

Die Altersverteilung lässt sich statistisch über die Gesundheitspersonalrechnung berufsspezifisch in drei Gruppen abbilden, sie kann jedoch aus methodischen Limitierungen³⁷ nicht konkret für einen Beschäftigungssektor (Krankenhaus, Altenheim etc.) ausgewiesen werden.

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung der Beschäftigten in drei Altersgruppen (unter 35 Jahre, 35 Jahre bis 50 Jahre, über 50 Jahre) im Bereich der Altenpflege. Neben der deutlich wachsenden Anzahl an Beschäftigten wird ersichtlich, dass das Wachstum nicht in allen Altersgrup-

³² GEK – Gmünder Ersatzkasse 2004

³³ Das Statistische Bundesamt schreibt in seinem STATmagazin im August 2009, »Im Mikrozensus 2007 wurden in einem Ad-hoc-Modul unter anderem arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme und belastende Faktoren bei der Arbeit erhoben. Von den befragten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern gaben 16% an, dass sie in den letzten 12 Monaten mindestens ein arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem hatten (...). Gelenk-, Knochen- oder Muskelbeschwerden und zwar insbesondere im Rückenbereich wurden von allen Vergleichsgruppen als Hauptbeschwerden genannt. Auch hier lag der Anteil der betroffenen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger mit 87% höher als bei den Beschäftigten in Gesundheitsdienstberufen (76%) und in der Gesamtwirtschaft (77%). Eine Analyse der ausgefallenen Arbeitstage bedingt durch das schwerwiegendste genannte arbeitsbedingte Gesundheitsproblem zeigt, dass betroffene Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger in den letzten 12 Monaten mit durchschnittlich 38,1 Fehltagen deutlich länger ausfallen als Beschäftigte mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen in Gesundheitsdienstberufen und in der Gesamtwirtschaft (28,3 bzw. 21,8 Fehltag).«

³⁴ Hien, Funk 2009

³⁵ Aschenbach, G. (2005): Die Europäische NEXT-Studie zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf. In: PR Internet, H. 7-8, S. 416–422.

³⁶ Ausnahmen stellen hier die Programme der BGW und von INQA dar (muss noch ausformuliert werden!)

³⁷ Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist die Daten für die Berufe jeweils aus. Eine Übertragung auf einzelne Arbeitsfelder kann indes nicht oder nur ungenau vorgenommen werden, da die Altersverteilungen nicht als konkrete Abfrage stattfinden, sondern auf Basis der Daten des Mikrozensus berechnet werden müssten. Dies ergibt Unschärfen, sodass auf eine Berechnung auf Seiten des Statistischen Bundesamtes verzichtet wird.

pen homogen verläuft. Die Zahl der Beschäftigten in der Gruppe der über 50-Jährigen hat sich innerhalb von acht Jahren verdoppelt, die der unter 35-Jährigen stieg jedoch langsamer an. Die Entwicklungen laufen somit nicht parallel, sie verlaufen aber in den jeweiligen Altersgruppen linear. In der Fortschreibung der Trends bedeutet dies, dass ab dem Jahr 2011 die Gruppe der über 50-Jährigen Mitarbeiter erstmals größer sein wird als die der unter 35-Jährigen.

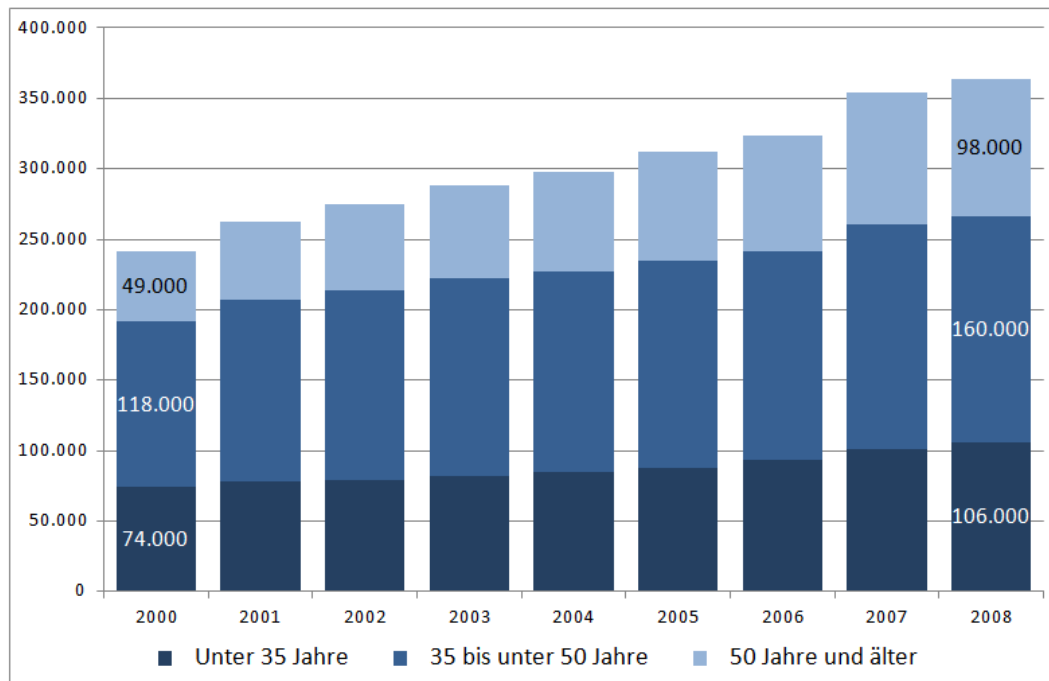


Abbildung 10: Altersgruppenverteilung der beschäftigten Altenpflegenden © dip 2010

Die folgende Grafik zeigt im Kontrast die Altersverteilung bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden in allen Sektoren der Beschäftigung.

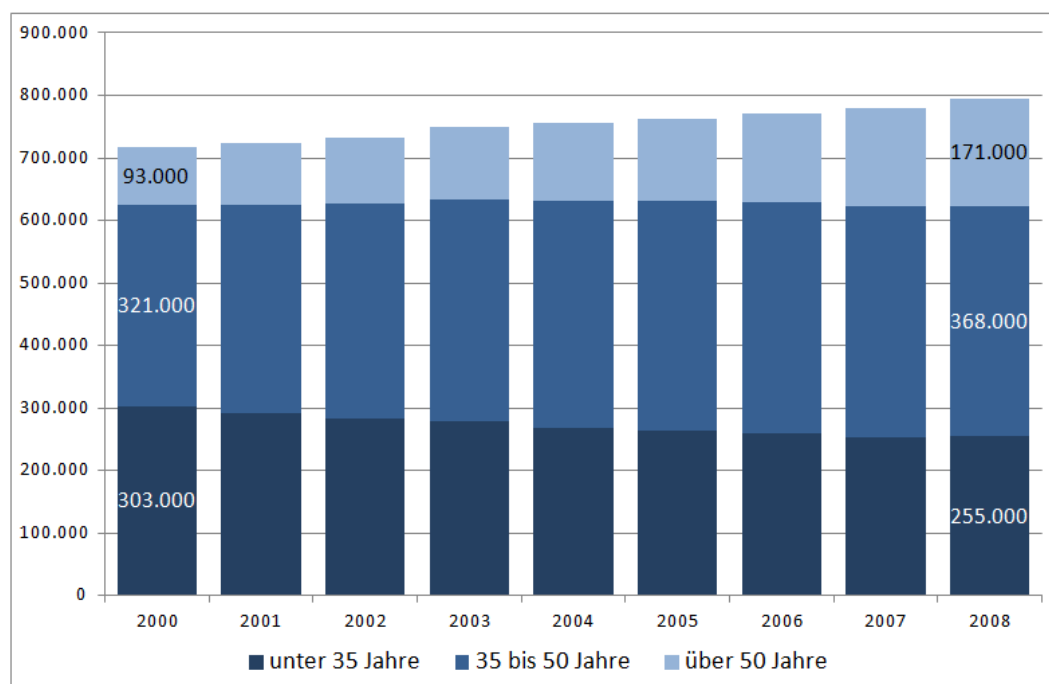


Abbildung 11: Altersgruppenverteilung der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegenden © dip 2010

Bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden zeigt sich eine andere, dramatischere Entwicklung. Hier sank der Bestand der unter 35 Jahre alten Mitarbeiter im Gegensatz zu den Entwicklungen bei der Altenpflege deutlich ab, während der Anteil der über 50 Jahre alten Mitarbeiter deutlich anstieg. Während sich die Gruppe der älteren Mitarbeiter im beobachteten Zeitraum nahezu verdoppelt hat, sank die Mitarbeitergruppe der unter 35-Jährigen in der Absolutzahl um fast 50.000 gegenüber dem Jahr 2000.

Schreibt man diese Entwicklung entsprechend fort, so wird ab dem Jahr 2014 die Gruppe der über 50-Jährigen Mitarbeiter größer sein als die Gruppe der unter 35-Jährigen. Diese Entwicklung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflegenden kann wesentlich auf die Pflegepersonalentwicklungen im Krankenhaussektor zurückgeführt werden. Die Personaleinsparungen und Stellenstreichungen der vergangenen Jahre führten gleichzeitig zu einer Reduzierung der Anzahl der Ausbildungsplätze, einem vielerorts durchgeführten Einstellungsstopp (junger Pfleger nach der Ausbildung), der Beendigung befristeter Arbeitsverträge und somit zu einem massiven Nachwuchsabbau im gesamten Berufssystem. Neben der Verdichtung an Arbeitsprozessen hat dies zugleich zu einer überproportionalen Alterung der Belegschaft im Krankenhaus (im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aber auch zu den Beschäftigten in der Altenpflege) geführt. Diese Folgen zu kompensieren, wird in den kommenden Jahren erhebliche Anstrengungen erfordern, da diese Trends nur langfristig beeinflussbar sind und kurzfristig keine Änderungen erfolgen können. Es kann bezüglich der demografischen Probleme im Pflegebereich ferner davon ausgegangen werden, dass an dieser Stelle kein Wissensdefizit, sondern ein konkretes Umsetzungsdefizit in den Einrichtungen, aber auch in der Gesundheitspolitik vorliegt, denn die Entwicklungen sind seit Jahren beobachtbar und sind hinreichend dokumentiert und thematisiert.^{38 39}

Die bisherigen Entwicklungen (Personalverringerung und Arbeitsverdichtung) wurden in der Vergangenheit in hohem Maße von einer beständig älter werdenden Belegschaft getragen. Dies kann auch als ein Hinweis zur generellen Leistungsfähigkeit auch von älteren Mitarbeitern verstanden werden. Die Kompensationsmöglichkeiten aber sind limitiert und stoßen schließlich an gesundheitsbezogene Grenzen.⁴⁰ Betrachtet man die an dieser Stelle aufgezeigte Entwicklung vor dem Hintergrund hoher Zahlen an Frühberentungen in den Pflegeberufen und einem sehr geringen Prozentsatz an Personen, die bis zum Eintritt ins Rentenalter im klinischen Alltag tätig bleiben, so kann in den kommenden Jahren zusätzlich zu dem steigenden Personalbedarf außerhalb des Krankenhauses mit einem erheblichen Ersatzbedarf⁴¹ an Pflegepersonal im Krankenhaus gerechnet werden. Es wird auch aufgrund dieser Erkenntnisse bei Fortsetzung des beobachtbaren demografischen Trends in der Krankenhauspflege zu Problemen der Versorgung kommen, weil junge Kräfte fehlen und die berufserfahrenen und älteren Pflegenden den Belastungen aus Schichtdienst, Erhöhung der Arbeitsintensität und der physi-

³⁸ <http://www.inqua.de>, <http://www.bgw-online.de>, <http://www.f-bb.de/projekte/weiterbildung/weiterbildung-detail/proinfo/aelter-werden-in-der-pflege.html>

³⁹ Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen 2006

⁴⁰ Hien, Funk 2009

⁴¹ Als Ersatzbedarf bezeichnet wird der Anteil an Pflegenden, die durch Elternzeit oder aber Verrentung temporär oder final aus dem Beruf ausscheiden und durch andere Pflegenden ersetzt werden müssen. Neben einem Ersatzbedarf gibt es auch einen Neubedarf, der durch Neugründungen von Einrichtungen (vor allem im stationären Pflegebereich) entsteht. Zudem existiert ein Sofortbedarf, wenn derzeit offene und zu besetzende Stellen an Pflegekräften nicht besetzt werden können.

schen Belastungen nicht entsprechend Stand halten können und sich Krankheitshäufigkeit und Krankheitsdauer entsprechend weiter erhöhen werden.⁴²

3.5 Kennzahlen des Ausbildungs- und Arbeitsmarktes in der Pflege

Zur Einordnung der Situation der Gesundheits- und Pflegeberufe sowie der zukünftigen Entwicklung ist von entscheidender Bedeutung, wie sich die Ausbildungs- und die Arbeitsmarktsituation für Pflegekräfte insgesamt darstellen. Das Angebot professionell Pflegenden (über Ausbildung vermittelt oder über Arbeitssuchende auf dem Markt) muss einer Nachfrageseite aus Sicht der Einrichtungen gegenübergestellt werden. Wie eingangs beschrieben, sollte dabei eine sektor übergreifende Diskussion erfolgen, denn die Wechselwirkungen von Ausbildungszahlen in der Gesundheits- und Krankenpflege auf die personelle Situation in der ambulanten und teil-/ vollstationären Pflege sowie die Bedarfe benötigten Ausbildungskapazitäten sind bedeutsam. Es liegen jedoch keine umfassenden Daten zur Bestimmung der Nachfrageseite in der bundesweiten Perspektive vor. Pflegepersonalmonitoring-Ansätze werden derzeit nur in einigen Bundesländern durchgeführt (z. B. Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Hessen). Aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungen (berufsgesetzliche Trennung) sowie der unterschiedlichen Finanzierungssysteme der Ausbildungen (Ausbildungsfonds im Krankenhausbereich/ Länderfinanzierung in der Altenpflege) werden diese Wechselwirkungen bislang jedoch nur unzureichend bei einer Ausbildungsplatzplanung und in der Diskussion berücksichtigt.

Kennzahlen zur Ausbildung

Hinsichtlich der in den Ausbildungsstätten qualifizierten Pflegekräfte mit bestandener Abschlussprüfung (Examen) lassen sich öffentlich zugänglich keine validen Daten zur Ausbildungssituation aus den Schulen des Gesundheitswesens und den beruflichen Schulen in einer bundesweiten Übersicht darstellen. Die dafür benötigten Daten werden für Deutschland nicht umfassend und nicht einheitlich erhoben und zur Verfügung gestellt. In Hessen werden die Daten ebenso wie in Brandenburg nicht erhoben bzw. können nicht öffentlich zugänglich in die Gesundheitspersonalrechnung eingepflegt werden.⁴³ Seit dem Jahr 1997 werden in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes bezüglich der Altenpflege keine Daten aus Sachsen ausgewiesen; seit dem Jahr 2004 werden diese auch für Mecklenburg-Vorpommern nicht mehr dargelegt. Vor dem Hintergrund dieser Unschärfe können keine validen Berechnungen darüber vorgenommen werden, wie sich die Zahl der Absolventen aus den Pflegeausbildungen im Hinblick auf die erhebliche Zunahme der Versorgungsleistung darstellt und ob bestehende Ausbildungskapazitäten den Bedarf an Pflegekräften bundesweit decken können.

Auch hinsichtlich der exakten Zahl an Ausgebildeten, die in der Folge den Beruf tatsächlich aufnehmen, existiert eine unterschiedliche Datenbasis. Die beste zur Verfügung stehende Datenquelle ist der Berufsbildungsbericht des Bundesinstituts für Berufsbildung.⁴⁴ Hier wird für die Berufe außerhalb des dualen Systems mit Ausbildungen in verschiedenen Schulformen für die Jahre 2007/2008 angegeben, dass im ersten Schuljahr zahlenmäßig am stärksten die Gesundheits- und Krankenpfleger mit insgesamt rund 19.700 Schülern (davon nur rund 2.100

⁴² Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 06.02.2007

⁴³ <http://www.gbe-bund.de>

⁴⁴ <http://datenreport.bibb.de/html/131.htm>

an BFS) sowie die Altenpfleger mit insgesamt rund 15.400 (davon rund 7.900 an BFS) vertreten waren.⁴⁵

Die fehlenden Daten müssen als zentrales Defizit einer Sektor übergreifenden Analyse- und Planungsmöglichkeit ausgemacht werden. Betrachtet man die herausragende Bedeutung der Gesundheits- und Pflegeversorgung für die Bevölkerung, so besteht hier bundesweit aber auch in den meisten Bundesländern ein dringender Korrekturbedarf. Nur auf der Basis valider und regelmäßiger Kennzahlen lassen sich zentrale Entwicklungen beschreiben, analysieren und umfassend in der Öffentlichkeit diskutieren.

Fest steht indes, dass einer insgesamt in den Pflegeberufen (Sektor übergreifend) steigenden Nachfrage an qualifiziertem Personal in der Gesundheits- und Krankenpflege in den Krankenhäusern abnehmende Ausbildungsplatzzahlen gegenüberstehen. Ausbildungsplatzzahlen zeigen die potenziellen Ausbildungskapazitäten auf. Während im Betrachtungszeitraum von 2000 bis 2008 insgesamt die angebotene Zahl der Ausbildungsplätze für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in allgemeinen Krankenhäusern leicht anstieg (10.201 im Jahr 2000 zu 10.420 im Jahr 2008), sank das realisierte Ausbildungsplatzangebot für Gesundheits- und Krankenpflegende von 69.403 im Jahr 2000 auf 62.486 im Jahr 2008 und damit um 10% ab.

Eine beobachtete Folge ist die oben beschriebene Verstärkung der altersdemografischen Beschäftigtenentwicklung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

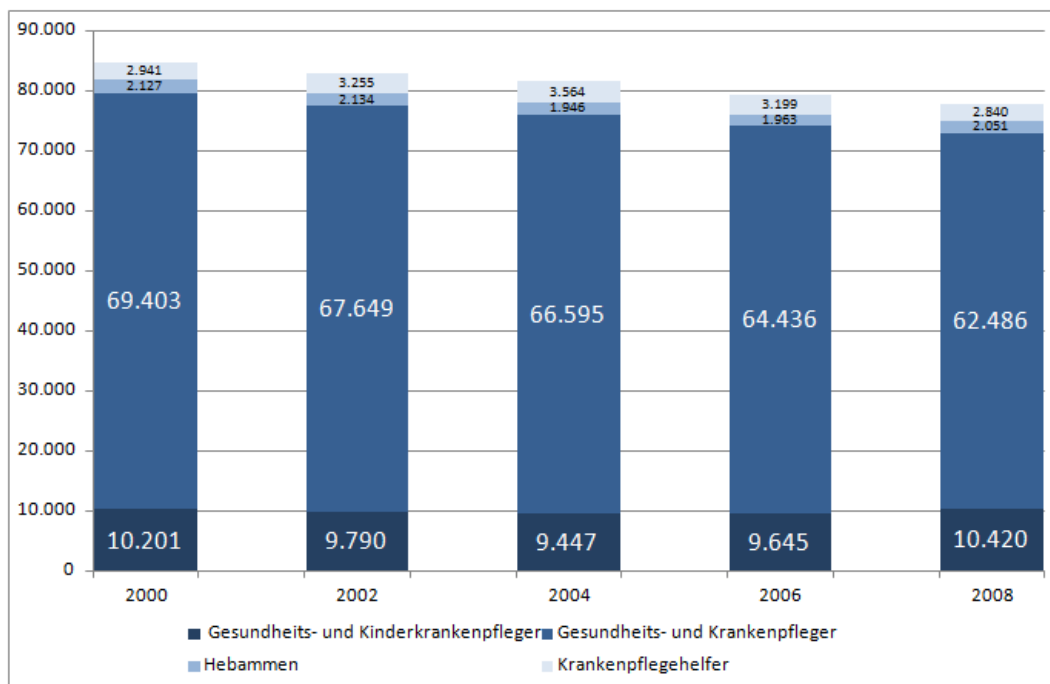


Abbildung 12: Anzahl der Ausbildungsplätze in allgemeinen Krankenhäusern © dip 2010

Es lassen sich regionale Unterschiede hinsichtlich der Ausbildungsplatzentwicklung in den allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland feststellen.

⁴⁵ In einigen neuen Ländern werden Gesundheitsdienstberufe nicht an Schulen des Gesundheitswesens, sondern an Berufsfachschulen außerhalb BBiG/ HwO, d. h. unter Aufsicht der Kultusministerien, ausgebildet. vgl. ebenda

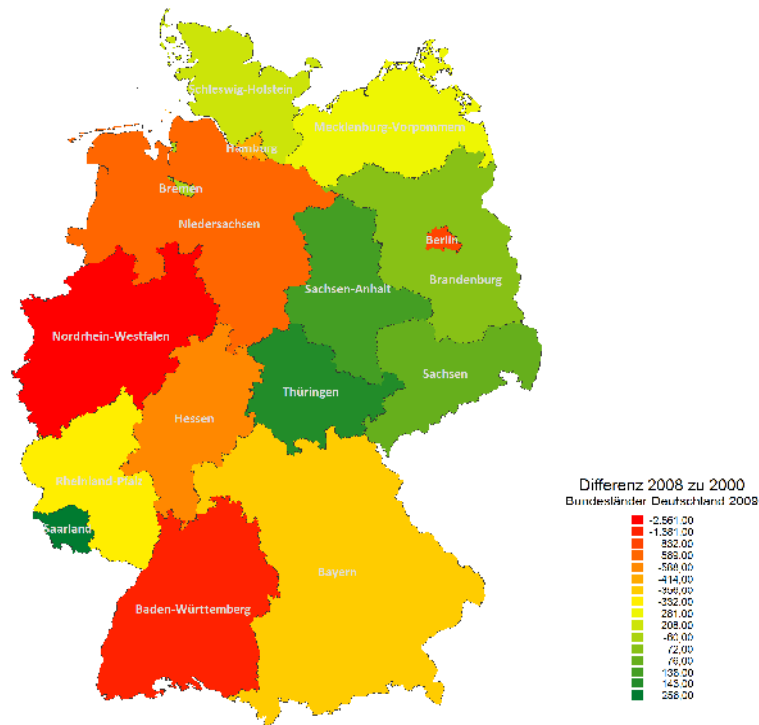


Abbildung 13: Ausbildungsplatzentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern nach Bundesländern © dip 2010

Dabei zeigt sich, dass im bevölkerungsreichsten Bundesland NRW mit 2.561 die meisten Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflegende an allgemeinen Krankenhäusern abgebaut wurden. In Baden-Württemberg wurden im Beobachtungszeitraum 1.381 Ausbildungsplätze abgebaut. Tendenziell sieht man jedoch auch einen Aufbau, der vor allem in den neuen Bundesländern zu verzeichnen ist. Den stärksten Aufbau im Beobachtungszeitraum sieht man im Saarland. Hier wurden 256 zusätzliche Ausbildungsplätze geschaffen. Das entspricht einem Zuwachs von 22%.

Hervorzuheben für eine Analyse und Diskussion ist, dass die Entwicklung der Zahl der Ausbildungsplätze einerseits vor dem Hintergrund der Anzahl der Pflegenden im jeweiligen Bundesland zu diskutieren ist. Darüber hinaus kann angemerkt werden, dass die Zahl der zur Verfügung gestellten Ausbildungsplätze noch keinen Hinweis dazu gibt, ob die angebotenen Ausbildungsplätze auch belegt werden können oder wurden. Eine Reduzierung von Ausbildungsplätzen, die nicht belegt werden, hat in diesem Falle keine Konsequenzen hinsichtlich der Nachwuchsförderung. In Nordrhein-Westfalen konnten (Angaben der Landesstatistik zufolge) in den vergangenen Jahren die angebotenen Ausbildungsplätze nie zu 100% besetzt und damit vollumfänglich ausgeschöpft werden.

Zur Darstellung der nachfolgenden Grafik wurden ebenfalls die Angaben der aktuellen Krankenhausstatistik mit den Datenbeständen von 2008 verwendet. Abgebildet ist die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst in Relation zu der Zahl der Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Krankenhausstatistik in den jeweiligen Bundesländern. In Bremen ist mit insgesamt 3.685 die geringste Anzahl an Pflegekräften im Krankenhaus verzeichnet. Hier wurden im Jahr 2008 insgesamt 501 Schüler in der Gesundheits- und Krankenpflege ausgebildet. Daraus

ergibt sich eine Relation von (gerundet) 7,36 Pflegekräften pro Schüler. In der regionalen Übersicht zeigt sich aber, dass dies in Relation nicht gleichzeitig der geringsten Ausbildungsaktivität entspricht. Die relativ geringste Ausbildungsquote pro Pflegekraft ist in Schleswig-Holstein zu verzeichnen. Hier kommt (Angaben der Gesundheitspersonalrechnung und der Krankenhausstatistik des Bundes zufolge) auf 8,35 Stellen im Pflegedienst ein Schüler. Die insgesamt höchste Ausbildungsaktivität pro Pflegekraft ist bundesweit im Saarland zu verzeichnen. Hier kommt auf vier Pflegekräfte (4,03) ein Schüler.

Insgesamt zeigt sich bei dieser Quotendarstellung eine breite Streuung.

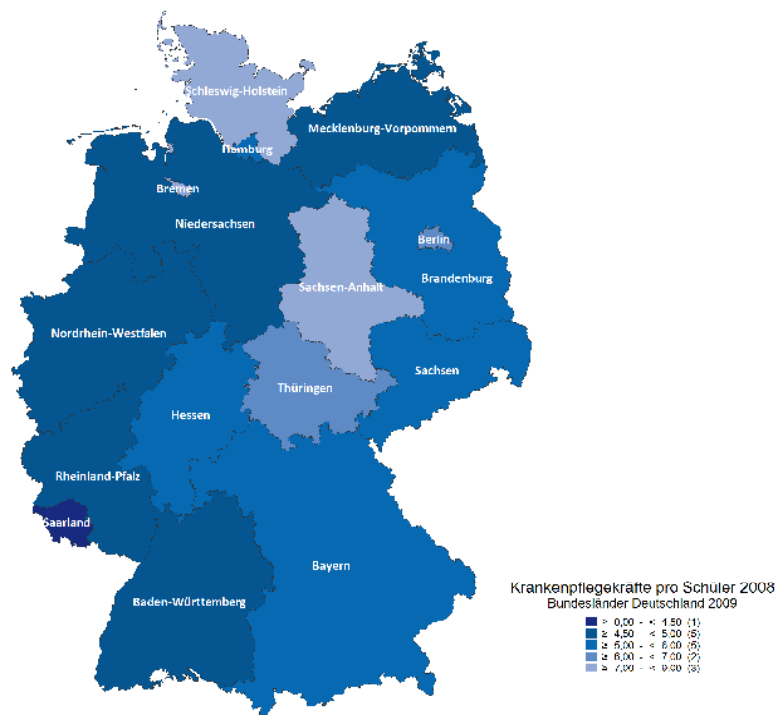


Abbildung 14: Krankenpflegekräfte pro Schüler nach Bundesländern © dip 2010

Bezüglich der Interpretation dieser Daten sollte beachtet werden, dass diese Streuung lediglich die Breite der Ausbildungsaktivität im Pflegedienst wiedergibt! Eine qualitative Bewertung sollte an dieser Stelle nicht vorgenommen werden. So kann die relativ niedrige Quote in Schleswig-Holstein einerseits bedeuten, dass hier eher wenig Nachwuchsaktivität zu verzeichnen ist. Auf der anderen Seite kann sie aber auch bedeuten, dass die Pflegearbeit im Krankenhaus in diesem Bundesland nur zu einem sehr geringen Maße durch Schüler stabilisiert und somit tendenziell eher durch professionelle Pflegekräfte durchgeführt wird und ggf. eine bessere Anleitung für die Schüler stattfinden kann als in Bundesländern, in denen weniger Pflegekräfte pro Schüler zu verzeichnen sind.

Eine Einschätzung hinsichtlich eines erwartbaren Potenzials neuer Gesundheits- und Krankenpflegender wird dadurch eingeschränkt, dass die Zahl der zur Verfügung gestellten Ausbildungsplätze nicht der Zahl der tatsächlich besetzten Ausbildungsplätze entspricht. Es kann von einem erheblich geringeren Anteil tatsächlich besetzter Ausbildungsplätze in den Krankenhäusern

sern ausgegangen werden.⁴⁶ Darüber hinaus werden in einzelnen Bundesländern (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen) die Schüler an Berufsfachschulen und nicht ausschließlich an Schulen des Gesundheitswesens ausgebildet.

Kennzahlen zum Arbeitsmarkt

Insgesamt waren im Februar 2010 Angaben der Bundesagentur für Arbeit folgend 5.656 Gesundheits- und Krankenpfleger (vierstellige Berufskennziffer 8530) als Arbeitslose gemeldet. Die Bundesagentur für Arbeit weist in den regelmäßig erscheinenden Berichten zur Gesundheits- und Pflegebranche⁴⁷ für das Jahr 2008 insgesamt 720.900 sozialversicherungspflichtige Gesundheits- und Krankenpflegende (inklusive Hebammen) bundesweit aus.⁴⁸ Vor diesem Hintergrund entsprechen die sind als arbeitslos gemeldeten 5.656 Personen weniger als 1 % Arbeitslosigkeit, was als geringfügig zu betrachten ist. Es liegt in diesem Bereich also eine Vollbeschäftigung vor. Darüber hinaus weist die Broschüre der Arbeitsagentur⁴⁹ ab dem Jahr 2005 rapide sinkende Zahlen der Durchschnittsbestände gemeldeter arbeitsloser Gesundheits- und Krankenpflegender eines Jahres aus (von 21.400 im Jahr 2005 auf 9.500 im Jahr 2008). Hier erfolgte mehr als eine Halbierung im Zeitraum von drei Jahren.

Die Verteilung der im Februar 2010 als arbeitslos gemeldeten Pflegekräfte zeigen die folgenden Daten aus den Bundesländern.

Arbeitslos gemeldete Gesundheits- und Krankenpflegende im Februar 2010	
Baden-Württemberg	525
Bayern	646
Berlin	366
Brandenburg	220
Bremen	45
Hamburg	131
Hessen	304
Mecklenburg-Vorpommern	168
Niedersachsen	556
Nordrhein-Westfalen	1.403
Rheinland-Pfalz	267
Saarland	100
Sachsen	340
Sachsen-Anhalt	176
Schleswig-Holstein	250
Thüringen	159

Abbildung 15: Anzahl arbeitslos gemeldete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte Februar 2010 © dip 2010

Den niedrigsten Bestand an arbeitslos gemeldeten Pflegekräften weist Bremen mit 45 aus, den höchsten das bevölkerungsreichste Bundesland Nordrhein-Westfalen mit 1.403. Auch hier ist die Absolutzahl vor dem Hintergrund der Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten

⁴⁶ Hierzu liegen bundesweit keine vollständigen Daten vor. Das Land Nordrhein-Westfalen weist im Rahmen der jährlich erscheinenden Landesberichterstattung Gesundheitsberufe explizites Zahlenmaterial aus.

⁴⁷ Bundesagentur für Arbeit 2010

⁴⁸ Es ergeben sich widersprüchliche Zahlen in unterschiedlichen Darstellungen. Dies sei am Beispiel der Zahlen des Jahres 2007 exemplarisch vorgestellt. Im Bericht über die Gesundheits- und Pflegeberufe gibt die BA die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in den Pflegeberufen (Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege einschließlich der Hebammen) mit 710.200 an. Für das gleiche Jahr weist die Statistik des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der BA für die gleiche Zusammenfassung der Berufe (dreistellige Berufskennziffer) 661.752 Sozialversicherungsbeschäftigte aus.

⁴⁹ Bundesagentur für Arbeit 2010

Gesundheits- und Krankenpflegenden (106.323 im Jahr 2008) zu vernachlässigen. Auch hier herrscht Vollbeschäftigung bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden.

Hervorzuheben ist, dass gegenüber der Ausweisung des Vergleichsmonats im Vorjahr (Februar 2009) in allen Bundesländern ein weiterer Rückgang der arbeitslos gemeldeten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden zu verzeichnen ist. Es kann somit aus der Sektor übergreifenden Versorgungsperspektive heraus davon ausgegangen werden, dass die Arbeitslosen in der Gesundheits- und Krankenpflege kein nennenswertes Potenzial darstellen, um z. B. die weiter wachsenden Personalbedarfe im ambulanten und im teil-/ vollstationären Bereich zu bedienen. Die „Arbeitsmarktreserven“ können somit als derzeit erschöpft bezeichnet werden.

Der Pflegemarkt in Deutschland kann vor diesem Hintergrund zu den Bereichen gezählt werden, in denen ein Fachkräftemangel bereits existent und manifest ist. Er wird sich voraussichtlich noch weiter entwickeln, denn der Bedarf an Pflegekräften im Krankenhausbereich (wie in der Entwicklung angedeutet) steigt wieder an. Dies wird sich vor allem aufseiten der ambulanten Dienste niederschlagen, die erhebliche Anstrengungen bei der Personalgewinnung betreiben müssen, um die Anfragen und notwendigen pflegerischen Leistungen aus dem häuslichen Versorgungsbereich bedienen zu können.

3.6 Zusammenfassung

In dem einführenden Kapitel wurden zentrale Entwicklungslinien aus den Arbeitsfeldern aufgezeigt, in denen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende tätig sind. Es zeigt sich in der Sektor übergreifenden Betrachtung ein erheblicher Zuwachs an Beschäftigten im Bereich der ambulanten Dienste und der teil-/ vollstationären Pflegeeinrichtungen. Erstmals ist auch im allgemeinen Krankenhaussektor wieder ein (leichter) Aufbau an Pflegepersonal zu verzeichnen. Damit kann nach über zehn Jahren des Personalabbaus ein zumindest temporärer Stopp beschrieben werden. Ob sich eine Trendwende hinsichtlich der Anzahl der Vollkräfte im Pflegebereich ergibt oder ob eine Stabilisierung auf dem derzeit eher als niedrig einzustufenden Niveau stattfindet, wird sich in den kommenden Statistiken erst retrospektiv beurteilen lassen. Auswirkungen des Sonderprogramms zur Stärkung der Pflege im Krankenhausbereich lassen sich derzeit noch nicht abbilden, da die Einbringung der entsprechenden Berechnungen noch läuft. Hier werden Daten ab dem Jahr 2010 Aufschluss darüber ergeben, ob und wie das Sonderprogramm Einfluss auf die Entwicklung hatte.

Im Krankenhausbereich ist darüber hinaus zu beobachten, dass zwischen 2002 und 2008 die Personalkosten für die Pflege geringfügig sanken, gleichwohl im System 3,8 Mrd. Euro mehr Geld für Personalkosten aufgewendet wurde. Von diesen zusätzlichen Geldern konnte der Pflegebereich bislang nicht profitieren. 75% der Gelder wurden zur notwendigen Stabilisierung der ärztlichen Personalressourcen aufgewendet. Darüber ist ein weiteres Auseinanderdriften der Entwicklungslinien zwischen der Anzahl an Patienten, ärztlicher sowie pflegerischer Personalkapazität ist zu beobachten. Die Entkopplung der Personalentwicklungen der ärztlichen und pflegerischen Versorgung wird unter sicher erschwerenden Bedingungen weiter fortgeführt. Die Belastungszahlen⁵⁰ der Pflegenden stiegen in der Folge der restriktiven Finanzierung der Pflegepersonalkostenanteile in den allgemeinen Krankenhäusern weiter an (von 54,7 auf 61,5

⁵⁰ Belastungszahl nach Fällen: Fallzahl / Vollkräfte

Fälle pro Pflegekraft). Auch wenn Belastungszahlen lediglich Relationen darstellen und keinen direkten Zusammenhang zum tatsächlichen Leistungsgeschehen aufweisen und daher zur Messung einer Arbeitsintensität nur in geringem Umfang aussagekräftig sind, kann trotzdem davon ausgegangen werden, dass diese erhebliche Steigerung ein weiteres Indiz dafür ist, dass die Personalsituation im Krankenhaus unter weiter anwachsenden Anforderungen steht.

Der berufsdemografische Wandel in der Gesundheits- und Krankenpflege verläuft wesentlich stärker, als dies in der Altenpflege zu erkennen ist. Die abgebauten Pflegestellen im Krankenhaus sowie die sinkenden Ausbildungszahlen der vergangenen Jahre führten dazu, dass heute in der Gesundheits- und Krankenpflege 50.000 weniger Beschäftigte in der Altersgruppe der unter 35-Jährigen sind als im Jahr 2000. Der Bestand an Mitarbeitern, die in der Gruppe der über 50-Jährigen sind, hat sich im gleichen Zeitraum dabei fast auf 171.000 verdoppelt.

Die rückläufige Zahl der Arbeitslosen und eine momentan festzustellende Vollbeschäftigung bei der Berufsgruppe der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden kann als ein dringender Hinweis verstanden, dass mit den bestehenden Ausbildungskapazitäten eine Sicherstellung der Versorgung auf dem derzeitigen Niveau langfristig nicht möglich erscheint, da in anderen Bereichen (ambulante und voll-/ teilstationäre Versorgung) der Bedarf hinsichtlich qualifizierter Pflegekräfte weiterhin steigt. Das sinkende Angebot an Ausbildungsplätzen in den Krankenhäusern ist nicht nur kritisch für die Versorgung im Krankenhaus selbst zu betrachten. Hier gilt es Sektor übergreifend darauf zu verweisen, dass ein Ausbau ambulanter Pflegestrukturen und damit eine gesellschaftlich wie politisch gewollte Stärkung der Versorgung zu Hause nicht oder nur unzureichend gelingen kann, wenn diesem Sektor nicht zusätzlich professionelles Personal zur Verfügung steht.⁵¹

Eine weiterhin fehlende systematische Berichterstattung zur Pflege in Deutschland (mit Einbindung einer Sektor übergreifenden Betrachtung aller pflegerischen Versorgungsbereiche sowie einer Angebots- und Nachfragebetrachtung beruflich Pflegenden) sowie das Fehlen zentraler Ergebnisindikatoren zur Abschätzung von Risiken für die Bevölkerung und Patienten im Krankenhaus verweist auf die herausragende Bedeutung ergänzender Beiträge, wie sie im Rahmen einzelner Studien (z. B. Pflege-Thermometer, WAMP Studien etc.) geleistet werden. In Bund und Ländern muss mittelfristig dringend eine systematische, vergleichbare und regelmäßige Pflegeberichterstattung entwickelt und implementiert werden.

⁵¹ Anders als in den Einrichtungen der stationären Pflege, die einen direkten Zugang zu Absolventen aus den angeschlossenen Altenpflegefachseminaren haben, sind insbesondere die ambulanten Dienste darauf angewiesen, dass sie gleichermaßen von der Ausbildung der Krankenhäuser sowie auch von der stationären Altenpflege profitieren können.

4. Durchführung der Befragung

Im folgenden Kapitel werden zentrale Hinweise zur Methodik, zum Ablauf und zur Stichprobe der Datenerhebungen und -auswertungen des Pflege-Thermometers 2009 gegeben.

4.1 Fragebogenkonstruktion und Verteilung

Dem Pflege-Thermometer 2009 lagen im Vorfeld der Erhebung unterschiedliche Abstimmungs- und Vorbereitungsprozesse zugrunde. In einer umfassenden Sichtung wurden bisherige Studien zur Arbeitssituation Pflegender analysiert und die darin eingesetzten Instrumente einer näheren Prüfung hinsichtlich der Relevanz und Umsetzbarkeit für das Pflege-Thermometer 2009 unterzogen. Grundlage eines zentralen Befragungsteils (Patientensicherheit) wurde vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Analyse des Bernca®⁵², ein Instrument, das auch in der RICH-Studie (Rationing in Switzerland Hospitals)⁵³ angewendet wurde. Das Bernca wurde am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel entwickelt und getestet. Mit den Entwicklerinnen des Instruments (am pflegewissenschaftlichen Institut der Universität Basel) wurden nutzungsrechtliche Aspekte abgestimmt.

Zusätzlich wurden im Vorfeld der Untersuchung Experten aus Verbänden hinsichtlich relevanter Fragen und Themenkomplexen befragt. Das Befragungsinstrument des Pflege-Thermometers wurde in gedruckter Form als Einleger in der Zeitschrift »Die Schwester Der Pfleger« im Juli 2009 in einer Auflage von 52.000 ins Feld gebracht. Daneben wurde eine Online-Befragung konzipiert und zwischen August 2009 und Dezember 2009 auf der Internetseite des dip zur Verfügung gestellt.⁵⁴ Die Datenerfassung (Einlesen, Eingabe, Kontrolle der Bögen) erfolgte parallel zum Eingang und über den Erfassungszeitraum hinaus zwischen Oktober 2009 und Januar 2010.

Die Datenauswertung und Analyse konnte aufgrund der großen Resonanz auf die Studie nicht im geplanten Zeitraum (bis Ende des Jahres 2009) stattfinden. Die Bearbeitung (Berechnung) erfolgte nach Abschluss der Datenerfassung und -kontrolle abschließend im Februar und März, die Berichterstattung und grafische Umsetzung erfolgte von April bis Anfang Mai 2010. Veröffentlicht wurde das Pflege-Thermometer im Rahmen einer Pressekonferenz am 19. Mai in Berlin und ist seitdem online unter <http://www.dip.de> verfügbar.

4.2 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Die folgende Grafik visualisiert die Anzahl der in die Auswertung eingegangenen Rückmeldungen, die einzelnen Bundesländern zugeordnet werden konnten.

⁵² Schubert et al.

⁵³ Schubert et al. 2009

⁵⁴ Anhand der Eingabezeiten und der verwendeten IP-Adressen konnten die Eingaben ausgewertet werden und eine systematische Verzerrung (zum Beispiel durch Vielfacheingabe einer IP-Adresse) ausgeschlossen werden. Ausgewertet wurden sowohl bei der schriftlichen als auch bei der Onlinebefragung nur Fragebögen, die vollständig ausgefüllt wurden. Die im hinteren Teil der Befragung liegenden Angaben zum Beruf und/oder zum Berufsfeld waren notwendig, damit die Befragungen eindeutig Personen eines Handlungsfelds (hier: Krankenhaus) und anderer Parameter zugeordnet werden konnten, die für die vergleichende Analyse in Subgruppen benötigt wurden. Die Bruttostichprobe umfasst somit erheblich mehr Antworten zu den einzelnen Aspekten.

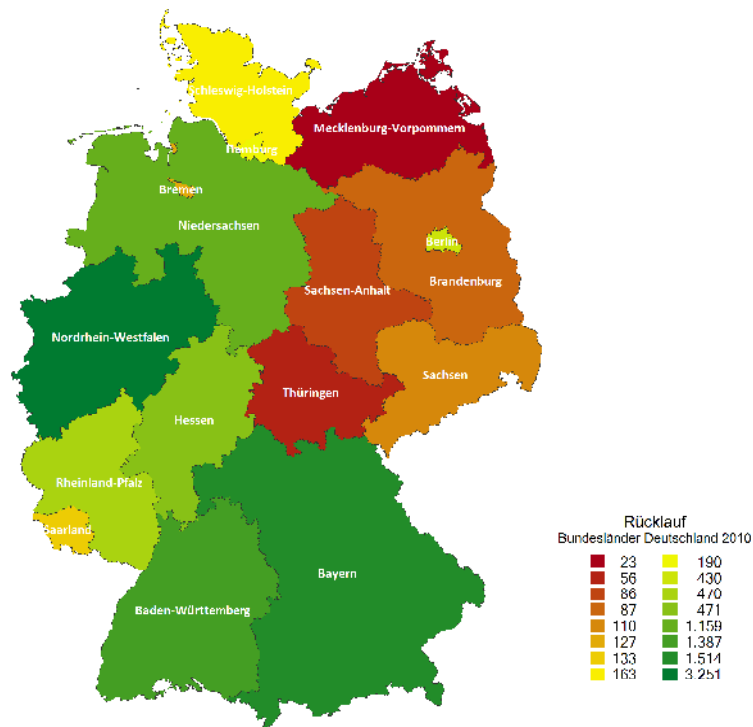


Abbildung 16: Rücklauf in Anzahl nach Bundesländern © dip 2010

Trotz der besonderen Bemühung einer Erhöhung der Stichprobe (es wurden über 200 Krankenhäuser in den neuen Bundesländern gesondert per Mail angeschrieben und gebeten, ihre Mitarbeiter auf die Befragung aufmerksam zu machen) zeigte sich hier eine relativ geringe Resonanz auf die Befragung.⁵⁵

Die Tabelle veranschaulicht dabei die prozentualen Rückläufe aus den jeweiligen Bundesländern in der Stichprobe und weist den Anteil der Beschäftigten im Pflegedienst (in Vollkräften) laut Krankenhausstatistik aus. Wesentlich lässt sich festhalten, dass der Rücklauf aus den neuen Bundesländern deutlich geringer ausfiel als aus den alten Bundesländern.

Eine Repräsentativität war jedoch nicht angestrebt, da im Vorfeld bereits geplant eine Zufallsstichprobe als Datenbasis dienen sollte. Im Pflege-Thermometer 2009 sollte primär auf einer breiten Basis eine deskriptive Einschätzung aus Sicht von klinisch tätigen Pflegenden erhoben werden.

⁵⁵ Als besondere Schwierigkeiten erwies sich dabei, dass auf vielen Internetseiten größerer Kliniken und Klinikverbünde keine zuständige pflegerische Leitung ausgewiesen ist und die E-Mail-Adressen nicht ermittelt werden können, da lediglich eine allgemeine Kontaktadresse angegeben wird. Die direkte Kontaktaufnahme mit pflegerischen Leitungen sind so nur eingeschränkt möglich.

	Anteil der beschäftigten Vollkräfte im Pflegedienst laut Krankenhausstatistik 2008 in Prozent	Anteil der Befragten in der Stichprobe
Baden-Württemberg	12,0	14,3
Bayern	15,0	15,6
Berlin	4,1	4,4
Brandenburg	2,9	0,9
Bremen	1,2	1,3
Hamburg	2,7	2
Hessen	7,0	4,8
Mecklenburg-Vorpommern	2,1	0,2
Niedersachsen	8,6	11,9
Nordrhein-Westfalen	23,1	33,4
Rheinland-Pfalz	4,9	4,8
Saarland	1,6	1,4
Sachsen	5,2	1,1
Sachsen-Anhalt	3,4	0,9
Schleswig-Holstein	3,2	1,8
Thüringen	3,0	0,6

Tabelle 1: Anteil der Beschäftigten in Krankenhausstatistik und Stichprobe regionalisiert nach Bundesländern © dip 2010

Insgesamt vereinten die Rückläufe aus vier Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen) 75% der Antwortenden. Diese vier Länder beschäftigen der Krankenhausstatistik 2008 zufolge bundesweit 58,7% der Vollkräfte im Pflegedienst.

Die *vorliegende Datengrundlage* dieses ersten Berichts bezieht sich dabei auf die **9.719 teilnehmenden Personen, die im Krankenhausbereich tätig sind**.

8.488 der Antwortenden haben eine abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf, 1.113 befinden sich noch in der Ausbildung (Gesundheits- und Krankenpflegeschüler). 118 machten hinsichtlich der Ausbildung keine Angaben.

Angaben zu Berufsdauer und Berufstätigkeit beim derzeitigen Arbeitgeber		
	Wie viele Jahre sind Sie bisher in der Pflege tätig?	Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits bei Ihrem jetzigen Arbeitgeber?
Mittelwert	16,29 Jahre	11,74 Jahre
Modus (häufigster genannter Wert)	2 Jahre	2 Jahre
Minimum	0 Jahre	0 Jahre
Maximum	48 Jahre	45 Jahre
bis zu 25% aller Befragten	bis zu 7 Jahren	bis zu 3 Jahren
bis zu 50% aller Befragten	bis zu 15 Jahren	bis zu 10 Jahren
bis zu 75% aller Befragten	bis zu 25 Jahren	bis zu 18 Jahren

Abbildung 17: Angaben zu Berufsdauer und Dauer der Beschäftigung beim Arbeitgeber © dip 2010

Die Tabelle zur Berufsdauer und zur Tätigkeitsdauer beim derzeitigen Arbeitgeber zeigt, dass die Antworten in der überwiegenden Anzahl erfahrene Pflegende mit einer langen Berufsbiografie sind. Im Durchschnitt (Mittelwert) weisen die Antwortenden 16,29 Berufsjahre in der Pflege aus. Ebenfalls sehr stabil sind die Werte bezüglich der Angaben, wie lange sie beim derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt sind. Auch hier überwiegen die langjährigen Beschäftigungsverhältnisse. Die Quartile geben an, wie sich die entsprechenden Angaben verteilen. Dabei

wird jeweils die Zahl angegeben, auf die sich bis zu 25%, 50% oder 75% der Befragten verteilen. Die Hälfte der Befragten arbeitet den Angaben zufolge bis zu 15 Jahren in der Pflege. Das heißt, dass die andere Hälfte länger in der Pflege tätig ist.

Eine detailliertere Form der Auswertung ist das Balkendiagramm (Histogramm) der Verteilung der Absolutzahlen.

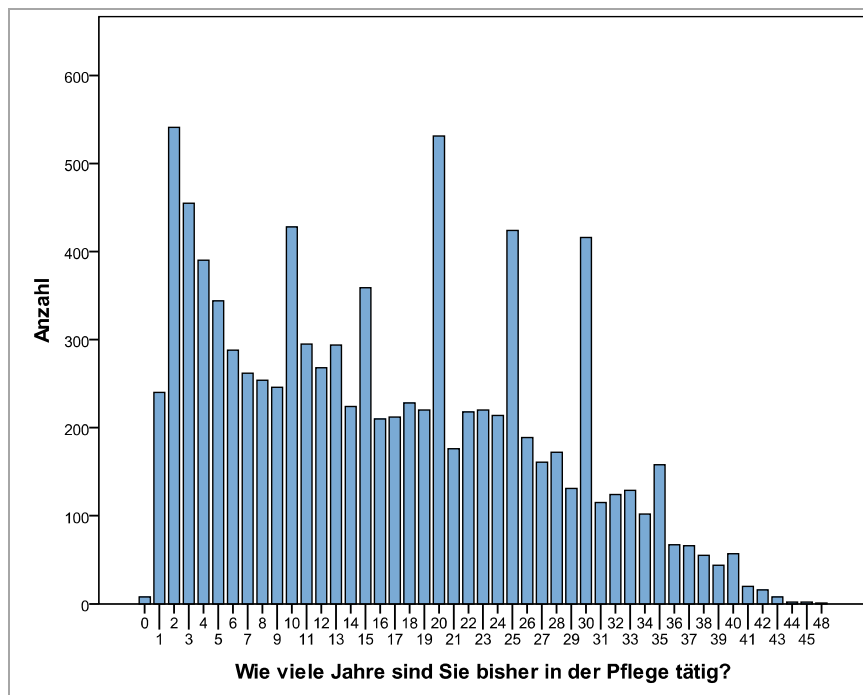


Abbildung 18: Histogramm zur Dauer der Berufstätigkeit in der Pflege © dip 2010

Die Verteilung zeigt, dass viele der antwortenden Pflegenden bereits langjährig im Bereich tätig sind. Es kann auf der Basis dieser großen Stichprobe darauf hingewiesen werden, dass es sich bei Pflege um ein Berufsfeld handelt, in dem eine lange Berufsdauer die Regel ist. Dies wird auch in anderen Untersuchungen bestätigt.⁵⁶ Wie im Eingangskapitel beschrieben, ist der größte Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegenden der Gruppe der über 35 – 50 Jahre alten Mitarbeiter zuzuordnen. Dies deckt sich mit den Angaben der vorliegenden Studie. 52,4% der Befragten sind zwischen 30 und 50 Jahre alt.

79,9% der Antwortenden haben einen unbefristeten Arbeitsvertrag, drei von vier (73,1%) sind in Vollzeit tätig. Die überwiegende Mehrzahl der Antwortenden (66,1%) sind in einem Allgemeinkrankenhaus tätig, weitere 18,2% arbeiten in Universitätskliniken. Einer spezifischen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Fachklinik ordneten sich weitere 9% der Antwortenden zu.

Im bettenführenden Bereich (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie etc.) ist mehr als jeder zweite Befragte der Studie beschäftigt (55,6%). Weitere 19,8% arbeiten auf einer Intensivstation und 20,1% der Angaben entfielen auf zahlreiche spezialisierte und kombinierte Fachabteilungen (gemischte Stationen, Geriatrie, Psychiatrie etc.).

⁵⁶ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2009

Insgesamt betrachtet besteht die Stichprobe in der überwiegenden Mehrzahl aus ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpflegenden, die in Vollzeit unbefristet tätig sind, in einem Allgemeinkrankenhaus oder einer Universitätsklinik arbeiten und im bettenführenden Bereich oder auf Intensivstationen tätig sind.) Die Stichprobe erlaubt vor diesem Hintergrund gute Aussagen hinsichtlich der beruflichen Wirklichkeit, wie sie sich für Pflegende im Krankenhaus darstellt.

5. Berufsbild und Arbeitsbelastung

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Gesamtauswertung des Pflege-Thermometers 2009 für den Krankenhausbereich dargestellt. Dabei werden zur besseren Verständlichkeit die Ausprägungen (trifft voll zu/ trifft eher zu) einer insgesamt zustimmenden Kategorie zugeordnet und die Ausprägungen (trifft eher nicht zu/ trifft gar nicht zu) zu einer ablehnenden Kategorie zusammengefasst. Neben den Grafiken, die die Gesamtauswertung der jeweiligen Fragen mit ihren Ausprägungen abbilden, werden im Text auch Ergebnisse von Subgruppenanalysen (z. B. Unterschiede der Bewertungen in unterschiedlichen Altersgruppen) vorgestellt.

5.1 Einschätzungen zur beruflichen Situation

Ein erster Fragenkatalog bezog sich auf Einschätzungen zum Beruf und zur persönlichen beruflichen Perspektive.

Die folgende Grafik⁵⁷ zeigt die Ergebnisse und die differenzierte Sichtweise der Befragten auf den Beruf und die berufliche Unterstützung durch die jeweiligen Arbeitgeber.

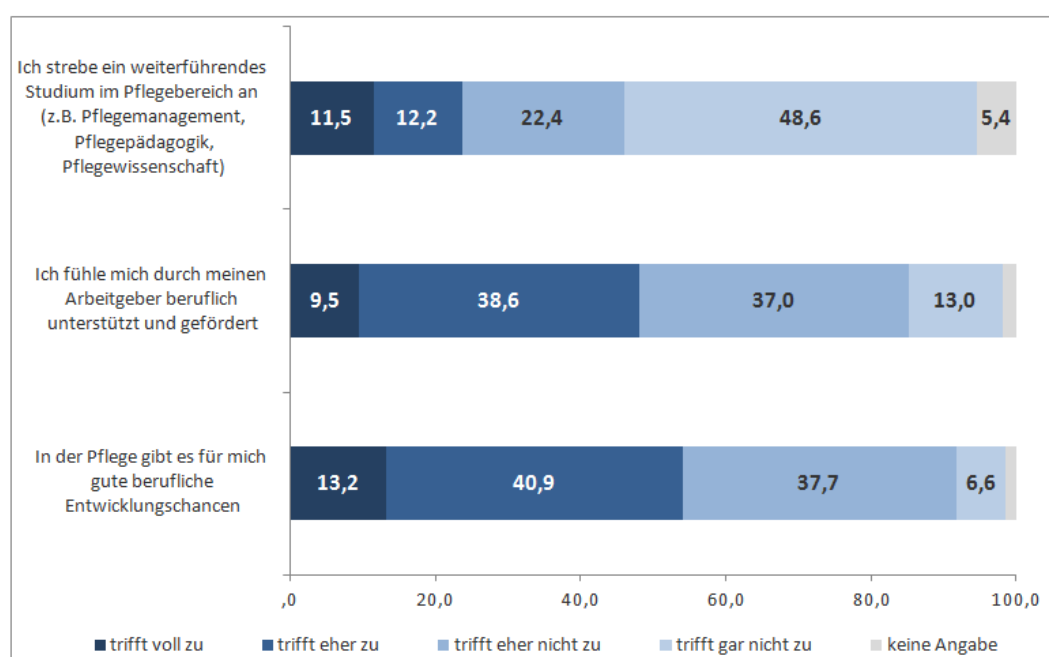


Abbildung 19: Einschätzungen zur beruflichen Situation 1 © dip 2010

Insgesamt wird die Pflege von mehr als jedem zweiten Befragten als ein Beruf eingeschätzt, in dem es gute Entwicklungschancen gibt. Eine altersspezifische Analyse zeigt im Ergebnis, dass die positiven Bewertungen am stärksten ausgeprägt in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen und der 20-25-Jährigen vorherrschen (hier sind es 88,1% bzw. 73,1%, die dieser Einschätzung zustimmen). Diese ist kein überraschendes Ergebnis, denn die Entwicklungsmöglichkeit ist wahrscheinlich ein zentraler Aspekt bei der Berufswahl von Schulabgängern. Die hohe Zu-

⁵⁷ Aus Gründen der Lesbarkeit und grafischen Übersichtlichkeit werden bei den Diagrammen Datenwerte erst angezeigt, wenn sie einen Prozentwert von >5 erreichen.

stimmung unter den jungen Pflegenden ist als positives Signal zu werten und zeigt, dass der Pflegeberuf von jungen Mitarbeitern nicht als ein »Sackgassenberuf« wahrgenommen wird. Erklärt werden kann dies u.a. durch eine hohe Arbeitsplatzsicherheit sowie die vielfältigen Handlungsfelder, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie Studienangebote, die im pflegerischen Bereich zur Verfügung stehen. Die Ausbildung in den Pflegeberufen ist somit ein Ausgangspunkt für vielfältige Optionen und wird von den Befragten auch dahin gehend bewertet.

Jeder zweite Befragte fühlt sich in seiner persönlichen beruflichen Entwicklung vom Arbeitgeber unterstützt. Hinsichtlich einer persönlichen Karriereplanung gibt etwa jeder vierte Befragte (23,7%) an, die Aufnahme eines Studiums im Bereich der Pflege anzustreben. Bei diesem Aspekt ist bemerkenswert, dass er nicht nur bei den jungen Pflegenden (unter 20-Jährige und 20-25-Jährige) Zustimmung erfährt. Bei diesen beiden Gruppen sind es 28,9% bzw. 37,3%. Die Überlegung, ein Studium im Bereich der Pflege anzustreben, ist auch bei den 26-30-jährigen Pflegenden ausgeprägt vorhanden (32,5%) sowie bei der Gruppe der 31-40-jährigen Pflegenden (26%). Einen Rückgang des Interesses gibt es erst in der Gruppe der 41-50-jährigen Pflegenden (15,2%). Damit bildet sich in der Befragung ab, was auch an Hochschulen beobachtet werden kann: Das Einstiegsalter in den tertiären Bildungsweg liegt bei Pflegenden berufsbedingt wesentlich höher als bei Studierenden anderer Studiengänge, die nach dem Abitur studieren. Vielfach entsteht heute noch der Wunsch der Erweiterung des Wissens sowie einer Qualifizierung auf führende oder lehrende Tätigkeiten auf dem Boden einer bereits langjährigen erfolgreichen beruflichen Karriere.

Berufsverbleib

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung der beruflich Pflegenden (Zunahme älterer Mitarbeiter und Abnahme junger Nachwuchskräfte) muss die folgende Einschätzung als kritischer Hinweis hinsichtlich der Arbeitsbelastungen und Arbeitsplatzbedingungen in der Pflege verstanden werden.

Nur jeder zweite Befragte in der Stichprobe plant, den Pflegeberuf bis zum Eintritt ins Rentenalter auszuüben. Hier konnte bereits im Pflege-Thermometer 2007 (Befragung der Pflegedirektionen) ermittelt werden, dass drei von vier befragten Pflegedirektoren (78,3%) davon ausgingen, dass die physischen Belastungen im Pflegebereich bis zum Eintritt ins Rentenalter nicht zu stabilisieren sind. Zieht man hier Untersuchungsergebnisse anderer Studien hinzu^{58 59}, so stabilisiert sich die Einschätzung zu einem kritischen Gesamtbild. Auch bei der Befragung »Gute Arbeit« des INIFES sind es in der Gesundheits- und Krankenpflege der Untersuchung zufolge 57%, die einschätzen, ihren Beruf nicht unter den Bedingungen bis zum Renteneintritt ausüben zu können. Tatsächlich machten im Jahr 2007 Mitarbeiter der Gesundheitsbranche zusammen 29% der Zugänge der Erwerbsminderungsrenten aus.

Die Befragten im Pflege-Thermometer stützen auf einer breiten Basis die These, dass unter den derzeitigen Bedingungen der Beruf nicht geeignet erscheint, ihn bis zum üblichen Rentenalter auszuüben.

⁵⁸ INIFES, DGB-Index Gute Arbeit, <http://www.inifes.de/publikationen.htm>

⁵⁹ Hien, Funk 2009

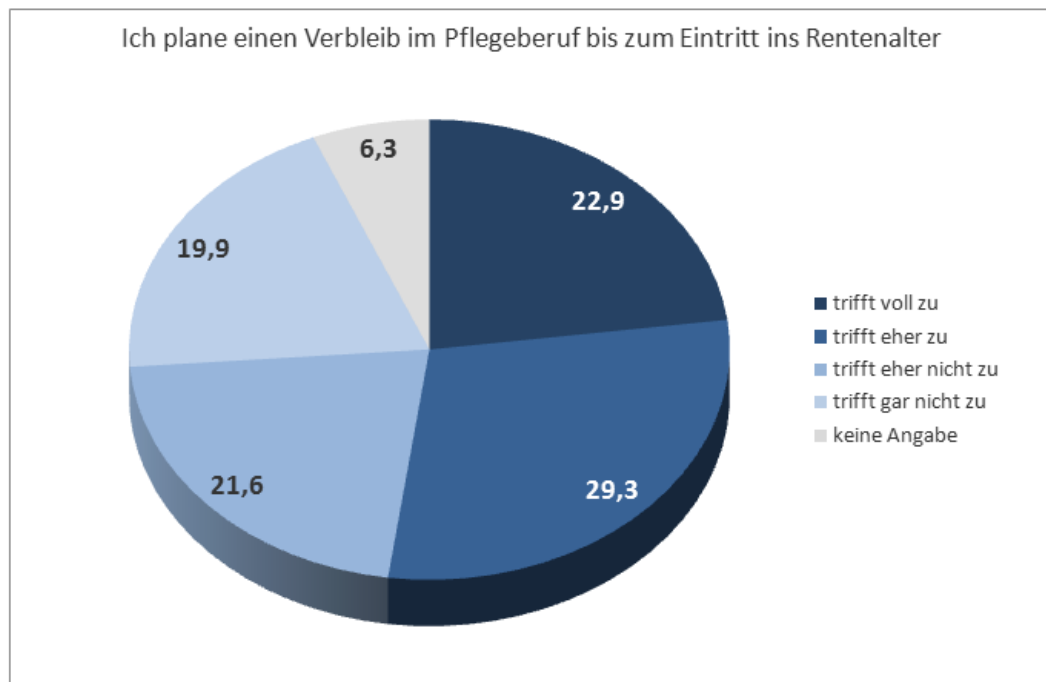


Abbildung 20: Einschätzung zur Berufstätigkeit bis zum Rentenalter © dip 2010

Die oben genannte Einschätzung korrespondiert mit einer kritischen Bewertung derzeit unzureichender Anwendung von Konzepten, die älteren Mitarbeitern einen Verbleib im Pflegeberuf erlauben. 91,6% der Pflegedirektionen gaben bereits im Pflege-Thermometer im Jahr 2007 an, dass im Krankenhaus keine ausreichenden alternativen Einsatzmöglichkeiten für ältere Mitarbeiter zur Verfügung stünden. Diese kritische Bewertung wird durch die Bewertung der befragten Mitarbeiter im Pflege-Thermometer 2009 gestützt.

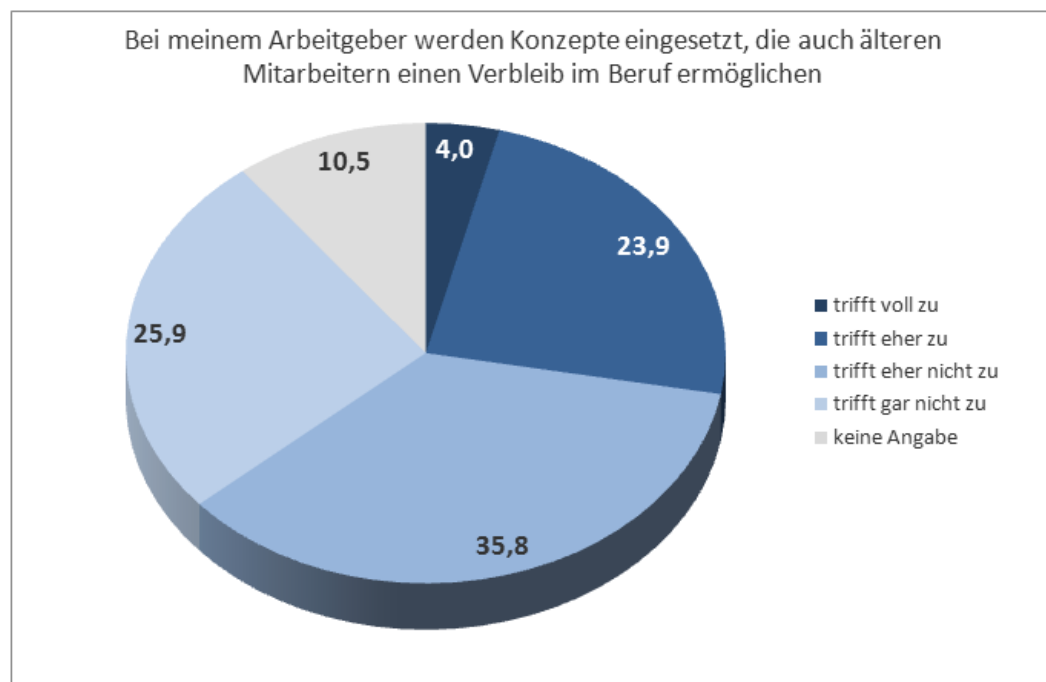


Abbildung 21: Einsatz von Konzepten für ältere Mitarbeiter © dip 2010

Nur etwa jeder Vierte gibt an, dass im Haus entsprechend spezifische Konzepte Anwendung finden. Dabei ist der Grad der vollen Zustimmung mit nur 4% sehr gering ausgeprägt. Im Rahmen der Untersuchung konnte nicht näher auf einzelne Konzepte (z. B. Altersteilzeit, ältere Mitarbeiter als »Pflegerberater« etc.) eingegangen werden. Es verdichten sich jedoch mit dieser Einschätzung zum Themenfeld die Hinweise, dass im Krankenhauswesen vor allem ein Defizit an konkreten Projekten und Ideen besteht, wie sich der Problematik nachhaltig begegnen lässt.

Berufsbewertung

Relevant hinsichtlich einer Reflexion über den Beruf sind auch die folgenden Fragen, die eine Einschätzung bezüglich der Vielseitigkeit des Berufs, der Einbringung des persönlichen Wissens sowie der Entlohnung für die Tätigkeit zulassen:

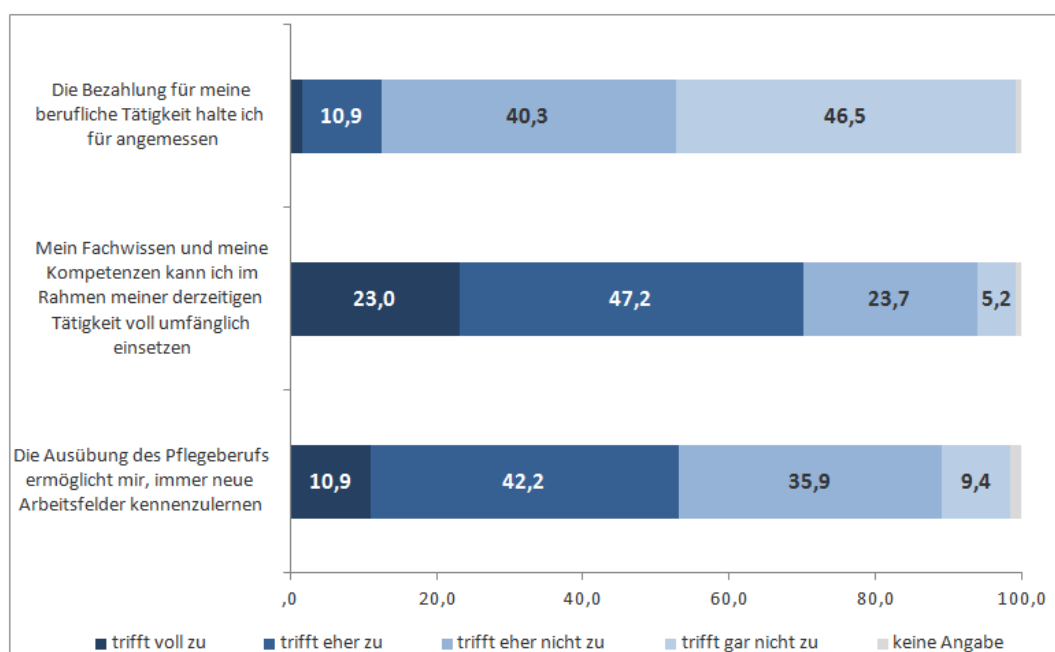


Abbildung 22: Einschätzungen zur beruflichen Situation 2 © dip 2010

Jede zweite befragte Pflegekraft schätzt die Möglichkeiten, im Beruf neue Handlungsfelder kennenzulernen, als »voll zutreffend« oder »eher zutreffend« ein (53,1%). Dies korrespondiert mit der eingangs beschriebenen positiven Einschätzung hinsichtlich der beruflichen Perspektiven. Einen besonders hohen Wert erreicht die Frage danach, inwieweit Kompetenzen im Rahmen der derzeitigen Tätigkeit vollumfänglich eingesetzt werden können. Hier stimmen sieben von zehn befragten Mitarbeitern positiv zu, wobei fast jede vierte befragte Pflegekraft der Einschätzung vollumfänglich zustimmt.

Unzufriedenheit lässt sich jedoch hinsichtlich der Vergütung der eigenen Arbeit ausmachen. Mehr als vier von fünf befragten Pflegekräften beurteilen die Entlohnung für ihre eigene Tätigkeit als nicht angemessen. Auch wenn bei einer Frage nach der Entlohnung für die Tätigkeit tendenziell mit einer eher ablehnenden Haltung gerechnet werden kann, so ist die Deutlichkeit des Ergebnisses überraschend. Die Daten dieser Studie bestätigen damit eine Sonderaus-

wertung des DGB-Index »Gute Arbeit«.⁶⁰ Den dortigen Ergebnissen zufolge beschreiben 47% der Beschäftigten in der Krankenpflege (nicht nur Krankenhausbereich) die Entlohnung lediglich als »mittelmäßig«, 46 Prozent sogar als »schlecht«. Dies sind unterdurchschnittliche Ergebnisse im Vergleich zu anderen Berufsgruppen.

Die Ergebnisse zur Frage nach der finanziellen Entlohnung können auf der anderen Seite auch als ein Hinweis darauf verstanden werden, dass die Entlohnung in diesem beruflichen Feld offensichtlich nicht als entscheidendes Merkmal zu werten ist, wenn es um die Berufswahl geht. Daher muss neben der Frage nach einer angemesseneren Entlohnung diskutiert werden, welche Maßnahmen geeignet erscheinen, um bestehendem Personal eine Perspektive zu ermöglichen und zugleich attraktiv auf junge potenzielle Auszubildende zu wirken.

Berufstätigkeit im Ausland

Bei anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (vor allem beim ärztlichen Dienst) wird neben der Notwendigkeit, neues Personal für den Krankenhausbereich zu rekrutieren, auch die Gefahr der Abwanderung qualifizierter Arbeitskräfte in Ausland diskutiert.⁶¹ Nicht selten erscheinen im benachbarten Ausland (z. B. Österreich, Schweiz, Holland, Schweden) die Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten) sowie die Bezahlung für die Arbeit im Gesundheitssektor attraktiver als dies im bundesdeutschen Gesundheitswesen der Fall ist. Auch im pflegerischen Bereich wird dies zunehmend diskutiert. Im Rahmen der Befragung sollte daher ermittelt werden, wie sich die Bereitschaft, ins Ausland zu gehen, näher quantifizieren lässt.

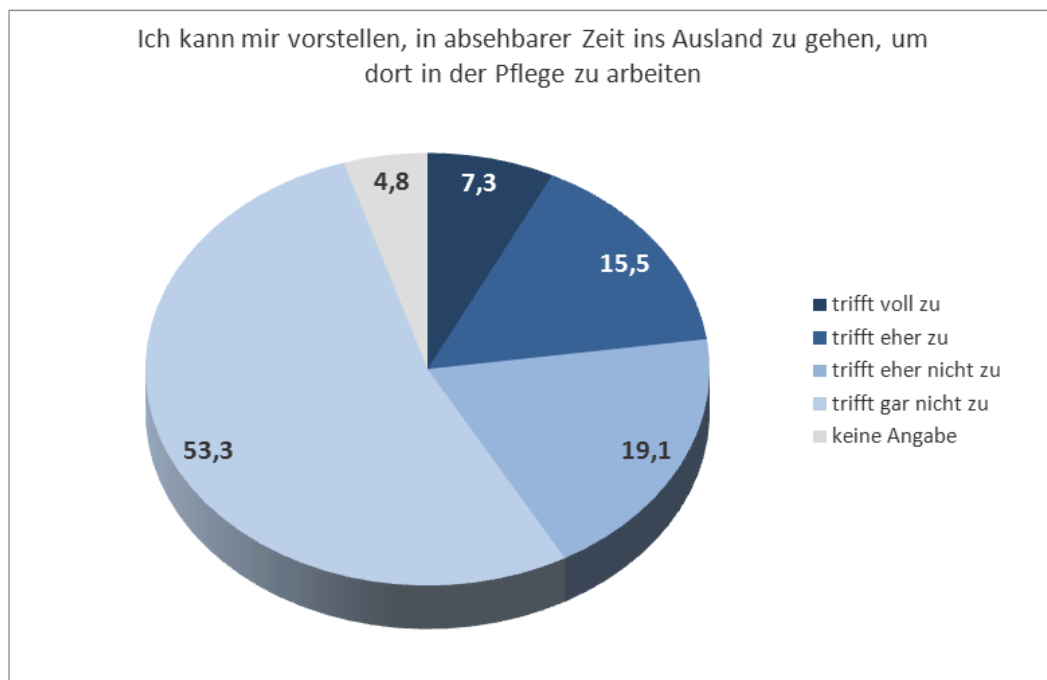


Abbildung 23: Einschätzung zur Arbeit im Ausland © dip 2010

Insgesamt kann sich mehr als jede fünfte befragte Pflegekraft (22,8%) vorstellen, ins Ausland zu gehen und dort in der Pflege zu arbeiten. Dabei zeigen sich erwartungsgemäß Unter-

⁶⁰ <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Service/meldungen,did=250088.html>

⁶¹ FOCUS Online 2008

schiede bei den Altersgruppen. Besonders ausgeprägt ist die Bereitschaft bei den unter 20-jährigen (44,4%) und den 20-25-jährigen Pflegenden (41,2%). Hier können sich demnach zwei von fünf Pflegekräften vorstellen, den Beruf auch in einem anderen Land auszuüben. Dies lässt sich wahrscheinlich vor dem Hintergrund der privaten Situationen der Pflegenden in dieser Altersgruppe erklären. Viele stehen in diesem Alter noch vor einer Familiengründungsphase und sind entsprechend weniger ortsgebunden und potenziell flexibler. Bei den über 31-jährigen Pflegenden sind es nur noch 29,7%, bei den über 41-jährigen nur noch 13%, die dies in Erwägung ziehen.

Positiv betrachtet kann die hohe Bereitschaft zur Mobilität bei den jungen Pflegenden als Ausdruck des Wissens um eine gute Berufsperspektive interpretiert werden. Pflegende haben mit ihren Qualifikationen nicht nur in Deutschland gute Berufsaussichten und wissen mittlerweile um ihre Berufschancen in Europa und im angloamerikanischen Raum.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung beruflich Pflegender und einem insgesamt sich abzeichnenden höheren Bedarf an Pflegekräften in Deutschland muss dies jedoch vor allem kritisch diskutiert werden, denn eine Abwanderung gut qualifizierter deutscher Pflegekräfte kann zu einer weiteren Schwächung der Pflegekapazität in Deutschland und somit zu einer Verschärfung des Fachkräftemangels führen.

Es muss mit Nachdruck hierzulande an den Arbeitsbedingungen gearbeitet werden, die es Pflegenden ermöglichen und attraktiv erscheinen lassen, im eigenen Land tätig zu werden und beruflich beheimatet zu bleiben.

5.2 Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen

Vor dem Hintergrund der kritischen Betrachtung einer »Arztzentriertheit« des Gesundheitswesens im Gutachten der konzertierten Aktion des Gesundheitswesens⁶² und der Diskussion um einen Ärztemangel im Krankenhausbereich entwickelte sich seit 2007 verstärkt eine Diskussion darüber, welche Leistungen Pflegende in der Zukunft in den Krankenhäusern übernehmen sollen.⁶³ Eine Verlagerung von Teilbereichen ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege wird dabei oft im Zusammenhang mit einer Verlagerung pflegerischer Tätigkeiten auf andere Berufe diskutiert. Mittlerweile kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Reorganisationen im Krankenhausbereich mittelfristig neben der Delegation an andere auch die Entwicklung neuer Berufsgruppen umfassen wird.⁶⁴

Die Diskussion darüber, was Pflege als Leistungsspektrum im Krankenhaus durchführt, was als pflegegenau und was als pflegefremd erscheint, wird jedoch schon weitaus länger diskutiert.⁶⁵ An dieser Stelle kann aufgrund der Vielschichtigkeit der Diskussion kein Exkurs über die strittig debattierten Ansatzpunkte (Delegation, Substitution, Allokation) erfolgen.

Im Kontext der Veränderung eines Tätigkeitsspektrums wurde und wird in der Pflege jedoch weiterhin diskutiert, welche Leistungen von Pflegenden an andere Berufsgruppen oder ggf.

⁶² Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007

⁶³ Stemmer 2008

⁶⁴ Blum 2009

⁶⁵ Blum 2003

auch an niedrig qualifizierteres Personal abgegeben werden können, damit eine Übernahme anderer Leistungen (zum Beispiel aus dem ärztlichen Bereich) überhaupt ermöglicht wird.

Im Pflege-Thermometer 2009 wurde nach einer Selbstaussage der Pflegenden gefragt, um die Diskussion dahin gehend mit belastbaren Zahlen zu bereichern. Es ist davon auszugehen, dass neben der Frage, welche Leistungen aus juristischer Perspektive potenziell als delegationsfähig eingeschätzt werden, relevant erscheint, welche Tätigkeiten beruflich Pflegenden selbst als zum Beruf gehörende Leistungen der Pflege im Krankenhaus zählen. Die Diskussion muss auch darüber geführt werden, inwieweit Pflegenden bereit sind Aufgaben abzugeben, oder inwieweit eine Änderung des Tätigkeitsspektrums negativ als »Beschneidung der beruflichen Arbeit« wahrgenommen werden könnte. Im letzteren Falle ist eher zu erwarten, dass angestrebte Veränderungen in der Praxis auf einen erheblichen Widerstand der Pflegekräfte selbst stoßen würden.

Gefragt wurde: »Wie häufig sollten Pflegekräfte im Krankenhaus die folgenden Tätigkeiten als Leistungen übernehmen?«

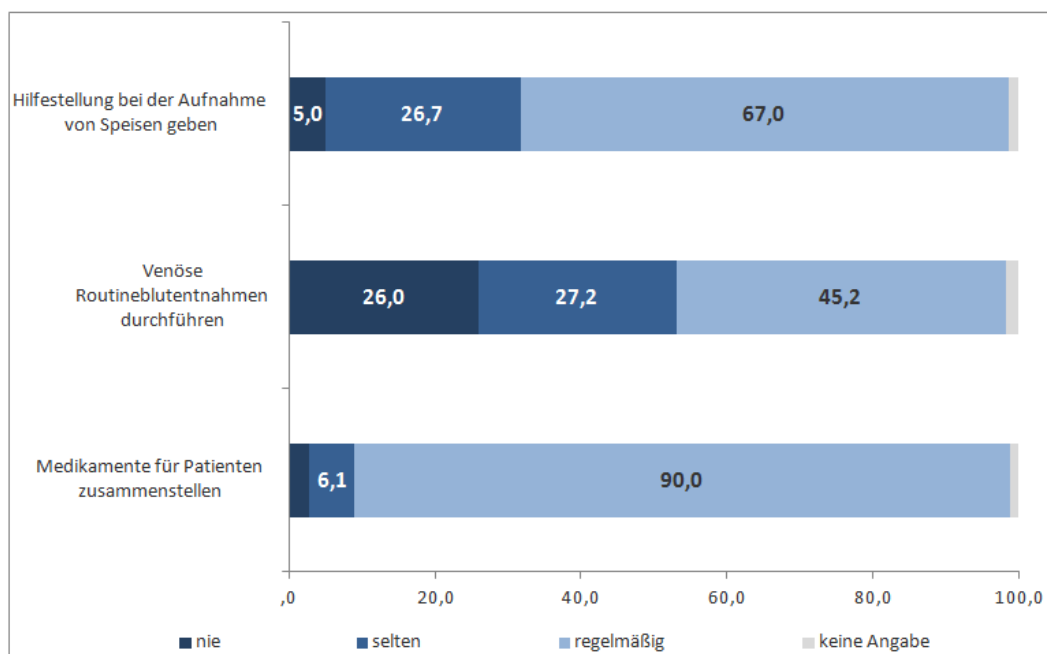


Abbildung 24: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 1 © dip 2010

In diesem ersten beschriebenen Aufgabenblock wird deutlich, dass die Hilfestellung bei der Aufnahme von Speisen von den befragten Pflegekräften in hohem Maße dem eigenen beruflichen Tun zugeordnet wird. Zwei von drei Befragten geben an, dass dies eine regelmäßige Leistung der Pflegenden sein sollte. Dies deutet darauf hin, dass Überlegungen (z. B. Gastronomiepersonal oder Servicekräfte anzustellen) wahrscheinlich im Vorfeld erhebliche Abstimmungsprozesse nach sich ziehen.

Jede vierte befragte Pflegekraft sagt aus, dass eine venöse Blutentnahme nie von Pflegenden durchgeführt werden sollte. Dieses Ergebnis überrascht vor dem Hintergrund, dass in zahlreichen Kliniken die Blutentnahmen mittlerweile standardmäßig durch Pflegekräfte durchgeführt werden. Im Pflege-Thermometer 2007 gab jede fünfte Pflegedirektion an, dass sie dies in

ihrem Hause umgesetzt habe. In der Zwischenzeit dürften in mehr Kliniken Blutentnahmen durch Pflegende vorgenommen werden. Die Akzeptanz bei den beruflich Pflegenden scheint hier jedoch bei zwei von fünf Pflegenden gegeben.

Neun von zehn Pflegekräften beschreiben als eine wesentliche berufliche Tätigkeit das Zusammenstellen von Medikamenten. Nur eine sehr kleine Prozentzahl (2,8%) sehen hier ein Tätigkeitsfeld, das ihrer Ansicht nach nicht durch Pflege belegt werden sollte. Vor dem Hintergrund der Eindeutigkeit dieser Aussage sind in jedem Falle informierende und klärende Vorarbeiten notwendig, ehe ein so prominenter Aufgabenbereich durch technische Lösungen (Verblisterungen/ Lieferung der Medikamente über Apotheken oder Fremdfirmen) ersetzt werden kann.

Ein weiterer Fragenblock beschäftigte sich mit edukativen, lenkenden und therapeutischen Tätigkeiten.

»Wie häufig sollten Pflegekräfte im Krankenhaus die folgenden Tätigkeiten als Leistungen übernehmen?«

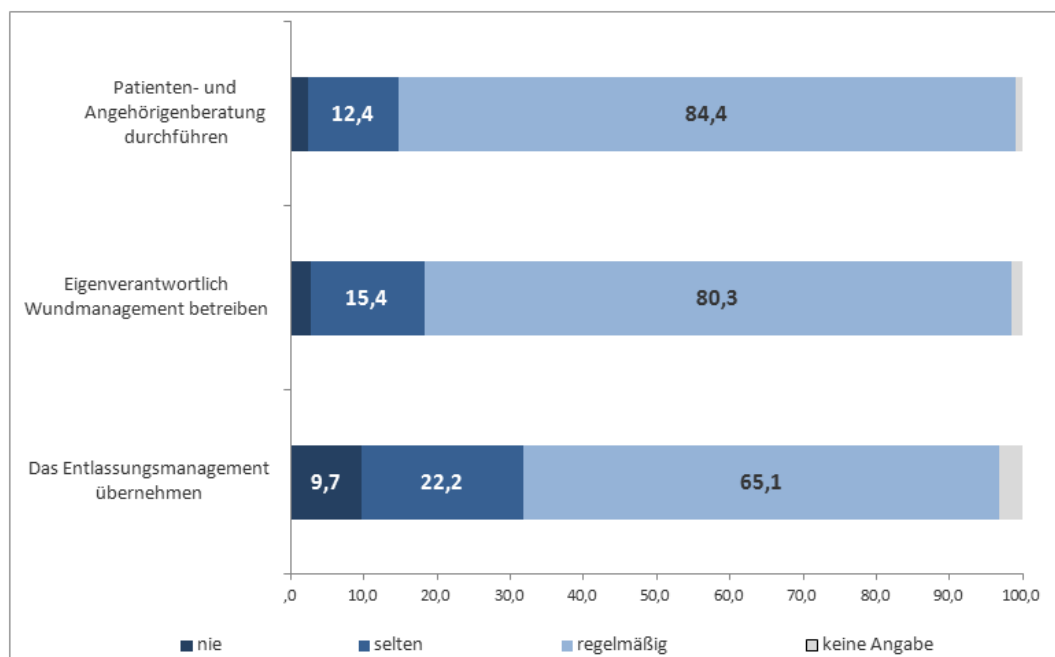


Abbildung 25: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 2 © dip 2010

Der höchsten Zustimmung (Medikamente zusammenstellen) folgt die Aufgabe der Patienten- und Angehörigenberatung (Patientenedukation) in der Selbstbeschreibung der befragten Pflegenden. In der Beratung sehen Pflegende demnach einen wichtigen Bestandteil ihrer eigentlichen Arbeit. Eine hohe Zustimmung hinsichtlich der eigenen Aufgabenbeschreibung findet auch das Entlassmanagement und damit die Aufgabe der Patientensteuerung (auch über den eigenen Betrieb hinaus). Hierin sehen zwei von drei Pflegekräften eine regelmäßig von ihnen durchzuführende Tätigkeit. Ebenso hat das eigenständige Wundmanagement eine hohe Akzeptanz bei den Pflegenden.

Erwartungsgemäß fiel die Beurteilung zu einem Leistungsblock aus, der eher organisatorische und logistische Inhalte beschrieb.

»Wie häufig sollten Pflegekräfte im Krankenhaus die folgenden Tätigkeiten als Leistungen übernehmen?«

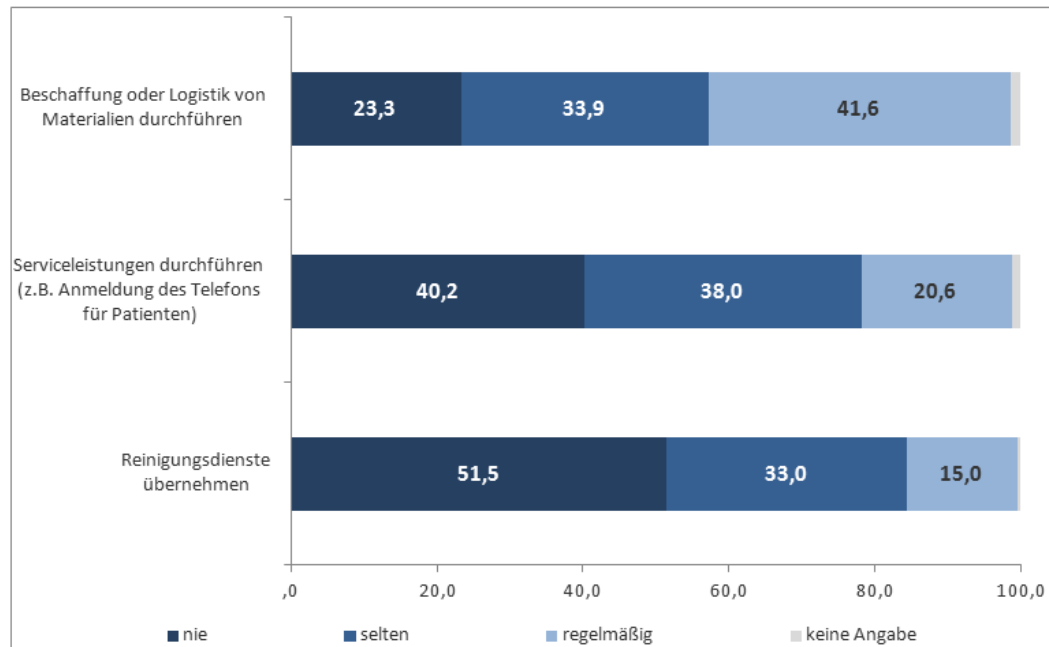


Abbildung 26: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 3 © dip 2010

Jede zweite Pflegekraft spricht sich dafür aus, **nie** Reinigungsdienste übernehmen zu müssen, jede dritte sieht dies offenbar als unabdingbar an (z. B. Flächendesinfektionen etc.), spricht sich aber für eine seltene Übernahme aus. Ähnliche Werte finden sich bei den Serviceleistungen für Patienten (z. B. Telefonanmeldung etc.), die aus Sicht der Befragten offenbar nicht in den Kernbereich der Arbeit gehören, wie Pflegenden sie selbst definieren. Differenziert muss dies für die Beschaffung und Logistik von Materialien betrachtet werden. Zwei von fünf der befragten Pflegekräfte bewerten dies als eine Aufgabe, die regelmäßig übernommen werden sollte. Jede vierte Pflegekraft sieht darin jedoch kein originäres Leistungsspektrum für die Pflege. Eine spezifische Unterscheidung bezüglich der Materialien (einfache Verbrauchsgüter oder spezifische therapeutische Materialien) wurde an dieser Stelle nicht vorgenommen. Tendenziell zeigt sich, dass diese drei genannten Leistungen bei Pflegenden eher eine geringere Akzeptanz aufweisen und ggf. zu einem Tätigkeitsspektrum gehören, in dem Delegation weiter ausgebaut werden könnte.

Ein weiterer Aspekt sind die Übernahme von Patientenbegleitsdiensten und die Frage nach eigenverantwortlicher Verabreichung nicht verordnungspflichtiger Medikamente. Bei den Medikamenten zeigt sich, dass jede zweite Pflegekraft dies zu dem Tätigkeitsbereich zugehörig zählt und diese Leistung als regelmäßig durch Pflegekräfte zu erbringend einschätzt.

Demgegenüber zeigt sich, dass die Patientenbegleitung nur von jeder vierten Pflegekraft als regelmäßig zu erbringende Leistung eingeschätzt wird. Ein wesentlicher Aspekt bei dieser Tätigkeit ist die Frage nach der Komplexität der Leistung und somit der Situation, in der die Leis-

tung erbracht wird. Der Transport eines frisch operierten Patienten ist kein Patientenbegleitedienst, sondern ein medizinischer Transport, der sowohl aus gesetzlichen als auch aus fachlichen Gründen nicht zu delegieren ist. Die Transportbewegungen zu Untersuchungen bei nicht gefährdeten Patienten hingegen sind Begleitedienste, die ggf. von anderen Personen geleistet werden können und bereits vielfach auch geleistet werden.

»Wie häufig sollten Pflegekräfte im Krankenhaus die folgenden Tätigkeiten als Leistungen übernehmen?«

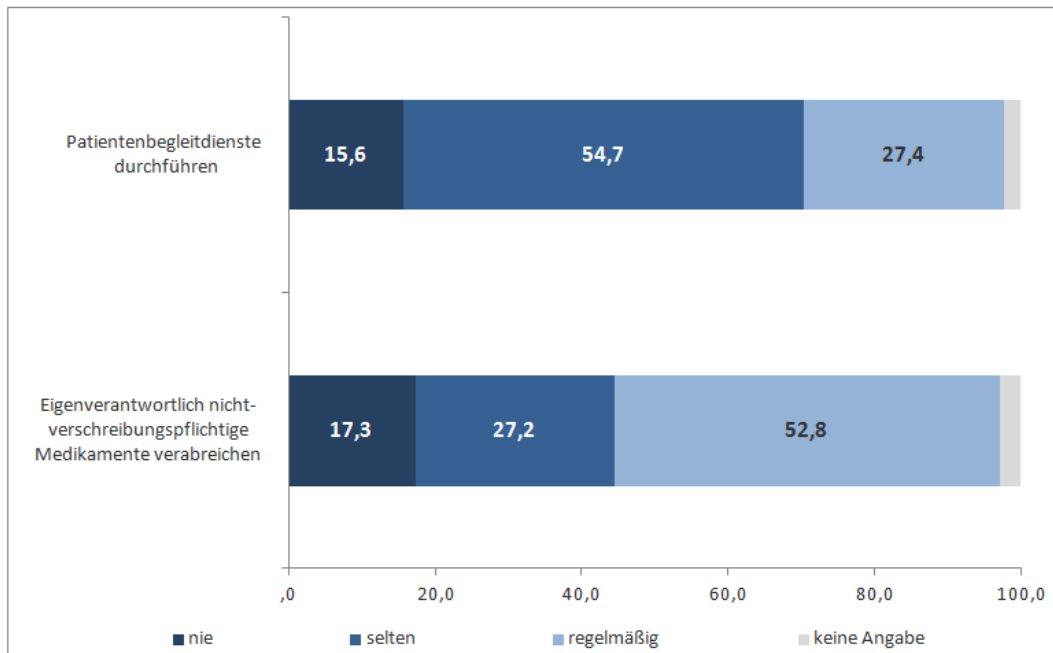


Abbildung 27: Einschätzungen zu pflegerischen Tätigkeitsbereichen 4 © dip 2010

In der Summe zeigt sich, dass die Pflegenden keine der beschriebenen Leistungen eindeutig ablehnen oder anderen zuschreiben würden. Für jede der beschriebenen Leistungen quotieren Pflegenden auf allen Antwortmöglichkeiten. Die Grafik zeigt die zusammenfassende Übersicht der prozentualen Antworten der Kategorie »regelmäßig«.

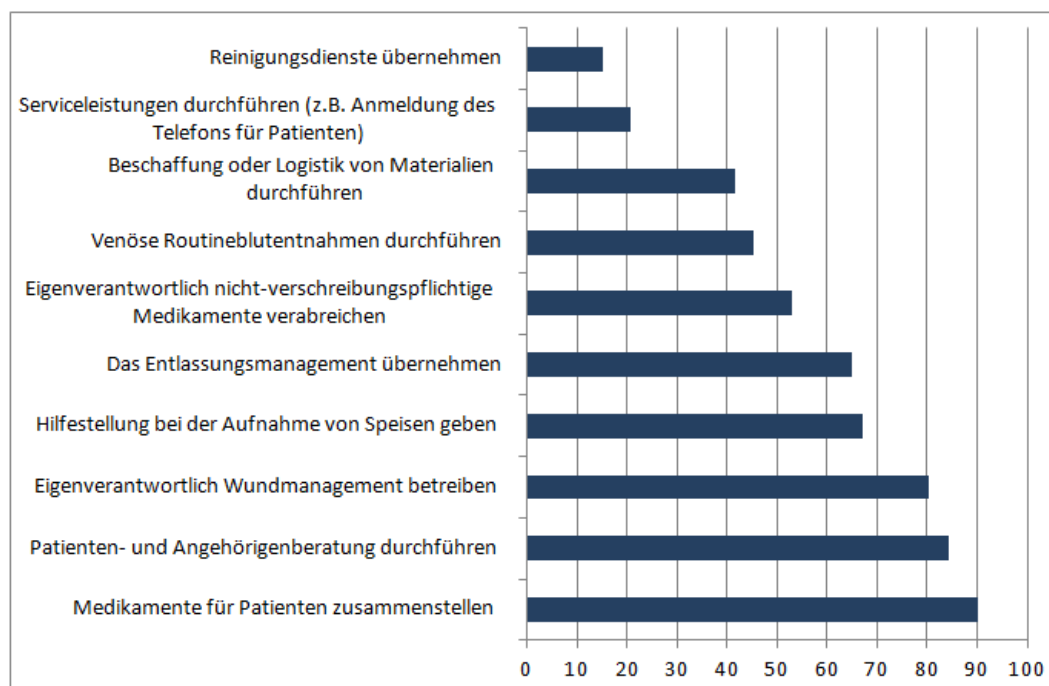


Abbildung 28: Regelmäßige Übernahme von Leistungen aus Sicht der Pflegenden © dip 2010

5.3 Einschätzungen zur beruflichen Belastung

Von zentraler Bedeutung für die pflegerische Arbeit ist die Frage nach der Arbeitsbelastung und nach Veränderungen relevanter Indikatoren der Arbeitsbelastung. Im einführenden Kapitel wurden bereits aus der Makroperspektive einzelne Entwicklungen aufgezeigt. Dazu gehört insbesondere die Arbeitsverdichtung, die u.a. durch eine in der Zeitreihe beschriebene mengenmäßig höhere Patientenversorgung bei deutlich weniger zur Verfügung stehendem Pflegepersonal (Belastungsziffer) abgebildet wird.

In dem folgenden Kapitel sollen persönliche Einschätzungen und individuelle Indikatoren herangezogen werden, um eine Beurteilung der Belastungssituation der antwortenden Pflegekräfte aus der Studie zu ermöglichen.

Indikatoren der Arbeitsbelastung

Im Folgenden werden objektiv einschätzbare Indikatoren der Arbeitsbelastung vorgestellt und in ihrer Ausprägung und Bedeutung diskutiert.

Die durchschnittliche tägliche Patientenbelegung gibt einen ersten Überblick über die Versorgungssituation, der sich Pflegenden täglich stellen. Der häufigste genannte Wert liegt bei 30 Patienten pro Tag als Belegung der Station insgesamt. Vielfach wird in den Kliniken in einem so genannten »Gruppenpflegesystem«⁶⁶ gearbeitet. Das heißt, dass eine Pflegekraft verantwort-

⁶⁶ Im Gegensatz zum Gruppenpflegesystem war in früheren Jahren ein Funktionspflegesystem üblich, das auf der Arbeitsteilung auf Basis ausgewählter Tätigkeiten basierte. Die Gruppenpflege soll umfassendere Arbeit der Pflegekräfte für den Patienten ermöglichen und so eine bessere Ansprechbarkeit für die Patienten zu ihrer Bezugspflegekraft beinhalten.

lich für einen Teil der Patienten auf der Station ist. Die häufigste Angabe zur Anzahl an Patienten, die durch die Pflegekräfte während einer Schicht betreut werden, liegt bei 10.

Belastungsangaben				
	Durchschnittliche tägliche Patientenbelegung	Anzahl der im Durchschnitt betreuen Patienten pro Schicht	Anzahl der zusätzlich zum regulären Wochenenddienst geleisteten Feiertagsarbeit	Anzahl der Überstunden in den letzten 6 Monaten
Mittelwert	25 (gerundet)	12 (gerundet)	1,33	42,11
Modus (häufigster genannter Wert)	30 Patienten	10 Patienten	1-mal	30 Überstunden
Summe				383.132
bis 25% aller Befragten	16	5 Patienten	0-mal im letzten Monat	bis zu 20
bis 50% aller Befragten	25	10 Patienten	bis 1-mal im letzten Monat	bis zu 36
bis 75% aller Befragten	30	15 Patienten	bis 2-mal im letzten Monat	bis zu 60

Abbildung 29: Belastungsindikatoren Tabelle © dip 2010

Pflegende arbeiten meist in Wechselschichten und betreuen Patienten auch an Wochenenden und an Feiertagen. Ein weiterer Parameter der Arbeitsbelastung ist, inwieweit sie eigene Ruhephasen haben und geplante Freizeiten entsprechend zur eigenen Erholung nutzen können. Aufgrund von Erkrankungen von Kollegen oder einer insgesamt hohen Arbeitsintensität kommt es immer wieder dazu, dass neben den regulären Wochenendarbeiten auch zusätzlich „eingesprungen“ wird. Dies stellt nicht nur dahin gehend ein Belastungspotenzial dar, dass die eigene Erholung gefährdet wird; es stellt zugleich auch hohe Anforderungen an die Flexibilität der Pflegenden (auch was Freizeitplanungen angeht).

Jede dritte Pflegekraft (29,3%) gab an, im letzten Monat einmal zusätzlich zum regulären Wochenenddienst einen weiteren Wochenendtag gearbeitet zu haben. Jede fünfte Pflegekraft (22,5%) gab an, zwei Tage und somit ein vollständiges Wochenende durch zusätzliche Arbeit abgedeckt zu haben. Damit kann davon ausgegangen werden, dass eine geregelte freie Zeit und die notwendigen Erholungspausen bei jedem zweiten der Antwortenden nicht oder unzureichend zur Verfügung standen.

Ein weiterer Belastungsindikator ist die Menge der Überstunden, die durch zusätzliche Dienste oder durch eine Verlängerung der Arbeitszeit am Tag aufgebaut werden. Nur 5,6% der Befragten gaben an, keine Überstunden im Zeitraum der letzten sechs Monate geleistet zu haben. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass Arbeits- und Belastungsspitzen im Krankenhausbetrieb zu einem hohen Maße ohne zusätzliches Personal kompensiert werden und das Erbringen von Überstunden die Regel und nicht die Ausnahme ist.

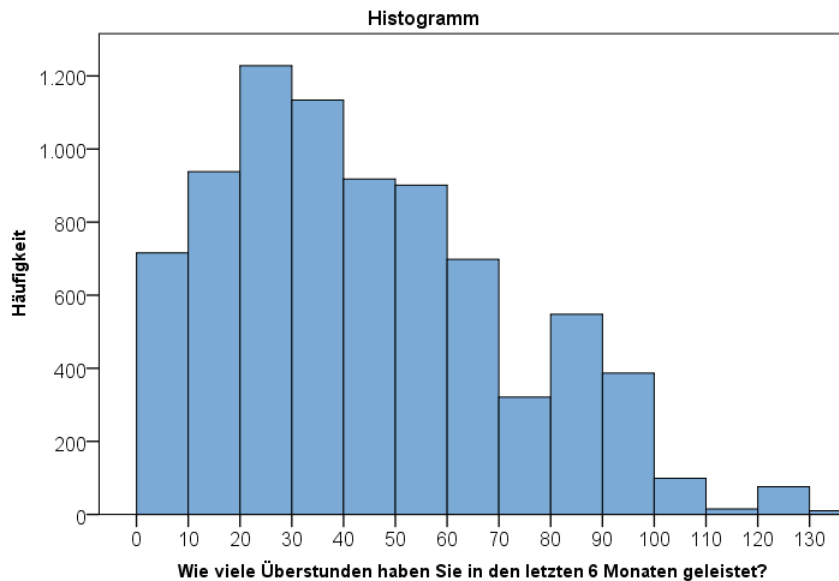


Abbildung 30: Verteilung der Anzahl der Überstunden © dip 2010

Die Initiative Neue Qualität der Arbeit (<http://www.inqa.de>) schlägt bezüglich der Bewertung einer Arbeitszeitflexibilisierung ein Ampelsystem vor. Als Grünphase werden hier bis zu 25 Überstunden erachtet. Bei 26-45 Stunden wird eine Gelbphase beschrieben, bei der ein klärendes Gespräch zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer geführt werden soll, damit die Maßnahmen abgesprochen werden können, die zum zügigen Abbau der Überstunden führen. Die Rotphase gilt als alarmierend und bedarf der sofortigen Gegenmaßnahmen.

Die Analyse der angegebenen Überstunden führt vor dem Hintergrund dieses Bewertungsrahmens zu folgenden Ergebnissen: Nur jede dritte Pflegekraft (34,9%) hat dieser Definition nach Überstunden im Rahmen der Grünphase. Alle anderen Pflegekräfte haben mehr Überstunden leisten müssen. 40% der Befragten liegen hinsichtlich des Überstundenkontingentes in der Rotphase (46-70 Stunden).⁶⁷

Im Jahr 2009 arbeiteten die Deutschen Arbeitnehmer im Schnitt 1.650 Stunden.⁶⁸ Betrachtet man die geleisteten Überstunden der Antwortenden für das letzte halbe Jahr insgesamt, so ergibt sich rechnerisch, dass die Pflegenden in der Studie Überstunden für insgesamt 464 weitere Pflegekräfte in Vollzeitbeschäftigung mit durchführten. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl der beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte würde dies bedeuten, dass insgesamt für rund 15.000 fehlende, Vollzeit beschäftigte Pflegekräfte im Krankenhaus Überstunden geleistet worden wären.

Eine relevante Frage hinsichtlich der Arbeitsbelastung ist, wann die geleisteten Überstunden entsprechend abgebaut werden können. Arbeitsspitzen kurzfristig durch Überstunden zu kompensieren, lässt sich im Pflegebereich nicht dauerhaft vermeiden. Können aber Überstunden nicht mehr zeitnah ausgeglichen werden, so spricht dies für eine unzureichende Stellen-

⁶⁷ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2008

⁶⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007

besetzung, die dauerhaft durch eigene Potenziale abgedeckt wird und so in der Folge zu einer Mehrbelastung für die Mitarbeiter im Pflegedienst wird.

Die Auswertung in der nachfolgenden Grafik zeigt, dass die Befragten mehrheitlich (58,8%) die Überstunden eigenen Angaben zufolge nicht zeitnah wieder ausgleichen können. Jede vierte Pflegekraft gibt dabei sogar an, dass dies gar nicht zutrifft. Vor diesem Hintergrund müssen die Menge der Überstunden und die unzureichende Möglichkeit, diese zeitnah wieder abzubauen, als ein kombinierter Indikator für eine zunehmende Arbeitsbelastung gewertet werden.

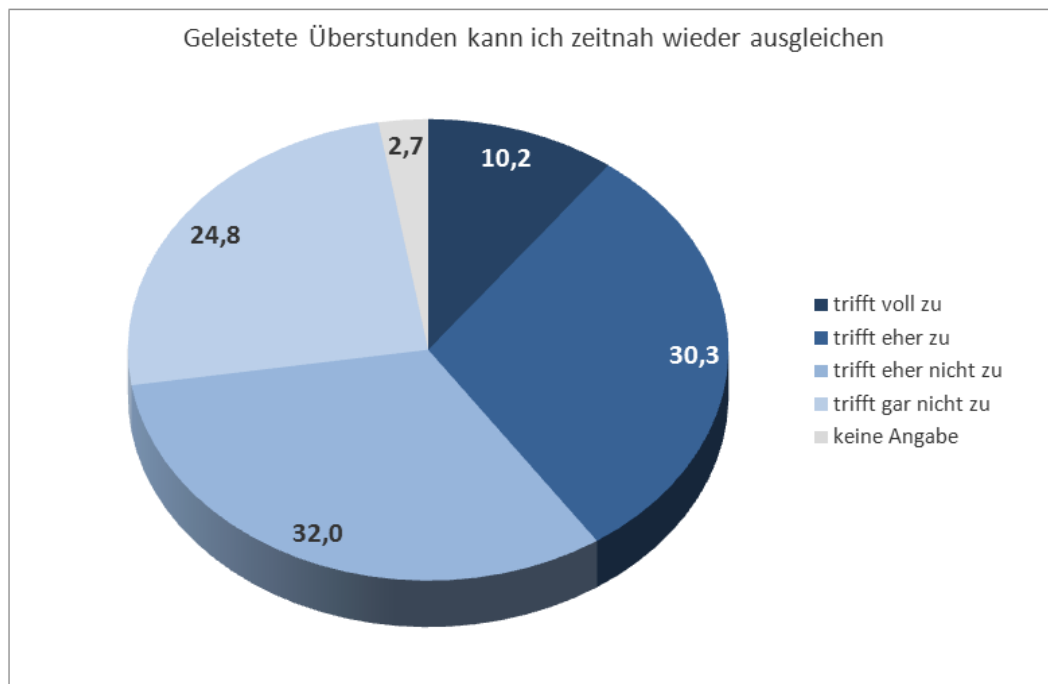


Abbildung 31: Belastungsindikator Überstunden © dip 2010

Nicht nur die Bereitschaft, zur Stabilisierung der Patientenversorgung in Vertretung von Kollegen an Wochenenden einzuspringen, ist ein Maßstab für die Belastung. Hier muss auch hinzugezählt werden, inwieweit es möglich ist, geplante Freizeiten zu nehmen.

Dabei sind die freien Zeiten im Rahmen von Urlauben genauso zu fokussieren wie die Möglichkeit, gesetzlich geregelte Pausenzeiten außerhalb des Arbeitsbereichs (z. B. in eigenen Pausenräumen oder einer Cafeteria) zu nehmen und so eine unterbrechungsfreie Pause gewährleisten zu haben. In der Bewertung dieser beiden Aspekte zeigt sich, dass längerfristige Urlaubphasen bei der Mehrheit der Pflegenden entsprechend eingehalten werden können. Fast neun von zehn der Antwortenden bejahen hier die Möglichkeit, geplante Urlaube auch vollumfänglich geplant nehmen zu können.

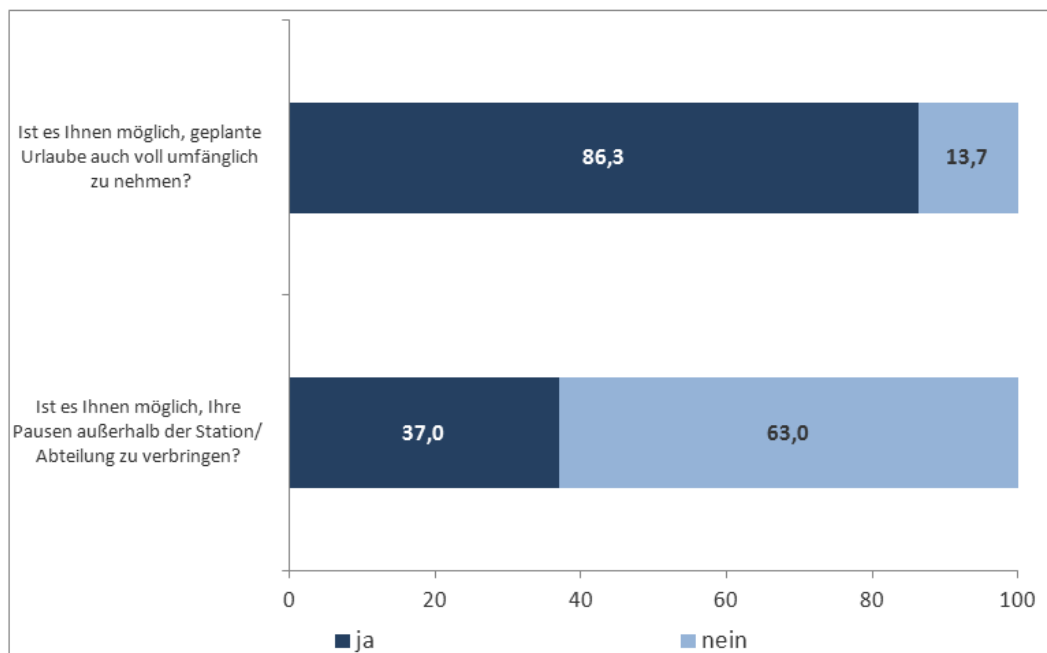


Abbildung 32: Belastungsindikator Pausen- und Freizeiteinschränkung © dip 2010

Anders als bei den geplanten Urlauben sieht es mit den Pausenzeiten vor Ort aus. Hier sind es fast zwei von drei der antwortenden Pflegenden, denen es nicht möglich erscheint, die Pause außerhalb des Arbeitsbereichs zu verbringen. Dadurch aber ist eine tatsächliche Pause nicht immer gewährleistet, denn in den Stationsbereichen ist es schwieriger, sich Anfragen zu entziehen und die gesetzlich geregelten Arbeitspausen in vollem zeitlichen Umfang zu nehmen. In einer Subgruppenanalyse wurde festgestellt, dass auch bei den Schülern fast jeder zweite (45,6%) angibt, die Pausen bei Einsätzen auf den Stationen nicht außerhalb des Arbeitsbereichs verbringen zu können.

Indikatoren der Personalkapazitätsreduktion

Die bisherig aufgezeigten Indikatoren weisen auf eine hohe Arbeitsintensität und eine entsprechend hohe Flexibilität der Mitarbeiter hin. Entscheidend hinsichtlich der Beurteilung der Versorgung und der Arbeitssituation von Pflegenden sind Fragen zur Personalkapazität. Unter Personalkapazität kann die Anzahl und die Qualifikation der zur Verfügung stehenden Pflegefachkräfte verstanden werden. Eine Verringerung der Personalkapazität kann unterschiedliche Bereiche erfassen und sich vielfältig ausdifferenzieren:

- Die Menge des zur Verfügung gestellten Personals kann reduziert werden
- Die Qualifikationen der zur Verfügung gestellten Personen werden verringert (Skill Mix)
- Die Kontinuität der Versorgung wird durch Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung reduziert
- Planstellen werden übergangsweise nicht ersetzt
- Die Menge der zu behandelnden Patienten wird bei gleicher Personalmenge erhöht

Im Folgenden werden weitere Indikatoren vorgestellt, die zentrale Entwicklungen der Personalkapazität beschreiben. Da die folgende Frage einen zeitlichen Bezug zum Vorjahr aufweist, wurden in die Analyse nur die Pflegekräfte einbezogen, die bei ihrem Arbeitgeber seit mehr als

einem Jahr tätig sind die Entwicklungen entsprechend beurteilen können. Damit reduziert sich für die diesen Fragenteil die zugrunde liegende Datenbasis auf insgesamt N=8.614 Pflegendende.

Gefragt wurde:

»Seit Anfang 2008 sind auf der Station, auf der ich arbeite...«

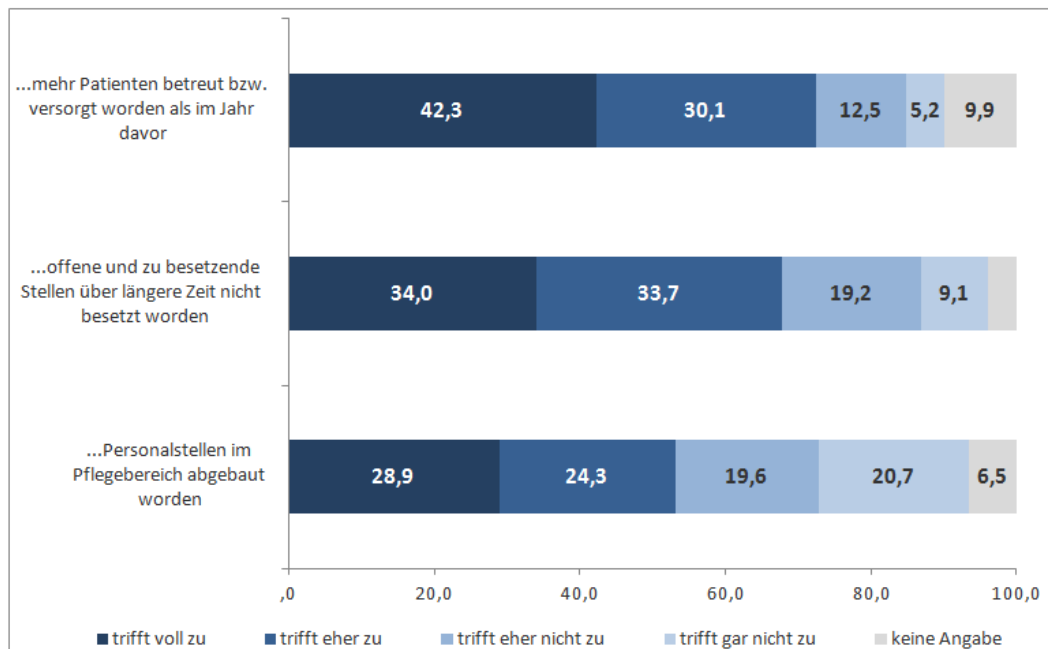


Abbildung 33: Belastungsindikatoren Personalabbau 1 © dip 2010

Zu den beobachteten Veränderungen im konkreten Arbeitsumfeld gaben sechs von zehn der Antwortenden an, dass mehr Patienten betreut wurden als im Jahr davor. Ebenso beobachtete mehr als jede zweite Pflegekraft, dass Personalstellen im Pflegebereich abgebaut wurden. Dies kann ggf. dadurch erklärt werden, dass im Zuge von Umwandlungen Neustrukturierungen vorgenommen wurden. Zwei von fünf Pflegenden (44,2%) gaben an, dass im Laufe des Beobachtungszeitraums Bereiche zusammengelegt wurden. Dies zeigt die hohe Dynamik in der Strukturveränderung der Krankenhauslandschaft auf.

Vor dem Hintergrund der beiden oben genannten Indikatoren (mehr Patienten/ Pflegepersonalabbau) kann bei einer großen Zahl der befragten Pflegekräfte von einer Arbeitsverdichtung ausgegangen werden.

Eine spezifische Form der Pflegekapazitätsverringerung stellt die zeitlich verzögerte Besetzung einer Stelle dar (mehr als zwei von drei Befragten geben hier zustimmend Antwort bezüglich einer Veränderung seit 2008).

Eine Nichtbesetzung kann unterschiedliche Gründe haben. Einerseits kann es sein, dass Stellen nicht besetzt werden können, weil z. B. qualifizierte Pflegekräfte fehlen und sich keine geeigneten Bewerber finden. Dies gibt jede dritte befragte Pflegekraft als Grund an. Für die verbleibenden Pflegenden in den Bereichen erhöht sich dessen ungeachtet die Arbeitsintensität, wenn die Nichtbesetzung Auswirkungen auf die Schichtbesetzung hat. Darüber hinaus fehlt im

konkreten Alltag eine Person, die für entsprechende Fälle (Einspringen am Wochenende) eingesetzt werden kann. So muss auch die Flexibilität erhöht werden.

»Seit Anfang 2008 sind auf der Station, auf der ich arbeite...«

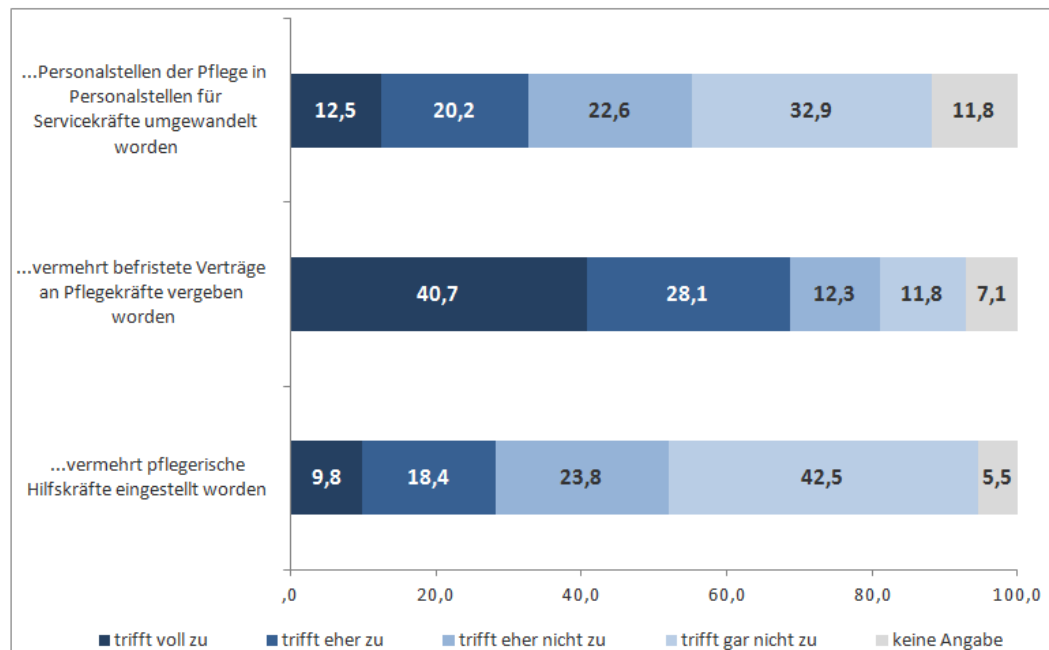


Abbildung 34: Belastungsindikatoren Personalabbau 2 © dip 2010

Die obige Grafik zeigt weitere Veränderungen bezüglich ausgewählter Indikatoren der Pflegekapazität auf. Jede dritte Pflegekraft gibt an, dass in dem Bereich, in dem sie arbeitet, Stellen des Pflegepersonals umgewandelt wurden zu Stellen für Servicekräfte. Damit soll die Pflege konzeptionell begründet durch preisgünstigere Mitarbeiter entsprechend entlastet werden, um sich den Kernaufgaben der Patientenversorgung zuwenden zu können. Die dafür eingestellten Mitarbeiter werden oftmals aus dem Personalbudget der Pflege finanziert. Sie stehen somit nicht als Ergänzung zur Verfügung, sondern bilden vielfach einen Ersatz.

Die direkte Umwandlung von Pflegestellen in Hilfskraftstellen für die Pflegearbeit aber gibt nur jede vierte Pflegekraft an. Dies deckt sich auch mit der Beantwortung einer weiteren Frage zur Pflegekapazität. 64,4% der Befragten geben an, dass ausschließlich examinierte Pflegenden neu eingestellt wurden. Hier kann hinsichtlich der Pflegekapazität nicht von einer flächendeckenden Umwandlung oder einem qualifikatorischen »Downgrading« ausgegangen werden. Ebenso gibt nur jede fünfte Pflegekraft der Stichprobe an, dass vermehrt Mitarbeiter von Zeitarbeitsfirmen eingesetzt wurden. Zeitarbeitsfirmen werden in aller Regel dort eingesetzt, wo eine Unterkapazität längerfristig nicht gedeckt werden kann und wo die eigenen Ressourcen (z. B. durch Mehrarbeit) nicht ausreichen, um die Pflege abzusichern. Die meist kurzfristigen Beschäftigungen erlauben jedoch nicht in allen Fällen eine Integration in alle Informations- und Handlungsabläufe.

Im einführenden Kapitel wurde bereits auf die Zunahme der Teilzeitarbeit im Krankenhausbereich verwiesen. Hinsichtlich der Entwicklung fällt der folgende Punkte auf: Sieben von zehn Befragten bemerken, dass vermehrt befristete Verträge an neue Kollegen vergeben wurden. Vertragsbefristungen bedeuten für die Pflegenden auf den Stationen damit einhergehende

strategische Planungsunsicherheiten, da der Personalbestand nicht langfristig gesichert erscheint. Dieser Anstieg kann aber auch aus dem Wunsch der Pflegenden heraus formuliert und umgesetzt werden. Ein zweiter Aspekt der Befragung zielte daher auf die Begründung für die hohen Teilzeitquoten.

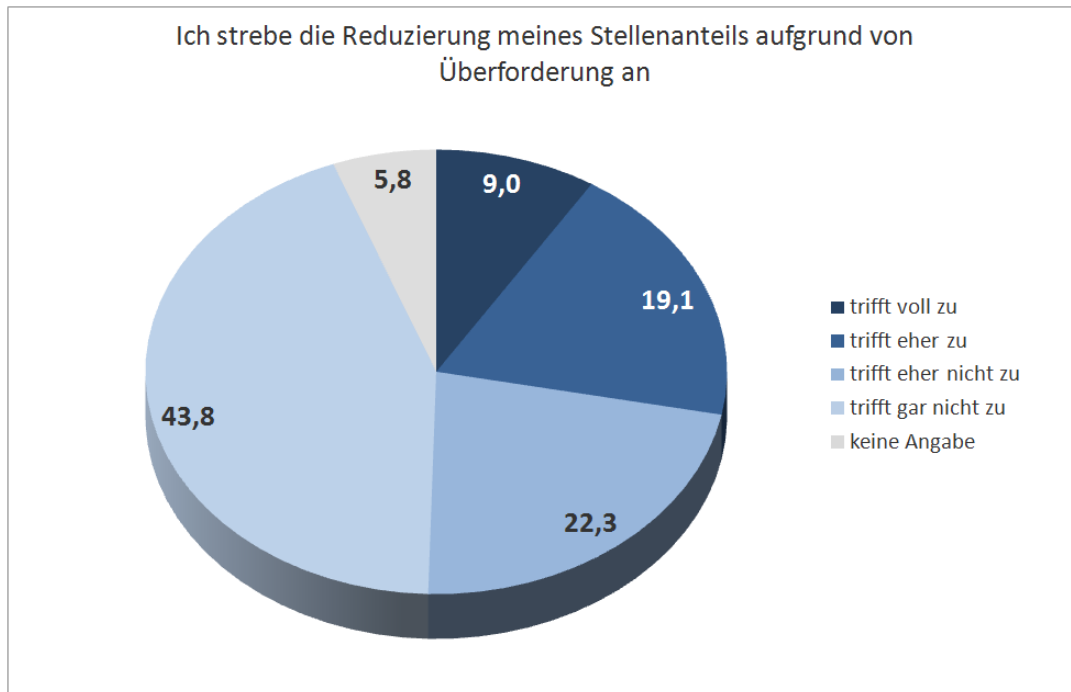


Abbildung 35: Stellenreduzierung © dip 2010

Insgesamt gibt mehr als jede vierte befragte Pflegekraft an (28,1%), eine Reduzierung des Stellenanteils aus Gründen der Überforderung anzustreben. Dabei ist die Antwort in der Subgruppenanalyse gleich verteilt bei Pflegenden, die eine Vollzeitstelle besitzen und Pflegenden, die bereits in Teilzeit arbeiten. Die Reduzierung aufgrund von Überlastung kann damit auf die Belastung, nicht aber auf vertragliche Arbeitsumfänge zurückgeführt werden.

In einer Subgruppenanalyse zeigte sich darüber hinaus, dass diese Überlegung bei Mitarbeitern von Intensivstation prominenter auftritt. Hier ist es jeder Dritte (34,1%), der eine Stellenkürzung in Erwägung zieht.

5.4 Hoch belastete Pflegende

Im Rahmen der Datenauswertung wurden unterschiedliche Subgruppenanalysen durchgeführt. Als Ausgangspunkt der Gruppenbildung »hoch belastete Pflegende« wurden dazu die folgenden Indikatoren mit den beschriebenen Ausprägungen in Kombination verwendet.

- Die Pflegenden arbeiten länger als ein Jahr bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber (um Belastungsentwicklungen in der Zeitreihe beurteilen zu können)
- Die Pflegenden gaben mit »trifft eher nicht zu« und »trifft gar nicht zu« an, dass Personalstellen im Pflegebereich ausgebaut wurden
- Die Pflegenden gaben mit »trifft voll zu« und »trifft eher« zu an, dass Personalstellen im Pflegebereich abgebaut wurden

- Die Pflegenden gaben mit »trifft voll zu« und »trifft eher zu« an, dass mehr Patienten betreut bzw. versorgt wurden als im Jahr davor
- Die Pflegenden gaben mit »trifft eher nicht zu« und »trifft gar nicht zu« an, dass geleistete Überstunden zeitnah wieder ausgeglichen werden können

Auf Basis der Kombination dieser Indikatoren konnte ermittelt werden, dass insgesamt 2.092 der 9.719 Pflegenden im Krankenhaus als »hoch belastet« einzustufen sind. Jeder fünfte Pflegende (21,5%) kann vor dem Hintergrund der Kombination dieser Merkmale als »hoch belastet« benannt werden. Bei dieser Gruppe lassen sich in der Folge Unterschiede zu einzelnen Aussagen hinsichtlich der Patientensicherheit aufzeigen. Eine Reduzierung des Stellenanteils aufgrund von Überforderung erwägen in dieser Subgruppe 39,6% im Gegensatz zu den oben genannten 28,1%.

5.5 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich, dass die Pflegenden der Studie überwiegend länger in ihrem Beruf tätig sind. Der Durchschnitt liegt bei 16 Jahren Berufstätigkeit. Hinsichtlich der Belastung im Beruf muss von einer weiteren Arbeitsverdichtung im Pflegebereich ausgegangen werden. Häufiges Einspringen für Kollegen an planmäßig freien Wochenend- oder Feiertagen sowie das Leisten zahlreicher Überstunden sind dabei an der Tagesordnung. Nur zwei von fünf Pflegenden können die geleisteten Überstunden auch zeitnah wieder in Freizeit umwandeln und so die Mehrbelastung durch eine Erholung ausgleichen. Geschätzt auf die Anzahl aller Pflegenden in Deutschland, leisten sie in den Kliniken Überstunden in dem Umfang, der dem Volumen der Stellenkürzungen der letzten Jahre entspricht.

Die Mehrzahl der befragten Pflegenden beobachten rückblickend eine Erhöhung der Anzahl der Patienten im eigenen Arbeitsbereich. Bei jeder zweiten befragten Pflegekraft ging dies einher mit einem weiteren parallelen Stellenabbau, der sich auch als Stellenumbau (Pflegekräfte werden durch Servicekräfte ersetzt/ ergänzt) und als temporäre Nichtbesetzung offener Stellen abbilden lässt. Die Kombination von erhöhtem Aufwand durch mehr Patienten, einem Personalabbau im eigenen Bereich sowie der Unmöglichkeit, Überstunden zeitnah wieder abzubauen, kumuliert in eine Gruppe der »hoch belasteten Pflegenden«, die in der Folge in allen zentralen Fragen der Patientensicherheit aber auch relevanter beruflicher Perspektiven schlechtere Einschätzungen aufzeigen als vergleichbar alle Pflegenden gemeinsam. Es sind vor diesem Szenario unter anderem auch die Pflegenden selbst, die einen zunehmenden Wunsch zur Teilzeitarbeit angeben. Besonders hoch ist dieser Wert bei den als »hoch belastet« eingestuften Pflegenden. Hier sind es zwei von fünf Pflegenden, die eine Reduzierung der Arbeit aufgrund von Überforderung anstreben. In diesen Kontext ist auch einzuordnen, dass ein hoher Anteil nicht daran glaubt, den Beruf bis zum Eintritt ins Rentenalter ausüben zu können.

Dennoch wird der Beruf von einer großen Anzahl an Pflegenden als ein Beruf eingeschätzt, in dem es ungeachtet der derzeit schwierigen Situation berufliche Entwicklungschancen gibt. Dies zeigt sich an der empfundenen Unterstützung der persönlichen weiteren Entwicklung genauso wie in dem Wunsch, ein Studium in diesem Bereich aufzunehmen. Auch findet man vor allem bei den Jüngeren häufiger der Plan, im Ausland zu arbeiten. Dies kann jedoch sowohl positiv als auch negativ gedeutet werden und bedeutet für die bundesdeutsche Perspektive

ein hohes Risiko, wenn die angegebenen Pläne auch umgesetzt werden und so hierzulande professionelle Pflege weiter fehlt, bzw. sich der Fachkraftmangel verstärkt.

Ein Abbau pflegerischer Fachexpertise (Umbau der Stellen des examinierten Pflegepersonals zu Hilfskraftstellen) lässt sich aber nur isoliert und nicht flächendeckend ausmachen. In der überwiegenden Anzahl werden freie Stellen, so sie besetzt werden können oder sollen, weiterhin durch examiniertes Pflegepersonal ersetzt.

Hinsichtlich des eigenen Tätigkeitsspektrums zeigen die Pflegenden, dass Leistungen dem eigenen Berufsbild zugeordnet werden. Grundsätzlich existieren keine Leistungen, die von Pflegenden nicht auch zu eigenen Tun gerechnet werden. Die drei Tätigkeiten mit dem geringsten Zuspruch durch die Gruppe selbst sind: Serviceleitungen (Telefonanmeldung etc.), Materiallogistik und venöse Blutentnahmen. Den größten Zuspruch haben die Leistungen: Wundmanagement zu betreiben, Patienten- und Angehörigenberatung durchzuführen und Medikamente zu stellen.

6. Patientensicherheit

Von zentraler Bedeutung ist die Frage, wie sich die Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung auf die Versorgung und Sicherheit der Patienten auswirken. Die Stabilisierung der pflegerischen Versorgung sowie die Sicherstellung einer umfassenden Überwachung und Weiterführung der medizinischen Therapie sind entscheidende Merkmale, um Aussagen bezüglich der Angemessenheit der personellen Ausstattung im Krankenhausbereich treffen zu können.

Im folgenden Kapitel sollen dazu zentrale Aspekte und Indikatoren untersucht werden. Eine besondere Bedeutung hat vor dem Hintergrund die Untersuchung von Subgruppenunterschieden. Hierzu werden die Ausprägungen der Indikatoren der hoch belasteten Pflegenden der Gesamtausprägung aller Befragten gegenübergestellt.

6.1 Einschätzungen zur allgemeinen Versorgung

Erste Aussagen zur generellen Beurteilung der pflegerischen Versorgung wurden wie folgt von den Pflegenden eingeschätzt:

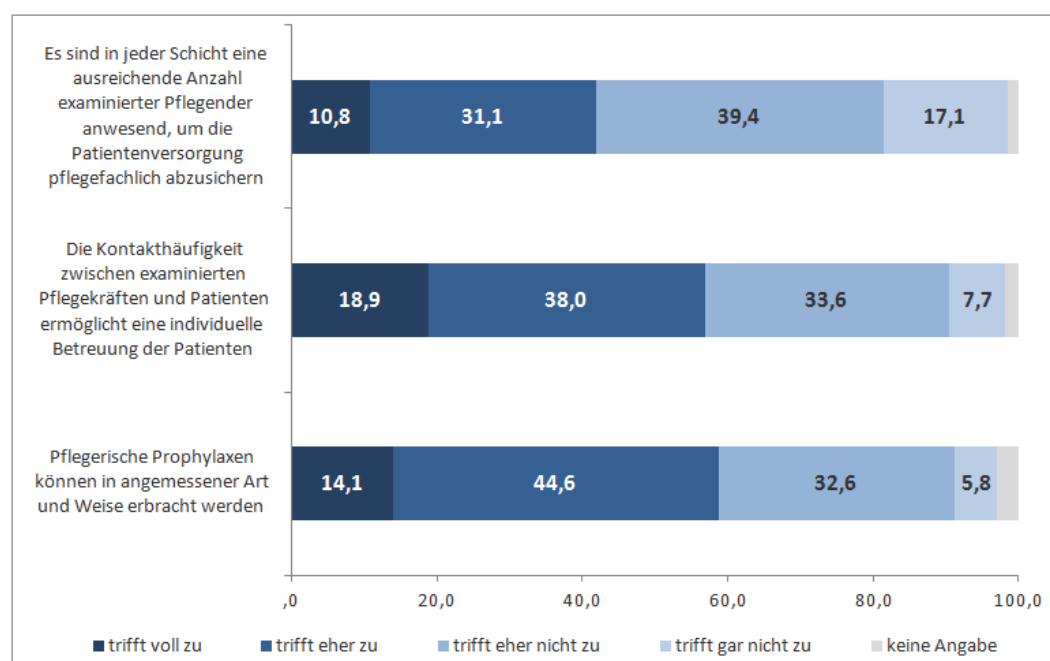


Abbildung 36: Patientensicherheit 1 © dip 2010

Mehr als jede zweite Pflegekraft (56,5%) gab an, dass die Schichtbesetzungen mit examinierter Pflegenden nicht ausreichen, um eine pflegefachliche Absicherung der Patientenversorgung zu gewährleisten. Nur jede zehnte Pflegekraft sah hier keine Probleme für ihre Abteilung/Station. Ein Merkmal der pflegefachlichen Absicherung ist z. B. die Möglichkeit, Prophylaxen (z. B. Maßnahmen zur Verhinderung von Stürzen, Wundliegen, Kontrakturen oder Lungenentzündungen) in angemessener Art und Weise durchführen zu können. Dies sieht jedoch nur etwas mehr als jede zweite befragte Pflegekraft (58,7%) tendenziell als gegeben an. Ebenfalls nur etwas mehr als jede zweite befragte Pflegekraft (56,9%) beurteilt die Kontakthäufigkeit

zwischen Pflegenden und Patienten als ausreichend, um eine individuelle Patientenversorgung und -betreuung zu ermöglichen.

Diese ersten Indikatoren verweisen auf eine Problematik, die sich vor dem Hintergrund der in dieser Studie abgebildeten Arbeitsverdichtung und der Personalsituation erklären lässt. Potenziell stehen immer mehr Patienten – wenn auch mit kürzeren Verweildauern – immer weniger Pflegenden im Krankenhaus gegenüber. Dabei reduziert sich in Folge nicht ausschließlich die kommunikative und individuelle Pflegearbeit, sondern es zeigen sich Auswirkungen bereits auf der Seite zentraler pflegerischer Maßnahmen (Prophylaxen) sowie in einer geringeren werdenden Möglichkeit, pflegfachlich abgesichert zu arbeiten.

Ein gravierender Unterschied der Bewertung kann hier im Rahmen der Subgruppe der »hoch belasteten« Pflegenden ausgemacht werden. Hier sind es 75,3%, die »eher nicht« oder »gar nicht« angeben, dass in jeder Schicht ausreichend examinierte Pflegende vorhanden sind, um die Arbeit pflegfachlich abzusichern. Auch verschlechtern sich in dieser Subgruppe die Werte bezüglich der Aussagen einer individuellen Betreuung der Patienten. Es sind nur noch 39,4%, die die Kontakthäufigkeit entsprechend als ausreichend einschätzen. Die Angemessenheit der Durchführung pflegerischer Prophylaxen bewerten in dieser Subgruppe nur noch 40,6% im voll zutreffenden oder eher zutreffenden Bereich.

Ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege ist die Überwachung der Patienten (z. B. nach einer Operation). Die Überwachung erfordert z. B. ein regelmäßiges Kontrollieren von Vitalwerten (Blutdruck, Puls, Atmung, Temperatur) sowie die Beobachtung auf Veränderungen bei Wundnähten oder Wundsekretableitungen. In besonderem Maße trifft dies nach Eingriffen (z. B. Operationen) und invasiven Untersuchungen (z. B. Magenspiegelungen) zu. Hier müssen engmaschige Nachkontrollen erfolgen, um Nachwirkungen von Medikamenten [Atemaussetzer, allergische Reaktionen oder Spätfolgen der Operation (Nachblutungen) etc.] ausschließen zu können. Nur auf der Basis des regelmäßigen Kontaktes zwischen ausgebildeten Pflegekräften und den Patienten kann eine entsprechend hinreichende Krankenbeobachtung durchgeführt werden. Überwachungen sind darüber hinaus notwendig, um zu kontrollieren, dass sturzgefährdete Patienten nicht versuchen, alleine aufzustehen. Die Überwachung wird aufgrund einer Zunahme an kognitiv eingeschränkten Patienten (z. B. aufgrund einer demenziellen Erkrankung) und älteren (oft multimorbiden) Patienten zunehmend bedeutsam für die pflegerische Arbeit.

Zu diesem zentralen Aspekt äußern sich die Befragten folgendermaßen: Lediglich drei von fünf Pflegenden geben an, dass Sie die Patienten häufig genug in einer Arbeitsschicht sehen, um die Sicherheit Ihrer Patienten vollumfänglich oder tendenziell eher gewährleisten zu können. Dieses Ergebnis muss als ein zentrales Alarmzeichen angesehen werden, denn mit der Abnahme der Kontakthäufigkeit und der verminderten Möglichkeit einer Krankenbeobachtung steigt für Patienten potenziell das Risiko, dass Reaktionen auf Medikamente oder Folgen invasiver Eingriffe nur noch bedingt rechtzeitig erkannt werden können. So kann die Zahl der vermeidbaren und nicht rechtzeitig entdeckten Komplikationen steigen. Im englischsprachigen Raum

ist das Eintreten vermeidbarer Zwischenfälle (adverse events) ein zentraler Indikator zur Erfassung der pflegerischen Versorgungsqualität.⁶⁹

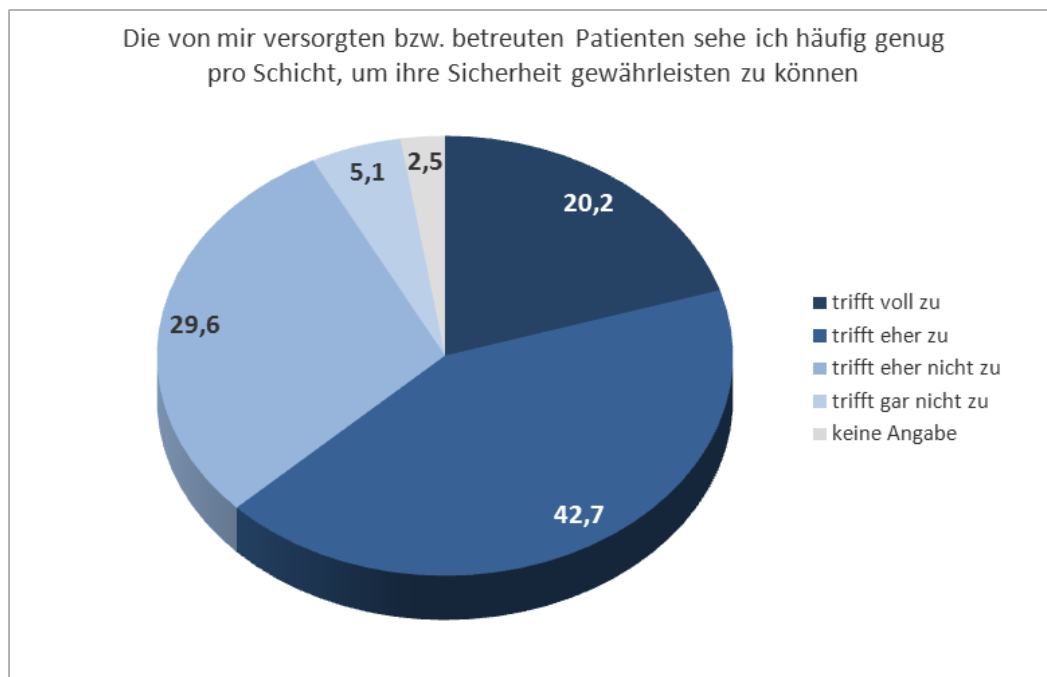


Abbildung 37: Patientensicherheit 2 © dip 2010

In der Subgruppenanalyse zeigen sich wichtige zusätzliche Aspekte. Bei den Pflegenden, die auf Intensivstationen arbeiten (N=1.913) sind es erwartungsgemäß erheblich mehr Pflegenden (82,8%), die angeben, die Sicherheit ihrer Patienten gewährleisten zu können. Auf Intensivstationen ist die Personalausstattung traditionell höher als auf bettenführenden Bereichen. Darüber hinaus stehen hier über Monitore, zentrale Datenerfassungen und automatische Alarmsysteme andere technische Hilfsmittel zur Verfügung, um die Überwachung zu garantieren und um die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten. Jedoch äußert auch in diesem Bereich jede sechste Pflegekraft, dass trotz der erweiterten technischen Ausstattung und Überwachungsmöglichkeit potenziell von einer Gefährdung für die Patienten auszugehen ist. Die technische Unterstützung ersetzt nicht eine notwendige Anzahl an Pflegekräften, um auf Alarme entsprechend zeitnah reagieren zu können und um Notfallsituationen entsprechend personell abzusi- chern. Den Angaben der Intensivpflegenden zufolge betreuen sie im Durchschnitt verantwort- lich mehr als drei Patienten pro Schicht.

Eine erhebliche Problematik zeigt sich hinsichtlich dieses Aspektes vor allem bei der Gruppe der hoch belasteten Pflegenden (über alle Arbeitsbereiche hinweg). Hier gibt bereits jede zweite Pflegekraft an, dass die Patientensicherheit aus ihrer Sicht gefährdet erscheint.

Somit kann davon ausgegangen werden, dass sich die steigende Belastung der Pflegenden in der Wahrnehmung der Pflegenden direkt und in erheblichem Umfang auf die Sicherheit der Patienten auswirkt. Die Hinweise dieser Studie müssen als ein deutliches Warnsignal verstan- den werden. Dabei ist neben den möglichen Auswirkungen auf die Patienten auch von gravie-

⁶⁹ World Health Organization 2005

render Bedeutung, dass die Pflegenden bei der täglichen Arbeit das zentrale Gefühl der Sicherheit und vollständigen Kontrolle nicht mehr ausreichend und umfassend haben und es in der Folge auch nicht mehr an die Patienten vermitteln können. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Gefühl, die Situationen und Risiken im Alltag nicht umfassend beherrschen zu können, sich gravierend auf die erlebte Arbeitsqualität auswirken wird. Die Kontrolle über das eigene Handlungsfeld und den Verantwortungsbereich zu verlieren, kann sich verstärkt in einem »Überforderungsgefühl« niederschlagen, dem unter anderem mit einem Rückzug in Form der Reduzierung der Arbeitszeit begegnet wird. Diese spezifische Form eines »**arbeitsbezogenen Kontrollverlustes**« kann als eine Verstärkung oder Zuspitzung des in den WAMP-Studien aufgezeigten Konflikts zwischen dem Realisierbaren in der Praxis und eigenen Normvorstellungen über eine gute Pflege bei Pflegenden verstanden werden (moralische Dissonanz).⁷⁰ Hier werden ergänzende Aussagen benötigt, um die Auswirkungen eingrenzen und verstehen zu können und Maßnahmen der Arbeitsgestaltung direkt ableiten zu können. Die Frage nach einem »arbeitsbezogenen Kontrollverlust« und den Auswirkungen auf Patienten wie auf Pflegenden wird in der genannten Studie auf Basis der Ergebnisse aufgeworfen und konnte daher im Rahmen dieser Untersuchung nicht näher untersucht werden.

6.2 Einschätzungen zur Versorgung in den letzten sieben Arbeitstagen

Als Ausgangspunkt einer detaillierteren Analyse zur Beurteilung der Patientenversorgung in den letzten sieben Arbeitstagen wurde das Bernca^{®71} verwendet. Dieses Instrument wurde entsprechend den Kernfragen des Pflege-Thermometers angepasst und um relevante Items und Einschätzungsfragen ergänzt. Da das Instrument ausschließlich zur deskriptiven Auswertung verwendet wurde (Auszählung der Ausprägungen jeder Einzelfrage), konnte eine Anpassung ohne vorherige neue Testung des Instruments erfolgen. Diese ergänzten und veränderten Fragen werden im ersten Teil vorgestellt. Die Eingrenzung auf den zeitlichen Bezug der letzten sieben Tage erscheint vor dem Hintergrund sinnvoll, dass dieser Zeitraum gut beurteilt werden kann.

Als Einschätzungsabstufung werden die Kategorien »nie«, »selten«, »häufiger« und »oft« gewählt. Dabei werden die beiden Ausprägungen »häufiger« und »oft« entsprechend gemeinsam diskutiert, weil sie als ein Parameter für eine Regelmäßigkeit des Auftretens bestimmter Merkmale verstanden werden können. In einem ersten Schritt werden in diesem Kapitel die Antwortkategorien entsprechend der vereinfachten Darstellung zusammengefasst.

Im abschließenden Kapitel erfolgt eine Übersicht aller Indikatoren in einer Rangfolge. Patienten als Verbraucher benötigen die Zusicherung der Leistungserbringer, dass ihnen im Krankenhaus kein zusätzliches Risiko droht.

⁷⁰ Braun et al. 2010a

⁷¹ Schubert et al.

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

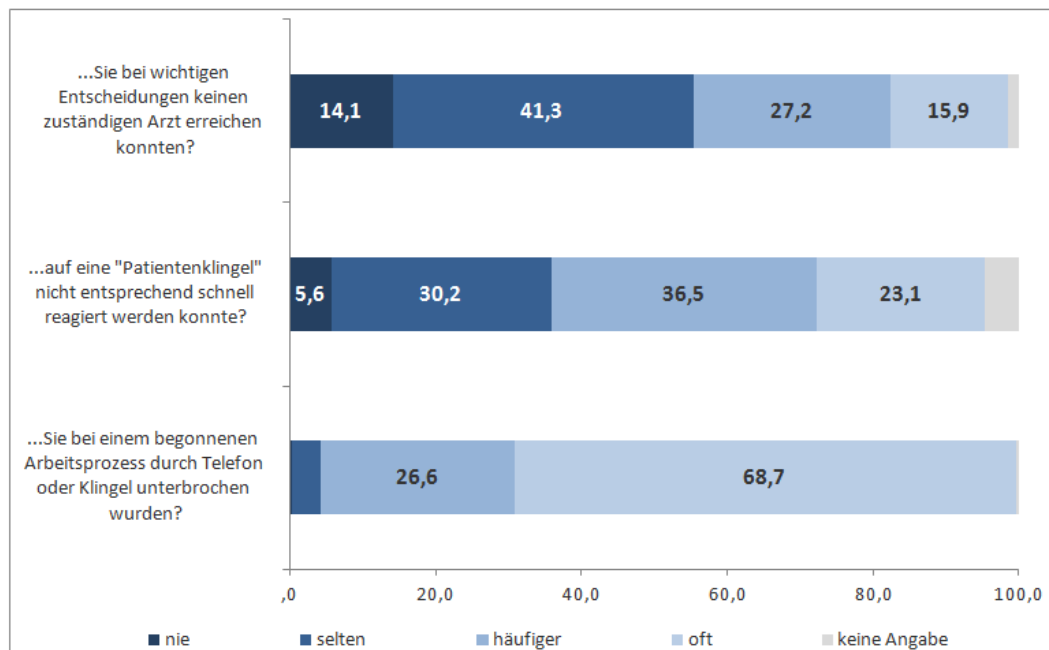


Abbildung 38: Patientensicherheit 3 © dip 2010

Die Analyse dieser ersten Fragen zeigt, dass innerhalb der letzten sieben Tage zwei von fünf Pflegenden (43,1%) häufiger oder oft erlebten, dass sie bei wichtigen Entscheidungen keinen zuständigen Arzt erreichen konnten. Dies kann unter anderem durch die starke Einbindung der Ärzte in die verdichteten Arbeitsprozesse (z. B. hohe Operationsauslastung) erklärt werden. Hier schlägt sich auf der Ebene der Patientenversorgung und der interdisziplinären Zusammenarbeit auch die insgesamt in deutschen Krankenhäusern angespannte Personalsituation der Ärzte nieder.

Eine Subgruppenanalyse zeigt, dass dies am ausgeprägtesten bei Pflegenden im bettenführenden Bereich (47,8%) auftrat. Jedoch gab auch jeder vierte Pflegende (27,6%) auf einer Intensivstation an, dass dies in den letzten sieben Arbeitstagen häufiger oder oft der Fall war. Für die Pflegenden heißt dies, dass sie im Klinikalltag entweder Entscheidungen treffen und verantworten müssen, die sie nur unzureichend interdisziplinär absichern können oder dass sie für Patienten wichtig erscheinende Entscheidungen verschieben müssen, bis ein Arzt erreichbar ist. Das intendiert entweder die Überschreitung der eigenen beruflichen Kompetenz zum Wohle des Patienten oder aber für den Patienten entstehen Wartezeiten, bis notwendige Medikamente angeordnet oder aber notwendige Maßnahmen eingeleitet werden können. Vor dem Hintergrund dieses Befundes muss auch für die Intensivstationen davon ausgegangen werden, dass eine in der theoretischen Debatte diskutierte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (z. B. Einstellungen am Beatmungsgerät verändern, laufende Infusionen in der Geschwindigkeit an Blutwerte anzupassen etc.) im Praxisalltag wahrscheinlich bereits vollzogen wird und entsprechend vollzogen werden muss, um das System der Patientenversorgung aufrecht erhalten zu können.

Die unzureichende Personaldecke der Pflegenden selbst zeigt sich an dem Umstand, dass mehr als jede zweite (59,6%) Pflegekraft häufiger oder oft erlebte, dass auf die Betätigung

einer Patientenklänge nicht entsprechend schnell reagiert werden konnte. Im Pflege-Thermometer 2007 ging nur jede vierte befragte Pflegedirektion davon aus, dass Pflegendes häufiger oder oft erleben. Hier kann entweder von einer weiteren Verschärfung der Situation ausgegangen werden oder aber davon, dass die Pflegedirektionen dies in der Ausprägung nicht richtig einschätzen oder nicht entsprechend durch die Pflegenden rückgemeldet bekommen.

Ein weiterer Indikator bezüglich der Auswirkungen der Rationierung im Pflegebereich ist die hohe Unterbrechungsrate bei der pflegerischen Leistungserbringung. Einerseits sollen Pflegendes entsprechend einer prozessualen Pflege geplant und zielorientiert arbeiten. Im Widerspruch dazu steht jedoch, dass fast jede Pflegekraft (94,3%) häufiger oder oft erlebte, dass ein begonnener Arbeitsprozess unterbrochen werden musste. Die häufigen Unterbrechungen gehen dabei primär zulasten der Patienten, die damit rechnen müssen, dass die Pflegekraft Pflegemaßnahmen abbrechen muss und erst zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufnehmen kann. Sind Arbeitsschichten indes ausreichend mit Personal ausgestattet, so können Absprachen getroffen werden und begonnene Pflegehandlungen (z. B. Hilfestellungen bei der Grundpflege) können koordiniert durchgeführt werden, weil andere Kollegen auf spontane Anfragen von Patienten oder Störungen reagieren können. Dies scheint jedoch nicht mehr die Arbeitsrealität der befragten Pflegenden zu sein. Pflegendes müssen zunehmend auf Unterbrechungen durch Patientenklängen oder Telefonate selbst reagieren und können die eigenen Prozesse nur unzureichend koordiniert durchführen und stabilisieren. Auch dieser Aspekt kann dazu beitragen, dass der Arbeitsalltag nicht mehr als koordiniertes »Ganzes« wahrgenommen wird und das Gefühl verloren geht, die Kontrolle über die Planung sowie das eigene Tun zu behalten.

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

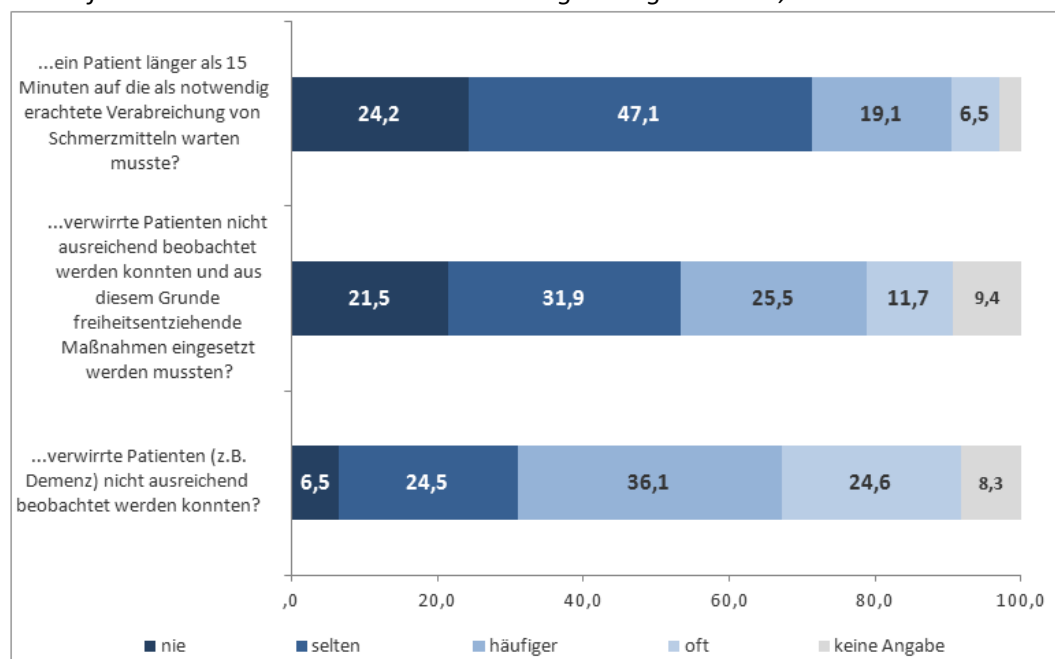


Abbildung 39: Patientensicherheit 4 © dip 2010

Jede vierte Pflegekraft (25,6%) gibt an, dass häufiger oder oft Patienten länger als 15 Minuten auf eine notwendige Verabreichung von Schmerzmitteln warten müssen, ein ähnlicher Prozentsatz (24,2%) nur schließt dies kategorisch aus. Im Jahr 2007 wurden die Pflegedirektionen zu diesem Punkt befragt. Sie schätzten die Situation noch extremer ein. Nur 12,9% der Pflegedirektoren schloss dies aus. Die verspätete Medikamentengabe kann entweder aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Pflegenden auftreten. Sie kann aber auch aufgrund der nicht durchgängigen Erreichbarkeit des ärztlichen Personals auftreten. Eine detaillierte Ursachenanalyse konnte im Rahmen der Studie nicht durchgeführt werden, sodass die Ursache sowohl im pflegerischen als auch im ärztlichen oder in der Kombination beider Problembereiche zu suchen ist.

Gravierend erscheint vor dem Hintergrund der Zunahme multimorbider Patienten sowie Patienten mit kognitiven Einbußen (z. B. aufgrund einer Demenz), dass drei von fünf Pflegenden (60,7%) angeben, dass verwirrte Patienten nicht ausreichend beobachtet werden konnten. Als eine besonders alarmierende Folge gibt jede dritte Pflegekraft an (37,2%), dass aus diesem Grunde freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter oder Fixierungssysteme) bei Patienten eingesetzt werden mussten. Ausschließen kann dies lediglich jede fünfte Pflegekraft (21,5%).

Auf Intensivstationen ist dieser Umstand noch häufiger zu beobachten. In der Subgruppenanalyse sind es im Intensivbereich 52,6% der befragten Pflegenden, die angaben, dass eine freiheitsentziehende Maßnahme häufiger oder oft durchgeführt wurde, weil keine ausreichende Beobachtung gewährleistet werden konnte. Die Durchführung einer freiheitsentziehenden Maßnahme stellt dabei einen besonders schweren Eingriff in das Grundrecht der Patienten dar und darf wiederholt oder längerfristig nur durchgeführt werden, wenn ein amtsrichterlicher Beschluss dazu vorliegt. Eine ärztliche oder aber eine pflegerische Entscheidung (in Absprache mit Angehörigen) reichen hier zur Legitimierung nicht aus. Damit zeigen sich gravierende rechtliche Auswirkungen bei der Patientenversorgung, die sich aus der verminderten Pflegekapazität und einer verminderten Überwachungsmöglichkeit ergeben.

»Wie oft ist es in Ihren letzten 7 Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

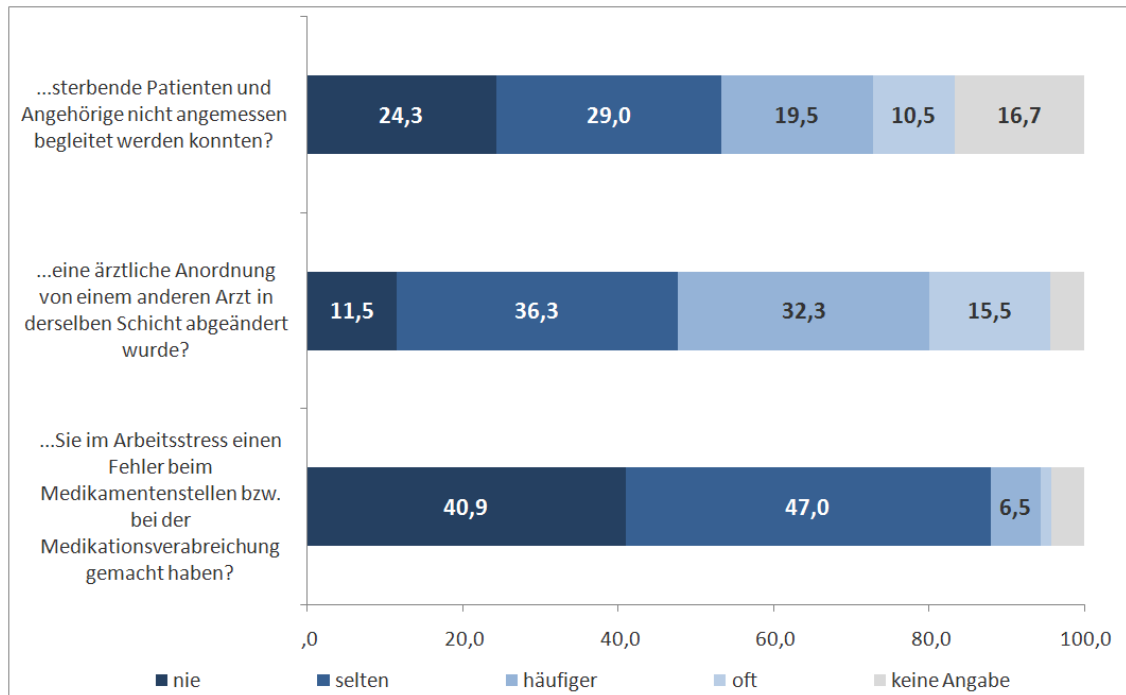


Abbildung 40: Patientensicherheit 5 © dip 2010

Sicherheit gewährleisten die Pflegenden den Angaben zufolge in hohem Maße bezüglich der Medikation der Patienten. Fehler beim Medikamentenstellen oder bei der Medikamentenverabreichung treten relativ betrachtet eher in geringem Umfang oftmals auf (6,5%), obwohl Umstellungen und Änderungen von Anordnungen ein häufiges Phänomen sind. Explizit ausgeschlossen wird ein Medikationsfehler jedoch nur von 40,9% der Befragten!

Bezüglich der psychosozialen Arbeit (Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen) äußert fast jede dritte Pflegekraft (30%), dass Patienten und die Angehörigen häufiger oder oft nicht angemessen begleitet werden konnten.

In der Subgruppenanalyse zeigt sich, dass dieser Wert auf Intensivstationen nur geringfügig höher ist (33,6%). Auch hier ist es jede dritte Pflegekraft, die dies mit häufiger oder oft bewertet. Die bessere personelle Ausstattung der Intensivstation kann hier ggf. ein erklärender Hinweis sein. Bei der Gruppe der hoch belasteten Pflegenden zeigen sich hier erhebliche Unterschiede im Gegensatz zur Gruppe der nicht hoch belastet eingeschätzten. 44,9% der hoch belastet Pflegenden geben an, die dies häufiger oder oft in den letzten sieben Arbeitstagen vor kam.

Die folgenden Fragen sind dem Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument (Bernca®) in der Originalversion entnommen. Bei diesem Instrument wird eine andere Abstufung bezüglich der Einschätzungen verwendet. Hier wird unterschieden zwischen nie, selten, manchmal und oft.

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

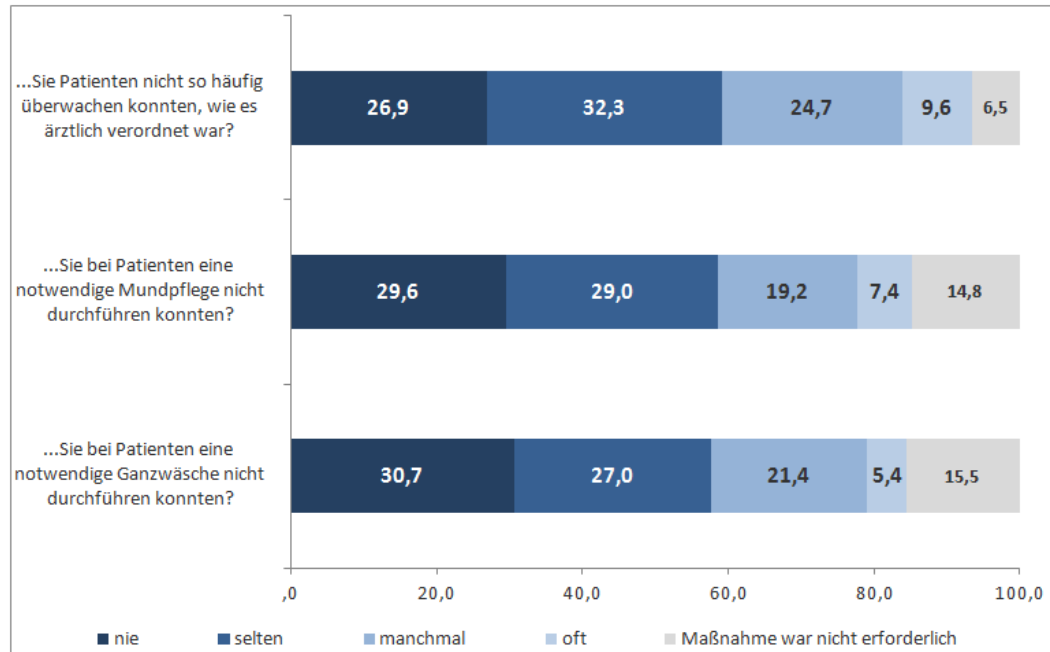


Abbildung 41: Patientensicherheit 6 © dip 2010

Die Angaben zur geringer werdenden Überwachungsmöglichkeit der Patienten bestätigen sich auch bei diesem Fragenbereich. Jede dritte Pflegekraft gibt an (34,3%), dass manchmal bis oft Patienten nicht so häufig überwacht werden konnten, wie dies ärztlich angeordnet wurde. Die ärztliche Verordnung einer Überwachungsfrequenz ist in Deutschland insgesamt eher unüblich und nicht in allen Fachdisziplinen gleichermaßen verbreitet. Die Ergebnisse korrespondieren jedoch mit den anderen Fragen zur Überwachung.

Auswirkungen der Rationierung und Arbeitsverdichtung auf die Patientensicherheit zeigen sich auch bei praktischen Pflegearbeiten. Jede vierte Pflegekraft (26,6%) gibt an, dass sie in den letzten sieben Tagen manchmal oder oft eine notwendige Mundpflege nicht durchführen konnte. Ähnlich sieht es hinsichtlich einer notwendigen Ganzkörperpflege aus. Auch dies gibt jede vierte Pflegekraft (26,8%) mit manchmal oder oft an.

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

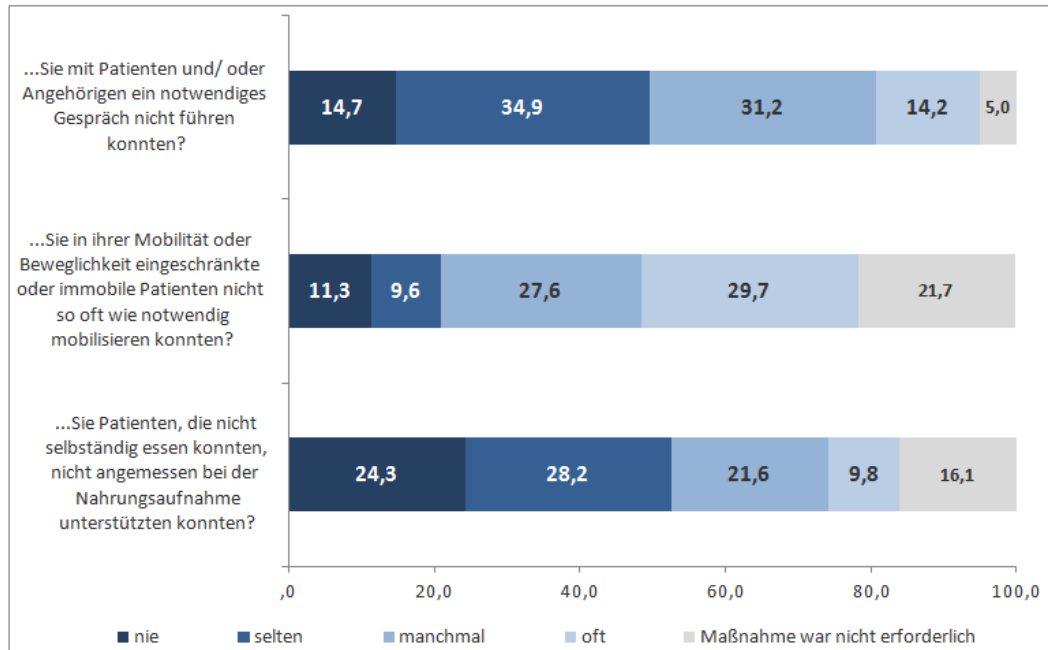


Abbildung 42: Patientensicherheit 7 © dip 2010

Auch im Bernca® finden sich unterschiedliche Fragen zur psychosozialen Unterstützung von Patienten oder Angehörigen. Fast jeder zweite Pflegende (45,4%) gibt dabei an, dass er notwendige Gespräche mit Patienten oder Angehörigen manchmal bis oft nicht führen konnte. Dies ist ein erheblich höherer Wert als bei der Frage nach einer Begleitung von sterbenden Patienten und deren Angehörigen.

Nur etwa jede neunte Pflegekraft (11,3%) schließt aus, dass Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, nicht so häufig mobilisiert werden, wie es notwendig wäre. Mehr als jede zweite Pflegekraft (55,7%) gibt an, dass die Bewegungsförderung nicht in vollem Maße sicher gestellt werden kann. Die Unterstützung der Patienten bei den Aktivitäten des Lebens ist zentraler Bestandteil der pflegerischen Arbeit. Ähnlich sieht es mit der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme aus. Auch dies ist ein Kernelement der Pflegearbeit. Auch hinsichtlich dieser pflegerischen Leistung beobachten die Pflegekräfte Probleme bezüglich der Sicherstellung einer adäquaten Betreuung. Fast jede dritte Pflegekraft (31,8%) gibt an, dass Patienten manchmal bis oft nicht angemessen bei der Nahrungsaufnahme unterstützt werden konnten. Bei der Subgruppenanalyse zeigt sich, dass dies bei der Gruppe der hoch belasteten Pflegenden erheblich häufiger vorkommt. Hier sind es 46,7%, die dies in den letzten sieben Arbeitstagen manchmal bis oft beobachtet haben.

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

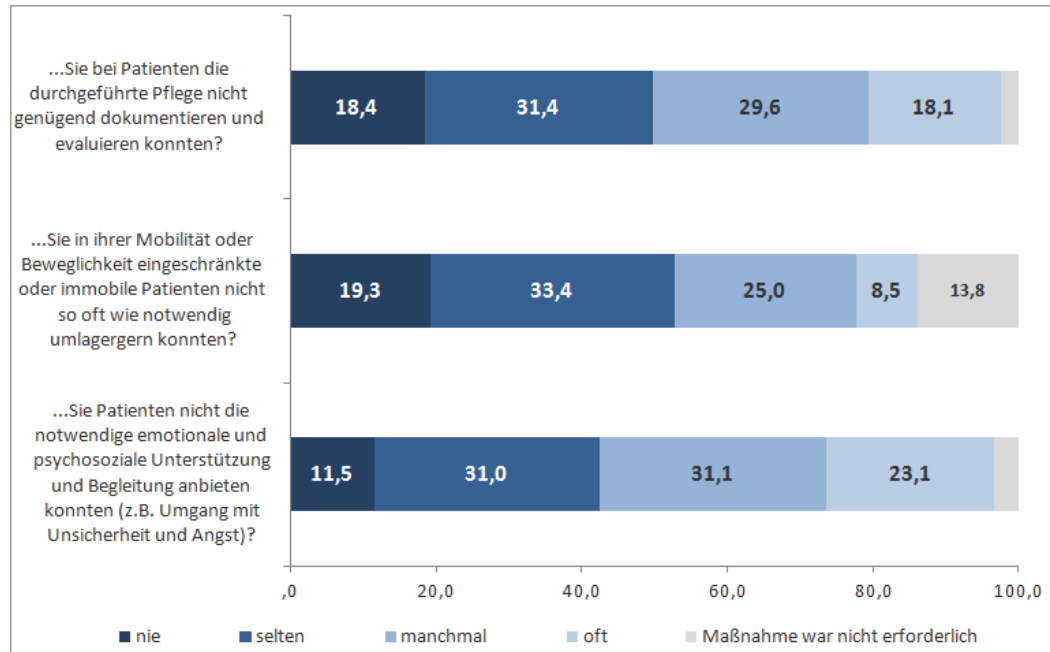


Abbildung 43: Patientensicherheit 9 © dip 2010

Auch bei diesem Teilaspekt zeigen sich deutliche Probleme hinsichtlich der Stabilisierung der Patientenversorgung. Die emotionale Unterstützung und Begleitung kann (wie schon bereits die Angehörigengespräche) offensichtlich nur von jeder neunten Pflegekraft entsprechend immer durchgeführt werden. Bei mehr als jeder zweiten Pflegekraft treten dagegen manchmal oder sogar oft Probleme auf. Keine direkte Patientenauswirkung hat die Dokumentation der Pflege. Sie ist jedoch elementarer Bestandteil des Informationswesens für die Pflegenden untereinander sowie zwischen den Berufsgruppen. Bedeutsam ist eine Dokumentation auch vor dem Hintergrund haftungsrechtlicher Fragestellungen. Auch hier gibt fast jede zweite Pflegekraft (47,7%) an, dass sie innerhalb der letzten sieben Arbeitstage manchmal bis oft die Pflege nicht entsprechend evaluieren und auch dokumentieren konnte.

Als ein sehr brisanter Aspekt (und für Patienten mit einem hohem Risiko verbundenen) kann die Lagerung eines Patienten verstanden werden. Eine Lagerung wird notwendig, wenn Patienten entsprechend immobil oder bewusstseinsgetrübt sind und die eigenständige Veränderung der Lage im Bett nicht mehr durchführen können (z. B. drehen auf die Seite etc.). Lagerungen werden in diesem Fall durch das Pflegepersonal durchgeführt. Sie können prophylaktischer Art (z. B. um Wundliegen oder Gelenkversteifungen zu vermeiden) oder therapeutischer Art sein (z. B. Bauchlagerung bei maschineller Beatmung zur Verbesserung der Sauerstoffaufnahme ins Blut). Patienten nicht lagern zu können, wirkt sich daher in besonderem Maße gefährdend für Patienten aus. Die Antwortenden deuten auch in diesem zentralen Bereich Schwierigkeiten bei der Versorgung an. Nur jede fünfte Pflegekraft (19,3%) kann eine vollständig fachgerechte Lagerung von mobilitätseingeschränkten Patienten zusichern. Jede dritte Pflegekraft hat in den letzten sieben Arbeitstagen manchmal bis oft eine entsprechende Lagerung nicht so oft vornehmen können, wie dies notwendig gewesen wäre.

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

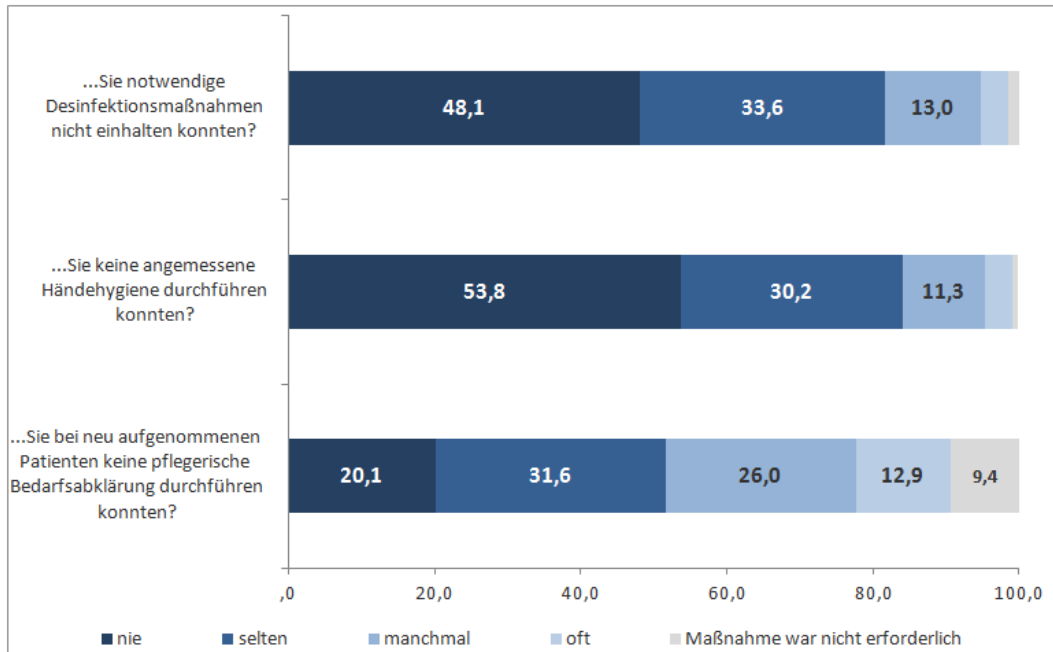


Abbildung 44: Patientensicherheit 10 © dip 2010

Von großer Bedeutung ist auch das Themenfeld der Hygiene. In den letzten Jahren haben aggressive und widerstandsfähige Keime (zum Beispiel gegen die meisten Antibiotika resistente Erreger wie MRSA) vor allem in Krankenhäusern zu Problemen und zu erheblichen Infektionsrisiken für die Patienten geführt. Daher ist die regelgerechte Durchführung von desinfizierenden Maßnahmen zentral für die Patientensicherheit. Hier zeigt sich, dass die Pflegenden zu einem sehr großen Anteil diese Maßnahmen durchführen können. Die Ausprägungen zeigen, dass diese Aspekte von allen benannten am ehesten aufrecht erhalten werden können. Doch auch hier ist es nur jeweils jede zweite Pflegekraft, die ausschließt, dass notwendige Desinfektionsmaßnahmen oder aber eine notwendige Händehygiene ggf. nicht durchgeführt werden.

Die Subgruppenanalyse zeigt, dass diese Werte bei den hoch belasteten Pflegenden jedoch etwas höher eingeschätzt werden. Hier sind es bezüglich der allgemeinen Desinfektionsmaßnahmen nur noch 35,3% (gegenüber 51,5% bei den nicht hoch belasteten) und bei den Händedesinfektionsmaßnahmen nur noch 41,4% (gegenüber 56,8% bei den nicht hoch belasteten), die Fehler ausschließen können.

Anders sieht dies hinsichtlich der Abklärung der pflegerischen Bedarfe bei Neuaufnahmen aus. Hier ist es nur jede fünfte Pflegekraft, die ausschließt, dass in diesem Punkt der pflegerischen Versorgung Defizite ausgeschlossen werden können.

Ein letzter Aspekt ist die Frage nach der Sicherstellung von Verbandswechseln. Zunehmend haben in den letzten Jahren die Pflegenden in den Krankenhäusern das Wundmanagement übernommen. Spezielle Fort- und Weiterbildungen werden in Deutschland flächendeckend angeboten. So haben in vielen Kliniken »Wundmanager« die klinische Einschätzung der Wunde und auch die Entscheidung darüber übernommen, mit welchen therapeutischen Maßnahmen und Materialien eine Wunde versorgt werden soll.

»Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...«

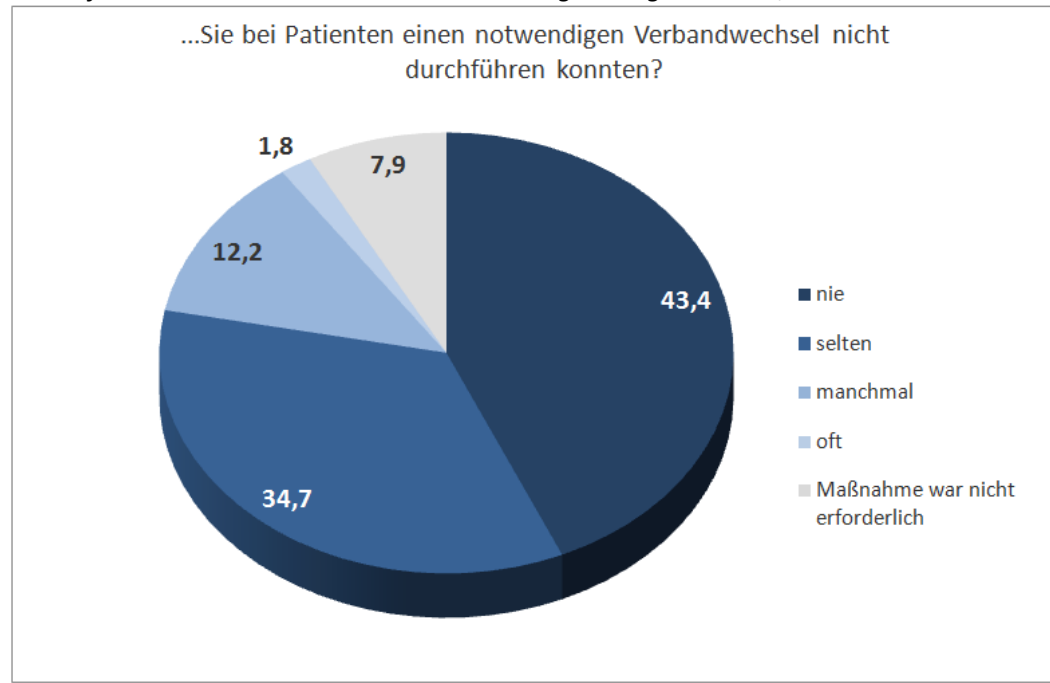


Abbildung 45: Sicherstellung notwendiger Verbandswechsel © dip 2010

Bei diesem Punkt zeigt sich eine ähnlich hohe Absicherung der Versorgung wie bei den Desinfektionsmaßnahmen. Interessant wäre zu untersuchen, welche Kliniken Wundmanager einsetzen und wie sich dies auf die Sicherstellung der Wundversorgung auswirkt. Die dazu benötigten Angaben konnten im Rahmen dieser Untersuchung jedoch nicht erhoben werden.

6.3 Zusammenfassung

In der Zusammenfassung der zentralen Aspekte der Patientensicherheit zeigt sich, dass auf unterschiedlichen Ebenen Auswirkungen der Arbeitsverdichtung ausgemacht werden können. Relevant ist zu betrachten, dass nicht ausschließlich die psychosozial-betreuungsbezogene Pflegearbeit oder aber die patientenfernen Leistungen (z. B. Dokumentation) betroffen sind. Eine einseitige Diskussion in dieser Richtung muss vor dem Hintergrund der hier aufgezeigten Befunde als eine unzulässige Verharmlosung der tatsächlichen Problematik im Klinikalltag betrachtet werden.

In der Arbeitswelt der Pflegenden sind direkte und dem Kernbereich der Pflegearbeit zugehörige Maßnahmen von einer fortschreitenden Rationierung betroffen. Sie wirken sich mittlerweile direkt auf die Patientensicherheit im Krankenhaus aus. Am ehesten ausgeschlossen werden können noch Medikationsfehler, Mängel bei Verbandswechseln oder aber unzureichende Hygienemaßnahmen. Probleme bei der Mobilisierung sowie die Sicherstellung einer angemessenen Überwachung der Patienten werden noch vor den ersten psychosozialen Problemfeldern benannt.

In allen Punkten erscheint bedeutsam, dass sich auf Basis der Subgruppenanalyse erhebliche Verschärfungen bei der Gruppe der hoch belasteten Pflegenden ergeben.

Die folgende Grafik bildet in einer Rangfolge die einzelnen Mängeln in der Versorgung ab, die von den Pflegenden innerhalb der letzten sieben Arbeitstage nicht ausgeschlossen werden konnten. Je stärker sich die Ausprägungen in Richtung 100% bewegen, desto eher muss davon ausgegangen werden, dass notwendige Bedingungen fehlen, um eine optimale und sichere Pflege gewährleisten zu können. Die formulierten Mängel wurden in diesem Falle den Kategorien »selten«, »oft« oder »häufiger« zugeordnet. Kleine Werte deuten für Patienten auf eine hohe Sicherheit hin.

Zu diskutieren ist, ob aus fachlicher Sicht nur der vollständige Ausschluss eine hinreichende Kategorie darstellt oder ob es sich dabei um einen idealtypischen Zustand handelt, der nicht erreicht werden kann. Anzustreben sind jedoch in jedem Falle möglichst hohe Werte.

Aus Verbraucherperspektive kann jedoch nur der vollständige Ausschluss von Risiken ein gültiger Maßstab für eine adäquate Versorgung sein. Patienten (als »Verbraucher«) müssen sichergehen können, dass sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung und –pflege keine zusätzlichen Risiken erfahren, die sich aufgrund von strukturellen oder personellen Mängeln ergeben und nicht krankheitsbedingt als Risiko bestehen.

»Prozentuale Übersicht zu Mängeln, die innerhalb der letzten sieben Arbeitstage selten bis oft vorgekommen sind«

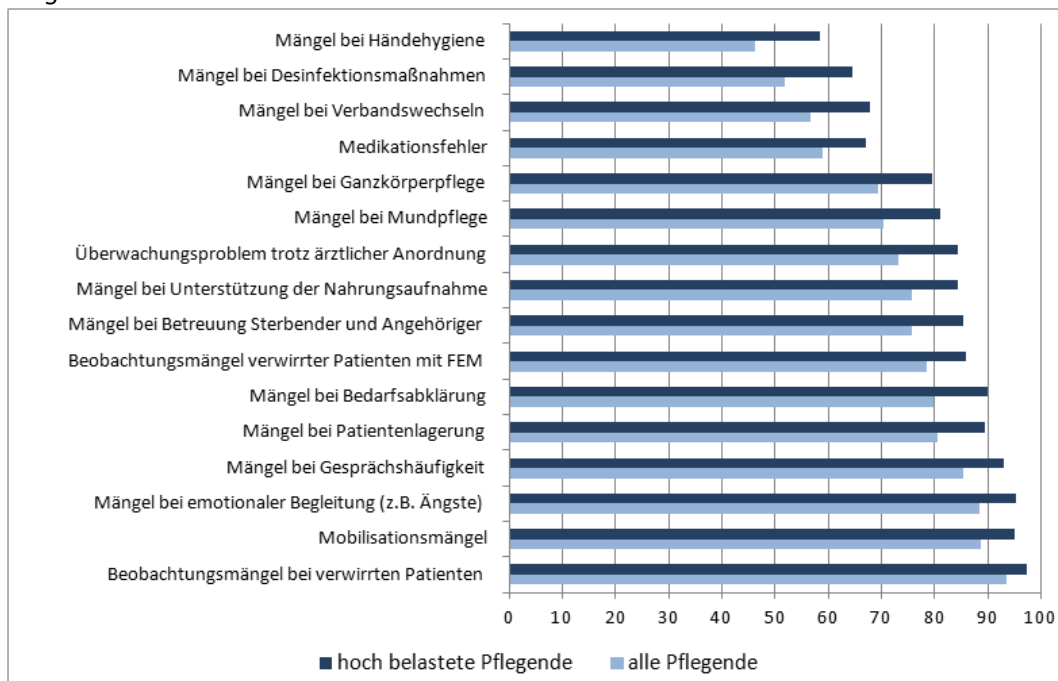


Abbildung 46: Mängel der Patientensicherheit - Gegenüberstellung hoch belastete und alle Pflegendе © dip 2010

Sichtbar ist, dass bis auf eine Ausnahme (Mängel bei der Händehygiene) keine der beschriebenen Mängel von mehr als der Hälfte der Befragten innerhalb der letzten sieben Arbeitstage ausgeschlossen werden konnte. Dabei handelt es sich bei allen beschriebenen Problembereichen um solche, die erhebliche Risiken nach sich ziehen und gravierende Bedenken bezüglich der Patientensicherheit und der Möglichkeit der Pflegenden, diese zu garantieren, aufwerfen.

Am wenigsten gut stabilisieren lassen sich dabei offensichtlich als notwendig eingestufte Beobachtungen bei desorientierten und verwirrten Patienten sowie notwendige Hilfen bei der

Mobilisation. Hier sind eingeschätzte Mängel in der Versorgung die Regel. Am ehesten stabilisiert werden können Maßnahmen der Hygiene, Verbandswechsel und Medikationen.

Gegenübergestellt werden die Werte aller (in dieser Gruppe sind auch die hoch belasteten mit abgebildet) und die Werte der hoch belasteten Pflegenden als alleinige Gruppe. Es zeigt sich in jeder Kategorie ein deutlicher Unterschied. Die zentralen Merkmale der hoch belasteten Pflegenden sind, dass sie mehr Patienten betreuen als im Jahr zuvor, weniger Personal dafür in ihrer unmittelbaren Umgebung zur Verfügung steht und sie Überstunden nicht zeitnah abbauen können. Diese drei Merkmale verschärfen offensichtlich erheblich das Risiko, eine Sicherstellung der Patientenversorgung nicht adäquat gewährleisten zu können.

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

Im Vergleich zum Pflege-Thermometer 2007, in dem Pflegedienstleitungen befragt wurden, fallen die Aussagen im Pflege-Thermometer 2009 hinsichtlich der Vermeidung von unerwünschten Ereignissen im Bereich der Ganzkörperpflege, der Mobilisation, der Patientenüberwachung, der Unterstützung in der Nahrungsaufnahme sowie in der Schmerzmittelverabreichung durchgängig schlechter aus.

7. Einschätzungen zur Koordination und Kooperation

Ein wesentlicher Aspekt ist die Koordination der Arbeit. Betrachtet man die Belastungen der Pflegekräfte und die entstehenden Probleme bei der Versorgung der Patienten, stellt sich auch bei anderen Themen die Frage, inwieweit sich Auswirkungen auf die Arbeit ausmachen lassen.

In den letzten Jahren haben die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) einen großen Einfluss auf die fachliche Arbeit ausgeübt. Die Berücksichtigung der Expertenstandards in der pflegerischen Arbeit geben zwei von drei befragten Pflegekräften (68%) an.

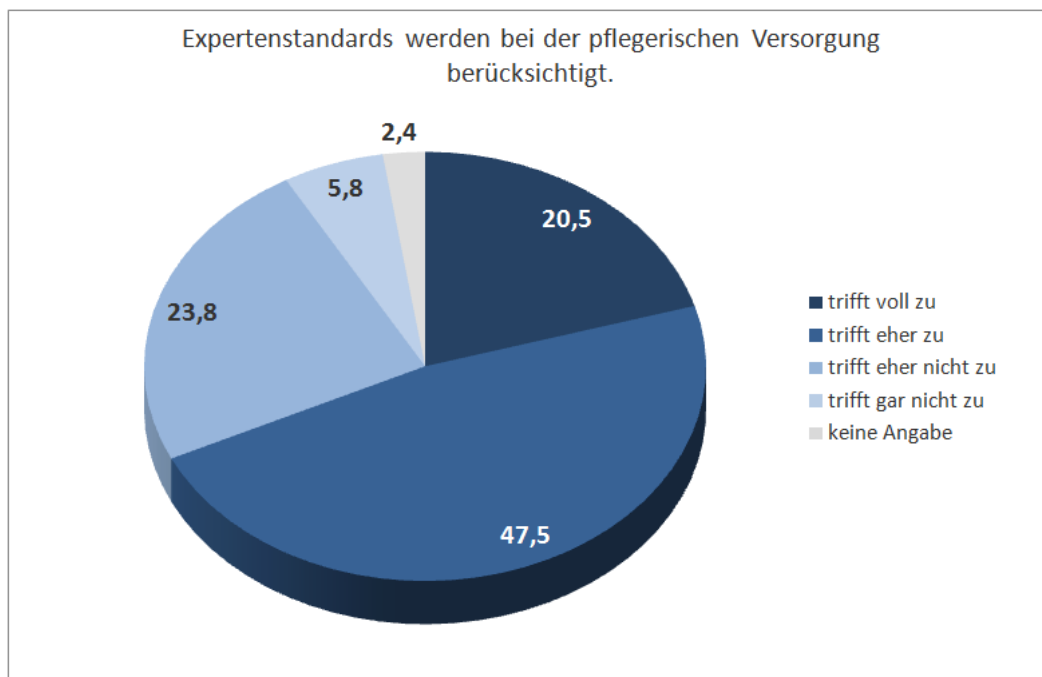


Abbildung 47: Berücksichtigung von Expertenstandards © dip 2010

Von elementarer Bedeutung ist auch, wie Pflegenden in Zeiten der personellen Drucksituation und Arbeitsverdichtung ihre Arbeit koordinieren und priorisieren.

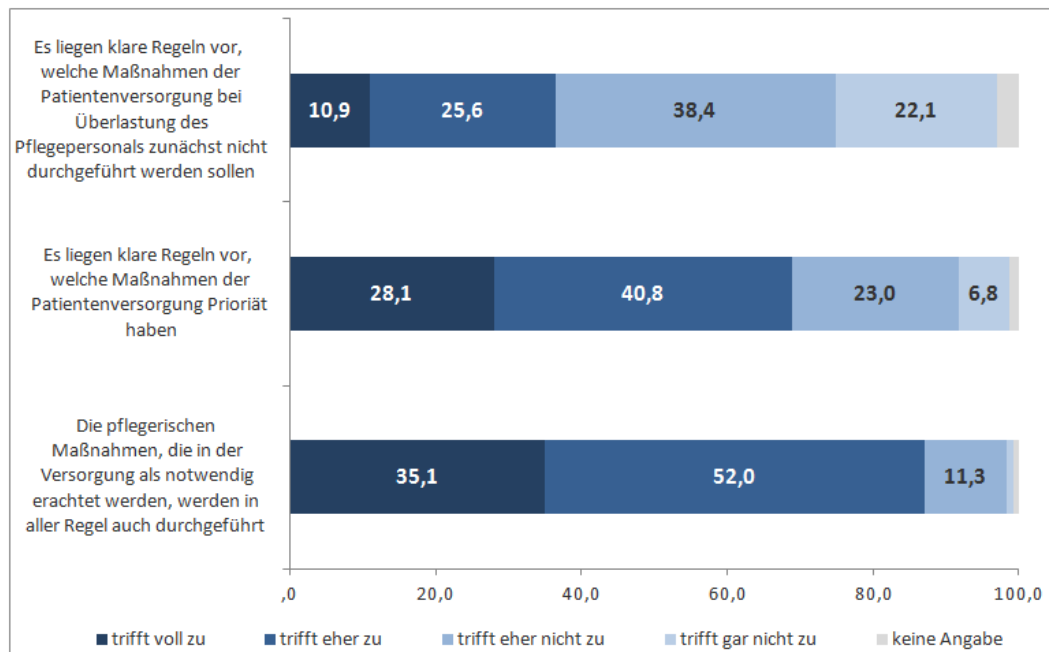


Abbildung 48: Regelungen zur Priorität © dip 2010

Nur jede dritte Pflegekraft geht noch uneingeschränkt davon aus, dass pflegerische Maßnahmen, die als notwendig erachtet werden, in aller Regel auch durchgeführt werden können. Weitere 50% sehen dies aber eher als gewährleistet an! Hier ergeben sich in der Summe etwas moderatere Werte als bei den Fragen im vorherigen Kapitel, da in der Frage der zeitliche Bezug zu den letzten sieben Arbeitstagen nicht besteht und ein Überblick eher vor dem Hintergrund der Beurteilung der Gesamtsituation angefragt wurde.

In der Summe sind es also über 80% der Antwortenden, die trotz der schwierigen Personalsituation die Versorgung weitestgehend aufrecht erhalten können.

Zwei von drei Pflegenden beschreiben eher oder voll zustimmend, dass klare Regeln darüber vorliegen, welche Maßnahmen der Patientenversorgung Priorität haben. Dies kann als Ausdruck pflegerischer Professionalität gewertet werden. Die Pflegenden bemühen sich einerseits personell (Überstunden, Einspringen, Verzicht auf Pausen) die Patientenversorgung zu stabilisieren. Sie tun dies darüber hinaus aber auch konzeptionell, indem wichtige und zentrale Maßnahmen von anderen unterschieden werden.

Es liegen jedoch in geringerem Umfang Regeln dafür vor, welche Maßnahmen nicht durchgeführt werden können, wenn das Pflegepersonal überlastet ist und entsprechend Entscheidungen treffen muss. Hier sieht man, dass nur einer von zehn Pflegenden das Vorhandensein derartiger Regeln und Absprachen beschreibt. Für den größeren Teil der Befragten gilt demnach, dass die Rationierungen von pflegerischen Leistungen wahrscheinlich situativ und auch individuell bestimmt werden.

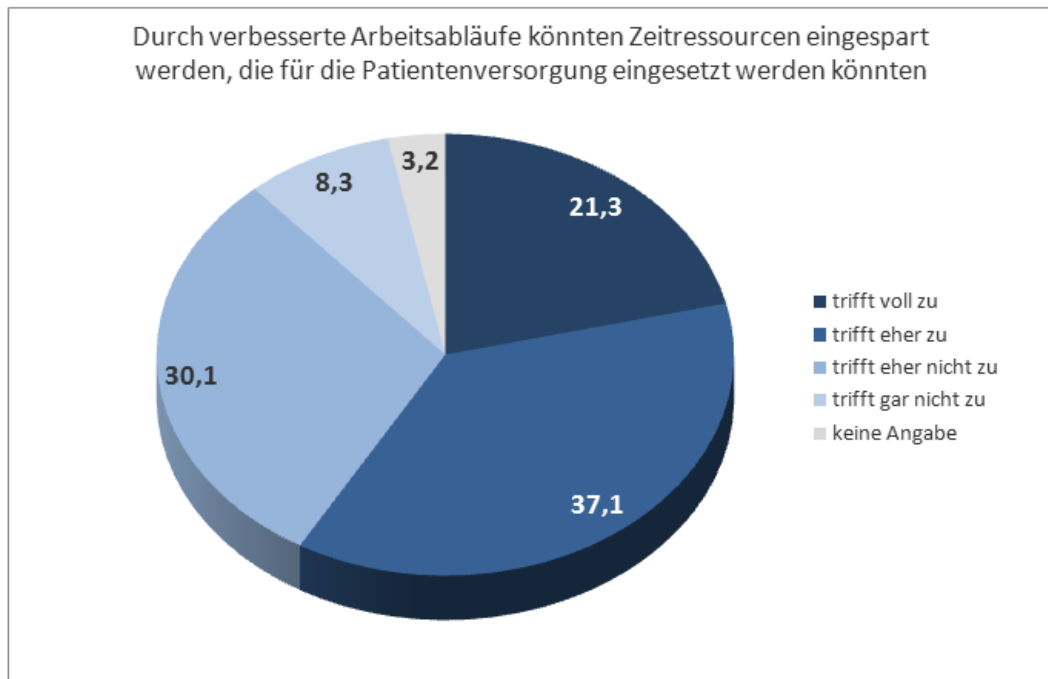


Abbildung 49: Einschätzung zum Optimierungspotenzial © dip 2010

Relevant ist, inwieweit durch die Pflegenden eigene Ressourcen und Optimierungsmöglichkeiten eingeschätzt werden. Die personelle Aufstockung ist eine dringende Empfehlung, die sich aus der Studie ergibt. Darüber hinaus aber kann auch die Einbindung der Pflegenden in Entscheidungen über die Gestaltung der Arbeitsprozesse vor Ort eine Maßnahme sein, um entsprechende Verbesserungen der Situation und der Patientensicherheit zu gewährleisten.

Mehr als jede zweite Pflegekraft (58,4%) geht davon aus, dass durch verbesserte Arbeitsabläufe Zeitressourcen für die Patientenversorgung eingespart werden könnten. Damit zeigt sich, dass die Pflegenden selbstkritisch in der Beurteilung der Arbeitssituation sind und auch bei den Kliniken selbst noch Potenziale sehen. Die Bewertungen erfolgen dabei in unterschiedlichen Altersgruppen ähnlich. Die Optimierungen werden also nicht primär oder ausschließlich von den sehr jungen Pflegenden gesehen. Ebenso wird dieser Punkt auch von den hoch belasteten Pflegenden ähnlich hoch bewertet. Hier sind es ebenfalls 53,2%, die Ressourcen in den Prozessen selbst beobachten.

Ein weiteres Thema im Themenfeld der Koordination und Kooperation ist die Einschätzung bezüglich der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Im Krankenhausbetrieb ergeben sich oftmals Reibungspunkte durch unterschiedliche zeitliche Bedingungen der unterschiedlichen Berufsgruppen (Visitenzeiten, OP-Zeiten, Dienstgespräche, die mit Versorgungsabläufen kollidieren können etc.). Auch wurde im Rahmen der Studie ermittelt, dass Ärzte für Pflegenden nicht immer erreichbar sind. Es stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, ob sich dies auf die Qualität der Zusammenarbeit niederschlägt.

Diesbezüglich zeigt sich, dass mehr als jede zweite Pflegekraft (58,3%) die Zusammenarbeit als gut bezeichnet. Nur etwa jede elfte Pflegekraft beantwortet diese Aussage stark ablehnend.

In der Subgruppenanalyse zeigen sich hier keine Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Bereichen (bettenführender Bereich/ Intensivstation/ anderes).

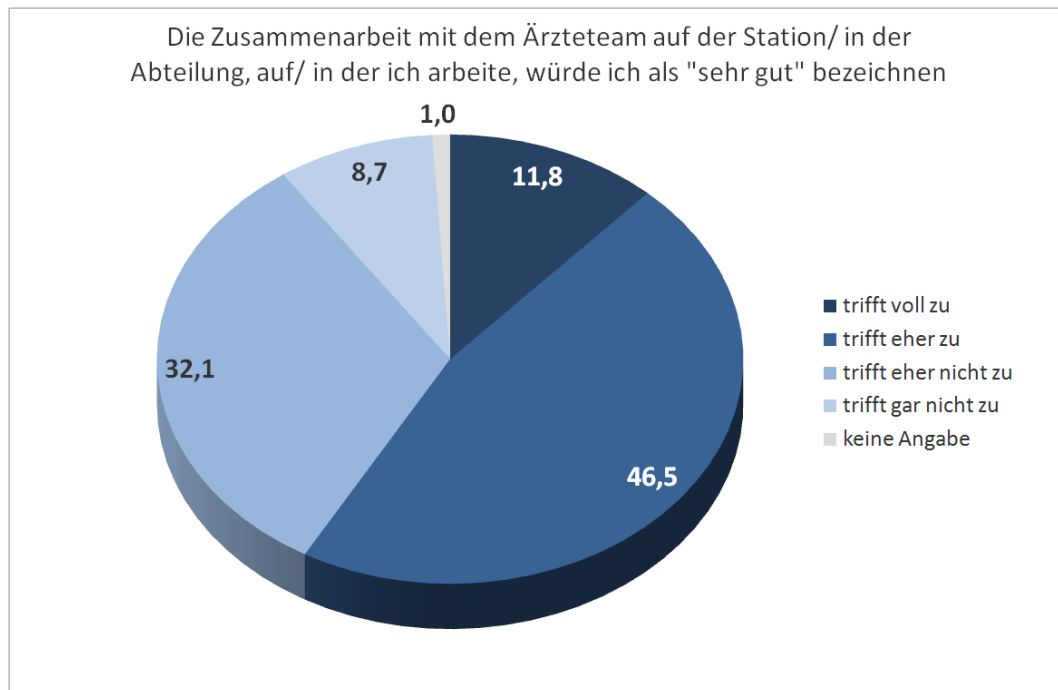


Abbildung 50: Einschätzung zur Kooperation mit Ärzten © dip 2010

Hinsichtlich der Koordination ist ebenfalls bedeutsam, wie eine Anleitung auf der Station stattfindet. Neue Mitarbeiter müssen eingearbeitet werden, Schüler benötigen für die Ausbildung ebenfalls eine gute Anleitung.

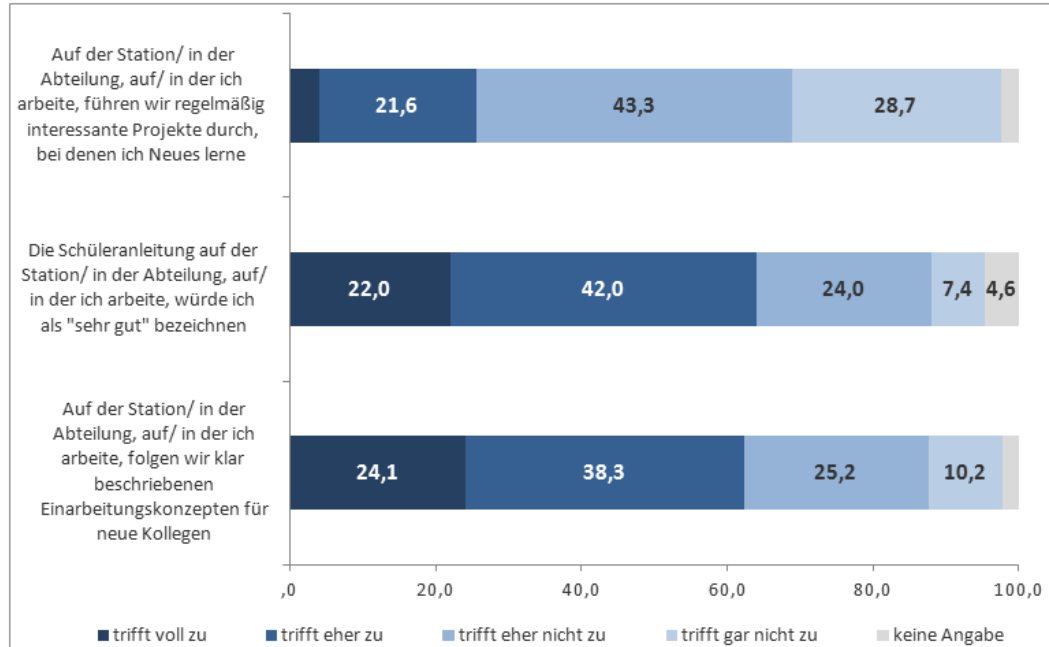


Abbildung 51: Einarbeitung und Schüleranleitung © dip 2010

Hier sieht man bei beiden angefragten Themenbereichen, dass zwei von drei Pflegenden die Anleitungssituation als koordiniert und klar geregelt beschreiben. Jedoch zeigen sich in der Subgruppenanalyse auch hier Unterschiede bei den hoch belasteten Pflegenden. Sind es über alle befragten hinweg 66%, die die Schüleranleitung als sehr gut bezeichnen, sind es bei den

hoch belasteten Pflegenden mit 53% deutlich weniger. Gleiches gilt für die Anleitung neuer Mitarbeiter. Auch bezüglich dieses Aspektes sind es in der Gesamtgruppe 62,4%, bei den hoch belasteten mit 52,5% weniger Pflegende.

Ein weiterer Aspekt ist die Arbeit an interessanten Projekten. Projekte dienen der Innovation und der Arbeit an neuen Themen und Erprobungen. Hier zeigt sich ein deutliches Defizit. Insgesamt gibt nur jede vierte Pflegekraft an, dass im eigenen Arbeitsbereich eher oder voll zutreffend Projekte durchgeführt werden, die es ermöglichen, Neues zu lernen.

7.1 Zusammenfassung

In der Gesamtschau kann beschrieben werden, dass die Pflegenden bemüht sind, die professionelle und fachliche Pflege ungeachtet der Schwierigkeiten zu stabilisieren. Dabei geht jedoch nur noch jede dritte Pflegekraft davon aus, dass Maßnahmen, die pflegerisch geplant werden, auch vollumfänglich realisiert werden können. Die Pflegenden priorisieren in der Folge die Maßnahmen, die notwendig sind. Ein klares Regelwerk zur Orientierung liegt dabei jedoch meist nicht vor, sodass Entscheidungen der Rationierung situativ und individuell getroffen werden müssen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten wird überwiegend als sehr gut eingestuft. Die Einarbeitung von Kollegen wird ebenso wie die Einarbeitung und Begleitung von Schülern konzeptionell unterstützt. Hier zeigen sich jedoch nur bei jeder vierten oder fünften Pflegekraft eindeutig zustimmende Werte bezüglich der Umsetzung.

Die Pflegenden sehen selbstkritisch in den Prozessen Optimierungsmöglichkeiten, die der Patientenversorgung zugutekommen könnte.

Ein deutliches Defizit sieht man jedoch hinsichtlich einer projektbezogenen Arbeit auf den Stationen. Dies umfasst nicht nur (wie im fünften Kapitel beschrieben) die Entwicklung tragfähiger Strategien zur Einbindung älterer Mitarbeiter. Es kann vielmehr als strukturelles Defizit ausgemacht werden, dass in den Kliniken offensichtlich kaum oder deutlich zu wenig innovative Projekte entwickelt und eingesetzt werden, die es den Pflegenden ermöglichen, Neues kennenzulernen.

Literaturverzeichnis

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Altenpflege in Gefahr: Viele Pfleger ständig krank. Alarmierend hohe Fehlzeiten - Pflegekräfte fallen im Schnitt mehr als vier Wochen im Jahr aus. Pressemitteilung vom 06.02.2007. Hamburg.
- Blum, K. (2003): Pflegefremde und patientenferne Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser. Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge. Düsseldorf: Dt. Krankenhaus-Verl.-Ges. (Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie, 10).
- Blum, K. (2009): Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Herausgegeben von Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf.
- Blum, K.; Offermans, M.; Perner, P. (2009): Ärztemangel im Krankenhaus. Stellenbesetzungsprobleme im Ärztlichen Dienst fordern zum Handeln auf. In: Arzt im Krankenhaus, H. 2, S. 36–39.
- Braun, B.; Buhr, P.; Klinke, S.; Müller, R.; Rosenbrock, R. (2010a): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler. Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. 1. Aufl. Bern: Huber (Krankenhausmanagement).
- Braun, B.; Klinke, S.; Müller, R. (2010b): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 15, H. 1, S. 5–19.
- Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2010): Gesundheits- und Pflegeberufe in Deutschland. Online verfügbar unter http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/000100/html/sonder/gesundheitsbroschuere_2009.pdf, zuletzt aktualisiert am 02.02.2010, zuletzt geprüft am 09.03.2010.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) (2008): Fels in der Brandung. Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf. Initiative Neue Qualität der Arbeit. Dortmund. Online verfügbar unter inqa.de, zuletzt geprüft am 12.4.2010.
- Bundeskonzferenz der Pflegeorganisationen (2006): Brennpunkt Pflege. Ältere Arbeitnehmer/-innen in der Pflege. Göttingen.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? – Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09. Pressemitteilung vom 2009. Berlin.
- FOCUS Online (2008): STUDENTEN: Mediziner auf der Flucht - Deutschland - FOCUS Online. (Focus Magazin, 47). Online verfügbar unter <http://www.focus.de>, zuletzt geprüft am 17.04.2010.
- 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).
- Germany Trade & Invest - Gesundheitssektor (2010). Online verfügbar unter <http://www.gtai.com/startseite/branchen/gesundheitssektor/>, zuletzt aktualisiert am 09.03.2010, zuletzt geprüft am 09.03.2010.
- Hien, W.; Funk, G. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Köln.
- Isfort, M. (2007): Pflegekapazität und Patientensicherheit. Konsequenzen internationaler Studien. In: Die Schwester Der Pfleger, Jg. 46, H. 7, S. 631–633.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Unter Mitarbeit von S. Reimers und A. Neuhaus. Herausgegeben von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V.
- 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).
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.) (2009): Pflegeheim Rating Report 2009. Essen.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin.
- Schneekloth, U. (2008): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) – Befunde und Empfehlungen. Herausgegeben von Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend.
- Schubert, M.; Clarke, S. P.; Glass, T. R.; Schaffert-Witvliet, B.; Geest, S. de (2009): Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. In: International journal of nursing studies, Jg. 46, H. 7, S. 884–893.
- Schubert, M.; Glass, T. R.; Clarke, S. P.; Aiken, L. H.; Schaffert-Witvliet, B.; Sloane, D. M.; Geest, S. de (2008): Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. In: International journal for quality in health care, Jg. 20, H. 4, S. 227–237.
- Schubert, M.; Glass, T. R.; Clarke, S. P.; Schaffert-Witvliet, B.; Geest, S. de: Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. In: Nursing research, Jg. 56, H. 6, S. 416–424.
- Simon, M. (2007): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. In: efh-papers ; 07-001.
- Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarb. und aktualisierte Aufl. Bern: Huber (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).
- Statistisches Bundesamt: 2008: 76 000 zusätzliche Arbeitsplätze im Gesundheitswesen. Pressemitteilung vom 11.03.2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2010): Gesundheitsausgaben in Mio. €. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>, zuletzt aktualisiert am 09.03.2010, zuletzt geprüft am 09.03.2010.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (Hg.) (2009): 393 000 Pflegekräfte für 17,2 Mio. Krankenhauspatienten. Statistisches Bundesamt. (Pressemitteilung, 174).
- Stemmer, R. (2008): Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflege. Herausgegeben von Sozialministerium Rheinland-Pfalz. Mainz.

World Health Organization (Hg.) (2005): WHO Draft Guidelines for adverse event reporting and learning systems. Genf.

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

0221 / 4686130

<http://www.dip.de>

Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Isfort
Prof. Dr. Frank Weidner

Mitarbeit

Andrea Neuhaus M.A.
Sebastian Kraus
Veit-Henning Köster
Danny Gehlen