



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 60

Bernard Braun

Petra Buhr

Rolf Müller

Pflegearbeit im Krankenhaus

Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse
von GEK-Routinedaten

Schwäbisch Gmünd

März 2008



Edition

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 60

Pflegearbeit im Krankenhaus

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

- Herausgeber: GEK – Gmünder ErsatzKasse
Medizinisches Versorgungsmanagement
Gottlieb-Daimler-Straße 19
73529 Schwäbisch Gmünd
Telefon (07171) 801-0
<http://www.gek.de>
- Autoren: Bernard Braun, Petra Buhr, Rolf Müller
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS),
Abteilung Gesundheitsökonomie,
Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen.
<http://www.zes.uni-bremen.de>
- Verlag: Asgard-Verlag
Einsteinstraße 10
53757 St. Augustin
- ISBN: 978-3-537-44060-0

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	7
VORWORT	8
1 ZUSAMMENFASSUNG	9
1.1 Strukturierte Abläufe	9
1.2 Kooperation und Information	10
1.3 Arbeitsinhalte	10
1.4 Arbeitsbelastungen	10
1.5 Versorgungsqualität: Aufnahme	11
1.6 Versorgungsqualität: Behandlung	11
1.7 Versorgungsqualität: Entlassung	12
1.8 Qualitätsmanagement	12
1.9 Einfluss der DRGs auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität	13
2 EINLEITUNG	14
2.1 Fragestellung	14
2.2 Die Einführung der DRGs	14
2.3 Erwartete Folgen der DRG-Einführung	15
2.4 Verordnete Qualitätskontrolle	16
2.5 Studien zum Einfluss der DRG-Einführung	19
2.6 Ansatz und Fragestellung des Projekts WAMP	21
2.6.1 Sozialwissenschaftlicher Ansatz	21
2.6.2 Erhebungen im Projektzeitraum	23
2.7 Design der vorliegenden Studie	23
3 DATEN UND METHODEN	25
3.1 Durchführung der Befragungen	25
3.1.1 Datenerhebung im Jahr 2003	25
3.1.2 Datenerhebung im Jahr 2006	26

3.2	Vergleich der Befragungen	26
3.2.1	Standardisierung der Befragungsdaten	26
3.2.2	Multivariate Modelle zur Messung der Zusammenhänge	27
3.2.3	Kodierung der wesentlichen Variablen aus den Befragungsdaten	28
3.2.4	Grundauszählung der erklärenden Variablen aus den Befragungsdaten	29
3.3	GEK-Routinedaten	31
3.4	Krankenhausstatistik	31
3.5	BIBB/IAB und BIBB/BauA-Surveys	31
3.6	IAB-Regionalstichprobe 1975-2001	32
4	VERÄNDERUNG DER STRUKTUREN DER VERSORGUNGSSTEUERUNG	33
4.1	Ambulante oder teilstationäre Abteilungen und Abteilungen für poststationäre Versorgung	33
4.2	Strukturierte Behandlungsabläufe: Case Management, Clinical Pathways etc.	35
4.3	Elektronische Patientenakte	37
4.4	Pflegeorganisation/Pflegeplanung	38
4.5	Bekanntheit und Verfügbarkeit von pflegerelevanten Informationen	46
4.6	Kooperation	51
5	PERSONALBEDARF UND ARBEITSZEIT	58
5.1	Kalkulation des Personalschlüssels je 10.000 Pfl egetage	58
5.1.1	Anzahl der behandelten Fälle im Krankenhaus	59
5.1.2	Falldauern	62
5.1.3	Gesamtzeiten stationärer Behandlung	63
5.1.4	Personal im Krankenhaus	65
5.1.5	Krankenstand	69
5.1.6	Überstunden	69
5.1.7	Neuberechnung des Personalschlüssels	71
5.2	Arbeitsaufwand je Pfl egetag	72
5.2.1	Ist das tägliche Arbeitspensum zu schaffen?	72
5.2.2	Verschiebung von Aufgaben zwischen Berufsgruppen – Stand und Entwicklung	75
5.2.3	Verteilung der Arbeitsschwerpunkte	77
5.3	Pflegekräftepool	79

5.4	Fazit zur Entwicklung des Personalschlüssels und der Arbeitsverdichtung	80
6	BERUF UND BERUFUNG	81
6.1	Ressourcen	81
6.1.1	Positiv empfundene Ressourcen	81
6.1.2	Ausbildungsqualität	84
6.1.3	Weitere Entwicklung in den Fachabteilungen	87
6.1.4	Unterstützung bei Fragen der richtigen Pflege	89
6.2	Arbeitsbelastungen	91
6.2.1	Resultate zur Arbeitsbelastung aus der GEK-Pflegekräftebefragung	91
6.2.2	Veränderungen der Arbeitsbelastungen – Analysen der BIBB/IAB und BIBB/BAuA-Surveys	100
6.2.3	Arbeitsbelastungen und Gesundheitszustand	103
6.3	Berufswechselwunsch und -wirklichkeit	107
6.3.1	Berufswechselwunsch	108
6.3.2	Gründe für den Berufswechselwunsch	110
6.3.3	Analysen der Verweildauern im Beruf mit den IAB-Regionaldaten 1975-2001	111
6.3.4	Beschäftigungskarrieren von Pflegekräften – Analysen mit GEK-Routinedaten	114
6.4	Pflegerische Ethik	119
6.4.1	Leitbild	119
6.4.2	Anreize zum wirtschaftlichen Handeln	124
6.4.3	Selbstbild der Pflegekräfte	126
6.5	Fazit zur beruflichen Identität	130
7	VERÄNDERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT	131
7.1	Aufnahme	131
7.2	Erwartungen an die medizinischen Versorgung und die tatsächliche Praxis	135
7.3	Erwartungen an die psychosoziale Versorgung und die tatsächliche Praxis	139
7.4	Entlassung	148
7.4.1	Entlasszeitpunkt zu früh	148
7.4.2	Entlassungs- und Überleitungsmanagement	150
7.4.3	Belegungssituation	155
7.5	Qualitätsmanagement	158

8	EINFLUSS DER DRGS	164
9	LITERATUR	177
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	186
11	TABELLENVERZEICHNIS	191
12	ANHANG	193
12.1	Grundauszählung der Pflegekräftebefragungen 2003/2006	193
12.2	Arbeitsbelastungen im Berufsvergleich	220
13	GEK-MATERIALIEN	221

Abkürzungsverzeichnis

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BStatG	Bundesstatistikgesetz
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DRGs	Diagnosis Related Groups
EFQM	European Foundation for Quality Management
GEK	Gmünder ErsatzKasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
PKV	Private Krankenversicherung
REDIA-Studie	Projekt „Rehabilitation und Diagnosis Related Groups“
SGB V	Sozialgesetzbuch fünftes Buch
TEP	Totalendoprothese
WAMP	Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“

Vorwort

Mit dem vorliegenden Band setzt die Gmünder ErsatzKasse ihre Veröffentlichungsreihe fort und beleuchtet dabei zum wiederholten Male das Thema Krankenhaus. Dieses starke Interesse für einen besonders leistungsintensiven Sektor unseres Gesundheitswesens ist nicht zufällig. Bereits 2003 haben wir mit Band 26 der GEK-Edition „Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung – Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung“ unsere Aufmerksamkeit für die weitere Entwicklung der Qualität der Behandlung vor bzw. während der Einführung des DRG-Systems dokumentiert. Seit 2003 haben wir unsere Veröffentlichungen zu diesem Sektor weiter ausgebaut, zuletzt mit den Editionsbanden Nr. 37 (GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005), Nr. 45 (GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006), Nr. 46 (Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten) und Nr. 58 (GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007).

Wir wissen, dass es ab dem Jahr 2002 bei der Zahl der Krankenhausfälle eine Trendwende gegeben hat. Während diese – altersstandardisiert und je 1.000 Versichertenjahre gerechnet – über viele Jahre hinweg gestiegen war, geht sie seit 2003 zurück. Gleichzeitig hat sich aber der seit langem zu beobachtende Trend der sinkenden Zahl Krankenhaustage je Kalenderjahr und 1.000 Versichertenjahre fortgesetzt.

1996 ist in Deutschland zunächst ein „kleines“ Fallpauschalsystem eingeführt worden, das vor allem operierende Fächer betraf. Die erwähnte Trendwende ab 2003 fällt zeitlich recht gut mit der Ausweitung des kleinen Fallpauschalsystems auf das DRG-System zusammen, in dem die Vergütung für alle Leistungsbereiche außer der Psychiatrie pauschaliert wurde. Dieses Phänomen wird von uns aufmerksam beobachtet.

Der hier vorgestellte Band geht über die Auswertung der in der GEK vorhandenen pseudonymisierten Daten zum Krankengeschehen hinaus, indem zusätzlich die Ergebnisse einer Befragung von bei der GEK versicherten Pflegekräften vorgestellt werden. Die Versicherten, ihr Wohlergehen und die Qualität ihrer medizinischen und pflegerischen Versorgung stehen nicht nur bei den Beteiligten im Krankenhaus, sondern selbstverständlich auch für uns als Krankenkasse obenan. Ich bin sehr dankbar, dass sich unsere Versicherten der Mühe unterzogen haben, die versandten Fragebögen zu beantworten und den beteiligten Wissenschaftlern so wichtige Grunddaten für ihre Arbeit zu liefern.

Den Lesern dieses Buches wünsche ich eine spannende und aufschlussreiche Lektüre.

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker

Vorstandsvorsitzender der GEK

1 Zusammenfassung

Die Einführung der DRGs befindet sich nun mitten in der Konvergenzphase. Damit haben die finanziellen Auswirkungen der DRGs auf die Krankenhäuser zwar noch nicht das Maximum erreicht, aber in einzelnen Fällen können sie doch deutlich spürbar werden. Berichte über Krankenhäuser, die rote Zahlen schreiben, sind jedenfalls sehr häufig. Dass Krankenhäuser tatsächlich schließen müssen, kommt hingegen viel seltener vor, als man auf Grund der Entwicklung der Krankenhauszahlen aus der amtlichen Statistik erwarten sollte. Immer häufiger kommt es zu Fusionen, die sich in der Statistik wie „Krankenhaussterben“ niederschlagen. Tatsächlich scheint die finanzielle Situation der Krankenhäuser (noch) nicht bedrohlich zu sein – auch wenn es vielfach zitierte rote Zahlen gibt. Damit ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass innerhalb einzelner Krankenhäuser Stationen oder Abteilungen geschlossen werden.

Vor diesem Hintergrund der allgemeinen Kosten- und Qualitätsdebatte, die durch die Einführung der DRGs verschärft wurde, werden nach und nach strukturierende und auf Kostenminderung zielende Elemente in den Krankenhäusern implementiert. Einige dieser Elemente sind begleitend zur DRG-Einführung angedacht, andere wurden unabhängig davon eingeführt oder ausgeweitet.

Das Forschungsprojekt WAMP (Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System) beschäftigt sich schon seit der Zeit vor der Einführung der DRGs mit den (möglichen) Folgen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität im Krankenhaus. Die Grundannahme ist, dass die DRGs neben anderen ordnungspolitischen Faktoren dazu beitragen, die Strukturen im Krankenhaus zu verändern. Veränderte Strukturen im Krankenhaus haben wiederum Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation, auf die Arbeitsprozesse, die Arbeitsbelastungen und somit indirekt auch auf die Versorgungsqualität.

1.1 Strukturierte Abläufe

Komponenten, die für strukturierte Abläufe wichtig sind und von den Pflegekräften erfragt wurden, sind das Vorhandensein von ambulanten, teilstationären und poststationären Abteilungen, strukturierte Abläufe in Form von Case Management oder Clinical Pathways, Einführung einer elektronischen Patientenakte sowie Pflegeplanung und Pflegeorganisation schon bei der Aufnahme des Patienten.

Die Zahl der ambulanten, teilstationären und poststationären Abteilungen ist im Vergleich der Befragungsjahre 2003 und 2006 merklich angestiegen. Von einem generellen Anpassungsprozess ist man aber weit entfernt. Dass es strukturierte Abläufe in Form von Case Management oder Clinical Pathways gibt, wird 2006 von 50 % der Pflegekräfte berichtet; 2003 waren es 43 %. Knapp über 40 % der Pflegekräfte gaben 2006 an, in Krankenhäusern zu arbeiten, in denen die elektronische Patientenakte eingeführt war. Pflegeplanung und Pflegeorganisation haben sich im Vergleich der Jahre 2003 und 2006 nicht verändert.

1.2 Kooperation und Information

Die Verkürzung der Verweildauer der Patienten im Krankenhaus wird durch die Einführung der DRGs noch gefördert. Dadurch wird es immer wichtiger, dass der Informationsfluss innerhalb und zwischen den Professionen funktioniert und die Berufsgruppen gut kooperieren.

Die Ergebnisse weisen nicht in eine Richtung. Auf der einen Seite hat sich der Informationsfluss zwischen 2003 und 2006 verschlechtert, bzw. er hat sich neu strukturiert. Regelmäßige Besprechungen im Pflgeteam werden seltener. Stattdessen gibt es mehr Besprechungen mit anderen Berufsgruppen. Der Anteil der Pflegekräfte, die patientenbezogene Informationen eher zufällig erhalten, steigt deutlich von 15% auf gut knapp 22% an. Auf der anderen Seite hat sich die Kooperation mit anderen Berufsgruppen im Vergleich zu 2003 eher verbessert als verschlechtert. Beispielsweise ist der Anteil der Pflegekräfte, die die Zusammenarbeit mit den Ärzten als sehr gut oder eher gut bewerten, von knapp 74% auf 79% gestiegen, Nur die Kooperation zwischen Pflegekräften und Verwaltung wird 2006 schlechter bewertet.

1.3 Arbeitsinhalte

Die Einführung der DRGs führt zu einem höheren administrativen Aufwand für das einzelne Krankenhaus. Im Rahmen des Datenübermittlungs- und Abrechnungsverfahrens müssen die Diagnosen und Behandlungen detailliert dokumentiert werden. Eine häufig gehörte Klage ist daher, dass durch administrative Tätigkeiten weniger Zeit für die eigentlichen medizinischen und pflegerischen Arbeiten im Krankenhaus zur Verfügung steht..

Die effektiv verfügbare Arbeitszeit pro Belegtag ist im Zeitraum von 2002 bis 2005 gestiegen. Da aber die Patienten kürzer liegen, fallen die häufigeren Aufnahme- und Entlassprozeduren mehr ins Gewicht. Zudem sind die Patienten vermehrt nur noch an den pflegeintensiven Tagen im Krankenhaus. Der Patient braucht also im Durchschnitt pro Belegtag mehr Pflege als früher. Es gibt aber auch Hinweise auf eine Verschiebung der Aufgaben zwischen examinierten Pflegekräften und anderen Berufsgruppen. Einfache Tätigkeiten wie Botengänge und Patiententransporte werden 2006 etwas weniger durch examinierte Pflegekräfte geleistet als 2003. Dass administrative Tätigkeiten zu Lasten patientennahe Tätigkeiten zugenommen haben, spiegelt sich in unseren Daten jedoch nicht wider. Vielmehr bleibt insgesamt die Verteilung der Arbeitsinhalte zwischen 2003 und 2006 relativ konstant. In beiden Jahren werden etwa 47% der Arbeitszeit für patientennahe und 26% für administrative Tätigkeiten aufgewendet.

1.4 Arbeitsbelastungen

Die Neustrukturierung der Arbeitsabläufe und -inhalte durch die DRG sowie wirtschaftlicher Druck von Seiten der Krankenhausleitungen können die Arbeitsbelastung der Beschäftigten erhöhen. Denn gespürter oder vermuteter Kostendruck in den Füh-

rungsetagen wird schnell zu Zeitdruck für die beschäftigten Ärzte und Pflegekräfte, so- fern dies nicht durch optimierte Arbeitsabläufe kompensiert wird.

Zwar hat sich die Bewertung der positiven Faktoren der pflegerischen Tätigkeit zwi- schen 2003 und 2006 wenig verändert; dennoch fühlen sich die Pflegekräfte in höhe- rem Ausmaß nicht mehr gut genug für ihren Job ausgebildet. Der Grund dafür ist unter anderem in den gestiegenen Anforderungen und dem erhöhten Zeitdruck zu sehen. Waren 2003 noch fast 80 % der Meinung, sie seien gut ausgebildet, sagen dies 2006 nur noch gut 60 %. Neben Zeitdruck, den 2006 über zwei Drittel der befragten Pflegekräfte immer oder überwiegend empfinden, werden auch Unterbrechungen, administrative Tätigkeiten und die Angst um den Arbeitsplatz 2006 vermehrt als Belastungen wahrge- nommen. Die Zahl derer, die Angst um ihren Arbeitsplatz haben, weil sie sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlen, steigt dabei von 1,6 % auf 8,3 %. Bezogen auf alle Aspekte wirken koordinierte Abläufe und gute Kooperation mit den Ärzten als positive Faktoren. Die Arbeit ist unter diesen Voraussetzungen befriedigender und die Belastungen sind geringer.

1.5 Versorgungsqualität: Aufnahme

Die Einführung der DRGs hat zum Ziel und zur Folge, dass die Falldauern sich weiter verkürzen. Um die Qualität der Versorgung dabei aufrecht zu erhalten, ist es wichtig, dass patientenbezogene Informationen rechtzeitig vorliegen und Behandlungs- und Pflegeverläufe soweit möglich schon bei der Aufnahme geplant werden.

Durch Case Management und Clinical Pathways ist der Aufnahmeprozess zwar deut- lich strukturierter als zuvor; dennoch muss festgestellt werden, dass der Pflegeaufwand 2006 seltener als 2003 schon bei der Aufnahme erhoben wird. Pflegeanamnese und Pflegeplanung sind auch nicht deutlich mehr geworden.

1.6 Versorgungsqualität: Behandlung

Pflegekräfte verstehen sich als direkter und nächster Helfer für die Patienten. Sie sind in der Regel erste Ansprechperson und haben einen erheblichen Anteil am Gesun- dungsprozess der Patienten. Durch die Einführung der DRGs und die andauernden Kosten-Nutzen-Diskussionen werden das Ausmaß und die Notwendigkeit einiger Aspekte der pflegerischen Tätigkeit in Frage gestellt. Es ist möglich, dass Versorgungs- leistungen unterlassen werden, die früher zum Standard gehörten, aber heute als nicht unbedingt notwendig für den Gesundheitsprozess erachtet werden.

Die Krankenhausleitungen versuchen durch Leitbilder und Anweisungen oder Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten das Selbstverständnis und Verhalten der Belegschaft zu steuern. Die Pflegekräfte fühlen sich allerdings mehrheitlich durch die Vorgaben nicht berücksichtigt (81 % sagen die Leitung habe das Leitbild vorgegeben) und auch nicht berührt (nur knapp 20 % sagen, dass sie ein Leitbild brauchen). Anspruch und Realität der Pflegetätigkeit klaffen häufig auseinander. Fast 100 % der Pflegekräfte meinen, der Patient solle mitentscheiden; doch weniger als 30 % sagen, dies sei tatsächliche Praxis.

Über 86 % der Pflegekräfte wünschen, dass wirtschaftliche Fragen bei der Behandlung nachrangig berücksichtigt werden. Die tatsächliche Praxis sieht anders aus: Nur ca. 55 % sagen, dass sich die Versorgung nicht nach den Kosten richtet. Auch bezüglich der sozialen und emotionalen Zuwendung haben die Pflegekräfte weitaus höhere Ziele als tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden kann. So sagen nur knapp über 50 %, die Patienten erhielten ausreichend Zuwendung. Dafür bleibt den Pflegekräften sehr oft einfach keine Zeit. Die Zeit wird aber nicht nur für die Zuwendung knapp; auch die Aktivierung der Patienten wird zunehmend vernachlässigt. Der Anteil der Pflegekräfte, die die Patienten immer in ihrer Selbständigkeit unterstützen, ist von knapp 58 % auf 42 % zurückgegangen. Auch werden die Pflegeabläufe deutlich seltener an die Patientenwünsche angepasst und eine würdevolle Behandlung verliert an Selbstverständlichkeit.

1.7 Versorgungsqualität: Entlassung

Die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus ist nicht nur das Resultat einer besseren medizinischen Versorgung, sondern auch das Resultat von Kostenüberlegungen, die durch die DRGs geschürt werden. Unter DRG-Bedingungen verursachen Patienten, die kürzer liegen, weniger Kosten, bringen aber die gleichen Erträge wie länger liegende Patienten. Somit besteht ein wirtschaftlicher Anreiz, Patienten früher zu entlassen. Dadurch sind diese häufig in einem Zustand, in dem sie noch nicht vollständig auskuriert sind und eine Weiterbehandlung im niedergelassenen Bereich nötig ist. Notwendig ist daher eine bessere Aufklärung der Patienten bezüglich der Folgen der Behandlung und bezüglich der weiteren Aktivitäten. Ein Überleitungsmanagement wird somit für die Patienten immer wichtiger.

„Blutige“ Entlassungen sind zwar nicht an der Tagesordnung. Immerhin meinte aber in beiden Befragungen etwa ein Fünftel der Pflegekräfte, dass der Entlassungszeitpunkt zu früh liegt. Nötig wäre daher ein gutes Entlassungsmanagement. Dieses wird aber 2006 noch schlechter als 2003 beurteilt. Weniger als die Hälfte der Pflegekräfte gab an, dass es ein Entlassungs-, Überleitungs- oder Kooperationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten gibt, das zudem auch noch gut funktioniert.

1.8 Qualitätsmanagement

Durch die begleitend zur DRG-Einführung verpflichtenden Qualitätskontrollen entsteht ein Wettbewerb außerhalb der finanziellen Ebene. Qualität wird zum Aushängeschild. Daher wäre es für jedes Krankenhaus ratsam, ein Qualitätsmanagement zu haben.

Angesichts des vom Gesetzgeber angestrebten Qualitätswettbewerbs gibt es schon jetzt neben den verpflichtenden, aber auch nicht sehr informativen Qualitätsberichten gemäß § 137 SGB V eine Reihe von Aktivitäten, um auf die eigene Versorgungsqualität aufmerksam zu machen. Einerseits bemühen sich fast alle Krankenhäuser um eine Zertifizierung. Andererseits werden aber gerade auch von privaten Trägern offensiv Programme zur öffentlichen Darstellung ihrer Versorgungsqualität gestartet. In den Pflegekräftebefragungen stellte sich auch eine Zunahme von Patientenbefragungen inner-

halb der Krankenhäuser heraus. Allerdings ist die Beurteilung durch die Patienten nach Aussage der Pflegekräfte schlechter geworden.

1.9 Einfluss der DRGs auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität

Insgesamt gesehen hat sich strukturell unter DRG-Bedingungen bislang eher wenig verändert – etwa in Hinblick auf die Aufnahme oder die Entlassung der Patienten. Allerdings ist der Kostendruck als Schreckgespenst in aller Munde und kommt als Bedrohung bei den Pflegekräften an. Die Arbeitslast wird höher und die Versorgungsqualität leidet darunter. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass sich die DRGs nach Meinung der Pflegekräfte auf fast alle Aspekte der pflegerischen Versorgung und die Arbeitsbedingungen negativ auswirken. Als mögliche positive Effekte werden nur die Auswirkungen auf die Transparenz der Pflege und auf die Kooperation herausgestellt. Es gibt also noch einiges zu tun auf dem Weg zu einem wirtschaftlichen, aber eben auch für Angestellte und Patienten verträglichen Krankenhaus.

2 Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Projekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP), Sozialwissenschaftliche Längsschnittanalyse der Auswirkungen des DRG-Systems auf den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus“. Das Projekt wird bearbeitet vom Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen und vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Das Projekt erfolgt in Kooperation und mit Unterstützung der Gmünder ErsatzKasse, der Hans-Böckler-Stiftung, der Landesärztekammer Hessen und der Gewerkschaft ver.di.

2.1 Fragestellung

Mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) als Klassifizierungs- und Abrechnungssystem sind Hoffnungen auf mehr Transparenz und höhere Effektivität und Effizienz der Krankenhausversorgung verbunden. Gleichzeitig wird aber auch befürchtet, dass gesundheitsethische Gesichtspunkte zu Gunsten der Ökonomie in den Hintergrund treten. Die zu beantwortende Frage der vorliegenden Studie lautet daher: Inwieweit haben sich die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Sicht der Pflegekräfte im Zuge der Einführung der DRGs verändert?

Im Einzelnen geht es um folgende Fragen:

- Wie verändern sich der Personalbedarf und die Arbeitszeiten im Pflegedienst im Krankenhaus?
- Wie verändern sich die Arbeitsbelastungen, die Arbeitszufriedenheit und die persönlichen Ressourcen der Pflegekräfte?
- Wie verändern sich aus Sicht der Pflegekräfte die Arbeitsabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung der Patienten und die Versorgungsqualität?
- Welchen Einfluss auf die gezeigten Entwicklungen kann man durch die Einführung der DRGs vermuten?
- Welche Strukturen oder Veränderungen haben außerdem einen Effekt auf die Arbeits- und Versorgungsbedingungen und -leistungen? Stichworte: Privatisierung; Krankenhausgröße (Mindestmengen); strukturierte Versorgung (Case Management; Clinical Pathways).

2.2 Die Einführung der DRGs

Seit vielen Jahren wird die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen beklagt und mitunter von einer Kostenexplosion gesprochen¹. Als ausgesprochenes Ziel der zahlreichen Gesundheitsreformen und Korrekturen derselben gilt, die Kostenentwicklung im Zaum zu halten. Diese Reformbemühungen betreffen alle Bereiche der Gesundheitsversorgung – auch die Gesundheitsversorgung im Krankenhaus. Als eine der gravierendsten

¹ Dass der Begriff Kostenexplosion etwas übertrieben ist, zeigen Braun/Kühn/Reiners 1999.

ten Umstrukturierungsmaßnahmen wird die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein Diagnose bezogenes Fallpauschalensystem gesehen. Das bedeutet, die Leistungen des Krankenhauses sollen einheitlich bezüglich Diagnosen und Behandlungsprozeduren definiert, pauschaliert und vergütet werden. Die Ausnahmen bilden Behandlungen in psychiatrischen Abteilungen und ambulante Operationen im Krankenhaus.

Schon seit 1996 wurde ein Viertel aller vollstationären Leistungen vor allem aus dem chirurgischen Bereich nach Fallpauschalen abgerechnet. Der große Rest der Versorgungsleistungen wurde weiterhin mit tagesgleichen Pflegesätzen oder Sonderentgelten vergütet. Im Jahr 2000 wurde beschlossen, die DRGs für den Großteil der Krankenhausversorgung einzuführen. Seit 2003 konnten und seit 2004 mussten die Krankenhäuser nach DRGs kodieren und abrechnen. Die Umstellung erfolgte in diesen Jahren noch budgetneutral, das heißt ohne Kostenrelevanz für die Krankenhäuser. In einer anschließenden so genannten Konvergenzphase, die erst bis Ende 2006 angedacht war und dann bis Ende 2008 verlängert wurde, sollen sich die Entgelte für gleiche DRGs innerhalb der einzelnen Bundesländer über alle Krankenhäuser angleichen. Im Interesse aller Beteiligten ist dieser mehrere Jahre dauernde Anpassungsprozess implementiert worden, um auf vorhersehbare und auch unvorhersehbare Entwicklungen reagieren zu können. Es wird daher auch von einem „lernenden System“ gesprochen. Erste Korrekturen im „lernenden System“ sind beispielsweise die Verlängerung der Konvergenzphase, aber auch die laufende Aufnahme zusätzlicher oder die Veränderung bereits existierender DRGs.

2.3 Erwartete Folgen der DRG-Einführung

Das Reformziel besteht darin, bestimmte Fehlanreize des alten Vergütungssystems zu beseitigen, die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten zu motivieren, eine effizientere Krankenhausversorgung zu erreichen, überflüssige Leistungen zu reduzieren, die Verweildauer (weiter) zu senken und Kapazitäten abzubauen. Dadurch sollen die Ausgaben im Gesundheitssystem sinken. Dieser Prozess soll sich möglichst ohne Verschlechterung der Versorgungsqualität vollziehen. Daher soll parallel zur Einführung der DRGs die Patientenversorgung durch den Ausbau von Maßnahmen zur Qualitätssicherung verbessert werden (Deutscher Bundestag 2001: 26). Diesen hohen Zielen stehen allerdings auch Befürchtungen entgegen, es könne zu ganz anderen Effekten kommen. Für die Patientenversorgung werden daher auch negative Folgen vermutet (Vgl. z. B. Lauterbach/Lüngen 2000; Simon 2000; Coffey 2001; Raffel et al. 2004; ver.di 2004; Böcking et al. 2005; Leister/Stausberg 2005; Lenk et al. 2005; Rühmkorf 2005; Wilmsen-Neumann 2005). Befürchtet werden beispielsweise selektive Patientenaufnahmen, Entlassungen von Patienten in instabilem gesundheitlichen Zustand, Vorenthaltung medizinisch notwendiger Leistungen sowie insgesamt eine geringere Patientenorientierung und geringere Ganzheitlichkeit der Behandlung.

Wirtschaftlichkeit ist das erstgenannte Ziel des Gesetzentwurfs; die Qualität der Versorgung soll – als zweites Ziel formuliert – erhalten oder gar verbessert werden; an ein drittes Ziel – nämlich akzeptable Arbeitsbedingungen im Krankenhaus – wird weniger bis gar nicht gedacht. Die Arbeitsbedingungen und der Arbeitsprozess werden aber im

Projekt WAMP als Bedingungen für das Qualitätsniveau in der Versorgung angesehen. Internationale Studien belegen einen direkten Zusammenhang des Quotienten von Pflegekräften und Patienten mit Arbeitszufriedenheit, Pflegequalität und Mortalität der Patienten (Rafferty et al. 2006).

Durch die Betonung der Wirtschaftlichkeit könnte sich die pflegerische Arbeit unter DRG-Bedingungen einem gewaltigen Wandel unterziehen. Durch die höhere Bewertung des ökonomischen Aspekts wird der Faktor Arbeit überprüft und steht zur Disposition. Es werden Anreize zum Personalabbau gesehen (ver.di 2004: 8), welcher im Zuge der Privatisierung auch umgesetzt wird (RAMBØLL 2002: 4). Infolge des erwarteten ökonomischen Drucks auf die Krankenhäuser wird eine Privatisierungswelle erwartet oder gar als Lösung der wirtschaftlichen Aufgaben angestrebt. Es bleibt dabei allerdings unklar, warum es privaten Krankenhausunternehmen, die ihren Geldgebern Zinsen zahlen müssen, zwingend besser gelingen sollte, wirtschaftlich zu arbeiten (Wambach 2006: 48). Eine Privatisierungswelle der Krankenhäuser muss eher als Möglichkeit gewertet werden, dass im Krankenhaussektor Gewinne erwirtschaftet werden können. Es fragt sich daher, warum es öffentlichen Häusern nicht gelingen sollte, wirtschaftlich zu arbeiten. Vor diesem Hintergrund erscheint ein Blick auf die Unterschiede in den Versorgungsstrukturen von privaten und anderen Krankenhäusern angebracht. Private Träger treten somit auch in den Fokus der Betrachtung, wenn es um die Effekte der DRG-Einführung geht. Hier stellen sich allerdings gerade die privaten Helios-Kliniken mit einem Projekt zur Qualitätssicherung mit Routinedaten offensiv der möglichen Kritik (Helios Kliniken 2003) und auch die Asklepios Kliniken werben mit ihrem Bericht zur medizinischen Ergebnisqualität (Asklepios Kliniken 2007).

2.4 Verordnete Qualitätskontrolle

Um die Qualität im Gesundheitswesen insbesondere im Zuge der DRG-Einführung zu sichern, sind eine Reihe von Maßnahmen ergriffen worden, die in Teilen oder gänzlich in die Krankenhausversorgung hineinspielen (zur schnellen Übersicht: BMG 2006). Hierzu zählen beispielsweise die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses², welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Diese sollten somit auch von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren sein. Zu ihnen zählen aber auch die Versuche, die Behandlungsverläufe allgemein strukturierter zu gestalten, um beispielsweise Doppeluntersuchungen zu vermeiden. In den Rahmen der Strukturierungsmaßnahmen fallen beispielsweise die Chronikerprogramme, Disease Management Programme, das Hausarztmodell, die integrierte Versorgung und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

Die Ziele und Methoden der Qualitätssicherung sind damit ersichtlich. Es stellt sich aber die Frage, wie die Erfolge der Umstrukturierungen gemessen werden können. Mit Blick auf die Qualitätssicherung wird den Patienten ein „Anspruch auf angemessene

² Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das maßgebliche Selbstverwaltungsgremium der Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser. Seit dem 1.1.2004 sind erstmalig auch Patientenvertreter beteiligt.

Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte medizinische Behandlung und Pflege“ zugesprochen. „Diagnostische und therapeutische Maßnahmen müssen mit den Patienten abgestimmt werden. Im Rahmen der Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Prävention müssen Würde und Integrität der Betroffenen geachtet, ihr Selbstbestimmungsrecht und ihr Recht auf Privatsphäre respektiert werden“ (BMG 2006: 3). Qualitätsmanagement bedeutet dabei, dass Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse einer Einrichtung regelmäßig nach bestimmten Vorgaben dokumentiert, überprüft und gegebenenfalls verändert – nämlich im Sinne der Qualitätssicherung – verbessert werden.

Um eine bessere Basis für die Krankenhausversorgung als lernendes System zu schaffen, hat der Gesetzgeber im § 17b KHG (8) die Pflicht verankert, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems durchzuführen. Insbesondere sollen die Veränderung der Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung untersucht werden. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Die Vertragsparteien (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenkassenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) sollten dazu Forschungsaufträge ausschreiben und das DRG-Institut beauftragen, insbesondere die Daten nach § 21 des KHEntgG auszuwerten. Ein Verfahren zur Ausschreibung eines wissenschaftlichen Projekts wurde bisher nicht eingeleitet. Dennoch wurden von staatlicher Seite, durch privatwirtschaftliche Unternehmen und durch Forschergruppen Initiativen gegründet, die den Umfang und die Qualität der Krankenhausversorgung und/oder die Einflüsse der DRG-Einführung messen sollen.

Zwei Totalerhebungen liefern zunächst einmal aggregierte Strukturdaten der Krankenhausbehandlung: (1) Auf Basis der KHStatV in Verbindung mit dem BStatG wird jährlich eine Totalerhebung der Krankenhäuser, ihrer organisatorischen Einheiten, personellen und sachlichen Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen durchgeführt (Statistisches Bundesamt 2006a; b; c). Hierbei werden auch die Diagnosen und die Kosten erfasst. Auf Grundlage der Daten dieser Krankenhausstatistik lassen sich aggregierte Zeitreihen über Aufwand und Versorgung im Krankenhaus seit 1991 erstellen. (2) Im Rahmen des § 17b KHG (8) haben die Vertragsparteien auf Bundesebene das InEK beauftragt, die Daten aus der Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2004 auszuwerten (InEK 2006). Die Ergebnisse beider Datengrundlagen sind überwiegend Auszählungen von Strukturdaten. Eine detaillierte Messung der Versorgungsqualität ist damit nur äußerst eingeschränkt möglich. Eine Veränderung der Versorgungsqualität im Zuge der DRG-Einführung lässt sich mit diesen Daten auch nicht beschreiben.

Eine vergleichende Dokumentation der einzelnen Krankenhäuser und ihrer Leistungsangebote ist seit jüngster Zeit gegeben: Erstens ist seit 2005 für alle Krankenhäuser ein standardisierter Qualitätsbericht gemäß § 137 SGB V verpflichtend (einzusehen unter www.g-qb.de). Zweitens werden im Rahmen des KTQ-Modells erweiterte Berichte auf Basis einer Selbst- und einer Fremdbewertung erstellt (einzusehen unter www.ktq.de). Ähnliche Berichte werden auch im Rahmen der EFQM-Zertifizierung erstellt (z. B.

Karl-Olga-Krankenhaus GmbH 2004). Die KTQ- und EFQM-Berichte sind jedoch freiwillig und liegen für eine deutlich geringere Zahl von Krankenhäusern vor. Sie werden allerdings zur Erfüllung der Anforderungen nach § 135a SGBV genutzt, wonach jedes Krankenhaus ein Qualitätsmanagement einzurichten hat (Hoffmann/Riehle 2004)³. Drittens beteiligen sich die Krankenhäuser an einer weiteren externen, vergleichenden Qualitätssicherung durch die BQS gGmbH im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (BQS 2006a).

Der Fokus liegt bei den Qualitätsberichten gemäß § 137 SGBV ebenso wie bei den KTQ- und den EFQM-Berichten einerseits auf leicht vergleichbaren, quantitativen Strukturdaten (z. B. Bettenzahl, Fachabteilungen, häufigste DRGs, apparative Ausstattung, Personal) und andererseits auf der sprachlichen Darstellung der Qualitätspolitik, die mitunter vom Leser eine gewisse Fähigkeit verlangt, zwischen den Zeilen zu lesen. Die Berichte werden auch für den Anwender – also den Patienten – nicht als informativ und verständlich angesehen (Eberlein-Gonska/Fellmann/Klakow-Franck 2006) und wesentliche Informationen wie z. B. die Komplikationshäufigkeiten sind nicht durchgängig enthalten (Drösler 2007: 212). „Die veröffentlichten Qualitätsberichte legen vor allem Struktur- und Prozessqualität offen. Daten zur Ergebnisqualität sollen nur für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden und unter Verschluss bleiben, ...“ (Etgeton 2006: 4). Die Bundesärztekammer fordert daher, Ergebnisse von Qualitätssicherungsaktivitäten in den Berichten aufzuführen (Bundesärztekammer 2006).

Der BQS-Qualitätsreport geht im Versuch der Messung der Ergebnisqualität schon etwas weiter. Er vergleicht Krankenhäuser anhand von selbst definierten Standards in der Versorgung. Diese Standards beziehen sich auf die Indikationsstellung, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität bei verschiedenen Erkrankungen und Prozeduren. Bei den Ergebnissen ist dann aber in der Regel nicht ersichtlich, ob es sich um strukturelle Probleme, Prozessprobleme oder Dokumentationsprobleme bei den auffälligen Krankenhäusern handelt (vgl. z. B. BQS 2006b: 20). In solchen Fällen müssen nachfolgend im „Strukturierten Dialog“ die Bedeutungen der Auffälligkeiten zunächst analysiert und gegebenenfalls korrigierende Schritte eingeleitet werden.

Die standardisierten Qualitätsberichte liefern gute Ansätze, die Versorgungsstruktur zu optimieren, indem Krankenhäuser mit Auffälligkeiten identifiziert werden und in „Strukturierten Dialogen“ Bedingungen verbessert werden können. Für eine Beurteilung der Auswirkungen der DRGs auf die Versorgungsqualität ist die beobachtete Zeitspanne bei dem Qualitätsbericht gemäß § 137 SGBV und den KTQ- und EFQM-Berichten nicht lang genug. Die BQS-Berichte haben ihren Fokus sehr deutlich auf einzelnen Erkrankungen und medizinischen Prozeduren. Dem pflegerischen Aspekt wird deutlich weniger Beachtung geschenkt. Als einziges Qualitätsmerkmal wird dort

³ Es ist nicht festgelegt, auf welcher Grundlage der Aufbau eines tragfähigen Qualitätsmanagements zu erfolgen hat. Die Auswahl eines entsprechenden Qualitätsmanagementmodells orientiert sich in der Regel an den Bedürfnissen des jeweiligen Krankenhauses. Am häufigsten kommen in deutschen Krankenhäusern die Modelle DIN EN ISO 9001:2000, EFQM und KTQ zum Einsatz (Hoffmann/Riehle 2004: 2).

das Auftreten von Dekubitus untersucht. Zu wenig beleuchtet sind außerdem bei den erwähnten Qualitätsberichten die angemahnte Patientenorientierung und die Auswirkungen struktureller Veränderungen auf die Arbeitsabläufe und Arbeitsbelastungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

2.5 Studien zum Einfluss der DRG-Einführung

Neben den gesetzlich bestimmten Qualitätsberichten und -kontrollen haben sich einige Forschergruppen gebildet, die sich mit dem Einfluss der DRG-Einführung beschäftigen. Der Fokus unterscheidet sich zwischen diesen Gruppen erheblich. Die Spannweite reicht von Studien über die Abbildungsgenauigkeit der DRGs bis zu speziellen Untersuchungen der Versorgungsqualität. Die Zahl der empirischen Studien, die sich explizit auf die Fahnen schreiben, den Einfluss der DRGs zu untersuchen, ist noch überschaubar.

An der Universität Münster beschäftigt sich die DRG Research Group mit der Evaluation von DRG-Systemen (Roeder/Rochell 2000). Dabei geht es vor allem um die Abbildungsgenauigkeit der Kodierung und die Verhältnismäßigkeit der Entgeltung der erbrachten Leistungen. Die Ergebnisse werden als Vorschläge zur Weiterentwicklung des Systems in die Diskussion eingebracht (DRG Research Group 2006; Roeder 2005).

In der Diskussion darum, ob die DRGs die Kosten im Krankenhaus adäquat abbilden, wird auch die Frage angeschnitten, inwieweit der Pflegeaufwand bei der Kalkulation berücksichtigt wird. Viele Pflegewissenschaftler sehen den Pflegeaufwand nicht in ausreichendem Maße in der Kalkulation der DRGs berücksichtigt, wodurch es zu außerordentlichen Unterschieden des Pflegeaufwands bei gleicher DRG kommt (Bartholomeyczik 2002; Fischer 2002: 57 ff.; Hollick/Kerres 2002; Kahlisch/Kobold/Rau 2004). Um den Pflegeaufwand adäquat zu berücksichtigen, bedarf es aber einer Messbarkeit des Pflegeaufwands sowie der möglichen Pflegeleistung⁴ und damit auch einer ausreichenden Pflegedokumentation im Krankenhaus. Die Messbarkeit des Pflegeaufwands wird derzeit in einzelnen Krankenhäusern weiter entwickelt und getestet (Fischer 2002: 59 ff.; Hausner et al. 2005; Wieteck 2005, Hunstein et al. 2006). Gleichzeitig wird darüber diskutiert und dazu experimentiert, wie zwischen Pflegeaufwand und notwendiger Pflege unterschieden werden kann bzw. wie groß der Zusammenhang mit der Pflegequalität ist (Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. 2001: 60 ff.; 2002; Bartholomeyczik 2002; Hunstein et al. 2006). Zurzeit wird aber festgestellt, dass es in der Pflege noch keine einheitlichen Qualitätsindikatoren gibt (Elsbernd 2006).

Ebenfalls an der Universität Münster wird die REDIA-Studie durchgeführt. Sie hat das Ziel, die Auswirkungen der Einführung der DRGs im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation zu analysieren (von Eiff/Klemann/Middendorf 2005: V). In einer ersten

⁴ In Anlehnung an den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (2001: 45 f.) definieren wir Pflegeleistung als Kombination von Pflegeaufwand und Ergebnisqualität. Dabei muss die Ergebnisqualität nicht monokausal mit dem Pflegeaufwand zusammenhängen.

Untersuchung wurden Patienten aus Optionskrankenhäusern mit Patienten aus nicht-optierten Häusern verglichen. Für Patienten mit Hüft-TEP, Knie-TEP, Bandscheiben-OP, Myokardinfarkt oder Bypass-OP wurden Verlegungszeiten, Aufenthaltsdauern in den Reha-Kliniken, Patientenzustände und Behandlungsaufwand während der Rehabilitation untersucht. Diese Untersuchungen ergaben ein uneinheitliches oder nicht signifikantes Bild bezüglich des Einflusses der DRGs auf die Rehabilitation (von Eiff/Klemann/Middendorf 2005: 191). Diese Studie wurde fortgeführt, um Veränderungen im Zeitverlauf zu ermitteln. Im zweiten Teil der Studie wurde tendenziell ein Mehraufwand an pflegerischer und medikamentöser Versorgung festgestellt (von Eiff/Klemann/Meyer 2007: 7). Eine Veränderung der Reha-Fähigkeit oder Verlängerung der stationären Reha-Aufenthaltszeiten konnte nicht festgestellt werden.

Werner Vogd (Freie Universität Berlin) stellte eine qualitative Studie zu ärztlichen Entscheidungsprozessen mittels wiederholter Fallstudien in zwei Krankenhäusern an, die im Jahr 2001 noch in öffentlicher Hand, aber dann in privater Trägerschaft waren (Vogd 2004; 2006). Mit den Methoden der teilnehmenden Beobachtung und Experteninterviews wurden Veränderungen in den chirurgischen und internistischen Abteilungen vor dem Hintergrund der DRG-Einführung von 2001 bis 2004 beschrieben. Die untersuchten Faktoren umfassen die Arbeitsbedingungen ebenso wie organisatorische und technische Erneuerungen sowie Einstellungen zur Kodierung und Behandlung im Zuge der DRG-Einführung.

In einem studentischen Projekt unter der Leitung von Sabine Bartholomeyczik und Elke Donath an der Universität Witten-Herdecke werden die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Aufgaben der Pflegenden und deren Bewertungen untersucht (Hausner et al. 2005: 125). Basis der Untersuchung sind Multimomentaufnahmen und schriftliche Befragungen über mehrere Wellen seit 2003 in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung. Erste Ergebnisse weisen eine Zunahme der Mithilfe bei ärztlichen Tätigkeiten und eine Abnahme patientennaher Tätigkeiten aus (Bartholomeyczik 2007a; b). Die pflegerische Tätigkeit wird zum größeren Teil von Helfern in der Pflege ausgeführt (Quasdorf/Galatsch 2006).

Am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth werden unter der Leitung von Arne Manzeschke die Auswirkungen der DRGs auf das Handeln verschiedener Professionen in 7 Krankenhäusern erforscht. Das Projekt trägt den Namen „Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRGs und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in kirchlichen Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialethische Bewertung.“ Der methodische Zugang sind 79 Experteninterviews in 7 Krankenhäusern, die entgegen dem Titel des Projekts nicht alle unter kirchlicher Trägerschaft sind. Ziel des Projektes ist es, die Auswirkungen der DRGs und gleichzeitig des Qualitätsmanagements auf das Handeln, das Selbstverständnis, die Strategien, die Strukturen, die Prozesse sowie die medizinische Versorgungsqualität zu ermitteln (Manzeschke/Pelz 2006).

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) haben zwei große Gesundheitsreports

erstellt, in denen die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden in der stationären Krankenpflege beschrieben werden (DAK/BGW 2000; 2005). Es wird auf eine relativ hohe Zahl an Arbeitsunfähigkeitstagen bei Pflegekräften hingewiesen und betont, dass es noch ein nicht ausgeschöpftes Präventionspotential gibt. Bezüglich der psychischen Arbeitsbelastungen wird über eine Zunahme berichtet. Als Ursachen dafür können ein gesteigertes Arbeitstempo, steigender Leistungsdruck und die wachsende Angst um den Arbeitsplatz gesehen werden. Die Arbeitszufriedenheit ist entsprechend gesunken.

2.6 Ansatz und Fragestellung des Projekts WAMP

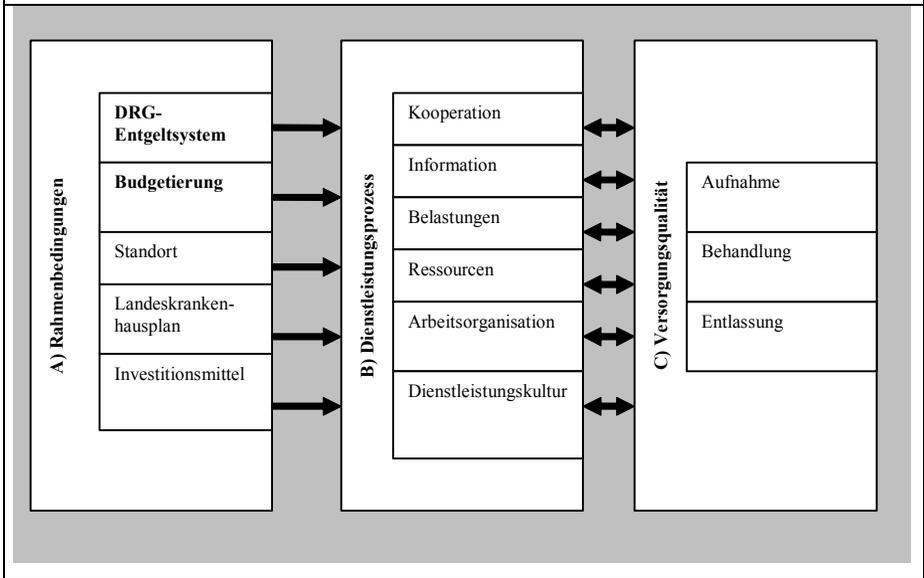
Alle bisher genannten Projekte und Berichterstattungen greifen nur einzelne Aspekte der Entwicklung heraus, haben den Fokus nur auf einer Berufsgruppe oder sind nicht in der Lage, die Einführung der DRGs wirklich zu begleiten, weil der Vergleich zum Einführungszeitpunkt fehlt. Das sozialwissenschaftlich orientierte Projekt WAMP ist das einzige Projekt, das umfassend und im Sinne der gesetzlichen Vorgaben die Entwicklung der Arbeitsprozesse und Versorgungsqualität beschreiben kann, da es als einziges Projekt umfangreiche und mehrdimensionale Daten zum Einführungszeitpunkt und für den Verlauf der Einführungsphase besitzt.

Die vorliegende Studie ist Bestandteil des Projekts WAMP und stellt in einzelnen Aspekten aus Sicht der Pflegekräfte dar, inwieweit die Ziele der Reformmaßnahmen erreicht werden und ein Qualitätsmanagement sichtbar wird. Parallel dazu wird ein Blick darauf geworfen, wie sich im Zuge der Anpassungsprozesse die Arbeitsbedingungen und damit gegebenenfalls die Arbeitsbelastungen der Pflegekräfte in den letzten Jahren verändert haben. Dabei wird versucht, den spezifischen Effekt der DRG-Einführung herauszukristallisieren.

2.6.1 Sozialwissenschaftlicher Ansatz

Der inhaltliche Ausgangspunkt, an dem das Projekt WAMP ansetzt, ist der medizinische und pflegerische Dienstleistungsprozess bzw. die Krankenhausarbeit. Medizinische und pflegerische Dienstleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass Produktionsstätigkeit und Konsumtion zugleich in einem Prozess erfolgen. Mit anderen Worten: Die Patienten sind einerseits Objekt der Versorgung und Abnehmer bzw. Konsumenten der medizinischen und pflegerischen Leistung. Andererseits sind sie aber auch Mitwirkende im Gesundheitsprozess. Überall dort, wo es auf ihre Motivation und ihr Verhalten ankommt und sie ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben (können), sind Patienten auch Mitproduzenten im medizinisch-pflegerischen Arbeitsprozess. Nahezu jeder Aspekt des Wandels der Krankenhausorganisation und damit der Arbeitsprozesse und der Kommunikation zwischen Medizin, Pflege und Patienten beeinflusst somit die Qualität der Versorgung. Unser sozialwissenschaftlicher Blick richtet sich also nicht auf die Unterscheidung spezieller Erkrankungen, Behandlungsmethoden und Pflegemethoden und den daraus folgenden Gesundheitszustand der Patienten; unser Fokus sind die Beschreibung der Veränderungen in den Arbeitsprozessen sowie deren Be-

Abbildung 1: Wirkungspfade in der Krankenhausbehandlung



wertung hinsichtlich der Versorgungsqualität durch die beteiligten Ärzte, Pflegekräfte und Patienten.

Die Forschungsstrategie ist so aufgebaut, dass die Auswirkungen der DRGs unter Berücksichtigung der sonstigen Rahmenbedingungen auf den Dienstleistungsprozess untersucht werden (Abbildung 1). Zu den sonstigen Rahmenbedingungen gehören u. a. die Budgetierung, der Standort, der Landeskrankenhausplan und die Investitionsmittel.

Der untersuchte Dienstleistungsprozess untergliedert sich in Kooperation (intern und extern); Informationsfluss (berufsintern und zwischen den Professionen); Belastungen und Ressourcen; Arbeitsorganisation (Arbeitszeiten; Arbeitsaufgaben; Qualifikation; Clinical Pathways); Dienstleistungskultur (Leitbild; berufliches Selbstverständnis). Ziel des Projekts WAMP ist es einerseits die Entwicklungen aufzuzeigen und andererseits die Effekte der DRGs aufzufindig zu machen. Dabei werden außerdem die Wechselwirkungen zwischen diesen einzelnen Aspekten betrachtet.

Ausgehend von der These, dass die DRGs und die anderen Rahmenbedingungen über die Umstrukturierung des Dienstleistungsprozesses die Versorgungsqualität beeinflussen, werden schließlich die Wirkungen des Dienstleistungsprozesses auf die Versorgungsqualität untersucht. Die Versorgungsqualität wird dabei in drei Aspekte unterteilt: Aufnahme (vollständige Information vorhanden; Abweisungen); Behandlung (Aufklärung des Patienten; Erreichbarkeit von Pflegekräften und Ärzten; handwerkliche und psycho-soziale Versorgung); Entlassung (Aufklärung des Patienten; Entlassungszeitpunkt).

2.6.2 Erhebungen im Projektzeitraum

Zur Untersuchung der Folgen der DRG-Einführung wurde ein mehrdimensionales Längsschnittdesign entwickelt. Im Projekt WAMP wird der Effekt der DRG-Einführung auf mehreren Ebenen zu mehreren Zeitpunkten gemessen. Zu den Ebenen gehören Patientenbefragungen (Braun/Müller 2003; Braun/Müller 2006), Befragungen von Pflegekräften (Braun/Müller/Timm 2004), Befragungen von Ärzten (Klinke/Kühn 2006; Klinke 2007) sowie Fallstudien ganzer Krankenhäuser (Buhr/Klinke 2006a; b). Die Veränderungen, die die Einführung des DRG-Systems für den Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität haben, können nur dann angemessen erfasst und bewertet werden, wenn die Ausgangslage bekannt ist. Die Erhebungszeitpunkte der ersten Welle lagen zwischen 2002 und 2003, also in etwa zu Beginn der DRG-Einführung. Die zweite Welle der Patienten- und Ärztebefragung erfolgte nach der budgetneutralen Phase (2005) und die dritte Welle ist gegen Ende der Einführungs- oder Konvergenzphase geplant.

2.7 Design der vorliegenden Studie

Die vorliegende Analyse ist ein Vergleich zweier in weiten Teilen inhaltsgleicher Pflegekräftebefragungen vom Sommer 2003 und Herbst 2006. Die Ergebnisse der ersten Pflegekräftebefragung sind schon ausführlich präsentiert worden (Braun/Müller/Timm 2004). Inhalt der vorliegenden Studie ist im Wesentlichen ein Vergleich der beiden Befragungen. Befragt wurde sowohl im Jahr 2003 als auch im Jahr 2006 eine Zufallsstichprobe der bei der GEK versicherten Krankenpflegekräfte. Der erste Befragungszeitpunkt liegt damit in der Phase, als die DRG-Einführung noch freiwillig war und noch keine erlöswirksamen Effekte hatte. Die zweite Befragung fand mitten in der Konvergenzphase statt, in der die DRGs in eingeschränktem Maße schon erlöswirksam waren.

Mittels einer vergleichenden Darstellung der Ergebnisse für beide Erhebungswellen und analytischer Modellrechnungen werden die Veränderungen zwischen 2003 und 2006 dargestellt. Dabei werden Strukturmerkmale wie Krankenhausgröße und Trägerschaft ebenso wie Geschlecht, Berufserfahrung und Position der Pflegekräfte als erklärende Faktoren der jeweils untersuchten Umstände oder Prozesse berücksichtigt. Die Gliederung dieses Buches richtet sich nach den in Kapitel 2.6.1 unterstellten Wirkzusammenhängen. Daher werden nach der Beschreibung der Daten und Methoden (Kapitel 3) die Veränderungen der Versorgungsstruktur dargestellt (Kapitel 4). Die untersuchten Merkmale sind dabei das Vorhandensein von ambulanten, teilstationären und poststationären Abteilungen, die Durchführung koordinierter Behandlungsabläufe sowie die Nutzung elektronischer Patientenakten. Außerdem wird noch die Art und Güte der Pflegeorganisation, des Informationsflusses und der Kooperation behandelt.

Nach der Darstellung dieser Strukturen werden die Arbeitszeiten, Arbeitsbedingungen und Arbeitsinhalte der Pflegekräfte beschrieben und es wird der Frage nachgegangen, ob der Personalschlüssel ausreichend ist (Kapitel 0). Strukturen und Personalschlüssel werden direkte Einflüsse auf die Ressourcen und Belastungen und damit auch auf das

berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte unterstellt. Diese Aspekte werden in Kapitel 6 untersucht. Wie eingangs schon erwähnt, werden die Ressourcen und Belastungen des Personals in direkten Zusammenhang mit der Versorgungsqualität gebracht. Um diese Behauptung empirisch zu unterlegen, werden daher die Ressourcen und Belastungen in den weiteren Analysen auch als erklärende Faktoren mit berücksichtigt. In Kapitel 7 wird schließlich ein Blick auf die Versorgungsqualität geworfen. Als erklärende Variablen werden hierfür entsprechend des eingangs vorgestellten Schemas sowohl strukturelle Faktoren als auch Personen bezogene Faktoren berücksichtigt.

Als Ergänzung zu den Befragungsdaten werden verschiedene andere Daten herangezogen, um das Gesamtbild der pflegerischen Versorgung und der Beanspruchung der Pflegekräfte abzurunden. In Kapitel 4 wird mit Hilfe der Krankenhausstatistik und der GEK-Routinedaten versucht, ein genaueres Bild der Arbeitszeit in der Krankenpflege zu zeichnen. Inhalte der Arbeit sowie die dafür verfügbare Zeit sind dabei das Thema.

Mit Hilfe der BIBB/IAB und BIBB/BauA-Surveys werden die Arbeitsbelastungen im Berufsvergleich und im Vergleich über mehrere Jahre dargestellt (Kapitel 6.2.2). Mit der IAB-Regionalstichprobe und den GEK-Routinedaten werden die Berufsverläufe der Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen beschrieben (Kapitel 6.3.3 und 6.3.3). Diese Ergebnisse werden mit den Ergebnissen der Befragungsdaten zum Berufswechselwunsch (Kapitel 6.3.1 und 6.3.2) verglichen.

Im Kapitel 0 wird abschließend ein Versuch unternommen, den Einfluss der DRGs auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität herauszukristallisieren. Dies geschieht einerseits durch die Analyse der speziell dazu gestellten Fragen, aber auch durch die Interpretation der vorgefundenen Veränderungen zwischen den beiden Befragungswellen.

3 Daten und Methoden

3.1 Durchführung der Befragungen

3.1.1 Datenerhebung im Jahr 2003

Den Ausgangspunkt der Befragung bildeten die erwerbstätigen Mitglieder der GEK, bei denen in den „Angaben zur Tätigkeit“ die Berufsordnungsnummer 853 „Krankenschwester/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger“ angegeben waren. Diese Ausgangsgesamtheit umfasste 5.269 Personen.

Im Juli 2003 erhielten diese Mitglieder einen achtzehn Seiten umfassenden Fragebogen mit der Bitte, diesen bis spätestens zum 1. August ausgefüllt an das Zentrum für Sozialpolitik zurückzuschicken. Nach Ablauf von zwei Wochen sind alle Angeschriebenen an die Beantwortung erinnert worden.

In dieser Studie sollten nur Krankenschwestern und -pfleger, die in Akutkrankenhäusern arbeiten, befragt werden. Mit den Daten der GEK war es aber nicht möglich, diese Population von vornherein fehlerfrei zu identifizieren, weshalb wir am Anfang des Fragebogens abfragten, ob die betreffende Person in einem Akutkrankenhaus als Pflegekraft tätig ist oder nicht.

Insgesamt sandten 3.152 Personen den Fragebogen zurück. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 59,8%. Dieser hohe Rücklauf einer postalischen Befragung kann als ein sehr gutes Ergebnis und als ein Beleg für das große Interesse der betroffenen Berufsgruppe von Krankenschwestern und -pflegern an der Thematik angesehen werden.

Die Tabelle 1 zeigt zunächst die Verteilungen der Ausgangsgesamtheit und der Antwortenden (Brutto-Rücklauf) nach Alter und Geschlecht. Ein Vergleich zwischen der Ausgangsgesamtheit und der Antwortgruppe zeigt hohe Übereinstimmungen hinsichtlich Alter und Geschlecht, so dass wir davon ausgehen können, dass der Rücklauf relativ gut die Ausgangsgesamtheit widerspiegelt und es keine systematischen Selektionen durch den Rücklauf gibt.

Tabelle 1: Ausgewählte Strukturmerkmale der Ausgangsgesamtheit und der Antwortgruppe 2003 (in Prozent)

	Ausgangsgesamtheit	Antwortgruppe
16 bis 25 Jahre	28,2	26,6
26 bis 30 Jahre	11,6	11,0
31 bis 35 Jahre	12,7	12,3
36 bis 40 Jahre	17,1	18,8
41 bis 45 Jahre	15,6	16,6
46 bis 64 Jahre	14,8	14,7
Männer	14,9	14,5
Frauen	85,1	85,5
N	5.269	3.152

3.1.2 Datenerhebung im Jahr 2006

Die Auswahl der Ausgangspopulation der Befragung im Jahr 2006 beschränkte sich auf 6.248 Pflegekräfte mit Berufsordnung 853 (Krankenpfleger/-schwester) im Wirtschaftszweig 8511 (Krankenhaus oder Reha-Klinik), die nicht in Ausbildung waren. Aus dieser Population wurde eine Zufallsstichprobe von 3.505 Personen gezogen, denen im November 2006 ein deutlich längerer, 27 Seiten umfassender Fragebogen zugesandt wurde. Auch diesem Fragebogen lag ein freier Rückumschlag bei. Im Januar 2007 erhielten die Befragten ein Erinnerungsschreiben.

Zurückgeschickt wurden 1.628 Fragebögen. Dies entspricht einem Brutto-Rücklauf von 46,4%. In Anbetracht der Tatsache, dass sich der Fragebogen im Vergleich zur ersten Befragung um ca. 50% verlängert hat, ist auch diese Rücklaufquote als gutes Ergebnis zu werten. (Bei der dritten angedachten Befragung werden wir aus Rücksicht auf die Befragten aber wieder auf einige Fragen verzichten, da doch vielfach von den Befragten vermerkt wurde, dass der Fragebogen ausgesprochen lang sei.)

Für die vorliegenden Analysen wurden nur examinierte Krankenpflegekräfte in Akutkrankenhäusern ausgewählt. Die Zahl der verfügbaren Befragungsdaten beläuft sich für die Erhebung 2006 auf 1.283 und für die Erhebung 2003 auf 1.885.

Tabelle 2: Ausgewählte Strukturmerkmale der Ausgangsgesamtheit und der Antwortgruppe 2006 (in Prozent)

	Ausgangs- population	Stichprobe	Rücklauf	Befragungs- daten
16 bis 25 Jahre	9,8	9,7	8,9	8,5
26 bis 30 Jahre	15,9	16,4	15,6	15,2
31 bis 35 Jahre	12,0	12,0	11,2	11,5
36 bis 40 Jahre	17,1	17,0	18,0	18,7
41 bis 45 Jahre	19,3	19,3	19,6	19,8
46 bis 64 Jahre	25,9	25,6	26,8	26,3
Männer	15,6	15,2	16,5	16,9
Frauen	84,4	84,8	83,5	83,1
N	6.248	3.505	1.628	1.283

Beim Vergleich des Rücklaufs mit der Ausgangspopulation zeigt sich auch in der Befragung 2006 eine hohe Übereinstimmung. Ein systematischer Response-Bias erscheint damit nicht sehr wahrscheinlich (vgl. Tabelle 2).

3.2 Vergleich der Befragungen

3.2.1 Standardisierung der Befragungsdaten

In den vergleichenden Untersuchungen der ersten und zweiten Welle der Pflegekräftebefragung werden die Verteilungen über die abgefragten Merkmale nebeneinander gestellt. Um die Ergebnisse der beiden Befragungen vergleichbar zu halten, werden die Daten aus der 2. Welle nach der Alters- und Geschlechterverteilung der 1. Welle standardisiert. Das heißt, die Population der zweiten Welle wird so gewichtet, dass die

Tabelle 3: Standardisierungsmerkmale 2003 und 2006 (in Prozent)

	Anteile ohne Standardisierung		Anteile nach Standardisierung	
	2003	2006	2003	2006
15 bis 24 Jahre	13,3	5,7	13,3	13,3
25 bis 34 Jahre	25,4	25,9	25,4	25,4
35 bis 44 Jahre*	42,0	38,0	42,0	42,0
45 bis 54 Jahre	16,9	25,4	16,9	16,9
55 bis 65 Jahre	2,4	5,0	2,4	2,4
Männer*	16,2	17,8	16,2	16,2
Frauen	83,8	82,2	83,8	83,8
N	1.885	1.283	1.885	1.283

Anmerkung: * Fehlende Werte wurden dieser Kategorie zugeordnet

Verteilung des Alters und des Geschlechts in beiden Wellen gleich erscheint. Die Gewichte werden dabei so errechnet, dass die insgesamt resultierende Größe der Befragungsdaten jeweils der Ausgangsgröße entspricht.

Im Vergleich der beiden Befragungen zeigt sich, dass 2006 die Befragten im Durchschnitt älter waren als in der Befragung von 2003 (Tabelle 3). Außerdem war in der Befragung von 2006 der Anteil der Frauen etwas geringer. Nach der Standardisierung sind die Anteile in beiden Befragungen gleich. Die resultierende Anzahl der Befragten bleibt nach der Standardisierung erhalten. In der ersten Befragung sind es 1.885 und in der zweiten Befragung 1.283.

3.2.2 Multivariate Modelle zur Messung der Zusammenhänge

Da bestimmte Zustände, wie z. B. gutes Entlassungsmanagement im Krankenhaus, in aller Regel nicht nur durch eine Ursache bestimmt werden, müssen zur Analyse der Zusammenhänge jeweils gleichzeitig mehrere Merkmale, wie z. B. Trägerschaft, Arbeitsbelastung etc., kontrolliert werden. Wenn dies in Form von fein gegliederten Tabellen oder grafisch geschehen sollte, würden die Tabellen und Grafiken unüberschaubar und sehr groß werden. Um die Zusammenhänge verschiedener Merkmale mit dem zu untersuchenden Merkmal übersichtlich darstellen zu können, wurden verschiedene statistische Verfahren entwickelt. Das hier verwendete Verfahren ist die lineare Regression. Die lineare Regression misst den Zusammenhang einer oder mehrerer erklärender, unabhängiger Variablen mit einer zu erklärenden, abhängigen Variablen. Mit dem linearen Regressionsmodell werden die Effekte aller eingeführten Variablen gleichzeitig kontrolliert und gemessen. Die Koeffizienten im geschätzten Modell geben an, um wie viel Einheiten die abhängige Variable ansteigt, wenn die unabhängige Variable sich im Wert um 1 erhöht. Als mathematische Formel dargestellt heißt das:

$$Y = b_0 + b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + \text{error}$$

Y ist dabei der Wert der abhängigen Variablen. b_0 , b_1 , b_2 usw. sind die geschätzten Koeffizienten des Modells und x_1 , x_2 usw. sind die Werte der unabhängigen Variablen.

Für die lineare Regression müssen die erklärenden Variablen metrisch skaliert sein. Das heißt, man muss Unterschiede zwischen einzelnen Ausprägungen quantifizieren

können. Zumeist sind allerdings die Variablen, die in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften zur Anwendung kommen, nicht metrisch skaliert. Diese nicht-metrischen Variablen, wie z. B. die Differenzierung nach Schichtmodellen, müssen für die Integration in die statistischen Modelle in einzelne Dummy-Variablen aufgeteilt werden. Aus der Variablen Schichtmodell wird für jede Ausprägung der Variablen eine neue Variable erzeugt: Dauernachtdienst, Wechselschicht, Tagdienst. Jede einzelne dieser Variablen hat immer nur zwei Ausprägungen: 1 für 'trifft zu' oder 0 für 'trifft nicht zu'. Diese metrisierten Dummy-Variablen können nun in die statistischen Modelle integriert werden, die eigentlich metrische Variablen erfordern.

In die Modelle können dann die Dummy-Variablen fast aller Ausprägungen integriert werden. Mindestens eine Dummy-Variable muss immer als Referenzkategorie aus dem statistischen Modell ausgeschlossen sein. Sind beispielsweise Dauernachtdienst und Tagdienst als Dummy-Variablen in das statistische Modell integriert, dann messen die ausgegebenen Koeffizienten jeweils den Abstand zu allen Befragten in Wechselschicht und sonstigen Arbeitszeitformen.

Metrische Variablen brauchen nicht zu Dummy-Variablen umkodiert zu werden. Zu den metrischen Variablen gehören beispielsweise das Alter oder das Jahr. Die Koeffizienten für diese Art Variablen werden dann z. B. folgendermaßen interpretiert: Je älter ... desto größer/kleiner ...

Wenn die abhängige Variable eine Dummy-Variable ist, die entweder den Wert 1 oder den Wert 0 annimmt, gibt der Wert der Konstanten im Regressionsmodell den berechneten Anteilswert für die Referenzkategorien wieder, wobei 1 als 100 % zu interpretieren ist. Die Koeffizienten der unabhängigen Dummy-Variablen geben dann die Differenz in Prozentpunkten für die erwähnte Kategorie im Vergleich zur Referenzkategorie an (wenn z. B. „Privates Krankenhaus“ einen Koeffizienten von 0,05 hat, dann unterscheidet es sich von den nicht privaten Krankenhäusern um fünf Prozentpunkte).

3.2.3 Kodierung der wesentlichen Variablen aus den Befragungsdaten

Geschlecht: Frauen – Referenz: Männer.

Trägerschaft: Privater Träger – Referenz: sonstige Träger.

Krankenhausgröße: < 200 Betten; >1000 Betten – Referenz: 201 – 1000 Betten.

Fachabteilung: Innere; Gynäkologie oder Geburtshilfe; Psychiatrie; andere oder ohne Angabe – Referenz: Chirurgie (einschließlich Urologie).

Kooperationsbeziehungen mit Ärzten: Wert 1, wenn Angabe zur Kooperation „sehr gut“ oder „eher gut“ – Referenz: alle anderen.

Koordinierte Abläufe (z. B. Case Management, Clinical Pathways usw.): Wert 1, wenn Angabe „ja“ – Referenz: alle anderen.

Kurzzeit-Abteilungen: Wert 1, wenn Angabe „ja“ – Referenz: alle anderen.

Poststationäre Abteilung: Wert 1, wenn Angabe „ja“ – Referenz: alle anderen.

Berufserfahrung: mehr als 10 Jahre im Beruf – Referenz: bis 10 Jahre; in einzelnen Modellen auch mehr als 5 Jahre im Beruf – Referenz: bis 5 Jahre.

Stellung: leitende Pflegekräfte – Referenz: Basispflegekraft.

Arbeitszeit: Teilzeit – Referenz: Vollzeit.

Schichtdienst: Dauernachtdienst; nur Tagdienst ohne Schicht – Referenz: Wechsel- schicht mit und ohne Nachtdienst (inklusive Bereitschaftsdienst und sonstigem Dienst- modus).

Arbeitsbelastung: Summe der Angaben mit „immer“ oder „überwiegend“ aus folgen- den Merkmalen:

„Ich empfinde in meiner Arbeit eine starke Belastung durch...

- ...einen andauernd hohen Zeitdruck.
- ...eine allgemein schlechte Arbeitsorganisation.
- ...anstrengende Patienten/Angehörige.
- ...Einzelschicksale, Sterben und Tod.
- ...störende Unterbrechungen.
- ...ständig wechselnde Schichten.
- ...zu viele administrative Tätigkeiten.
- ...einen mangelhaften Arbeitsschutz.
- ...Angst um meinen Arbeitsplatz.“

Ressourcen: Summe der Angaben mit „immer“ oder „überwiegend“ aus folgenden Merkmalen:

„Ich empfinde...

- ...meine Arbeit als interessant und abwechslungsreich.
- ...genügend Handlungsspielräume in meiner Arbeitseinteilung.
- ...in meiner Arbeit viele Chancen, etwas dazuzulernen.
- ...durch meine Arbeit eine starke persönliche Bestätigung.
- ...meine sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz als positive Kraft.“

3.2.4 Grundauszählung der erklärenden Variablen aus den Befragungsdaten

Erwartungsgemäß verringert sich der Anteil der Pflegekräfte mit längerer Berufserfah- rung nach der Standardisierung, da in der Befragung von 2006 ein höherer Altersdurch- schnitt herrscht, der durch die Standardisierung gesenkt wurde. Die übrigen Verteilun- gen der erklärenden Variablen sind durch die Standardisierung kaum betroffen.

Beim Vergleich der Befragungswellen (Tabelle 4) zeigt sich die erwartete Zunahme von Privatisierung (Trägerschaft) und Strukturierung (koordinierte Abläufe, Kurzzeit- abteilungen, poststationäre Abteilungen). Auffällig ist zudem noch, dass in der Befra- gung von 2006 auch nach der Standardisierung der Anteil der Pflegekräfte in leitender Stellung größer ist als in der Befragung von 2003. Die Zahl der Ressourcen nimmt leicht ab, während die Zahl der Arbeitsbelastungen im Durchschnitt steigt. Alle sonsti- gen Merkmale erscheinen unauffällig in der Veränderung der Verteilung.

Tabelle 4: Grundauszählung der erklärenden Variablen (in Prozent)

	Anteile ohne Standardisierung		Anteile nach Standardisierung	
	2003	2006	2003	2006
Berufserfahrung				
Bis 10 Jahre*	35,9	27,0	35,9	34,2
Mehr als 10 Jahre	64,1	73,0	64,1	65,8
Stellung				
Basispflegekraft*	81,3	74,3	81,3	76,1
Leitende Pflegekraft	18,7	25,7	18,7	23,9
Arbeitszeit				
Vollzeit*	55,1	56,3	55,1	57,4
Teilzeit	44,9	43,7	44,9	42,6
Schichtdienst				
Dauernacht	8,9	5,6	8,9	5,2
Tagdienst	10,6	14,0	10,6	12,7
Wechselschicht u. a. *	80,5	80,6	80,5	82,1
Trägerschaft				
Privat	13,4	18,5	13,4	18,6
Andere Träger*	86,6	81,5	86,6	81,4
Krankenhausgröße				
Bis 200 Betten	17,3	18,0	17,3	17,7
200 bis 1000 Betten*	70,1	69,3	70,1	68,8
1000 und mehr Betten	12,6	12,7	12,6	12,5
Fachabteilung				
Chirurgie	19,6	18,1	19,6	18,7
Innere	22,1	22,2	22,1	23,2
Gynäkologie/Geburtshilfe	8,0	6,5	8,0	6,2
Psychiatrie	6,4	7,3	6,4	6,7
Andere Fachabteilung*	43,9	45,9	43,9	45,6
Kooperation mit Ärzten				
Gut	71,5	77,3	71,5	77,6
Nicht gut*	28,5	22,7	28,5	22,4
Koordinierte Abläufe				
Ja	41,4	48,2	41,4	48,9
Nein*	58,6	51,8	58,6	51,1
Kurzzeitabteilung				
Ja	54,0	62,3	54,0	61,8
Nein*	46,0	37,7	46,0	38,2
Poststationäre Abteilung				
Ja	49,1	56,3	49,1	56,5
Nein*	50,9	43,7	50,9	43,5
	Mittelwerte ohne Standardisierung		Mittelwerte mit Standardisierung	
	2003	2006	2003	2006
Ressourcen	3,55	3,47	3,55	3,49
Arbeitsbelastungen	2,45	2,72	2,45	2,72
N	1.885	1.283	1.885	1.283
Anmerkung: * Fehlende Werte wurden dieser Kategorie zugeordnet				

3.3 GEK-Routinedaten

Die GEK bereitet seit geraumer Zeit pseudonymisierte Daten für die Gesundheitsberichterstattung auf. In den GEK-Daten sind insgesamt über 3 Millionen Personen erfasst, die Mitglieder der GEK waren oder sind oder die mitversichert waren oder sind. Die Analyse der Morbidität und beruflichen Mobilität von Pflegekräften erfolgte auf der Grundlage dieser Daten. Die Routinedaten umfassen Informationen über persönliche Merkmale wie Geschlecht, Geburtsjahr, Nationalität, Eintrittsdatum, Austrittsdatum, Austrittsgrund usw. Zudem sind in ihnen auch Informationen über die berufliche Tätigkeit enthalten, die durch den Arbeitgeber an die Krankenkasse gemeldet werden (Beruf, Ausbildung, Status). Gespeichert sind außerdem Informationen über die Verrentung. In erster Linie sind aber die Informationen über die medizinischen Leistungen enthalten: AU-Zeiten und stationäre Aufenthalte inklusive Diagnosen sowie Arzneimittelverordnungen. Alle diese Informationen werden genutzt, um die Morbidität und die Mobilität zu analysieren. Die Analyse erfolgt anonym und unabhängig von den Befragungsdaten.

3.4 Krankenhausstatistik

Für die Darstellung der langfristigen Zeitreihen über Personal, Fallzahlen, Falldauern und Pflegetage werden neben den GEK-Routinedaten auch die Daten der Krankenhausstatistik verwendet. Bei der Krankenhausstatistik handelt es sich um jährliche Totalerhebungen der Krankenhausversorgung, die alle über 2000 Krankenhäuser mit ihren Leistungen beinhalten. Die Durchführung geschieht durch die Statistischen Landesämter. Erhoben werden sowohl Grunddaten (z. B. Zahl der Betten, vollstationäre Fälle, beschäftigte Ärzte) als auch Diagnosedaten und Kostendaten (Statistisches Bundesamt 2006a; b; c).

3.5 BIBB/IAB und BIBB/BauA-Surveys

Für die Darstellung der Arbeitsbelastungen der Krankenpflegekräfte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen werden in der vorliegenden Studie neben den Befragungsdaten auch die BIBB/IAB und BIBB/BAuA Surveys verwendet. Bei den hier verwendeten Surveys handelt es sich um Befragungen von Erwerbstätigen in Deutschland. Diese Befragungen wurden 1991/1992 und 1998/1999 vom BIBB und vom IAB durchgeführt. In der Erhebung von 1991/1992 waren insgesamt 34.277 Personen befragt worden. In der Erhebung von 1998/1999 waren es 34.343 Personen. Der Survey von 2005/2006 wurde zusammen vom BIBB und der BAuA erhoben. Insgesamt wurden 20.000 Personen befragt. Die Befragung erfolgte anders als in den Surveys zuvor mittels Telefoninterviews und einem computerunterstützten Erhebungsinstrument. In allen Surveys wurden Ausländer nur dann befragt, wenn sie ausreichend gut deutsch sprachen.

3.6 IAB-Regionalstichprobe 1975-2001

Für die Analysen der Verweildauern der Pflegekräfte in ihrem Beruf wird in diesem Band unter anderem die IAB-Regionalstichprobe 1975-2001 verwendet. Die IAB-Regionalstichprobe enthält für den Zeitraum 1975-2001 die Erwerbs- und Leistungsempfangsbiographie von zwei Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit oft tagesgenauen Informationen. Grundlage der Zufallsauswahl war die so genannte Beschäftigten- und Leistungsempfängerhistorik (BLH) des IAB, in der die Zeiten von Beschäftigung und Leistungsbezug bereits auf Personenebene integriert wurden (Hammann et al. 2004).

Die Daten beschreiben die Erwerbsverläufe von 1.293.819 Personen. Die Stichprobe enthält insgesamt 21.041.596 Datensätze. Davon entfallen 18.501.706 Datensätze auf Information zur Beschäftigung und 2.539.890 Datensätze auf Informationen zum Leistungsbezug. Daten für Ostdeutschland sind für den Zeitraum 1992-2001 vorhanden (2.138.705 Datensätze für 181.058 Personen). Für Westdeutschland liegen für den Zeitraum von 1975-2001 18.902.891 Datensätze für 1.112.761 Personen vor.

Die Merkmale in der Stichprobe sind unter anderem: Personenummer, Geschlecht, Geburtsjahr, Staatsangehörigkeit (nur West), Rechtskreis Ost/West, Personengruppe, Status (beschäftigt oder arbeitslos), Rentenversicherungsträger, Ausbildung (B1-Schlüssel), Stellung im Beruf (B2-Schlüssel), Beruf (ausgeübte Tätigkeit), Beginn und Ende der Beschäftigung/der Arbeitslosigkeit, Grund der Meldung, Tagesentgelt, Betriebsort, Betriebsnummernzähler, Wirtschaftszweig, Leistungsart.

4 Veränderung der Strukturen der Versorgungssteuerung

Schon in den 1990er Jahren verringerten sich die Liegezeiten im Krankenhaus. Mit der Einführung der DRGs ist aber das politisch gewollten Ziele verbunden, die Liegezeiten noch deutlich weiter zu verkürzen. Daher gingen alle Akteure von der Notwendigkeit aus, die Behandlungsabläufe besser zu koordinieren und Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, Patienten möglichst schnell zu entlassen, ohne ihre Heilung zu gefährden. Zu den im Laufe der letzten Jahre entwickelten Instrumenten, Strukturen und Bedingungen gehören Case Management, Clinical Pathways, elektronische Patientenakten, Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement und ambulante Kurzzeitstationen sowie ambulante Nachbetreuungseinrichtungen an Krankenhäusern.

4.1 Ambulante oder teilstationäre Abteilungen und Abteilungen für poststationäre Versorgung

Die Existenz von Abteilungen für ambulante oder Kurzzeit-Patienten als auch von Abteilungen für die poststationäre Versorgung bzw. für ambulante Nachbetreuung wird von den Pflegekräfte 2006 signifikant häufiger als 2003 angegeben (Abbildung 2). Der relativ kleine Anteil der Pflegekräfte, die nichts über die beiden Einrichtungen wissen, nahm leicht ab und könnte daher einen Teil des Zuwachses erklären.

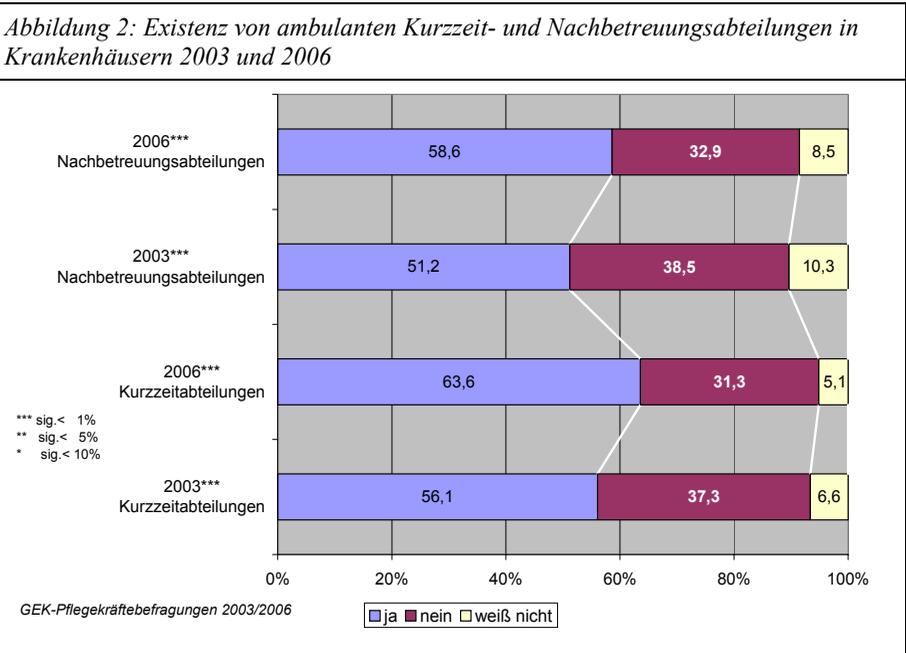
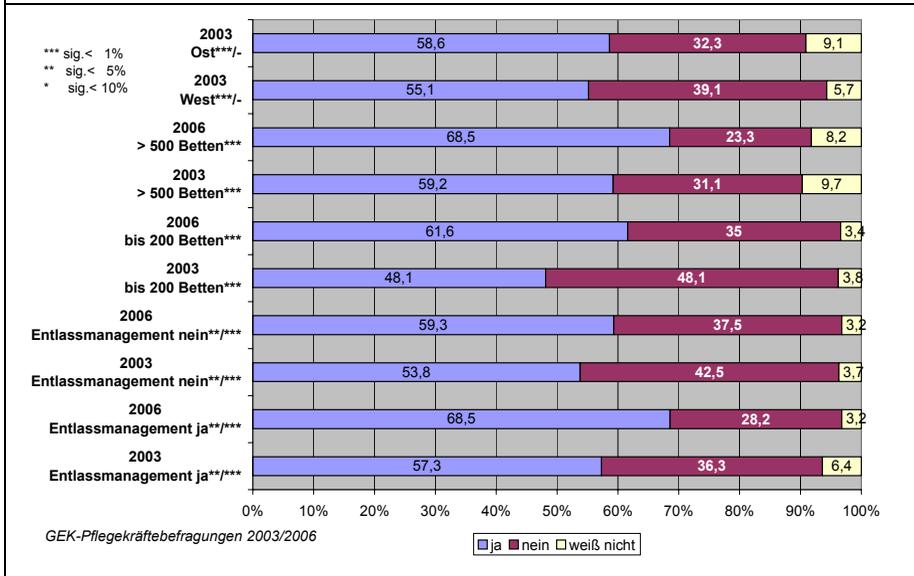


Abbildung 3: Existenz von ambulanten Kurzzeitabteilungen in Krankenhäusern unter ausgewählten Bedingungen 2003 und 2006

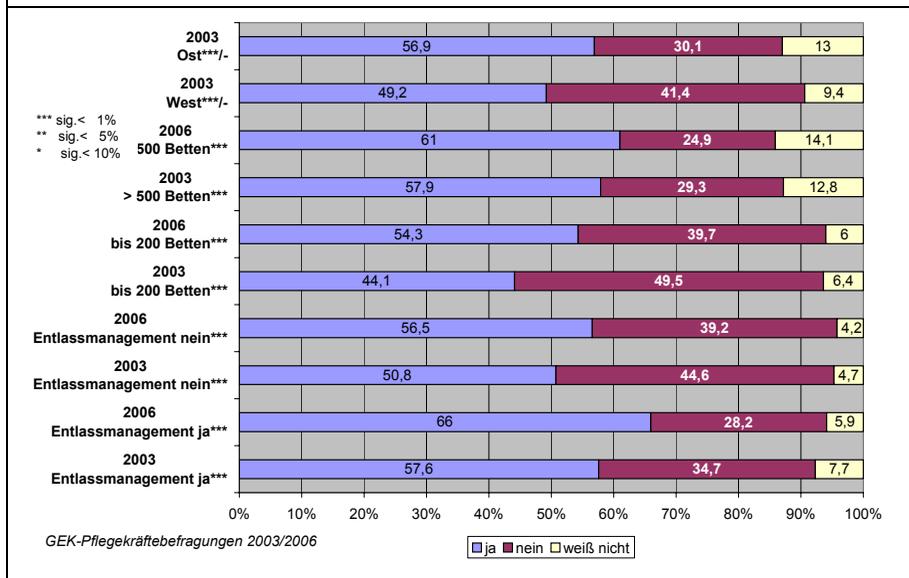


Im Folgenden wird untersucht, ob sich die wahrgenommene Existenz dieser ambulanten Einrichtungen an Krankenhäusern ungleich verteilt, es also Strukturen gibt, die diese Einrichtungen fördern oder hemmen. In dieser Berechnung betrachten wir mit Vorrang die Faktoren Trägertyp, Größe des Krankenhauses und Region sowie die Existenz eines weiteren Elements der Strukturierung von Behandlungs- oder Versorgungsabläufen, des Entlassungs-, Überleitungs- oder Kooperationsmanagements. In die beiden folgenden Abbildungen wurden wiederum nur signifikante Unterschiede aufgenommen.

Dabei sind in der Abbildung 3 folgende Ergebnisse erwähnenswert:

- Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Existenz eines gut funktionierenden Entlassungsmanagements und der von Kurzzeitabteilungen. Dies gilt besonders für das Jahr 2006.
- Mehr Pflegekräfte in großen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten als in Häusern mit bis zu 200 Betten berichten auch über die Existenz von Kurzzeitabteilungen. 2006 sind dies bereits mehr als zwei Drittel der in großen Kliniken Beschäftigten.
- Während 2003 noch signifikant mehr ostdeutsche Pflegekräfte in Kliniken mit Kurzzeitabteilungen arbeiteten, waren die Strukturen 2006 so weit angepasst, dass die Differenz nicht mehr signifikant war und daher in der Abbildung keine Angaben für dieses Jahr auftauchen.

Abbildung 4: Existenz von ambulanten Nachbetreuungs-Abteilungen in Krankenhäusern unter ausgewählten Bedingungen 2003 und 2006



Die in der Abbildung 4 wiedergegebenen Ergebnisse für die Existenz von ambulanten Abteilungen zur Nachbetreuung von stationär behandelten Patienten zeigen folgendes:

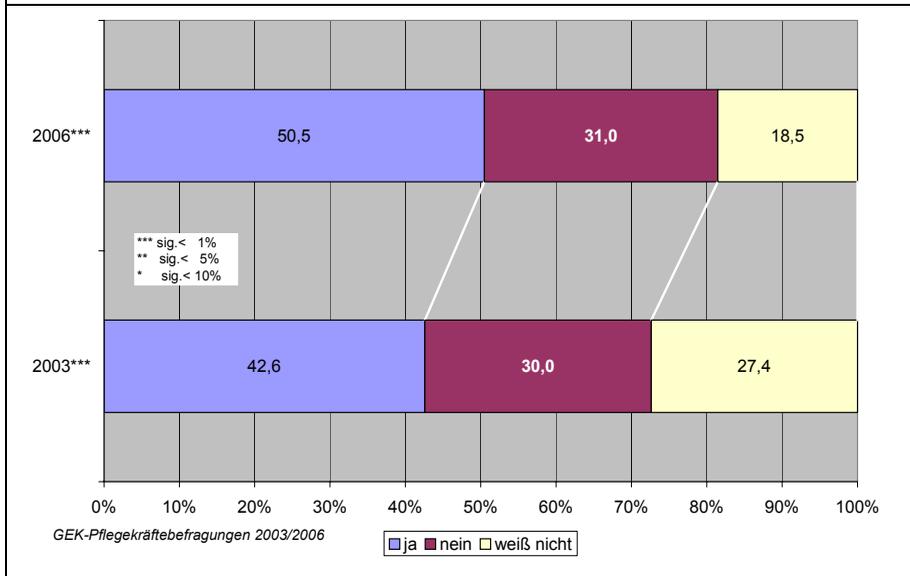
- Auch diese Form der Auslagerung früher stationär weiterbehandelter Aufgaben in eine nachstationäre Institution taucht in der Wahrnehmung der Pflegekräfte wesentlich häufiger in Krankenhäusern auf, die ein Entlassungsmanagement haben.
- Dies trifft auch für große Krankenhäuser und, allerdings nur im Jahre 2003, noch für ostdeutsche Kliniken zu.

4.2 Strukturierte Behandlungsabläufe: Case Management, Clinical Pathways etc.

Case Management soll den Behandlungsablauf strukturieren. Dabei können Ärzte und Pflegekräfte durch hausinterne Case Manager entlastet werden. Dadurch könnten die Prozesse optimiert werden, schneller verlaufen und kostengünstiger werden (Toth 2007).

Deutlich mehr Pflegekräfte sagen 2006 gegenüber 2003, es gäbe strukturierte Behandlungsabläufe in ihren Krankenhäusern. Ein zweiter Blick auf die in der Abbildung 5 dargestellten Ergebnisse zeigt aber, dass dies nicht zwingend oder allein Ausdruck der wirklichen Weiterverbreitung solcher veränderter Behandlungsstrukturen sein muss. Es könnte auch auf dem kräftigen Rückgang des Anteils der Pflegekräfte beruhen, die die

Abbildung 5: Existenz von klaren und koordinierten Abläufen 2003 und 2006



betreffende Frage in beiden Jahren mit „weiß nicht“ beantwortet haben. Ob es sich um reale Veränderungen oder um einen „Entdeckungs- oder Informationseffekt“ handelt, kann aber mittels der Befragungsdaten nicht geklärt werden.

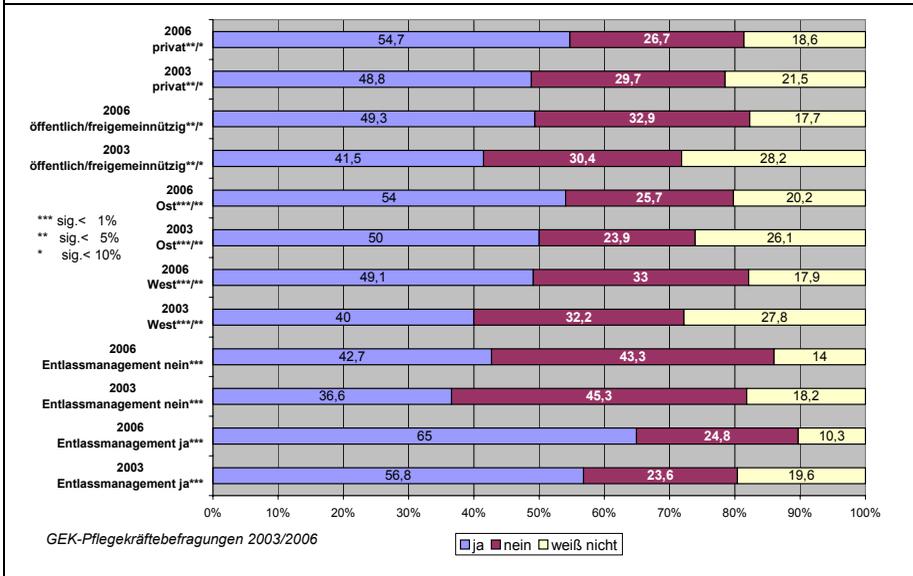
Unabhängig davon gibt es aber einen unveränderten Anteil von knapp einem Drittel der Pflegekräfte, die in Häusern oder Abteilungen arbeiten, in denen es in ihrer Wahrnehmung keine derart strukturierten Abläufe gibt.

Ob strukturierte Behandlungsabläufe 2003 und 2006 überall gleich stark die Wirklichkeit der Krankenhauslandschaft prägen, untersuchen wir nach Trägertypen, nach der Region, der Größe der Krankenhäuser und der Existenz eines Entlassungsmanagements. Die Anzahl der Betten hat 2003 und 2006 keinen signifikanten Einfluss auf die Existenz strukturierter Abläufe und ist in der Abbildung deshalb nicht aufgeführt.

Dafür prägen die anderen ausgewählten Merkmale und Bedingungen durchweg auf dem 1 oder 5%-Niveau signifikant die Häufigkeit ihrer von den Pflegekräften wahrgenommenen Existenz. Wenn sich die Signifikanzniveaus in den beiden Jahren unterscheiden, wurden die Werte von 2003 und 2006 durch einen Querstrich getrennt. Ein Wert bedeutet, dass das Merkmal in beiden Jahren signifikant auftrat.

Die deutlichsten Unterschiede gab es erwartungsgemäß in beiden Jahren dann, wenn es um die gleichzeitige Existenz von Entlassungsmanagement ging. Aber auch wenn 2006 65% der Pflegekräfte, die in einem Krankenhaus arbeiten, das nach ihrer Wahrnehmung ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement hatte, zugleich den gesamten

Abbildung 6: Existenz von klaren und koordinierten Abläufen unter ausgewählten Bedingungen 2003 und 2006



Behandlungsprozess gut strukturiert sahen, gibt es immer noch ein Drittel, das davon nichts wahrnimmt.

Mehr ost- als westdeutsche Pflegekräfte sagen in beiden Jahren mit abnehmender Signifikanz, ihr Arbeitsalltag sei durch strukturierte Behandlungsabläufe mitgeprägt.

Statistisch signifikante Unterschiede gibt es dann aber auch noch zwischen den Wahrnehmungen der Pflegekräfte in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern: In privaten Kliniken gab es in beiden Befragungsjahren – mit geringer werdendem Unterschied zu öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern – mehr Pflegekräfte, die von koordinierten Abläufen zu berichten wussten.

4.3 Elektronische Patientenakte

Zu den Instrumenten, von denen angenommen oder erwartet wird, die häufig durch Informationsmängel belasteten Behandlungsabläufe straffer, kürzer, wirtschaftlicher und letztlich auch qualitativ hochwertiger zu gestalten, gehört ein elektronisches, möglichst ereignisnah und mobil nutzbares Dokumentations- und Informationssystem mit allen patientenbezogenen Daten (Anamnese, Diagnostik und Behandlungsdaten): die elektronische Patientenakte.

Wie die bisherigen Erfahrungen mit elektronischen Patientenakten im In- und Ausland zum Thema (z.B. Linder et al. 2007) zeigten, dürfen von ihnen keine Wunderdinge

erwartet werden. Dies hängt zum einen von der unterschiedlichen Leistungsqualität (z.B. Schnelligkeit, Verständlichkeit und damit verbunden geringe Fehleingaben, Übersichtlichkeit) der zahlreichen angebotenen Systeme ab. Zum anderen muss aber die Einführung einer elektronischen Patientenakte von zusätzlichen Veränderungen der Handlungsroutinen bei allen Beteiligten, also Dateneingebem und -nutzern, begleitet werden. Ohne dies erwiesen sich eingeführte Systeme häufig als fehlerhaft und untergenutzt. Nicht selten existierten „handgestrickte“ papierene Parallelsysteme, die die Wahrscheinlichkeit von Informationsmängeln eher noch erhöhten.

Nachdem im Zuge der DRG-Einführung auch in deutschen Krankenhäusern verbreitet elektronische Patientenakten eingeführt wurden oder werden sollten, fragten wir die Pflegekräfte zum ersten Mal in 2006 nach der Existenz dieses Instruments in ihren Häusern und sofern ja, ob sie Zugang zu dieser Akte haben.

41,7% der Pflegekräfte gaben 2006 an, in Krankenhäusern zu arbeiten, in denen die elektronische Patientenakte eingeführt war. Weder nach Art des Krankenhaus-Trägers, dem Lebens- oder Berufsalter der Pflegekräfte und der Bettenanzahl der Krankenhäuser finden sich nennenswerte oder gar statistisch signifikante Unterschiede.

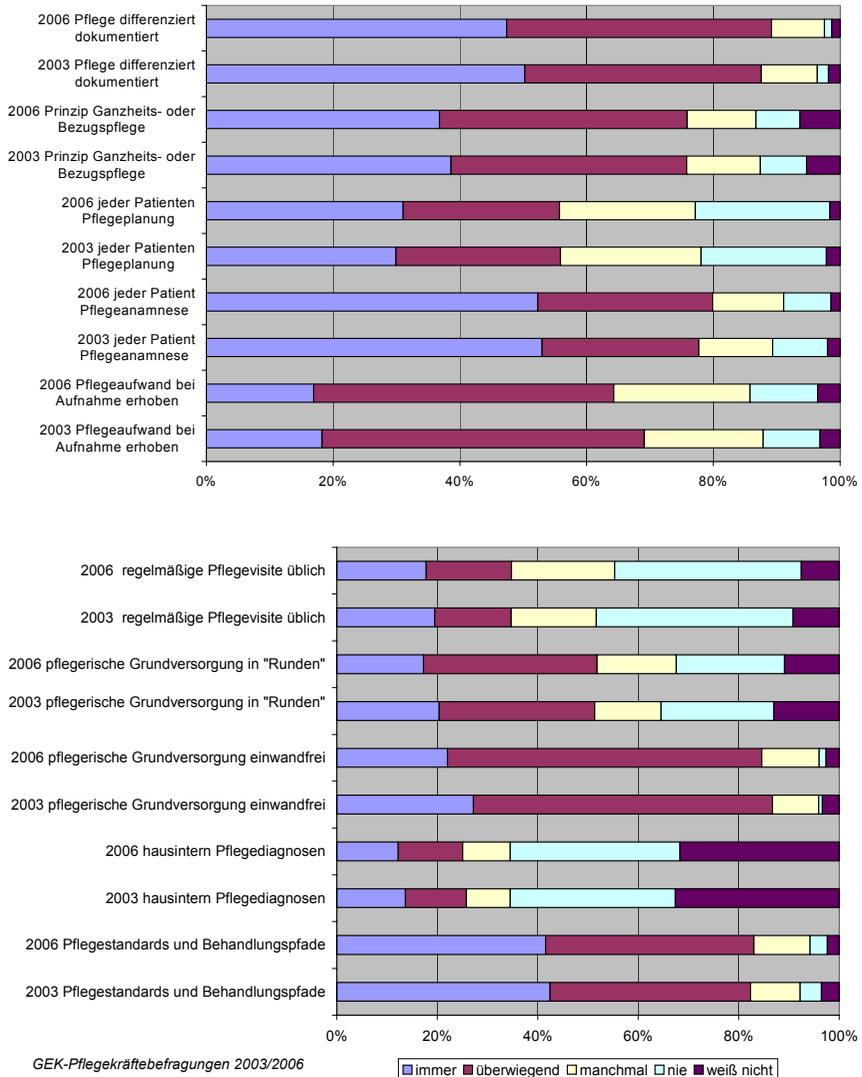
Von diesen knapp 42% der Pflegekräfte sagten dann 79%, sie hätten auch Zugang zu dieser Akte, wobei wir nicht unterschieden, ob es sich dabei um eine passive (z. B. nur Dateneingabe) oder auch eine aktive, inhaltliche Nutzung handelte.

Auch hier gibt es mit einer Ausnahme wenig Unterschiede zwischen den unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen arbeitenden Pflegekräften. Die kleine Ausnahme gibt es bei der Bettenanzahl: Hier haben überdurchschnittlich viele Pflegekräfte, die in mittelgroßen Krankenhäusern arbeiten, Zugang zu einer vorhandenen Patientenakte, nämlich rund 82% in Häusern mit bis zu 200 Betten und rund 85% in Kliniken mit 401 bis 500 Betten. In Kliniken mit mehr als 1.000 Betten belief sich dieser Anteil auf unterdurchschnittliche 75%.

4.4 Pflegeorganisation/Pflegeplanung

Patientenorientierung heißt vor allem, die Probleme des Patienten umfassend zu verstehen und wirksame Unterstützung bei ihrer Bewältigung zu leisten. Patientenorientierung beinhaltet einen Prozess der Aushandlung von Zielen, Inhalten, Methoden der Behandlung/Pflege und eine Klärung der Zusammenarbeit (Wingenfeld 2005). Die Qualität der Versorgung lässt sich dabei aber nur schlecht mit generellen Zufriedenheitsabfragen an die Patienten ergründen. Sinnvoller ist eine speziellere Bewertung einzelner Tatbestände im Versorgungsablauf. So stellen sich nicht nur aus pflegerischer Sicht die Fragen nach der Sicherheit, dem Selbstkonzept, der Aktivitätsbegrenzung, den körperlichen Beschwerden und dem Eingriff in die Intimsphäre. Als Antwort darauf sollte aufgedeckt werden, wie es mit Verfügbarkeit, Verlässlichkeit, Information, Wertschätzung, emotionaler Entlastung, Unterstützung, Kommunikation, Erleichterung, Entlastung, Vertrauen und Kontinuität (Wingenfeld 2005) in der Pflege aussieht und ob sich die Situation im Sinne der Patienten als positiv oder negativ bewerten lässt.

Abbildung 7: Wirklichkeit ausgewählter Merkmale der Pflegeorganisation aus Sicht der Pflegekräfte 2003 und 2006



Aus Patientensicht wichtig erachtet werden das Verständnis der Erkrankung und der Krankheitsfolgen, die Nachvollziehbarkeit der medizinischen Behandlung, die Selbstpflegeaktivitäten, Verhaltensanpassungen, Medikamenteneinnahme sowie Symptommanagement (Hughes et al. 2000 nach Wingenfeld 2005).

Die Pflegekräfte sollten in beiden Befragungen eine Reihe von Fragen zur Existenz relevanter qualitativer Merkmale der Organisation ihrer persönlichen Pflegearbeit beantworten und summarisch bewerten. Zusätzlich fragten wir sie auch nach ausgewählten qualitativen Charakteristika ihrer persönlichen Pfl egetätigkeit.⁵

Zu den wichtigsten Erkenntnissen über die Pflegeorganisation gehören:

- Wenn man die Nennungen „immer“ und „überwiegend“ zu einem Indikator „die Wirklichkeit bestimmend“ zusammenfasst und die Nennungen „manchmal“ und „nie“ als Indikator für „nicht die Wirklichkeit bestimmend“ nimmt, sind die folgenden Merkmale der Pflegeorganisation nur schwach verwirklicht: Pflegeplanung für jeden Patienten, Erhebung des Pflegeaufwands bei der Aufnahme, regelmäßige Pflegevisite, pflegerische Grundversorgung in „Runden“ und Benutzung hausinterner Pflegediagnosen. Bei der Beantwortung der Frage nach hausinternen Pflegediagnosen fällt allerdings der große Anteil von rund einem Viertel der Pflegekräfte auf, die mit „weiß nicht“ antworteten. Dies könnte ein Zeichen dafür sein, dass die Befragten nichts mit dem Inhalt der Frage anfangen konnten.
- Umgekehrt sagen zwischen knapp unter 80 % bis rund 90 % der Befragten, dass folgende Elemente der Pflegeorganisation bei ihnen die Pflegewirklichkeit prägen: differenzierte Dokumentation der Pflege, einwandfreie pflegerische Grundversorgung, Pflege nach dem Prinzip der Ganzheits- oder Bezugspflege, Pflegeanamnese für jeden Patienten und Pflege nach Pflegestandards und Behandlungspfaden.
- Die meisten Merkmale der Pflegeorganisation haben sich nur wenig geändert. Kleine Ausnahmen wie bei der Erhebung des Pflegeaufwands während der Aufnahme (leichte Abnahme der Verwirklichung), der einwandfreien pflegerischen Grundversorgung (leichte Abnahme) oder der differenzierten Dokumentation der Pflege (leichte Zunahme) fallen dadurch auf.

Unterscheidet man die Pflegekräfte nach der Trägerform ihres Krankenhauses, gibt es nur relativ wenige Unterschiede in und zwischen den beiden Befragungsjahren. In der Abbildung 8 und der Abbildung 9 finden sich die wichtigsten. Wir haben hier die bereits oben vorgestellte Zusammenfassung von jeweils zwei Merkmalsausprägungen zu einem „immer und überwiegend“- und einem „manchmal und nie“-Indikator. Die Signifikanzangaben beziehen sich auf die Unterschiede der Pflegekräfte-Antworten nach Trägertypen im jeweiligen Befragungsjahr.⁶

⁵ Die Auswahl der als wichtig erachteten Merkmale erfolgte in zahlreichen Gruppendiskussionen mit Pflegekräften. Weder in diesen Gesprächen noch im Pretest des Fragebogens wurde die Auswahl der Merkmale als unzutreffend oder exotisch kritisiert. Außerdem wurden keine anderen wichtigen Merkmale genannt, die wir vergessen haben könnten. Dies schließt natürlich letztlich nicht aus, dass es sich im Einzelfall um ein atypisches oder „exotisches“ Merkmal handelt.

⁶ Wegen der Lesbarkeit haben wir die Prozentangaben bei gering besetzten Antwortmöglichkeiten unterdrückt.

Abbildung 8: Verwirklichung ausgewählter Merkmale der Pflegeorganisation in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern I – 2003 und 2006

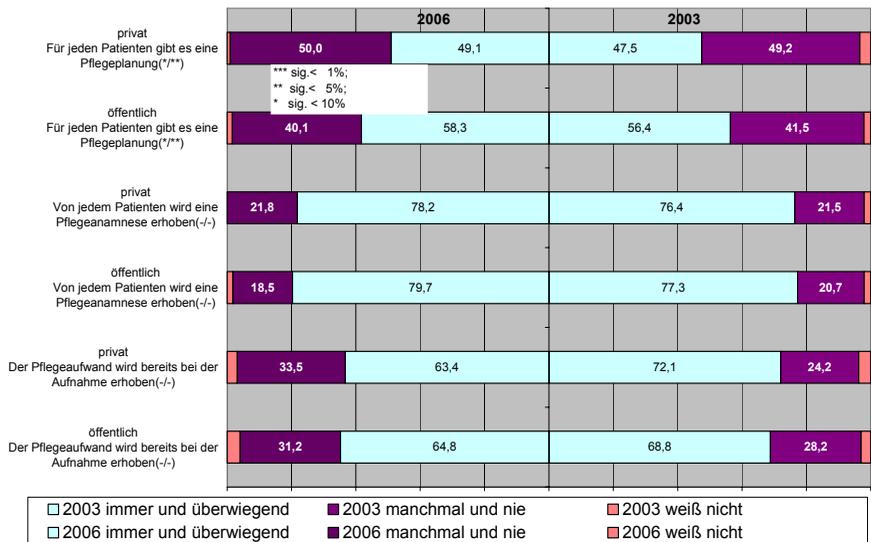
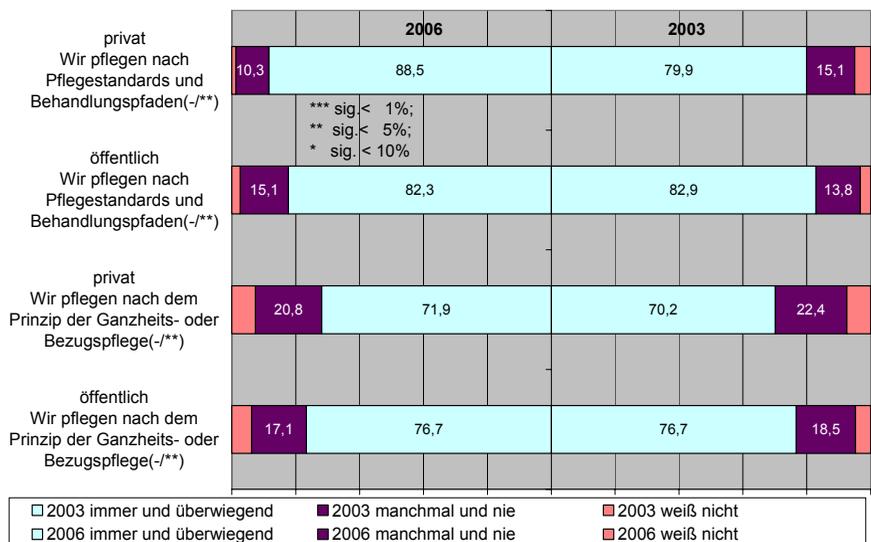


Abbildung 9: Verwirklichung ausgewählter Merkmale der Pflegeorganisation in öffentlich/ freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern II – 2003 und 2006



Die interessantesten Unterschiede sind dann:

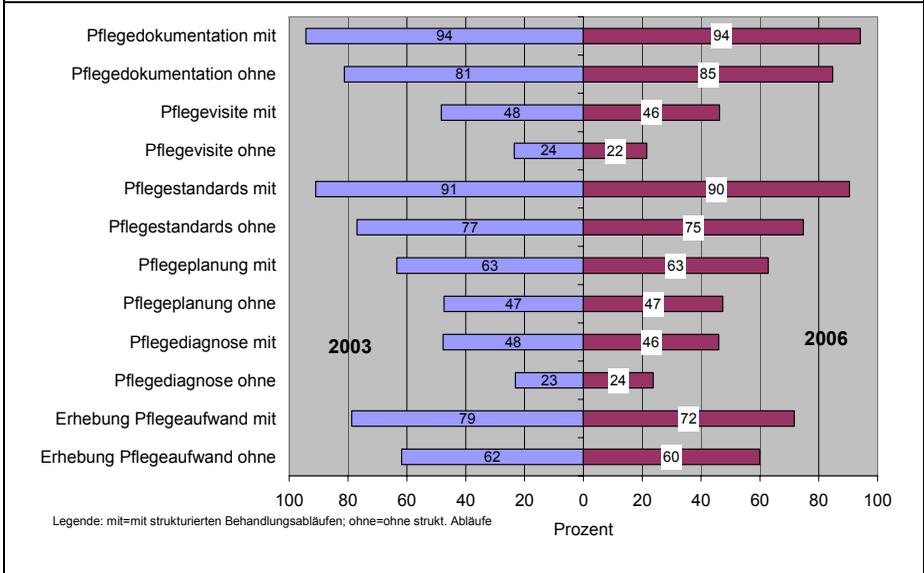
- Unter beiden Trägertypen gibt es einen beträchtlichen Rückgang des Anteils der Pflegekräfte, die „immer und überwiegend“ den Pflegeaufwand bereits bei der Aufnahme erhoben haben.
- In beiden Jahren gibt es in öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern statistisch signifikant mehr Pflegeplanung als in privaten Häusern.
- In privaten Krankenhäusern wird 2003 zu einem Anteil von 80 % nach Pflegestandards und Behandlungspfaden gepflegt. Dieser Anteil steigt auf 88 % in 2006. In den öffentlich/freigemeinnützigen Häusern gibt es gleichzeitig einen leichten Rückgang dieses Anteils von 83 % auf 82 %.
- Schließlich bleiben aber auch ein paar Unterschiede der Pflegeorganisation zwischen den Trägertypen erhalten. So sagen auch 2006 mehr Pflegekräfte in öffentlich/freigemeinnützigen (77 %) als in privaten (72 %) Krankenhäusern, sie pflegten nach dem Prinzip der Ganzheits- oder Bezugspflege.

Ob in Krankenhäusern die hier untersuchten Bestandteile von Pflegeorganisation existierten oder nicht, hing in beiden Jahren nur bei wenigen von der Größe des Krankenhauses ab, in dem die Befragten arbeiteten: Wenn man die Krankenhäuser in drei Größenklassen (bis 200, 201-500 und mehr als 500 Betten) einteilte, gab es 2003 nur bei den Pflegediagnosen und der Durchführung von Pflegerunden statistisch signifikante Unterschiede (Irrtumswahrscheinlichkeit $< 5\%$). Dabei gab es aber keine durchgängigen systematischen Unterschiede, denn während es Pflegediagnosen am häufigsten („immer und überwiegend“) in mittelgroßen Häusern gab, war dies bei der Pflege in „Runden“ sowohl bei den kleinen als auch mittelgroßen Häusern der Fall. 2006 findet man bei denselben Versorgungsmerkmalen statistisch signifikante Unterschiede erneut bei der Existenz von Pflegediagnosen und jetzt bei der Existenz einer gut funktionierenden pflegerischen Grundversorgung. Während 26,3 % der Pflegekräfte in Kliniken bis 200 Betten sagten, Pflegediagnosen existierten bei ihnen „immer“ oder „überwiegend“, stieg dieser Anteil in den anderen Größenklassen auf 37,3 % und 41,2 %. Bei der pflegerischen Grundversorgung standen auf dem hohen Niveau um 90 % die kleinen Krankenhäuser mit 91 % am besten und die mittelgroßen Kliniken mit 83,1 % am „schlechtesten“ da.

Wie bei vielen anderen untersuchten Faktoren gibt es auch zwischen der Existenz praktisch aller Elemente der Pflegeorganisation und der von Clinical Pathways und Case Management enge und ausgeprägte, statistisch durchweg hoch signifikante (Irrtumswahrscheinlichkeit $< 1\%$) Zusammenhänge.

Dies zeigt, dass die Strukturierung der Behandlungsabläufe sich alles in allem keineswegs nur auf die medizinische Seite bezieht oder dieser Nutzen bringt. Trotzdem führte die Existenz strukturierter Behandlungsabläufe aber nicht bei allen Elementen der Pflegeorganisation zu einem insgesamt hohen Niveau. So sagen zwar in beiden Befragungsjahren 63 % aller Pflegekräfte in Krankenhäusern mit Clinical Pathways, sie würden immer oder überwiegend Pflegeplanung für jeden Patienten machen, während es dort, wo solche Pfade fehlen, in beiden Jahren lediglich 47 % waren. Dies heißt aber,

Abbildung 10: Existenz von ausgewählten Elementen der Pflegeorganisation nach der Existenz von strukturierten Behandlungsabläufen aus Sicht der Pflegekräfte 2003 und 2006



dass selbst bei Ablaufstrukturierung noch knapp 40% der Pflegekräfte ohne Pflegeplanung arbeiten und sich daran zwischen beiden Jahren nichts geändert hat.

Erwähnenswert sind schließlich noch zwei andere Details bei der zeitlichen Analyse: Die Veränderungen zwischen 2003 und 2006 sind bei vielen Elementen der Pflegeorganisation insgesamt gering. Der Pflegeaufwand wird 2006 aus Sicht der Pflegekräfte allerdings deutlich seltener bei der Aufnahme erhoben.

Die multivariate Analyse der positiven Ausprägung („immer“ oder „überwiegend“) der abgefragten Einzelmerkmale der Pflegeorganisation bestätigt eine Reihe von Grundmustern der Einflussfaktoren in der Pflege:

- Die Erhebung des Pflegeaufwands bereits bei der Aufnahme erscheint unter folgenden Bedingungen mehr verwirklicht: Pflegekräfte haben Ressourcen (16 Prozentpunkte), Pflegekraft ist weiblich (sechs Prozentpunkte), Ostdeutschland (sechs Prozentpunkte), Entlassungsmanagement funktioniert gut (zehn Prozentpunkte), Case Management vorhanden (13 Prozentpunkte) und Belastungen. Pflegekräfte, die in Tagschicht arbeiten (fünf Prozentpunkte) sehen die Erhebung des Pflegeaufwands bereits bei der Aufnahme dagegen weniger verwirklicht.
- Eine Pflegeanamnese bei jedem Patienten wird weniger in privaten Krankenhäusern (fünf Prozentpunkte) und in der Geburtshilfe (neun Prozent-

Tabelle 5: Regressionsmodelle für vorhandene Elemente der Pflegeorganisation I

	Pflegeaufwand bei Aufnahme	Pflege- anamnese	Pflege- planung	Ganzheits- pflege	Pflege- standards
(Konstante)	0,33 ***	0,72 ***	0,34 ***	0,59 ***	0,67 ***
Privates Krankenhaus		-0,05 **	-0,10 ***	-0,06 **	
Belastungen	0,06 **	0,08 ***			
Ressourcen	0,16 ***			0,11 ***	
Berufserfahrung					0,06 **
Entlassmanagement	0,10 ***	0,09 ***	0,05 **	0,07 ***	0,12 ***
Tagschicht	-0,05 **				
Bis 29 Jahre			0,15 ***		
Über 1000 Betten					0,05 **
Case Management	0,13 ***	0,13 ***	0,15 ***	0,07 ***	0,12 ***
Poststationäre Abtlg.				0,05 **	
Geburtshilfe		-0,09 ***	-0,06 **		
Ost	0,06 ***		0,05 **		
Krankenschwester	0,06 ***			0,05 **	0,08 ***

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; in das Modell gingen insgesamt folgende Merkmale ein: Welle 2006, Belastungen, Ressourcen, Berufserfahrung, Entlassmanagement, Case Management, Nur Tagschicht, Nur Nachtschicht, Neurologie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Andere Fachabteilungen, Leitende Pflegekraft, Krankenschwester, Poststationäre Abteilung, Kurzzeitabteilung, Bis 200 Betten, Über 500 Betten, Über 1000 Betten, Ostdeutschland, Privater Krankenhausträger; in die Tabelle gehen nur die Merkmale ein, für die es mindestens einen statistisch signifikanten Wert < 5% gibt; Referenzkategorien: Berufserfahrung bis fünf Jahre, Nicht-private Krankenhäuser, Kein Entlassmanagement, Keine poststationäre Abteilung, Alle anderen Schichtformen, Alle anderen Abteilungen, Männliche Pflegekräfte, Alle anderen Bettenanzahlen, Westdeutschland, Über 30 Jahre alt.

punkte) erhoben. Mehr erfolgt dies in Kliniken mit Case Management (13 Prozentpunkte), Entlassmanagement (neun Prozentpunkte) und erneut bei Pflegekräften, die hohe Belastungen (acht Prozentpunkte) haben.

- Pflegeplanung für jeden Patienten gibt es deutlich weniger in privaten Krankenhäusern (zehn Prozentpunkte) und in der Geburtshilfe (sechs Prozentpunkte). Mehr Pflegeplanung wird dagegen erwartungsgemäß in Kliniken mit Case- (15 Prozentpunkte) oder Entlassmanagement (fünf Prozentpunkte) betrieben. Dies trifft auch bei den jüngeren (15 Prozentpunkte) sowie den ostdeutschen Pflegekräften zu.
- Pflege nach dem Prinzip der Ganzheits- oder Bezugspflege wird weniger in privaten Krankenhäusern (sechs Prozentpunkte) und mehr von Pflegekräften mit Ressourcen (11 Prozentpunkte), Krankenschwestern (fünf Prozentpunkte) und von Pflegekräften in Häusern mit strukturierten Abläufen und Entlassprozeduren praktiziert.
- Erwartungsgemäß wird in Krankenhäusern mit Entlass- (12 Prozentpunkte) oder Case Management (12 Prozentpunkte) mehr nach Pflegestandards und Clinical Pathways gepflegt als in Kliniken, in denen es diese Strukturen nicht gibt. Auch Krankenschwestern (acht Prozentpunkte) und berufserfahrene

Tabelle 6: Regressionsmodelle für vorhandene Elemente der Pflegeorganisation II

	Pflegediagnosen	Pflegevisite	Pflegedokumentation
(Konstante)	0,13 ***	0,02 -	0,78 ***
Ressourcen		0,07 ***	0,07 ***
Berufserfahrung			0,10 ***
Entlassmanagement	0,07 **	0,09 ***	0,12 ***
Tagschicht		0,05 **	
Bis 29 Jahre			-0,07 **
Bis 200 Betten	-0,07 **		
Case Management	0,22 ***	0,22 ***	0,14 ***
Poststationäre Abtlg.		0,06 **	
Geburtshilfe		0,05 **	
Ost	0,10 ***		
Krankenschwester	0,09 ***	0,05 **	

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; in das Modell gingen insgesamt folgende Merkmale ein: Welle 2006, Belastungen, Ressourcen, Berufserfahrung, Entlassungsmanagement, Case Management, Nur Tagschicht, Neurologie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Andere Fachabteilungen, Leitende Pflegekraft, Krankenschwester, Poststationäre Abteilung, Kurzzeitabteilung, Bis 200 Betten, Über 500 Betten, Über 1000 Betten, Ostdeutschland, Privater Krankenhausträger; in die Tabelle gehen nur die Merkmale ein, für die es mindestens einen statistisch signifikanten Wert < 5% gibt; Referenzkategorien: Berufserfahrung bis fünf Jahre, kein Entlassungsmanagement, keine poststationäre Abteilung, alle anderen Schichtformen, Alle anderen Abteilungen, Männliche Pflegekräfte, Alle anderen Bettenanzahlen, Westdeutschland, Über 30 Jahre alt.

Pflegekräfte (sechs Prozentpunkte) und Pflegekräfte in Kliniken mit mehr als 1.000 Betten gehen eher standardisiert vor als ihre Kolleginnen und Kollegen in den Referenzgruppen.

- Auch hausinterne Pflegediagnosen werden vor allem in Kliniken mit Case- und Entlassungsmanagement signifikant häufiger benutzt. Dies trifft auch noch deutlich für ostdeutsche Kliniken (zehn Prozentpunkte) und Krankenschwestern (neun Prozentpunkte) zu. Weniger hausinterne Pflegediagnosen gibt es in Krankenhäusern mit bis zu 200 Betten.
- Regelmäßige Pflegevisiten werden mehr durchgeführt, wenn die Pflegekräfte über Ressourcen verfügen und strukturierte Abläufe existieren. Dies trifft auch für Krankenschwestern, in der Geburtshilfe und in der Tagschicht Tätige zu.
- Eine differenzierte Pflegedokumentation ist besonders häufig in Häusern, in denen Case Management oder ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement existieren. Zugleich gibt es eine Korrelation zwischen der Zahl der Ressourcen und der Pflegedokumentation. Häuser, die auf einer Ebene gut strukturiert sind, erscheinen somit auch häufiger auf anderer Ebene gut strukturiert. Berufserfahrene und ältere Pflegekräfte berichten ebenfalls häufiger von Pflegedokumentationen. Hier scheint sich die Zuständigkeit auszuwirken.

4.5 Bekanntheit und Verfügbarkeit von pflegerelevanten Informationen

Die Behandlung von Patienten ist eine arbeitsteilige Angelegenheit, die von Berufsgruppen mit unterschiedlicher Qualifikation und Entscheidungsfreiheit verrichtet wird. Damit die Versorgung optimal funktioniert, müssen alle beteiligten Berufsgruppen für ihre Angelegenheiten die ausreichende Information parat haben. Wenn dies nicht der Fall ist, sind Versorgungsqualität und/oder Wirtschaftlichkeit gefährdet. Daher fragten wir die Pflegekräfte nach der Existenz und Häufigkeit mehrerer relevanter und gebräuchlicher Prozeduren und Instrumente. Einige der Fragen wurden allerdings nur in einer der beiden bisherigen Befragungswellen gestellt bzw. es wurden in beiden Wellen unterschiedlich differenzierte Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Eine integrierte Analyse der Ergebnisse ist daher nicht oder nur eingeschränkt möglich.

In beiden Jahren fragten wir die Pflegekräfte gleichermaßen danach, ob sie patientenbezogene Informationen eher zufällig erhalten und/oder ob sie derartige Informationen nur bei der Übergabe zwischen Schichten erhalten. Die Abbildung 11 fasst die Ergebnisse zusammen. Der Anteil der Pflegekräfte, die eher zufällig in den Besitz von Informationen über die Patienten kamen, nahm zwischen 2003 und 2006 von 15 % auf über 20 % zu. Unwesentlich geringer geworden ist der relativ hohe Anteil der Pflegekräfte, bei denen der Informationsfluss auf die Übergabezeit konzentriert ist. Beide Indikatoren liefern also keine Anhaltspunkte für eine deutliche Verbesserung des Informationsflusses durch die gleichzeitige DRG-Einführung.

Abbildung 11: Informationsfluss – Formen I (Antwort „ja“) – 2003 und 2006

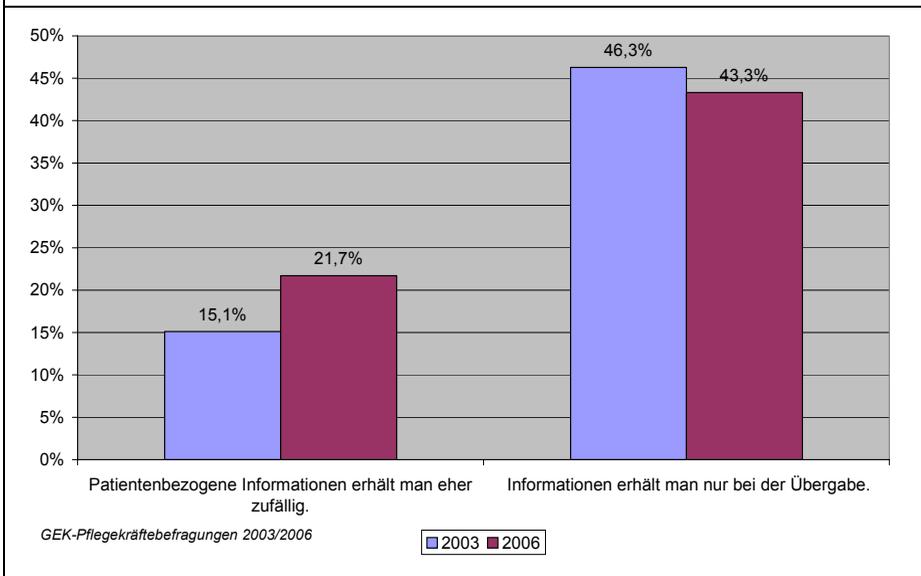
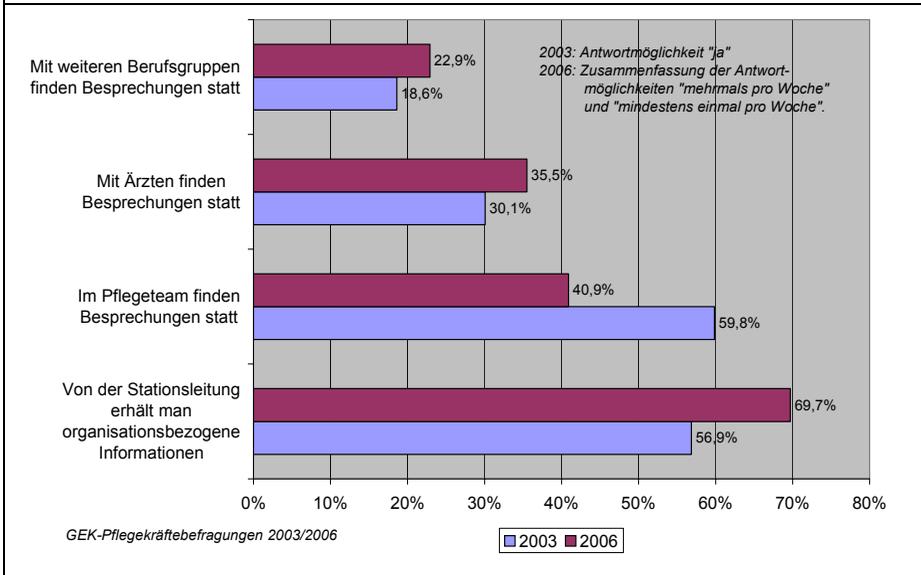


Abbildung 12: Informationsfluss – Formen II (verschiedene Antwortmöglichkeiten) – 2003 und 2006



Nur im Jahr 2006 fragten wir die Pflegekräfte in diesem Kontext außerdem, ob sie regelmäßig an der Visite teilnehmen. Dies wurde von 79,7% der Befragten bejaht. Angesichts der gelegentlichen Hektik bei allgemeinen Visiten und der Dominanz ärztlicher Sichtweisen und Fragestellungen dürften die vorher sichtbar gewordenen Defizite des Informationsflusses allein durch die Beteiligung an Visiten nicht kompensiert werden können. Dennoch sei erwähnt, dass sich die Beteiligung an den Visiten zwischen den Fachabteilungen unterscheiden. 92,5% der Befragten in der Psychiatrie nehmen regelmäßig an Visiten teil. Pflegekräfte aus der Inneren Medizin berichten nur zu 71,1% von regelmäßigen Teilnahmen.

In Abbildung 12 vergleichen wir die Häufigkeit weiterer etablierter Formen und Instrumente des Informationsflusses im Krankenhaus. Dabei ist zu beachten, dass wir nach der Existenz dieser Formen 2003 lediglich mit einer ja/nein-Frage fragten und erst 2006 die Möglichkeit zu einer differenzierteren Beantwortung anboten. Um die Ergebnisse näherungsweise vergleichbar zu machen, haben wir 2006 die Antwortmöglichkeiten „mehrmals“ und „mindestens einmal pro Woche“ als Äquivalent zur Antwortmöglichkeit „ja“ in 2003 zusammengefasst. Angesichts der kürzer werdenden Liegezeiten der Patienten sind wir der Überzeugung, dass eine derartig geringe Frequenz von Besprechungen und Informationsflüssen nur noch in geringem Maße Auswirkungen auf die realen Pflegetätigkeiten mit einzelnen Patienten hat, sondern abstraktere und alltagsferne Inhalte überwiegen dürften.

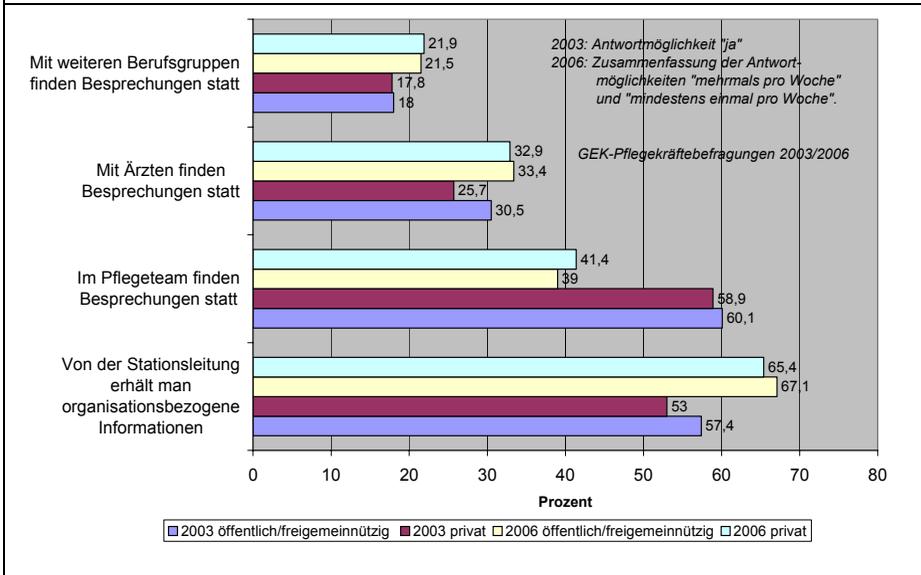
Unter Beachtung dieser methodischen Relativierungen zeigen sich beim Informationsfluss folgende Niveaus und Trends:

- Informationsfluss unter Pflegekräften: Organisationsbezogene Informationen durch die Stationsleitung nehmen beim Vergleich der beiden Messzeitpunkte zu. Dem gegenüber nehmen allerdings die Besprechungen im Pflorgeteam ab. Dies könnte nun einerseits bedeuten, dass der Informationsfluss von einer eher partnerschaftlichen Verfahrensweise wie der Teambesprechung sich mehr zu einer Verfahrensweise entwickelt, die deutlichere hierarchische Strukturen erkennen lassen. Es entstünde somit ein Wandel von Besprechung zu Anordnung. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass die Befragten die Umstellung der Antwortmöglichkeiten im Fragebogen bei diesen beiden Fragen unterschiedlich ausgelegt haben.
- Informationsfluss mit anderen Berufsgruppen: Mit der DRG-Einführung wurde die Erwartung verknüpft, der Behandlungsprozess würde optimiert. Damit verbunden wäre auch ein deutlich verbesserter Informationsfluss. Obwohl 2006 mehr Pflegekräfte als 2003 sagen, es habe Besprechungen mit Ärzten und anderen Berufsgruppen im Krankenhaus gegeben, liegt der Anteil der Pflegekräfte, die angaben, mindestens einmal in der Woche Besprechungen mit Ärzten oder weiteren Berufsgruppen zu haben, nur bei einem Drittel bzw. einem Fünftel. Wie belastend das Niveau der Kommunikation mit Ärzten aus Sicht der Pflegekräfte ist, wird noch klarer, wenn man sich die an anderer Stelle geäußerten Vorstellungen zur Kooperation von Ärzten mit Pflegekräften ansieht: 41 % der Befragten hielten die Aussage für „richtig“, Ärzte sollten viel mehr als bisher mit nicht medizinischen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten. Weitere 36 % hielten dies für „eingeschränkt richtig“ (siehe auch 4.6).

Bis über die Hälfte der Befragten gab 2006 zu den einzelnen Informationsmöglichkeiten an, diese gehören nicht zu ihrem Alltag: Mit den Ärzten fanden bei 26,5 % „nie“ Besprechungen statt und bei 36 % „seltener als einmal pro Woche“, Besprechungen mit anderen Berufsgruppen gar bei 38,6 % „nie“ und bei 31,6 % „seltener als einmal pro Woche“. Besser sah es im engeren Pflegekräftebereich aus: 3,7 % der Befragten hatten „nie“ Besprechungen im Pflorgeteam, aber immerhin 54,7 % „seltener als einmal in der Woche“. „Organisationsbezogene Informationen von der Stationsleitung“ erhielten 1,7 % der Pflegekräfte „nie“ und 27,6 % seltener als einmal pro Woche.

Für einige der abgefragten Formen des Informationsflusses im Pflegebereich untersuchten wir, ob sich hier öffentlich/freigemeinnützige und private Kliniken unterscheiden. Bei den großen Trends, also der Zu- oder Abnahme der einzelnen Formen gibt es keine Unterschiede, wohl aber in Details. So nimmt der Anteil von Pflegekräften in privaten Krankenhäusern, die von der Stationsleitung kontinuierlich und alltagsnah organisationsbezogene Informationen erhalten, mit rund 12 Prozentpunkten deutlicher zu als in öffentlich/freigemeinnützigen Häusern. Umgekehrt nimmt der Anteil der Pflegekräfte, die regelmäßig und alltagsnah Besprechungen in Pflorgeteams haben, in privaten Häusern mit rund 17 Prozentpunkten weniger stark ab als in öffentlich/frei-

Abbildung 13: Ausgewählte Formen des Informationsflusses in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006

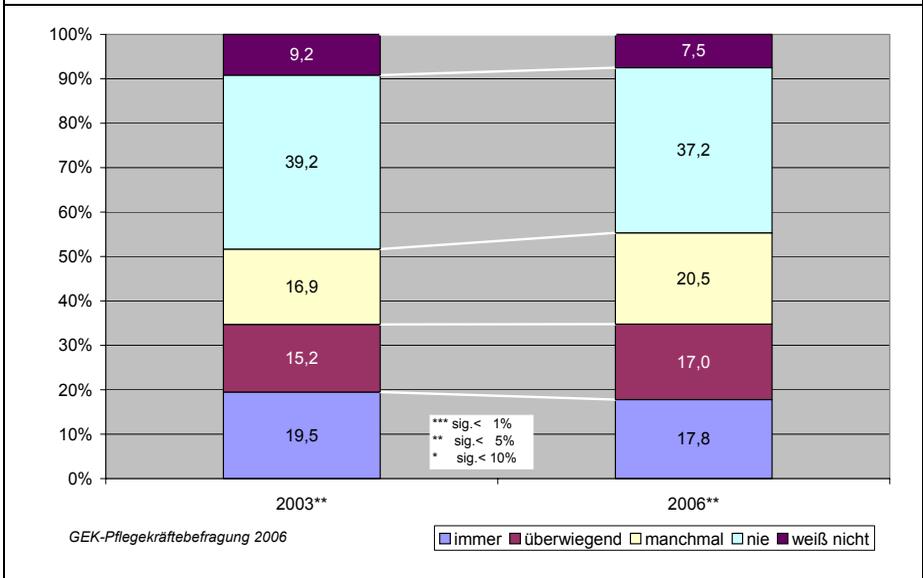


gemeinnützigen Kliniken mit dort 21 Prozentpunkten. Auch der Zuwachs der Pflegekräfte mit regelmäßigen Besprechungen mit Ärzten ist in privaten kräftiger als in öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Die Häufigkeit der informellen Zusammenkünfte unter Pflegekräften und mit anderen Berufsgruppen unterscheidet sich auch noch nach einigen organisatorischen und fachlichen Bedingungen. Diesen im Folgenden dargestellten Ergebnissen liegen lediglich Analysen der Verhältnisse des Jahres 2006 zugrunde.

- So erhalten Pflegekräfte in Tagschicht häufiger (77,8%) organisationsbezogene Informationen von ihrer Stationsleitung als Pflegekräfte in anderen Schichtformen (68,8%). In den Abteilungen Gynäkologie/Geburtshilfe (59,2%) und innere Medizin (62,1%) erhalten die befragten Pflegekräfte weniger derartige Informationen als Pflegekräfte in anderen Fachabteilungen.
- Besprechungen im Pflegeteam gibt es statistisch signifikant häufiger bei Tagsschichtarbeitenden (53,2% im Vergleich zu 39% bei allen anderen). Wesentlich seltener finden diese Besprechungen in den Fachabteilungen Gynäkologie/Geburtshilfe (24,7%), innere Medizin (32,4%) und der Pädiatrie (24,6%/41,6%) statt.
- Bei den Besprechungen von Pflegekräften und Ärzten ragen die in Tagschicht (37,4%/35,2%) etwas positiv und ihre in der inneren Medizin (27,1%/38%) sowie in der Gynäkologie/Geburtshilfe (19,2%/36,6%) und Pädiatrie (18,8%/36,4%) beschäftigten Kolleginnen und Kollegen negativ hervor.

Abbildung 14: Existenz von regelmäßigen Pflegevisiten 2003 und 2006



- Ob Pflegekräfte auch noch mit anderen Berufsgruppen neben den Ärzten Besprechungen abhalten, hängt fast ausschließlich von den fachlichen Bereichen ab. So finden Besprechungen mit anderen Berufsgruppen unterdurchschnittlich häufig und auf dem 1%-Niveau statistisch signifikant im Bereich der Gynäkologie/Geburtshilfe (5,2%/24%) und in der Pädiatrie (9,5%/23,6%) statt. In der inneren Medizin geschieht dies ebenfalls statistisch hoch signifikant bei weniger Pflegekräften (14,7%/25,3%).

Ein weiteres für den Informationsfluss und die Kooperation vor allem zwischen Pflegenden wichtiges Mittel der Pflegeorganisation ist die regelmäßige Pflegevisite. In jeweils über 50% der Krankenhäuser, in denen von uns befragte Pflegekräfte arbeiten, wurde sie mehr oder weniger intensiv durchgeführt; in knapp 40% der Kliniken aber nie und wahrscheinlich ebenfalls nicht in Häusern, in denen die Pflegekräfte einfach nichts von einer Pflegevisite wussten. Auch wenn sich die Ergebnisse 2006 signifikant von denen in 2003 unterscheiden, gehört diese Form, den Informationsfluss zu verbessern, nicht zu den Arbeitsbedingungen, die sich am dynamischsten verändern.

Sucht man nach systematischen Zusammenhängen zwischen Strukturmerkmalen der Krankenhäuser und der Existenz von Pflegevisiten, ergibt sich ein uneinheitliches und wenig prägnantes Bild: So gibt es 2003 noch hoch signifikante Zusammenhänge zwischen der in Betten gemessenen Größe der Krankenhäuser und dem Vorhandensein von Pflegevisiten. Dieser Effekt verschwindet 2006 nahezu spurlos. Praktisch keine Unterschiede gibt es in beiden Jahren zwischen einerseits privaten und andererseits öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern.

4.6 Kooperation

Ähnliches, was für den Stellenwert von Information in personalen Dienstleistungsprozessen gilt, trifft auf die Kooperation im Krankenhaus zu: Sie trägt sowohl zur Handlungsfähigkeit als auch zur Arbeitszufriedenheit bei und damit zur Arbeits- und Versorgungsqualität. Außerdem haben die Krankenhaus-Patientenbefragungen im Rahmen von WAMP gezeigt, dass die Bewertung der Behandlung und die Weiterempfehlung des Krankenhauses an nächste Angehörige und Freunde in hohem Maße von der erlebten Kooperation zwischen Pflegenden, Ärzten und anderen Berufsgruppen im Krankenhaus abhängt.

Als Indikatoren für den Zustand der Kooperation dienten wiederum mehrere Fragen. Dazu gehörten die nach der Verteilung des Einflusses auf Entscheidungen über die Art und Weise der medizinischen und pflegerischen Versorgung auf die wichtigsten Akteure sowie eine generellere Frage nach der Bewertung der Zusammenarbeit im jeweiligen Erfahrungsbereich der Befragten. Hinzu kommt die Frage danach, von wem die Pflegekräfte Unterstützung bei „Konflikten“ (2003) oder „Fragen und Problemen“ (2006) bekommen, die sich um die richtige Pflege des Patienten drehen.

Auch in der folgenden Abbildung 15 werden Merkmale des Behandlungsgeschehens in Beziehung gesetzt, nach denen wir in den beiden Erhebungsjahren in unterschiedlicher Form gefragt haben. Während die Pflegekräfte 2003 auf die Frage: „Wer hat bei ihnen großen Einfluss bei Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung und den richtigen Behandlungspfad?“ ankreuzen konnten, welcher der vorgegebenen Akteure Einfluss hat, gab es 2006 eine inhaltlich modifizierte Frage mit graduellen Antwortmöglichkeiten. Auf die Frage nach der Verteilung von „Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der medizinischen Versorgung“ konnten die Befragten für die wiederum vorgegebenen Akteure abgestufte Antworten von „sehr starkem“ bis „sehr geringem/keinen“ Einfluss und „weiß nicht“ geben.

Wegen dieser Unterschiede erlauben die Daten auch nur eher pauschale Schlussfolgerungen. Als auffällig betrachten wir auch dann, wenn wir Zurückhaltung üben, drei Entwicklungen, die Relevanz für die in diesem Abschnitt genauer untersuchten Kooperationsbeziehungen haben: Der Einfluss der Ärzte auf den medizinischen Teil der Versorgung hat in den drei DRG-Einführungsjahren aus Sicht der Pflegekräfte deutlich und der der internen und externen Verwaltungen erheblich zugenommen, während ihr eigener Anteil eher stagniert oder abgenommen hat.

Erst 2006 ergänzten wir die Frage nach den Einflussnehmern auf die medizinische Versorgung durch eine ähnlich zu beantwortende Frage danach, wer welchen Einfluss auf die Art und Weise der pflegerischen Versorgung hatte. In ihrem „eigenen Terrain“ hält eine überragende Mehrheit der Pflegenden ihren eigenen Einfluss für sehr stark oder stark. Fast 60 % halten die Patienten für den drittstärksten Einflussnehmer. Ein Drittel und weniger sehen dann auch noch einen vergleichbar starken Einfluss der Ärzte. Für die pflegerische Versorgung sehen nur weniger als ein Fünftel der Befragten einen nennenswerten Einfluss der internen und externen Verwaltungen.

Abbildung 15: Verteilung des Einflusses ausgewählter Akteure auf Entscheidungen über die medizinische Versorgung 2003 und 2006

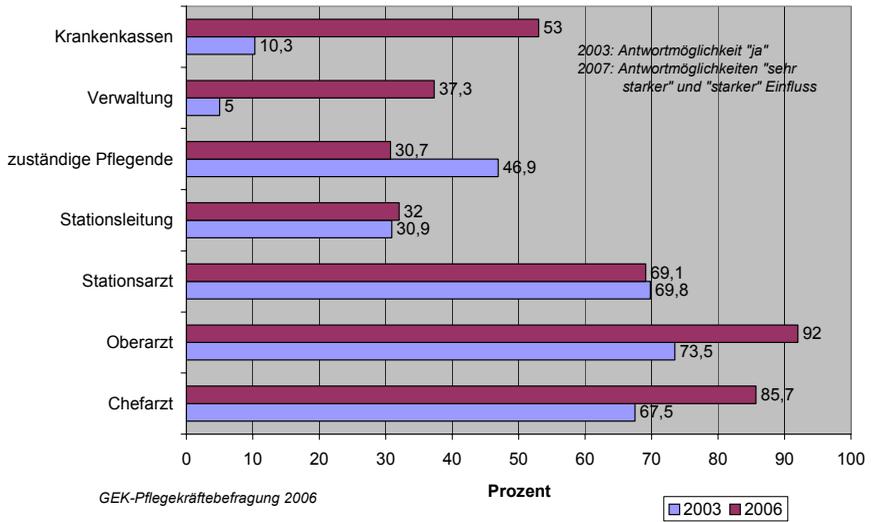


Abbildung 16: Verteilung des Einflusses ausgewählter Akteure auf Entscheidungen über die pflegerische Versorgung 2006

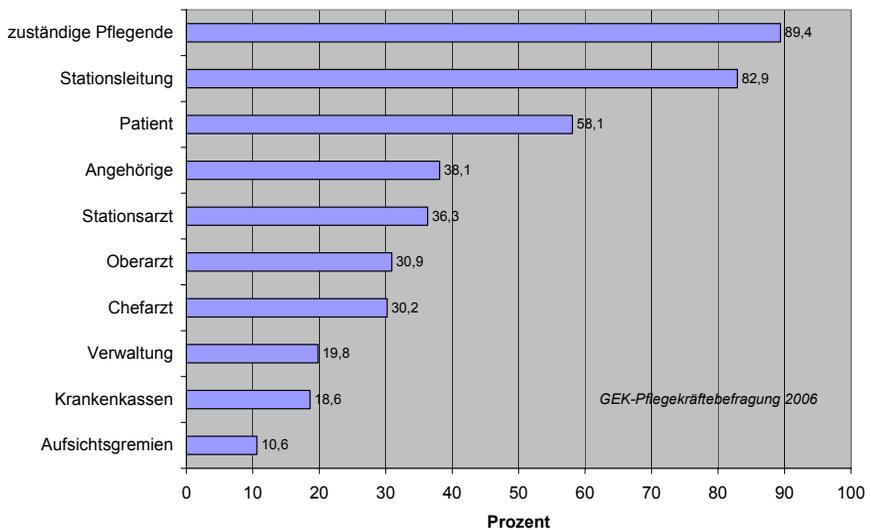
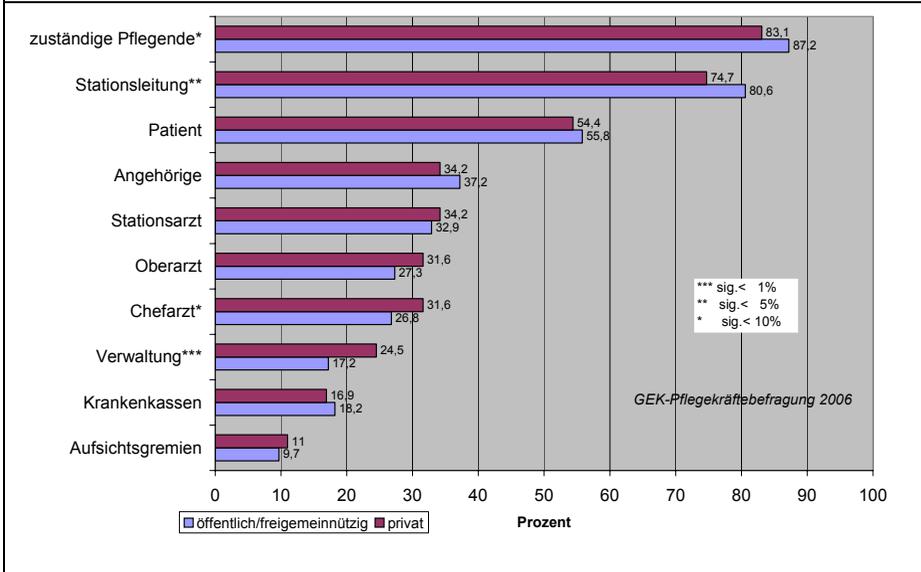


Abbildung 17: Verteilung des Einflusses ausgewählter Akteure auf Entscheidungen über die pflegerische Versorgung in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2006



Bei der Suche nach Unterschieden der Verteilung des Einflusses auf Entscheidungen über die Art und Weise der pflegerischen Versorgung stoßen Vergleiche der von Pflegekräften aus öffentlich/freigemeinnützigen oder privaten Häusern gegebenen Antworten auf interessante Ergebnisse (vgl. dazu Abbildung 17).

So haben die Pflegenden und die pflegerisch bestimmte Stationsleistung 2006 in öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern auf bereits insgesamt hohem Niveau noch signifikant mehr Einfluss als in privaten Kliniken. Genau andersherum und auch statistisch signifikant haben leitende Ärzte und vor allem die Verwaltung in privaten Häusern mehr Einfluss auf pflegerische Entscheidungen als in öffentlich/freigemeinnützigen Häusern.

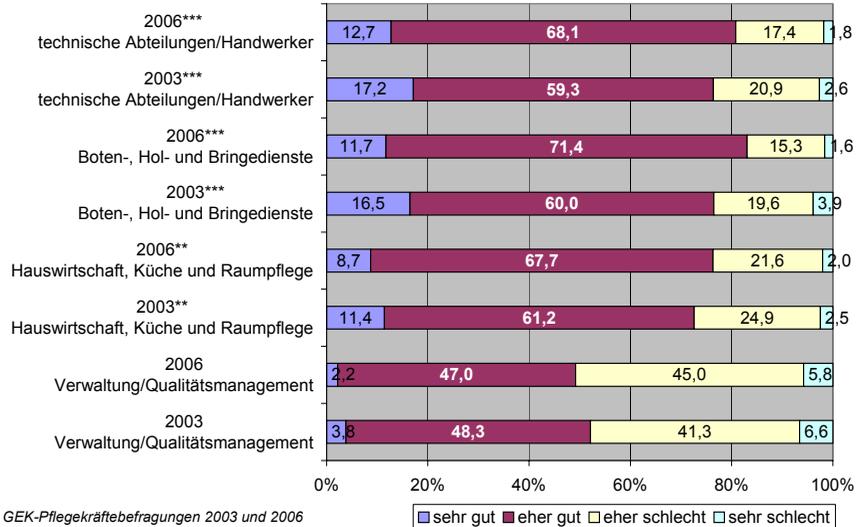
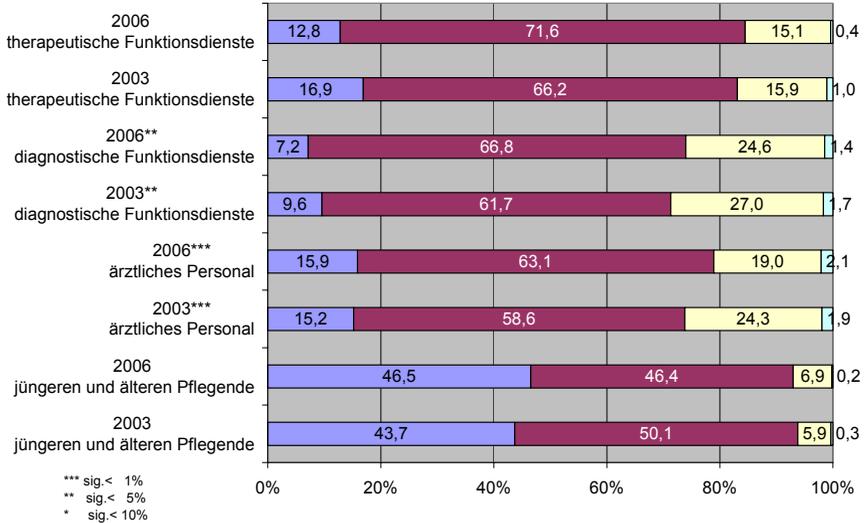
Eine weitere umfangreiche Frage erlaubte den Pflegekräften 2003 und 2006, die Zusammenarbeit mit einer Reihe vorgegebener Akteure und Diensten zu bewerten.

Die Ergebnisse sind in der Abbildung 18 zusammengestellt, die aus Gründen der Übersichtlichkeit aus zwei Untergruppen besteht. Sie lauten:

- Die am besten bewertete Zusammenarbeit erfolgte in beiden Jahren zwischen älteren und jüngeren Pflegenden.
- Die am schlechtesten bewertete Zusammenarbeit fand mit der Verwaltung und/oder Vertretern des Qualitätsmanagements statt. Fast ein Viertel der Pflegekräfte bewertete insbesondere 2003 die Zusammenarbeit mit Ärzten und der

Hauswirtschaft als eher oder sehr schlecht. Ähnlich viele Pflegekräfte hatten 2003 auch bei der Zusammenarbeit mit diversen technischen Dienstleistern im Krankenhaus schlechte Erfahrungen.

Abbildung 18: Bewertungen der Kooperationsbeziehungen im Krankenhaus aus Sicht der Pflegekräfte 2003 und 2006



- Die Bewertung der Zusammenarbeit mit Ärzten, diagnostischen Funktionsdiensten, technischen Abteilungen, Botendiensten und der Hauswirtschaft verbesserte sich zwischen 2003 und 2006 mit unterschiedlicher statistischer Signifikanz.
- Schlechter als 2003 wurde 2006 lediglich die Zusammenarbeit mit Verwaltung oder Qualitätsmanagement wahrgenommen.

Auch bei der Bewertung der Zusammenarbeit von Pflegekräften mit den zahlreichen anderen Berufs- und Funktionsgruppen in einem Krankenhaus trägt eine multivariate Analyse zu einem deutlich präziseren Bild bei. Dies ist für die Gesamtbewertung der Krankenhaus-Versorgung auch deshalb wichtig, weil die Güte der Kooperation eine wichtige Determinante der Versorgungsqualität von Patienten ist.

- Den stärksten statistisch signifikanten Einfluss auf eine gute Kooperation zwischen jüngeren und älteren Pflegenden haben im verstärkenden Sinn existierende Ressourcen (16 Prozentpunkte) und als Hemmfaktor existierende Belastungen (11 Prozentpunkte).
- Die Kooperation der Pflegekräfte mit diagnostischen Funktionsdiensten funktioniert bei Pflegekräften mit guten Ressourcen (12 Prozentpunkte), in Ostdeutschland (fünf Prozentpunkte), im Jahre 2006 (neun Prozentpunkte) und in Krankenhäusern mit funktionierendem Entlass- (13 Prozentpunkte) oder Case Management (acht Prozentpunkte) und existierenden poststationären Abteilungen sowie bei Krankenschwestern (fünf Prozentpunkte) besser als unter den jeweiligen zeitlichen, subjektiven oder organisatorischen Referenzbedingungen. Dies gilt auch für Krankenhäuser mit bis zu 200 Betten. Schlechter wird die Kooperation von Pflegekräften mit Belastungen (16 Prozentpunkte) und in Großkrankenhäusern mit über 500 Betten (sieben Prozentpunkte) bewertet.
- Die Kooperation der Pflegekräfte mit therapeutischen Funktionsdiensten folgt keineswegs den bisherigen Einflussmustern, sondern zeigt ein eigenes Profil: Besser als die jeweiligen Referenzgruppen bewerten dieses Kooperationsgeschehen die Pflegekräfte mit vorhandenen Ressourcen (fünf Prozentpunkte), Teilzeitbeschäftigte (neun Prozentpunkte), mit Leitungsfunktion (13 Prozentpunkte) und mit einem hauseigenen funktionierendem Entlassungsmanagement (13 Prozentpunkte). Schlechter sieht diese Kooperationsform unter Berücksichtigung aller anderen Faktoren im Jahre 2006 (zehn Prozentpunkte) und aus der Sicht von jüngeren, höchstens 29 Jahre alten Pflegekräften (fünf Prozentpunkte) aus.
- Die Kooperation mit der Verwaltung bewerten Pflegekräfte mit Ressourcen (11 Prozentpunkte), Krankenschwestern (sechs Prozentpunkte) und aus kleinen (bis zu 200 Betten) Krankenhäusern (neun Prozentpunkte) sowie mit funktionierendem Entlassungs- (14 Prozentpunkte) oder Case- (zehn Prozentpunkte) Management besser und Pflegekräfte in privaten Krankenhäusern (sechs Prozentpunkte) sowie mit Belastungen (11 Prozentpunkte) schlechter.

Tabelle 7: Regressionsmodelle für funktionierende Kooperationsbeziehungen der Pflegekräfte mit anderen Akteuren im Krankenhaus

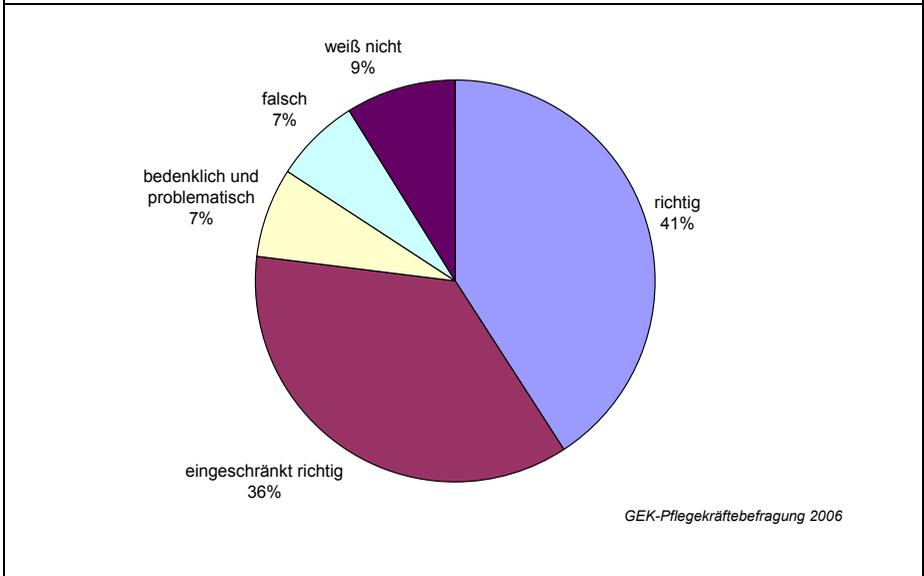
	Kooperation jung/alt	Kooperation diag. Dienste	Kooperation therap. Dienste	Kooperation Verwaltung	Kooperation Ärzte
(Konstante)	0,88 ***	0,53 ***	0,73 ***	0,25 ***	0,60 ***
Welle 2006		0,09 ***	-0,10 ***		0,10 ***
Privates Krankenhaus				-0,06 ***	
Belastungen	-0,11 ***	-0,16 ***		-0,11 ***	-0,10 ***
Ressourcen	0,16 ***	0,12 ***	0,05 **	0,11 ***	0,12 ***
Berufserfahrung					-0,07 ***
Entlassmanagement		0,13 ***	0,13 ***	0,14 ***	0,13 ***
Teilzeit			0,09 ***		
Leitende Pflegekraft			0,13 ***		
Bis 29 Jahre			-0,05 **		
Bis 200 Betten		0,08 ***		0,09 ***	
Über 500 Betten		-0,07 ***			
Über 1000 Betten					-0,05 **
Case Management		0,08 ***		0,10 ***	0,10 ***
Poststationäre Abtlg.		0,06			
Innere Medizin					-0,06 ***
Ost		0,05 **			
Krankenschwester				0,06 **	0,05 **

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; in das Modell gingen insgesamt folgende Merkmale ein: Welle 2006, Belastungen, Ressourcen, Berufserfahrung, Entlassungsmanagement, Case Management, Nur Tagschicht, Nur Nachtschicht, Neurologie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Andere Fachabteilungen, Leitende Pflegekraft, Krankenschwester, Poststationäre Abteilung, Kurzzeitabteilung, Bis 200 Betten, Über 500 Betten, Über 1000 Betten, Ostdeutschland, Privater Krankenhausträger; in die Tabelle gehen nur die Merkmale ein, für die es mindestens einen statistisch signifikanten Wert < 5% gibt; Referenzkategorien: Welle 2003, Berufserfahrung bis fünf Jahre, Nicht-private Krankenhäuser, Kein Entlassungsmanagement, Keine poststationäre Abteilung, Alle anderen Schichtformen, Alle anderen Abteilungen, Basispflegekraft, Männliche Pflegekräfte, Alle anderen Bettenanzahlen, Westdeutschland, Über 30 Jahre alt.

- Die Kooperation mit den Ärzten bewerten unter Berücksichtigung aller anderer Faktoren Pflegekräfte mit Ressourcen (12 Prozentpunkte), funktionierendem Entlassungs- (13 Prozentpunkte) und Case Management (zehn Prozentpunkte) und Krankenschwestern (fünf Prozentpunkte) besser. Im Zeitvergleich steigt der Anteil der Pflegekräfte, die die Kooperation mit Ärzten als sehr gut und gut bewerten, um zehn Prozentpunkte an. Der Anteil der die Kooperation mit Ärzten positiv bewertenden Pflegekräfte nimmt dagegen unter denen mit Belastungen (zehn Prozentpunkte), mit Berufserfahrung (sieben Prozentpunkte), in Kliniken mit mehr als 1.000 Betten (fünf Prozentpunkte) und in der Inneren Medizin (sechs Prozentpunkte) ab.

Auch wenn die Pflegekräfte die Zusammenarbeit mit Ärzten innerhalb der letzten Jahre besser bewerten, ist der Zustand der Kooperation beider Berufsgruppen aus ihrer Sicht noch erheblich verbesserungsbedürftig. Dies zeigen die Antworten auf eine nur 2006

Abbildung 19: Ärzte sollten viel mehr mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten



gestellte Frage zu der Aussage: „Ärzte sollten viel mehr als bisher mit nicht medizinischen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten“.

Wie in der Abbildung 19 deutlich wird, halten 41 % der Pflegekräfte diese Aussage für „richtig“, weitere 36 % für „eingeschränkt richtig“, aber immerhin auch 14 % für „bedenklich, problematisch oder falsch“. Die restlichen 9 % wollten oder konnten dazu nichts sagen.

5 Personalbedarf und Arbeitszeit

Mit der Einführung der DRGs wird allgemein ein höherer Anspruch an die Wirtschaftlichkeit verbunden. Ob dieser Anspruch zu Recht formuliert ist, bleibt an dieser Stelle erst mal dahin gestellt. Mit dem Argument eines verstärkten Wirtschaftlichkeitsdenkens werden – begründet oder auch nicht – Krankenhäuser vermehrt privatisiert oder verschwinden Krankenhäuser auf Grund von Schließungen oder aber Fusionierungen aus der Statistik. So ist die Zahl der statistisch erfassten Kliniken in den Jahren 1991 bis 2005 von 2.411 auf 2.139 gesunken (Statistisches Bundesamt 2007c: Tabelle 1.1). Wie viel dieses Rückgangs auf faktische Schließungen von Krankenhäusern und wie viel auf statistische Effekte durch Fusionierungen zurückzuführen ist, bleibt aber auch für die Datenherren der Krankenhausstatistik unklar.

Im Zuge der Privatisierung (RAMBØLL Management 2002), aber auch in nicht privatisierten Krankenhäusern (Buhr/Klinke 2006b: 148) wurden bzw. werden in der Pflege Stellen abgebaut. Diese Entwicklung geschieht aber nicht explizit unter dem Einfluss der DRG-Einführung, sondern ist ein längerer Prozess. Die Diskussion, inwieweit der Personalschlüssel einen Einfluss auf die Patientenversorgung hat, wird zwar international geführt, doch „in Deutschland ist diese Diskussion bislang ohne eigene Forschungsarbeiten geführt worden“ (Isfort/Weidner 2007). Dennoch erscheint es plausibel, dass mit weniger Personal nicht die gleiche Arbeit geleistet werden kann wie mit mehr Personal. Von daher ist es sinnvoll, einmal die Fakten zusammenzutragen, wie sich der Personalschlüssel in den letzten Jahren verändert hat und diese Veränderung dann zu bewerten. Die nachfolgenden Unterkapitel beschreiben daher die Veränderung des Personalbedarfs und des Personalschlüssels, die verfügbare Arbeitszeit sowie die Art und das Ausmaß der individuellen Arbeitszeit. Dabei werden bewusst verschiedene Maßzahlen verwendet, um deren unterschiedliche Effekte deutlich zu machen. Die verschiedenen Maßzahlen stellen nämlich die Entwicklung des Personalschlüssels in unterschiedlichem Licht dar. Die Darstellung des Personals je Fall erzeugt eine dramatische Entwicklung, welche den Anschein eines Personalnotstands erweckt. Die Darstellung je Pfl egetag sieht hingegen deutlich freundlicher aus.

5.1 Kalkulation des Personalschlüssels je 10.000 Pfl egetage

In diesem Unterkapitel werden die Entwicklungen der stationären Behandlungsfälle und der Behandlungstage sowie die Personalentwicklung dargestellt. Die Zahl der stationären Behandlungen und die Falldauern werden zusammen mit den Personalzahlen zu Personalschlüsseln umgerechnet. Der Beobachtungszeitraum umfasst, soweit es möglich ist, die Jahre 1990 bis 2006. Die Darstellung der Fallzahlen und der Zeiten im Krankenhaus geschieht in anderen Berichten üblicherweise nur unter Berücksichtigung der vollstationären Fälle. Da es aber seit 1996 eine Ausweitung anderer Arten von stationären Aufenthalten gibt, die auch Arbeit für das Krankenhauspersonal bedeuten, werden auch diese hier detailliert dargestellt und im Weiteren für die Berechnung des Personalschlüssels berücksichtigt.

Die Datenbasis sind die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und die GEK-Routinedaten. Die Daten der Krankenhausstatistik bilden jährlich die gesamte Versorgungsstruktur in Deutschland ab, während die GEK-Daten nur Informationen über die GEK-Versicherten enthalten. Um auch mit den GEK-Daten Aussagen für die Gesamtbevölkerung in Deutschland zu machen, werden die GEK-Daten nach Alter, Geschlecht und Mitgliedsdauer je Jahr auf die Gesamtpopulation in Deutschland hoch gewichtet. Dabei zeigt sich, dass die GEK-Daten zwar nicht 100 %-ig die Verteilung in Deutschland abbilden, aber die Trends fast perfekt widerspiegeln. Ein Vorteil der Routinedaten gegenüber den Daten der Krankenhausstatistik ist dabei, dass längere Zeitreihen darstellbar sind.

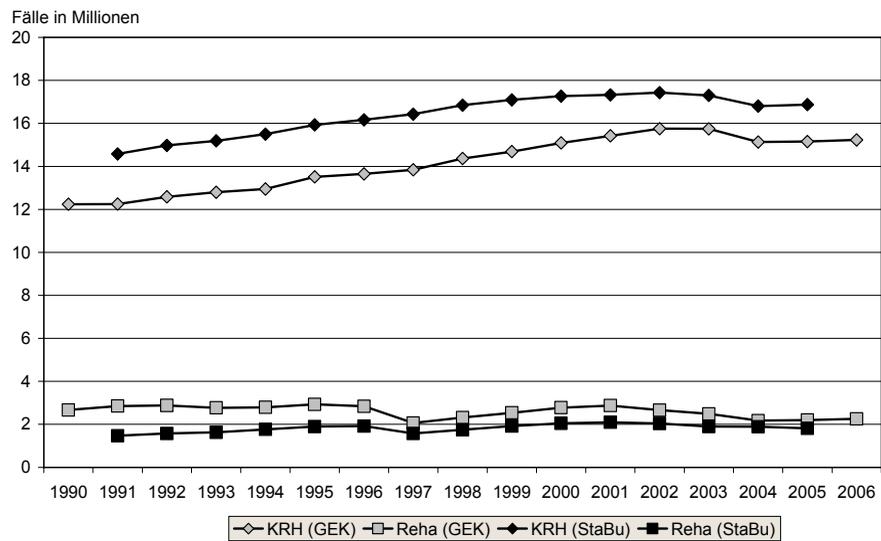
Man kann nicht erwarten, dass sich in den Statistiken plötzlich auftretende, drastische DRG-Effekte erkennen lassen, denn üblicherweise sind die Folgen politischer Entscheidungen nicht unmittelbar zu erkennen. Es gibt immer schon Diskussionen und Anpassungseffekte vorab oder auch verzögerte Reaktionen. Unmittelbare Auswirkungen wie der kurzfristige Rückgang der Arztbesuche nach der Einführung der Praxisgebühr sind eher selten. Die Auswirkungen der DRGs lassen sich auch deshalb nicht eindeutig ablesen, weil die Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf DRGs auch nicht an einem Tag erfolgte, sondern sich über einen längeren Zeitraum hinzieht. Die Einführung der DRGs ist im Prinzip eine Fortsetzung der Umstellung von tagesgleichen Pflegesätzen auf Fallpauschalen, die ihren ersten Schub 1996 erhalten hat. Damals ist die Abrechnung von ca. 25 % der Behandlungen im Krankenhaus von tagesgleichem Pflegesatz auf Fallpauschalen umgestellt worden. Ab 2003 erfolgte optional die Umstellung auf DRGs, ab 2004 ist die Umstellung zwar verpflichtend, aber noch nicht durchweg vollzogen. Durch die Konvergenzphase haben die Krankenhäuser noch mehrere Jahre Zeit, sich dem System anzupassen. Eine plötzliche drastische Veränderung in irgendeiner Statistik ist daher nicht zwangsläufig zu erwarten.

5.1.1 Anzahl der behandelten Fälle im Krankenhaus

Im DRG-System wird pro vollstationären Krankenhausaufenthalt nur eine DRG, also die Behandlung einer Erkrankung, abgerechnet. Mit der Einführung der DRGs geht deshalb die Befürchtung einher, dass die Behandlung multimorbider Patienten auf mehrere Krankenhausaufenthalte verteilt wird. Die Patienten würden wegen der einen Erkrankung behandelt, entlassen und anschließend für die andere Erkrankung wieder neu aufgenommen. Dies führte dann zu einer erhöhten Fallzahl und wahrscheinlich zu einer weiteren Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer je Fall.

Entgegen diesen Erwartungen ist allerdings im Jahr 2003 und besonders im Jahr 2004 ein Rückgang der Fallzahlen vollstationärer Aufenthalte festzuhalten (Abbildung 20). Ab 2005 steigt die Zahl wieder leicht an, liegt aber noch immer unter dem Niveau von 2003. Auch die Befürchtung, eine Verkürzung der Aufenthaltszeiten pro Fall führe zu einer vermehrten Verlagerung akutmedizinischer Behandlung in Rehabilitationsmaßnahmen, kann auf Grund dieses allgemeinen Überblicks nicht gestützt werden. Seit der Einführung der DRGs ist die Zahl der Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen konstant oder rückläufig.

Abbildung 20: Fallzahlen vollstationärer Aufenthalte in Akut-Krankenhäusern und Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1990-2006

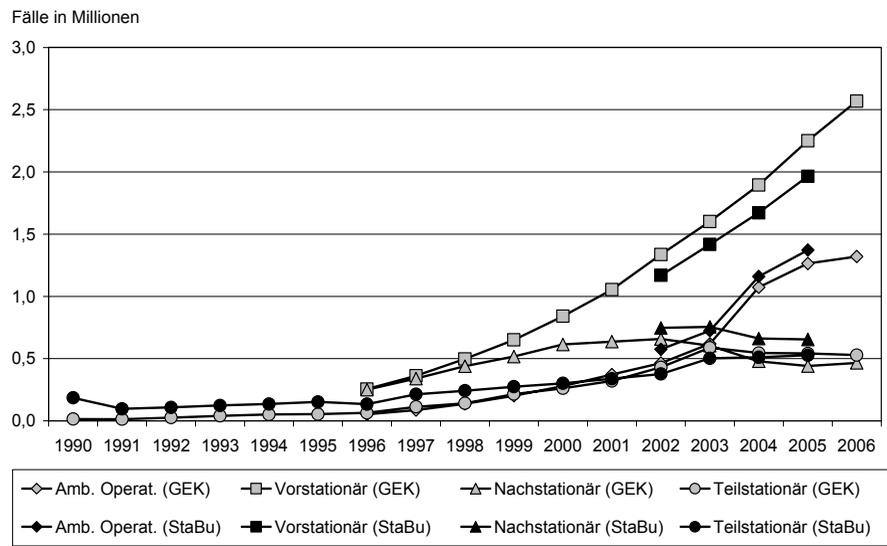


Quelle: Statistisches Bundesamt (2007c; d); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung
 Anmerkung: KRH: vollstationär; Reha: Vorsorge- und Rehabilitation

Eine der bedeutendsten Erklärungen für den Rückgang der Fallzahlen ist die Ausweitung der stationären Versorgung jenseits der vollstationären Versorgung. Neben der vollstationären Versorgung werden beispielsweise seit 1996, dem Jahr der ersten teilweisen Einführung der Fallpauschalen, vorstationäre und nachstationäre Behandlungen sowie ambulante Operationen separat registriert. Vor- und nachstationäre Fälle sind noch zugehörig zu einem vollstationären Fall. Ab 1.1.2004 wurde ein überarbeiteter Vertrag gültig, durch den noch mehr vollstationäre operative Behandlungen durch ambulante Operationen zu ersetzen seien. Dieser Vertrag wurde zwischen den Verbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen. Zudem haben sich seit 1996 in zunehmendem Maße auch teilstationäre Behandlungen etabliert.

Die Anzahl der in den Daten für die Gesundheitsberichterstattung registrierten nachstationären Fälle sinkt seit 2003 bedingt durch die Umstellung auf die DRGs (Abbildung 21). Dieser Rückgang erscheint gleichermaßen in den Daten der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes und in den GEK-Daten. Das bedeutet nicht, dass die nachstationären Behandlungen wegfallen. Sie erfolgen weiterhin. In vielen Fällen ist es aber so, dass die nachstationären Behandlungen in den Zeitraum bis zur oberen Grenzwelldauer der vollstationären Abrechnungsfälle fallen. Unter diesen Bedingungen werden sie zusammen mit der vollstationären Behandlung registriert und tauchen daher

Abbildung 21: Anzahl sonstiger Fälle im Krankenhaus 1990-2006



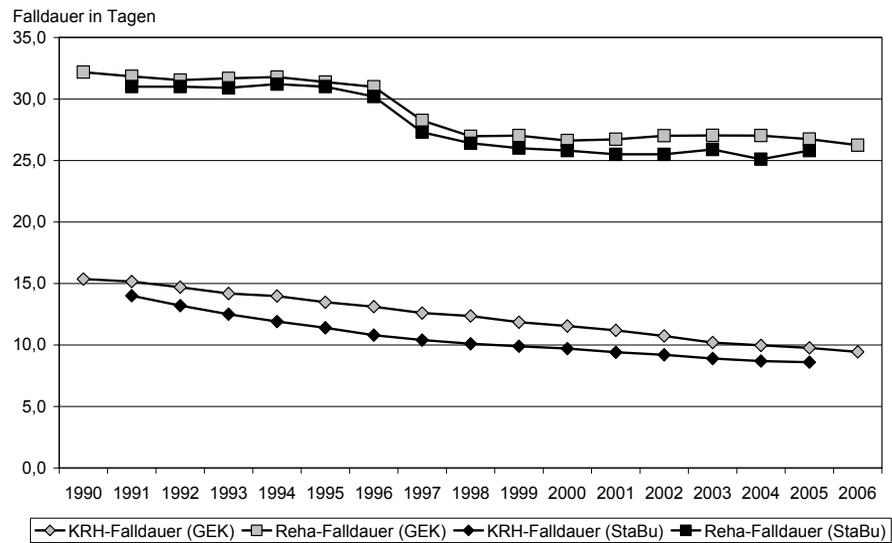
Quelle: Statistisches Bundesamt (2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006c; 2007c); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung

nicht mehr separat in der Statistik auf. Bis zur Einführung der DRGs wurden die nachstationären Behandlungen getrennt abgerechnet. Insgesamt lässt sich seit 1996 für alle sonstigen Formen der akutstationären Krankenhausbehandlungen jenseits der vollstationären Behandlungen ein Anstieg der Fallzahlen feststellen. In besonderem Maße steigt die Zahl der vorstationären Aufenthalte. Diese sind als Vorbereitung für die vollstationären Behandlungen gedacht. Dies trägt mit zur Verringerung der vollstationären Aufenthaltsdauer seit 1996 bei. Die Zahl der ambulanten Operationen⁷ steigt seit 1996 ebenfalls deutlich an. Ein besonderer Anstieg ist in 2004 zu beobachten.

Diese in früheren Jahren als vollstationär abgerechneten Fälle, die jetzt als ambulante Operation durchgeführt und abgerechnet werden, haben eine sehr kurze Aufenthaltsdauer von in der Regel nur einem Tag. Dadurch, dass diese Fälle nicht mehr in der Gruppe der vollstationären Aufenthalte auftauchen, verlängert sich zunächst die durchschnittliche Dauer der verbleibenden vollstationären Fälle, bei denen es sich um Patienten mit schwereren Erkrankungen handelt. Die Einführung der vorstationären Fälle wirkt hingegen derart, dass die Falldauern der vollstationären Fälle sich im Durch-

⁷ Hier sind nur die ambulanten Operationen im Krankenhaus gezählt. Das Ersetzen bestimmter vormals vollstationärer Versorgungen durch ambulante Operationen betrifft auch die niedergelassenen Ärzte. Die Zahl der ambulanten Operationen ist insgesamt also noch deutlich höher. Genauere Zahlen für das Bundesgebiet stehen allerdings nicht zur Verfügung.

Abbildung 22: Durchschnittliche Falldauern vollstationärer Aufenthalte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2006



Quelle: Statistisches Bundesamt (2007c; d); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung
 Anmerkung: KRH: vollstationär; Reha: Vorsorge- und Rehabilitation

schnitt verringern, da ein Teil der ehemals im vollstationären Aufenthalt geleisteten Arbeit nun in der vorstationären Prozedur erledigt wird. Der Anstieg der Fallzahlen der vorstationären Behandlungen wirkt also negativ auf die durchschnittliche Falldauer der vollstationären Fälle und der Anstieg der Zahl der ambulanten Operationen wirkt positiv auf die durchschnittliche vollstationären Falldauern.

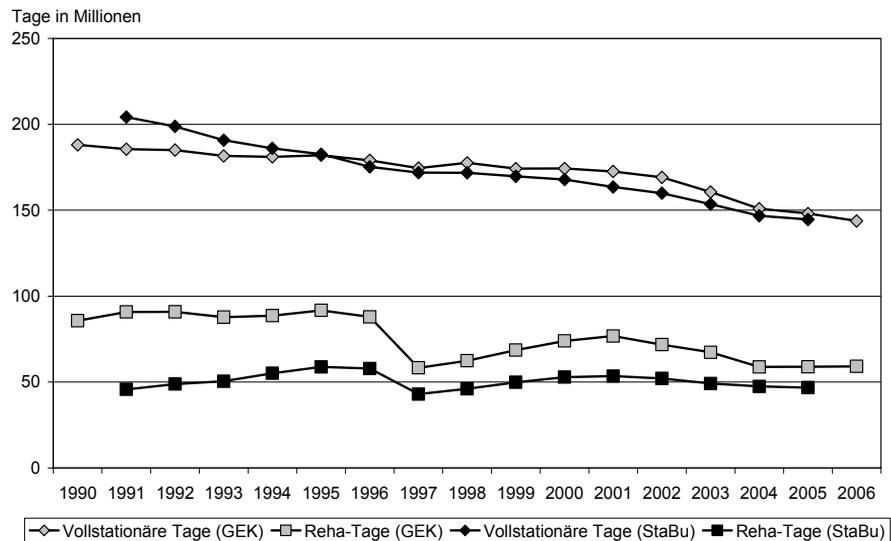
Wie man schon an diesem Beispiel sehen kann, ist die Bewertung der Entwicklungen von Fallzahlen und Falldauern nicht ganz einfach. Sehr viele Faktoren wirken gleichzeitig und müssen zusammen betrachtet werden.

5.1.2 Falldauern

Ein wichtiges Ziel, das durch die Einführung der DRGs erreicht werden sollte, ist die Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Da die Abrechnung nach DRGs vom Prinzip her pauschal erfolgt, erwartet man, dass die Patienten so schnell wie möglich entlassen werden.

Wie man in Abbildung 22 erkennen kann, sinkt die durchschnittliche Falldauer vollstationärer Aufenthalte nicht plötzlich mit der Einführung der DRGs, sondern sie sinkt im gesamten beobachteten Zeitraum fast kontinuierlich in gleicher Geschwindigkeit

Abbildung 23: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch vollstationäre Aufenthalte in Krankenhaus und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2006



Quelle: Statistisches Bundesamt (2007c; d); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung

keit. Im Jahr 1990 lag die durchschnittliche Falldauer vollstationärer Aufenthalte noch bei über 14 Tagen. Im Jahr 2006 sind es nur noch ca. 9 Tage.

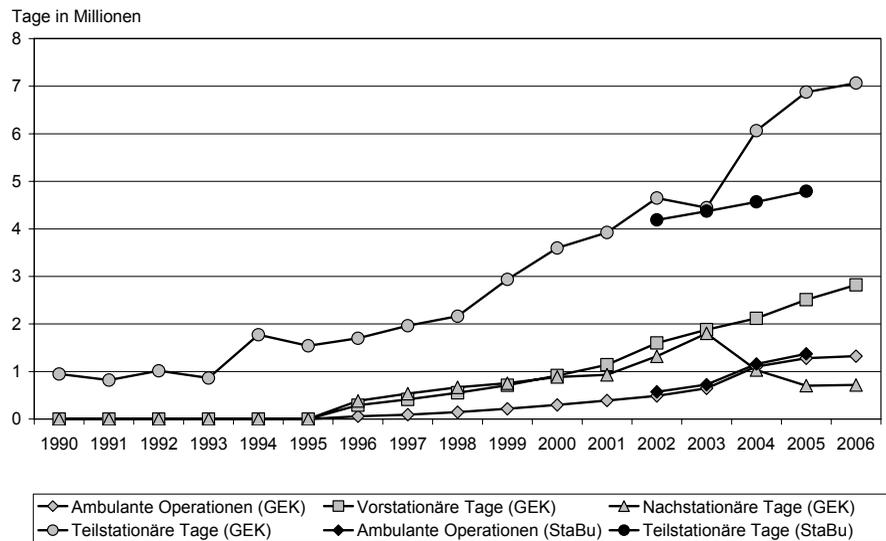
5.1.3 Gesamtzeiten stationärer Behandlung

Die Multiplikation der durchschnittlichen Falldauer mit der Anzahl der Fälle ergibt die Anzahl der Aufenthaltstage (in der amtlichen Statistik spricht man hier auch von Berechnungs- und Belegungstagen bzw. Pflegetagen). Trotz steigender Fallzahlen bis in die 2000er Jahre gibt es einen Rückgang der Aufenthaltstage auf Grund des Rückgangs in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Fall (Abbildung 23). Ab 2003 sinkt dann die Gesamtzahl der Aufenthaltstage noch deutlicher, weil zur Verringerung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer pro Fall auch noch eine Verringerung der Fallzahl hinzukommt.

Man kann also den vorläufigen Schluss ziehen, dass die Fallzahl vollstationärer Aufenthalte und die Zahl der vollstationären Aufenthaltstage durch die DRG-Einführung nicht gestiegen sind. Im Gegenteil sind vollstationäre Fälle teilweise vermieden worden.

An dieser Stelle stellt sich dann die Frage, ob diese Vermeidung auch dadurch zustande kommt, dass Patienten vermehrt (begründet oder unbegründet) abgewiesen werden oder ob die Zahl vollstationärer Fälle nur durch eine beschleunigte Umstrukturierung der

Abbildung 24: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch sonstige Aufenthalte im Krankenhaus 1990-2006



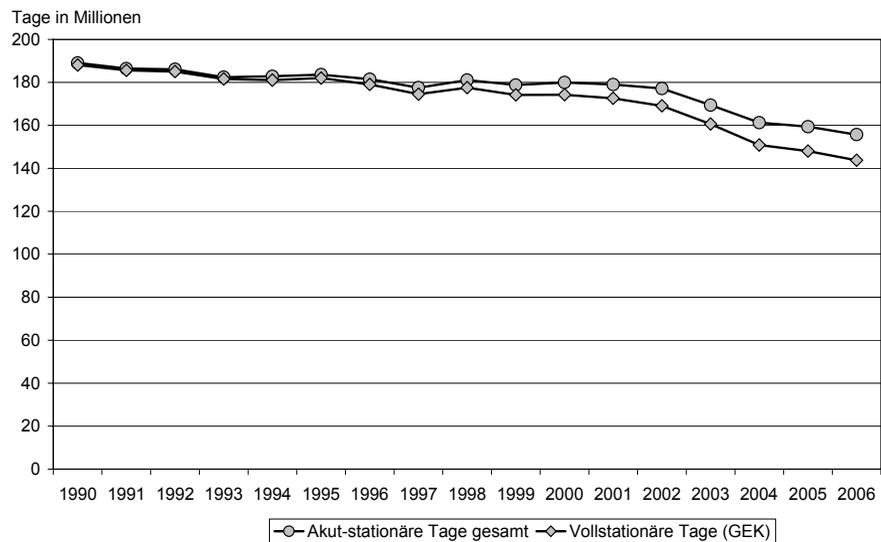
Quelle: Statistisches Bundesamt (2004; 2005; 2006c; d; 2007c; d); GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung

stationären Versorgung verringert wird. Die vollstationären Aufenthalte werden aber in erster Linie und in steigendem Maße seit 1996 durch andere Formen der stationären Versorgung ersetzt. Hier kommen die vor-, nach-, und teilstationäre Versorgung sowie die ambulanten Operationen zum Tragen.

Wie in Abbildung 21 schon gezeigt, steigt die Zahl der vor- und teilstationären Fälle und der ambulanten Operationen kontinuierlich an. Auch die resultierende Zahl der Aufenthaltstage aus dieser Art der Krankenhausversorgung nimmt kontinuierlich zu (Abbildung 24). Ein besonderer Anstieg der Leistungstage jenseits der vollstationären Versorgung zur Einführung der DRGs ist im Bereich der teilstationären Versorgung zu sehen.

Die akutstationäre Versorgung verändert sich also zusehends in der Struktur: Die Falldauern im vollstationären Bereich sinken rapide. Trotz bis zum Jahr 2003 steigender Fallzahlen ist dadurch auch die Gesamtzahl der vollstationären Aufenthaltstage pro Jahr gesunken. Gleichzeitig steigt die Zahl sonstiger stationärer Aufenthaltstage. Als Bezugsgröße für bestimmte Statistiken werden zumeist aber nur die vollstationären Aufenthaltstage herangezogen (z.B. Personal pro Fall oder Kosten pro Fall). Zur Einschätzung des Arbeitsaufwands müsste aber die Gesamtheit der akutstationären Aufenthaltstage berücksichtigt werden. Daher wird in Abbildung 25 noch dargestellt, wie sich die jährlichen Summen der akutstationären Aufenthaltstage inklusive voll-

Abbildung 25: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch akutstationäre Aufenthalte im Krankenhaus 1990-2006



Quelle: GEK-Daten standardisiert auf jährliche Bevölkerung; alle Fälle werden mit der Anzahl der registrierten Leistungstage berücksichtigt.

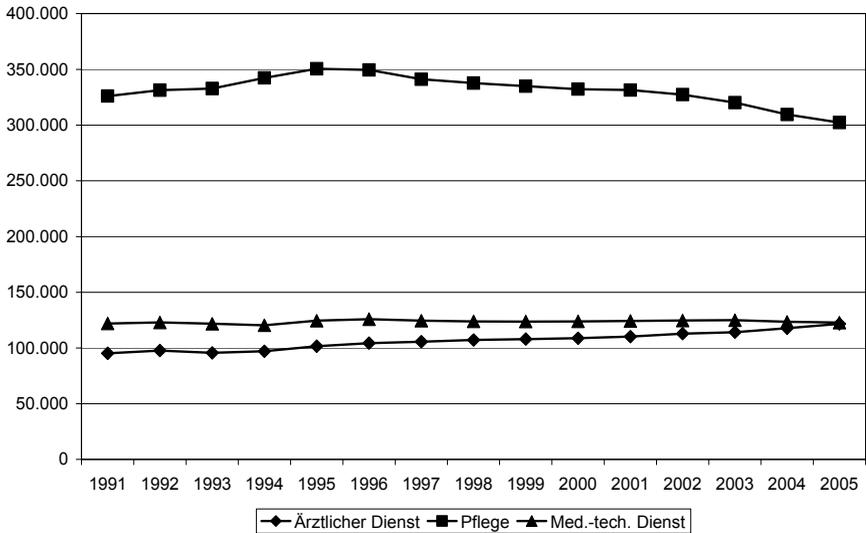
vor-, nach- und teilstationären Aufenthaltstagen sowie der Anzahl der ambulanten Operationen entwickeln. Auf Grund der fehlenden Informationen in der Krankenhausstatistik aus den Jahren vor 2002 erfolgt die Darstellung auf Basis der gewichteten GEK-Routinedaten.

Bis zum Jahr 1996 ist die Zahl der vollstationären Aufenthaltstage fast identisch mit der Gesamtsumme der akutstationären Aufenthaltstage. Ab diesem Zeitpunkt wird im Verlauf dann der Anstieg der Zahl anderer als vollstationärer Aufenthaltstage deutlich. Bis zum Jahr 2006 beträgt die Differenz schon 12 Millionen Tage. In der Summe sind es also über 8 % mehr akutstationäre Aufenthaltstage als nur unter Berücksichtigung der vollstationären Aufenthaltstage. Diese sollten zur Kalkulation des Personalbedarfs und des Personalschlüssels mit berücksichtigt werden, weil natürlich auch in diesen Behandlungstagen medizinischer, medizinisch-technischer und pflegerischer Arbeitsaufwand anfällt.

5.1.4 Personal im Krankenhaus

Zur optimalen Qualität der Versorgung gehört, dass man bei Bedarf seine medizinische und pflegerische Versorgung im Krankenhaus erhält und somit auch ausreichend Personal da ist, um jederzeit eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Die amtliche Statistik weist eine von 1991 bis 1995 steigende Anzahl an Pflegekräften

Abbildung 26: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) 1991-2005



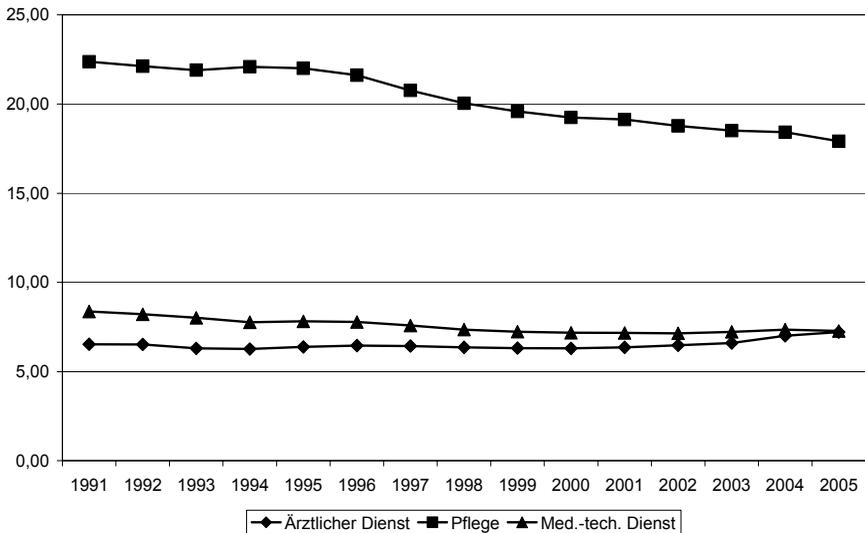
Quelle: Statistisches Bundesamt (2007c)

(umgerechnet in Vollzeitkräfte) aus (Abbildung 26). Anschließend sinkt die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus kontinuierlich. Dabei wurde gerade zu den Zeiten der Einführung der Fallpauschalen im Jahr 1996 als auch zur Einführung der DRGs in den Jahren 2003 bis 2005 deutlich Personal abgebaut. Die Zahl der hauptamtlichen Ärzte ist hingegen kontinuierlich von 95.208 im Jahr 1991 auf 121.610 im Jahr 2005 gestiegen. Die Zahl der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst stieg relativ gemächlich von 122.018 im Jahr 1991 auf 124.927 im Jahr 2003. Anschließend wurde aber auch in diesem Segment gespart und die Zahl der Beschäftigten auf 122.810 im Jahr 2005 gesenkt.

Es gibt also in absoluten Zahlen gesehen eine unterschiedliche Entwicklung in der Anzahl der Beschäftigten. Die Zahl der Ärzte steigt auch in Zeiten der DRG-Einführung, während in anderen Bereichen Personal eingespart wird.

So sehr diese Entwicklung vielleicht die Ärzte erleichtert, weil durch die höhere Anzahl der Ärzte der einzelne Arzt möglicherweise nicht mehr so lange arbeiten muss, und bei den Pflegekräften durch die Einsparungsdiskussion Panik geschürt wird, interessiert es den Patienten wohl eher, ob für ihn ausreichend Personal da ist. Deshalb ist der Blick auf die absolute Zahl etwas irreführend. Aus der Sicht des Patienten ist entscheidender, wie viele Pflegekräfte je Fall oder je Aufenthaltstag präsent sind. Der Personalschlüssel x Ärzte bzw. Pflegekräfte je y Patienten ist dann der Maßstab.

Abbildung 27: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 1000 vollstationärer Fälle 1991-2005

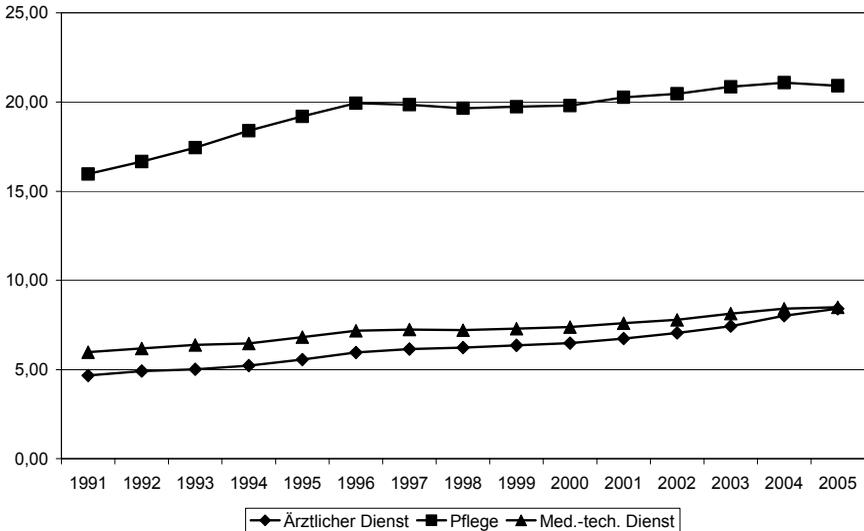


Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (2007c)

Wenn man diesen Maßstab anlegt, dann kommt man zu unterschiedlichen Ergebnissen – je nach dem, welche Profession betrachtet wird, ob Fälle oder Aufenthaltstage die Bezugsgrößen sind oder ob nur vollstationäre Patiententage oder alle akutstationären Patiententage einbezogen werden. Bezogen auf die vollstationären Fälle je Jahr nimmt die Zahl der Pflegekräfte seit 1996 kontinuierlich ab (Abbildung 27). Während für 1000 vollstationäre Fälle im Jahr 1991 noch im Durchschnitt 22,37 Pflegekräfte zur Verfügung standen, reduzierte sich diese Quote bis 2005 auf 17,92. Während die Zahl der Pflegekräfte und die Zahl der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst pro vollstationärem Fall rückläufig sind, steigt die Zahl der hauptamtlichen Ärzte je Fall leicht an. Ausgehend davon, dass durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauern der Pflegeaufwand pro Fall geringer wird und der ärztliche und medizinisch-technische Aufwand vergleichsweise konstant bleibt, könnte die Entwicklung ein Hinweis darauf sein, dass die Versorgung in ähnlichem Umfang und ähnlicher Qualität geleistet werden könnte wie vor der DRG-Einführung.

Insbesondere bezüglich des Pflegeaufwands ist es aber nicht angemessen, nur auf die Fallzahl zu schauen, sondern die Zahl der Pfl egetage hat ihre besondere Bedeutung. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Aufwand pro Pfl egetag im Laufe der Zeit deutlich gestiegen ist. Wenn man von einem gleich bleibenden Pflegeaufwand pro Aufenthaltstag ausginge, bestätigte sich das Urteil, dass die Zeit der Pflegenden für die Patienten konstant geblieben ist oder in den Jahren von 1991 bis 1996 sogar angestie-

Abbildung 28: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 10.000 vollstationärer Aufenthaltstage 1991-2005



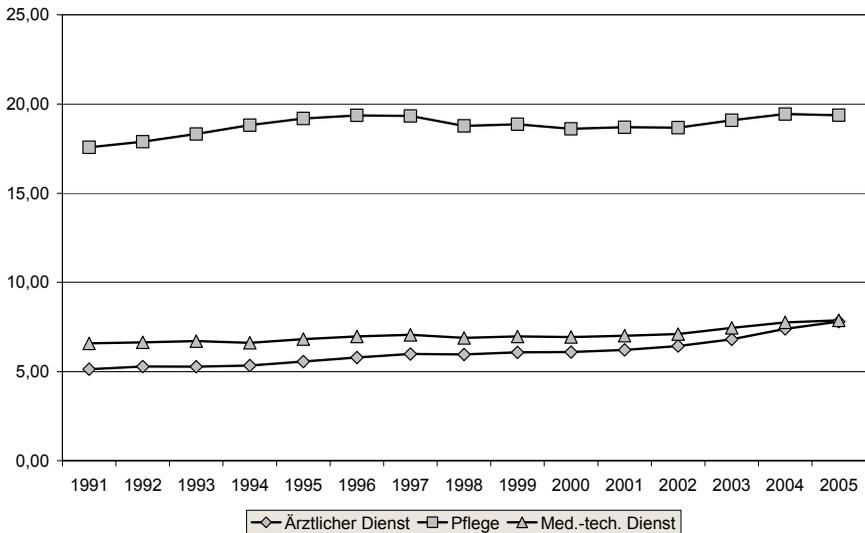
Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (2007c)

gen ist (Abbildung 28). Auch bei den anderen Professionen im Krankenhaus zeigt sich ein Anstieg oder zumindest eine relative Konstanz.

Rückt man ein wenig ab von dem üblichen Blick der amtlichen Statistik auf die vollstationären Fälle und berücksichtigt auch die akut-stationären Fälle, die nicht vollstationär sind, dann verschiebt sich das Bild etwas und die Arbeitsbelastung wird insgesamt deutlicher messbar. Abbildung 29 integriert neben den vollstationären Aufenthaltstagen auch die teil-, voll-, vor- und nachstationären Behandlungen und die ambulanten Operationen im Krankenhaus. Diese Berechnung des Personalschlüssels ist uns aber nicht auf der Grundlage der amtlichen Statistik möglich, da dort die Informationen aus den zurückliegenden Jahren nicht vorliegen. Für die Berechnung des Personalschlüssels unter Berücksichtigung aller akut-stationären Aufenthalte verwenden wir die Zahlen über das Personal aus der amtlichen Statistik sowie die registrierten Aufenthaltstage aus den GEK-Routinedaten, die auf die jeweilige Bevölkerung nach Alter und Geschlecht standardisiert hochgerechnet wurden.

Auf Grundlage dieser Berechnung ergibt sich ein über die Jahre relativ stabiler Personalschlüssel für Pflegekräfte, Ärzte und den medizinisch-technischen Dienst, der zur Zeit der Einführung der DRGs sogar steigt (Abbildung 29). Insgesamt ist also nicht nur bezogen auf den einzelnen vollstationären Patiententag, sondern auch bezogen auf alle akut-stationären Patiententage mehr Personal je Patient da. Für die Versorgungsqualität

Abbildung 29: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 10.000 akutstationärer Aufenthaltstage 1991-2005



Quelle: Eigene Berechnung. Datenbasis: Statistisches Bundesamt (2007c) und GEK-Routinedaten

bedeutet dies auf den ersten Blick eine leichte Verbesserung für die Patienten und eine Entlastung für das Personal.

Wenn man ganz exakte Berechnungen des tatsächlich verfügbaren Personals anstellen möchte, gehört zusätzlich zu der Zahl der Beschäftigten und der Fall- bzw. Belegungstage auch noch die Messung des Krankenstands und der Überstunden dazu.

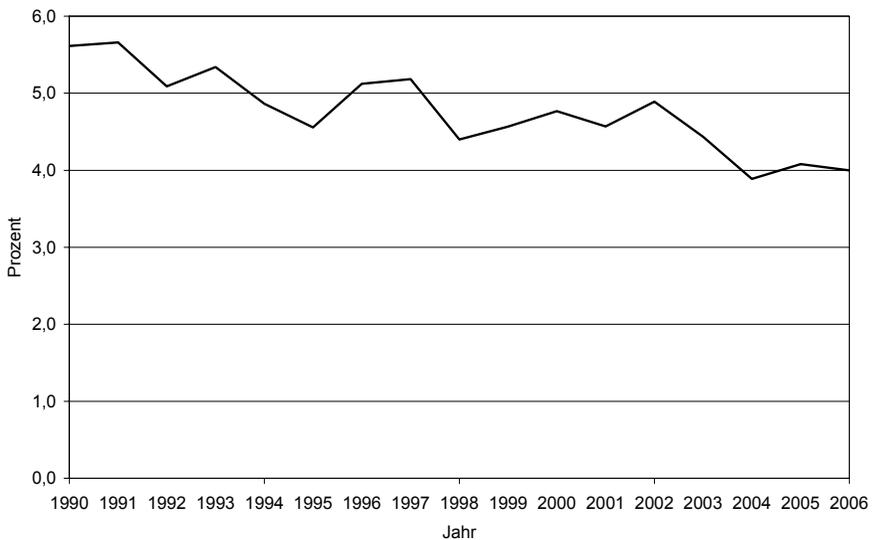
5.1.5 Krankenstand

Daher werden für die weitere Beurteilung der Arbeitslast nun noch die Krankenstände der Pflegekräfte im Zeitverlauf berücksichtigt (Abbildung 30). In der Zeit von 1990 bis 2006 sinkt der Krankenstand der Krankenpflegekräfte von über 5,5% im Jahr 1990 auf 4,0% im Jahr 2006. Das bedeutet, dass die Zahl der nicht nur vertraglich, sondern tatsächlich verfügbaren Pflegekräfte je Pfl egetag noch mehr gestiegen ist, als aus den bisherigen Berechnungen ersichtlich ist.

5.1.6 Überstunden

In der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes werden die Überstunden für die Berechnung der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt nicht berücksichtigt (Statistisches Bundesamt 2006c). Für die Erfassung der faktischen Arbeitszeit wäre die Berücksichtigung der Überstunden aber erforderlich. In den Befragungen konnten die Pflegekräfte Auskunft über die Arbeitszeitmodelle und über die Überstunden geben. Danach beläuft

Abbildung 30: Krankenstand unter den bei der GEK versicherten Krankenpflegekräften mit der Berufsordnung 853 (Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen), standardisiert



Quelle: GEK-Daten

Anmerkung: Population standardisiert nach Alter und Geschlecht auf die Erwerbsbevölkerung 1993

sich die durchschnittliche Überstundenzahl innerhalb des letzten Monats im Jahr 2003 auf 12,1 und im Jahr 2006 auf 15,1 Stunden.

Zu Erklärung des Anstiegs haben wir ein Regressionsmodell gerechnet, das den Effekt der oben genannten Kontrollvariablen ermitteln soll. Im Vergleich der beiden Befragungswellen bleibt die Differenz allerdings auch unter Kontrolle weiterer Strukturvariablen bestehen. Die Zahl der Überstunden ist aber auch abhängig von sich im Zeitverlauf ändernden Strukturen. So ist gerade bei den Pflegekräften in Krankenhäusern mit koordinierten Abläufen eine erhöhte Zahl an Überstunden zu verzeichnen, obwohl gerade die koordinierten Abläufe dazu dienen sollten, den Arbeitsaufwand besser zu strukturieren und damit zu verringern. Eine gute Kooperation mit den Ärzten verringert hingegen die Zahl der Überstunden. Denn eine mangelhafte Kooperation ist verbunden mit einem schlechteren Informationsfluss oder weniger Rücksichtnahme, wodurch die Arbeitsabläufe weniger gut organisiert sind. Leitende Pflegekräfte haben im Vergleich zu Basispflegekräften eine erhöhte Anzahl an Überstunden. Von den Pflegekräften, die im Dauernachtdienst arbeiten, werden weniger Überstunden geleistet als von Pflegekräften im Schichtdienst. Und nicht zuletzt sind die Teilzeitkräfte mehr von Überstunden betroffen als Vollzeitkräfte. Dies ist auch leicht verständlich, da bei Teilzeitkräften der Zeitrahmen, in dem noch mehr gearbeitet werden könnte, größer ist und der finan-

Tabelle 8: Regressionsmodell zur Anzahl der Überstunden

	Überstunden	
(Konstante)	11,56	***
Welle 2006	2,63	***
Privates Krankenhaus	1,17	
Bettenzahl bis 200	0,65	
Bettenzahl über 1000	-1,33	
Leitende Pflegekraft	3,36	***
Teilzeit	1,51	*
Nur Nachtschicht	-3,86	**
Gute Kooperation mit Ärzten	-1,69	*
Koordinierte Abläufe	1,49	*

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station). In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

zielle Nutzen unter Berücksichtigung der Steuern für Teilzeitkräfte größer ist als für Vollzeitkräfte.

5.1.7 Neuberechnung des Personalschlüssels

Bedeutsam für die Arbeitsbelastungen und die Versorgungsqualität ist, wie viel Arbeitszeit insgesamt tatsächlich zur Verfügung steht. Die Basis für eine genauere Berechnung ist daher nicht nur die Zahl der Pflegekräfte, sondern die Zahl der effektiven Arbeitsstunden je Pflergetag. Diese wollen wir anhand verschiedener Informationen modellieren. Zu diesen gehören die Arbeitskräfte gemessen in Vollkräfte durch das Statistische Bundesamt. Wir gehen aus von einer regulären Arbeitszeit von 167 Stunden pro Monat. Hinzu addieren wir die angegebenen Überstunden des letzten Monats. Diese Summe wird dann multipliziert mit dem Anteil derer, die nicht arbeitsunfähig sind. Als mathematische Formel ausgedrückt sieht das dann wie folgt aus:

Personal = Vollkräfte * (167 reguläre Arbeitsstunden je Monat + Überstunden je Monat) * (1 – Krankenstand)

Diese Zahl wird dann in Bezug gesetzt zur Zahl der akutstationären Behandlungstage. Die Urlaubstage sind bei dieser Berechnung nicht mit eingeschlossen. Sie würden auf Grund der angenommenen Konstanz keinen Einfluss auf die Entwicklung haben.

Durch Umstellen der Formel können wir die bisherigen Ergebnisse aus Abbildung 29 nutzen und um die Effekte von Krankenstand und Überstunden korrigieren. Der Perso-

nalschlüssel (PS) muss also in folgender Weise modifiziert werden, um einen korrigierten Personalschlüssel (kPS) zu bekommen:

$$\text{kPS} = \text{PS} * (1 - \text{Krankenstand in \%}) * (167 + \text{Überstunden}) / 167.$$

Je 10.000 akutstationärer Tage ergibt sich somit für das Jahr 2003 folgende Berechnung:

$$\text{kPS} = 18,90 * (1 - 0,044) * (167 + 12,1) / 167 = 19,38.$$

Die Zahl der Überstunden überkompensiert die Zahl der Arbeitsunfähigkeit. Somit ist der korrigierte Wert etwas größer als der unkorrigierte Wert.

Für 2005 ergibt sich in Kombination mit der schriftlichen Erhebung von 2006 je 10.000 akutstationärer Tage folgende Berechnung:

$$\text{kPS} = 18,97 * (1 - 0,040) * (167 + 15,1) / 167 = 19,86.$$

Unter Berücksichtigung der gestiegenen Zahl der Überstunden und des Rückgangs der Arbeitsunfähigkeitszeiten ist der Personalschlüssel also zwischen 2003 und 2005 deutlich um 2,5% angestiegen.

5.2 Arbeitsaufwand je Pfl egetag

Auf den zweiten Blick relativiert sich die Beurteilung des Personalschlüssels aber erheblich. Grund dafür ist der steigende Aufwand, den alle Beschäftigten bei einem größeren Durchlauf an Patienten leisten müssen. Die gesamten Liegezeiten der Patienten haben sich zwar reduziert, doch der Aufwand pro Pfl egetag steigt durch häufigere Aufnahmen und Entlassungen und dadurch, dass die Patienten praktisch nur noch an den behandlungs- und pflegeintensiven Tagen im Krankenhaus liegen. Die meist weniger aufwändigen Pfl egetage am Ende der Krankenhausaufenthalte fallen schließlich durch die Verkürzung der Liegezeiten immer mehr weg. Insgesamt verdichtet sich also die Arbeit pro Patiententag für das gesamte medizinische, medizinisch-technische und pflegerische Personal. Inwieweit die Pfl egekräfte dies auch so spüren, wird auf Basis der Pfl egekräftebefragungen im Folgenden zu klären sein. Bisherige Befragungen des Projekts WAMP unter hessischen Ärzten (Klinke/Kühn 2006; Klinke 2007) und unter Pfl egekräften (Braun/Müller/Timm 2004) sowie Fallstudien in verschiedenen Krankenhäusern (Buhr/Klinke 2006a) zeigen an, dass ein Wandel in der Tätigkeit stattgefunden hat und der Arbeitsaufwand gestiegen ist. Nur eine sehr schwierige Verknüpfung dieser qualitativen Informationen mit den Berechnungen der Personalschlüssel könnte einen Gesamteindruck vermitteln, inwieweit sich Arbeitsbelastungen und Versorgungsqualität entsprechend verändert haben.

5.2.1 Ist das tägliche Arbeitspensum zu schaffen?

Wir fragten die Pfl egekräfte 2006, ob sie das Gefühl haben, ihr tägliches Arbeitspensum zu schaffen. Nur knapp ein Drittel der befragten Pfl egekräfte hatte durchgängig das Gefühl, das tägliche Arbeitspensum den Anforderungen gemäß zu schaffen. 26,2%

Tabelle 9: Regressionsmodell zur Aussage „häufig das Arbeitspensum nicht zu schaffen“

	Arbeitspensum
(Konstante)	0,30 ***
Welle 2006	-
Privates Krankenhaus	0,05
Bettenzahl bis 200	-0,07 *
Bettenzahl über 1000	0,01
Psychiatrie	-0,11 *
Mehr als 10 Jahre im Beruf	0,07 **
Tagdienst	-0,09 *
Gute Kooperation mit Ärzten	-0,16 ***
Koordinierte Abläufe	-0,03
Kurzzeitstation	-0,04
Poststationäre Station	0,01
Überstunden	0,00 **

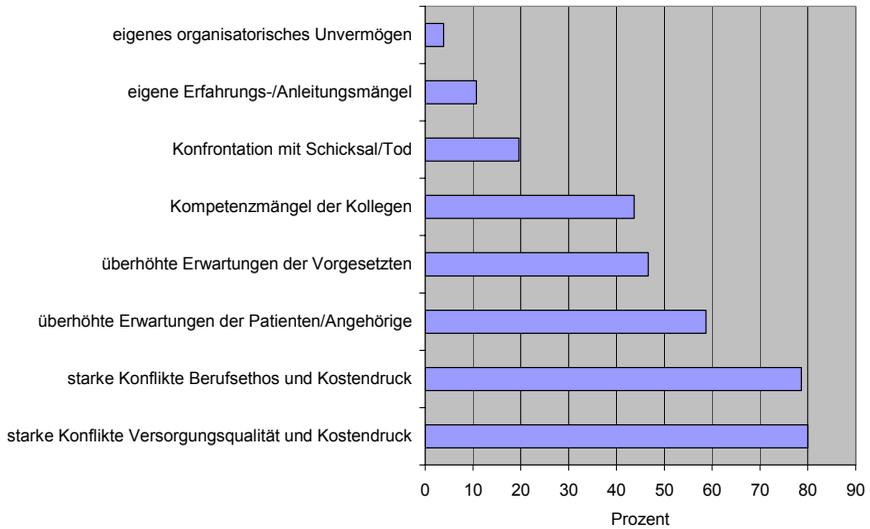
Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

hatten dagegen „häufig“ das Gefühl, es nicht zu schaffen und 42,6% gaben an, dies käme vor, aber „selten“.

Die differenzierte Analyse nach Strukturmerkmalen zeigt einige signifikante Unterschiede. In kleineren Krankenhäusern gibt es weniger Probleme. In der Psychiatrie gibt es weniger Probleme als in der Chirurgie. Mit steigender Berufserfahrung steigt auch der Anteil der Pflegekräfte, die ihr Arbeitspensum „häufig“ nicht schaffen. Pflegekräfte im Tagdienst haben weniger als Pflegekräfte in Wechselschicht Probleme, ihr Arbeitspensum zu schaffen. Sehr bedeutsam ist auch hier wieder die gute Kooperation mit den Ärzten. Mit einer guten Kooperation sinkt der Anteil derjenigen, die das Arbeitspensum häufig nicht schaffen, von ca. 30% auf ca. 15%. Pflegekräfte, die viele Überstunden machen, sind auch eher diejenigen, die häufig das Gefühl haben, ihr Arbeitspensum nicht zu schaffen. Hierbei ist sicher zu unterstellen, dass sich diese beiden Sachverhalte gegenseitig bedingen.

Die Abbildung 31 zeigt, welche Bedingungen die Pflegekräfte, die ihr Arbeitspensum häufig nicht schaffen, für diesen Zustand verantwortlich machten. Bei solchen Nachfragen hat man es mit mehreren methodischen und inhaltlichen Problemen zu tun: Erstens sind einige der erfragten Merkmale und Bedingungen nicht sehr trennscharf. So

Abbildung 31: Gründe für das Gefühl, das Arbeitspensum häufig nicht zu schaffen



Quelle: Standardisierte Ergebnisse der Pflegekräftebefragung 2006

können hinter den überhöhten Erwartungen von Vorgesetzten auch Kompetenzmängel der Pflegekräfte stehen und Kostendruck kann auch eine Art überhöhte Erwartung der Geschäftsführung des Krankenhauses darstellen. Zweitens stoßen auch anonym gestellte Fragen nach dem eigenen Anteil an der Nichtbewältigung des Arbeitspensums an subjektive Grenzen, da man vermeiden will sich selbst zu blamieren. Insoweit ist auch eine geringere Antworthäufigkeit sehr ernst zu nehmen.

Bemerkenswert ist die herausragende Rolle des Konflikts des Kostendrucks mit dem Berufsethos oder allgemein der Versorgungsqualität. Der Kostendruck ist eine anonyme Größe, die auf den ersten Blick keiner bestimmten Person oder keinem bestimmten Personenkreis zugeordnet werden kann. Hierunter können sich, wie schon erwähnt, die Erwartungen der Vorgesetzten oder der Geschäftsführer verbergen, aber auch eine zu dünne Personaldecke. Als drittgrößter Erklärungsfaktor für das Problem, häufig das Arbeitspensum nicht zu schaffen, werden überhöhte Erwartungen der Patienten oder ihrer Angehörigen genannt. Die hohen Erwartungen der Patienten und Angehörigen werden möglicherweise auch erst unter Kostendruck zum Problem. 44% der Befragten machen Kompetenzmängel mancher ihrer Kollegen für das Problem, häufig das eigene Arbeitspensum nicht zu schaffen, verantwortlich. Deutlich wird dabei, dass die Pflege keine Einzelleistung der einzelnen Pflegekräfte ist, sondern dass dem „Team“ ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt werden muss. 3,9% der Befragten machten ihr eigenes organisatorisches Unvermögen und 10,7% ihre mangelnde Erfahrung und mangelhafte Anleitung für ihre Probleme verantwortlich. Berücksichtigt man,

dass hier von vornherein keine sehr hohen Anwachsraten zu erwarten waren, weil die Schuld allgemein doch lieber bei anderen oder den Strukturen gesucht wird, sind diese Werte alarmierend. Kompetenzmängel – egal, ob über die Kollegen berichtet oder für sich selbst eingestanden – sind kontraproduktiv für die Qualitätssicherung in der Pflege. Dies gilt insbesondere dann, wenn man erwartet, dass sich die Arbeit weiter verdichtet und in Zukunft eventuell noch weitere medizinnahe Tätigkeiten auf die Pflege zukommen.

5.2.2 Verschiebung von Aufgaben zwischen Berufsgruppen – Stand und Entwicklung

In pflegewissenschaftlichen Positionsbestimmungen der Pflege Tätigkeit hört man immer wieder als Ausdruck eines neuen Pflegeverständnisses von notwendigen Verschiebungen der Aufgaben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus. Von solchen Annahmen gehen auch die Visionen oder Anforderungen von Expertenrunden wie der des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur künftigen Stellung der Pflegekräfte in der Behandlungskette und ihrer Stellung im Krankenhaus aus. Und nicht zuletzt gibt es unter DRG-Bedingungen einen vorgeblichen Druck, die hoch qualifizierten Arbeitskräfte auch in der Pflege möglichst produktiv einzusetzen. Von allen Akteuren wird also eine Konzentration der Tätigkeit von Pflegekräften auf originär pflegerische Tätigkeit verlangt bzw. vorausgesetzt oder eine andere als die bisherige Arbeitsteilung angestrebt. Dabei geht es vor allem um die Frage, welche administrativen, logistischen oder elementar-hygienischen Tätigkeiten die Pflegekräfte noch verrichten sollten und welche auf Angehörige anderer Berufsgruppen übertragen werden können.

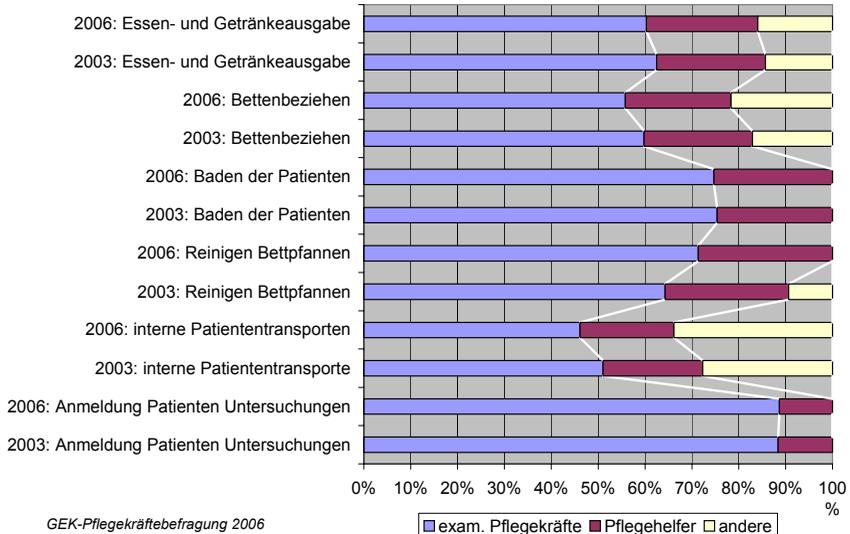
Wie hier die aktuelle Situation und damit der Startpunkt für derartige Veränderungen aussieht und ob sich daran innerhalb der letzten drei Jahre etwas verändert hat und wenn ja in welchem Umfang, soll an zwei Indikatoren untersucht werden: Erstens fragten wir die Pflegekräfte im Jahr 2006 ausführlich, welche der drei Berufsgruppen der examinierten Pflegekräfte, der Pflegehelfer und Andere (z. B. Mitarbeiter aus dem hauswirtschaftlichen Bereich) für die Tätigkeiten Anmeldung von Patienten zu Untersuchungen, interne Patiententransporte, Reinigen der Bettpfannen, Baden der Patienten, Neubeziehen der Betten und Essen- und Getränkeausgabe zuständig war. In einer sich daran anschließenden Frage wollten wir wissen, welche Berufsgruppe diese Tätigkeiten vor drei Jahren gemacht hatte.

Vor jeder differenzierteren Betrachtung fällt auf, dass die ausgewählten Tätigkeiten Anmeldung von Patienten zu Untersuchungen, Patiententransporte innerhalb des Krankenhauses, Reinigen der Bettpfannen, Baden der Patienten, Neubeziehen der Betten und Essens- und Getränkeausgabe mit einer einzigen Ausnahme stets zu mehr als 50 % von examinierten Pflegekräften erledigt wurden.

Im Detail fallen dann folgende Ergebnisse auf:

- Die Arbeitsteilung zwischen examinierten, also hochqualifizierten Pflegekräften und überwiegend an- und ungelernten Hilfskräften verändert sich in dem erfragten Zeitraum nicht (z. B. bei der Anmeldung zu Untersuchungen, Baden

Abbildung 32: Verschiebungen der Aufgaben zwischen Berufsgruppen im Krankenhaus in den letzten drei Jahren (Befragung im Jahr 2006)



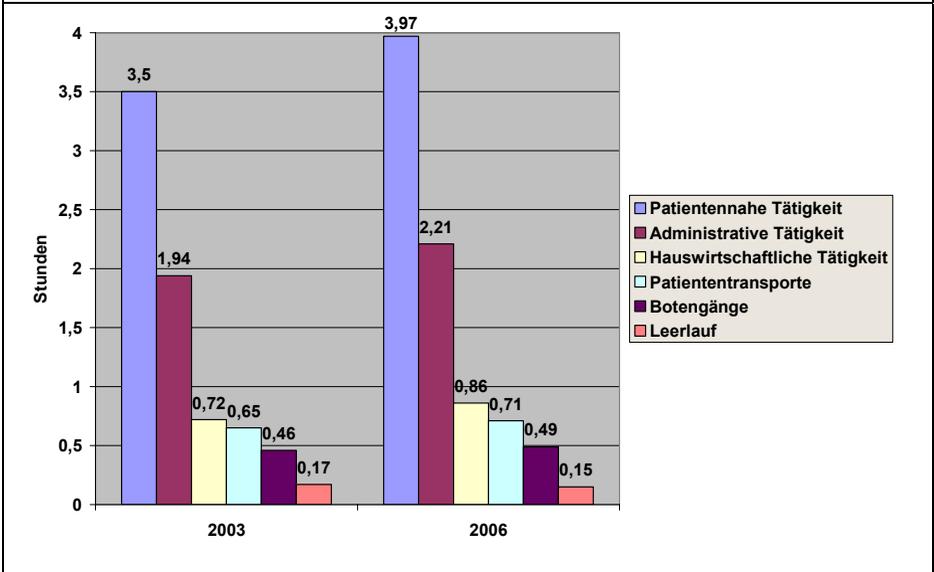
Anmerkung: Wie die Verteilung der Aufgaben und Tätigkeiten im Moment aussieht und ob sich daran in den letzten drei Jahren vor der Befragung etwas verändert hat, fragten wir nur 2006. Die Jahreszahl 2003 hat also nichts mit der ersten Befragung zu tun, sondern war der Beginn des Zeitraums, über den wir die Pflegekräfte baten, nachzudenken.

der Patienten) oder nur sehr gering. Wenn es Veränderungen gab, erfolgten sie gegenläufig: Während die Beteiligung von examinierten Pflegekräften bei den internen Krankentransporten um rund fünf Prozentpunkte sank, war ein höherer Anteil von ihnen 2006 beim Reinigen der Bettpfannen involviert.

- In den meisten Bereichen, in denen es überhaupt Veränderungen gab, verlagerten sich die Tätigkeiten noch nicht einmal auf die immerhin noch pflegerisch qualifizierten Krankenpflegehelfer, sondern dann gleich auf andere Mitarbeiter (z. B. aus dem hauswirtschaftlichen Bereich).

Eine zusätzliche vergleichende Analyse der Verhältnisse einerseits in öffentlichen oder freigemeinnützigen und andererseits in privaten Krankenhäusern zeigte für das Jahr 2006 keine gravierenden Unterschiede zwischen den Trägertypen. Dies bedeutet, dass examinierte Pflegekräfte in allen Krankenhaustypen Tätigkeiten ausüben, die zumindest auf den ersten Blick nicht zum Kernbereich der pflegerischen Tätigkeit gehören. Die vorsichtige Formulierung und Bewertung ist allerdings angebracht, da es sicherlich im Bereich der zum Kernbereich der pflegerischen Tätigkeit gehörenden Empathie oder Zuwendungsarbeit schwer ist, einen Teil der hygienischen und organisatorischen Arbeiten abzutrennen, ohne dass der Patient in die Rolle eines Objekts gerät, an dem

Abbildung 33: Durchschnittliche Anzahl der Arbeitsstunden mit bestimmten Inhalten



Quelle: Standardisierte Ergebnisse der Pflegekräftebefragungen 2003 und 2006

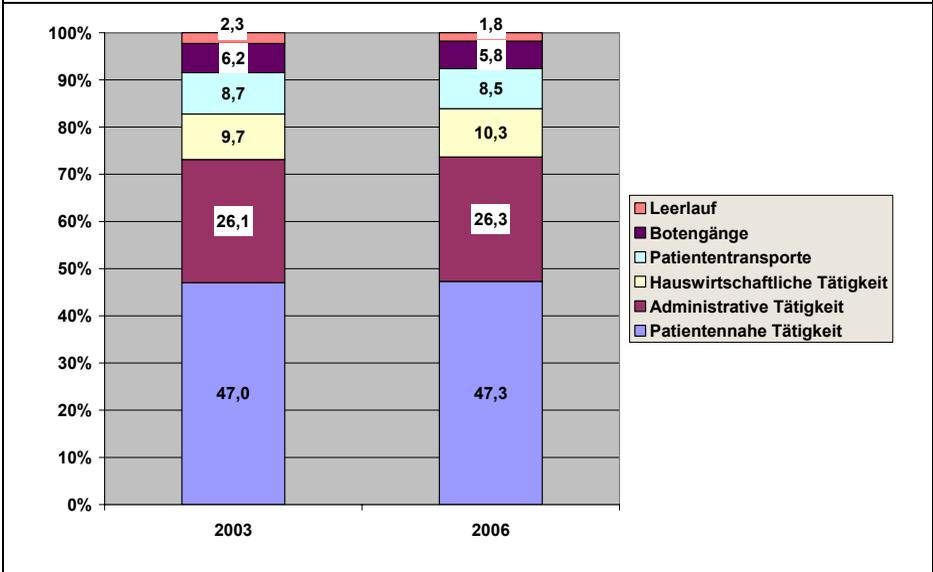
verschieden qualifizierte „Handwerker“ unter Ausklammerung der restlichen Bedürfnisse des Patienten ihre Dienstleistung erbringen. In jedem Fall müssen sich diejenigen, die einen neuen Zuschnitt der Pfl egetätigkeit vorschlagen und anstreben über die Existenz und Persistenz des hier sichtbar werdenden Tätigkeitsspektrums klar sein.

5.2.3 Verteilung der Arbeitsschwerpunkte

Die Verteilung der Arbeitsschwerpunkte könnte als Indikator dafür gewertet werden, ob und wie sich die Arbeit verdichtet. Inwieweit verändert sich der Anteil der originär pflegerischen Tätigkeiten und inwieweit verändert sich die Leerlaufzeit? Zur Messung der Veränderung der Arbeitsschwerpunkte sind in Abbildung 33 und Abbildung 34 die Anzahl und die Anteile der Arbeitsstunden mit unterschiedlichen Arbeitsinhalten dargestellt.

Die tägliche Arbeitszeit pro Pflegekraft hat sich erhöht. Der Anstieg zeigt sich bei fast allen Arbeitsinhalten. Die Zeiten für patientennahe Tätigkeiten sind im Vergleich der Befragungsjahre 2003 und 2006 von 3,5 Stunden auf 3,97 Stunden gestiegen. In ähnlicher Weise sind administrative Tätigkeiten von 1,94 Stunden auf 2,21 Stunden gestiegen. Auch die Zeiten für hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Patiententransporte und Botengänge sind je Pflegekraft und Tag mehr geworden. Einzig die Zeit mit Leerlauf ist leicht rückläufig.

Abbildung 34: Anteil der Arbeitsstunden mit bestimmten Inhalten



Quelle: Standardisierte Ergebnisse der Pflegekräftebefragungen 2003 und 2006

Die Anteile der Arbeitszeit mit bestimmten Inhalten haben sich im Vergleichszeitraum nicht besonders verändert. Botengänge und Transporte haben in 2006 einen etwas geringeren Anteil und hauswirtschaftliche, administrative und patientennahe Tätigkeiten haben leicht höhere Anteile als in 2003. Etwas deutlicher nimmt der Anteil des Leerlaufs von 2,3 % auf 1,8 % ab.

Hausner et al. (2005: 126 f.) stellen zwischen 2003 und 2004 unterschiedliche Veränderungen beim zeitlichen Aufwand für administrative Tätigkeiten fest. Dieser hat zwar insgesamt zugenommen; die Zunahme findet aber hauptsächlich für das „Schreiben für Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie“ statt. Administrative Tätigkeiten bei Entlassung und Aufnahme sowie bei der Pflegedokumentation nehmen hingegen ab.

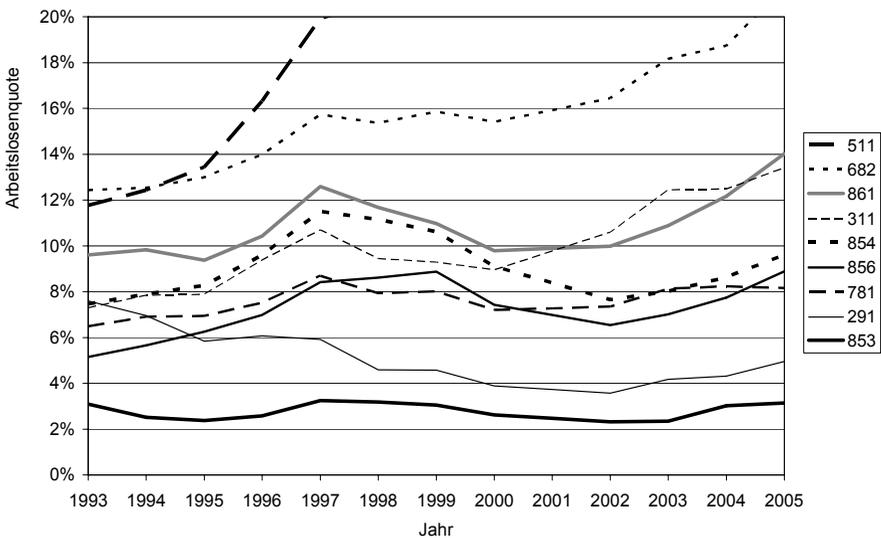
Für die lauten Klagen, die administrativen Tätigkeiten würden immer mehr Zeit beanspruchen, finden sich für den in unseren Analysen bisher untersuchten Zeitraum keine harten Belege. Auch die Annahme, unter DRG-Bedingungen würde der Anteil der administrativen Tätigkeit besonders zunehmen, lässt sich nicht bestätigen. Bedeutend bleibt aber gerade im Hinblick auf die verfügbare Arbeitszeit und die damit leistbare Pflegequalität, dass es einen merklichen Rückgang in den Zeiten des Leerlaufs gegeben hat. Zeiten des Leerlaufs sind einfach nötig, um in Stoßzeiten Reserven zu haben. Wenn keine Leerlaufzeiten mehr vorhanden sind, bedeutet dies, die Pflegekräfte arbeiten immer am Limit.

Mit der Erfassung der DRG-bezogenen Nebendiagnosen, also einer Information, die über den Schweregrad und damit einen wichtigen Parameter für den abrechenbaren Betrag für die Behandlung mitentscheidet, beschäftigen sich 2006 40,4% der Befragten. Diese Arbeit wird signifikant häufiger von jüngeren Pflegekräften durchgeführt.

5.3 Pflegekräftepool

Zur Behebung eines möglicherweise vorliegenden oder entstehenden Pflegenotstandes muss auf dem Arbeitsmarkt eine ausreichende Zahl an frei verfügbaren Pflegekräften vorhanden sein. Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Krankenpflegekräfte ist aber relativ klein. Im Jahr 2005 gab es bei 632.171 sozialversicherungspflichtig beschäftigten Krankenpflegekräften mit der Berufsordnung 853 nur 20.505 arbeitslos gemeldete Personen mit dem entsprechenden Zielberuf. Die Arbeitslosenquote lag daher mit ca. 3% deutlich unter dem Niveau in anderen Berufen. In anderen Berufen sind deutlich höhere und sogar zweistellige Arbeitslosenquoten Normalität.

Abbildung 35: Arbeitslosenquote von Krankenpflegekräften mit der Berufsordnung 853 (Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen) im Vergleich zu anderen Berufsordnungen



Quelle: Paramitier et al. 1996; Paramitier et al. 1998; Biersack et al. 2000; IAB 2005; 2006

Anmerkung: 291: Werkzeugmacher; 311: Elektroinstallateure und -monteure; 511: Maler und Lackierer; 531: Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe; 682: Verkäufer(innen); 781: Bürofachkräfte; 853: Krankenpflegekräfte; 854: Krankenpflegehelfer(innen); 856: Sprechstundenhilfen; 861: Altenpflegekräfte (inklusive Sozialarbeiter und Sozialpfleger)

5.4 Fazit zur Entwicklung des Personalschlüssels und der Arbeitsverdichtung

Quantitativ lässt sich eindeutig eine Verbesserung des Personalschlüssels feststellen. Dies gilt auch oder sogar insbesondere in den Zeiten der DRG-Einführung. Die gleichzeitige Verdichtung der Arbeit ist leider nur schwer messbar. Hierzu wäre es erforderlich, genau die benötigte Zeit und nicht die verbrachte Zeit mit bestimmten Tätigkeiten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erfassen. Dies ist allerdings mit allen bisher praktizierten Methoden unmöglich. Man muss sich daher darauf verlassen, wie das Personal seine Arbeitssituation beschreibt und wie die Patienten sich versorgt sehen. Die bisherigen Ergebnisse sprechen dafür, dass der Arbeitsaufwand pro Pflegetag deutlich gestiegen ist. Eine genauere Bezifferung muss aber auf Grund der ungenauen Messung unterbleiben.

Die Verkürzung der Verweildauer und die Tatsache, dass das Durchschnittsalter der Patienten immer weiter steigt (Statistisches Bundesamt 2007c), führen dazu, dass eine Steigerung der Arbeitsintensität zu beobachten ist. Der einzelne Belegtag der Patienten ist pflegeintensiver als noch zu Zeiten, da die Patienten sich im Krankenhaus gänzlich auskurieren konnten. Unter der Bedingung einer steigenden Arbeitslast pro Pflegetag sind daher mehrere Szenarien vorstellbar:

- Die gestiegene Zahl der Pflegekräfte pro Pflegetag kompensiert genau die steigende Arbeitslast je Pflegetag. Der Arbeitsaufwand je Arbeitstag und die Pflegequalität könnten damit konstant bleiben.
- Die gestiegene Zahl der Pflegekräfte pro Pflegetag überkompensiert die steigende Arbeitslast je Pflegetag. Die Pflegequalität könnte daher mit vorhandenen Mitteln und vorhandenem Personal gesteigert werden.
- Die gestiegene Zahl der Pflegekräfte pro Pflegetag reicht nicht aus, die steigende Arbeitslast je Pflegetag zu kompensieren. Die Pflegequalität könnte damit sinken. Um die Pflegequalität durch eine ausreichende Zahl an Pflegekräften zu sichern, bedarf es einer erhöhten Zahl an Auszubildenden. Die Zahl der aktuell arbeitslosen Pflegekräfte ist relativ gering. Importe von ausgebildeten Pflegekräften und die Abgabe einzelner Tätigkeiten der Pflegenden an anderweitig qualifiziertes Personal wären auch denkbar.

Insgesamt erscheint das dritte Szenario derzeit als das realistischste. Gestützt wird dies durch die Feststellung, dass die Leerlaufzeiten zurückgehen. Zudem scheint ein großer Teil des Pflegepersonals häufig sein Arbeitspensum nicht zu schaffen. Verantwortlich dafür gemacht werden neben dem Kostendruck auch die Anforderungen der Vorgesetzten und der Patienten. Ganz bedeutend in diesem Zusammenhang sind aber auch die angemerkten Kompetenzmängel. Kompetenzmängel werden auch im folgenden Kapitel 6 „Beruf und Berufung“ noch einmal zum Thema.

6 Beruf und Berufung

6.1 Ressourcen

Zahlreiche Arbeitsbedingungen können als individuelle Ressourcen aufgefasst werden, die einen nicht unbeträchtlichen Anteil daran haben, die in der Arbeitswelt entstehenden Stresssituationen und Belastungen besser zu bewältigen. Der Zusammenhang von individuellen Ressourcen, Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung ist empirisch nachgewiesen worden (vgl. z. B. Pfaff/Münch/Badura 1999). So zeigt sich bei ambulant Pflegenden ein höheres Maß an Arbeitszufriedenheit (DAK/BGW 2006) als bei Pflegekräften in der stationären Krankenpflege (DAK/BGW 2005). Als Gründe werden selbstständiges Arbeiten, die Sinnhaftigkeit der Tätigkeit, der Abwechslungsreichtum und die Möglichkeit zur Mitgestaltung der Arbeit genannt.

In der stationären Krankenpflege ist die Selbstbestimmung etwas weniger vorhanden. Durch die erwarteten Strukturveränderungen auf Grund der DRG-Einführung lässt sich vermuten, dass die Selbstbestimmung noch weiter abnimmt. Inwieweit dies der Fall ist, wurde in der Pflegekräftebefragung gemessen. Neben der Autonomie gibt es noch eine Reihe anderer persönlicher oder struktureller Ressourcen bzw. für eine gute Arbeit förderliche Komponenten. Hierzu zählen Anreize zum wirtschaftlichen Handeln, ein Leitbild, die eigene Ausbildungsqualität, aber auch die Perspektive, die sich in der Abteilung ergibt.

6.1.1 Positiv empfundene Ressourcen

In den Befragungen von 2003 und 2006 wurden jeweils dieselben positiv empfundenen Ressourcen abgefragt. Hierzu gehört, ob die Arbeit als abwechslungsreich und interessant empfunden wird, ob genügend Handlungsspielraum vorhanden ist, ob man Chancen hat, etwas dazulernen, ob es eine starke persönliche Bestätigung durch die Arbeit gibt, und ob eine positive Kraft aus den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz gezogen werden kann. Die Antwortmöglichkeiten sind „nie“, „manchmal“, „überwiegend“, „immer“. In der Tabelle 10 sind die Verteilungen zusammengefasst.

<i>Tabelle 10: Ressourcen – Vergleich der Befragungen 2003 und 2006</i>				
	2003		2006	
	Manchmal/ nie	Immer/ überwiegend	Manchmal/ nie	Immer/ überwiegend
Interessante und abwechslungsreiche Arbeit	12,1 %	87,9 %	13,6 %	86,4 %
Genügend Handlungsspielraum	30,3 %	69,7 %	32,5 %	67,5 %
Chancen, etwas dazulernen	35,4 %	64,6 %	35,8 %	64,2 %
Starke persönliche Bestätigung	34,6 %	65,4 %	36,6 %	63,4 %
Positive Kraft aus sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz	32,8 %	67,2 %	32,5 %	67,5 %
Anmerkung: Population der zweiten Befragung auf Population der ersten Befragung nach Alter und Geschlecht standardisiert.				

Tabelle 11: Regressionsmodelle zu Ressourcen am Arbeitsplatz durch interessante Tätigkeit, Handlungsspielraum und Chancen, etwas dazuzulernen

	Tätigkeit	Spielraum	Chancen
(Konstante)	0,77 ***	0,47 ***	0,51 ***
Welle 2006	-0,03 *	-0,04 *	-0,03
Privates Krankenhaus	-0,05 **	-0,05 *	-0,02
Bettenzahl bis 200	-0,02	0,00	-0,02
Bettenzahl über 1000	0,02	-0,02	0,04
Gynäkologie/Geburtshilfe	0,00	0,02	-0,13 ***
Andere Fachabteilung	0,00	0,05 *	0,06 *
Weibliche Pflegekräfte	0,06 ***	0,02	0,04
Mehr als 10 Jahre im Beruf	-0,01	0,05 **	-0,09 ***
Leitende Pflegekraft	0,03 *	0,06 **	0,07 ***
Teilzeit	-0,04 **	-0,06 **	-0,04
Nur Nachtschicht	-0,04	0,12 ***	-0,07 *
Tagdienst	0,02	-0,02	0,09 **
Gute Kooperation mit Ärzten	0,10 ***	0,17 ***	0,12 ***
Koordinierte Abläufe	0,03 *	0,07 ***	0,09 ***
Poststationäre Station	0,03 *	0,03	0,06 **

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station). In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Zu beiden Befragungszeitpunkten beurteilt der größte Teil der Befragten die Ressourcen positiv. Mehr als 85% der Befragten finden ihre Arbeit überwiegend oder immer interessant und abwechslungsreich. Jeweils ca. zwei Drittel der Befragten empfanden immer oder überwiegend die anderen abgefragten Ressourcen als gegeben. Die Anteile mit positiver Bewertung erscheinen im Vergleich der beiden Jahre leicht rückläufig.

Inwieweit der Rückgang der positiven Beurteilungen statistisch signifikant ist und welche Faktoren eine besondere Rolle für das Vorhandensein der Ressourcen spielen, zeigen Tabelle 11 und Tabelle 12. Nach dem ersten Modell in Tabelle 11 ist der Personenkreis aus den Referenzkategorien (Konstante) zu 77% immer oder überwiegend der Meinung, die Arbeit wäre interessant und abwechslungsreich. Der Vergleich der Befragungswellen ergibt einen leicht negativen Effekt für 2006 im Vergleich zur Erhebung im Jahr 2003 von -0,025. Im Vergleich wird also unter Berücksichtigung der anderen Effekte von 2,5 Prozentpunkten weniger Pflegekräften die Meinung geäußert, die Tätigkeit sei interessant und abwechslungsreich. Statistisch bedeutsam ist auch, dass

Tabelle 12: Regressionsmodelle zu Ressourcen am Arbeitsplatz durch Bestätigung und soziale Beziehungen

	Bestätigung	Beziehungen
(Konstante)	0,45 ***	0,55 ***
Welle 2006	-0,04 *	-0,01
Privates Krankenhaus	0,00	-0,02
Bettenzahl bis 200	-0,01	0,02
Bettenzahl über 1000	-0,02	0,00
Psychiatrie	-0,02	0,10 *
Weibliche Pflegekräfte	0,08 ***	0,07 **
Mehr als 10 Jahre im Beruf	-0,01	-0,05 *
Teilzeit	-0,04 *	-0,05 *
Tagdienst	0,11 ***	-0,02
Gute Kooperation mit Ärzten	0,13 ***	0,09 ***
Koordinierte Abläufe	0,08 ***	0,08 ***

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station). In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Pflegekräfte aus privaten Häusern ca. 4 Prozentpunkte weniger der Meinung sind, ihre Tätigkeit wäre interessant und abwechslungsreich. Weibliche Pflegekräfte sehen die Situation positiver als ihre männlichen Kollegen. Wenn Pflegekräfte zu einer leitenden Pflegekraft aufgestiegen sind, sieht die Situation freundlicher aus. Teilzeitbeschäftigte haben im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten weniger das Gefühl, eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit auszuüben. Eine gute Kooperation mit den Ärzten vermittelt den Pflegekräften ebenfalls einen besseren Eindruck von ihrer Arbeit. Der Aufbau von Strukturen in Form von koordinierten Abläufen oder poststationären Stationen vermittelt ebenfalls den Eindruck.

Im Vergleich der beiden Wellen wird eine leicht signifikante negative Veränderung des Handlungsspielraums wahrgenommen. Unter privater Trägerschaft wird der Handlungsspielraum ebenfalls geringer empfunden. In anderen Fachabteilungen wird mehr Handlungsspielraum als in der Chirurgie festgestellt. Die signifikanteren Unterschiede zwischen den Pflegekräften in dieser Frage sind sehr einleuchtend. So empfinden leitende Pflegekräfte mehr Handlungsspielraum als Basispflegekräfte und Pflegekräfte in Dauernachtschicht mehr Spielraum als Pflegekräfte in Wechselschicht. Teilzeitbeschäftigte haben weniger Handlungsspielraum als Vollzeitkräfte. Auch hier sind die

gute Kooperation mit den Ärzten und das Vorhandensein von koordinierten Abläufen positive Faktoren.

Die Chancen etwas dazuzulernen sind bei den berufserfahrenen Pflegekräften erwartungsgemäß geringer. Leitende Pflegekräfte sehen allerdings mehr als Basispflegekräfte diese Chance. Pflegekräfte im Tagdienst haben mehr und Pflegekräfte im Nachtdienst weniger Chancen etwas dazuzulernen als Pflegekräfte in Wechselschicht. In der Gynäkologie gibt es weniger und in anderen Fachabteilungen mehr Lernchancen. Das Vorhandensein von klareren Strukturen und eine gute Kooperation mit den Ärzten sind auch in diesem Punkt wieder förderliche Aspekte.

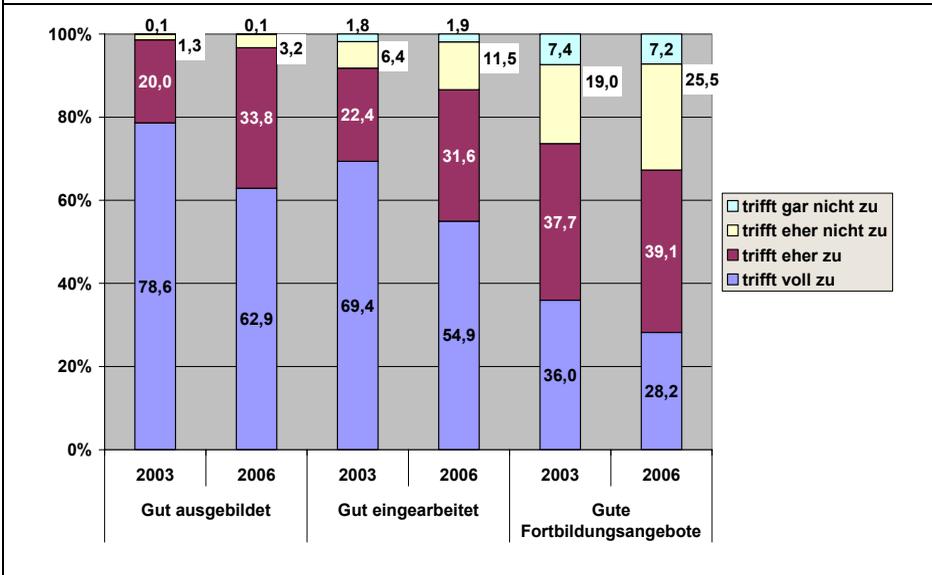
Die Bestätigung aus der Arbeit und die Kraft, die durch die sozialen Kontakte am Arbeitsplatz gewonnen wird, verändern sich nicht sehr bedeutend zwischen den beiden Befragungswellen. Trägerschaft und Krankenhausgröße haben keine Bedeutung. Pflegekräfte in der Psychiatrie ziehen mehr Kraft aus den sozialen Beziehungen. Weibliche Pflegekräfte gewinnen mehr Ressourcen als männliche Pflegekräfte aus der Bestätigung und aus den Beziehungen. Wer länger im Beruf ist, gewinnt dagegen weniger Kraft aus den sozialen Beziehungen. Teilzeitkräfte sind auch bei diesen Ressourcen benachteiligt. Pflegekräfte im Tagdienst erhalten deutlich mehr Anerkennung durch ihre Arbeit als Pflegekräfte in Wechselschicht. Eine gute Kooperation mit den Ärzten als auch das Vorhandensein koordinierter Abläufe haben ebenfalls einen positiven Effekt auf die Ressourcen.

Insgesamt haben sich die Ressourcen im Zeitvergleich nur wenig verändert, wobei die Entwicklung negativ verlaufen ist. Private Krankenhäuser unterscheiden sich nicht sehr stark bezüglich der Ressourcen von anderen Krankenhäusern; die wenigen signifikanten Differenzen deuten aber auf geringere Ressourcen bei den privaten Häusern hin. Die Krankenhausgröße und auch die Fachabteilung haben keinen oder zumindest keinen über mehrere Ressourcen konstanten oder deutlich signifikanten Effekt. Weibliche Pflegekräfte gewinnen mehr durch den Pflegeberuf als männliche Pflegekräfte. Leitende Pflegekräfte haben mehr Ressourcen als Basispflegekräfte und Teilzeitkräfte haben durchweg weniger Ressourcen als Vollzeitkräfte. Nachtschicht und Dauertagdienst wirken eher positiv auf die Ressourcen. Als bedeutendste und hoch signifikante Effekte treten fast durchgängig die gute Kooperation mit den Ärzten und das Vorhandensein von koordinierten Abläufen auf.

6.1.2 Ausbildungsqualität

Wie oben schon erwähnt, gibt es einige Kompetenzmängel bei den Pflegekräften zu beklagen. Dies mag einerseits an der Arbeitsverdichtung liegen, aber andererseits auch an neuen Aufgaben, die auf das Pflegepersonal zukommen und auf die sie möglicherweise nicht umfassend vorbereitet worden sind. So hat z. B. eine steigende Zahl der Pflegekräfte schon an einer Fortbildungsveranstaltung über DRGs teilgenommen (Hausner et al. 2005: 128). Knapp 50% der Pflegekräfte der zitierten Studie hatten im Jahr 2004 schon eine solche Fortbildung hinter sich. Die Ausbildung richtet sich neben der rein pflegerischen Perspektive also auch immer mehr auf administrative Tätigkeiten. Dennoch bleibt die pflegerische Ausbildung Kernbestandteil der Ausbildung. Die

Abbildung 36: Bewertung der Aus-, Einarbeitungs- und Fortbildungsqualität in Krankenhäusern 2003 und 2006



Quelle: standardisierte Pflegekräftebefragungen 2003 und 2006

Qualität der Ausbildung ist im Zusammenhang mit der zu erwartenden Versorgungsqualität eine wesentliche Stellgröße.

Daher erhoben wir drei Aspekte der Ausbildungsqualität. Wir fragten, ob sich die Befragten generell für ihre Arbeit gut ausgebildet fühlen, dann, ob sie in ihren Arbeitsbereich gut eingearbeitet wurden und schließlich, ob sie die Fortbildungsangebote in ihrem Haus gut finden.

Die Antworten sind in der Abbildung 36 zusammengestellt und zeigen mehrere klare Schwerpunkte und Trends: In beiden Befragungsjahren wird die Ausbildungsqualität von den Pflegekräften am besten bewertet. Weniger, nämlich 69,4% in 2003 und 54,9% in 2006, halten es für voll zutreffend, dass sie gut eingearbeitet worden sind. Der Anteil der Befragten, die es für voll zutreffend halten, dass die Fortbildungsangebote in ihrem Haus gut sind, sinkt von schon wenigen 36% im Jahr 2003 auf 28,2% in 2006. Am anderen Ende der Antwortmöglichkeiten gibt es einen kleinen Anteil, der die eigene Ausbildung nicht gut genug findet. 8,2% in 2003 und 13,4% in 2006 fühlen sich nicht gut eingearbeitet. Das Fortbildungsangebot finden nach rund 26% in 2003 über 30% in 2006 nicht gut. Bei den Unterschieden handelt es sich durchweg um Verschlechterungen.

Die Verschlechterungen über die beiden Befragungswellen sind auch unter Kontrolle weiterer Merkmale statistisch signifikant (Tabelle 13). Zeitdruck und Arbeitsverdich-

Tabelle 13: Regressionsmodelle zur Ausbildungsqualität

	Gut ausgebildet		Gut angelernt		Gute Fortbildung	
(Konstante)	0,71 ***		0,52 ***		0,20 ***	
Welle 2006	-0,17 ***		-0,16 ***		-0,09 ***	
Privates Krankenhaus	0,01		-0,01		-0,04	
Bettenzahl bis 200	-0,04		-0,02		-0,02	
Bettenzahl über 1000	-0,02		-0,01		0,02	
Psychiatrie	-0,12 ***		0,07		0,05	
Weibliche Pflegekräfte	0,04		0,08 **		0,04	
Mehr als 10 Jahre im Beruf	0,05 **		0,06 **		0,05 **	
Leitende Pflegekraft	0,06 **		-0,01		0,03	
Teilzeit	-0,07 ***		-0,10 ***		-0,03	
Nur Nachtschicht	-0,06		-0,04		0,08 *	
Gute Kooperation mit Ärzten	0,05 *		0,08 ***		0,05 *	
Koordinierte Abläufe	0,07 ***		0,10 ***		0,12 ***	

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

tung haben hier anscheinend ihre Spuren in der Art hinterlassen, dass nicht mehr genug Zeit für eine umfassende Einarbeitung oder Fortbildung bleibt. Das könnte bedeuten, dass auf Grund kurzfristiger Engpasspolitik langfristig die Versorgungsqualität auf der Strecke bleibt.

Die weiblichen Pflegekräfte haben einmal mehr den etwas positiveren Blick auf das Ganze. Sie fühlen sich in höherem Maße gut ausgebildet, gut angelernt und finden die Fortbildungsangebote insgesamt besser als ihre männlichen Kollegen. Signifikant ist allerdings nur der zweite Wert. Nicht verwunderlich ist, dass Pflegekräfte mit langer Berufserfahrung sich gut ausgebildet und gut angelernt fühlen und ebenfalls die Fortbildungsangebote positiver bewerten. Dass leitende Pflegekräfte sich besser als Basispflegekräfte ausgebildet fühlen, war zu erwarten. Plausibel ist auch, dass Teilzeitkräfte sich nicht so gut ausgebildet fühlen wie Vollzeitkräfte. Vieles lernt man schließlich nicht nur in der Ausbildung, sondern insbesondere bei der täglichen Arbeit. Somit haben Teilzeitbeschäftigte auch geringere Chancen als Vollzeitbeschäftigte, sich praktisch bei der Arbeit aus- und weiterzubilden. Die gute Kooperation wirkt sich in erster Linie auf das gute Anlernen im Krankenhaus aus. In Krankenhäusern mit koordinierten Abläufen fühlen sich Pflegekräfte besser ausgebildet.

Abbildung 37: Aktuelle Situation der Abteilung der Pflegekräfte 2006



Quelle: standardisierte Befragung 2006

Die Ausbildungsgüte ist nicht nur eine Ressource für die einzelne Pflegekraft, sondern für das ganze Krankenhaus und nicht zuletzt für den Patienten. Daran zu sparen könnte als grob fahrlässig gewertet werden. Die Schaffung von strukturierten Abläufen und gute Kooperationsbeziehungen sind relativ einfache Werkzeuge, die Qualität der Ausbildung zu fördern.

6.1.3 Weitere Entwicklung in den Fachabteilungen

Wie schon erwähnt, ist die Zahl der statistisch erfassten Krankenhäuser in den Jahren 1991 bis 2005 von 2.411 auf 2.139 gesunken. Dabei ging die Zahl der insgesamt aufgestellten Betten von 665.565 auf 523.824 zurück. Pro Einrichtung sank damit die durchschnittliche Bettenzahl von 276 auf 245 in diesem Zeitraum (Statistisches Bundesamt 2007c). Die Trends verliefen für die einzelnen Abteilungen allerdings nicht gleichförmig. Zwar sank beispielsweise die Zahl der Betten in der Chirurgie von 1999 bis 2005 von 138.192 auf 115.950; dennoch stieg in der Unfallchirurgie die Zahl von 20.129 auf 22.016. In der Inneren insgesamt sank die Zahl der Betten von 183.984 auf 171.143; in der Gastroenterologie stieg sie von 10.400 auf 12.385 an (Statistisches Bundesamt 2001; 2007c).

Wie sich aktuell der Trend in den Abteilungen darstellt, wollten wir in der Befragung von den Pflegekräften wissen. Durch die Verknüpfung mit den Angaben über die Trägerschaft und die Krankenhausgröße soll herausgefunden werden, ob es differenziert nach diesen Kriterien besondere Trends in einzelnen Abteilungen gibt und in welchen Bereichen in Zukunft mehr Arbeit anfällt. Wir stellten die Frage: „Wie würden Sie die derzeitige Situation Ihrer Abteilung charakterisieren?“ Die Antwortmöglich-

Tabelle 14: Regressionsmodelle zur Abteilungsentwicklung

	Expansion	Schrumpfung
(Konstante)	0,35 ***	0,25 ***
Welle 2006	-	-
Privates Krankenhaus	0,07	0,00
Bettenzahl bis 200	-0,10 **	0,03
Bettenzahl über 1000	-0,01	0,06
Andere Fachabteilung	0,08 *	-0,07 *
Teilzeit	-0,07 *	0,03
Tagdienst	0,12 **	-0,07
Poststationäre Station	0,03	-0,06 **
Überstunden	0,00 **	0,00

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

keiten waren: „Die Abteilung wird ausgebaut“, „die Abteilung stagniert“, „die Abteilung schrumpft“, „die Abteilung wird aufgelöst“ und „weiß nicht“ (Abbildung 37).

Insgesamt stellt sich die Erwartung eher in Richtung Expansion dar. Die Mehrheit der Pflegekräfte erwartet eine Stagnation (37,3%) oder sogar einen Ausbau der Abteilung (39,9%). Nur 16,5% erwarten ein Schrumpfen der Abteilung oder gar die Schließung.

Inwieweit die Unterschiede nach Trägerschaft, Art der Abteilung und Größe des Krankenhauses von statistischer Bedeutung sind, wird in einem multivariaten Regressionsmodell ermittelt (Tabelle 14). Die abhängige Variable „Expansion“ erhält den Wert 1, wenn die befragten Pflegekräfte einen Ausbau erwarten. Wenn ein Schrumpfen, eine Schließung oder Stagnation erwartet wird, dann wird der Wert 0 vergeben. Die Variable „Schrumpfung“ bekommt bei den Aussagen, dass befürchtet wird, die Abteilung schrumpft oder schließt, den Wert 1 und bei Stagnation und Expansion den Wert 0.

Insgesamt zeigt der höhere Wert der Konstanten beim Modell der Expansion, dass eher eine Ausweitung als ein Schrumpfen erwartet wird (Tabelle 14). In den erklärenden Variablen gibt es kaum signifikante Unterschiede zwischen den verglichenen Kategorien. In privaten Krankenhäusern wird eine ähnliche Entwicklung erwartet wie in nicht privaten Häusern. In kleinen Krankenhäusern wird weniger eine Expansion erwartet. Hier spielt möglicherweise die Diskussion um die Mindestfallzahl für einzelne Prozeduren eine Rolle. In den anderen Fachabteilungen werden etwas mehr Expansionstendenzen als in den chirurgischen Abteilungen, die hier als Referenzkategorie dienen,

erwartet. Teilzeitkräfte haben weniger das Gefühl, dass die Station expandiert. Hingegen haben Pflegekräfte mit vielen Überstunden eher den Eindruck.

Eine erwartete Expansion darf als positive Ressource gewertet werden. Sie gibt schließlich eine gewisse Sicherheit bezüglich des eigenen Arbeitsplatzes. Eine erwartete Schrumpfung kann hingegen als Belastung empfunden werden, wenn der eigene Arbeitsplatz nicht sicher ist.

6.1.4 Unterstützung bei Fragen der richtigen Pflege

Bei der direkten Frage, von wem Pflegekräfte bei „Fragen und Problemen, die sich um die richtige Pflege des Patienten drehen“ unterstützt werden, gibt es ein sehr differenziertes Bild. Zunächst konzentriert sich die Darstellung auf die Verhältnisse im Jahr 2006.

Nicht verwunderlich ist die absolute Spitzenstellung der Unterstützung aus dem Pflege-team. Fast 55 % der Befragten erhalten sie „immer“ und weitere 37 % „überwiegend“. Die bei allen Akteuren relativ stark ausgeprägte Gruppe, die „manchmal“ die Pflegekräfte unterstützt, wird hier ausgeklammert, da ihr Engagement wahrscheinlich nur in Einzelfällen und unter bestimmten Bedingungen abgerufen werden kann.

Auch die Stations- oder Gruppenleitung unterstützt 78 % der Befragten „immer“ oder „überwiegend“. Bei allen anderen potenziell als Unterstützer denkbaren oder genannten Akteuren sinkt dann allerdings der Anteil deutlich, der vergleichbar unterstützungsbereit ist oder den die Pflegekräfte wegen einer Unterstützung ansprechen. Schon die professionell verbundene Pflegedienstleistung (PDL) wird nur noch von knapp mehr als 19 % der Pflegekräfte als intensiverer Unterstützer genannt. 50 % der Befragten erklären sogar, dass sie „nie“ von der PDL in Pflegefragen unterstützt worden sind. In der Gruppe der Ärzte gibt es deutliche Unterschiede zwischen „zuständigen Ärzten“, also wohl direkt und kontinuierlich an der Patientenbehandlung beteiligten Ärzten, und Ober- oder Chefärzten: Rund 38 % der zuständigen Ärzte werden als ständige oder überwiegende Unterstützer in Pflegefragen genannt, während dies in der hierarchisch höheren Ärztgruppe nur noch mit rund 20 % angegeben wird.

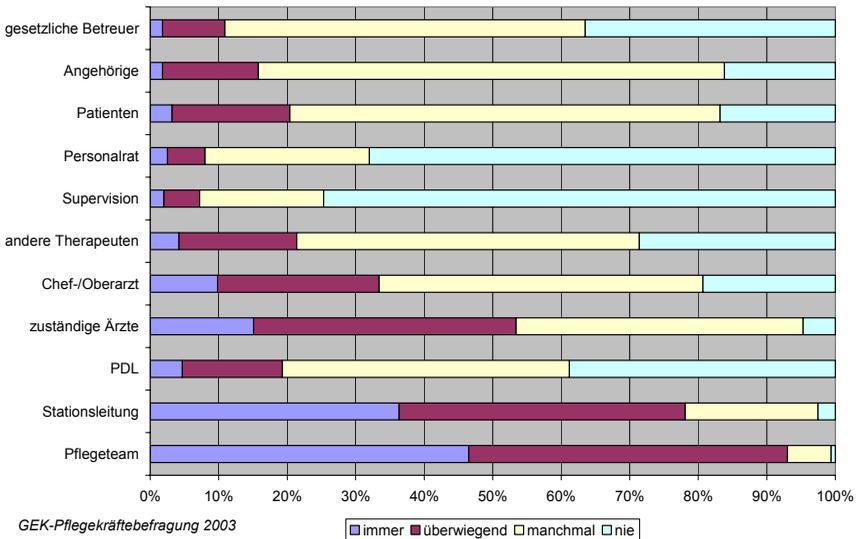
Andere Therapeuten unterstützen die Pflegekräfte in etwa gleich häufig wie die Ober- und Chefärzte.

Überraschend ist, dass Patienten und selbst ihre Angehörigen zu den Personenkreisen gehören, die Pflegekräfte praktisch genauso stark „immer“ oder „überwiegend“ unterstützen wie die Ober- und Chefärzte oder die anderen Therapeuten. Der Anteil der Patienten samt ihren Angehörigen, die keinerlei Unterstützung erbringen, ist mit rund 15 % daher auch relativ gering.

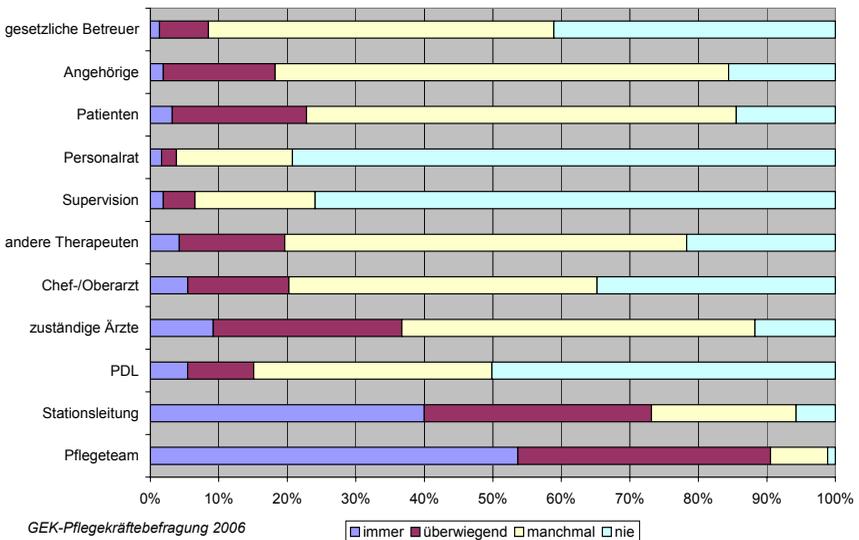
Supervision-Fachkräfte, der Personalrat und gesetzliche Betreuer sind schließlich die Akteure, von denen am wenigsten Unterstützung erhältlich ist oder auch abgerufen wird. Dies hängt teilweise von der wahrscheinlich geringen Verbreitung von Supervision für Pflegekräfte ab und von dem traditionell anderen Aufgabenverständnis der Personalräte.

Abbildung 38: Von wem bekommen Pflegekräfte bei Fragen und Problemen zur richtigen Pflege der Patienten Unterstützung? 2006 und 2003

2003



2006



Der wegen einer etwas anderen Fragestellung nicht uneingeschränkt zulässige Vergleich mit den Ergebnissen einer ähnlichen Frage, die wir den Pflegekräften 2003 stellten, zeigt im Großen und Ganzen ähnliche Unterstützungsstrukturen. In der Befragung von 2003 lautete die Frage „von wem“ sie „Unterstützung bei Konflikten, die sich um die richtige Pflege des Patienten drehen“ bekommen. Der vor allem deutlich höhere Unterstützungsanteil der PDL sowie der beiden Arztgruppen dürfte darauf beruhen, dass nach „Konflikten“ und nicht „nur“ nach „Fragen und Problemen“ gefragt wurde.

6.2 Arbeitsbelastungen

Die Arbeitsbelastungen in der Pflege sind ein viel beschriebenes und viel diskutiertes Phänomen (z. B. Albrecht/Büchner/Engelke 1982; Badura/Litsch/Vetter 1999; Bartholomeyczik 1987; Bartholomeyczik et al. 1993; BGW/DAK 2001; Braun/Müller/Timm 2004; Herschbach 1991; 1993; DAK/BGW 2000; 2005; 2006; Pröll/Streich 1984; Siegrist/Rödel/Siegrist 2003; Wenderlein/Schochat 2003). Die Studien, die sich mit den Arbeitsbelastungen in der Pflege befassen, beruhen auf unterschiedlichen Grundlagen und stellen die Arbeitsbelastungen im Vergleich zu unterschiedlichen Kontrollberufen oder ohne Vergleich dar. So werden mal Krankenschwestern/-pfleger und Helferinnen und Helfer in der Pflege zusammengefasst (DAK/BGW 2000), mal werden Pflegeberufe inklusive Altenpflegekräfte gefasst, mal werden die Pflegekräfte im Krankenhaus (DAK/BGW 2000), mal nur die Pflegekräfte in der ambulanten Krankenpflege, mal nur die in der Altenpflege und mal alle zusammen gefasst. Der Tenor ist in aller Regel derselbe: Die Arbeitsbelastung in der Pflege ist sehr hoch.

Für Pflegekräfte werden körperliche Belastungen, insbesondere hohe Belastungen für die Wirbelsäule (DAK/BGW 2000) festgestellt. Zu den direkten körperlichen Gefährdungen zählen auch die durch Infektionen und gefährliche Stoffe. Zudem werden Arbeitsbedingungen wie die mangelnde personelle und technische Ausstattung, Fremdbestimmtheit durch Bindung an ärztliche Anordnungen, Zeitdruck, das Gefühl, nicht genug Zeit für Patienten zu haben, zu viele Überstunden, häufige Wochenenddienste, Miterleben von Krankheit und Leiden, relativ hoher oder ein als hoch empfundener Anteil administrativer Tätigkeiten als wichtige psychische Arbeitsbelastungen von Pflegekräften identifiziert. Sowohl die Zahl der Belastungen (Braun/Müller/Timm 2004: 57) als auch der Grad der psychischen Erschöpfung (Hasselhorn 2007: 55) wird für die Pflegekräfte überdurchschnittlich im Vergleich zu anderen Berufen ausgewiesen.

6.2.1 Resultate zur Arbeitsbelastung aus der GEK-Pflegekräftebefragung

Die Resultate zu den Belastungen sind in den bisherigen Studien relativ einheitlich. Von besonderem Interesse ist in dieser Studie aber, inwieweit sich durch Strukturveränderungen im Rahmen der DRG-Einführung die Arbeitsbelastungen verändern. Hierbei sehen wir weniger die körperlichen Belastungen im Vordergrund, sondern insbesondere die psychischen Belastungen. Daher haben wir die Pflegekräfte zu folgenden Aussagen in Bezug auf negative Arbeitsbedingungen Stellung nehmen lassen:

Tabelle 15: Arbeitsbelastungen – Vergleich der Befragungen 2003 und 2006

	2003		2006	
	Manchmal/ nie	Immer/ überwiegend	Manchmal/ nie	Immer/ überwiegend
Hoher Zeitdruck	36,3 %	63,7 %	33,0 %	67,0 %
Schlechte Arbeitsorganisation	87,9 %	12,1 %	85,2 %	14,8 %
Anstrengende Patienten/Angehörige	73,8 %	26,2 %	74,0 %	26,0 %
Einzelschicksale, Sterben und Tod	86,5 %	13,5 %	87,0 %	13,0 %
Unterbrechungen	64,9 %	35,1 %	58,1 %	41,9 %
Schichten	75,1 %	24,9 %	71,6 %	28,4 %
Administrative Tätigkeiten	51,9 %	48,1 %	46,5 %	53,5 %
Mangelhafter Arbeitsschutz	92,8 %	7,2 %	91,0 %	9,0 %
Angst um Arbeitsplatz	86,0 %	14,0 %	81,3 %	18,7 %

Anmerkung: Population der zweiten Befragung auf Population der ersten Befragung standardisiert

„Ich empfinde in meiner Arbeit eine starke Belastung durch...

- ...einen andauernd hohen Zeitdruck.
- ...eine allgemein schlechte Arbeitsorganisation.
- ...anstrengende Patienten/Angehörige.
- ...Einzelschicksale, Sterben und Tod.
- ...störende Unterbrechungen.
- ...ständig wechselnde Schichten.
- ...zu viele administrative Tätigkeiten.
- ...einen mangelhaften Arbeitsschutz.
- ...Angst um meinen Arbeitsplatz.“

Dabei waren folgende Antwortmöglichkeiten gegeben: Immer; überwiegend; manchmal; nie.

Im Vergleich der Befragung von 2006 zur Befragung im Jahr 2003 haben sich tendenziell Verschlechterungen ergeben (Tabelle 15). Nur zwei der neun Belastungsfaktoren wurden in beiden Befragungen etwa gleich bewertet. Dabei handelt es sich um die Belastungen durch anstrengende Patienten und Angehörige und um Belastungen durch Einzelschicksale, Sterben und Tod. Beides sind Faktoren, die weniger durch die Arbeitsstruktur als viel mehr durch die Patienten bedingt sind. Alle Faktoren, die mit der Organisation und Struktur des Krankenhauses zusammenhängen, stellen sich in steigendem Maße als Belastungsfaktoren dar. So wird vermehrt über Belastungen durch hohen Zeitdruck berichtet. Außerdem werden schlechte Arbeitsorganisation, Unterbrechungen, dauernd wechselnde Schichten, zu viele administrative Tätigkeiten, mangelhafter Arbeitsschutz und die Angst um den Arbeitsplatz immer mehr als Arbeitsbelastung wahrgenommen.

Die Angaben über die Belastungen durch Angst um den Arbeitsplatz spiegeln nicht wider, wie viele der Pflegekräfte insgesamt Angst um den Arbeitsplatz haben. Ein großer Teil der Pflegekräfte verspürt eine Angst um den Arbeitsplatz, ohne dies als

Belastung zu empfinden. Haben in der Befragung 2003 14 % und 2006 18,7% angegeben, durch die Angst um den Arbeitsplatz belastet zu sein, so gaben insgesamt 31,8% in 2003 und 29,4% in 2006 an, Angst um den Arbeitsplatz zu haben (Tabelle 15 und Tabelle 16). Dies mag in dem insgesamt freundlichen Arbeitsmarkt für Pflegekräfte begründet sein, der es Pflegekräften relativ schnell ermöglicht, erneut einen Arbeitsplatz zu finden.

Tabelle 16: Angst vor Arbeitsplatzverlust und Begründung – Vergleich 2003 und 2006

	2003	2006
Angst vor Arbeitsplatzverlust	31,8%	29,4%
Von denen, die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben, äußern ... % als Begründung, dass möglicherweise ...		
das Krankenhaus geschlossen wird.	28,5%	25,8%
die Station oder Abteilung geschlossen wird.	13,6%	16,4%
die Station oder Abteilung das Personal reduziert.	45,4%	57,8%
ich mich den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühle.	1,6%	8,3%

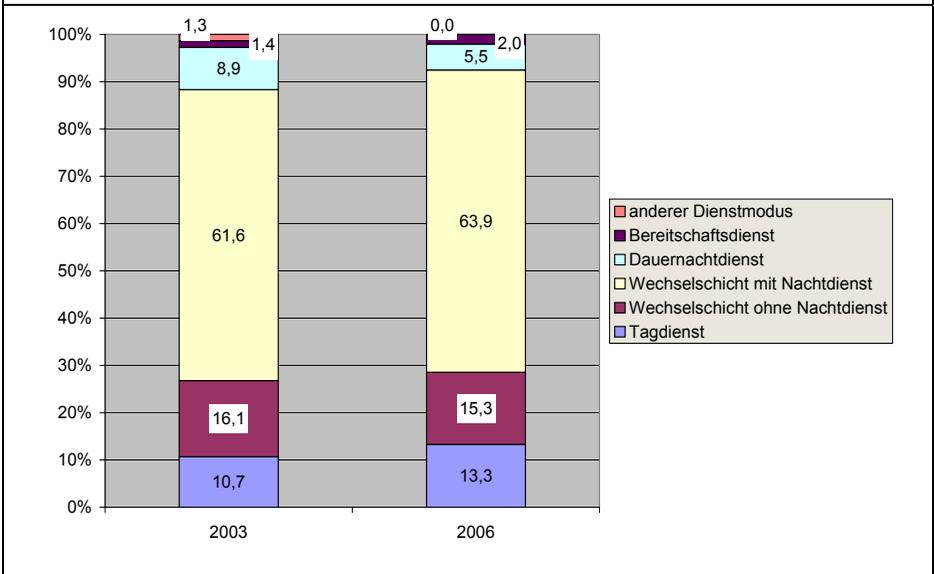
Neben der Frage, ob Angst um den Arbeitsplatz besteht, wurde auch nach Gründen dafür gefragt. Die Möglichkeit, dass das Krankenhaus oder nur die Abteilung oder Station geschlossen wird, wird mit ca. 27% bzw. ca. 15% relativ häufig geäußert. Am meisten und mit deutlich steigender Tendenz wird aber Personalabbau in der Station oder Abteilung genannt. Als dramatisch lässt sich der Anstieg des Anteils derer bezeichnen, die angeben, sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen zu fühlen und deshalb Angst um den Arbeitsplatz haben. Hinsichtlich der Pflegequalität ist dies kein gutes Zeichen.

Schichtarbeit wird nur von ca. einem Viertel als belastend empfunden, obwohl bei den Arbeitszeitformen Dienste mit Wechselschicht mit oder ohne Nachtschicht dominieren. Nur eine Minderheit von 13 % der Befragten arbeitet 2006 im Tagdienst ohne irgendeine Schichtform (Abbildung 39). Am anderen Extrem der Arbeitszeitformen finden sich allerdings auch ca. 6% der Befragten mit Dauernachtdienst. Eine Erklärung dafür, dass die Schichtarbeit nicht als allzu sehr belastend empfunden wird, kann auch in dem recht hohen Anteil der Teilzeitbeschäftigung liegen. 2006 waren 42,7% der Befragten in Teilzeit beschäftigt. In 2003 waren es 45,2%. Dies trug mit dazu bei, dass die vertragliche Arbeitszeit, d.h. die Anzahl der Stunden pro Woche im Jahr 2006 durchschnittlich nur 32,1 betrug und diese Stunden sich auf knapp fünf Tage in der Woche verteilten. Der Anteil der Befragten mit einer befristeten Beschäftigung betrug 7%. Diese befristeten Arbeitsverträge bieten kein Fundament für ein Gefühl der Arbeitsplatzsicherheit und fördern damit eher die Arbeitsbelastungen.

60,4% der Pflegekräfte geben variable Arbeitszeiten an, d.h. bei höherem Arbeitsaufkommen sollen sie länger im Krankenhaus bleiben und bei geringerem Arbeitsanfall können sie auch früher Feierabend machen. Dies kann dazu führen, dass der Schichtdienst als belastender empfunden wird.

Für alle Arbeitsbelastungen haben wir Modelle berechnet, die Aufschluss darüber geben sollen, ob unter bestimmten Bedingungen die Belastungen besonders hoch sind.

Abbildung 39: Arbeitszeitformen 2003 und 2006



Quelle: standardisierte Pflegekräftebefragung 2003 und 2006

Kontrolliert wird die Trägerschaft, die Krankenhausgröße, die Fachabteilung, das Geschlecht der Pflegekräfte, das Alter, der formale Bildungsabschluss, Berufserfahrung, berufliche Position, vertragliche Arbeitszeit und ob in Schichten gearbeitet wird. Insbesondere wird in den Modellen aber auch gemessen, ob unter Kontrolle dieser Variablen im Vergleich der Befragungswellen 2003 und 2006 statistisch bedeutsame (signifikante) Veränderungen stattgefunden haben.

Die Tabelle 17 gibt die Modelle zu den Arbeitsbelastungen Zeitdruck, schlechte Organisation und anstrengende Patienten und Angehörige wieder. Tabelle 18 zeigt die Modelle zu den Belastungen durch Einzelschicksale, Sterben und Tod sowie Unterbrechungen und Schichten. In Tabelle 19 werden schließlich die Modelle zu den Belastungen durch zu viele administrative Tätigkeiten, mangelhaften Arbeitsschutz und Angst um den Arbeitsplatz dargestellt.

Wie schon in Tabelle 15 dargestellt, äußerten 63,7% in 2003 und 67,0% in 2006 immer oder überwiegend Arbeitsbelastungen durch hohen Zeitdruck zu haben. Ein deutlich höherer Wert findet sich im ersten Modell in Tabelle 17 wieder. Dort ist mit dem Wert 0,75 der Basisanteilswert (Konstante) genannt, der durch das Modell berechnet wird. Da die abhängigen Variablen in den Modellen Dummy-Variablen sind, die entweder den Wert 1 oder den Wert 0 annehmen, gibt der Wert 0,75 den berechneten Anteilswert für die Referenzkategorien wieder. Im Klartext heißt das, 75% der männlichen Pflegekräfte aus der Befragung des Jahres 2003, die nicht in privaten Kranken-

Tabelle 17: Regressionsmodelle zu Arbeitsbelastungen durch Zeitdruck, Organisation und Patienten

	Zeitdruck	Organisation	Patienten
(Konstante)	0,75 ***	0,28 ***	0,32 ***
Welle 2006	0,02	0,04 **	0,00
Privates Krankenhaus	0,02	-0,03 *	-0,04
Bettenzahl bis 200	-0,02	0,01	-0,01
Bettenzahl über 1000	-0,01	0,01	-0,01
Gynäkologie/Geburtshilfe	-0,22 ***	0,01	-0,09 *
Psychiatrie	-0,34 ***	0,00	0,28 ***
Andere Fachabteilung	-0,13 ***	0,01	0,00
Weibliche Pflegekräfte	0,02	-0,07 ***	0,01
Mehr als 10 Jahre im Beruf	0,03	0,00	-0,04 *
Teilzeit	0,03	0,01	-0,04 *
Nur Nachtschicht	-0,18 ***	-0,04	-0,03
Tagdienst	-0,08 **	0,03	-0,13 ***
Gute Kooperation mit Ärzten	-0,11 ***	-0,13 ***	-0,05 **
Koordinierte Abläufe	0,00	-0,06 ***	0,01
Poststationäre Station	0,04 *	-0,01	0,02
Überstunden	0,00 ***	0,00 **	0,00 ***

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

häusern gearbeitet haben, deren Krankenhaus eine Größe von 200 – 1000 Betten hatte, die in der Chirurgie gearbeitet haben, Basispflegekräfte sind, in Vollzeit und in Wechselschicht arbeiten, keine Überstunden geleistet haben, keine gute Kooperation mit Ärzten erkennen, in deren Krankenhaus es keine koordinierten Abläufe, keine Kurzzeitstationen und keine poststationäre Versorgung gibt, verspüren immer oder überwiegend Arbeitsbelastungen durch Zeitdruck.

Im Vergleich zu den Referenzkategorien gibt es aber einige signifikante Unterschiede. So wird in der Gynäkologie, der Geburtshilfe, der Psychiatrie und anderen Fachabteilungen deutlich weniger Zeitdruck verspürt als in der Chirurgie. Diejenigen, die im Dauernachtdienst oder stets im Tagdienst arbeiten, sind weniger durch Zeitdruck belastet als Pflegekräfte in Wechselschicht. Nicht verwunderlich ist, dass die Belastung durch Zeitdruck stark mit der Zahl der Überstunden korreliert. Die Wirkungsrichtung kann sicherlich auch so interpretiert werden, dass hoher Zeitdruck dazu führt, mehr Überstunden zu leisten. Eine gute Kooperation mit den Ärzten führt weniger zum

Tabelle 18: Regressionsmodelle zu Arbeitsbelastungen durch Schicksale, Unterbrechungen und wechselnde Schichten

	Schicksale	Unterbrechungen	Schichten
(Konstante)	0,08 ***	0,43 ***	0,29 ***
Welle 2006	0,00	0,07 ***	0,03 *
Privates Krankenhaus	-0,01	0,02	0,00
Bettenzahl bis 200	-0,02	-0,01	-0,01
Bettenzahl über 1000	0,02	0,03	0,04
Psychiatrie	0,05	-0,06	0,12 ***
Andere Fachabteilung	0,04 *	-0,03	-0,01
Mehr als 10 Jahre im Beruf	-0,01	0,03	0,05 **
Leitende Pflegekraft	-0,03	0,04	-0,06 **
Nur Nachtschicht	0,03	-0,18 ***	-0,28 ***
Tagdienst	-0,04 *	-0,13 ***	-0,27 ***
Gute Kooperation mit Ärzten	0,01	-0,10 ***	-0,03
Koordinierte Abläufe	-0,04 **	-0,03	0,00
Überstunden	0,00 *	0,00 **	0,00

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Empfinden eines hohen Zeitdrucks. Im Modell wird zwar ausgewiesen, dass der Anteil derjenigen, die unter Zeitdruck arbeiten, im Vergleich von 2003 zu 2006 leicht gestiegen ist; dieser Unterschied ist allerdings nicht statistisch signifikant.

Belastungen durch schlechte Arbeitsorganisation werden im Vergleich der beiden Befragungswellen signifikant vermehrt wahrgenommen. Private Träger zeigen hier allerdings weniger Schwächen. Schlechte Arbeitsorganisation wird von weiblichen Pflegekräften weniger als belastend empfunden als von männlichen Pflegekräften. Eine Korrelation von Belastungen durch schlechte Arbeitsorganisation mit der Zahl der Überstunden ist ebenfalls gegeben. Auch hier kann wieder in die Richtung interpretiert werden, dass schlechte Arbeitsorganisation Überstunden produziert. Gute Kooperation mit den Ärzten und koordinierte Abläufe verringern die wahrgenommenen Belastungen.

Belastungen durch anstrengende Patienten gibt es allemal im Krankenhaus. Patienten sind schließlich die Personen, um die sich gekümmert werden muss. Dennoch werden die Belastungen in Teilen unterschiedlich bewertet. In der Gynäkologie und Geburtshilfe werden derartige Belastungen seltener wahrgenommen. Hingegen sind in der

Psychiatrie die Belastungen durch anstrengende Patienten besonders hoch. Eine bestimmte Routine macht sich bei Pflegekräften mit längerer Berufserfahrung breit. Sie lassen sich weniger durch anstrengende Patienten beeindrucken. Auch Teilzeitkräfte haben auf Grund der kürzeren Arbeitszeit weniger das Gefühl durch die Patienten belastet zu sein. Entsprechend steigt die Belastung mit der zusätzlichen Arbeitszeit in Form von Überstunden an. Pflegekräfte im steten Tagdienst sind auch weniger durch anstrengende Patienten belastet. Die gute Kooperation mit den Ärzten hat bei dieser Belastung einen nicht so großen Effekt wie bei den beiden erstgenannten Belastungen, aber auch hier verringert eine gute Kooperation die Belastungen.

Schicksalsschläge für Patienten und Angehörige gehören zum Krankenhausalltag. Wer hier als Pflegekraft zu sehr mitfühlt, kann bald seine Arbeit nicht mehr verrichten. Eine gewisse Anteilnahme gehört wohl dazu, aber alle Schicksale mit nach Hause zu nehmen, überforderte auf Dauer wohl jedes Gemüt. Pflegekräfte müssen lernen, mit den Schicksalen der Patienten und der Angehörigen umzugehen. Dem entsprechend werden die Belastungen durch Schicksale insgesamt auch sehr niedrig eingeschätzt und die Unterschiede zwischen den Pflegekräften sind relativ gering (Tabelle 18). So haben die Pflegekräfte aus anderen Fachabteilungen gegenüber der Chirurgie mehr mit diesen Belastungen zu kämpfen. Zu diesen anderen Fachabteilungen gehört z. B. auch die Onkologie, in der es häufiger zu Todesfällen kommt oder unheilbare Erkrankungen festgestellt werden müssen. Außerdem gibt es im steten Tagdienst weniger Probleme damit. Koordinierte Abläufe verringern ebenfalls die Belastungen. Dies mag dadurch zustande kommen, dass im Fall von koordinierten Abläufen die Rollen im Krankenhaus besser definiert sind und dadurch das Personal in Einzelfällen strikter von möglichen Belastungen distanziert ist.

Belastungen durch Unterbrechungen sind im Vergleich der Befragungswellen stärker geworden. Dies ist ein Zeichen für Arbeitsverdichtung, wenngleich Unterbrechungen im Rahmen einer strukturierten Versorgung möglichst gering gehalten werden müssen. Pflegekräfte in stetem Tagdienst und in Dauernachtdienst sind verständlicherweise weniger durch Unterbrechungen betroffen. Sie sind in einer Position, in der die eigene Arbeit selbstverantwortlicher gestaltet wird. Pflegekräfte mit einer erhöhten Anzahl an Überstunden empfinden hingegen deutlich mehr Belastungen durch Unterbrechungen, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die dadurch nicht geschafften Arbeiten in den Überstunden nachgeholt werden. Eine gute Kooperation mit den Ärzten sorgt hingegen dafür, dass diese Art der Belastungen deutlich geringer ausfällt.

Schichtarbeit ist das Standardmodell in der Krankenpflege. Dennoch wird es von ca. 30% der Pflegekräfte als belastend empfunden. Fast keine Belastungen werden von Pflegekräften im Dauernachtdienst oder im steten Tagdienst empfunden. Die Belastung liegt eindeutig in der Wechselschicht. Belastungen durch Schichtarbeit werden zudem insbesondere in psychiatrischen Abteilungen und von Pflegekräften mit längerer Berufserfahrung empfunden. Leitende Pflegekräfte sind dadurch weniger belastet. Die gute Kooperation mit den Ärzten und koordinierte Abläufe haben weder einen logisch nachvollziehbaren noch einen empirisch messbaren Zusammenhang mit der Belastung durch Schichtarbeit.

Tabelle 19: Regressionsmodelle zu Arbeitsbelastungen durch administrative Tätigkeiten, mangelhaften Arbeitsschutz und Angst um Arbeitsplatz

	Administration	Arbeitsschutz	Arbeitsplatz
(Konstante)	0,54 ***	0,12 ***	0,22 ***
Welle 2006	0,05 **	0,02 *	0,05 ***
Privates Krankenhaus	0,01	-0,02	-0,01
Bettenzahl bis 200	0,00	0,02	0,09 ***
Bettenzahl über 1000	0,01	0,03 *	0,01
mehr als 10 Jahre im Beruf	0,05 **	-0,03 **	-0,05 ***
Leitende Pflegekraft	0,00	0,01	-0,06 ***
Teilzeit	0,05 *	0,01	0,00
Nur Nachtschicht	-0,25 ***	-0,01	-0,05 *
Tagdienst	-0,22 ***	-0,03	-0,04
Gute Kooperation mit Ärzten	-0,12 ***	-0,01	-0,01
Koordinierte Abläufe	0,01	-0,02 *	-0,01
Überstunden	0,00 **	0,00 ***	0,00

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Zu viele administrative Tätigkeiten werden oftmals als Argument dafür genannt, dass nicht genug Zeit für patientennahe Tätigkeit verbleibt. Der Anteil der administrativen Tätigkeiten ist aber im Vergleich der beiden Befragungswellen nicht angestiegen (s. o.). Dennoch zeigt sich zwischen den Befragungswellen ein Anstieg der Belastungen durch zu viele administrative Tätigkeiten (Tabelle 19). Das könnte bedeuten, dass der insgesamt pro Person gestiegene administrative Aufwand im Rahmen der insgesamt gestiegenen persönlichen Arbeitszeit – auch in Form von mehr Überstunden – für Belastung verantwortlich gemacht wird. Die Unterschiede zwischen Pflegekräften bezüglich dieser Belastung werden insbesondere beim Vergleich der Schichtmodelle erkennbar. Pflegekräfte in Wechselschicht sind auch bei diesem Aspekt diejenigen, die sich am meisten belastet fühlen. Ebenso empfinden Pflegekräfte in Teilzeit und Pflegekräfte mit vielen Überstunden eine erhöhte Belastung durch zu viele administrative Tätigkeiten. Die administrativen Tätigkeiten sind anscheinend mehr den erfahrenen Pflegekräften überantwortet. Diese geben diesbezüglich im Vergleich zu den weniger erfahrenen Pflegekräften eine höhere Belastung an. Eine gute Kooperation mit den Ärzten verringert diese Belastung.

Mangelnder Arbeitsschutz wird insgesamt sehr wenig als Belastung wahrgenommen. Hier zeigt sich im Modell ein Basiswert von knapp 12%. Im Wellenvergleich zeigt sich allerdings ein leichter Anstieg. Berufserfahrene Pflegekräfte haben weniger Probleme damit als junge Pflegekräfte. Eine erhöhte Zahl an Überstunden korreliert einmal mehr mit der Belastung. Die Krankenhausgröße und koordinierte Abläufe korrelieren nur schwach signifikant mit dieser Belastung.

Angst um den Arbeitsplatz wird von einem Basisanteil von 22% als belastend empfunden. Im Vergleich der Befragungswellen sind ca. fünf Prozentpunkte dazugekommen, so dass unter Kontrolle der anderen Merkmale für 2006 ein Basisanteil von 27% berechnet wird. Nach den Eindrücken aus den Fallstudien des WAMP-Projekts werden in aller Regel nicht die Pflegekräfte entlassen, sondern Verträge nicht verlängert bzw. frei gewordene Stellen nicht wieder besetzt. Dass die Angst um den Arbeitsplatz dennoch so dramatisch steigt, liegt damit an dem relativ hohen Anteil an befristeten Verträgen und an einer allgemeinen öffentlichen Diskussion um den Kostendruck, dem die Krankenhäuser nach vielen Verlautbarungen ausgesetzt sind. Im Rahmen dieser Diskussion wird vermehrt Druck auf die Pflegekräfte ausgeübt, obwohl die Summe der Einnahmen der Krankenhäuser steigt und die Zahl der privaten Krankenhäuser zunimmt, die schließlich mit dem Krankenhausbetrieb Gewinne erwirtschaften (wollen).

In kleinen Häusern empfinden die Pflegekräfte höhere Belastungen durch die Angst um den Arbeitsplatz. Dies ist verständlich vor dem Hintergrund, dass in den kleineren Häusern weniger Expansionen erwartet werden. Pflegekräfte mit langjähriger Berufserfahrung und leitende Pflegekräfte empfinden entsprechend der sicheren Position deutlich weniger Belastungen durch Angst um den Arbeitsplatz. Ebenso ergeht es den Pflegekräften in Dauernachtdienst.

Insgesamt gibt es im Vergleich der Befragungswellen sechs signifikante Veränderungen bei insgesamt neun abgefragten Belastungen. Alle sechs Veränderungen sind negativ zu bewerten, denn in allen Fällen steigt die empfundene Belastung. Entgegen eventuell vorherrschenden Vermutungen zeigen sich unter privater Trägerschaft kaum höhere Belastungen. Von den Fachabteilungen sind die Gynäkologie und Geburtshilfe am besten gestellt. Hier treten insgesamt die wenigsten Belastungen auf. Leitende Pflegekräfte und Pflegekräfte mit langer Berufserfahrung fühlen sich insgesamt auch weniger belastet. Ebenso sind Pflegekräfte in Dauernachtdienst und im Tagdienst weniger durch die Arbeitsumstände belastet als Pflegekräfte in Wechselschicht. Überstunden und empfundene Belastungen durch die Arbeitsumstände korrelieren fast durchgängig. Dabei muss offen bleiben, ob die Überstunden die als höher empfundenen Arbeitsbelastungen verursachen oder ob die Überstunden als Resultat der höheren Arbeitsbelastungen zu sehen sind. Koordinierte Abläufe und gute Kooperation mit den Ärzten minimieren deutlich die Belastungen.

6.2.2 Veränderungen der Arbeitsbelastungen – Analysen der BIBB/IAB und BIBB/BAuA-Surveys⁸

Arbeitsbelastungen gibt es zu einem gewissen Grade in jedem Beruf. Inwieweit die Belastungen in der Krankenpflege als hoch oder nicht so hoch zu bewerten sind, lässt sich durch einen isolierten Blick auf die Pflegekräfte nicht beurteilen. Um einzuschätzen, wie hoch die Arbeitsbelastungen wirklich sind, ist ein Vergleich mit anderen Berufsgruppen angebracht. Diese Vergleiche werden in aller Regel in den Studien zu den Arbeitsbelastungen in der Pflege nicht angestellt. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass die Untersuchungen zu den Arbeitsbelastungen in der Pflege meist Bestandteil von Studien zur Pflege im Allgemeinen sind.

Durch den unterstellten Ökonomisierungsdruck nach der Einführung der DRGs ließe sich vermuten, dass sich die Arbeitsbelastung zum Negativen für die Beschäftigten verändert haben könnte. Insbesondere ist mit einem erhöhten Zeitdruck zu rechnen, was sich allerdings in den Analysen der Befragungsdaten nicht gezeigt hat. Zur Darstellung der langfristigen Veränderungen bedarf es Daten, die die Zeiten vor der DRG-Einführung mit Zeiten nach der Einführung vergleichen. Zur Überprüfung der These, dass sich mit der DRG-Einführung die Arbeitsbelastungen verschärft haben, ist erstens zu fragen, ob sich in der Zeit eine Veränderung ergeben hat und zweitens, ob sich diese Veränderung spezifisch für den Krankenpflegeberuf ergibt oder aber einem allgemeinen Trend folgt, der auch in anderen Berufen zu finden ist.

Zur Beantwortung dieser Fragen nutzen wir die BIBB/IAB-Surveys von 1992 und 1999 sowie den BIBB/BAuA-Survey von 2006. Die Surveys des BIBB in Zusammenarbeit mit dem IAB bzw. mit der BAuA geben Informationen über die berufliche Situation und die Arbeitsbelastungen der befragten Personen. Durch die wiederholte Befragung mit ähnlichen oder gleichen Fragen ist im zeitlichen Verlauf die Veränderung der empfundenen Arbeitsbelastungen für verschiedene Berufe beschreibbar.

Eine Reihe der abgefragten Arbeitsbelastungen sind für den Pflegeberuf weniger relevant. Diese Arbeitsbelastungen treten eher in anderen Berufen auf. Hierzu gehören beispielsweise „Arbeiten unter Einwirkung von Rauch, Staub, Dämpfen“ und „Arbeiten bei Kälte, Hitze, Nässe“. Zur Darstellung der Arbeitsbelastungen im zeitlichen Verlauf wollen wir uns auf den „Termin- und Leistungsdruck“ konzentrieren, der einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und auf die Versorgungsqualität haben dürfte.

⁸ Die BIBB-IAB-Surveys, die in diesem Abschnitt benutzt werden, wurden vom Zentralarchiv für empirische Sozialforschung (ZA), Universität zu Köln, zugänglich gemacht. Die BIBB/IAB-Surveys wurden erhoben vom BIBB und dem IAB. Sie wurden vom ZA für die Analyse aufbereitet und dokumentiert. Der BIBB/BAuA-Survey wird ab 2008 durch das ZA beziehbar sein. Für diese Analysen wurden uns die Daten direkt von der BAuA zur Verfügung gestellt. Weder die vorgenannten Institutionen noch das ZA tragen irgendeine Verantwortung für die Analyse oder Interpretation der Daten in dieser Studie.

Tabelle 20: Berufsverteilung in den BIBB/IAB- und BIBB/BAuA-Surveys (Zeilenprozente)

	291	311	511	531	682	781	853	854	856	N
1992	2,0	9,2	3,9	7,5	20,5	44,4	7,6	1,2	3,8	7.831
1999	1,4	7,2	3,0	6,0	21,7	44,4	9,7	1,5	5,1	8.086
2006	1,2	7,2	1,8	2,3	17,4	47,1	14,3	2,1	2,1	3.911

Tabelle 21: Geschlechterverteilung in den Surveys (Zeilenprozente)

	Männlich	Weiblich	N
1992	39,3	60,7	7.831
1999	36,0	64,0	8.086
2006	28,9	71,1	3.911

Für die Bewertung der empfundenen Arbeitsbelastungen werden Krankenpflegekräfte (Berufsordnungsnummer 853) mit anderen Berufsgruppen verglichen. Hierbei handelt es sich um Werkzeugmacher (291), Elektroinstallateure und -monteure (311), Maler und Lackierer (511), Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe (531), Verkäufer(innen) (682), Bürofachkräfte (781), Krankenpflegehelfer(innen) (854) und Sprechstundenhilfen (856).

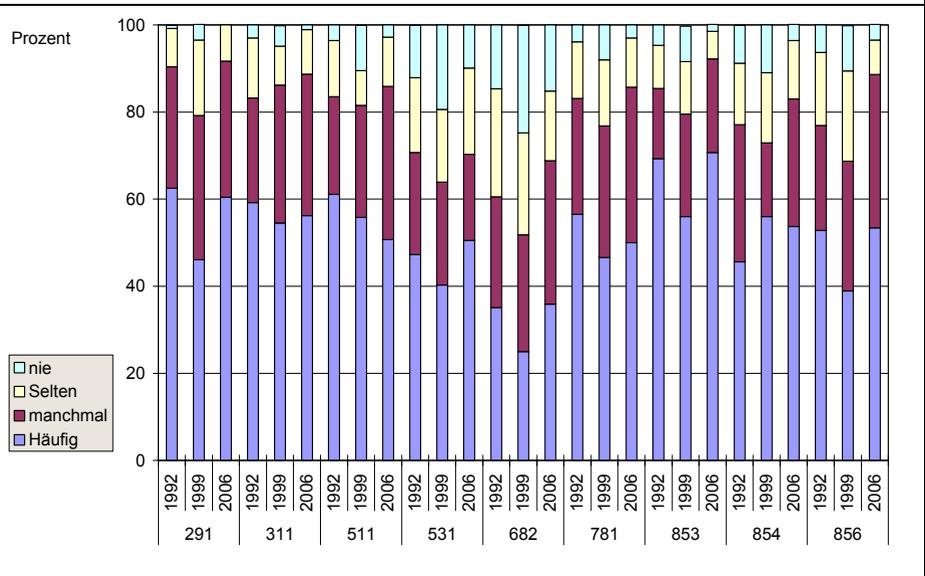
Insgesamt sind aus diesen Berufsordnungen in der Erhebung 1991/1992 7.831 Personen befragt worden (Tabelle 20). In der Erhebung 1998/1999 waren es 8.086 und in der Erhebung 2005/2006 3.911 Personen. Davon waren 7,6% bis 14,3% als Krankenpflegekraft beschäftigt. Die Bürofachkräfte sind mit weit über 40% am stärksten vertreten.

In Hinblick auf den Vergleich mit dem Krankenpflegeberuf wurden bewusst auch Berufsgruppen mit hohem Frauenanteil gewählt, wie z. B. Verkaufs- und Gesundheitsberufe. Der Gesamtanteil der Frauen liegt deshalb bei über 50% (Tabelle 21). Zum Vergleich sind aber auch typische Männerberufe berücksichtigt worden. Zu diesen gehören die Werkzeugmacher und die Elektroinstallateure.

Die Aussagefähigkeit der Daten ist insgesamt begrenzt: So sind weder die Fragen noch die Antwortmöglichkeiten in den einzelnen Surveys ganz identisch. Dennoch kann man über den Vergleich der Anteile in bestimmten Antwortkategorien Aussagen darüber machen, ob sich die einzelnen Berufe bezüglich der Arbeitsbelastungen unterschiedlich entwickelt haben. Auch die Wirtschaftszweige sind nicht berücksichtigt. Die Daten für die Berufsordnung 853 können also auch aus anderen Wirtschaftszweigen außer dem Krankenhaus stammen. Allerdings arbeiten die meisten Krankenpflegekräfte im Krankenhaus.

Termin- und Leistungsdruck sowie mangelnde Zeit wird immer wieder dafür verantwortlich gemacht, dass manche Tätigkeit wie z. B. Gespräche mit Patienten oder Angehörigen oder das Mobilisieren der Patienten nicht im erforderlichen Maße durchgeführt werden. Ein hoher Termin- und Leistungsdruck kann also die Versorgungsqualität schmälern.

Abbildung 40: Belastung durch „Termin- und Leistungsdruck“ nach Berufsordnungen



Quelle: BIBB/IAB- und BIBB/BAuA-Surveys

Anmerkung: 291: Werkzeugmacher; 311: Elektroinstallateure und –monteure; 511: Maler und Lackierer; 531: Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe; 682: Verkäufer(innen); 781: Bürofachkräfte; 853: Krankenpflegekräfte; 854: Krankenpflegehelfer(innen); 856: Sprechstundenhilfen

Zahlen im Anhang

Die beiden BIBB/IAB-Surveys von 1992 und 1999 hatten die gleichen Fragen zu diesem Thema und auch die gleichen Antwortmöglichkeiten. Die Frage lautete: „Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie unter starkem Termin- und Leistungsdruck arbeiten?“ In der Befragung von 2006 wurde die Frage etwas anders gestellt: „Wie häufig müssen Sie unter Termin-/Leistungsdruck arbeiten?“ Die Antwortmöglichkeiten waren 1992 und 1999: Praktisch immer, häufig, immer mal wieder, selten, praktisch nie. In der Befragung von 2006 lauteten die Antwortmöglichkeiten: Häufig, manchmal, selten, nie. Für den Vergleich der drei Befragungen (Abbildung 40) wurden die Kategorien „praktisch immer“ und „häufig“ aus den ersten beiden Befragungen jeweils zusammengefasst.

Im Vergleich der Berufe fällt über alle Befragungswellen auf, dass die Krankenpflegekräfte deutlich mehr unter Termin- und Leistungsdruck zu leiden haben als die Beschäftigten der anderen Berufsordnungen. Dies gilt besonders in der ersten und in der dritten Befragung.

Über fast alle Berufsordnungen gab es im Vergleich von 1992 zu 1999 eine Abnahme des Anteils derer, die praktisch immer oder häufig unter starkem Termin- und Leis-

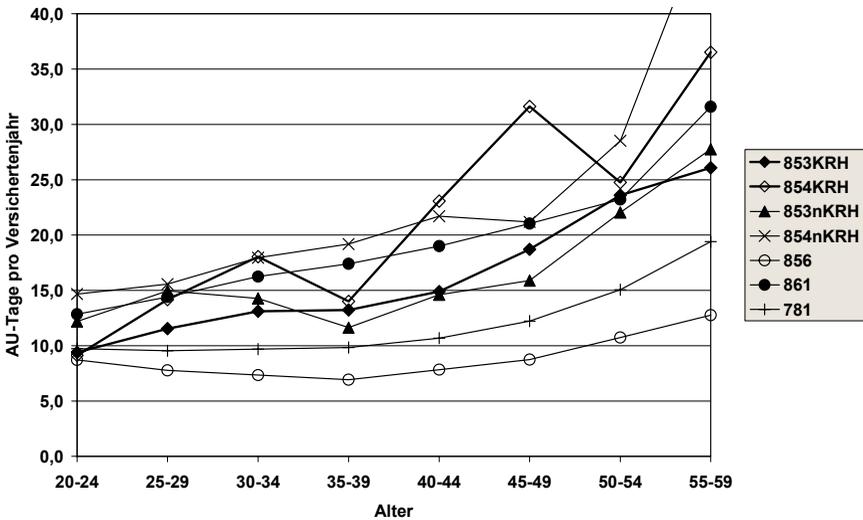
tungsdruck arbeiten. Der Rückgang ist gerade bei den Krankenpflegekräften besonders hoch. Deutlich verschlechtert hat sich hingegen die Situation für die Krankenpflegehelferinnen und -helfer – allerdings auf deutlich geringerem Niveau. Auf der anderen Seite steigt sowohl für die Krankenpflegekräfte als auch für die Krankenpflegehelferinnen und -helfer der Anteil derer, die selten oder praktisch nie unter starkem Termin- und Leistungsdruck arbeiten. Diese Entwicklung ist uneinheitlich bei den anderen Berufsordnungen. Die Vergleichbarkeit der Befragung von 2006 mit der Befragung von 1999 ist durch die etwas unterschiedliche Fragestellung und die unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten etwas eingeschränkt. Es zeigt sich aber dennoch ein deutlicher Anstieg der Belastungen bei den Krankenpflegekräften. Vergleicht man die Ausprägung „häufig“ aus dem Jahr 2006 mit den Ausprägungen „praktisch immer“ und „häufig“ aus dem Jahr 1999, dann ergibt sich ein Anstieg von 56 % auf 70,7 %. Einen entsprechenden Anstieg kann man auch bei den Werkzeugmachern beobachten. Hier steigt der Anteil von 46,1 % auf 60,4 %. Bei den Hilfsarbeitern steigt der Anteil von 40,3 % auf 50,5 % und bei den Arzthelferinnen von 38,9 % auf 53,4 %. Andererseits gibt es aber auch eine Reihe von Berufen, bei denen in diesem Zeitraum und mit diesem Maßstab die Belastungsstärke geringer wird.

Die dargestellte Entwicklung der Belastung für die Krankenpflegekräfte passt zur Entwicklung der Arbeitsanforderungen der Pflegekräfte. Auf Grund des Berufsvergleichs lässt sich aber nicht behaupten, die Entwicklung bei den Krankenpflegekräften sei eine spezifische Entwicklung.

6.2.3 Arbeitsbelastungen und Gesundheitszustand

Pflegepersonal gilt allgemein als gesundheitlich belastete Berufsgruppe. Entsprechendes hat sich empirisch auch im Berufsvergleich der empfundenen Belastungen durch Termin- und Leistungsdruck bestätigt. Krankenpflegekräfte und Helferinnen und Helfer in der Pflege unterscheiden sich dabei in den beruflichen Belastungen noch voneinander (Braun/Müller/Timm 2004: 184). Wie in Kapitel 0 noch gezeigt wird, sind in Folge beruflicher Belastungen die gesundheitsbedingten Frühverrentungen in diesen Berufsgruppen höher als in allen anderen ausgewählten Vergleichsgruppen. Ein bisher nicht vollzogener Vergleich ist aber, inwieweit der Gesundheitszustand vom konkreteren beruflichen Kontext abhängt. Dazu soll in den folgenden Analysen das Personal im Gesundheits- und Sozialwesen deutlicher nach der Berufszugehörigkeit und dem Wirtschaftszweig differenziert werden. Der Gesundheitszustand wird dabei gemessen anhand der Anzahl der krankheitsbedingten Fehltage pro Jahr und in der Zahl der Tage mit stationärem Krankenhausaufenthalt. Die Datengrundlage sind die GEK-Routinedaten. Die zu vergleichenden Berufsordnungen sind Krankenpflegekräfte (Berufsordnung 853), Krankenpflegehelfer(innen) (854), Sprechstundenhilfen (856), Altenpflegekräfte (861)(inklusive Sozialarbeiter und Sozialpfleger) sowie als außerordentliche Vergleichskategorie noch die Bürofachkräfte (781). Die zu differenzierenden Wirtschaftszweige sind das Krankenhaus (8511), die Arztpraxis (8512), das restliche Gesundheitswesen (8514, 8519), Heime (8531) und sonstiges Sozialwesen (8532). Zur besseren Vergleichbarkeit werden in diesen Analysen nur Frauen berücksichtigt, da ca. 85 % der Krankenpflegekräfte Frauen sind.

Abbildung 41: Krankheitsbedingte Fehltag pro Jahr nach Alter und Beruf



Quelle: GEK-Routinedaten 2004-2006

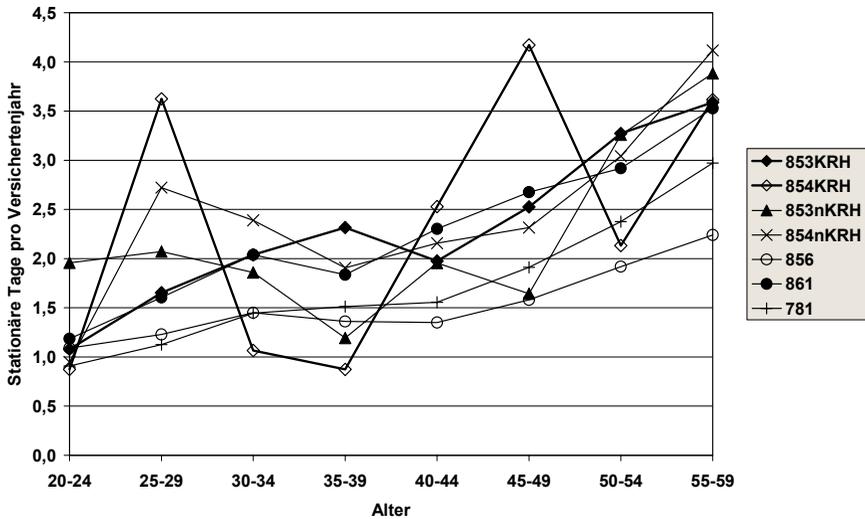
Anmerkung: KRH: Krankenhaus; nKRH: nicht Krankenhaus; 853: Krankenpflegekräfte; 854: Krankenpflegehelfer(innen), 856: Sprechstundenhilfen, 861: Altenpflegekräfte (inklusive Sozialarbeiter und Sozialpfleger); 781: Bürofachkräfte

Abbildung 41 zeigt differenziert nach Berufen und Alter die Zahl der krankheitsbedingten Fehltag pro Jahr. Dabei werden die Krankenpflegekräfte noch danach unterschieden, ob sie im Krankenhaus arbeiten oder in anderen Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens. Integriert sind nur die genannten Berufe und die genannten Wirtschaftszweige.

Im Vergleich über fast alle Altersgruppen – auch unter Kontrolle des Wirtschaftszweiges – haben die Krankenpflegehelferinnen und -helfer die meisten krankheitsbedingten Fehltag. Auf etwas niedrigerem Niveau folgen dann die Altenpflegekräfte. Krankenpflegekräfte haben wiederum etwas weniger Fehltag, aber der Unterschied erscheint hier nicht besonders deutlich. Die Wirtschaftszweige Krankenhaus und "nicht Krankenhaus" zeigen keine deutlichen Unterschiede. Deutlich wird auf jeden Fall, dass Sprechstundenhilfen und Bürofachkräfte weitaus weniger Fehltag haben als die Erwerbstätigen in den Pflegeberufen.

Eine weitere Möglichkeit, den Gesundheitszustand zu messen, besteht darin, die durchschnittliche Zahl der stationären Tage zu ermitteln. Sicherlich ist auch dies nur ein grobes Maß, das im Einzelfall nicht anwendbar ist, aber beim Vergleich ganzer Bevölkerungsgruppen werden Unterschiede nicht nur sichtbar, sondern auch interpretierbar.

Abbildung 42: Anzahlstationärer Aufenthaltstage pro Jahr nach Alter und Beruf



Quelle: GEK-Routinedaten 2004-2006

Anmerkung: KRH: Krankenhaus; nKRH: nicht Krankenhaus; 853: Krankenpflegekräfte; 854: Krankenpflegehelfer(innen), 856: Sprechstundenhilfen und die Bürofachkräfte; 861: Altenpflegekräfte (inklusive Sozialarbeiter und Sozialpfleger); 781: Bürofachkräfte

Abbildung 42 zeigt differenziert nach Berufen und Alter die Zahl der stationären Aufenthaltstage pro Jahr. Auch hierbei werden die Krankenpflegekräfte noch danach unterschieden, ob sie im Krankenhaus arbeiten oder in anderen Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens. Verglichen werden auch hier wieder nur die genannten Berufe und die genannten Wirtschaftszweige.

Die großen Schwankungen bei den Helferinnen und Helfern in der Krankenpflege sind dadurch verursacht, dass die Zahl der im Krankenhaus arbeitenden Krankenpflegehelferinnen und -helfer deutlich geringer ist als die Zahl der Krankenpflegekräfte. Entsprechend lassen sich die Ergebnisse für die Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege in diesem Wirtschaftszweig auch nur schlecht bewerten. Erkennbar ist aber, dass die Zahl der stationären Aufenthaltstage für die Pflegeberufe deutlich höher liegt als für die Sprechstundenhilfen und die Bürofachkräfte. Wie sehr und in welche Richtung sich die Pflegeberufe untereinander unterscheiden, ist nicht generell ersichtlich. Über die Alterskategorien schwanken die Rangordnungen erheblich, so dass ein allgemeines Ranking der Pflegeberufe nicht möglich ist.

Da stationäre Aufenthaltstage relativ selten vorkommen, soll sich die weitere Analyse nur auf die krankheitsbedingten Fehltag stützen. Dennoch kann festgehalten werden,

Tabelle 22: Regressionsmodelle zu den krankheitsbedingten Fehltagen

	Modell 1	Modell 2
(Konstante)	0,0087	0,0080
Jahr	0,0001	0,0001
Alter	0,0009 ***	0,0009 ***
Mann	-0,0091 ***	-0,0088 ***
Krankenpflegehelfer(innen) (854)	0,0179 ***	0,0195 ***
Sprechstundenhilfen (856)	-0,0082 ***	-0,0056 **
Altenpflegekräfte (861)(inkl. Sozialarb./ Sozialpfleger)	0,0069 ***	0,0118 ***
Bürofachkräfte (781)	-0,0081 ***	-0,0051 ***
Arztpraxis (8512)	-0,0119 ***	-0,0137 ***
Gesundheitswesen (8514, 8519)	-0,0059 ***	-0,0104 ***
Heime (8531)	0,0006	-0,0044 *
Sozialwesen (8532)	-0,0019	-0,0046 **
Krankenpflegekräfte in Arztpraxen		0,0030
Krankenpflegekräfte im Gesundheitswesen		0,0107 **
Krankenpflegekräfte in Heimen		0,0087 ***
Krankenpflegekräfte im Sozialwesen		0,0049
Krankenpflegehelfer(innen) in Arztpraxen		0,0236
Krankenpflegehelfer(innen) im Gesundheitswesen		0,0025
Krankenpflegehelfer(innen) in Heimen		0,0059
Krankenpflegehelfer(innen) im Sozialwesen		-0,0019
Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Referenzkategorien: Frauen, Krankenpflegekräfte (853), Krankenhaus (8511). Selektion auf die Jahre 2004 – 2006, Berufsordnungen 853, 854, 856, 861, 781, Wirtschaftszweige 8511, 8512, 8514, 8519, 8531, 8532.		

dass Pflegeberufe sich deutlich von den anderen verglichenen Berufen im Gesundheits- und Sozialwesen hinsichtlich der stationären Aufenthaltstage unterscheiden.

Zur genaueren Analyse der krankheitsbedingten Fehltagelänge werden in Tabelle 22 zwei Regressionsmodelle dargestellt. Die erklärenden Variablen sind dabei im ersten Modell das Jahr, das Alter, das Geschlecht, der Beruf und der Wirtschaftszweig. Im zweiten Modell werden die Krankenpflegekräfte der Berufsordnungen 853 und 854 noch nach den Wirtschaftszweigen unterschieden.

Zu den Ergebnissen: Im kurzen Zeitraum von 2004 bis 2006 ergeben sich keine signifikanten Veränderungen des Krankenstands. Der in der Abbildung 41 schon erkennbare Anstieg des Krankenstands mit dem Alter bleibt auch in dem Modell bestehen. Die Männer haben im Durchschnitt einen geringeren Krankenstand als die Frauen. Im Vergleich der Berufe werden die in der Abbildung gezeigten Unterschiede ebenfalls erkennbar und statistisch signifikant gemessen. Alle diese Ergebnisse finden sich in leicht unterschiedlichem Ausmaß in beiden Modellen wieder.

Blickt man nun in Modell 1 auf die Wirtschaftszweige, dann zeigen sich zwei signifikante Unterschiede. Der Krankenstand ist bei Beschäftigten in der Arztpraxis und im übrigen Gesundheitswesen geringer als im Krankenhaus. Heime und sonstiges Sozialwesen unterscheiden sich nicht.

Innerhalb der einzelnen Wirtschaftszweige arbeiten die Pflegekräfte zu unterschiedlichen Anteilen. In Krankenhäusern sind mehr Krankenpflegekräfte zu finden und in Heimen mehr Altenpflegekräfte. Tätigkeiten im „falschen“ Wirtschaftszweig können zu höheren Belastungen und zu mehr Arbeitsunfähigkeitstagen führen. Im Modell 2 sind die Krankenpflegekräfte und Krankenpflegehelferinnen und -helfer daher noch nach Wirtschaftszweig differenziert worden.

Dadurch, dass diese Differenzierung zusätzlich ins Modell aufgenommen wurde, unterscheiden sich nun Heime und Sozialwesen signifikant von den Krankenhäusern. In beiden Wirtschaftszweigen werden nun als Basiswert weniger Fehltage gemessen. Für die Krankenpflegekräfte und Krankenpflegehelferinnen und -helfer müssen aber die gemessenen Koeffizienten jeweils noch wieder hinzuaddiert werden. Krankenpflegekräfte bekommen also durch den Koeffizienten der Variablen 'Heim' einen Wert von 0,0044 abgezogen, aber durch die Variable 'Krankenpflegekräfte in Heimen' wieder einen Wert von 0,0087 hinzu addiert. Somit ist die Zahl der Fehltage für Krankenpflegekräfte in Heimen höher als für Krankenpflegekräfte in Krankenhäusern. Die Koeffizienten für 'Gesundheitswesen' und für 'Krankenpflegekräfte im Gesundheitswesen' gleichen sich aus. Somit sind Krankenpflegekräfte im Gesundheitswesen genauso viel krankgeschrieben wie Krankenpflegekräfte im Krankenhaus.

Der Blick auf Krankenpflegehelferinnen und -helfer in unterschiedlichen Arbeitsorten zeigt keine signifikanten Ergebnisse. Für die Krankenpflegekräfte zeigt sich aber ein signifikant höherer Krankenstand, wenn sie in Heimen arbeiten oder in sonstigen Wirtschaftszweigen des Gesundheitswesens. Krankenpflegekräfte und Krankenpflegehelferinnen und -helfer, die außerhalb des Krankenhauses arbeiten, haben also tendenziell mehr Fehltage als ihre Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus. Die Fremdartigkeit der anderen Wirtschaftszweige hat hier anscheinend eine direkte Auswirkung auf das Wohlbefinden und damit auf den Krankenstand.

6.3 Berufswechselwunsch und -wirklichkeit

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen und berufspolitische Verlautbarungen zeigen oder gehen davon aus, dass Pflegearbeit eine überdurchschnittlich belastende Tätigkeit ist. Daraus wird dann gefolgert, dass diese Tätigkeit nicht ohne weiteres ein Normalarbeitsleben lang ausgeübt werden kann. In der Folge prognostizieren diese Arbeiten eine überdurchschnittliche Berufsabbruchsquote bzw. einen sehr hohen Anteil von Pflegekräften, die sich mit dem Gedanken eines Berufswechsels beschäftigen (z. B. Büssing/Glaser 2003; Hasselhorn/Tackenberg und Müller 2003). Manche der Behauptungen sind allerdings sehr vage oder entbehren einer empirischen Grundlage. So berichten z. B. Bauer und Gröning ohne eine Quelle und ohne eigene Berechnungen, dass Krankenschwestern eine durchschnittliche Verweildauer von nur 3 Jahren im Beruf haben (1993: 52). Mehrere quantitativ wie qualitativ vorgehende empirische Arbeiten (Born 2000; Voges 2002; Braun/Müller/Timm 2004) haben aber keine empirische Evidenz für eine überdurchschnittliche Quote eines frühzeitigen Ausstiegs aus Pflegeberufen gefunden. Dennoch soll der in Teilen des Pflegepersonals anzutreffende Wunsch nach einem Berufswechsel nicht totgeschwiegen werden. Der geäußerte

Wunsch nach einem Berufswechsel muss als deutlicher Ausdruck der Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen gewertet werden. Bei der analytischen Betrachtung des Berufswechselwunsches könnten somit Ansatzpunkte für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen erkannt werden.

In diesem Kapitel werden deshalb das Ausmaß des Berufswechselwunsches und der tatsächlichen beruflichen Veränderungen dargestellt. Dazu werden zum einen die Ergebnisse der Pflegekräftebefragungen zum Berufswechselwunsch verwendet (Kapitel 6.3.1 und 6.3.2) und zum anderen Analysen zu den tatsächlichen Verweildauern mit den IAB-Regionaldaten 1975-2001 (Kapitel 6.3.3) und den GEK-Routinedaten (Kapitel 0) angestellt. Mit den IAB-Regionaldaten kann mit einer repräsentativen Bundesstatistik ein längerer Zeitraum beobachtet werden, der allerdings vor der DRG-Einführung endet. Mit den GEK-Routinedaten können die Berufsverläufe bis in die aktuelle Zeit hinein untersucht und die Zielzustände besser differenziert werden.

6.3.1 Berufswechselwunsch

Zur Häufigkeit des Nachdenkens über einen Berufswechsel und die möglichen Gründe hierfür haben wir die Pflegekräfte 2003 und 2006 gefragt.

Es zeigt sich ein klarer Anstieg des Anteils der Pflegekräfte, die „schon mal über einen Berufswechsel nachgedacht“ haben um rund 14 Prozentpunkte. Im Jahr 2003 waren es 46,9% und im Jahr 2006 61%. Dabei sei daran erinnert, dass die 2006 befragten Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur an die Pflegekräfte aus dem Jahr 2003 angeglichen worden sind, also etwa ein höheres Alter der zweiten Befragten-gruppe als Erklärungsfaktor ausscheidet.

Im Regressionsmodell in Tabelle 23 wird dargestellt, inwieweit diese Veränderung statistisch signifikant ist und inwieweit andere Faktoren eine Wirkung auf den Gedanken an einen Berufswechsel haben. In dieser Tabelle sind drei verschiedene Modelle aufgezeigt. Das Modell 1 beinhaltet die Aspekte Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße, Fachabteilung, Geschlecht, Berufserfahrung, berufliche Position, vertragliche Arbeitszeit, Schichtmodell, Kooperation mit Ärzten, Versorgungsstrukturen und Überstunden. Im Modell 2 werden die Ressourcen und Belastungen und im Modell 3 werden schließlich noch die Beurteilungen der eigenen Ausbildungsqualität hinzugefügt. Durch das Hinzufügen der weiteren Variablen können bestimmte Veränderungen über die Jahre einzelnen Faktoren zugeordnet werden.

In dem alters- und geschlechtsstandardisierten Vergleich der beiden Befragungen wurde eine Zunahme um ca. 14 Prozentpunkte gemessen. Auch im Modell 1 zeigt sich für die Variable „Welle 2006“ ein solcher Wert von 0,151, also 15 Prozentpunkten. Unter Kontrolle der hier aufgeführten Variablen war also im Jahr 2006 der Anteil derer, die an einen Berufswechsel dachten um 15 Prozentpunkte höher als 2003. Weitere signifikante Unterschiede gab es zwischen Krankenschwestern und Krankenpflegern. Der Anteil der Pflegekräfte mit Berufswechselgedanken ist bei Teilzeitbeschäftigten höher als bei Vollzeitbeschäftigten. Weniger solche Gedanken hegen Pflegekräfte im Dauernachtdienst. Sehr deutliche Effekte haben einmal mehr die gute Kooperation mit den Ärzten und das Arbeiten unter koordinierten Abläufen. So wie diese beiden Fakto-

Tabelle 23: Regressionsmodelle zum Gedanken an den Berufswechsel

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
(Konstante)	0,68 ***	0,70 ***	0,77 ***
Welle 2006	0,15 ***	0,13 ***	0,11 ***
Privates Krankenhaus	0,02	0,02	0,02
Bettenzahl bis 200	-0,03	-0,03	-0,05 *
Bettenzahl über 1000	0,03	0,02	0,02
Weibliche Pflegekräfte	-0,10 ***	-0,08 **	-0,07 **
Teilzeit	0,07 **	0,05 *	0,03
Nur Nachtschicht	-0,09 *	-0,03	-0,04
Tagdienst	-0,01	0,06 *	0,05
Gute Kooperation mit Ärzten	-0,13 ***	-0,06 **	-0,05 **
Koordinierte Abläufe	-0,08 ***	-0,05 **	-0,04 *
Anzahl Ressourcen (0-5)		-0,07 ***	-0,07 ***
Anzahl Belastungen (0-9)		0,06 ***	0,06 ***
Gut ausgebildet			-0,06 **
Gut angelernt			-0,04 *
Gute Fortbildungsmöglichkeiten			-0,05 *

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell 1 aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. Ins Modell 2 wurden zusätzlich die Anzahl der Ressourcen und der Belastungen aufgenommen. Modell 3 wurde weiter ergänzt durch Gut ausgebildet (Ref.: Nicht gut ausgebildet), Gut angelernt (Ref.: Nicht gut angelernt) und Gute Fortbildungsmöglichkeiten (Ref.: Keine guten Fortbildungsmöglichkeiten). In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

ren die Arbeitsbelastungen reduzieren, verringern sie auch den Gedanken an einen Berufswechsel.

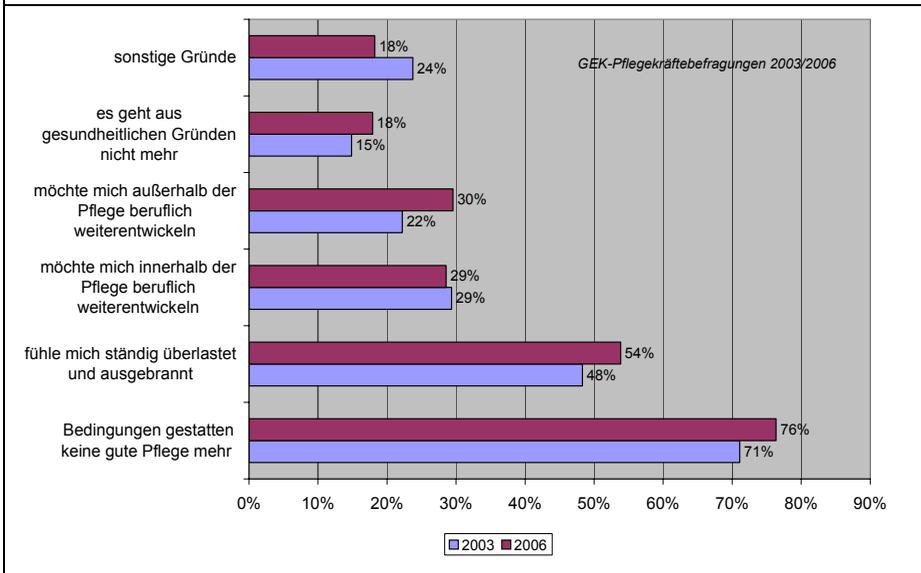
Kontrolliert man nun im Modell 2 auch die Zahl der Ressourcen und der Belastungen, dann zeigt sich auch eine Verringerung der eben genannten Effekte. Gleichzeitig verringert sich aber auch der Unterschied, der in der Variablen zum Wellenvergleich gemessen wird. Das bedeutet, dass ein Teil des Anstiegs damit verbunden ist, dass die Belastungen im Verlauf der drei Jahre gestiegen sind und die Ressourcen sich verringert haben. Wie nicht anders zu erwarten ist, wird mit mehr erfahrenen Ressourcen weniger an einen Berufswechsel und mit mehr wahrgenommenen Belastungen mehr an einen Berufswechsel gedacht.

Im Modell 3 wird noch der Aspekt der Ausbildungsqualität kontrolliert. Dadurch sinkt der Effekt der Variablen zum Wellenvergleich noch mehr. Das heißt, durch die als weniger gut empfundene Ausbildungsqualität wurde öfter an einen Berufswechsel gedacht. Um die in Teilen der Belegschaft vorherrschende Unzufriedenheit mit dem Job zu verringern, wäre es also dringend angeraten, die Belastungen zu verringern und die Ausbildungsqualität den Erfordernissen anzupassen.

6.3.2 Gründe für den Berufswechselwunsch

Mit dem Anteil derer, die an einen Berufswechsel gedacht haben, ist insgesamt auch die Zahl der jeweils genannten Begründungen gestiegen. Einen Anstieg gab es bei der Begründung, dass die Bedingungen keine gute Pflege mehr gestatten, bei der Begründung, ständig überarbeitet zu sein und bei den gesundheitlichen Gründen. Weiterentwicklung außerhalb der Pflege wurde in 2006 häufiger genannt als in 2003, während berufliche Veränderungen innerhalb der Pflege fast gleich häufig in beiden Befragungen als Begründung vorkamen. Auch sonstige Gründe wurden weniger genannt. Insgesamt wird hier also eine vermehrte Abkehr von der Pflege deutlich. Die genannten gesundheitlichen Aspekte und die geringer eingeschätzte Versorgungsqualität sollten an dieser Stelle zu denken geben.

Abbildung 43: Gründe für das Nachdenken über den Berufswechsel 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich)



6.3.3 Analysen der Verweildauern im Beruf mit den IAB-Regionaldaten 1975-2001⁹

In der IAB-Regionalstichprobe 1975-2001 sind Daten von 504.515 Personen registriert, die im Hauptberuf in dem Zeitfenster als Werkzeugmacher, Elektroinstallateur oder -monteur, Maler oder Lackierer, Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe, Verkäufer, Bürofachkraft, Krankenpflegekraft, Helfer in der Krankenpflege oder als Sprechstundenhilfe tätig waren. Insgesamt sind für diese Personen 859.094 Erwerbsepisoden in den ausgewählten Berufsordnungen registriert, die nicht durch eine Unterbrechung von mindestens 62 Tagen beendet wurden. 218.358 davon endeten mit einem Berufswechsel; 197.255 endeten mit Arbeitslosigkeit; 152.565 Episoden dauerten am Ende der möglichen Beobachtung noch an. 290.916 Episoden endeten mit sonstigen Übergängen. Hierzu sind u. a. Übergänge in die Rente und die Aufgabe oder längerfristige Unterbrechung der Erwerbstätigkeit auf Grund familialer oder schulischer Episoden zu rechnen.

Auch mit den IAB-Regionaldaten wollen wir zum einen den Blick auf die Gesamtrate der Berufsbeendigung werfen und zum anderen die Berufswechsel und den Übergang in die Arbeitslosigkeit für sich betrachten. Als erklärende Variablen für die Beendigung der Berufstätigkeit werden folgende Merkmale kontrolliert:

- Alter: in Jahren¹⁰.

⁹ Die Datengrundlage bildet die faktisch anonymisierte IAB-Regionalstichprobe 1975-2001 (IABS-R01). Dabei handelt es sich um eine 2%-Stichprobe aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, ergänzt um Zeiten des Leistungsbezugs. Grundlage der Stichprobenziehung ist die Beschäftigten-Leistungsempfänger-Historik (BLH) des IAB. Die IABS-R01 kann über das Zentralarchiv für Empirische Sozialforschung (Köln) bezogen werden. Für die Verwendung der Daten in diesem Beitrag trägt das IAB keine Verantwortung.

Die Daten beinhalten für einige Zeiträume parallele Informationen zu verschiedenen Beschäftigungen oder Leistungsbezügen. Für die vorliegenden Analysen wurden für alle Zeitpunkte die geringfügigen Beschäftigungen ausgeschlossen. Von den verbleibenden Episoden wurden bei zeitlicher Überschneidung mit oberster Priorität die Erwerbsepisoden ausgewählt. Dabei wurden diejenigen mit dem höheren Entgelt bevorzugt.

¹⁰ Die Geburtsjahre werden in den Daten als 2-Steller ausgewiesen. Diese nehmen Werte von 13 für das Jahr 1913 bis 85 für das Jahr 1985 an. Für Personen unter 16 wird der Wert 90 (3,3 % der Spells in den Daten) und für Personen über 62 wird der Wert 95 (5,5 % der Spells) ausgegeben. Diese Werte sind aber für die entsprechenden Personen dann aus Gründen der Anonymisierung auf alle Erhebungsjahre kopiert worden. Somit ist der Verlauf von Personen, die in den Daten niemals jünger als 16 oder älter als 62 waren, nicht mehr altersspezifisch zu analysieren. In den Analysen wurde daher der Versuch unternommen, in einigermaßen sinnvoller Weise das Alter zu rekonstruieren. Für diejenigen, bei denen ein Fehlwert eingetragen wurde, der darauf hinweist, dass die Person niemals unter 16 war, wird für den Zeitpunkt des ersten Auftretens dieser Person in den Daten das Alter 15 angenommen und entsprechend weiter geschrieben. Für diejenigen, die mit einem Geburtsjahr 95 (älter als 62) registriert sind, wird für die letzte registrierte Episode das Alter 64 angenommen und dieses entsprechend auf die zurückliegenden Episoden umgerechnet.

- Jahr: linear bzw. kategorisiert beim Interaktionseffekt mit Berufsordnung (1975-1984; 1985-1994; 1995-2001).
- Geschlecht: Frauen im Vergleich zu Männern.
- Berufsordnungen: Werkzeugmacher; Elektroinstallateure und -monteure; Maler und Lackierer; Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe; Verkäufer; Bürofachkräfte; Helfer in der Krankenpflege; Sprechstundenhilfen im Vergleich zu Krankenpflegekräften.
- Nationalität: Nicht-deutsche im Vergleich zu Deutschen.
- Formale Bildung: „ohne Berufsausbildung“; „Abitur mit Berufsausbildung oder abgeschlossenem Studium“; „Ausbildung unbekannt“ im Vergleich zu „bis Realschule mit Berufsausbildung“.

Die Ergebnisse werden in Tabelle 24 und Tabelle 25 dargestellt. Die ausgewiesenen Werte sind relative Risiken. Es wird also ausgesagt, wie stark sich die Wahrscheinlichkeit den Beruf zu verlassen zwischen den untersuchten Kategorien unterscheidet bzw. um wie viel sich die Wahrscheinlichkeit erhöht, wenn der Wert in der erklärenden Variablen um eins erhöht wird.

Tabelle 24: Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Modell I. Übergangsratenmodell mit der IAB-Regionalstichprobe 1975-2001 (relatives Risiko)

	Ausstieg allgemein	Berufs- wechsel	Arbeitslos
Jahr	1,01 ***	1,00 ***	1,03 ***
Alter	0,98 ***	0,96 ***	0,99 ***
Frau	0,91 ***	0,64 ***	1,26 ***
Werkzeugmacher	1,17 ***	1,94 ***	1,62 ***
Elektroinstallateur, -monteur	1,43 ***	1,69 ***	3,13 ***
Maler und Lackierer	2,98 ***	2,00 ***	11,71 ***
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	4,32 ***	6,39 ***	9,55 ***
Verkäufer(innen)	2,22 ***	3,08 ***	3,47 ***
Bürofachkräfte	1,45 ***	2,15 ***	2,19 ***
Krankenpflegehelfer(innen)	2,39 ***	4,18 ***	2,76 ***
Sprechstundenhilfen	1,32 ***	1,47 ***	2,22 ***
Ausländer	1,22 ***	1,10 ***	0,87 ***
Ohne Berufsausbildung	1,13 ***	1,09 ***	0,94 ***
Abitur mit Berufsausbildung oder Studium	1,21 ***	1,48 ***	0,94 ***
Ausbildung unbekannt	1,70 ***	1,68 ***	1,57 ***

Anmerkung: Vergleichskategorien sind Männer, Krankenpflegekräfte, Deutsche, Höchstens Realschulabschluss mit Berufsausbildung. * Irrtumswahrscheinlichkeit <5%, ** Irrtumswahrscheinlichkeit <1%, *** Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1%

Tabelle 24 zeigt die Effekte der einzelnen Variablen als Haupteffekte. In Tabelle 25 wird zudem mittels Interaktionseffekt (Berufsordnung * Zeitraum) die zeitliche Veränderung der Effekte der Berufsordnungen dargestellt. Es kann also gezeigt werden, ob es im Beobachtungszeitraum eine Zunahme des Berufsausstiegs in einzelnen Berufen und insbesondere in den Pflegeberufen gegeben hat.

Tabelle 25: Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Modell II. Übergangsratenmodell mit der IAB-Regionalstichprobe 1975-2001 (relatives Risiko)

	Ausstieg allgemein	Berufs- wechsel	Arbeitslos
Jahr	1,00 ***	1,00 ***	1,04 ***
Alter	0,98 ***	0,96 ***	0,99 ***
Frau	0,91 ***	0,64 ***	1,26 ***
Werkzeugmacher	1,18 ***	1,97 ***	1,12 *
Elektroinstallateur, -monteur	1,36 ***	1,57 ***	2,34 ***
Maler und Lackierer	2,75 ***	2,10 ***	8,95 ***
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	3,00 ***	5,41 ***	4,24 ***
Verkäufer(innen)	2,12 ***	3,09 ***	2,58 ***
Bürofachkräfte	1,40 ***	2,21 ***	1,55 ***
Krankenpflegehelfer(innen)	2,27 ***	4,00 ***	2,02 ***
Sprechstundenhilfen	1,34 ***	1,42 ***	2,36 ***
1985 Werkzeugmacher	0,96	1,01	1,08
1985 Elektroinstallateur, -monteur	0,97 *	1,13 ***	0,80 ***
1985 Maler und Lackierer	1,00	1,04	0,81 ***
1985 Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	1,20 ***	1,15 ***	1,20 ***
1985 Verkäufer(innen)	0,95 ***	1,05 ***	0,84 ***
1985 Bürofachkräfte	0,94 ***	1,00	0,89 ***
1985 Krankenpflegehelfer(innen)	1,00	1,11 ***	0,95
1985 Sprechstundenhilfen	0,89 ***	1,14 ***	0,56 ***
1985 Krankenpflegekräfte	0,90 ***	0,94	0,65 ***
1995 Werkzeugmacher	0,79 ***	0,96	0,65 ***
1995 Elektroinstallateur, -monteur	1,01	1,15 ***	0,79 ***
1995 Maler und Lackierer	1,06 ***	0,83 ***	0,73 ***
1995 Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	1,72 ***	1,38 ***	1,63 ***
1995 Verkäufer(innen)	1,00	0,96 *	0,77 ***
1995 Bürofachkräfte	1,00	0,94 ***	0,83 ***
1995 Krankenpflegehelfer(innen)	0,98	1,05	0,72 ***
1995 Sprechstundenhilfen	0,91 ***	0,98	0,45 ***
1995 Krankenpflegekräfte	0,95 **	1,11 **	0,47 ***
Ausländer	1,24 ***	1,11 ***	0,89 ***
Ohne Berufsausbildung	1,14 ***	1,09 ***	0,95 ***
Abitur mit Berufsausbildung oder Studium	1,22 ***	1,50 ***	0,94 ***
Ausbildung unbekannt	1,69 ***	1,69 ***	1,57 ***
Anmerkung: Vergleichskategorien sind Männer, Krankenpflegekräfte, Deutsche, Höchstens Realschulabschluss mit Berufsausbildung. * Irrtumswahrscheinlichkeit <5%, ** Irrtumswahrscheinlichkeit <1%, *** Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1%			

Pro Jahr zeigt sich für die untersuchte Population eine Zunahme der Wahrscheinlichkeit um 1%, den Beruf zu verlassen. Dabei steigt die Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden, deutlich mehr, nämlich um rund 3% pro Jahr an. Mit steigendem Alter sinkt die Wahrscheinlichkeit für einen Berufsausstieg. Insbesondere der Berufswechsel wird seltener. Frauen sind beruflich immobiler als Männer. Dies zeigt sich insbesondere beim Berufswechsel. Allerdings haben sie im Beobachtungszeitraum eine um 26% höhere Wahrscheinlichkeit, arbeitslos zu werden. Die Berufskarriere von Ausländern

ist insgesamt instabiler als die von deutschen Arbeitnehmern. Im Vergleich der Bildungskategorien zeigen die Erwerbstätigen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung und höchstens Realschulabschluss die größte berufliche Stabilität. Der Fokus der Betrachtung liegt allerdings auf dem Berufsvergleich. Die eingangs gestellte Frage ist, ob die Berufsverläufe von Pflegekräften besonders instabil sind. Auf Basis der Auswertungen der IAB-Regionalstichprobe muss man ganz eindeutig „ja“ sagen. Verglichen mit den Krankenpflegekräften weisen alle Vergleichsberufe eine deutlich höhere berufliche Mobilität auf. Dies gilt sowohl im Allgemeinen als auch speziell beim Berufswechsel oder dem Übergang in Arbeitslosigkeit. Die Helferinnen und Helfer in der Pflege hingegen weisen eine vergleichsweise hohe Mobilität auf, die zwar insgesamt größer ist als die der meisten Vergleichsberufe, aber doch auch noch deutlich niedriger als die der Maler und Lackierer und der Hilfsarbeiter ohne nähere Angaben.

Wie verändert sich nun die Mobilität über die Zeit? Zur Beantwortung dieser Frage sind die Modelle in gleicher Form noch einmal gerechnet worden. Sie sind zur Darstellung der Veränderung allerdings um Interaktionseffekte ergänzt worden. Diese Interaktionseffekte der Berufsordnungen mit den Zeiträumen 1985-1994 bzw. 1995-2001 geben den Unterschied zu den Wahrscheinlichkeiten für die einzelnen Berufsordnungen im Zeitraum 1975-1984 wieder.

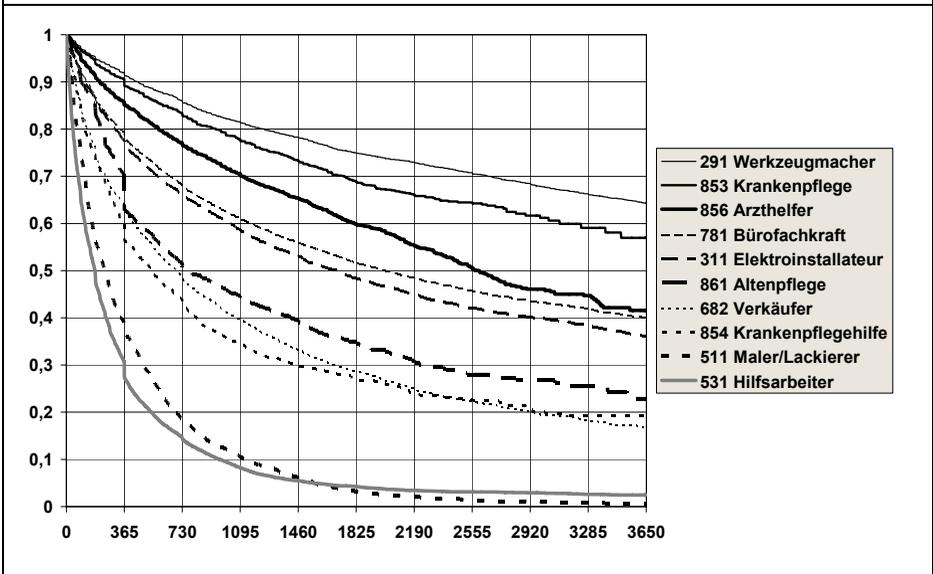
Der Blick auf die sonstigen erklärenden Variablen zeigt in diesen detaillierteren Modellen (Tabelle 25) keine Unterschiede. Die Effekte der Zeit, des Alters, des Geschlechts, der Nationalität und der formalen Bildung zeigen sich in gleicher Weise wie im einfacheren Modell in Tabelle 24. Und auch die Haupteffekte der Berufsordnungen stellen sich fast unverändert dar. Dies lässt schon erahnen, dass die Veränderung über die Zeit nicht allzu groß sein wird. Wie die Interaktionseffekte zeigen, ist Berufsaufstieg allgemein eher seltener geworden. Eine Steigerung lässt sich vor allem bei den Hilfsarbeitern ausmachen. Diese sind in erhöhtem Maße von Arbeitslosigkeit bedroht.

Nach der Analyse der IAB-Regionaldaten 1975-2001 lässt sich also sagen: Erstens, Krankenpflegekräfte haben eine relativ geringe berufliche Mobilität. Zweitens, Krankenpflegehelferinnen und -helfer haben eine höhere berufliche Mobilität. Drittens, über die Zeit lässt sich keine steigende berufliche Mobilität unter Pflegekräften ausmachen.

6.3.4 Beschäftigungskarrieren von Pflegekräften – Analysen mit GEK-Routinedaten

Die Untersuchung der Beschäftigungskarrieren der Pflegekräfte mit GEK-Routinedaten untergliedert sich in drei Teile. Erstens wird geprüft, inwieweit irgendeine Beendigung des Arbeitsverhältnisses erkennbar wird. Zweitens wird untersucht, inwieweit spezielle Folgezustände erreicht werden. Die hier dargestellten Folgezustände sind Berufswechsel, Arbeitslosigkeit und gesundheitsbedingte Verrentung. Drittens wird noch eine differenzierte Analyse angestellt, inwieweit der Beruf, der Wirtschaftszweig oder aber beides gewechselt wird.

Abbildung 44: Verweildauer im Beruf



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der GEK-Routinedaten; Methode Kaplan-Meier

Die in den Daten gemessenen Zielzustände sind:

- Austritt aus der Krankenversicherung
- Fortlaufende Beschäftigung (gleicher Sektor, anderer Sektor oder unbekannter Sektor)
- Tod
- Familienversicherung
- Rentenantrag – Altersrente – Witwenrente
- Erwerbsminderungsrente (Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente)
- Berufswechsel (gleicher Sektor, anderer Sektor oder unbekannter Sektor)
- Arbeitslosigkeit
- unbekannter Zustand
- Am Ende der Beobachtung noch im Ausgangszustand

Die Berufsordnungen sind (in Klammern die Berufsordnungsziffer): Werkzeugmacher (291); Elektroinstallateure und monteur (311); Maler und Lackierer (511); Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe (531); Verkäufer(innen) (682); Bürofachkräfte (781); Krankenpflegehelfer(innen) (854); Sprechstundenhilfen (856); Krankenpflegekräfte (853). Sonstige Kovariablen sind: Alter, Jahr, Geschlecht, Bildung, Nation und Wirtschaftszweig.

Tabelle 26: Berufsausstieg allgemein. Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Ratenmodell mit GEK-Daten (1990 – 2006) (relatives Risiko)

	Modell 1	Modell 2
Jahr		1,07 ***
Alter		0,98 ***
Mann		1,19 ***
Werkzeugmacher	1,20 ***	1,13 ***
Elektroinstallateure, -monteure	1,68 ***	1,42 ***
Maler und Lackierer	6,23 ***	4,25 ***
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	7,21 ***	5,35 ***
Verkäufer(innen)	2,81 ***	2,39 ***
Bürofachkräfte	1,67 ***	1,55 ***
Krankenpflegehelfer(innen)	2,87 ***	2,60 ***
Sprechstundenhilfen	1,38 ***	1,16 ***
Altenpflegekräfte (inkl. Sozialarbeiter/Sozialpfleger)	2,58 ***	2,43 ***
Ausländer		1,08 ***
Ohne Berufsausbildung		1,68 ***
Abitur mit Berufsausbildung oder Studium		1,09 ***
Ausbildung unbekannt		3,80 ***

Anmerkung: Vergleichskategorien sind Männer, Krankenpflegekräfte, Deutsche, Höchstens Realschulabschluss mit Berufsausbildung. * Irrtumswahrscheinlichkeit <5%, ** Irrtumswahrscheinlichkeit <1%, *** Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1%

Abbildung 44 zeigt zunächst plastisch die Verweildauer im Beruf. Als Beendigungsfaktoren wurden dabei Tod, Familienversicherung, Rente, Berufswechsel, Arbeitslosigkeit und unbekannter Zielzustand genommen. Je nach Beruf zeigt sich dabei eine deutlich unterschiedliche Verweildauer. Am kürzesten dauern die Tätigkeiten der Hilfsarbeiter und der Maler und Lackierer. Krankenpflegehelferinnen und -helfer haben schon eine deutlich längere Verweildauer im Beruf. Dennoch ist sie im Vergleich zu der Verweildauer in den anderen Vergleichsberufen sichtbar geringer. Noch länger sind dann die Verweildauern der Verkäuferinnen und Verkäufer, Altenpflegekräfte, Elektroinstallateure, Bürofachkräfte und Sprechstundenhilfen. Mit einem deutlichen Abstand haben dann schließlich die Krankenpflegekräfte und Werkzeugmacher die längsten Verweildauern im Beruf. Ebenso wie in den Analysen mit der IAB-Regionalstichprobe zeigt sich also kein „early exit“ von Krankenpflegekräften.

Tabelle 26 zeigt die Ergebnisse eines Übergangsratenmodells. Dieses Übergangsratenmodell misst für jeden Zeitpunkt die Wahrscheinlichkeit, den Zustand zu wechseln. Die Ergebnisse können daher leicht von den Ergebnissen der Kaplan-Meier-Schätzung in der Abbildung 44 abweichen. Letztendlich zeigt sich aber in Modell 1 ebenso wie in Abbildung 44, dass die Hilfsarbeiter und Maler und Lackierer die höchste Rate haben, die derzeitige Berufstätigkeit zu beenden. Deutlich geringer stellen sich die Raten für die anderen Berufe dar. Ein mehr als zweifaches relatives Risiko im Vergleich zu Krankenpflegekräften haben die Berufe Altenpfleger, Helfer in der Krankenpflege und Verkäufer. Ein ca. anderthalbfaches Risiko haben die Bürofachkräfte, Elektroinstalla-

Tabelle 27: Berufsausstieg speziell. Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Ratenmodell mit GEK-Daten (1990 – 2006) (relatives Risiko)

	Berufs- wechsel	Arbeitslos	EU/BU- Verrentung
Jahr	1,07 ***	1,09 ***	1,03 ***
Alter	0,96 ***	1,00 ***	1,15 ***
Mann	1,50 ***	1,02 *	1,23 ***
Werkzeugmacher	1,10 ***	1,09 ***	0,59 ***
Elektroinstallateure, -monteure	1,27 ***	1,88 ***	0,53 ***
Maler und Lackierer	1,69 ***	9,42 ***	0,85
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	5,02 ***	7,32 ***	0,78 *
Verkäufer(innen)	2,28 ***	2,89 ***	0,58 ***
Bürofachkräfte	1,50 ***	1,85 ***	0,47 ***
Krankenpflegehelfer(innen)	3,28 ***	2,12 ***	1,00
Sprechstundenhilfen	1,02	1,48 ***	0,48 ***
Altenpflegekräfte (inkl. Sozialarbeiter/Sozialpfleger)	2,59 ***	2,75 ***	0,82
Ausländer	1,07 ***	1,13 ***	0,84
Ohne Berufsausbildung	1,47 ***	1,52 ***	1,39 ***
Abitur mit Berufsausbildung oder Studium	1,32 ***	0,90 ***	1,03
Ausbildung unbekannt	4,37 ***	3,16 ***	4,03 ***

Anmerkung: Vergleichskategorien sind Männer, Krankenpflegekräfte, Deutsche, Höchstens Realschulabschluss mit Berufsausbildung. * Irrtumswahrscheinlichkeit <5%, ** Irrtumswahrscheinlichkeit <1%, *** Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1%

teure und Sprechstundenhilfen. Am wenigsten unterscheiden sich Werkzeugmacher und Krankenpflegekräfte.

Unter Kontrolle zusätzlicher Variablen, wie Jahr, Alter, Geschlecht, Nationalität und formalem Bildungsstand verändern sich diese Tendenzen nicht. Für die Kontrollvariablen zeigt sich ein Anstieg der Rate über die Zeit, ein Absinken mit dem Alter, eine höhere Rate für Männer und für Ausländer sowie eine höhere Rate bei Personen ohne Berufsausbildung oder mit unbekanntem Ausbildungsstand.

Tabelle 27 zeigt nun die Raten mit bestimmten Zielzuständen. Die untersuchten Zielzustände sind dabei der Berufswechsel, die Arbeitslosigkeit und die gesundheitsbedingte Verrentung. Bei allen Zielzuständen zeigt sich eine Zunahme über die Zeit. Mit steigendem Alter wird allerdings weniger der Beruf gewechselt, sondern es kommt eher zur gesundheitsbedingten Verrentung. Bei Männern kommen sowohl Berufswechsel als auch Frühverrentung häufiger vor. Ausländer haben auch mehr Berufswechsel und sind mehr von Arbeitslosigkeit bedroht. Die Berufstätigen ohne Berufsausbildung und diejenigen ohne erkennbare Ausbildung haben eine höhere Übergangsrates in alle Zielzustände.

Von besonderem Interesse ist hier aber, wie sich die Krankenpflegekräfte von den anderen Berufen unterscheiden. Der oft postulierte Berufswechsel kommt bei den Krankenpflegekräften vergleichsweise selten vor. Deutlich häufiger ist der Berufswechsel in den anderen Pflegeberufen. Wenn also regelmäßig von einem besonders

Tabelle 28: Ausstieg aus dem Pflegeberuf oder aus dem Wirtschaftszweig. Ratenmodell mit GEK-Daten (2003 – 2006) (relatives Risiko)

	Berufswechsel Sektor bleibt	Beruf bleibt Sektorwechsel	Berufs- und Sektorwechsel
Jahr	0,90 ***	1,01	1,02
Alter	0,96 ***	0,96 ***	0,93 ***
Mann	0,94	0,85 ***	0,96
Krankenpflegehelfer(innen)	2,56 ***	0,88 *	2,77 ***
Sprechstundenhilfen	1,33 *	1,26 **	1,59
Altenpflegekräfte (inkl. Sozialarb./Sozialpfl.)	1,51 ***	1,00	2,50 ***
Arztpraxis	0,40 ***	0,24 ***	0,76
Gesundheitswesen	2,12 ***	3,19 ***	2,17 ***
Heime	2,02 ***	1,58 ***	1,03
Sozialwesen	2,32 ***	2,58 ***	2,16 ***
Ausländer	0,92	0,88	1,18
Ohne Berufsausbildung	1,44 ***	1,09	1,62 ***
Abitur mit Berufsausbildung oder Studium	1,37 ***	0,99	1,04
Ausbildung unbekannt	1,32 **	0,72 ***	1,51 **

Anmerkung: Vergleichskategorien sind Männer, Krankenpflegekräfte, Deutsche, Höchstens Realschulabschluss mit Berufsausbildung. * Irrtumswahrscheinlichkeit <5%, ** Irrtumswahrscheinlichkeit <1%, *** Irrtumswahrscheinlichkeit <0,1%

starken Berufswechselwunsch und einer hohen Fluktuation in der Pflege berichtet wird, sollte genau geprüft werden, ob hier zwischen verschiedenen Pflegeberufen differenziert wurde. Die Berufswechselrate ist bei den Krankenpflegekräften nämlich vergleichbar mit derjenigen der Werkzeugmacher oder Sprechstundenhilfen.

Wie eingangs schon erwähnt, ist die Arbeitslosenquote mit ca. 4% unter Krankenpflegekräften sehr gering. Deutlich anders sieht das in anderen Berufsgruppen aus. Entsprechend stellen sich auch die Übergangsraten in die Arbeitslosigkeit für die einzelnen Berufe dar. Nur die Werkzeugmacher haben eine ähnlich geringe Übergangsrate in die Arbeitslosigkeit. Die anderen Berufsgruppen haben im Vergleich zu den Krankenpflegekräften ein bis zu 9-faches Risiko, arbeitslos zu werden.

Sehr viele Pflegekräfte beenden ihren Erwerbsverlauf mit einer Erwerbsminderungsrente. Erwerbsminderungsrenten sind heutzutage keine Seltenheit. 17,5% der Rentenzugänge sind Rentenzugänge auf Grund von Erwerbsminderung. Die Pflegeberufe ragen bei diesen Rentenzugängen allerdings ein wenig heraus. Mit 41,7% liegt dieser Anteil an Rentenzugängen bei den Krankenschwestern und -pflegern im Bereich der Bauberufe (Priester 2007: 47). Entsprechende Tendenzen müssen leider auch hier festgestellt werden. Alle hier verglichenen Berufe haben eine signifikant geringere Rate, ihre Tätigkeit durch gesundheitsbedingte Frühverrentung zu beenden.

Wenn also insgesamt die Rate der Beendigung der Berufstätigkeit für die Krankenpflegekräfte relativ gering ist, so zeigt doch gerade dieser Übergang, dass die gesundheitliche Belastung im Krankenpflegeberuf sehr hoch ist.

Der letzte Vergleich, der bezüglich der Berufsaufgabe noch angestellt werden soll, ist der Vergleich der Wirtschaftszweige. Bei den bisherigen Untersuchungen wurde dieser Aspekt ausgeblendet. Tabelle 28 zeigt nun, inwieweit es Unterschiede zwischen den Gesundheitsberufen in verschiedenen Wirtschaftszweigen bezüglich des Berufswechsels oder des Wechsels des Wirtschaftszweiges gibt.

Unabhängig von den Effekten der Kontrollvariablen Jahr, Alter, Geschlecht, Nationalität und formaler Bildungsstand gibt es Unterschiede sowohl zwischen den Berufen als auch zwischen den Wirtschaftszweigen. Krankenpflegehelferinnen und -helfer wechseln mehr als doppelt so oft wie Krankenpflegekräfte den Beruf, unabhängig davon, ob damit ein Sektorwechsel oder keiner verbunden ist. Altenpflegekräfte wechseln innerhalb des Sektors anderthalbmal so häufig den Beruf. Inklusive Sektorwechsel ist die Berufswechselrate sogar mehr als doppelt so groß. Die Sprechstundenhilfen unterscheiden sich deutlich weniger von den Krankenpflegekräften. Die Rate ist aber stets größer. Im Vergleich zum Krankenhaus gibt es in den Arztpraxen weniger Wechsel. In allen anderen Wirtschaftszweigen sind die Wechselraten in alle Richtungen deutlich höher als im Krankenhaus.

Berücksichtigt man nun noch, dass Sprechstundenhilfen meistens in Arztpraxen und Krankenpflegekräfte meistens in Krankenhäusern arbeiten, dann resultiert daraus für die Sprechstundenhilfen die geringste Rate und für die Krankenpflegekräfte im Krankenhaus die zweitgeringste Rate. Alle anderen Gesundheitsberufe in allen anderen Wirtschaftszweigen haben ein deutlich höheres Risiko ihren Beruf oder den Wirtschaftszweig zu verlassen.

6.4 Pflegerische Ethik

6.4.1 Leitbild

Eines der Instrumente, mit denen versucht wird, das berufliche Handeln in Krankenhäusern auf eine allgemeine ethische Grundlage zu stellen und eine Orientierungsgrundlage zu schaffen, ist ein teils weltanschaulich (insbesondere in kirchlichen Krankenhäusern), teils vorrangig professionell orientiertes „Leitbild“. Da wir eine Frage nach der Existenz und Bedeutung eines Leitbildes erst 2006 gestellt haben, kann hier auch nur etwas zur Situation in diesem Jahr gesagt werden. Immerhin sagten rund 85 % der Pflegekräfte, in ihrem Haus existiere ein Leitbild oder ein Ethik-Kodex. Dabei gibt es in privaten Kliniken seltener Leitbilder. Der Unterschied beträgt unter Kontrolle der anderen Variablen ca. 11 Prozentpunkte (Tabelle 29). Signifikant unterscheiden sich außerdem kleinere von größeren Krankenhäusern: Kleinere Häuser haben ca. fünf Prozentpunkte seltener ein Leitbild als die Krankenhäuser mittlerer Größe. In der Psychiatrie und in anderen Fachabteilungen wurde öfter als in der Chirurgie von der Existenz eines Leitbildes berichtet. Weibliche Pflegekräfte nahmen Leitbilder weniger wahr als männliche Pflegekräfte. Dort, wo koordinierte Abläufe vorkommen und es Kurzzeitstationen gibt, wird öfter von Leitbildern berichtet.

Angesichts der gelegentlich zu hörenden Meinung, bei den Leitbildern handle es sich um „Wohlfühlprogramme“, symbolische oder der Belegschaft lediglich übergestülpte

Tabelle 29: Regressionsmodell zum Vorhandensein von Leitbildern

Leitbild vorhanden	
(Konstante)	0,87 ***
Welle 2006	-
Privates Krankenhaus	-0,12 ***
Bettenzahl bis 200	-0,05 *
Bettenzahl über 1000	0,02
Innere	0,06 *
Psychiatrie	0,12 **
Andere Fachabteilung	0,06 *
Weibliche Pflegekräfte	-0,06 *
Koordinierte Abläufe	0,05 *
Kurzzeitstation	0,06 *

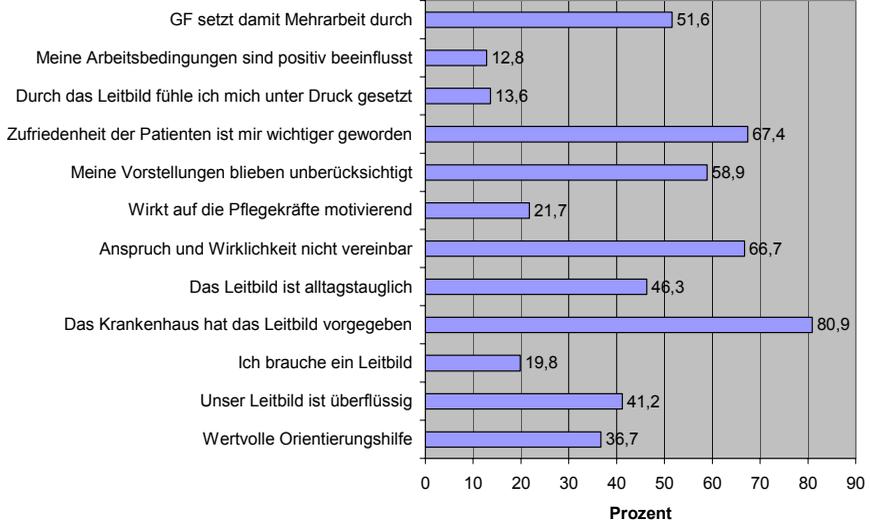
Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station). In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Marketingaktivitäten mit geringer praktischer Bedeutung, fragten wir die Pflegekräfte mit Leitbild relativ detailliert nach ihren damit gemachten Erfahrungen.

Insgesamt mehr als die Hälfte aller Pflegekräfte, an deren Arbeitsplatz ein Leitbild existiert, stehen ihm aus mehreren Gründen ablehnend gegenüber und halten es weder generell für alltagstauglich oder gar für eine wertvolle arbeitsalltägliche Orientierungshilfe. Nur 20% der Pflegekräfte erklären, sie bräuchten ein Leitbild. Ein Hauptkritikpunkt ist die als nicht existent oder zu gering bewertete Beteiligung der Pflegekräfte an der Formulierung des Leitbilds. Der oft pauschal erzeugte Eindruck von einer übergestülpten Orientierungshilfe wird daher von der Mehrheit der Befragten bestätigt. Die mehrheitlich skeptische oder ablehnende Haltung rührt schließlich auch daher, dass das Leitbild praktisch für Arbeitgeberinteressen instrumentalisiert wird.

Die ablehnende Haltung, Skepsis oder Wahrnehmung als eine übergestülpte, häufig reglementierende Aktivität ist in privaten Krankenhäusern teilweise signifikant stärker ausgeprägt als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Häusern. So bejahen z.B. Pflegekräfte aus privaten Krankenhäusern signifikant häufiger als ihre Kolleginnen und Kollegen in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern, ihre Vorstellungen seien bei der Entwicklung des Leitbildes unberücksichtigt geblieben (Tabelle 32). Noch ausgeprägter ist die Differenz zu öffentlichen und freigemeinnützigen Kliniken bezüg-

Abbildung 45: Welche Erfahrungen haben Pflegekräfte mit einem Leitbild ihres Krankenhauses gemacht?



Quelle: standardisierte Pflegekräftebefragung 2006

lich der Erfahrung, dass von ihrer Geschäftsführung mit dem Hinweis auf ihr Leitbild Mehrarbeit durchgesetzt wurde (Tabelle 33).

In kleineren Kliniken haben die Leitbilder anscheinend eine bessere Wirkung und werden mit weniger Skepsis betrachtet. So werden sie vergleichsweise häufig als alltagstauglich bewertet; das Auseinanderklaffen von Anspruch und Wirklichkeit wird weniger wahrgenommen (Tabelle 31); die Pflegekräfte fühlen sich durch die Leitbilder weniger unter Druck gesetzt und haben auch weniger das Gefühl, dass damit nur Mehrarbeit durchgesetzt werden soll.

Weibliche Pflegekräfte nehmen Leitbilder weniger wahr als ihre männlichen Kollegen. Wenn sie diese dann wahrnehmen, stehen sie ihnen positiver gegenüber. Sie bieten ihnen mehr als ihren männlichen Kollegen eine Orientierungshilfe (Tabelle 30) und werden eher als alltagstauglich bewertet. Sie sehen Leitbilder als motivierend für die Pflegekräfte an und empfinden dadurch ein gesteigertes Interesse an der Zufriedenheit der Patienten.

Teilzeitkräfte sehen in den Leitbildern weniger eine Orientierungshilfe und finden sie eher überflüssig. Sie fühlen sich dadurch auch weniger motiviert, sondern eher unter Druck gesetzt.

Tabelle 30: Regressionsmodelle 1 – 3 zur Beurteilung der Leitbilder

	Orientierungs- hilfe	Leitbild überflüssig	Brauche Leitbild
(Konstante)	0,08	0,62 ***	0,17 **
Welle 2006	-	-	-
Privates Krankenhaus	0,01	0,04	-0,04
Bettenzahl bis 200	0,02	-0,02	-0,03
Bettenzahl über 1000	-0,07	-0,03	0,04
Psychiatrie	0,06	-0,11	0,15 *
Weibliche Pflegekräfte	0,14 **	-0,05	0,01
Leitende Pflegekraft	0,02	-0,04	0,07 *
Gute Kooperation mit Ärzten	0,10 **	-0,08	-0,03
Koordinierte Abläufe	0,14 ***	-0,14 ***	0,05

Tabelle 31: Regressionsmodelle 4 – 6 zur Beurteilung der Leitbilder

	Leitbild vorgegeben	Leitbild alltagstauglich	Anspruch/ Wirklichkeit
(Konstante)	0,82 ***	0,18 *	0,88 ***
Welle 2006	-	-	-
Privates Krankenhaus	0,02	-0,02	0,02
Bettenzahl bis 200	-0,02	0,09 *	-0,10 *
Bettenzahl über 1000	0,00	-0,05	0,04
Gynäkologie/Geburtshilfe	0,13 *	0,09	-0,10
Gute Kooperation mit Ärzten	-0,01	0,16 ***	-0,13 ***
Koordinierte Abläufe	-0,05	0,11 **	-0,11 ***

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauer- nachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station). In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Fachabteilung, Berufserfahrung, Position und Art der Schicht sind in den Modellen kontrolliert; sie haben allerdings keinen bedeutenden Effekt auf die Beurteilung der Leitbilder.

Eine gute Kooperation mit den Ärzten und das Vorhandensein koordinierter Abläufe wirken beide in gleicher Weise positiv auf die Anerkennung der Leitbilder als sinnvolle Unterstützung. So werden bei guter Kooperation mit den Ärzten und Vorhandensein von koordinierten Abläufen Leitbilder eher als Orientierungshilfen gesehen. Sie werden weniger als überflüssig betrachtet, sondern als alltagstauglich. Ein Auseinanderfallen von Anspruch und Wirklichkeit wird weniger wahrgenommen. Unter diesen Bedingun-

Tabelle 32: Regressionsmodelle 7 – 9 zur Beurteilung der Leitbilder

	Pflegekräfte motivierend	Vorstellungen unberücksichtigt	Zufriedenheit Patienten
(Konstante)	0,02	0,70 ***	0,66 ***
Welle 2006	-	-	-
Privates Krankenhaus	-0,01	0,11 *	0,08
Bettenzahl bis 200	0,04	-0,03	-0,03
Bettenzahl über 1000	-0,05	0,05	0,02
Innere	0,01	0,05	-0,17 ***
Weibliche Pflegekräfte	0,06	-0,03	0,16 ***
Mehr als 10 Jahre im Beruf	0,01	-0,07	-0,10 **
Teilzeit	-0,08 *	0,03	0,01
Nur Nachtschicht	-0,03	0,18 *	-0,06
Gute Kooperation mit Ärzten	0,14 ***	-0,07	0,01
Koordinierte Abläufe	0,13 ***	-0,12 **	0,02

Tabelle 33: Regressionsmodelle 10 – 12 zur Beurteilung der Leitbilder

	unter Druck gesetzt	positiv beeinflusst	Mehrarbeit durchsetzen
(Konstante)	0,10 *	0,11 *	0,54 ***
Welle 2006	-	-	-
Privates Krankenhaus	0,05	-0,01	0,15 ***
Bettenzahl bis 200	-0,07 *	-0,01	-0,16 ***
Bettenzahl über 1000	0,02	-0,04	0,05
Mehr als 10 Jahre im Beruf	0,06 *	-0,04	-0,05
Teilzeit	0,07 **	-0,02	0,05
Gute Kooperation mit Ärzten	-0,03	0,07 *	-0,14 ***
Koordinierte Abläufe	-0,04	0,06 *	-0,04
Poststationäre Station	0,06 *	0,00	-0,02

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Welle 2006 (Referenzkategorien: Welle 2003), Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Welle, Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

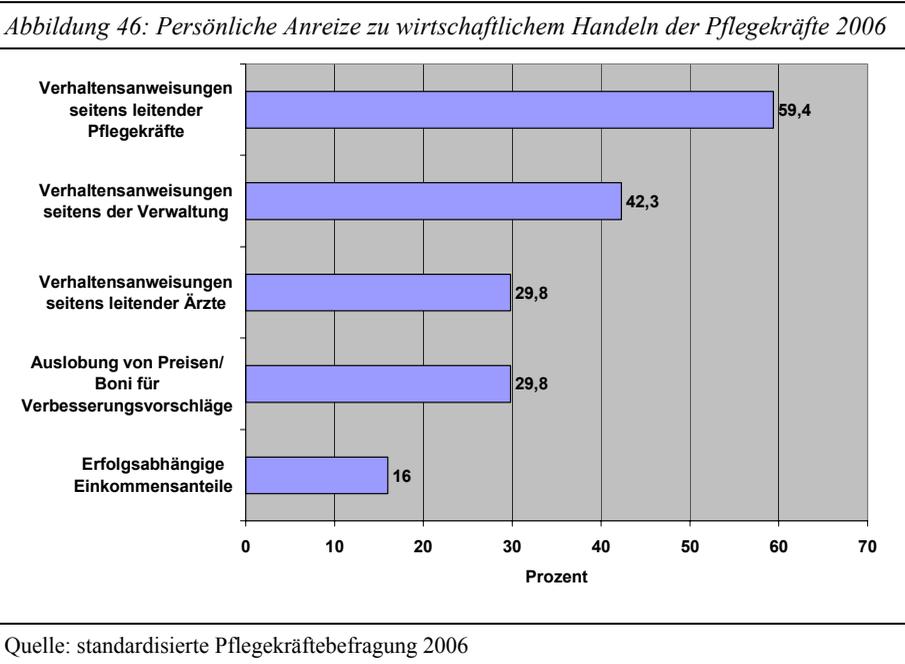
gen wirkt das Leitbild dann motivierend auf die Pflegekräfte. Sie fühlen sich positiv beeinflusst und haben weniger den Eindruck, dass mit den Leitbildern nur Mehrarbeit durchgesetzt werden soll.

Mit den Leitbildern verhält es sich ähnlich wie mit den Anreizen zum wirtschaftlichen Handeln. Auch sie können als Ressource gesehen werden, wenn sie eine Entschei-

dungshilfe darstellen. Sie können aber auch als Belastung gesehen werden und wirken, wenn sie als alltagsuntauglich oder weltfremd wahrgenommen werden.

6.4.2 Anreize zum wirtschaftlichen Handeln

Inwieweit persönliche Anreize zu wirtschaftlichem Handeln im Krankenhaus gegeben sind, wurde bisher nur im Jahr 2006 abgefragt. Die abgefragten Merkmale sind Verhaltensanweisungen der Verwaltung, der leitenden Ärzte und der leitenden Pflegekräfte sowie Auslobung von Preisen oder Boni für Verbesserungsvorschläge und erfolgsabhängige Einkommensanteile. Während die ersten drei Anreize darin bestehen können, sich konform zu den Anweisungen zu verhalten und damit Anerkennung zu erlangen, sind die letzten beiden Anreize direkt finanziell messbare Größen. Einmalige oder kontinuierlich konzipierte materielle Anreize nennen weniger als 30 % bzw. etwas mehr als 15 % der Pflegekräfte (Abbildung 46). Verhaltensanweisungen seitens leitender Pflegekräfte (ca. 60%), seitens der Verwaltung (ca. 40 %) und seitens der Ärzte (ca. 30%) kommen häufiger vor.



Die Analyse der strukturellen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern bezüglich der wirtschaftlichen Anreize findet wieder in Form von Regressionsmodellen statt (Vergleich Tabelle 34 und Tabelle 35).

Gerade in privatwirtschaftlich geführten Häusern erwartet man mehr Anreize zum wirtschaftlichen Handeln. Dies zeigt sich so aber nur beim finanziellen Anreiz in

Tabelle 34: Regressionsmodelle zu Anweisungen zum wirtschaftlichen Handeln

	Anweisung Pflegerkräfte	Anweisung Verwaltung	Anweisung Ärzte
(Konstante)	0,51 ***	0,45 ***	0,19 **
Welle 2006	-	-	-
Privates Krankenhaus	-0,09 *	0,00	-0,01
Bettenzahl bis 200	0,10 *	0,05	0,08
Bettenzahl über 1000	-0,07	-0,12 *	-0,03
Mehr als 10 Jahre im Beruf	-0,09 **	-0,04	-0,10 **
Tagdienst	0,00	-0,13 **	-0,01
Gute Kooperation mit Ärzten	0,02	0,01	0,09 **
Koordinierte Abläufe	0,10 **	0,08 *	0,00
Poststationäre Station	0,00	0,01	0,07 *

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Gestalt erfolgsabhängiger Einkommensanteile. Handlungsanweisungen in Richtung wirtschaftlichen Handelns kommen in öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern eher vor und zwar durch leitende Pflegekräfte.

Bei einzelnen Anreizen gibt es zusätzlich noch eine Reihe weiterer signifikanter Unterschiede. So erfahren junge Pflegekräfte und Berufsanfänger häufiger Handlungsanweisungen zum wirtschaftlichen Handeln als Pflegekräfte mit viel Berufserfahrung. Außerdem bekommen sie häufiger erfolgsabhängige Einkommensanteile als berufserfahrenere Pflegekräfte. Dies trifft auch auf Preise und Verbesserungsboni zu. Anweisungen der Verwaltung spielen in größeren Krankenhäusern eine geringere Rolle. In kleineren Krankenhäusern kommen Anweisungen von Pflegekräften und Ärzten häufiger vor. Auch die Auslobung von Preisen und Boni für Verbesserungsvorschläge kommt in kleinen Krankenhäusern häufiger vor. Anscheinend gibt es in kleineren Häusern einen größeren Druck, wirtschaftlich zu handeln als in größeren Häusern.

Dort, wo es koordinierte Abläufe gibt, erfolgen auch mehr Anweisungen durch leitende Pflegekräfte und durch die Verwaltung. Dies ist im Zuge der Umsetzung der koordinierten Handlungsabläufe wohl unvermeidbar. Wenn die Kooperation mit den Ärzten besser läuft, werden auch mehr ärztliche Anweisungen zum wirtschaftlichen Handeln wahrgenommen. Auch dieser Zusammenhang ist nicht verwunderlich, denn gute Kooperation bedeutet auch, dass man sich bezüglich der Arbeit austauscht.

Tabelle 35: Regressionsmodelle zu Anreizen zum wirtschaftlichen Handeln

	Preise/Boni Verbesserungsvorschläge	Erfolgsabhängige Einkommensanteile
(Konstante)	0,40 ***	0,25 ***
Welle 2006	-	-
Privates Krankenhaus	-0,08	0,07 *
Bettenzahl bis 200	0,09 *	-0,02
Bettenzahl über 1000	-0,03	-0,04
Weibliche Pflegekräfte	-0,10 *	0,02
Mehr als 10 Jahre im Beruf	-0,08 *	-0,08 **
Teilzeit	-0,05	-0,06 *

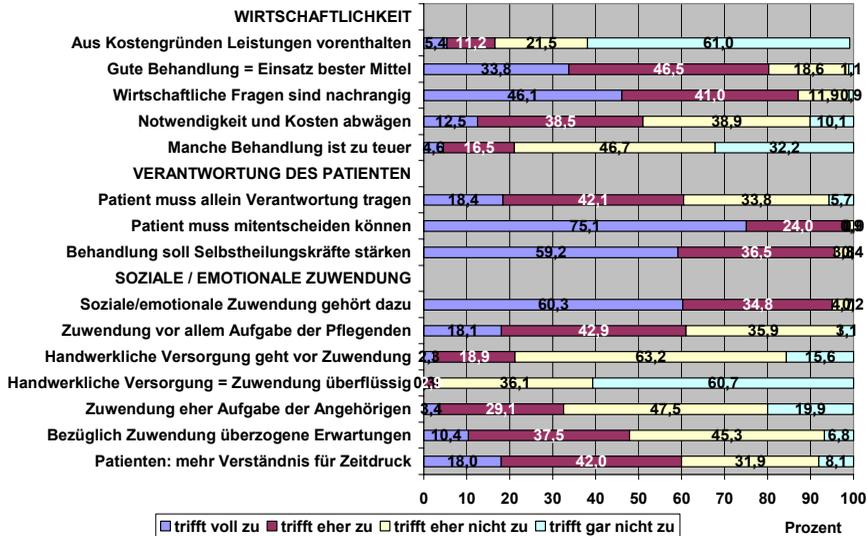
Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Zahl der Überstunden. In der Tabelle sind nur Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Inwieweit die Handlungsanweisungen als Ressourcen zu bewerten sind statt als Einschränkung des Handlungsspielraums, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Für den einen ist es hilfreich, nach Vorschriften zu arbeiten, weil man sich dann keine Sorgen über das ‚Richtig‘ oder ‚Falsch‘ machen muss, und für den anderen ist es wichtig, möglichst frei von äußeren Einflüssen zu arbeiten. Preise und Boni für Verbesserungsvorschläge sowie erfolgsabhängige Einkommensanteile können sehr wohl Ressourcen für diejenigen werden, die sich damit identifizieren. Sie könnten aber auch zur Belastung werden, wenn die Pflegenden dadurch immer wieder nur zur Wirtschaftlichkeit angehalten werden. Jede Pflegeleistung, die erbracht wird, verursacht schließlich Kosten. Diese Pflegeleistungen sind aber notwendig, damit der Patient anständig gesundet.

6.4.3 Selbstbild der Pflegekräfte

Das optimale Selbstbild der Pflegekräfte aus Sicht der Patienten sieht so aus, dass die Pflegekräfte sich mit ihrem Beruf identifizieren und den Patienten die bestmögliche Pflege angeheißen lassen wollen. Aus Sicht der betriebswirtschaftlich orientierten Verwaltung des Krankenhauses sollte dies möglichst unter wirtschaftlichen Maßgaben erfolgen. Dies kann zu persönlichen Konflikten bei den Pflegekräften führen, die im Zuge des oft genannten Ökonomisierungsdrucks zwischen den Stühlen sitzen. Die Vermutung ist, dass sich das Selbstbild der Pflegekräfte im Zuge der Verlautbarungen eines vorherrschenden ökonomischen Drucks verändern könnte.

Abbildung 47: Berufliches Selbstverständnis 2006



Quelle: standardisierte Pflegekräftebefragung 2006

Das Selbstbild wird in diesem Abschnitt insbesondere dargestellt durch die Einstellungen bezüglich des Konflikts von Kosten und Leistung, bezüglich der Rolle des Patienten und bezüglich der sozialen und emotionalen Zuwendung für die Patienten. Gerade im Bereich der Pflege und Zuwendung wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten der Bedarf zunehmen, weil davon ausgegangen wird, dass die Fachbereiche Geriatrie, Psychosomatik und Palliativmedizin expandieren (Milojevic/Borges 2007). Die befragten Pflegekräfte wurden aufgefordert, zu einzelnen Aussagen Stellung zu nehmen. Als Bewertungsmöglichkeiten standen folgende Ausprägungen zur Verfügung: trifft voll zu, trifft eher zu, trifft eher nicht zu, trifft gar nicht zu.

Bei den Bewertungen der Aussagen zum wirtschaftlichen Handeln zeigt sich, dass ein Kostendruck im Selbstverständnis der Pflegekräfte (noch) nicht angekommen ist. Weder sind sie in besonders hohem Maße der Meinung, aus Kostengründen sollten Leistungen vorenthalten werden, noch, dass manche Behandlung zu teuer ist (Abbildung 47). Sie sind vielmehr der Meinung, gute Behandlung bedeute den Einsatz der besten Mittel und wirtschaftliche Fragen seien nachrangig zu beachten. Was auf den ersten Blick dazu widersprüchlich erscheint, ist die häufige Aussage, die Notwendigkeit und die Kosten sollten gegeneinander abgewogen werden. Geht man aber von einer Meinung der Pflegekräfte aus, dass die teuersten Methoden nicht immer auch die besten Methoden sind, ist diese Äußerung in einem ganz anderen Licht zu sehen. Hier wird praktisch zwischen den Zeilen ein gehöriges Einsparpotential angenommen, das verwirklicht werden kann, ohne die Versorgungsqualität zu verringern.

Bezüglich der Rolle der Patienten gibt es auf den ersten Blick etwas unverständliche Aussagen. Dass die Patienten allein die Verantwortung für den Behandlungsablauf tragen sollten, wird hier von ca. 18 % der Pflegekräfte geäußert. Dies muss im Kontext der jeweiligen Art der Behandlung gesehen werden. In bestimmten Bereichen, etwa der Psychiatrie oder der Versorgung von Kindern, sind solche Aussagen nicht ganz realitätsnah. Auch setzt eine solche Meinung aufgeklärte und entscheidungsfähige Patienten voraus, die es mit Sicherheit nicht überall gibt. Einigkeit herrscht aber bei der Vorstellung, dass die Patienten nicht einfach nur als zu behandelndes Objekt zu betrachten seien. Weit über 90 % der Befragten sind der Meinung (trifft voll zu, trifft eher zu), der Patient muss mitentscheiden können und die Behandlung solle die Selbstheilungskräfte stärken.

Bezüglich der sozialen und emotionalen Zuwendung bestehen etwas inkonsistente Vorstellungen. Einerseits bestätigen 60 % der Pflegekräfte voll und weit über 90 % eher, dass eine solche Zuwendung zum Versorgungsprozess dazu gehört. Nur 18 % sehen es voll und 60 % eher als ihre Aufgabe an, für diese Zuwendung zu sorgen. Ca. 30 % der Befragten meint mindestens tendenziell, dies sei eher die Aufgabe der Angehörigen. Fast 50 % meinen auch, die Patienten hätten diesbezüglich überzogene Erwartungen. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass auf Grund des Zeitdrucks diese Leistung effektiv auch nicht im gewünschten Maße erbracht werden kann. Immerhin 60 % der Befragten gaben auch zu bedenken, die Patienten sollten mehr Verständnis für den Zeitdruck der Pflegekräfte haben. Auch wenn die Pflegekräfte sich somit aus der selbst auferlegten Verantwortung zum Teil zurückziehen versuchen, sind sie dennoch nur in geringem Maße der Meinung, dass gute handwerkliche Versorgung vor soziale und emotionale Versorgung geht. Noch viel weniger sind sie der Meinung, dass die gute handwerkliche Versorgung die soziale und emotionale Zuwendung ersetze.

Zu einzelnen Aspekten werden wir nun einen Blick darauf werfen, inwieweit sich diese Einstellungen unter bestimmten Bedingungen unterscheiden (Tabelle 36). Die speziellen Aspekte sind folgende Aussagen:

- „Es muss alles getan werden, was gesundheitlich notwendig ist. Wirtschaftliche Fragen sind nachrangig zu berücksichtigen.“ Für die Regressionsanalyse bekommt die abhängige Variable dann den Wert 1, wenn geantwortet wurde „trifft voll zu“. Alle sonstigen gültigen Werte werden auf 0 gesetzt.
- „Über Behandlungsmöglichkeiten muss der Patient mitentscheiden können.“ Für die Regressionsanalyse bekommt die abhängige Variable dann den Wert 1, wenn geantwortet wurde „trifft voll zu“. Alle sonstigen gültigen Werte werden auf 0 gesetzt.
- „Es gibt bei Patienten in dieser Frage meist überzogene Erwartungen.“ Für die Regressionsanalyse bekommt die abhängige Variable dann den Wert 1, wenn geantwortet wurde „trifft voll zu“ oder „trifft eher zu“. Alle sonstigen gültigen Werte werden auf 0 gesetzt.

Tabelle 36: Regressionsmodelle zum Selbstbild

	Wirtschaftlichkeit nachrangig	Patient soll mitentscheiden	überzogene Erwartungen
(Konstante)	0,17	0,66 ***	0,46 ***
Welle 2006	-	-	-
Privates Krankenhaus	-0,06	0,04	0,00
Bettenzahl bis 200	0,00	0,02	-0,03
Bettenzahl über 1000	0,02	-0,01	-0,02
Gynäkologie/Geburtshilfe	0,19 *	0,04	-0,23 **
Psychiatrie	0,10	-0,02	-0,16 *
Weibliche Pflegekräfte	0,16 ***	0,04	-0,03
Mehr als 10 Jahre im Beruf	0,00	-0,09 **	-0,02
Koordinierte Abläufe	0,04	0,04	0,12 ***
Anzahl Belastungen (0-9)	0,02	0,01	0,04 ***

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 0,1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; * Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; Ins Modell aufgenommen wurden folgende Variablen: Privates Krankenhaus (Ref.: Nicht private Träger), Bettenzahl bis 200 und Bettenzahl über 1000 (Ref.: Alle anderen Bettenzahlen), Fachabteilungen: Innere, Gynäkologie oder Geburtshilfe, Psychiatrie, Andere Fachabteilungen (Ref.: Chirurgie), Weibliche Pflegekräfte (Ref.: Männliche Pflegekräfte), Über 10 Jahre im Beruf (Ref.: Bis 10 Jahre im Beruf), Leitende Pflegekraft (Ref.: Basispflegekraft), Teilzeit (Ref.: Vollzeit), Dauernachtdienst, Nur Tagdienst ohne Schicht (Ref.: Wechselschicht und sonstige), Gute Kooperation mit Ärzten (Ref.: Keine gute Kooperation mit Ärzten), Koordinierte Abläufe (Ref.: Keine koordinierten Abläufe), Kurzzeitstation (Ref.: Keine Kurzzeitstation), Poststationäre Station (Ref.: Keine poststationäre Station), Anzahl der Ressourcen und Belastungen, Abteilung expandiert oder Abteilung schrumpft (Ref.: Abteilung stagniert), Leitbild vorhanden (Ref.: Leitbild nicht vorhanden), Anweisungen zum wirtschaftlichen Handeln (Ref.: keine Anweisungen zum wirtschaftlichen Handeln), Anreize zum wirtschaftlichen Handeln (Ref.: keine Anreize zum wirtschaftlichen Handeln). In der Tabelle sind nur Trägerschaft, Krankenhausgröße und sonstige statistisch signifikante Werte aufgeführt.

Wie der Blick auf die Erklärungsmodelle zeigt, wird das Selbstbild der Pflegekräfte durch die Strukturen nur wenig beeinflusst. Weder die Trägerschaft noch die Krankenhausgröße haben einen Effekt auf das Selbstbild der Pflegekräfte. Auch das Arbeitszeitmodell und die Position ändern nichts an dem Selbstbild. Wenn die Leitungen der Krankenhäuser, Ärzte oder leitende Pflegekräfte meinen, mit Leitbildern oder Anweisungen oder Anreizen zum wirtschaftlichen Handeln würde sich das Selbstbild der Pflegekräfte ändern, täuschen sie sich. Nichts dergleichen hat einen merklichen Einfluss auf das Selbstbild der Pflegekräfte. Unterschiede werden nur zwischen Frauen und Männern sichtbar, wenn es um die Nachrangigkeit der wirtschaftlichen Aspekte geht. Frauen denken da mehr an den Patienten, während Männer eher vom wirtschaftlichen Aspekt angetan sind. Eine längere Berufszugehörigkeit führt eher dazu, den Patienten ihre Kompetenzen abzuspüren. Bei der Einstellung dazu, ob Patienten über die Behandlung mitentscheiden sollten, ist dies der einzig differenzierende Aspekt. Ansonsten ergeben sich Unterschiede durch die Art und Umstände der Tätigkeit. So haben insbesondere die Pflegekräfte in der Gynäkologie und der Geburtshilfe weniger den wirtschaftlichen Aspekt im Auge und empfinden auch die Bedürfnisse der Patienten nicht als übertrieben. Neben der Fachabteilung spielt dann noch die Zahl der Be-

lastungen eine Rolle. Gerade diejenigen mit vielen Belastungen sind auch diejenigen, denen die Erwartungen der Patienten zu hoch sind. Dies trifft allerdings auch dort zu, wo koordinierte Abläufe vorherrschen. Hier könnte es zu dem Konflikt kommen, dass der geplante Ablauf am individuellen Interesse der Patienten vorbeiläuft. Unter diesen Umständen wären dann koordinierte Abläufe im Detail zu überdenken.

Insgesamt zeigt sich hier also, dass es in besonderem Maße die Arbeitsbedingungen sind, die das Selbstbild und damit auch das Selbstverständnis der Pflegekräfte beeinflussen. Mit diesem Selbstbild und Selbstverständnis verändert sich das Miteinander mit den Patienten und damit unter Umständen auch die Versorgungsqualität.

6.5 Fazit zur beruflichen Identität

Es gibt eine Reihe von Ressourcen, die positive Auswirkungen auf das berufliche Selbstverständnis der Krankenpflegekräfte haben. Dem steht eine Reihe von Belastungen gegenüber, die genau entgegengesetzt wirken. Diese Belastungen beeinträchtigen aber nicht nur das Selbstbild, sondern sind auch Ursache von Erkrankungen, Fehlzeiten und vorzeitigen Verrentungen.

Trotz aller Belastungen und daraus resultierenden gesundheitlichen Einschränkungen ist das pflegerische Selbstverständnis immer noch sehr patientenfreundlich. Die Identifizierung mit dem Beruf hält immer noch an und die vielfach geäußerten oder unterstellten Berufswechselwünsche werden effektiv nicht in dem befürchteten oder viel beschriebenen Ausmaß umgesetzt.

7 Veränderung der Versorgungsqualität

Bei der Betrachtung der Versorgungsqualität wird allgemein zwischen drei Dimensionen unterschieden: a) Strukturqualität, b) Prozessqualität und c) Ergebnisqualität. Die Strukturqualität ist in großen Teilen durch die Kapitel 4 und 0 beschrieben worden. Über die Messbarkeit und Bewertung von Ergebnisqualität ist sich die Pflegewissenschaft selbst noch nicht einig. Messungen des Zustands der Patienten (z. B. nach ICF) zu Beginn und am Ende der stationären Aufenthaltszeit finden in aller Regel nicht statt (Hunstein et al. 2006). Für eine Messung spezieller Aspekte der Pflegequalität wäre dies allerdings erforderlich. Als Indikatoren gelten beispielsweise Inzidenzen von Dekubitus, chronische Wunden, Infektionen usw. Auf diese Art der Ergebnisqualität kann hier im Weiteren nicht eingegangen werden. Es lässt sich aber anhand anderer Studien feststellen, dass die pflegerische Ergebnisqualität in deutschen Krankenhäusern relativ gut ist. Bezüglich der Inzidenz von Infektionen schneiden deutsche Krankenhäuser im Vergleich zu Krankenhäusern in Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien und den USA relativ gut ab. Nur 3% der Befragten aus Deutschland in einer international vergleichenden Studie gaben an, sich im Krankenhaus eine neue Infektion zugezogen zu haben. In den Vergleichsländern schwankten die Werte zwischen 7% und 10% (Schoen et al. 2005: 513).

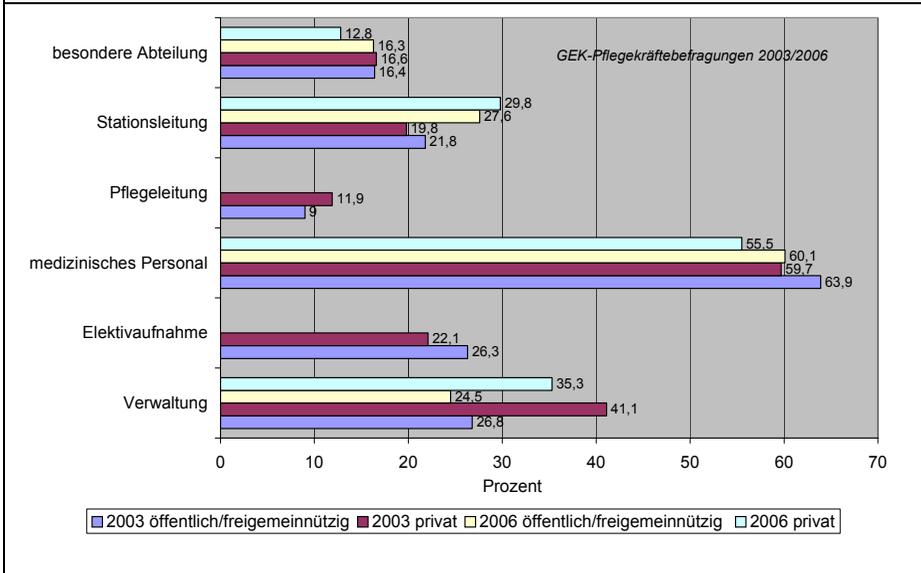
Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt weder in der Beschreibung der Strukturqualität noch der Ergebnisqualität, sondern in der Beschreibung der Pflegeprozesse und damit der Prozessqualität. Der aktive Prozess der Pflege im Krankenhaus beginnt bei der Aufnahme und endet mit der Entlassung. Alle Kontakte der Pflegekräfte mit den Patienten, die in diesem Zeitraum anfallen, sind Bestandteil des Pflegeprozesses und somit der Pflegequalität.

7.1 Aufnahme

Die Aufnahme ins Krankenhaus oder das Belegungsmanagement spielen unter DRG-Bedingungen eine für die Zielgenauigkeit und die finanzielle Seite der Behandlung wichtiger werdende Rolle. Unter falschen Annahmen oder aufgrund falscher oder verzögerter Diagnostik nicht richtig klassifizierte oder zügig genug behandelte Patienten können das Krankenhaus Geld kosten und meist auch den Heilungs- oder Lindnungsprozess für den Patienten verzögern. Da daher der Aufnahmeprozess immer weniger dem Zufall überlassen werden sollte, fragten wir 2003 wie 2006 danach, wer die Aufnahme und das Belegungsmanagement in ihrer Station oder ihrem Haus steuerte.

In der Abbildung 48 haben wir Angaben zur Wahrnehmung der Pflegekräfte zusammengestellt und dabei gleich danach unterschieden, ob die Pflegekräfte in einerseits öffentlichen oder freigemeinnützigen oder andererseits privaten Krankenhäusern arbeiteten.

Abbildung 48: Träger der Steuerung von Aufnahme und Belegung in öffentlich/ freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich)

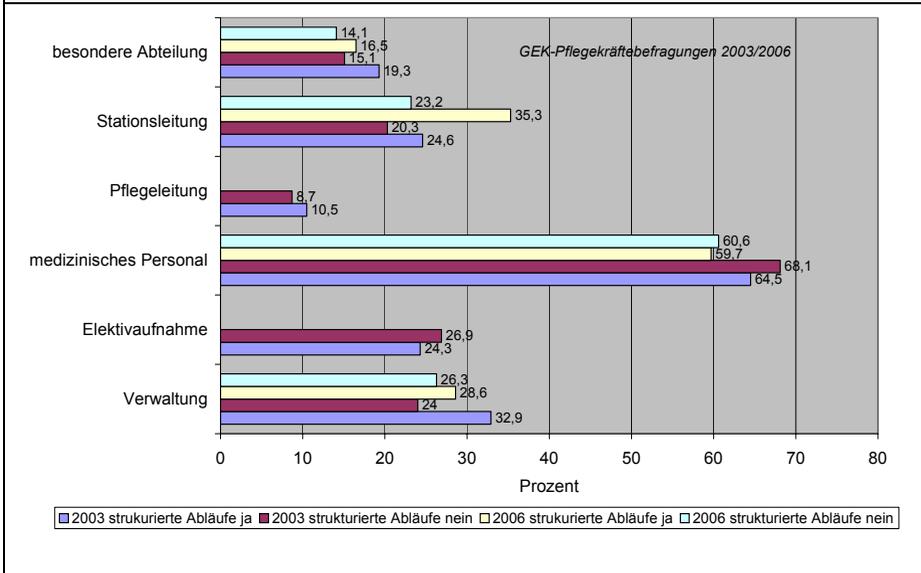


Zu den wichtigsten Ergebnissen gehören aus Sicht der Pflegekräfte:

- In beiden Befragungsjahren spielt das medizinische Personal bei der Aufnahme und Belegung eine dominierende Rolle. Dieser Anteil geht allerdings in beiden Krankentypen zurück – am stärksten in den privaten Kliniken.
- In beiden Jahren steuert insbesondere in privaten Krankenhäusern die Verwaltung in 35% bis knapp über 41% der Krankenhäuser kräftig bei der Aufnahme und Belegung mit.
- Gleichzeitig spielen die Stationsleitungen eine zwar insgesamt kleinere, aber zwischen 2003 und 2006 erheblich zunehmende Rolle bei diesen Steuerungsangelegenheiten.
- Besondere Abteilungen zur Steuerung des Aufnahmegeschehens werden nur von relativ wenigen der befragten Pflegekräfte genannt, wobei sich deren Anteil nicht sonderlich verändert hat.

Interessant ist zusätzlich, ob sich an der Präsenz dieser Steuerungsakteure etwas ändert, wenn man berücksichtigt, ob strukturierte Abläufe vorhanden sind oder nicht. Der dazu geeignete Indikator ist die „Existenz oder Nichtexistenz klarer und koordinierter Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung“. Wenn man so will, überprüft diese Analyse auch ein wenig die Beschaffenheit der strukturierten Abläufe, nämlich den Beginn der Strukturierung im Bereich der Aufnahme.

Abbildung 49: Träger der Steuerung von Aufnahme und Belegung in Krankenhäusern mit und ohne strukturierte Behandlungsabläufe 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich)

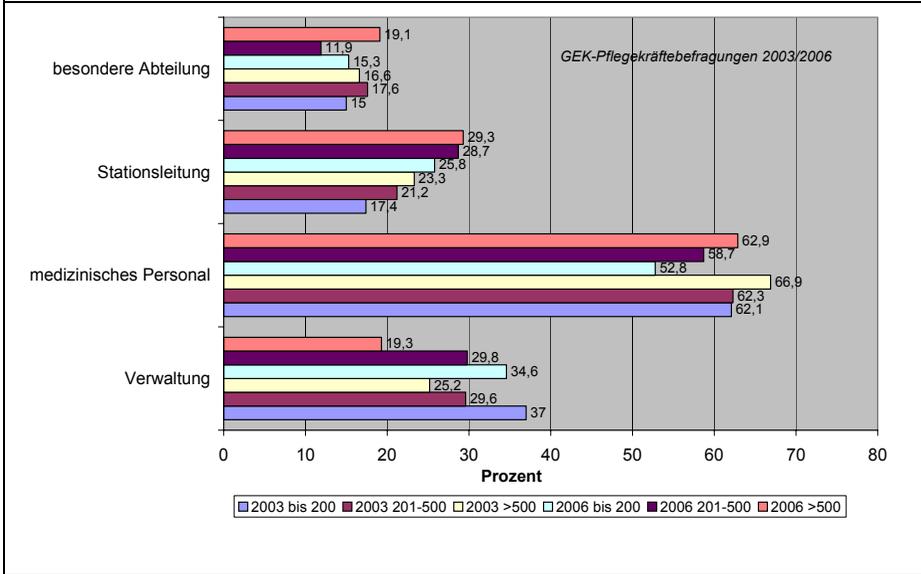


In der Abbildung 49 fällt auf, dass in Krankenhäusern, in denen es in der Wahrnehmung der Pflegekräfte strukturierte Behandlungsabläufe gibt, in beiden Befragungsjahren die Verwaltung und die Stationsleitungen eine leicht stärkere Rolle spielen als in Häusern ohne strukturierte Abläufe. Interessant ist, dass dies mit allerdings geringen Unterschieden bei der Beteiligung der Ärzte an der Aufnahme und Belegung genau andersherum aussieht: Die Ärzte in Häusern ohne strukturierte Abläufe sind stärker an der Aufnahme beteiligt als ihre Kolleginnen und Kollegen in Häusern mit strukturierten Abläufen. Auffällig ist außerdem die in Häusern mit strukturierten Abläufen etwas häufigere Beteiligung von „besonderen Abteilungen“ am Aufnahmegeschehen. Aber auch dort spielen gesonderte Einrichtungen eine weit geringere Rolle als die traditionellen Träger dieser Aktivitäten.

Ob sich die Verteilung der Aufnahmarbeit auch mit der Größe des Krankenhauses verändert, zeigt die Abbildung 50. In ihr sind alle Krankenhäuser in drei Größenklassen aufgeteilt worden, die von klein (bis 200 Betten) über mittel (201 bis 500 Betten) bis groß (über 500 Betten) reichen.

Die Untersuchung fördert einige Zusammenhänge zwischen Krankenhausgröße und Aufgabenverteilung im Aufnahmebereich zu Tage: Je kleiner das Krankenhaus in beiden Jahren ist, desto größer ist der Anteil der Verwaltung an der Belegung und umgekehrt. Dagegen übernimmt wiederum in beiden Untersuchungsjahren ein mit der Bettenanzahl wachsender Teil des medizinischen Personals die Belegungsarbeit im

Abbildung 50: Träger der Steuerung von Aufnahme und Belegung nach Bettenanzahl (ausgewählte Träger) 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich)



Krankenhaus – wobei das Gewicht der Ärzte auch hier sichtbar in allen Größenklassen zurückgeht. Auch die Beteiligung der Stationsleitung wächst mit der Größe des Krankenhauses. Die Häufigkeit mit der besondere Abteilungen als Steuerungseinheit für die Belegung genannt werden, ist in den großen Krankenhäusern auf 19% gestiegen.

Bei der multivariaten Analyse der wesentlich bei der Aufnahme und Steuerung der Belegung beteiligten Akteure zeigen sich folgende Zusammenhänge:

- Das medizinische Personal ist in privaten Krankenhäusern etwas weniger beteiligt, was auch für Häuser mit bis zu 200 Betten und die Geburtshilfe-Abteilung gilt. Dort wo es Entlassungsmanagement und Kurzzeitabteilungen gibt, in Kliniken mit mehr als 1.000 Betten, in der Neurologie und aus der Sicht von Krankenschwestern sind Ärzte dagegen mehr an diesem Geschehen beteiligt.
- Die Verwaltung ist erwartungsgemäß in privaten Krankenhäusern mehr bei Aufnahme und Belegung bestimmend (um neun Prozentpunkte) und auch dort, wo es Case Management gibt. In Kliniken mit mehr als 500 Betten ist die Steuerung durch die Verwaltung um zehn Prozentpunkte geringer als in kleineren Häusern und auch aus Sicht der leitenden Pflegekräfte steuert die Verwaltung weniger als aus Sicht der Basispflegekräfte.
- Den mit 22 Prozentpunkten größten statistisch signifikanten Verlust an Steuerungsfunktion in diesem Bereich hat zwischen den beiden Befragungsjahren die Pflegeleitung. Eine geringere Bedeutung hat diese Gruppe auch aus Sicht

Tabelle 37: Regressionsmodelle, wer die Aufnahme und Belegung im Krankenhaus steuert

	Med. Personal	Verwaltung	Pflegeleitung
(Konstante)	0,52 ***	0,29 ***	0,14 ***
Welle 2006			-0,22 ***
Privates Krankenhaus	-0,07 ***	0,09 ***	
Berufserfahrung			-0,08 ***
Entlassmanagement	0,05 **		
Bis 200 Betten	-0,05 **		
Über 500 Betten		-0,10 ***	-0,06 **
Über 1000 Betten	0,08 ***		
Leitende Pflegekraft		-0,08 ***	0,07 ***
Case Management		0,06 **	
Kurzzeitabteilung	0,08 ***		
Neurologie	0,06 ***		
Geburtshilfe	-0,09 ***		
Krankenschwester	0,05 **		

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; in das Modell gingen insgesamt folgende Merkmale ein: Welle 2006, Belastungen, Ressourcen, Berufserfahrung, Entlassungsmanagement, Case Management, Nur Tagschicht, Nur Nachtschicht, Neurologie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Andere Fachabteilungen, Leitende Pflegekraft, Krankenschwester, Poststationäre Abteilung, Kurzzeitabteilung, Bis 200 Betten, Über 500 Betten, Über 1000 Betten, Ostdeutschland, Privater Krankenhausträger; in die Tabelle gehen nur die Merkmale ein, für die es mindestens einen statistisch signifikanten Wert < 5% gibt; Referenzkategorien: Berufserfahrung bis fünf Jahre, kein Entlassungsmanagement, keine poststationäre Abteilung, alle anderen Abteilungen, männliche Pflegekräfte, alle anderen Bettenanzahlen, über 30 Jahre alt, keine Kurzzeitabteilung, Basispflegekraft, nicht-private Krankenhäuser.

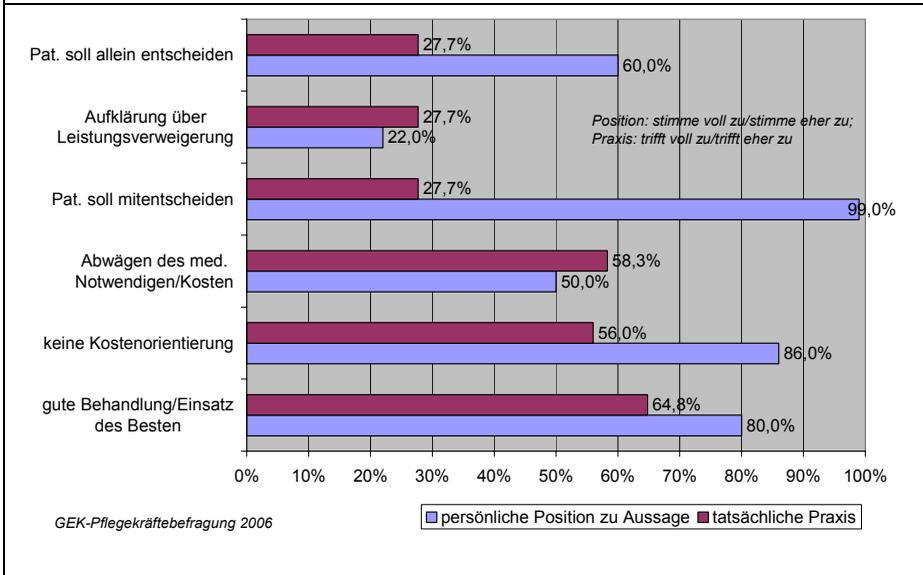
der berufserfahrenen und/oder in Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten arbeitenden Pflegekräfte. Einen höheren Beitrag zur Steuerung liefert die Pflegeleitung aus Sicht der leitenden Pflegekräfte, also einer praktisch stark identischen Gruppe.

7.2 Erwartungen an die medizinischen Versorgung und die tatsächliche Praxis

Angesichts der immer wieder beobachtbaren hohen ethischen und professionellen Maßstäbe und Erwartungen der Pflegekräfte haben wir sie 2006 nicht nur nach dem Soll bzw. den persönlichen Erwartungen im Bereich der medizinischen und psychosozialen Versorgung gefragt, sondern auch nach dem Ist bzw. der tatsächlichen Praxis.

Für den Vergleich haben wir im Bereich der Soll-Fragen die Antwortmöglichkeiten „stimme voll zu“ und „stimme eher zu“ zusammengefasst. Bei der tatsächlichen Praxis sind die Antwortmöglichkeiten „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ zusammengefügt.

Abbildung 51: Vergleich von Erwartungen und tatsächlicher Praxis im Bereich der medizinischen Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte 2006



Ein erster Blick auf die Antworten zu den Fragen nach wesentlichen Elementen der medizinischen Versorgung belegt das eingangs erwähnte hohe Erwartungsniveau der Pflegekräfte. Dies trifft besonders auf folgende Aussagen zu:

- Der Patient solle über Behandlungsmöglichkeiten mitentscheiden können (99,1 % Zustimmung);
- es müsse alles getan werden, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Belange sollten nachrangig berücksichtigt werden (86,5 %);
- gute Behandlung bedeute den Einsatz der besten medizinischen Experten, Präparate und Geräte (80 %);
- der Patient müsse nach ausreichender Information alleine entscheiden und die Verantwortung tragen (60,8 %).

Diesen hohen Erwartungen stehen aber auch einige Merkmale gegenüber, bei denen die Pflegekräfte deutlicher weniger engagiert sind. Dazu zählen etwa

- die Notwendigkeit, das medizinisch und pflegerisch Notwendige und die Kosten gegeneinander abzuwägen (50,6 %);
- die Position, dass Patienten einsehen müssen, dass manche Behandlung zu teuer ist bzw. dass sie darüber aufgeklärt werden müssen, wenn eine bestimmte Behandlung aus Kostengründen nicht erbracht werden kann (22,2 %).

Streng genommen passt die Soll- nicht vollständig zu der Ist-Frage. Da beide Fragen sich aber auf ein und dasselbe Problem richten, sind sie hier zusammengestellt worden. Der vergleichende Blick offenbart mehrere bemerkenswerte Diskrepanzen oder Dissonanzen:

- Die größten Erwartungs-/Praxisdifferenzen gibt es bei den beiden Varianten, in denen es um die Beteiligung der Patienten an Entscheidungen über ihre Behandlung geht. Hier hinkt die Praxis erheblich hinter den Erwartungen oder Wunschvorstellungen der Pflegekräfte hinterher.
- Die zweitgrößte Differenz gibt es, wenn es um die Nachrangigkeit der Behandlungskosten geht. Diese spielen aus Sicht der Pflegekräfte zwar bei 56 % von ihnen keine primäre Rolle, aber bei den restlichen 44 % offensichtlich doch. Rund 30 % der Pflegekräfte (Differenz von Soll und Ist-Werten) erleben also im ökonomischen Bereich eine massive Dissonanz.
- Etwas geringer, aber immer noch spürbar ist die Dissonanz bei dem Postulat über den Inhalt guter Behandlung. Knapp 65 % meinen, ihre Praxis folge dieser Leitschnur, 80 % erwarteten dies aber. 15 % der Pflegekräfte leben also auch hier unter dissonanten Bedingungen.
- Genau umgekehrt, aber möglicherweise nicht weniger problematisch, liegt das Verhältnis von Erwartung zur tatsächlichen Praxis bei der Forderung nach Kostenrealismus und -aufklärung sowie dem Abwägen von medizinisch Notwendigem mit den Kosten. Bei jeweils rund 10 % der Pflegekräfte spielen diese Behandlungs- und Versorgungsgepflogenheiten eine größere praktische Rolle, als sie sie erwarten würden.

Die bisher untersuchten und verglichenen Soll- und Ist-Vorstellungen der Pflegekräfte sind aber bei genauerem Hinsehen nicht durchgängig homogen, d. h. auch die erfahrenen Diskrepanzen nicht immer.

Dies zeigt sich, wenn man die Befragten nach ihrem Lebensalter, der Berufserfahrung und dem Trägertyp ihres Krankenhauses unterscheidet.

Bei den persönlichen Bewertungen der Aussagen zur medizinischen Versorgung gibt es folgende statistisch signifikante Unterschiede:

- Mehr Berufsanfänger und -einsteiger als „alte Hasen“ stimmen dem formulierten Bild von guter Behandlung zu; diese Unterschiede gibt es erwartungsgemäß auch zwischen bis zu 39 Jahre alten Pflegekräften und älteren Kolleginnen und Kollegen.
- Ähnlich sieht es bei der Position aus, dass alles getan werden muss, was gesundheitlich notwendig ist und die Kosten nachrangig sind, wo beispielsweise noch rund 95 % der Befragten mit einer Berufsdauer bis zu fünf Jahren zustimmen und alle anderen Pflegekräfte nur noch zu rund 85 %.
- Bei der Aussage, die Patienten müssten einsehen, dass manche Behandlung zu teuer ist, stimmten dagegen knapp 19 % der Berufsanfänger aber fast 25 % der Pflegekräfte mit mehr als 15 Jahren Berufserfahrung zu. Dies wird durch ähnliche Unterschiede je nach Lebensalter unterstrichen.

- Der Trägertyp spielt nur bei der Aussage, wirtschaftliche Fragen sollten gegenüber gesundheitlichen Notwendigkeiten nachrangig berücksichtigt werden, eine signifikante Rolle. Dem stimmten 91,3 % der in privaten, aber „nur“ 84,2 % der Pflegekräfte aus öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern zu.

Bei der tatsächlichen Praxis zeigen sich folgende signifikante Unterschiede:

- Die Übernahme von mehr Verantwortung durch Patienten gehört für 32,7 % der in privaten Krankenhäusern tätigen und für 26,4 % der in öffentlich/freigemeinnützigen Kliniken arbeitenden Pflegekräfte zur Praxis.
- Die definierte beste Behandlung entspricht der tatsächlichen Praxis von 60,3 % der Berufsanfänger, von 56,9 % der sechs bis 15 Jahre pflegerisch Tätigen und von 70,1 % der über 15 Jahre Tätigen. Diese mit Berufsdauer assoziierten Schwankungen finden sich auch, wenn man die Antworten der bis zu 39 Jahre alten Pflegekräfte mit denen der Älteren vergleicht.
- Auch bei der Frage, ob sich die Versorgung in der Praxis nach den Kosten richtet, scheiden sich die Geister entlang dem Alter: Ältere Pflegekräfte sehen das weit häufiger so als jüngerer (59,7 % zu 52,4 %).
- Auch die Praxis, Patienten darüber aufzuklären, wenn eine bestimmte Behandlung aus Kostengründen nicht erbracht werden kann, trifft nach Meinung älterer und berufserfahrener Pflegekräfte eher zu als für jüngere und Berufsanfänger.

Da davon ausgegangen werden kann, dass ausgeprägte Diskrepanzen oder Dissonanzen zwischen Erwartungen und Zielsetzungen und tatsächlicher Praxis auf Dauer nachteilige Wirkungen auf die „Stimmungslage“ und die Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte haben, untersuchen wir für zwei Aspekte, nämlich dass jedem Patienten die bestmögliche Versorgung gewährt wird und dass wirtschaftliche Fragen bzw. Kosten keine oder eine nachrangige Rolle spielen sollten, welche Teilgruppen der Pflegekräfte eine besonders große Diskrepanz aufweisen.

Bei einer durchschnittlichen Diskrepanz von 15 % beim Indikator der bestmöglichen Versorgung liegen Pflegekräfte mit einer Berufspraxis bis 15 Jahren deutlich höher und ihre Kolleginnen und Kollegen mit mehr als 15 Jahren Praxis deutlich niedriger. Entsprechende Unterschiede finden sich auch, wenn man die Pflegekräfte nach ihrem Lebensalter unterscheidet. Eine geringere Diskrepanz von 9 % gibt es auch noch bei den ostdeutschen Pflegekräften. Pfleger haben mit 23 % eine wesentlich größere Differenz als Krankenschwestern (13 %).

Während sich Wunsch und Wirklichkeit bei der Vorrangigkeit des gesundheitlich Notwendigen gegenüber den Kosten durchschnittlich um 30 % unterscheiden, sind es erneut die Berufsanfänger mit 35 % sowie die Pflegekräfte im Alter bis 39 Jahre und die in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräfte mit ebenfalls 35 %, die größere Diskrepanzen erfahren. Auch öffnet sich die Schere bei den Krankenschwestern (32 %) wesentlich weiter als bei den Krankenpflegern (23 %). Dies hängt im konkreten Fall natürlich auch davon ab, dass männliche Pflegekräfte bereits ein niedrigeres Erwartungsniveau haben.

7.3 Erwartungen an die psychosoziale Versorgung und die tatsächliche Praxis

Wahrscheinlich noch mehr als die Aspekte der medizinischen Versorgung spielen die der psychosozialen Versorgung von Krankenhauspatienten bei Pflegekräften eine gewichtige Rolle. Dies entspringt ihrer objektiven Präsenz im Behandlungsprozess: Sie sind Angehörige der Berufsgruppe, die am intensivsten und häufigsten Kontakte und Beziehungen mit Patienten hat.

Aus den sieben bzw. sechs Fragen, die wir zum Soll und der tatsächlichen Praxis der psychosozialen Versorgung gestellt haben, können wir hier nur drei aufeinander beziehen. Auch hier sind jeweils zwei Antwortmöglichkeiten zusammengefasst worden.

Wiederum wird ein hohes Niveau der Erwartungen deutlich. Dies lässt sich beispielsweise daran ablesen, dass 95 % der Befragten der Aussage zustimmen, zur Behandlung sollte grundsätzlich eine soziale und emotionale Zuwendung gehören.

Rund 60 % der Pflegekräfte erwarten allerdings, dass Patienten mehr Verständnis für den Zeitdruck haben, unter dem Pflegekräfte zu arbeiten haben.

31 % der Pflegekräfte stimmen aber auch der Aussage zu, die soziale und emotionale Zuwendung sollte eher eine Aufgabe der Angehörigen oder nahe stehender Personen der Patienten sein.

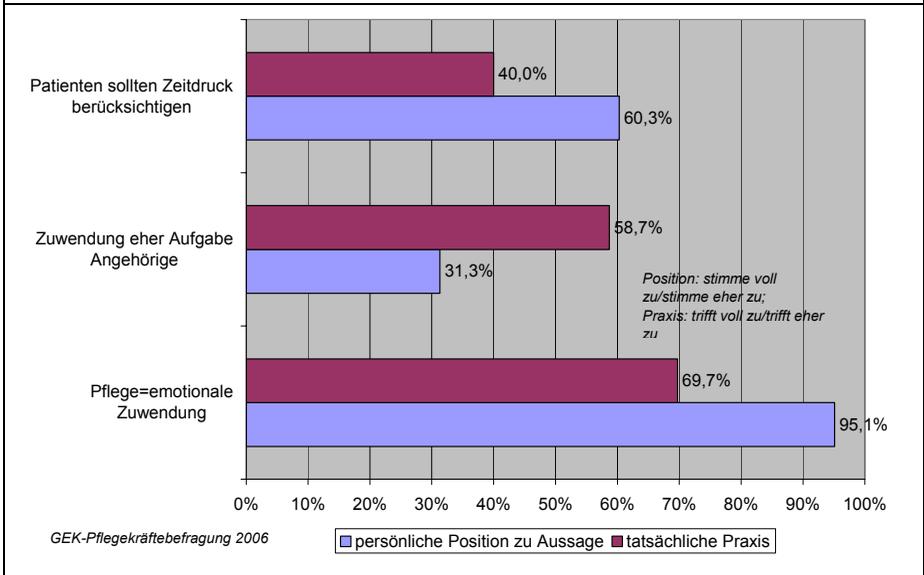
Auch hier gibt es Diskrepanzen und möglicherweise Dissonanzen unterschiedlicher und erheblicher Art: Die Wirklichkeit von Pflege als grundsätzlich soziale und emotionale Zuwendung sieht schlechter aus. Nur noch knapp 70 % der Pflegekräfte, also eine um 25 Prozentpunkte kleinere Gruppe, sehen ihr leitendes Verständnis in ihrer tatsächlichen Praxis umgesetzt bzw. erfahren es als umsetzbar.

Rund 20 Prozentpunkte Unterschied liegen zwischen Erwartung und Wirklichkeit beim erhofften Verständnis der Patienten für den Zeitdruck unter dem die Pflegekräfte arbeiten müssen. Wesentlich mehr Pflegekräfte, nämlich 59 % statt der 31 %, die einer solchen Position zustimmen, erleben, dass die psychosoziale Zuwendungsarbeit tatsächlich von Angehörigen geleistet wird.

Wie bereits bei den Aussagen und der Praxis medizinischer Versorgung zeigen die Vergleiche der Antworten unterschiedlicher Teilgruppen der Pflegekräfte eine Reihe signifikanter Erwartungs- und Erfahrungsunterschiede.

- Pflegekräfte mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung stimmen der Aussage, soziale und emotionale Zuwendung solle eher Aufgabe der Angehörigen des Patienten sein, mit 37,7 % häufiger zu als die über 15 Jahre tätigen Pflegekräfte mit 28,2 %. Ähnliche Unterschiede gibt es, wenn man die Befragten in unter und über 39-Jährige aufteilt (34,9 % gegenüber 27,4 %).
- Verständnis für den Zeitdruck erwarten auch signifikant mehr Berufsanfänger und jüngere Pflegekräfte sowie mehr in öffentlich/freigemeinnützigen als in privaten Krankenhäusern tätige Pflegekräfte.

Abbildung 52: Vergleich von Erwartungen und tatsächlicher Praxis im Bereich der psychosozialen Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte 2006

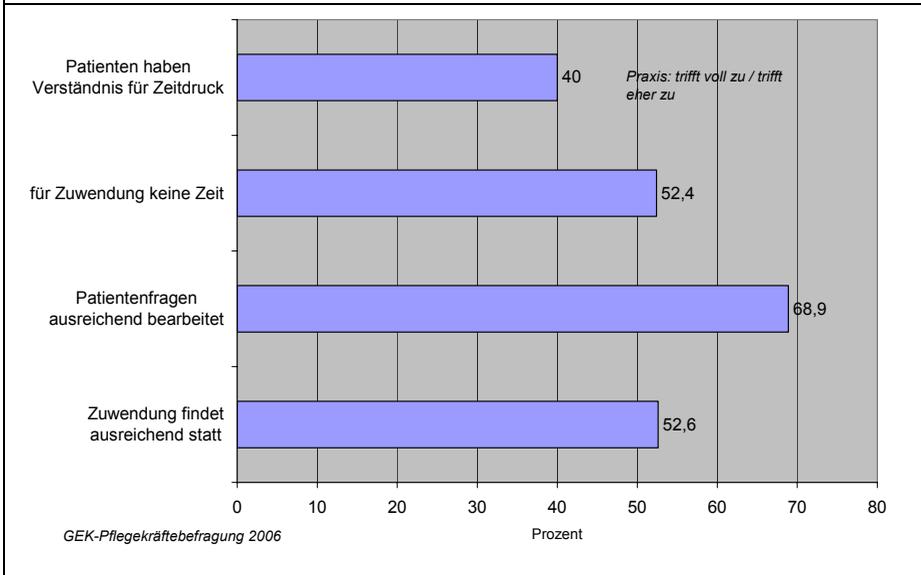


Auch die tatsächliche Praxis unterscheidet sich je nach Lebens- und Berufsalter und Trägertyp des Krankenhauses bei mehreren Aspekten signifikant:

- Deutlich mehr Berufsanfänger (79,4%) als „ältere“ (65,8%) oder „alte Hasen“ (71%) sagen, in ihrer Praxis würde Behandlung grundsätzlich durch soziale und emotionale Zuwendung begleitet.
- Ähnlich sieht es aber gleichzeitig bei der Praxis aus, dass die Zuwendungsarbeit von Angehörigen geleistet wird.
- Dass Patienten tatsächlich Verständnis für den Zeitdruck haben, wird aber eher von berufserfahrenen oder älteren Pflegekräften gesagt.
- Zwischen öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern gibt es keine Unterschiede.

Auch hier gibt es deutliche Unterschiede bei den Diskrepanzen zwischen Erwartungen und tatsächlicher Praxis und den möglicherweise daraus erwachsenden Belastungen der Pflegekräfte. Bei der sozialen und emotionalen Zuwendung beträgt die Differenz von Wunsch und Wirklichkeit rund 25%. Eine höhere Differenz erfahren Pflegekräfte in Kliniken mit mehr als 500 Betten (34%) und in Einrichtungen, in denen es kein funktionierendes Entlassungsmanagement gibt (30%). Deutlich weniger Differenzen gibt es in kleinen Krankenhäusern mit bis zu 200 Betten (14%), bei Berufsanfängern (16%) und Kliniken mit funktionierendem Entlassungsmanagement. Bei Krankenschwestern liegen Erwartungen und Praxis deutlich näher beieinander, nämlich bei 13%, als bei den Pflegern mit 23%.

Abbildung 53: Weitere Merkmale der tatsächlichen Praxis der psychosozialen Versorgung im Krankenhaus aus Sicht der Pflegekräfte 2006



Weiter als im Durchschnitt (27%) klaffen niedrigere Erwartungen und tatsächlich verbreitete Praxis bei der verstärkten Einbeziehung der Angehörigen in die Zuwendungsarbeit bei Pflegekräften in Ostdeutschland (35%) und in Kliniken mit über 500 Betten (30%) auseinander. Geringer fallen die Differenzen vor allem in Hospitälern mit bis zu 200 Betten (20%) aus.

Der Unterschied zwischen der Erwartung, die Patienten sollten den Zeitdruck, der in der Pflegetätigkeit herrscht, berücksichtigen, und der Häufigkeit, mit der dies die Pflegekräfte wirklich erfahren, beträgt im Durchschnitt 20%. Jüngere Pflegekräfte (28%) und Berufsanfänger (32%) erleben deutlich höhere Unterschiede, während bei den jeweils älteren Pflegekräften sowie ihren ostdeutschen (9%) und in privaten Krankenhäusern (10%) beschäftigten Kolleginnen und Kollegen eine kleinere Lücke existiert.

Sowohl bei den Erwartungen als auch bei der tatsächlichen Praxis der psychosozialen Versorgung im Krankenhaus wurden die Pflegekräfte noch nach einigen weiteren Merkmalen und Bedingungen gefragt. Diese Merkmale können nicht aufeinander bezogen werden und werden deshalb gesondert dargestellt. Sie liefern zusätzlich interessante Einblicke in die Vorstellungs- und Erfahrungswelt der Pflegekräfte. Die Einstellungen wurden schon in Kapitel 6.4.3 „Selbstbild der Pflegekräfte“ dargestellt.

Bei der Bewertung der tatsächlichen Praxis der Zuwendungsarbeit teilen sich die Pflegekräfte ziemlich genau in zwei gleich große Lager: Rund 52% nehmen ihren

Alltag so wahr, dass die soziale und emotionale Zuwendung ausreichend stattfindet. Gleichzeitig trifft für wiederum rund 52 % zu, dass „man aufgrund sonstiger Belastungen praktisch nie Zeit“ für diese Formen der Zuwendung habe. Wie die gleichzeitige Zustimmung zu zwei in der Tendenz gegenläufigen Fragen zustande kommt, kann innerhalb der Befragung nicht geklärt werden. Dies könnte aber u. a. an stark schwankenden Erfahrungen liegen.

Weniger hin- und hergerissen sind die Pflegekräfte aber bei der Frage, ob in ihrem Arbeitsalltag auf Fragen der Patienten ausführlich und umfassend eingegangen wird: Fast 69 % sagten, dies träfe bei ihnen voll oder eher zu.

Dem hohen Anteil der Pflegekräfte, die überzogene Erwartungen bei Patienten erwarteten, stehen 40 % von ihnen gegenüber, die alltäglich erfahren, dass Patienten Verständnis für den Zeitdruck zeigen, unter dem Pflegekräfte arbeiten müssen.

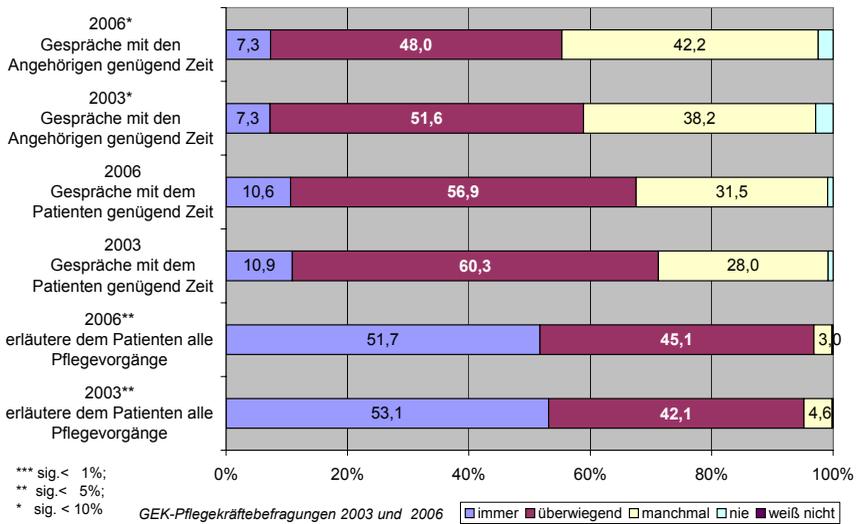
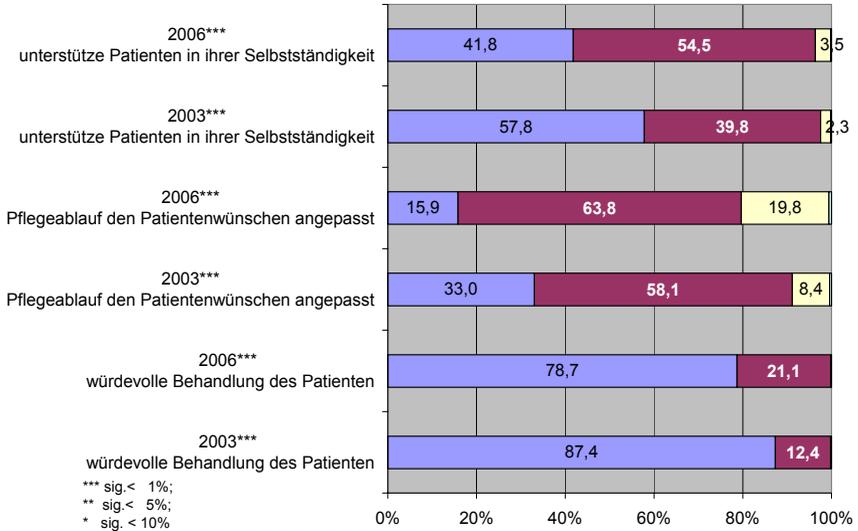
Für den Zeitraum zwischen 2003 und 2006 berichten die Pflegekräfte einige größere Veränderungen für die eigene Pflgetätigkeit. Die Signifikanzangaben beziehen sich hier auf Unterschiede der Antworten zwischen den Befragungsjahren.

Bei drei der sechs abgefragten Merkmale, die im ersten Teil der Abbildung 54 zusammengestellt sind, beruht dies auf der jeweils kräftigen Abnahme des Anteils derjenigen Pflegekräfte, die diese einzelnen Tätigkeiten „immer“ machten. Dies führt dann entweder zu einer relativen Zunahme der Pflegekräfte, die „überwiegend“ in der erfragten Art und Weise tätig waren oder auch, wie bei der Anpassung des Pflegeablaufs an die Patientenwünsche zu einer kräftigen Zunahme der Pflegekräfte, die dies nur „manchmal“ machten. Angesichts der berufsethisch zentralen Bedeutung eines würdevollen Umgangs der Pflegekräfte mit den Patienten stellt die Abnahme der Gruppe von Pflegekräften, die dies „immer“ in ihrer persönlichen Pflgetätigkeit gewährleistet sahen, von rund 87 % auf 79 % eine der bemerkenswertesten Veränderungen dar.

Der Anteil der Pflegekräfte, die immer oder überwiegend Zeit haben, mit Patienten oder Angehörigen zu sprechen, sinkt leicht. Der Anteil der Pflegekräfte, die immer oder überwiegend dem Patienten alle Pflegevorgänge erläutern, steigt von 2003 bis 2006 leicht an.

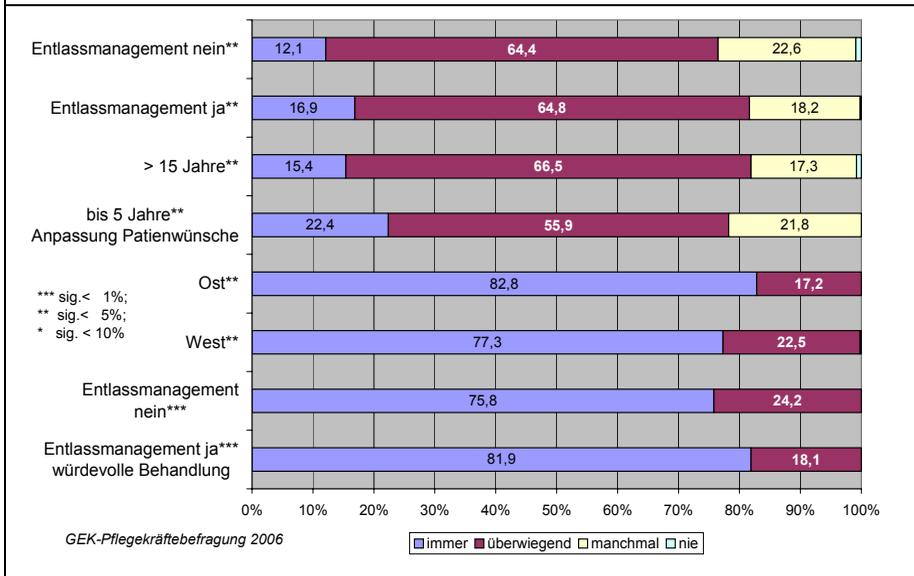
In Hinblick auf die Art der persönlichen Pflgetätigkeit gibt es kaum Unterschiede zwischen öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern. Die einzige, allerdings nicht besonders prägnante oder signifikante Veränderung ist die einer Annäherung der Ausprägung einiger Pflegemerkmale in öffentlich/freigemeinnützigen an die Praxis in privaten Krankenhäusern. So sagen 2006 rund 79 % aller Pflegekräfte in den beiden Krankhaustypen, sie passten „immer“ oder „überwiegend“ den Pflegeablauf an die Patientenwünsche an, was 2003 noch 89 % der in privaten und 91 % der in öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern tätigen Pflegekräfte angaben. Während 2003 noch 72 % aller Pflegekräfte in öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern sagten, sie nähmen sich „immer“ oder „überwiegend“ Zeit für Gespräche mit Patienten, waren es 2006 noch 66 % dieser Gruppe. Damit lagen sie unterhalb des in beiden Jahren konstanten Anteils von 67 % mit einer derartigen Pflegepraxis in privaten Kliniken.

Abbildung 54: Wirklichkeit der eigenen Pfl egetätigkeit der Pflegekräfte 2003 und 2006



Die Art der persönlichen Pfl egetätigkeit unterscheidet sich jedoch relativ stark nach der Dauer der Berufsausübung (bis zu fünf Jahre und über 15 Jahre), Region (West- und

Abbildung 55: Wirklichkeit der eigenen Pfl egetätigkeit der Pfl egekräfte in individuell und strukturell ausgewählten Teilgruppen bei der würdevollen Behandlung der Patienten und der Anpassung der Pfl ege an Patientenwünsche – 2006



Ost-Deutschland) sowie der Existenz oder dem Fehlen eines funktionierenden Entlassungsmanagements (ja und nein). Dies haben wir für 2006 untersucht.

In Abbildung 55, Abbildung 56 und Abbildung 57 sind nur Werte für mögliche erklärende individuelle oder strukturelle Bedingungen enthalten, die statistisch signifikant sind.

Die hervorstechenden Ergebnisse dieser Analysen lauten:

- Alle ausgewählten Aspekte und Bestandteile der Pfl egetätigkeit werden von signifikant mehr Pfl egekräften, die in einem Krankenhaus mit funktionierendem Entlassungsmanagement arbeiten, „immer“ oder zumindest „überwiegend“ verwirklicht.
- Mehr ost- als westdeutsche Pfl egekräfte können ihre Patienten „immer“ würdevoll behandeln.
- Mehr Berufsanfänger oder -einsteiger als „alte Hasen“ passen den Pfl egeablauf „immer“ an die Patientenwünsche an, unterstützen Patienten in ihrer Selbständigkeit oder erläutern den Patienten Pfl egevorgänge.
- Geht es um ausdrückliche Patienten- oder Angehörigengespräche, kehren sich die Verhältnisse um: In beiden kommunikativen Bereichen sagen mehr „alte Hasen“ als Berufsanfänger, sie würden „immer“ oder „überwiegend“ derartige Gespräche in ihrem Pfl egealltag durchführen.

Abbildung 56: Wirklichkeit der eigenen Pflegetätigkeit in Teilgruppen bei der Erläuterung von Pflegevorgängen und der Unterstützung von Selbständigkeit – 2006

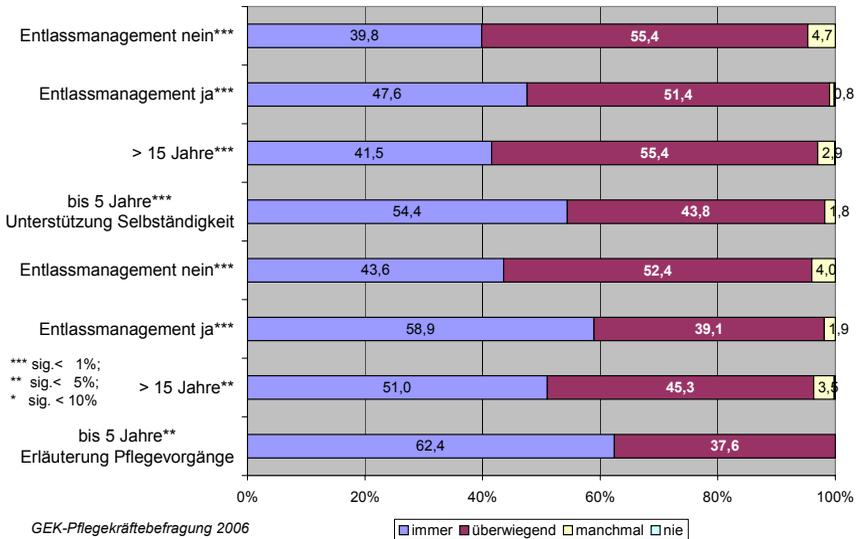


Abbildung 57: Wirklichkeit der eigenen Pflegetätigkeit in Teilgruppen bei Patienten- und Angehörigengesprächen – 2006

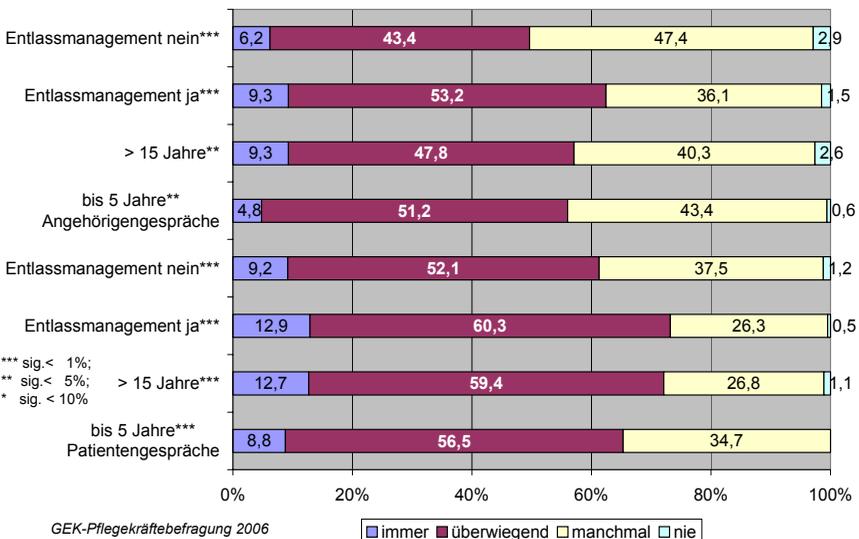


Tabelle 38: Regressionsmodelle für ausgewählte Merkmale der eigenen Pfllegetätigkeit

	Patienten- wünsche	Selbst- ständigkeit	Erläute- rungen	Patienten- gespräche	Angehörigen- gespräche
(Konstante)	0,79 ***	0,94 ***	0,90 ***	0,41 ***	0,35 ***
Welle 2006	-0,16 ***		0,05 **		
Belastungen				-0,12 ***	-0,08 ***
Ressourcen	0,14 ***	0,10 ***	0,16 ***	0,24 ***	0,23 ***
Privates Krankenhaus			-0,07 ***		
Berufserfahrung	-0,08 ***				
Bis 200 Betten				0,07 ***	0,08 ***
Poststationäre Abteilung				0,10 ***	
Bis 29 Jahre	0,12 ***		-0,04 **	0,06 ***	
Innere		-0,04 ***		-0,07 **	-0,05 **
Ost				-0,04 **	
Geburtshilfe				0,04 **	

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; in das Modell gingen insgesamt folgende Merkmale ein: Welle 2006, Belastungen, Ressourcen, Berufserfahrung, Entlassungsmanagement, Case Management, Nur Tagschicht, Nur Nachtschicht, Neurologie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Andere Fachabteilungen, Leitende Pflegekraft, Krankenschwester, Poststationäre Abteilung, Kurzzeitabteilung, Bis 200 Betten, Über 1000 Betten, Ostdeutschland, Privater Krankenträger; in die Tabelle gehen nur die Merkmale ein, für die es mindestens einen statistisch signifikanten Wert < 5% gibt; Referenzkategorien: Welle 2003, Nicht-private Krankenhäuser, Berufserfahrung bis fünf Jahre, Keine poststationäre Abteilung, Alle anderen Abteilungen, Basispflegekraft, Männliche Pflegekräfte, Alle anderen Bettenanzahlen, Westdeutschland, Über 30 Jahre alt.

Bei den persönlichen Merkmalen der Pflegekräfte unterscheidet sich die Wirklichkeit wichtiger Facetten der Pfllegetätigkeit schließlich noch nach dem Geschlecht: Eine würdevolle Behandlung der Patienten erfolgt bei 80% der Krankenschwestern und 70,8% der Pfleger „immer“; 54% der Krankenschwestern, aber nur 40% der Pfleger erläutern dem Patienten „immer“ alle Pflegevorgänge; 68,8% aller Krankenschwestern und 60,5% aller Krankenpfleger nehmen sich „immer“ oder „überwiegend“ genügend Zeit für Patientengespräche und 56,5% bzw. 48,2% Zeit für Angehörigengespräche.

Nach dem Blick auf bivariate Zusammenhänge sollen die Einflussfaktoren auf die positiv wahrgenommene eigene Pfllegetätigkeit multivariat untersucht werden. „Positiv“ meint, dass die erfragten Pflegedetails „immer“ oder „überwiegend“ vorkommen. In den folgenden Tabellen werden nur Werte aufgeführt, die eine Irrtumswahrscheinlichkeit von <5% oder <1% hatten. Die Ergebnisse sehen im Einzelnen wie folgt aus:

- Im Vergleich der Jahre 2003 und 2006 verringert sich der Anteil der Pflegekräfte, die den Ablauf ihrer Pflege den Patientenwünschen anpassen, um 16 Prozentpunkte. Bei berufserfahrenen Pflegekräften ist diese Pflegepraxis um acht Prozentpunkte geringer als bei der Referenzgruppe, den Pflegekräften mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung. Deutlich verbreiteter ist die Orientierung am Patienten bei Pflegekräften mit genügend Ressourcen (14 Prozentpunkte) und den bis 29 Jahre alten Befragten (12 Prozentpunkte). Alle ande-

ren im Modell berücksichtigten strukturellen und individuellen Merkmale spielen im Zusammenspiel mit den bereits erkannten Einflussfaktoren zumindest keine hoch signifikante Rolle.

- Nur zwei Merkmale spielen in unserem multivariaten Modell für die Unterstützung der Selbständigkeit der Patienten eine Rolle: Bei Pflegekräften mit großen Ressourcen erfolgt diese mehr (zehn Prozentpunkte) und bei Pflegekräften in der Inneren Medizin (vier Prozentpunkte) weniger.
- Der Anteil der Pflegekräfte, die den Patienten alle Pflegevorgänge erläutern, nimmt von 2003 auf 2006 um fünf Prozentpunkte zu. Er steigt auch, nämlich um 16 Prozentpunkte, wenn die Pflegekräfte über genügend Ressourcen verfügen. Bei Pflegekräften in privaten Krankenhäusern werden Pflegevorgänge dagegen seltener (sieben Prozentpunkte) erläutert als in allen anderen Kliniktypen. Schließlich ist diese Komponente der Pfllegetätigkeit auch bei jungen Pflegekräften bis zu 29 Jahren geringer (vier Prozentpunkte).
- Die Pflegepraxis, in der sich die Pflegekräfte für Gespräche mit den Patienten genügend Zeit nehmen, wird durch relativ viele Faktoren beeinflusst: Pflegekräfte mit vielen Belastungen schaffen dies wesentlich weniger (12 Prozentpunkte) als Pflegekräfte ohne Belastungen. Die hohe Bedeutung der diversen Ressourcen wird durch das Ergebnis, dass Pflegekräfte mit Ressourcen deutlich häufiger (24 Prozentpunkte) genügend Zeit für Patientengespräche haben als ihre Kolleginnen und Kollegen ohne Ressourcen, eindrucksvoll unterstrichen. Etwas weniger als ihre jeweiligen Referenzgruppen oder -personen haben Pflegekräfte in der Inneren Medizin und in Ostdeutschland genügend Zeit. Pflegekräfte in Krankenhäusern mit poststationären Abteilungen (zehn Prozentpunkte), jüngere Pflegekräfte und Pflegekräfte in der Geburtshilfe bekommen dies dagegen häufiger hin.
- Bei den vor allem auch für die mittelfristige Perspektive der Wirkung eines Krankenhausaufenthaltes wichtigen Gesprächen mit den Angehörigen sind es wiederum die Pflegekräfte mit Ressourcen, die sich dafür deutlich häufiger als die Pflegekräfte ohne derartige Bedingungen genügend Zeit lassen (23 Prozentpunkte). Auch Pflegekräften in Kliniken mit bis zu 200 Betten gelingt dies besser (acht Prozentpunkte). Weniger gelingt es dagegen Befragten in der Inneren Medizin (fünf Prozentpunkte) und mit ausgeprägten Belastungen (acht Prozentpunkte).

Auch hier gibt es einige übergreifende Besonderheiten: Erneut ist die durch die ausgewählten bzw. durch die erhobenen Merkmale erklärte Varianz (korrigiertes R-Quadrat) nur knapp unter oder knapp über 10%. Andere Merkmale haben also wahrscheinlich eine höhere erklärende Kraft. Zweitens haben bei der realen Pfllegetätigkeit die organisationsstrukturellen Merkmale Trägertyp oder Größe keine entscheidende Bedeutung. Anders als bei anderen analysierten Merkmalen trifft dies hier auch für die innere Strukturierung des Behandlungsgeschehens z. B. durch Case Management oder besondere Abteilungen zu. Dies legt den Schluss nahe, dass die reale Pfllegetätigkeit vor allem durch pflegeinterne Bedingungen bestimmt wird.

7.4 Entlassung

7.4.1 Entlasszeitpunkt zu früh

In beiden Befragungen wurden die Pflegekräfte um die Bewertung des Zeitpunkts der Entlassung von Patienten auf ihrer Station bzw. in ihrer Abteilung gefragt.

Aus Gründen, die jedes Mal wichtig und plausibel waren, erfolgten die Befragungen mit zwei in ihrem Aufbau und den abgefragten Einzelbewertungen so unterschiedlichen Fragen, dass ein Vergleich unzulässig ist. Hauptsächlich geht es um ein nur in der ersten Befragung erfragtes Merkmal der Abhängigkeit der Entlassung von der Belegungssituation und um die unterschiedliche Reihung der Art der Bewertung (Welle 1 von „zu früh“ bis „zu spät“ und Welle 2 von „zu spät“ bis „zu früh“). Die Darstellung konzentriert sich daher auf wenige Eckdaten der jeweiligen Entlassungssituation und verzichtet auf einen Vergleich der beiden Jahre.

Im Jahr 2003 nimmt lediglich ein Drittel der Befragten wahr, die Entlassung habe meist zum richtigen Zeitpunkt stattgefunden. Die zu frühen und zu späten Entlassungen halten sich aus dieser Perspektive ziemlich die Waage.

Die auch hier erkennbaren Unterschiede im Entlassungsgeschehen zeigen sich z. B. in den zwei folgenden Berechnungen:

- Der Anteil der Pflegekräfte, die den Entlassungszeitpunkt für „meist richtig“ hielten, schwankte zwischen 36,5 % in kommunalen Eigenbetrieben und 30 % in privaten Krankenhäusern.
- Die „richtige“ Entlassung hängt auch von strukturellen Bedingungen ab bzw. ist deren Folge. In Krankenhäusern mit Entlassungsmanagement sagten 41,4 % der Befragten, die Entlassung fände zum richtigen Zeitpunkt statt, während nur 29,2 % der Pflegekräfte ohne derartige organisatorische Strukturen derselben Meinung waren. Mit Case Management hatten diese Erfahrung 43,7 %, ohne lediglich 26,6 %. Die Unterschiede waren statistisch hoch signifikant.

Im Jahr 2006 sah mit erkennbar anderer Fragestellung die Situation folgendermaßen aus: Zunächst einmal ist der Anteil der Pflegekräfte, die fanden, dass die Entlassungen in ihrem Erfahrungsbereich „meist richtig“ stattfanden, etwas höher, ohne dass wir wissen, ob sich darin nicht Abfrageeffekte verbergen.

Da nicht mehr gefragt wurde, ob die Entlassung von der Belegungssituation abhängt, waren die Befragten „gezwungen“, diese Nennungen auf die restlichen Antwortmöglichkeiten zu verlagern. Auffällig ist, dass die „zu spät“- und die „zu früh“-Antworten jetzt unterschiedlich groß sind und der Anteil der Befragten, welche die Entlassungssituation nicht beurteilen können, etwas gewachsen ist.

Abbildung 58: Bewertung des Entlassungszeitpunkts – 2003

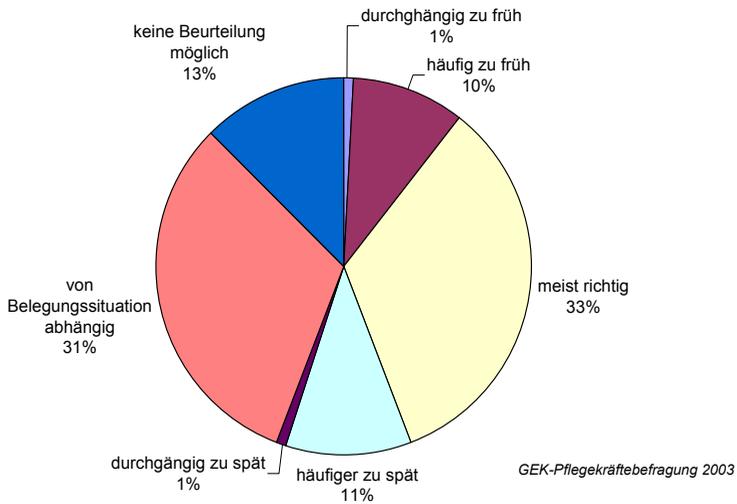
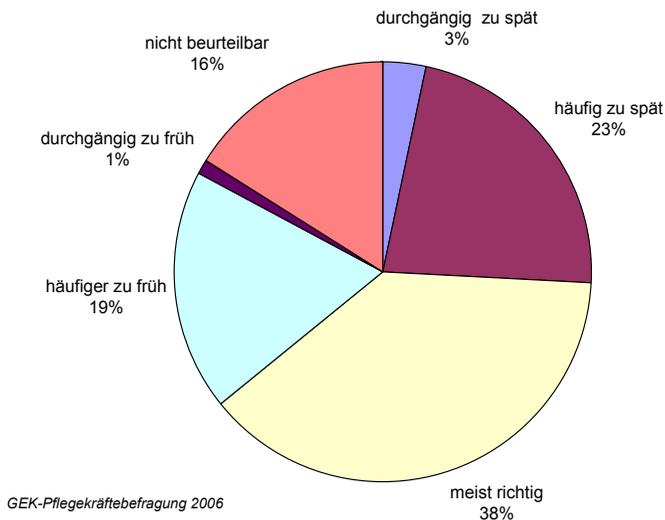


Abbildung 59: Bewertung des Entlassungszeitpunkts – 2006



Auch 2006 sagen Pflegekräfte aus privaten (40,5% gegenüber 37,5% in öffentlichen oder freigemeinnützigen) und aus Krankenhäusern mit einem funktionierenden Entlas-

sungsmanagement (52,9% gegenüber 27% bei Nichtexistenz derartiger Strukturen) häufiger als ihre Kolleginnen und Kollegen aus anderen Verhältnissen, die Entlassung erfolge meist zum richtigen Zeitpunkt.

Eine genauere Analyse der zeitlichen Aspekte der Entlassung und vor allem der Bestimmungsgründe wird sich erst bei einer dritten Befragung im Vergleich mit den Fragen der Befragung 2006 durchführen lassen.

7.4.2 Entlassungs- und Überleitungsmanagement

Unter den Bedingungen eines funktionierenden DRG-Systems, d.h. vor allem einer weiteren oder zusätzlichen Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer, gewinnt die Existenz eines funktionsfähigen Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagements mit niedergelassenen Ärzten sowie mit stationären und ambulanten Diensten eine enorme Bedeutung für die Versorgungsqualität der Patienten, die Arbeitsbedingungen aller im Krankenhaus Beschäftigten und die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses.

Die Wahrnehmung der Existenz und Funktionsweise solcher Strukturen durch Beschäftigte ist auch deshalb für eine realistische Bewertung wichtig, weil gegen die mehrmaligen kritischen Wahrnehmungen und Erfahrungen der Patienten eingewendet wurde, diese könnten möglicherweise nicht richtig erkennen, was Entlassungsmanagement sei und bei ihnen bewirke.

Sieht man sich die Ergebnisse der beiden Pflegekräfte-Befragungen an, bestätigen sie im Großen und Ganzen voll das bisherige Bild: Keiner der Akteure oder Betroffenen im Krankenhaus sieht einen qualitativ beträchtlichen Zuwachs in Hinblick auf das Vorhandensein funktionsfähiger Angebote von Entlassungsmanagementleistungen. Dies erfolgt auf einer meist quantitativ geringen Ausgangsbasis.

Die Ergebnisse aus Sicht der Pflegekräfte sehen im Einzelnen so aus:

- Positiv ist zunächst der Rückgang des 2003 mit 34,7% sehr hohen Anteils von Befragten, die die Sachlage nicht beurteilen konnten oder wollten auf 28,2%. Wie bereits an mehreren Punkten angemerkt, bemühen sich offensichtlich immer mehr Krankenhäuser um eine bessere Information und höhere Transparenz für ihre Mitarbeiter. Trotzdem ist der Anteil von 28% beurteilungsunfähiger examinierter Pflegekräfte angesichts des zunehmenden Drucks auf verkürzte Liegezeiten mit tendenziell weniger Arbeitskräften beträchtlich und problematisch.
- Der Anteil der Pflegekräfte, die in ihren Häusern ein funktionierendes Entlassungsmanagement haben, nimmt von 2003 auf 2006 leicht ab. Der steigende Anteil derjenigen, in deren Häusern solche Strukturen existieren, aber nicht so wie gewünscht funktionieren, zeigt, dass es möglicherweise nur eine Frage der Zeit und Systementwicklung ist, bis in mehr Krankenhäusern solche Angebote funktionieren. Skeptisch stimmt hier aber wieder der auch bereits 2003 mit fast einem Fünftel hohe Anteil von Pflegekräften bzw. Häusern, die be-

reits mit Anpassungsproblemen zu tun hatten. Möglicherweise existiert hier also ein Sockelwert, der nur schwer oder über sehr lange Zeiten abzubauen ist.

- Zu noch ganz anderen Erkenntnissen kommt man allerdings dann, wenn die Befragten, welche die Existenz und Qualität eines Entlassungsmanagements nicht beurteilen konnten oder wollten, aus der weiteren Analyse herausgenommen werden. Wie viele Pflegekräfte dann noch in Häusern mit Entlassungsmanagements arbeiten und ob diese auch funktionieren, zeigt die Abbildung 61. Hier nimmt die Anzahl von Pflegekräften, die für ihre Arbeitsstätte die Existenz eines gut funktionierenden Entlassungsmanagements angeben, von 2003 bis 2006 beträchtlich, nämlich um fast sieben Prozentpunkte ab. 2006 steigt der Anteil mit nicht gut funktionierendem Entlassungsmanagement auf knapp über 50%. Selbst wenn sich zwischen 2003 und 2006 nichts verändert hätte, wäre dies angesichts der ernster und spürbar werdenden DRG-Bedingungen ein Problem. Die hier wahrgenommene Verschlechterung ist dies aber in jedem Fall.

An diesem Punkt der Erkenntnis stellt sich natürlich die Frage, ob es sich um eine in allen Krankenhäusern monolithische oder eine differenzierte Entwicklung handelt. Und auch hier soll dies durch eine getrennte Analyse der Situation in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern konkretisiert werden.

Es zeigen sich zwei unterschiedliche Entwicklungen (Abbildung 62): Die Gesamtabnahme der Anzahl von Pflegekräften, die gut funktionierende Entlassungsstrukturen wahrnehmen, beruht vor allem auf einer fast zehn Prozentpunkte betragenden Abnahme unter den Pflegekräften in öffentlich/freigemeinnützigen Häusern. Während 2003 noch weniger Pflegekräfte in privaten als in öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern mit Entlassungsmanagementstrukturen zu tun hatten, drehte sich dies 2006 um: Jetzt liegt der Anteil von Pflegekräften mit derartigen Bedingungen in Privatkliniken nach einem schwachen Anstieg um 0,6 Prozentpunkte fast drei Prozentpunkte über dem Wert in öffentlich/freigemeinnützigen Kliniken. Zu dieser im Untersuchungszeitraum zu Gunsten der privaten Krankenhäuser verlaufenden Entwicklung gehört auch die Abnahme der Gruppe von Pflegekräften, die es mit Entlassungsmanagementstrukturen zu tun hatten, die nicht wie gewünscht funktionierten, um sechs Prozentpunkte, während diese Gruppe in öffentlich/freigemeinnützigen Kliniken sogar noch um drei Prozentpunkte zunahm.

Die Entwicklung innerhalb des Untersuchungszeitraums basiert allerdings nicht nur auf Unterschieden zwischen den Verhältnissen in privaten und öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern. Vielmehr gibt es auch einen kräftigen Ost-West-Unterschied bei der Entwicklungsdynamik im Bereich des Entlassungsmanagements. Der Anteil von Pflegekräften in Häusern mit gut funktionierendem Entlassungsmanagement sank in ostdeutschen Krankenhäusern um 15 Prozentpunkte (Abbildung 63). In Westdeutschland gibt es hingegen nur einen leicht abnehmenden Anteil von Häusern mit Entlassprogrammen und -strukturen. Während sich die Verhältnisse in ost- und westdeutschen Krankenhäusern 2003 noch statistisch hoch signifikant unterschieden, gleichen sie sich damit in 2006 weitgehend an.

Abbildung 60: Existenz eines Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagements mit externen Ärzten und Diensten 2003 und 2006

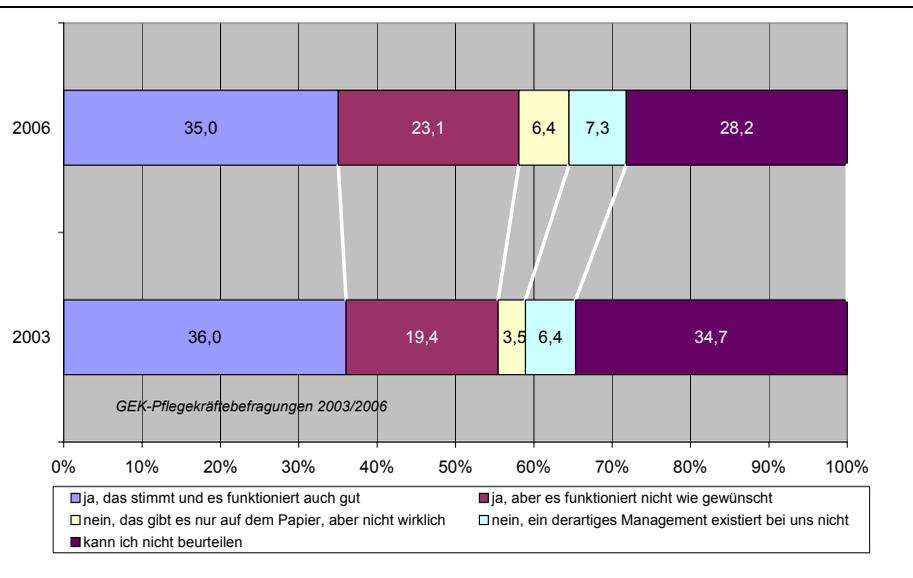


Abbildung 61: Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagements mit externen Ärzten und Diensten aus Sicht von Pflegekräften, die dies beurteilen konnten 2003 und 2006

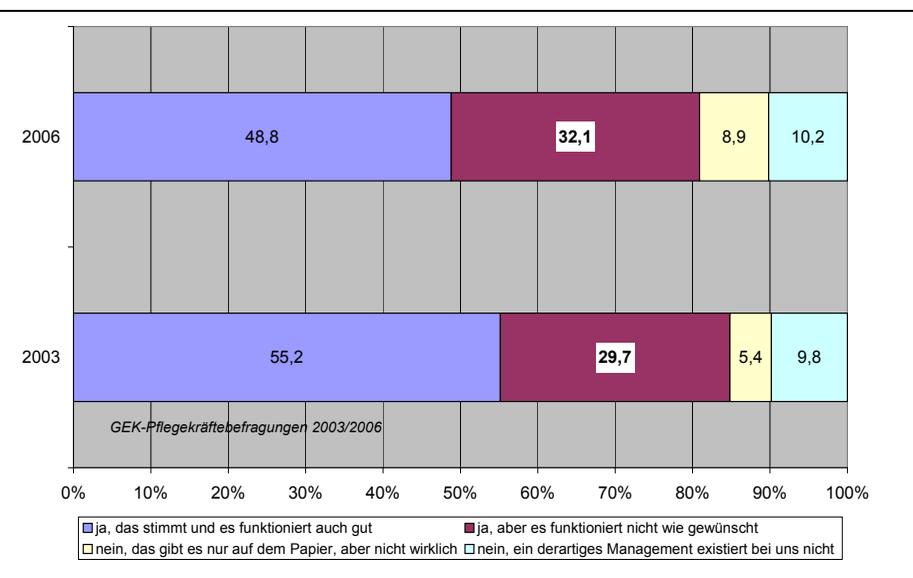


Abbildung 62: Entlassungs-, Überleitungs- und Ko-operationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten nach Trägerschaft 2003 und 2006

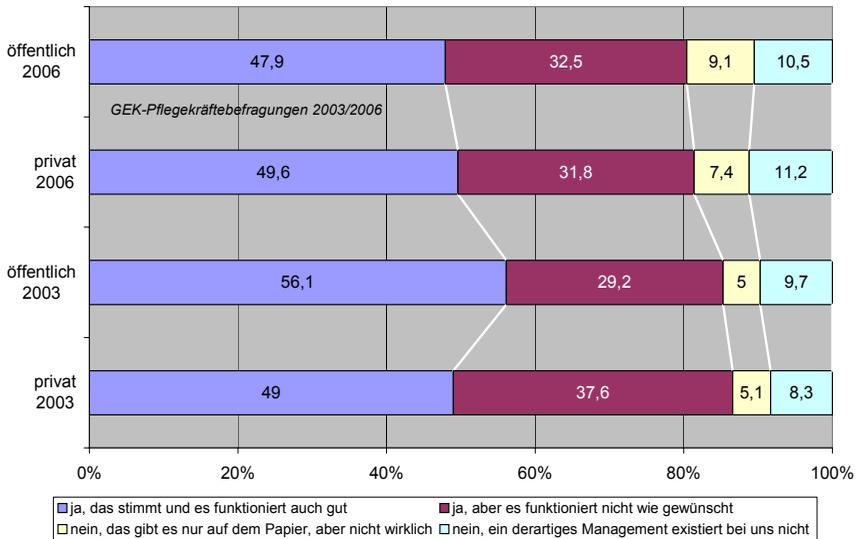


Abbildung 63: Entlassungs-, Überleitungs- und Ko-operationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten – Ost-Westvergleich 2003 und 2006

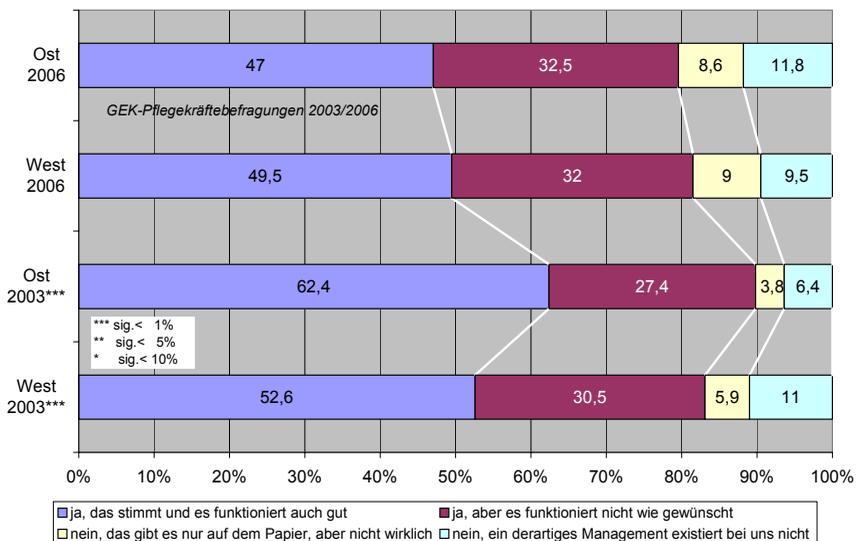


Abbildung 64: Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten –KH mit und ohne strukturierte Abläufe 2003 und 2006

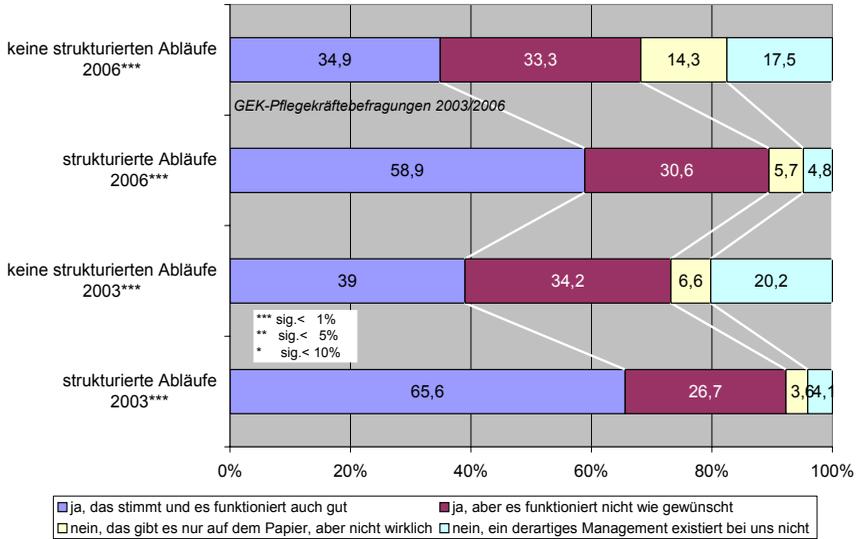
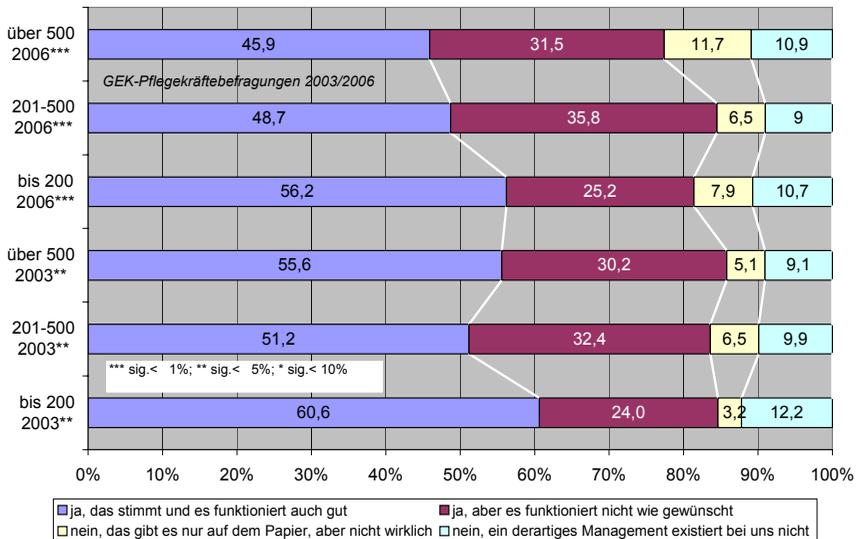


Abbildung 65: Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten nach unterschiedlicher Krankenhaus-Bettenanzahl 2003 und 2006



Ein weiterer Blick auf die Existenz und Funktionsweise von Entlassungsmanagementstrukturen in Krankenhäusern, in denen „klare und koordinierte Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung (Case Management, Clinical Pathways etc.)“ vorhanden waren oder nicht, hinterlässt ein zwiespältiges oder komplexes Bild.¹¹

Zunächst findet man (vgl. dazu Abbildung 64) das erwartete Ergebnis, dass in Krankenhäusern mit strukturierten Behandlungsabläufen der Anteil von Pflegekräften, die funktionierende Entlassungsmanagementstrukturen wahrgenommen haben, deutlich höher ist als in Häusern ohne Case Management und andere Instrumente einer strukturierten Behandlung. Zwei weitere Ergebnisse sind dann aber nicht mehr erwartbar: Zum einen nimmt auch der Anteil von Pflegekräften, die über ein funktionierendes Entlassungsmanagement berichten, in Kliniken mit strukturierten Behandlungsabläufen um fast sieben Prozentpunkte ab (von 65,6% auf 58,9%). Zum anderen stellt sich die Frage, warum z.B. in Häusern mit strukturierten Behandlungsabläufen in 2006 über 10% der Pflegekräfte angeben, dass kein Entlassungsmanagement existiere und rund 30% von Entlassungsmanagement berichten, das nicht wie gewünscht funktioniert. Erneut zeigt sich also, dass selbst der Auf- und Ausbau von Strukturen und Prozeduren, die wichtig sind, um mit der Dynamik der DRGs nebenwirkungsfrei umgehen zu können, relativ langsam und unvollständig verläuft. Zugleich könnte dies auch ein Hinweis darauf sein, dass im Vordergrund der Entwicklung strukturierter Behandlungsabläufe zuerst und für längere Zeit medizinische Leistungen und dann erst pflegerische und nachsorgende soziale Leistungen stehen.

Weitere Unterschiede der Existenz von Entlassungsmanagement zeigen sich zwischen Krankenhäusern mit unterschiedlicher Bettenanzahl (vgl. Abbildung 65). Hier gibt es in beiden Untersuchungsjahren einen klaren Vorsprung der kleineren Kliniken. Trotz des auch hier deutlich erkennbaren generellen Rückgangs der Anzahl von Pflegekräften, die ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement wahrgenommen haben, fällt er bei den Häusern mit mehr als 500 Betten mit rund 10 Prozentpunkten am stärksten aus.

In der multivariaten Analyse des Einflusses auf die Existenz eines gut funktionierenden Entlassungsmanagements gibt es einige signifikante Ergebnisse: In Häusern mit Case Management und in Häusern die elektronische Patientenakten verwenden sowie in kleineren Krankenhäusern mit bis zu 200 Betten funktioniert das Entlassungsmanagement besser.

7.4.3 Belegungssituation

Die Belegungssituation unterscheidet sich in der Wahrnehmung der Pflegekräfte 2006 erheblich und hoch signifikant von der in 2003.

Dabei hat sich der Anteil der Pflegekräfte, die die Belegung in ihrer Abteilung innerhalb des letzten halben Jahres als „genau richtig“ wahrnahmen, kaum verändert bzw. er hat nur leicht zugenommen. Deutlich zugenommen hat 2006 der Anteil der Pflege-

¹¹ Pflegekräfte, die hier mit „weiß nicht“ geantwortet hatten, sind aus der Analyse herausgenommen worden.

kräfte, die in Abteilungen arbeiteten, die „eher überbelegt“ waren. Stark abgenommen hat die Gruppe von Pflegekräften, deren Abteilungsbelegungen „starken Schwankungen unterworfen“ waren. Trotzdem sind derartige Schwankungen noch für den Arbeitsalltag von fast einem Drittel der Pflegekräfte prägend. Der Anteil von Befragten, die in „eher unterbelegten“ Abteilungen arbeiteten, ist 2006 auf dem generell niedrigen Niveau noch etwas geschrumpft.

Auch bei diesem Geschehen gibt es nicht nur Veränderungen in der Zeit, sondern auch unterschiedliche Verhältnisse zwischen Pflegekräften mit verschiedenartigen Arbeitsbedingungen.

Abbildung 67 zeigt die durch verschiedene Teilgruppen der Pflegekräfte angegebene Belegungssituation in beiden Befragungsjahren. In ihr sind durch Sternchen hinter den Merkmalsausprägungen statistisch signifikante Unterschiede in dem jeweiligen Befragungsjahr gekennzeichnet, wobei vor dem Querstrich das Signifikanzniveau im Jahr 2003 und danach das im Jahr 2006 steht.

Bevor wir auf die erkennbaren und statistisch signifikanten Unterschiede eingehen, sei vermerkt, dass es in beiden Jahren keine signifikant unterschiedlichen Belegungsmuster zwischen den Trägertypen gegeben hat.

Zu den deutlichsten und interessantesten Ergebnissen dieser Analysen zählen:

- die in beiden Jahren höhere Betroffenheit der Pfleger durch Überbelegung und zugleich die häufigere Betroffenheit von Krankenschwestern durch stark schwankende Belegung,
- die ebenfalls in beiden Jahren extrem unterschiedlichen Erfahrungen der Pflegekräfte in Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten mit Überbelegung und die im Vergleich hierzu wesentlich geringere Erfahrung ihrer Kolleginnen und Kollegen in Häusern mit bis zu 200 Betten und
- schließlich ein klarer Beleg für die in vielerlei Hinsicht positiven Wirkungen der Existenz eines Entlassungs- und Überleitungsmanagements. Dies zeigt sich besonders in der Häufigkeit, mit der Pflegekräfte aus Häusern mit gut funktionierenden Entlassungsbedingungen sagen, ihre Belegungssituation habe genau richtig ausgesehen.

Als weitere wichtige Faktoren, die Einfluss auf die Art der Belegung nahmen, erweisen sich in beiden Befragungsjahren zusammengefasst folgende Bedingungen:

- Wenn es im Krankenhaus klare und koordinierte Abläufe der gesamten Behandlung gab, gaben 21,8% der Pflegekräfte an, ihre Station wäre in den letzten sechs Monaten „genau richtig belegt“ gewesen. Wenn es solche Abläufe nicht gab, sagten dies nur 19,1%. Überbelegung gab es bei strukturierten Abläufen bei 30,9% der Befragten, aber bei 36,5% der Befragten ohne diese Abläufe. Die Unterschiede sind hoch signifikant.

Abbildung 66: Belegungssituation der Abteilung in den letzten 6 Monaten 2003 und 2006

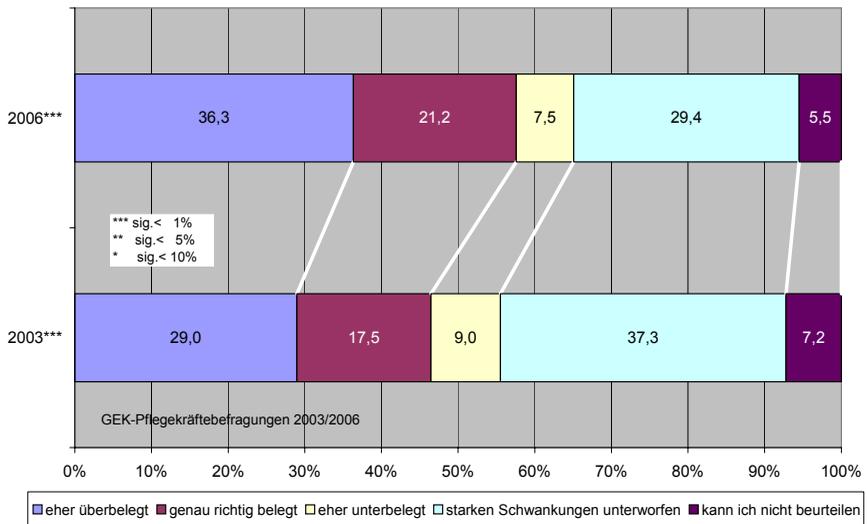
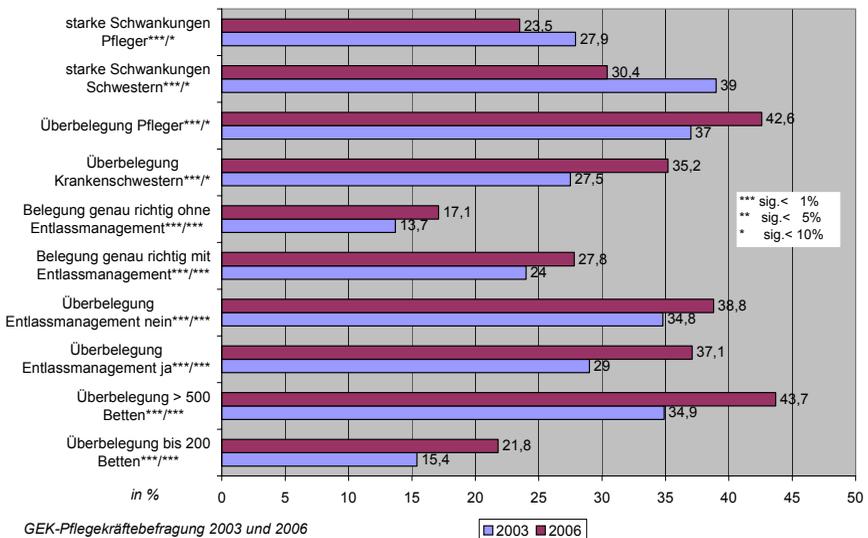


Abbildung 67: Belegungssituation der Abteilung in den letzten 6 Monaten nach ausgewählten Merkmalen 2003 und 2006



- In Krankenhäusern, die poststationäre Abteilungen hatten, gaben deutlich mehr, nämlich 35,2% der Pflegekräfte an, ihre Station wäre „eher überbelegt“ gewesen. Bei Nichtexistenz solcher Abteilungen sagten dies lediglich 29,9%. Trotzdem gaben 20,2% der Pflegekräfte in Kliniken mit poststationären Einrichtungen an, ihre Station wäre „genau richtig belegt“ gegenüber 17,9% aus den anderen Krankenhäusern.
- Die „genau richtige“ Belegung variiert auch nach dem für die Steuerung der Aufnahme und Belegung verantwortlichen Akteur: Die Werte schwanken zwischen 21,5% bei Zuständigkeit der Verwaltung, 20,2%, wenn medizinisches Personal steuert, 11,2% bei Zuständigkeit der Pflegeleitung und 23,4% bei Verantwortlichkeit der Stationsleitung. Besondere Abteilungen schafften in der Wahrnehmung von 17,7% der Pflegekräfte, die mit ihnen Erfahrung sammeln konnten, die richtige Belegung.

7.5 Qualitätsmanagement

Zu den Erwartungen oder Hoffnungen, die u. a. mit der Einführung von DRGs verknüpft waren und sind, gehört auch die Verbesserung oder die Einführung einer Kommunikations- und Evaluationsstruktur sowie -kultur. Dazu gehören Instrumente wie systematische Patientenbefragungen und Beschwerdestellen, die in der Theorie dazu geeignet sind, die Abläufe im Krankenhaus bedarfsgerechter und effizienter zu gestalten. Wenn diese Instrumente diese Zwecke erfüllen sollen, müssen sie in den Wahrnehmungen aller Akteure im Krankenhaus, d. h. auch der Pflegekräfte, bekannt und handlungsorientierend sein.

Die Abbildung 68 zeigt eine eindeutige Zunahme des Anteils von Pflegekräften um 13,5 Prozentpunkte, die in den beiden Befragungsjahren angaben, in ihrem Krankenhaus bzw. ihrer Station würden Patientenbefragungen durchgeführt, um den Krankenhausaufenthalt zu bewerten. Weder 2003 noch 2006 gab es nennenswerte Unterschiede nach Trägertyp des Krankenhauses.

Wie die Ergebnisse aussahen und ob sie den Pflegekräften überhaupt bekannt waren, zeigt die Abbildung 69. Auch wenn der sehr hohe Anteil von 60% der Befragten, denen 2003 das Ergebnis der Befragungen nicht bekannt ist, kräftig gesunken ist, liegt er mit ca. 45% noch zu hoch, um die erhoffte Steuerungskraft der Befragungen uneingeschränkt entstehen lassen zu können. Ob die die Ergebnisse der Patientenbefragungen letztlich zur Qualitätsverbesserung genutzt werden oder nur PR-Maßnahmen sind, ist eine wichtige Frage, lässt sich aber mit den Daten der Befragung nicht klären.

Hinter dem Gesamtrückgang des Anteils der Pflegekräfte, denen die Ergebnisse der Patientenbefragungen nicht bekannt sind, verbergen sich unterschiedlich starke Trends. Dies tritt besonders beim Vergleich der Veränderungen dieses Indikators in den unterschiedlichen Krankenhaustypen zu Tage.

Abbildung 68: Durchführung von Patientenbefragungen aus Sicht von Pflegekräften 2003 und 2006

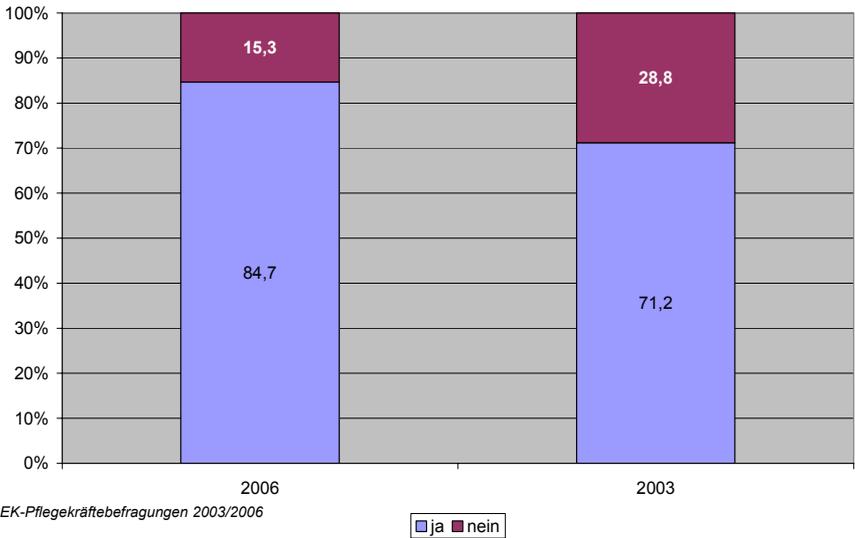


Abbildung 69: Ergebnis und Bekanntheit der Patientenbefragungen 2003 und 2006

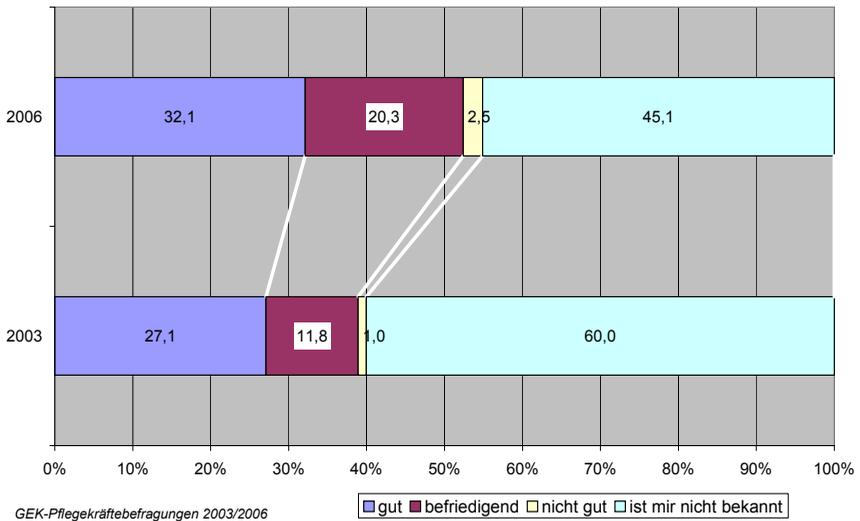


Abbildung 70: Anteil der Pflegekräfte, denen die Ergebnisse der Patientenbefragungen unbekannt waren nach Trägertyp des Krankenhauses 2003 und 2006

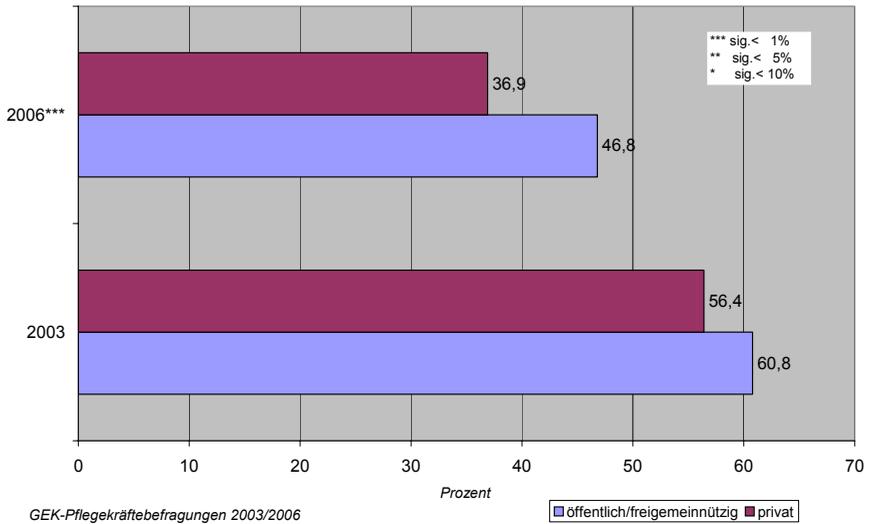


Abbildung 71: Bewertungen des Krankenhauses durch Patientenbefragungen (nach Ausschluss der Pflegekräfte, denen diese nicht bekannt waren) 2003 und 2006

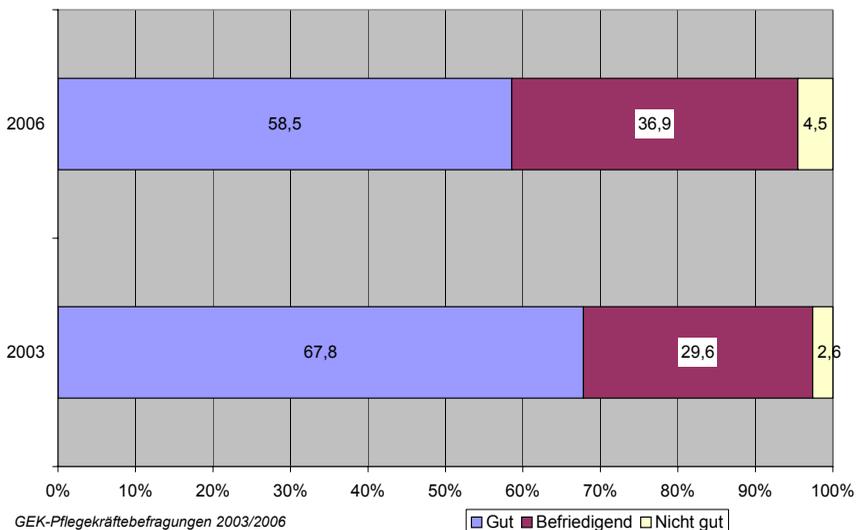
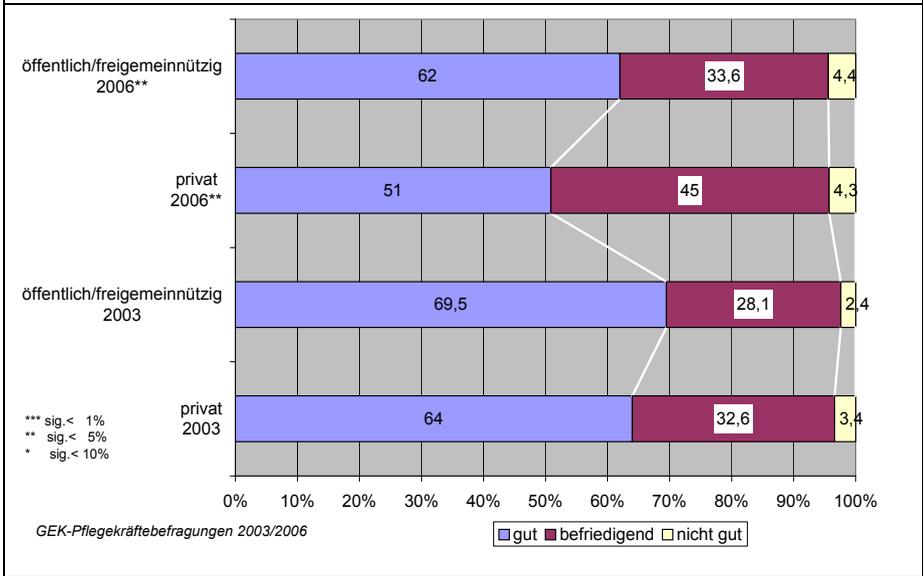


Abbildung 72: Bewertungen des Krankenhauses durch Patientenbefragungen nach Krankenhaustyp 2003 und 2006



In der Abbildung 70 zeigen sich in beiden Jahren Unterschiede zwischen den Befragten je nach Trägertyp. Dabei ist die Bekanntheit der Ergebnisse durchweg in den privaten Kliniken besser. Zwischen 2003 und 2006 nimmt der Anteil der über die erhobenen Patientenbewertungen nicht informierten Pflegekräfte in den privaten Krankenhäusern stärker ab als in den öffentlich/freigemeinnützigen. Dieser Unterschied ist auch so stark, dass die Unterschiede zwischen den Trägertypen 2006 statistisch hoch signifikant sind.

Um nicht ein falsches Bild von den erzielten und den Pflegekräften bekannten Ergebnissen entstehen zu lassen, sind in der folgenden Abbildung nur die Befragten berücksichtigt, denen jeweils die Ergebnisse bekannt waren.

Der Anteil „guter“ Bewertungen ging von 2003 auf 2006 insgesamt um fast 10 Prozentpunkte zu Gunsten „befriedigender“ und „nicht guter“ Noten zurück.

Auch hier vereint der Gesamttrend deutlich unterschiedliche Teilentwicklungen. Und wiederum gibt es erhebliche Unterschiede in den Bewertungen zwischen privaten und öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Wie die Abbildung 72 zeigt, nimmt der Anteil „guter“ Bewertungen in privaten Kliniken mit 13 Prozentpunkten stärker ab als in allen anderen Krankenhaustypen. Der Unterschied „guter“ Bewertungen ist zwischen beiden Krankenhaustypen 2006 mit 11 Prozentpunkten so groß, dass er mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von weniger als 5% statistisch signifikant ist.

Abbildung 73: Existenz einer Stelle für Patientenrechte, -wünsche und -beschwerden 2003 und 2006

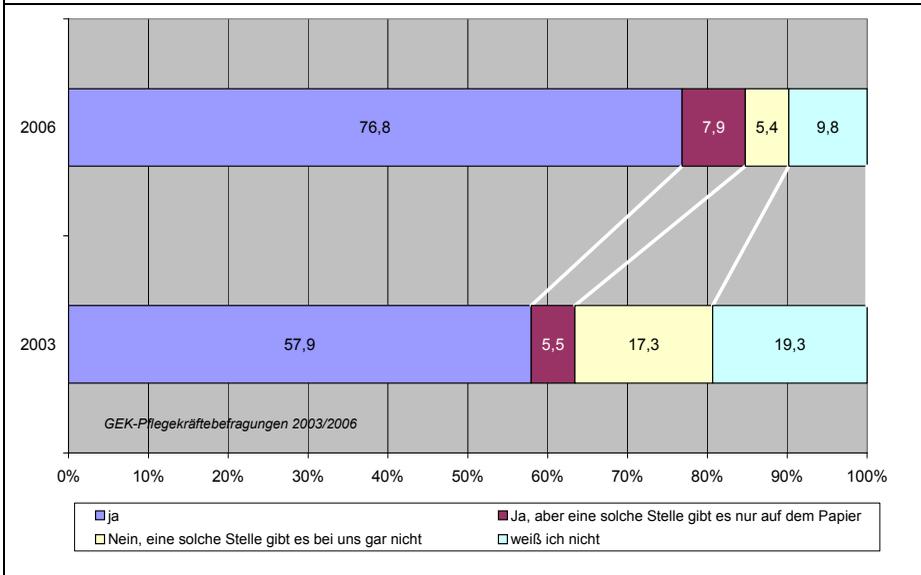
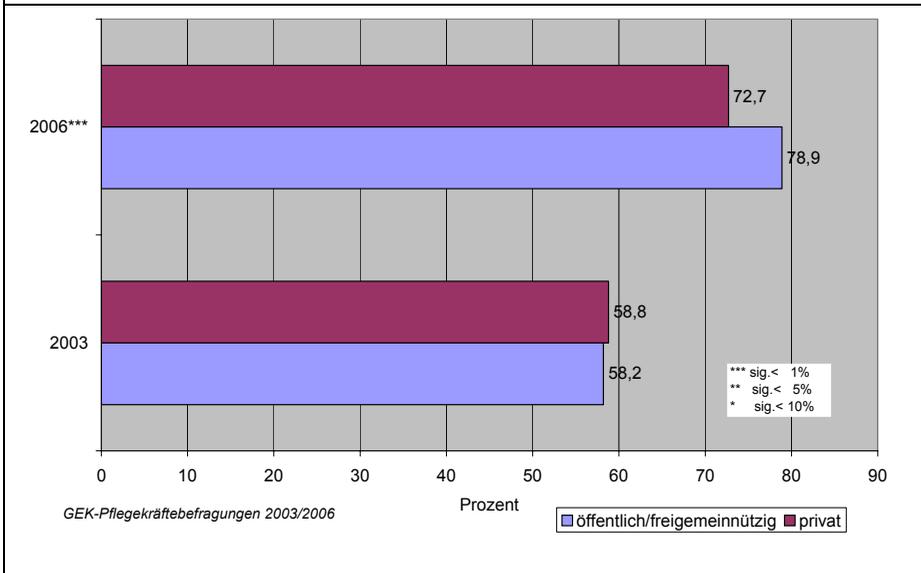


Abbildung 74: Existenz von Patientenrechtstellen in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006



Die Abbildung 73 zeigt, wie viele Pflegekräfte in Krankenhäusern arbeiten, in denen es Stellen gibt, die zuständig für Rechte, Wünsche und Beschwerden von Patienten sind. Vorab ist hier der in beiden Jahren relativ geringe Anteil von Pflegekräften hervorzuheben, die nichts zu der Frage zu sagen wissen. Zumindest scheint es hier weniger Informations- oder Wahrnehmbarkeitsdefizite zu geben als in anderen Bereichen.

Davon abgesehen hat sich bei diesen Stellen zwischen den beiden Befragungsterminen sehr viel verändert: Dies belegt die beträchtliche Zunahme auf über drei Viertel der Befragten, bei denen eine solche Stelle existierte und nach ihrer Meinung auch in Anspruch genommen wurde. Entsprechend ging der Anteil der Pflegekräfte, bei denen eine solche Stelle nicht existierte und genutzt wurde, von rund 17 % auf 5 % zurück.

Wiederum gibt es zwischen privaten und öffentlich/freigemeinnützigen Krankenhäusern so starke unterschiedliche Entwicklungen zwischen 2003 und 2006, dass der Unterschied 2006 statistisch signifikant ist: Während sich 2003 der Anteil der Pflegekräfte in beiden Krankenhaustypen, die von einer funktionierenden Patientenrechtstelle wussten, nur gering unterschied, ist der Unterschied 2006 schon deutlich und zeigt einen Vorsprung der öffentlich/freigemeinnützigen Häuser.

8 Einfluss der DRGs

Das wichtigste Anliegen des WAMP-Projektes war es zu messen, ob und in welcher Intensität sich die Einführung von DRGs auf die Versorgungsqualität der Patienten und die Arbeitsbedingungen der im Krankenhaus Beschäftigten auswirkt. Zu diesem Zweck stellten wir Ärzten wie Pflegekräften in beiden bisher durchgeführten Befragungen eine Reihe identischer Fragen zu Aspekten, von denen angenommen werden kann, dass sie durch DRGs beeinflusst werden.

Zunächst stellen wir dar, wie die Pflegekräfte im Jahr 2006 den Einfluss der DRGs auf 17 vorgegebene subjektive und objektive Arbeitsbedingungen beurteilen (Abbildung 75 und Abbildung 76). Die Merkmale wurden für die Darstellung nach der Häufigkeit geordnet, mit der negative Einflüsse wahrgenommen wurden. Vor einem gründlicheren Blick auf die qualitative Bewertung des DRG-Einflusses sei auf zwei „Randergebnisse“ der Befragung verwiesen:

- Zum einen sieht jeweils ein Teil der Pflegekräfte für eine ganze Reihe der erfragten Arbeitsbedingungen gar keinen Einfluss der DRG. Jeweils über 55 % der Pflegekräfte haben einen DRG-Einfluss beim Umgang mit Patienten und bei der Kooperation im Pflgeteam ausgeschlossen. Knapp die Hälfte der Befragten sieht bei den Aufstiegschancen keinen DRG-Einfluss. Rund 40 % der Befragten sehen keinen Einfluss bei der Fluktuation. Hierbei handelt es sich vermutlich um Krankenhäuser, die auch ohne DRG wirtschaftliche und soziale Probleme hatten, haben oder bekommen hätten. Am geringsten (nämlich 12 %) ist der Anteil der Pflegekräfte, die keinen DRG-Einfluss bei der Schaffung neuer Stellen sehen, d. h. umgekehrt 88 % sehen einen Einfluss oder wissen dazu nichts zu sagen.
- Zum anderen gibt es eine unterschiedlich stark ausgeprägte, aber praktisch bei allen Arbeitsbedingungen vorhandene Gruppe der Pflegekräfte, die mit „weiß nicht“ geantwortet hat. Im Maximum sind es 20 % (bei der Beurteilung der Fluktuation, Aufstiegschancen, Transparenz der Pflege) und im Minimum sind es 6 % (Umgang mit Patienten). Diese Unsicherheit oder Unklarheit über wichtige Zusammenhänge ihrer Arbeitsbedingungen könnte sich auf Dauer zum Problem entwickeln, wenn dadurch ein Gefühl des Ausgeliefertseins an anonyme „Mächte und Macher“ entsteht oder gefördert würde.

Wenn wir nun die Häufigkeit eines „eher“ positiven oder negativen Einflusses betrachten, ergibt sich mit einer kleinen Ausnahme ein eindeutiges Bild: Der Anteil der Pflegekräfte, die einen negativen Einfluss der DRG sehen, ist meistens erheblich größer als der Anteil der Pflegekräfte, die einen positiven Einfluss wahrnehmen. Die kleine und inhaltlich nicht unbedeutende Ausnahme ist die Transparenz der Pflege, wo 23 % der Befragten ein negatives Urteil, aber 28 % ein positives Urteil abgeben. Da damit ein Teil der mit der DRG-Einführung verbundenen Erwartungen für übersichtlichere und transparentere Abläufe offensichtlich auch umgesetzt worden und angekommen zu sein scheint, ist der bereits erwähnte hohe Anteil von 20 % der Pflegekräfte besonders bedenkenswert, die nichts zur Transparenz der Pflege sagen konnten oder wollten.

Abbildung 75: Beurteilung des Einflusses von DRGs auf ausgewählte Arbeitsbedingungen 2006

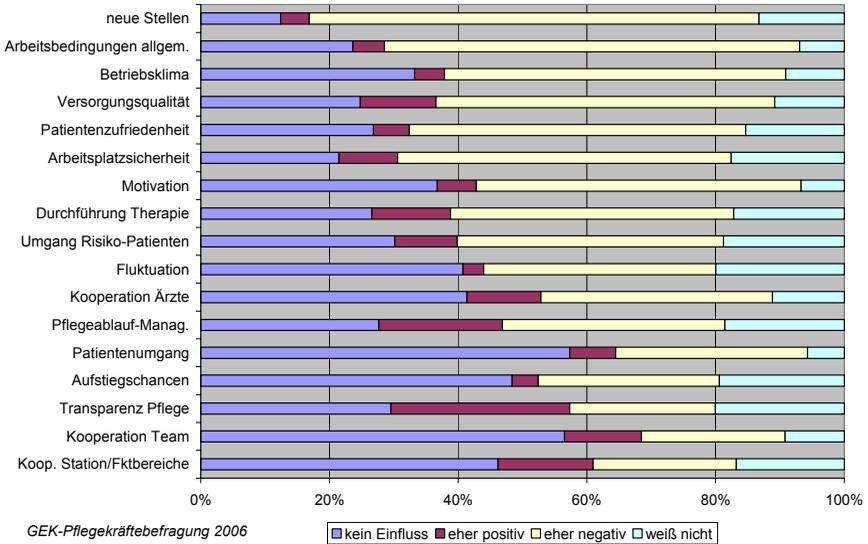
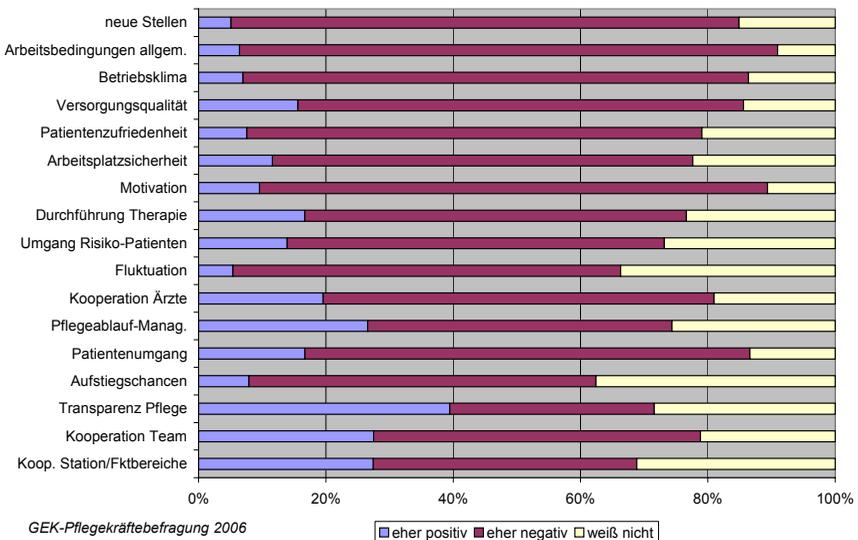


Abbildung 76: Beurteilung des Einflusses von DRGs auf ausgewählte Arbeitsbedingungen 2006 – ohne Antwortmöglichkeit „kein Einfluss“



Bei sieben der abgefragten Arbeitsbedingungen sehen 50% und mehr der Befragten einen negativen Einfluss. Und selbst bei den restlichen Arbeitsbedingungen unterhalb dieser Schwelle sind es nie weniger als 22%, die den DRG-Einfluss als eher negativ bewerten. Eine beträchtliche Mehrheit von 70% der Befragten sieht einen eher negativen Einfluss der DRG auf die Schaffung neuer Stellen. Auch wenn es sich dabei um allgemeine Bedingungen handelt, sind auch die 65% bzw. 53% der Pflegekräfte viel, die bei den allgemeinen Arbeitsbedingungen und dem Betriebsklima einen negativen Einfluss sehen. In Kombination mit der Beantwortung anderer Fragen (z. B. nach dem Umgang mit Kostendruck) sind auch die negativ bewerteten Einflüsse der DRG auf die Durchführung notwendiger Therapien durch 44% und den Umgang mit „Risiko-Patienten“ durch 41% der befragten Pflegekräfte noch bedeutende Aussagen.

Neben dem bereits hervorgehobenen positiven Urteil bei der Pflege-Transparenz gibt es auch noch einige weitere Bedingungen, bei denen starke Minderheiten unter den Pflegekräften positive Einflüsse sehen. Dies gilt etwa für das Management des Pflegeablaufs (19% positive Bewertungen) und bei der Kooperation zwischen Station und Funktionsbereichen (15% positive Bewertungen). Immerhin zeigt sich, dass es offensichtlich für den Kernbereich der Organisation des Pflegeprozesses gegenüber dem Status quo ante positive Effekte gibt, die von den Pflegekräften auch dem Einfluss der DRG zugeschrieben werden. So lange aber diese positiven Einflüsse nicht von wesentlich mehr Pflegekräften wahrgenommen werden, ziehen andere eher negativ beurteilte Effekte das Gesamturteil „nach unten“. In der beabsichtigten dritten Befragung der Pflegekräfte im Jahr 2008 wird daher die weitere Veränderung der unterschiedlichen Aspekte eine der Kernfragen sein.

Das Verhältnis von positiv oder negativ beurteilten DRG-Einflüssen lässt sich noch etwas deutlicher erkennen, wenn wir die Pflegekräfte, die „keinen Einfluss“ der DRG wahrnahmen, aus der Darstellung ausklammern und nur noch die beiden Bewertungen sowie die mit „weiß nicht“ antwortenden Pflegekräfte berücksichtigen.

In dieser Betrachtungsperspektive zeigt sich noch etwas deutlicher, dass dann, wenn überhaupt ein DRG-Einfluss gesehen wird, negative Beurteilungen mehr oder weniger stark ausgeprägt dominieren. Die bereits vorgestellte inhaltliche Ausnahme im Bereich der Organisation des Pflegeprozesses ändert zwar nichts Grundsätzliches an diesem Bild, aber es gibt immerhin Anteile mit eher positivem Urteil zwischen 26% bei der Kooperation im Pflegeteam, 27% beim Pflegeablauf und fast 40% bei der Transparenz der Pflege.

Um analysieren und verdeutlichen zu können, ob sich die Beurteilungen zwischen verschiedenen Untergruppen der Pflegekräfte unterscheiden, gehen in die folgenden Darstellungen nur noch die Positiv- und Negativantworten der Befragten ein. Diejenigen, die entweder keinen DRG-Einfluss gesehen haben oder mit „weiß nicht“ antworteten, fallen also aus den Berechnungen heraus. Nachdem „positiv“ den Wert 1 und „negativ“ den Wert 2 erhalten hat, berechneten wir den arithmetischen Mittelwert für die Antworten sämtlicher Merkmale. Je näher der Mittelwert dem Wert 1 liegt, desto mehr Befragte beurteilen den DRG-Einfluss positiv und je näher er der 2 liegt, desto mehr beurteilen den Einfluss negativ.

Abbildung 77: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte in öffentlichen/freigemeinnützigen oder privaten Krankenhäusern 2006

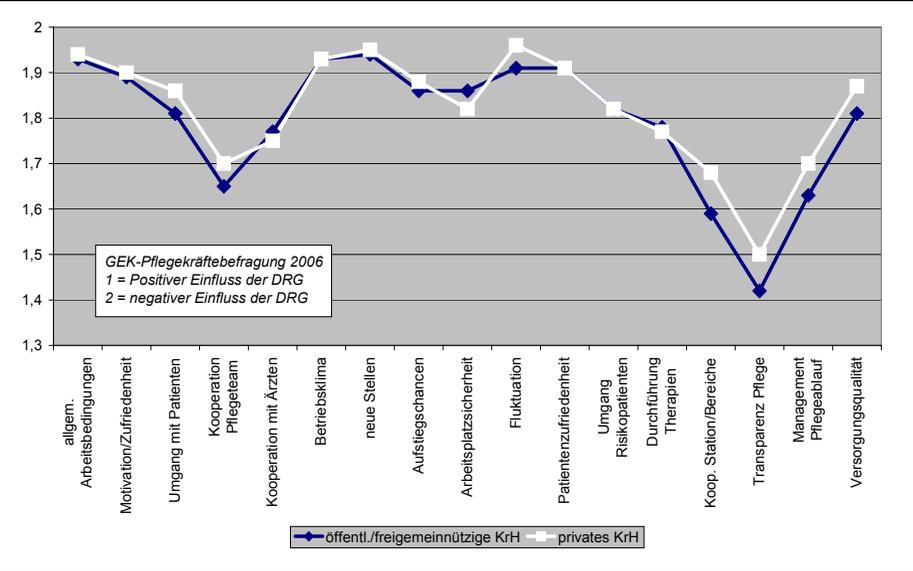


Abbildung 78: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch jüngere und ältere Pflegekräfte 2006

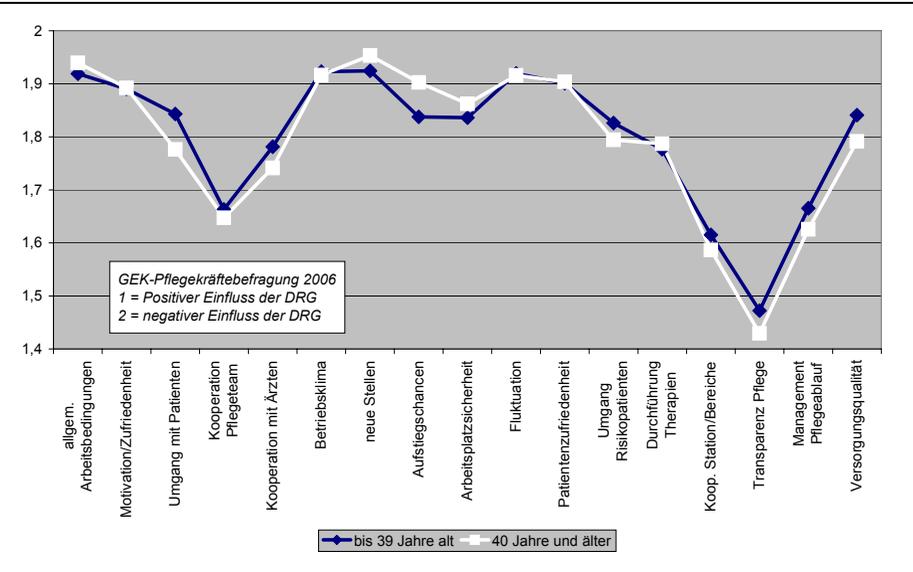
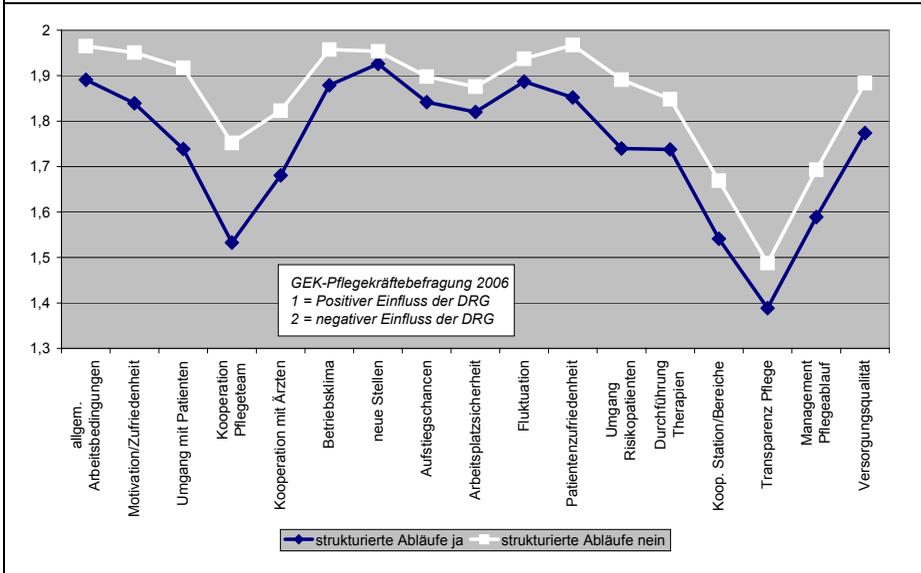


Abbildung 79: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte in Krankenhäusern mit oder ohne strukturierte Behandlungsabläufe 2006

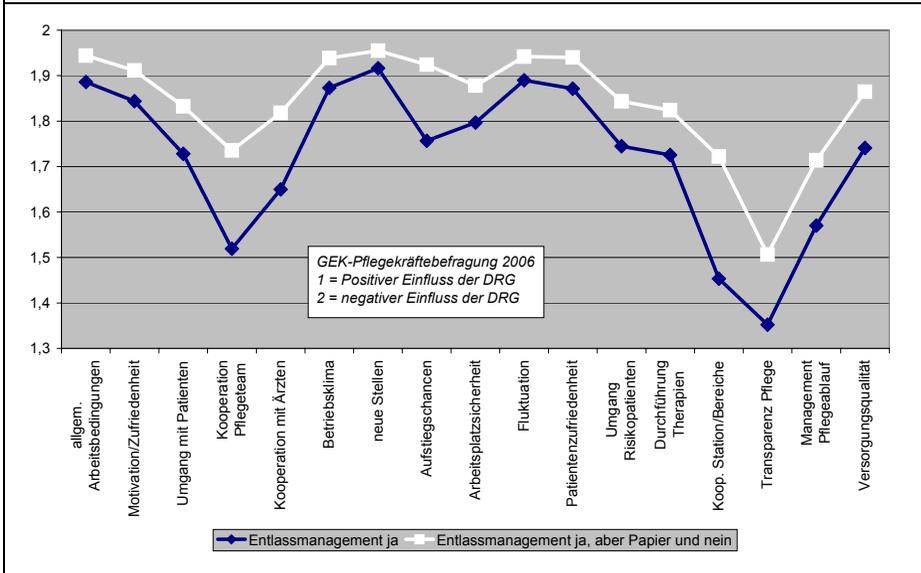


Der Vergleich der Beurteilungen durch Pflegekräfte in öffentlichen oder freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern zeigt ein uneinheitliches Bild: Bei der Mehrzahl der erfragten Arbeitsbedingungen haben mehr Beschäftigte in privaten Kliniken ein negatives Urteil als ihre Kollegen in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern abgegeben. Dies trifft auf Fluktuation, Kooperation im Pflgeteam und Transparenz bei der Pflege zu. Bei einem kleineren Teil der Merkmale beurteilen mehr Pflege-Beschäftigte in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern den DRG-Einfluss negativ als ihre Kolleginnen und Kollegen in privaten Häusern. Dies ist beispielsweise bei der Sicherheit der Arbeitsplätze oder der Kooperation mit den Ärzten der Fall. Bei einer dritten Gruppe von Arbeitsbedingungen, wie etwa dem Betriebsklima oder dem Umgang mit Risikopatienten, unterscheiden sich die beiden Beschäftigtengruppen wenig in ihrem negativen Urteil auf hohem Niveau.

Die Anteile junger und alter Pflegekräfte, die 2006 einen negativen DRG-Einfluss sehen, unterscheiden sich bei mehreren Bedingungen ebenfalls deutlich: So bewerten ältere Pflegekräfte den DRG-Einfluss bei Aufstiegschancen oder der Schaffung neuer Stellen negativer als jüngere Pflegekräfte. Umgekehrt sieht es beim Umgang mit Patienten und der Versorgungsqualität aus, wo jüngere Pflegekräfte einen negativeren Eindruck haben.

Die stärksten Gruppenunterschiede gibt es, wenn man die Befragten nach der Existenz oder Nichtexistenz von strukturierten Abläufen unterscheidet: Wie die Abbildung 79

Abbildung 80: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte in Krankenhäusern mit oder ohne Entlassungs- oder Überleitungsmanagement 2006¹²



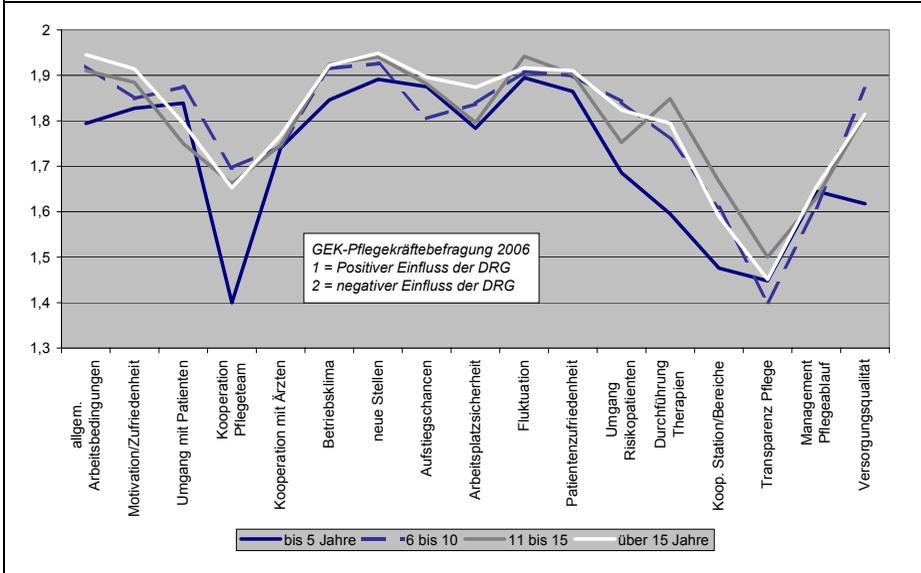
deutlich zeigt, sehen die Pflegekräfte in Krankenhäusern mit strukturierten Abläufen bei allen abgefragten Arbeitsbedingungen einen geringeren negativen Einfluss durch die DRG. Dies kann als Zeichen gewertet werden, dass es sich bei den Bewertungen des DRG-Einflusses keineswegs um eine allgemeine und ungerichtete Artikulation von Unmut handelt, sondern um das Ergebnis von konkreten Erfahrungen oder auch von Diskrepanzen zwischen erzeugten oder gehegten Erwartungen und der Wirklichkeit. Damit zeigt sich aber auch, dass zumindest ein Teil der negativen Stimmung durch konkrete Umgestaltungen und Betriebspolitiken beeinflusst und abgebaut werden kann. Was trotzdem anzumerken bleibt, ist der auch bei diesen merklich zufriedeneren Pflegekräften vorhandene relativ hohe Anteil, der immer noch negative Einflüsse sieht.

Dieses Bild bestätigt sich, wenn man die Pflegekräfte mit oder ohne ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement hinsichtlich ihrer Bewertung des DRG-Einflusses untersucht (Abbildung 80).

Abschließend zur Betrachtung der Ergebnisse der DRG-Einflussfrage im Jahr 2006 wollen wir noch auf die beträchtlichen und fast bei allen Merkmalen statistisch auf dem

¹² In der Gruppe „ohne Entlassungsmanagement“ in der Abbildung 80 sind dazu die Antwortmöglichkeiten „ja, aber es funktioniert nicht wie gewünscht“, „nein, das gibt es nur auf dem Papier, aber nicht wirklich“ und „nein, ein derartiges Management existiert bei uns nicht“ zusammengefasst.

Abbildung 81: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte mit unterschiedlicher Dauer der Berufsausübung 2006

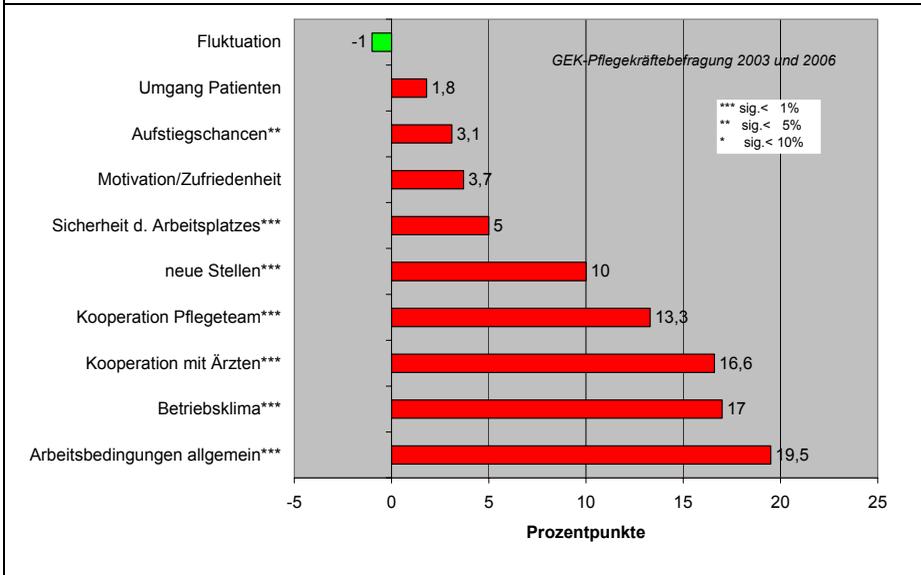


1 %- und 5 %-Niveau signifikanten Unterschiede zwischen Pflegekräften mit unterschiedlicher Berufserfahrung eingehen. In der Abbildung 81 finden sich die bereits bekannten Mittelwerte der DRG-Bewertungen für vier Berufsaltersgruppen von den Berufsanfängern mit einer Berufserfahrung bis zu fünf Jahren bis zu den „alten Hasen“ mit über 15 Jahren Berufserfahrung. Die beiden Extremgruppen sind dabei bewusst hervorgehoben worden, da sie von Ausnahmen abgesehen auch die unteren und oberen Bewertungsniveaus kennzeichnen. Von diesen Ausnahmen abgesehen, bewerten die Pflegekräfte mit langer Berufserfahrung den DRG-Einfluss negativer als ihre Kolleginnen und Kollegen in der Berufsanfangs- und Einstiegsphase. Interessant ist, dass bereits die Pflegekräfte-Gruppe mit einer Berufserfahrung zwischen sechs und zehn Jahren eine – wiederum von plausiblen Ausnahmen abgesehen (z. B. bei den Aufstiegschancen) – negativere Bewertung äußern, die teilweise sogar negativer ist als die durch die „alten Hasen“ (z. B. Versorgungsqualität, Kooperation im Pflegeteam).

Nach dieser Darstellung des Status quo der Bewertung des DRG-Einflusses folgt nun der Blick auf den Umfang und die Art von Veränderungen der Bewertungen zwischen 2003 und 2006. Wer die Merkmale in den letzten Abbildungen mit denen der folgenden vergleicht, sieht, dass wir einige der Einflussgrößen erst 2006 in den Fragebogen aufnahmen und daher noch keinen zeitlichen Vergleich durchführen können.

Bei der Analyse von Veränderungen des DRG-Einflusses auf eine Reihe von Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, die wir ausgewählt und in beiden Jahren abgefragt haben, konzentrieren wir uns auf die „eher negativen“ Beurteilungen. Um die Trends zu

Abbildung 82: Veränderung der Häufigkeit negativer Bewertungen des DRG-Einflusses auf ausgewählte Arbeitsbedingungen in Prozentpunkten 2003 und 2006

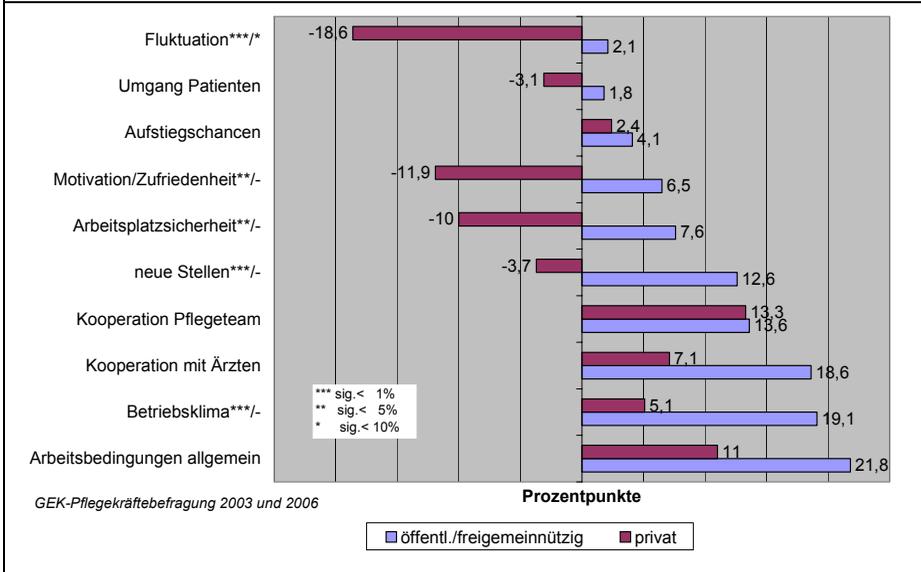


verdeutlichen, haben wir die jeweiligen Häufigkeiten der negativen Beurteilungen voneinander abgezogen und die Differenz in Prozentpunkten gebildet. Positive Werte bedeuten dann in der Abbildung 82 eine Zunahme des Anteils von Pflegekräften mit einer negativen Beurteilung des DRG-Einflusses auf die jeweilige Bedingung zwischen 2003 und 2006, negative Werte eine Abnahme um die dokumentierten Prozentpunkte.

Das Ergebnis ist eindeutig: Mit Ausnahme der Fluktuation des Personals nimmt der Anteil von Pflegekräften, die bei den abgefragten Bedingungen einen negativen DRG-Einfluss sehen, mehr oder weniger stark zu. Und bis auf die Merkmale „Umgangsweise mit Patienten“ und „Motivation und Zufriedenheit“ sind die Unterschiede der Häufigkeiten zwischen 2003 und 2006 statistisch signifikant bzw. hoch signifikant.

Ein ähnliches Bild zeigt sich, wenn die Veränderungen des Anteils der Pflegekräfte, die den DRG-Einfluss negativ beurteilen, nach Trägertyp untersucht werden. Auch hier ist die Maßeinheit der in Prozentpunkten ausgedrückte Unterschied der Häufigkeiten der Antworten in beiden Jahren. Positive Werte zeigen also erneut eine Zunahme des Anteils der Pflegekräfte an, die bei dem konkreten Merkmal einen negativen Einfluss sehen und negative Werte indizieren eine Abnahme des Anteils der negativ urteilenden Pflegekräfte. Die mit Sternchen klassifizierten Signifikanzwerte beziehen sich vor dem Querstrich auf Unterschiede zwischen öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern im Jahr 2003 und nach dem Querstrich auf die im Jahr 2006.

Abbildung 83: Veränderung der Häufigkeit negativer Bewertungen des DRG-Einflusses auf ausgewählte Arbeitsbedingungen in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern in Prozentpunkten 2003 und 2006



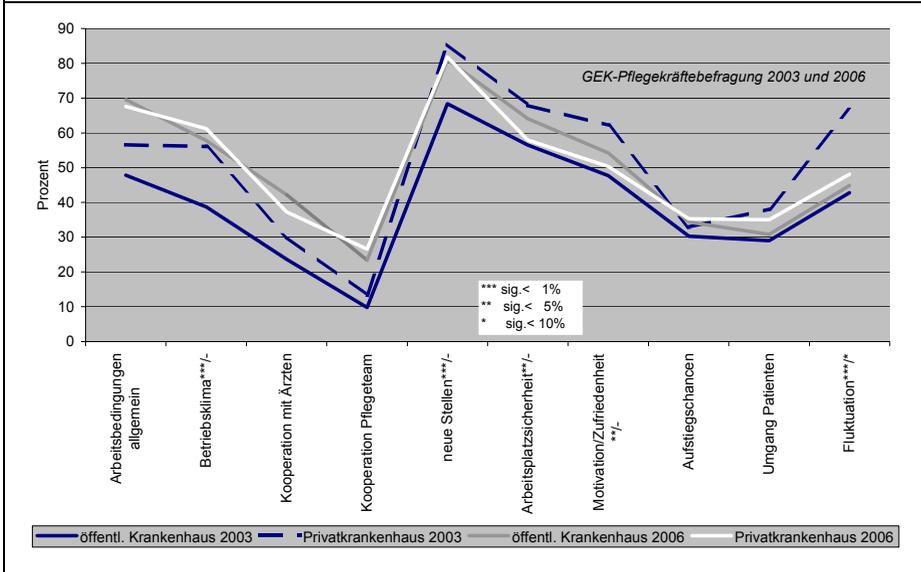
Die wesentlichen Trends lassen sich so charakterisieren:

- Die stärkste Zunahme negativer Beurteilungen des DRG-Einflusses fand in den öffentlich/freigemeinnützigen Kliniken statt. Dies heißt umgekehrt, dass selbst dort, wo der Anteil von negativen Beurteilern in privaten Krankenhäusern auch noch anstieg, der Anstieg durchweg geringer war als in den öffentlich/freigemeinnützigen Häusern.
- Pflegekräfte in privaten Krankenhäusern sind dann auch die einzige Gruppe, die bei einer Reihe von Merkmalen ihrer Arbeit 2006 deutlich weniger einen negativen DRG-Einfluss sah als 2003.
- Die geringere Zunahme sowie die Abnahme der negativen Bewertungen bei den Pflegekräften in privaten Krankenhäusern tragen auch dazu bei, dass einige 2003 noch statistisch signifikante Unterschiede 2006 verschwinden.

Nach der bisher eingenommenen relativen Perspektive soll ein Blick auf die Veränderung des Niveaus der Anteile negativ urteilender Pflegekräfte das bisher Gesagte unterstreichen. Dabei werden folgende Aspekte deutlich:

- Die in Prozentpunkten abgebildeten Veränderungen spielen sich auf verschiedenen Niveaus ab. Es handelt sich also nicht nur um Ab- oder Zunahmen des Anteils negativer Beurteiler auf niedrigem Niveau, sondern auch auf bereits höherem Niveau.

Abbildung 84: Niveaus der Häufigkeit negativer Bewertungen des DRG-Einflusses auf ausgewählte Arbeitsbedingungen in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006



- Ansonsten kommt auch nochmals deutlich zum Ausdruck, dass die Verringerung des Abstandes zwischen den negativ urteilenden Pflegekräften in den beiden Krankenhaustypen oder gar die Umkehr der Proportionen sowohl auf einer durchgehenden Zunahme dieser Gruppe in öffentlich/freigemeinnützigen Häusern zurückzuführen ist als auch darauf, dass sie bei einigen Merkmalen in privaten Kliniken gleichzeitig abnahm. Eventuell existierende Befürchtungen von klaren Verschlechterungen in privaten Kliniken lassen sich daher bisher nicht verifizieren.

Wenn man die möglichen Determinanten der beobachteten oder vermuteten DRG-Auswirkungen in multivariaten Modellen betrachtet, ergeben sich einige interessante Konstellationen, für die wir jeweils nur die signifikanten Elemente abbilden. Dies bedeutet, dass Faktoren, die in den folgenden Tabellen nicht auftreten, zumindest auf den genannten Signifikanz-Niveaus keine Bedeutung für die Wahrnehmung eines negativen Einflusses der DRG-Einführung haben.

- Der Anteil der Pflegekräfte, die den DRG-Einfluss auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen negativ bewerten, nimmt auch unter Berücksichtigung aller anderen Effekte um 19 Prozentpunkte zu. Dieser Anteil steigt ferner, wenn die Pflegekräfte unter höheren Belastungen arbeiten (um etwa neun Prozentpunkte) und außerdem um sieben Prozentpunkte bei den Befragten mit einer Berufserfahrung über fünf Jahren. Pflegekräfte, die in Krankenhäusern

Tabelle 39: Regressionsmodelle für den negativen Einfluss der DRG-Einführung auf ausgewählte Arbeitsmerkmale von Pflegekräften I

	Arbeits- bedingungen	Motivation	Umgang Patienten	Kooperation Pflegeteam	Kooperation mit Ärzten
(Konstante)	0,40 ***	0,54 ***	0,43 ***	0,15 ***	0,25 ***
Welle 2006	0,19 ***			-0,16 ***	0,12 ***
Belastungen	0,09 ***	0,11 ***	0,09	0,12 ***	0,13 ***
Ressourcen		-0,14 ***	-0,11 ***	-0,09 ***	
Berufserfahrung	0,07 **	0,09 ***			
Case Management	-0,06 **	-0,09 **			-0,10 ***
Entlassmanagement					-0,10 ***
Kurzzeitabtlg.				-0,07 **	
Tagschicht			0,07 **	0,06 **	0,07 **
Innere					0,07 **
Neurologie					0,06 **
Krankenschwester			-0,06 **		

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; in das Modell gingen insgesamt folgende Merkmale ein: Welle 2006, Belastungen, Ressourcen, Berufserfahrung, Entlassungsmanagement, Case Management, Nur Tagschicht, Nur Nachtschicht, Neurologie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Andere Fachabteilungen, Leitende Pflegekraft, Krankenschwester, poststationäre Abteilung, Kurzzeitabteilung, bis 200 Betten, über 1000 Betten, Ostdeutschland, privater Krankenhausträger; in die Tabelle gehen nur die Merkmale ein, für die es mindestens einen statistisch signifikanten Wert < 5% gibt; Referenzkategorien: Welle 2003, Berufserfahrung bis fünf Jahre, Kein Case Management, Kein Entlassungsmanagement, Keine Kurzzeitabteilung, Alle anderen Schichtformen, Alle anderen Abteilungen, Männliche Pflegekräfte.

mit strukturierten Behandlungsabläufen (z. B. Case Management) arbeiten, nehmen den DRG-Einfluss weniger negativ wahr (um sechs Prozentpunkte).

- Die Wahrnehmung des negativen Einflusses der DRGs auf die Motivation und Zufriedenheit der Pflegekräfte wird nach den in die Analyse einbezogenen Merkmalen in unterschiedlichster Weise beeinflusst: Der Anteil der Befragten mit dieser Wahrnehmung steigt, wenn sie unter hoher Belastung arbeiten (11 Prozentpunkte) sowie bei den Pflegekräften mit längerer Berufserfahrung, sinkt aber deutlich, wenn die Befragten über entlastende Ressourcen verfügen (um 14 Prozentpunkte) und in Krankenhäusern mit Case Management-Strukturen arbeiten (um neun Prozentpunkte).
- Pflegekräfte mit entlastenden Ressourcen geben deutlich weniger (11 Prozentpunkte) einen negativen DRG-Einfluss auf den Umgang mit den Patienten an. Bei ihren Kolleginnen und Kollegen mit hohen Belastungen ist dies genau umgekehrt: Der Anteil, der negative Einflüsse feststellt, nimmt um neun Prozentpunkte zu. Hier wird sehr konkret der innere Zusammenhang zwischen dem Interesse der im Krankenhaus Beschäftigten an guten Arbeitsbedingungen und den Interessen der Patienten an einer guten Versorgung deutlich. Mehr negative Einflüsse sehen auch die Befragten, die in Tagschicht arbeiten, während Krankenschwestern sechs Prozentpunkte weniger als ihre männlichen Kollegen der Meinung sind, es gäbe negative Einflüsse.

- Unter Berücksichtigung aller anderen Merkmale wird 2006 von 16 Prozentpunkten weniger Pflegekräften die Wahrnehmung geäußert, die DRGs wirkten sich negativ auf die Kooperation im Pflorgeteam aus. Auch bestehende Ressourcen (neun Prozentpunkte) und die Existenz von so genannten Kurzzeitabteilungen (sieben Prozentpunkte) tragen zur Verringerung des Anteils von Pflegekräften bei, die negative Einflüsse auf die Kooperation der Pflegenden wahrnehmen. Angesichts der in Tagschichten stärkeren personellen Besetzung wundert es nicht, dass die dort tätigen Pflegekräfte einen negativeren DRG-Einfluss (sechs Prozentpunkte) auf die Kooperation wahrnehmen als die in Nachtschichten.
- Ganz anders als bei der gerade betrachteten Einflussnahme der DRG auf die Kooperation im Pflorgeteam sieht es im zeitlichen Verlauf bei der Kooperation der Pflegekräfte mit den Ärzten aus: Der Anteil negativer Bewertungen nimmt in 2006 um 12 Prozentpunkte zu. Dies gilt für die Tagschicht-Pflegekräfte (sieben Prozentpunkte) sowie Pflegekräfte in der Inneren Medizin (sieben Prozentpunkte) und der Neurologie (sechs Prozentpunkte). Pflegekräfte, die in Krankenhäusern mit funktionierendem Case Management und Entlassungsmanagement arbeiten, sehen dagegen um jeweils zehn Prozentpunkte seltener einen negativen Einfluss auf die Kooperation mit Ärzten.
- Der Anteil der Pflegekräfte, die einen negativen Einfluss der DRG-Einführung auf das Betriebsklima sehen, steigt von 2003 auf 2006 um 15 Prozentpunkte. Ebenso hoch ist der Anstieg bei den Befragten, die hohe Belastungen angeben. Der Anteil dieser Gruppe von Pflegekräften ist auch bei Berufserfahrenen und in der Tagschicht Tätigen höher als bei Berufsanfängern bzw. in anderen Schichtformen arbeitenden Pflegekräften. Weniger negative Einflüsse sehen Pflegekräfte mit Ressourcen (sechs Prozentpunkte) und Krankenschwestern.
- Der Anteil von Pflegekräften, die meinen, die DRG wirkten sich negativ auf die Schaffung neuer Stellen aus, wuchs zwischen 2003 und 2006 um sieben Prozentpunkte. Auch berufserfahrene, leitende und in der Neurologie tätige Pflegekräfte sahen dies eher negativer als die jeweiligen Referenzgruppen Berufsanfänger, Basispflegekräfte und in allen anderen Abteilungen Beschäftigte. Etwas weniger negativ nahmen diese Seite ihrer Arbeitswelt lediglich die Pflegekräfte wahr, die hohe Ressourcen hatten.
- Negative DRG-Einflüsse auf ihre Aufstiegschancen sahen Pflegekräfte mit hohen Belastungen und Tagschicht-Pflegekräfte deutlich mehr (um 18 und zehn Prozentpunkte). Interessant ist, dass Pflegekräfte aus Krankenhäusern mit funktionierendem Entlassungsmanagement weniger negative Einflüsse der DRGs sahen als ihre Kolleginnen und Kollegen ohne solche funktionierenden Strukturen am Ende des Krankenhausaufenthalts.
- Berufserfahrene, hoch belastete und in Tagschicht arbeitende Pflegekräfte nehmen mehr negativen Einfluss auf die Sicherheit ihrer Arbeitsplätze wahr als ihre jeweiligen Referenzgruppen. Auch hier sinkt der Anteil der Pflegekräfte mit negativer Wahrnehmung von Einflüssen, wenn sie in Kliniken mit funktionierendem Entlassungsmanagement arbeiten (um 11 Prozentpunkte).

Tabelle 40: Regressionsmodelle für den negativen Einfluss der DRG-Einführung auf ausgewählte Arbeitsmerkmale von Pflegekräften II

	Betriebs- klima	Neue Stellen	Berufl. Aufstieg	Arbeitsplatz- sicherheit	Fluktuation
(Konstante)	0,36 ***	0,72 ***	0,22 ***	0,47 ***	0,33 ***
Welle 2006	0,15 ***	0,07 **	-	-	-0,06 **
Belastungen	0,15 ***	-	0,18 ***	0,08 **	0,21 ***
Ressourcen	-0,06 **	-0,08 **	-	-	-
Berufserfahrung	0,05 **	0,06 **	-	0,07 **	-
Entlassmanagement	-	-	-0,11 ***	-0,08 **	-
Tagschicht	0,07 **	-	0,10 ***	0,08 **	0,09 **
Neurologie	-	0,07 **	-	-	-
Leitende Pflegekraft	-	0,07 **	-	-	-
Krankenschwester	-0,06 **	-	-	-	-

Anmerkung: *** Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit < 5%; in das Modell gingen insgesamt folgende Merkmale ein: Welle 2006, Belastungen, Ressourcen, Berufserfahrung, Entlassmanagement, Case Management, Nur Tagschicht, Nur Nachtschicht, Neurologie, Innere Medizin, Geburtshilfe, Andere Fachabteilungen, Leitende Pflegekraft, Krankenschwester, poststationäre Abteilung, Kurzzeitabteilung, bis 200 Betten, über 1000 Betten, Ostdeutschland, privater Krankenhausträger; in die Tabelle gehen nur die Merkmale ein, für die es mindestens einen statistisch signifikanten Wert < 5% gibt; Referenzkategorien: Welle 2003, keine Belastungen, keine Ressourcen, Berufserfahrung bis fünf Jahre, kein Entlassmanagement, keine Kurzzeitabteilung, alle anderen Schichtformen, alle anderen Abteilungen, Basispflegekraft, männliche Pflegekräfte.

- 2006 nehmen weniger (sechs Prozentpunkte) Pflegekräfte als 2003 einen negativen Einfluss der DRG auf die Fluktuation in ihren Krankenhäusern wahr. Mit steigender Belastung (21 Prozentpunkte) und wenn in Tagschicht (neun Prozentpunkte) gearbeitet wurde, steigt aber auch der Anteil der Pflegekräfte, die negative DRG-Einflüsse auf die Fluktuation wahrgenommen haben.

Insgesamt betrachtet zeigen fast alle multivariaten Analysen der Wahrnehmung eines negativen DRG-Einflusses einige interessante Details, die in weiteren Untersuchungen berücksichtigt werden sollten: Erstens sind zwar alle Modelle auch als Modell statistisch signifikant, erklären aber insgesamt lediglich einen geringen Anteil der tatsächlichen Varianz der betrachteten Einzelaspekte. Formal ausgedrückt: Das korrigierte R-Quadrat schwankt zwischen 6% und 15%, was ein Zeichen dafür ist, dass der größere Teil der Erklärungskraft in anderen, hier nicht berücksichtigten und auch nicht erhobenen Merkmalen steckt. Zweitens spielen strukturelle Merkmale der Organisation Krankenhaus, wie beispielsweise die Trägerform oder die Bettenanzahl fast keine Rolle bei der Wahrnehmung von DRG-Einflüssen. Dies gilt auch für Unterschiede zwischen den Abteilungen. Drittens haben aber auch hier Belastungen und Ressourcen, die zum Teil keinen direkten Zusammenhang mit den DRG haben und auch die verschiedenen Varianten einer Strukturierung der Behandlungsabläufe im Krankenhaus, die oft erst unter dem Druck der DRG-Vorgaben eingeführt wurden, einen großen Einfluss auf die Tendenz der Bewertung von DRG-Einflüssen.

9 Literatur

- Albrecht, Hans; Büchner, Edith; Engelke, Dirk-Rainer (1982): Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern. Berlin Forschung, Band 3.
- Asklepios Kliniken (2007): Bericht zur Medizinischen Ergebnisqualität 2007. Berlin: Asklepios Kliniken.
- Badura, Bernhard.; Litsch, Martin.; Vetter, Christian. (Hrsg.) (1999): Fehlzeitenreport 1999 – Psychische Belastung am Arbeitsplatz. Heidelberg: Springer.
- Bartholomeyczik, Sabine.; Müller, Elke; Dieckhoff, Thomas; Drerup, Elisabeth; Korff, Marling; Krohwinkel, Monika; Sowinski, Christine; Zegelin, Angelika (1993): Die Nacht im Krankenhaus aus der Sicht der Pflegenden. Eschborn: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Bartholomeyczik, Sabine (1987): Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern – Ergebnisse einer Untersuchung. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 40, Beilage Heft 1.
- Bartholomeyczik, Sabine (2002): Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In: Kolb, Stephan et al. (Hrsg.): Medizin und Gewissen – wenn Würde ein Wert würde. Frankfurt a. M.: Mabuse, 229-235.
- Bartholomeyczik, Sabine (2007a): Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. In: Dr. med. Mabuse, 166, 57-60.
- Bartholomeyczik, Sabine (2007b): Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. Langfassung des Artikels aus Dr. med. Mabuse 166. URL: http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf (aktuell am 20.03.2007).
- Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina (1993): Pflegenotstand – Frauennotstand. In: Schmidbauer, Wolfgang (Hrsg.): Pflegenotstand – das Ende der Menschlichkeit. Reinbek: Rowohlt, 52-67.
- BGW; DAK (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport (2001) Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW, DAK.
- Biersack, Wolfgang; Parmentier, Klaus; Schreyer, Franziska (2000): Berufe im Spiegel der Statistik. Beschäftigung und Arbeitslosigkeit 1993-1999. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.
- Böcking, Wolfgang; Ahrens, Ulrich; Kirch, Wilhelm; Milakovic, Mishael (2005): First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. In: Public Health, 13, 128-137.

- Born, Claudia (2000): Erstausbildung und weiblicher Lebenslauf. Was (nicht nur) junge Frauen bezüglich der Berufswahl wissen sollten. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 3, Beiheft 2000, 50-65.
- Braun, Bernard; Kühn, Hagen; Reiners, Hartmut (1999): Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf (2003): Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. St. Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiografien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. St. Augustin: Asgard.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006a): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006b): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien. WZB-Arbeitspapier Nr. SP I 2006-311. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Bundesärztekammer (2006): Positionspapier der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichte von Krankenhäusern. URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/plus/down.asp?typ=PDF&id=1703> (aktuell am 03.11.2006).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2006a): Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. URL: <http://www.bqs-online.de> (aktuell am 03.11.2006).
- Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2006b): Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005. Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.
- Bundesministerium für Gesundheit (2006): Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Busse, Reinhard; Riesberg, Annette (2005): Gesundheitssysteme im Wandel. Deutschland. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- Büssing, André; Glaser, Jürgen (Hrsg.) (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Coffey, Rosanna M.; Louis, Daniel Z. (2001): Fünfzehn Jahre DRG-basierte Krankenhausvergütung in den USA. In: Arnold, Michael; Litsch, Martin;

- Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Schwerpunkt: Vergütungsform mit DRGs. Stuttgart: Schattauer, 33-47.
- DAK; BGW (2000): DAK-BGW Gesundheitsreport 2000: Krankenpflege. Hamburg: DAK, BGW.
- DAK; BGW (2005): DAK-BGW Gesundheitsreport 2005: Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Hamburg: DAK, BGW.
- DAK; BGW (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Hamburg: DAK, BGW.
- Deutscher Bundestag (2001): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/ die GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG). Drucksache 14/6893. Berlin: Deutscher Bundestag.
- DRG Research Group (2006): Medizincontrolling/DRG Research Group; Universitätsklinikum Münster; Westfälische Wilhelms-Universität Münster. URL: www.drg-research.de (aktuell am 03.11.2006).
- Drösler, Saskia E. (2006): Qualitätsberichte gemäß §137 SGB V und ihre Darstellung im Internet – eine vergleichende Analyse. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernd-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhausreport 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart, New York: Schattauer, 207-223.
- Eberlein-Gonska, Maria; Fellmann, Erich; Klakow-Franck, Regina (2006): Qualitätsberichte. Mehr Orientierungshilfe statt größerer Textmengen. In: Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 43 vom 27.10.2006, Seite A-2840. URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=53205> (aktuell am 03.11.2006).
- Elsbernd, Astrid (2006): Pflegesensible Qualitätsindikatoren zur internen Qualitätssteuerung am Beispiel stationärer Altenpflege. Vortrag auf dem „Münchner Pflegekongress 2006. Zukunft sucht Weg – Entwicklung steuern, Chancen ergreifen.“ 19.-21.10.2006 in München. Veranstalter von der Städtisches Klinikum München GmbH.
- Etgeton, Stefan (2006): Nutzerorientierung im Gesundheitswesen. In: IPP-INFO, 2, 4.
- Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber.
- Gordon, Suzanne (2005): Nursing against the odds. How Health Care Cost cutting, Media Stereotypes, and Medical Hubris undermine nurses and patient care. Ithaca/London: Cornell University Press.

- Hamann, Silke; Krug, Gerhard; Köhler, Markus; Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang; Hacket, Anne (2004): Die IAB-Regionalstichprobe 1975-2001: IABS-R01. In: ZA-Information, 55, 34-59.
- Hasselhorn, Hans-Martin (2007): Berufbezogene psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen. In: Weber, Andreas; Hörmann, Georg (Hrsg.): Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart: Gentner, 47-73.
- Hasselborn, H.-M.; Tackenberg, P.; Müller, B. H. (2003): Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. In: Gesundheitswesen 2003, 64, 40-46.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga; Schulze Geiping, Annika; Simon, Mario; Voß, Karin; Wiedemann, Regina; Donath, Elke; Bartholomeyczik, Sabine (2005): Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRG, Pflege & Gesellschaft, 10,3, 125-130.
- Hayes, Lauren J.; O'Brien-Pallas, Linda; Duffield, Christine; Shamian, Judith; Buchan, James; Hughes, Frances; Laschinger, Heather K. Spence; North, Nicola; Stone, Patricia W. (2006): Nurse turnover: A literature review. In: International Journal of Nursing Studies, 43, 2, 237-263.
- Helios Kliniken (2003): Kompetenz in Medizin. Medizinischer Jahresbericht der HELIOS Kliniken GmbH 2002. URL: http://www.helios-kliniken.de/stellent/groups/publikation/@zentrale/documents/helwebpdf/hel_008600.pdf (aktuell am 21.03.2007).
- Herschbach, Peter (1991): Eine Untersuchung zur psychischen Belastung von Krankenschwestern und -pflegern. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 6, 434-438.
- Herschbach, Peter (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastungen bei Ärzten und Ärztinnen im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, 122-136.
- Hoffmann, Prof. Dr. med; Riehle, Margaretha E. (2004): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. URL: http://www.dgu-online.de/pdf/unfallchirurgie/aktuelle_themen/andere_themen/qm_homepage_riehle_hoffmann.pdf. (aktuell am 4.10.2006).
- Hollick, Jürgen; Kerres, Andrea (2002): Pflege im DRG-System. DRGs – Pflege – Pflegediagnosen. Balingen: Spitta.
- Hunstein, Dirk; Fiebig; Madlen; Sippel, Birgit; Dintelmann, Yvonne (2006): Assessment-Instrumente: Widersprechen sich Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität? Vortrag auf dem „Münchner Pflegekongress 2006. Zukunft

sucht Weg – Entwicklung steuern, Chancen ergreifen.“ 19.-21.10.2006 in München. Veranstaltet von der Städtisches Klinikum München GmbH.

InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2006): Datenauswertung §21 KHEntG zur Begleitforschung gemäß § 17b AbS. KHG; Datenjahr 2004 (Stand 14.03.2006). Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. URL: www.inek-drg.de (aktuell am 22.09.2006).

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (2006): Berufe im Spiegel der Statistik 1999 – 2005. URL: http://www.pallas.iab.de/bisds/Data/seite_01_BG_a.htm bis http://www.pallas.iab.de/bisds/Data/seite_937_BO_a.htm (aktuell am: 02.08.2006).

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) (2007): Berufe im Spiegel der Statistik 1999 – 2006. URL: http://www.pallas.iab.de/bisds/Data/seite_01_BG_a.htm bis http://www.pallas.iab.de/bisds/Data/seite_937_BO_a.htm (aktuell am: 28.08.2007).

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) (2005): Berufe im Spiegel der Statistik 1999 – 2004. URL: http://www.pallas.iab.de/bisds/Data/seite_011_BO_a.htm bis http://www.pallas.iab.de/bisds/Data/seite_937_BO_a.htm (aktuell am:30.06.2006).

Isfort, Michael; Weidner, Frank (2007): Pflege-Thermometer. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. URL: <http://www.dip.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf> (aktuell am 03.09.2007).

Kahlisch, Andrea; Kobold, Corinna; Rau, Beate (2004): Pflege im DRG-System: Die Fallgruppe sagt wenig über den Pflegebedarf. In: Pflegezeitschrift, 57, 26-29.

Karl-Olga-Krankenhaus GmbH (2004): Qualitätsbericht 2004. URL: <http://www.karl-olga-krankenhaus.de/download/qb2004.pdf> (aktuell am 05.10.2006).

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen I. Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. URL: <http://www.dip-home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung1.pdf> (aktuell am 02.11.2006).

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (2002): Pflegequalität und Pflegeleistungen II. Zwischenbericht zur zweiten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. URL: <http://www.dip->

home.de/material/downloads/bericht-pflegeleistung1.pdf (aktuell am 02.11.2006).

- Klinke, Sebastian (2007): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II. Detaillierergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. WZB discussion papers SP I 2007-301. Berlin: WZB.
- Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. WZB discussion papers SP I 2006-309. Berlin: WZB.
- Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus (2000): DRG-Fallpauschalen: eine Einführung. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Leister, Jan Eric; Stausberg, Jürgen (2005): Comparison of cost accounting methods from different DRG systems and their effect on health care quality, In: Health Policy, 74, 46-55.
- Lenk, Christian; Biller-Andorno, Nikola; Alt-Epping, Bernd; Anders, M.; Wiesemann, Claudia (2005): Ethik und Fallpauschalen. Welche Veränderungen in der Patientenversorgung sind zu erwarten? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 130, 1653-1655.
- Linder, Jeffrey; Jun Ma; David W. Bates; Blackford Middleton; Randall S. Stafford (2007): Electronic Health Record Use and the Quality of Ambulatory Care in the United States. In: Archives of Internal Medicine, 167, 1400-1405.
- Manzeschke, Arne; Pelz, Thomas (2006): Diakonie und Ökonomie – Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalisiertem Medizin- und Qualitätsmanagement im klinischen Alltag. Vortrag auf dem Symposium „Ökonomisierung im klinischen Alltag. Auswirkungen der Fallpauschalen auf die Behandlungsqualität und Organisationsstruktur“. 5.-7.10. 2006 in Hannover. Veranstaltet durch das Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum.
- Milojevic, Isabel; Borges, Peter (2007): Anstieg altersbedingter und psychischer Erkrankungen stellt Krankenhäuser vor Herausforderung. Deloitte-Expertenbefragung analysiert Fallzahl und Verweildauerentwicklung der medizinischen Fachbereiche. URL: http://www.deloitte.com/dtt/press_release/0,1014,sid%253D6272%2526cid%253D176637,00.html, (aktuell am 26.10.2007).
- Parmentier, Klaus; Schade, Hans-Joachim; Schreyer, Franziska (1996): Berufe im Spiegel der Statistik. Beschäftigung und Arbeitslosigkeit 1985-1995. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.

- Parmentier, Klaus; Schade, Hans-Joachim; Schreyer, Franziska (1998): Berufe im Spiegel der Statistik. Beschäftigung und Arbeitslosigkeit 1993-1997. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit.
- Priester, Klaus (2007): Hohes Individualisierungsrisiko in den Pflegeberufen. In: Infodienst Krankenhäuser, 37, 42-46.
- Pröll, Ulrich; Streich, Waldemar (1984): Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz – Forschung – Fb 386. Dortmund.
- Quasdorf, Tina; Galatsch, Michael (2006): Die Veränderungen der Arbeitsstrukturen pflegerischen Personals in Akutkrankenhäusern vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Vortrag auf dem „Münchner Pflegekongress 2006. Zukunft sucht Weg – Entwicklung steuern, Chancen ergreifen.“ 19.-21.10.2006 in München. Veranstaltet von der Städtisches Klinikum München GmbH.
- Raffel, Andreas; Cupisti, Kenko; Dotzenrath, Cornelia; Krüger, B.; Ohmann, Christian; Schulte, Klaus-Martin; Goretzki, Peter Erich; Röher, Hans-Dietrich (2004): Ökonomische Zwänge führen zur Reduktion der stationären Verweildauer. Beispiel: Schilddrüsenoperation, In: Der Chirurg, 75, 702-705.
- Rafferty, Anne Marie; Clarke, Sean P.; Coles, James; Ball, Jane; James, Philip; McKee, Martin; Aiken, Linda H. (2006): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals. Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: International Journal of Nursing Studies, 43. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.003> (aktuell am 02.11.2006).
- RAMBØLL Management (2002): Fallstudie: Privatisierung von Krankenhäusern. Im Auftrag der Gewerkschaft ver.di.
- Roeder, Norbert (2005): Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2006. Münster: DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster Westfälische Wilhelms-Universität.
- Roeder, Norbert; Rochell, Bernhard et al. (2000): Zwischenbericht zum Projekt: Empirischer Vergleich von Patientenklassifikationssystemen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) in der Herzchirurgie. URL: http://drg.uni-muenster.de/de/downloads/literatur/drg_zwischenbericht.zip (aktuell am 03.11.2006).
- Rühmkorf, Daniel (2005): Heilen im Minutentakt. In: Dr. med. Mabuse, 153, 25-27.
- Schoen, Cathy; Osborn, Robin; Huynh, Phuong Trang; Doty, Michelle; Zapert, Kinga; Peugh, Jordon; Davis, Karen (2005): Taking the Pulse of Health Care Systems: Experience of Patients with Health Problems in Six Countries. In: Health Affairs – Web Exclusive, W5, 509-525.

- Siegrist, Karin; Rödel, Andreas; Siegrist, Johannes (2003): Theoriegeleitete Mitarbeiterbefragung im Krankenhaus als Instrument betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Gesundheitswesen, 65, 612-619.
- Simon, Michael (2000): Was die Umstellung auf DRG für die Krankenhäuser bedeutet. In: Pflegezeitschrift, 11, 734-737.
- Statistisches Bundesamt (2001): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 1999. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2002): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2000. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2001. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2004): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2002. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Reihe 6.1, 2003. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006a): Kostennachweis der Krankenhäuser, 2004. Fachserie 12, Reihe 6.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006b): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), 2004. Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006c): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser, 2004. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2006d): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2004. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007a): Kostennachweis der Krankenhäuser, 2005. Fachserie 12, Reihe 6.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007b): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), 2005. Fachserie 12, Reihe 6.2.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007c): Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1 2005. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt (2007d): Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 2005. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Toth, Andor (2007): Kosten senken durch Klinisches Case Management. Vortrag auf dem Herbstsymposium 2007 der Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. (DGfM), 19.10.2007 in Heidelberg.
- ver.di (2004): Von den DRGs zum Umbau der Gesundheitslandschaft? Grundlagen – Erläuterungen – Strategien für betriebliche Interessenvertretungen – nicht nur in Krankenhäusern. Berlin: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft.
- Vogd, Werner (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Berlin: VWF Verlag.
- Vogd, Werner (2006): Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Bern: Huber.
- Voges Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar; Middendorf, Conrad (2005): REDIA-Studie. Analyse der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Münster: LIT Verlag.
- von Eiff, Wilfried; Klemann, Ansgar; Meyer, Nora (2007): REDIA-Studie II. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation. Münster: LIT Verlag.
- Wambach, Klaus (2006): Privatisierung ist keine Zauberformel. In: G + G Wissenschaft, 9, 11, 48.
- Wenderlein, Friederike.U.; Schochat, Thomas (2003): Betriebsbedingte Belastungen bei Pflegekräften – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten. Eine empirische Studie an 861 Probanden. In: Zeitschrift für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin, 38, 262-269.
- Wieteck, Pia (2005): Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. In: Pflege & Gesellschaft, 10, 3, 115-124.
- Wilmsen-Neumann, Jürgen (2005): Stirbt die ganzheitliche Sicht des Menschen? Das deutsche DRG-System und die Palliativmedizin, In: Klinikarzt, 34, 24-28.
- Wingefeld, Klaus (2005): Patientenorientierte Versorgung und Krankheitsbewältigung: Die Perspektive der Leistungsnutzer. Vortrag auf dem 4. Workshop der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW „Patientensicht und -verhalten. Messmethoden und Steuerungsinstrumente“. Köln, 24.11.2005.

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkungspfade in der Krankenhausbehandlung.....	22
Abbildung 2: Existenz von ambulanten Kurzzeit- und Nachbetreuungsabteilungen in Krankenhäusern 2003 und 2006.....	33
Abbildung 3: Existenz von ambulanten Kurzzeitabteilungen in Krankenhäusern unter ausgewählten Bedingungen 2003 und 2006.....	34
Abbildung 4: Existenz von ambulanten Nachbetreuungs-Abteilungen in Krankenhäusern unter ausgewählten Bedingungen 2003 und 2006.....	35
Abbildung 5: Existenz von klaren und koordinierten Abläufen 2003 und 2006.....	36
Abbildung 6: Existenz von klaren und koordinierten Abläufen unter ausgewählten Bedingungen 2003 und 2006.....	37
Abbildung 7: Wirklichkeit ausgewählter Merkmale der Pflegeorganisation aus Sicht der Pflegekräfte 2003 und 2006.....	39
Abbildung 8: Verwirklichung ausgewählter Merkmale der Pflegeorganisation in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern I – 2003 und 2006.	41
Abbildung 9: Verwirklichung ausgewählter Merkmale der Pflegeorganisation in öffentlich/ freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern II – 2003 und 2006..	41
Abbildung 10: Existenz von ausgewählten Elementen der Pflegeorganisation nach der Existenz von strukturierten Behandlungsabläufen aus Sicht der Pflegekräfte 2003 und 2006.....	43
Abbildung 11: Informationsfluss – Formen I (Antwort „ja“) – 2003 und 2006.....	46
Abbildung 12: Informationsfluss – Formen II (verschiedene Antwortmöglichkeiten) – 2003 und 2006.....	47
Abbildung 13: Ausgewählte Formen des Informationsflusses in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006.....	49
Abbildung 14: Existenz von regelmäßigen Pflegevisiten 2003 und 2006.....	50
Abbildung 15: Verteilung des Einflusses ausgewählter Akteure auf Entscheidungen über die medizinische Versorgung 2003 und 2006.....	52
Abbildung 16: Verteilung des Einflusses ausgewählter Akteure auf Entscheidungen über die pflegerische Versorgung 2006.....	52
Abbildung 17: Verteilung des Einflusses ausgewählter Akteure auf Entscheidungen über die pflegerische Versorgung in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2006.....	53

Abbildung 18: Bewertungen der Kooperationsbeziehungen im Krankenhaus aus Sicht der Pflegekräfte 2003 und 2006.....	54
Abbildung 19: Ärzte sollten viel mehr mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten	57
Abbildung 20: Fallzahlen vollstationärer Aufenthalte in Akut-Krankenhäusern und Fälle in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 1990-2006.....	60
Abbildung 21: Anzahl sonstiger Fälle im Krankenhaus 1990-2006	61
Abbildung 22: Durchschnittliche Falldauern vollstationärer Aufenthalte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2006...	62
Abbildung 23: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch vollstationäre Aufenthalte in Krankenhaus und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1990-2006.....	63
Abbildung 24: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch sonstige Aufenthalte im Krankenhaus 1990-2006.....	64
Abbildung 25: Gesamtzahl der Aufenthaltstage durch akutstationäre Aufenthalte im Krankenhaus 1990-2006.....	65
Abbildung 26: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) 1991-2005	66
Abbildung 27: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 1000 vollstationärer Fälle 1991-2005.....	67
Abbildung 28: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 10.000 vollstationärer Aufenthaltstage 1991-2005.....	68
Abbildung 29: Personal im Krankenhaus (umgerechnet in Vollzeitkräfte) je 10.000 akut-stationärer Aufenthaltstage 1991-2005.....	69
Abbildung 30: Krankenstand unter den bei der GEK versicherten Krankenpflegekräften mit der Berufsordnung 853 (Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen), standardisiert	70
Abbildung 31: Gründe für das Gefühl, das Arbeitspensum häufig nicht zu schaffen...	74
Abbildung 32: Verschiebungen der Aufgaben zwischen Berufsgruppen im Krankenhaus in den letzten drei Jahren (Befragung im Jahr 2006).....	76
Abbildung 33: Durchschnittliche Anzahl der Arbeitsstunden mit bestimmten Inhalten	77
Abbildung 34: Anteil der Arbeitsstunden mit bestimmten Inhalten	78
Abbildung 35: Arbeitslosenquote von Krankenpflegekräften mit der Berufsordnung 853 (Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen) im Vergleich zu anderen Berufsordnungen	79
Abbildung 36: Bewertung der Aus-, Einarbeitungs- und Fortbildungsqualität in Krankenhäusern 2003 und 2006.....	85

Abbildung 37: Aktuelle Situation der Abteilung der Pflegekräfte 2006.....	87
Abbildung 38: Von wem bekommen Pflegekräfte bei Fragen und Problemen zur richtigen Pflege der Patienten Unterstützung? 2006 und 2003.....	90
Abbildung 39: Arbeitszeitformen 2003 und 2006	94
Abbildung 40: Belastung durch „Termin- und Leistungsdruck“ nach Berufsordnungen	102
Abbildung 41: Krankheitsbedingte Fehltage pro Jahr nach Alter und Beruf.....	104
Abbildung 42: Anzahlstationärer Aufenthaltstage pro Jahr nach Alter und Beruf.....	105
Abbildung 43: Gründe für das Nachdenken über den Berufswechsel 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich)	110
Abbildung 44: Verweildauer im Beruf.....	115
Abbildung 45: Welche Erfahrungen haben Pflegekräfte mit einem Leitbild ihres Krankenhauses gemacht?	121
Abbildung 46: Persönliche Anreize zu wirtschaftlichem Handeln der Pflegekräfte 2006	124
Abbildung 47: Berufliches Selbstverständnis 2006.....	127
Abbildung 48: Träger der Steuerung von Aufnahme und Belegung in öffentlich/ freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich)	132
Abbildung 49: Träger der Steuerung von Aufnahme und Belegung in Krankenhäusern mit und ohne strukturierte Behandlungsabläufe 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich)	133
Abbildung 50: Träger der Steuerung von Aufnahme und Belegung nach Bettenanzahl (ausgewählte Träger) 2003 und 2006 (Mehrfachnennungen möglich).....	134
Abbildung 51: Vergleich von Erwartungen und tatsächlicher Praxis im Bereich der medizinischen Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte 2006	136
Abbildung 52: Vergleich von Erwartungen und tatsächlicher Praxis im Bereich der psychosozialen Versorgung aus Sicht der Pflegekräfte 2006	140
Abbildung 53: Weitere Merkmale der tatsächlichen Praxis der psychosozialen Versorgung im Krankenhaus aus Sicht der Pflegekräfte 2006	141
Abbildung 54: Wirklichkeit der eigenen Pfl egetätigkeit der Pflegekräfte 2003 und 2006	143
Abbildung 55: Wirklichkeit der eigenen Pfl egetätigkeit der Pflegekräfte in individuell und strukturell ausgewählten Teilgruppen bei der würdevollen Behandlung der Patienten und der Anpassung der Pflege an Patientenwünsche – 2006	144

Abbildung 56: Wirklichkeit der eigenen Pfl egetätigkeit in Teilgruppen bei der Erläuterung von Pfl egevorgängen und der Unterstützung von Selbständigkeit – 2006.....	145
Abbildung 57: Wirklichkeit der eigenen Pfl egetätigkeit in Teilgruppen bei Patienten- und Angehörigensprächen – 2006	145
Abbildung 58: Bewertung des Entlassungszeitpunkts – 2003	149
Abbildung 59: Bewertung des Entlassungszeitpunkts – 2006	149
Abbildung 60: Existenz eines Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagements mit externen Ärzten und Diensten 2003 und 2006 .	152
Abbildung 61: Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagements mit externen Ärzten und Diensten aus Sicht von Pfl egekräften, die dies beurteilen konnten 2003 und 2006	152
Abbildung 62: Entlassungs-, Überleitungs- und Ko-operationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten nach Trägerschaft 2003 und 2006	153
Abbildung 63: Entlassungs-, Überleitungs- und Ko-operationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten – Ost-Westvergleich 2003 und 2006	153
Abbildung 64: Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten –KH mit und ohne strukturierte Abläufe 2003 und 2006..	154
Abbildung 65: Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit externen Ärzten und Diensten nach unterschiedlicher Krankenhaus-Bettenanzahl 2003 und 2006.....	154
Abbildung 66: Belegungssituation der Abteilung in den letzten 6 Monaten 2003 und 2006.....	157
Abbildung 67: Belegungssituation der Abteilung in den letzten 6 Monaten nach ausgewählten Merkmalen 2003 und 2006	157
Abbildung 68: Durchführung von Patientenbefragungen aus Sicht von Pfl egekräften 2003 und 2006	159
Abbildung 69: Ergebnis und Bekanntheit der Patientenbefragungen 2003 und 2006	159
Abbildung 70: Anteil der Pfl egekräfte, denen die Ergebnisse der Patientenbefragungen unbekannt waren nach Trägertyp des Krankenhauses 2003 und 2006	160
Abbildung 71: Bewertungen des Krankenhauses durch Patientenbefragungen (nach Ausschluss der Pfl egekräfte, denen diese nicht bekannt waren) 2003 und 2006	160
Abbildung 72: Bewertungen des Krankenhauses durch Patientenbefragungen nach Krankenhausstyp 2003 und 2006	161
Abbildung 73: Existenz einer Stelle für Patientenrechte, -wünsche und -beschwerden 2003 und 2006	162
GEK-Edition	189

Abbildung 74: Existenz von Patientenrechtstellen in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006	162
Abbildung 75: Beurteilung des Einflusses von DRGs auf ausgewählte Arbeitsbedingungen 2006.....	165
Abbildung 76: Beurteilung des Einflusses von DRGs auf ausgewählte Arbeitsbedingungen 2006 – ohne Antwortmöglichkeit „kein Einfluss“.....	165
Abbildung 77: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte in öffentlichen/freigemeinnützigen oder privaten Krankenhäusern 2006.....	167
Abbildung 78: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch jüngere und ältere Pflegekräfte 2006.....	167
Abbildung 79: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte in Krankenhäusern mit oder ohne strukturierte Behandlungsabläufe 2006	168
Abbildung 80: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte in Krankenhäusern mit oder ohne Entlassungs- oder Überleitungsmanagement 2006.....	169
Abbildung 81: Beurteilung des Einflusses der DRG auf ausgewählte Arbeitsbedingungen durch Pflegekräfte mit unterschiedlicher Dauer der Berufsausübung 2006	170
Abbildung 82: Veränderung der Häufigkeit negativer Bewertungen des DRG-Einflusses auf ausgewählte Arbeitsbedingungen in Prozentpunkten 2003 und 2006	171
Abbildung 83: Veränderung der Häufigkeit negativer Bewertungen des DRG-Einflusses auf ausgewählte Arbeitsbedingungen in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern in Prozentpunkten 2003 und 2006	172
Abbildung 84: Niveaus der Häufigkeit negativer Bewertungen des DRG-Einflusses auf ausgewählte Arbeitsbedingungen in öffentlich/freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 2003 und 2006.....	173

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Strukturmerkmale der Ausgangsgesamtheit und der Antwortgruppe 2003 (in Prozent).....	25
Tabelle 2: Ausgewählte Strukturmerkmale der Ausgangsgesamtheit und der Antwortgruppe 2006 (in Prozent).....	26
Tabelle 3: Standardisierungsmerkmale 2003 und 2006 (in Prozent)	27
Tabelle 4: Grundauszählung der erklärenden Variablen (in Prozent).....	30
Tabelle 5: Regressionsmodelle für vorhandene Elemente der Pflegeorganisation I.....	44
Tabelle 6: Regressionsmodelle für vorhandene Elemente der Pflegeorganisation II....	45
Tabelle 7: Regressionsmodelle für funktionierende Kooperationsbeziehungen der Pflegekräfte mit anderen Akteuren im Krankenhaus.....	56
Tabelle 8: Regressionsmodell zur Anzahl der Überstunden	71
Tabelle 9: Regressionsmodell zur Aussage „häufig das Arbeitspensum nicht zu schaffen“	73
Tabelle 10: Ressourcen – Vergleich der Befragungen 2003 und 2006.....	81
Tabelle 11: Regressionsmodelle zu Ressourcen am Arbeitsplatz durch interessante Tätigkeit, Handlungsspielraum und Chancen, etwas dazuzulernen.....	82
Tabelle 12: Regressionsmodelle zu Ressourcen am Arbeitsplatz durch Bestätigung und soziale Beziehungen.....	83
Tabelle 13: Regressionsmodelle zur Ausbildungsqualität	86
Tabelle 14: Regressionsmodelle zur Abteilungsentwicklung	88
Tabelle 15: Arbeitsbelastungen – Vergleich der Befragungen 2003 und 2006.....	92
Tabelle 16: Angst vor Arbeitsplatzverlust und Begründung – Vergleich 2003 und 2006	93
Tabelle 17: Regressionsmodelle zu Arbeitsbelastungen durch Zeitdruck, Organisation und Patienten	95
Tabelle 18: Regressionsmodelle zu Arbeitsbelastungen durch Schicksale, Unterbrechungen und wechselnde Schichten	96
Tabelle 19: Regressionsmodelle zu Arbeitsbelastungen durch administrative Tätigkeiten, mangelhaften Arbeitsschutz und Angst um Arbeitsplatz.....	98
Tabelle 20: Berufverteilung in den BIBB/IAB- und BIBB/BAuA-Surveys (Zeilenprozente)	101
Tabelle 21: Geschlechterverteilung in den Surveys (Zeilenprozente)	101
GEK-Edition	191

Tabelle 22: Regressionsmodelle zu den krankheitsbedingten Fehltagen	106
Tabelle 23: Regressionsmodelle zum Gedanken an den Berufswechsel	109
Tabelle 24: Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Modell I. Übergangsratenmodell mit der IAB-Regionalstichprobe 1975-2001 (relatives Risiko)	112
Tabelle 25: Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Modell II. Übergangsratenmodell mit der IAB-Regionalstichprobe 1975-2001 (relatives Risiko)	113
Tabelle 26: Berufsausstieg allgemein. Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Ratenmodell mit GEK-Daten (1990 – 2006) (relatives Risiko)	116
Tabelle 27: Berufsausstieg speziell. Determinanten der Beendigung der angegebenen Berufstätigkeit. Ratenmodell mit GEK-Daten (1990 – 2006) (relatives Risiko)	117
Tabelle 28: Ausstieg aus dem Pflegeberuf oder aus dem Wirtschaftszweig. Ratenmodell mit GEK-Daten (2003 – 2006) (relatives Risiko)	118
Tabelle 29: Regressionsmodell zum Vorhandensein von Leitbildern	120
Tabelle 30: Regressionsmodelle 1 – 3 zur Beurteilung der Leitbilder	122
Tabelle 31: Regressionsmodelle 4 – 6 zur Beurteilung der Leitbilder	122
Tabelle 32: Regressionsmodelle 7 – 9 zur Beurteilung der Leitbilder	123
Tabelle 33: Regressionsmodelle 10 – 12 zur Beurteilung der Leitbilder	123
Tabelle 34: Regressionsmodelle zu Anweisungen zum wirtschaftlichen Handeln	125
Tabelle 35: Regressionsmodelle zu Anreizen zum wirtschaftlichen Handeln	126
Tabelle 36: Regressionsmodelle zum Selbstbild	129
Tabelle 37: Regressionsmodelle, wer die Aufnahme und Belegung im Krankenhaus steuert	135
Tabelle 38: Regressionsmodelle für ausgewählte Merkmale der eigenen Pflege Tätigkeit	146
Tabelle 39: Regressionsmodelle für den negativen Einfluss der DRG-Einführung auf ausgewählte Arbeitsmerkmale von Pflegekräften I	174
Tabelle 40: Regressionsmodelle für den negativen Einfluss der DRG-Einführung auf ausgewählte Arbeitsmerkmale von Pflegekräften II	176
Tabelle 41: Belastung 'Termin- und Leistungsdruck' nach Berufsordnungen	220

12 Anhang

12.1 Grundauszählung der Pflegekräftebefragungen 2003/2006

Bei den Prozentangaben handelt es sich anders als in den Analysen im Text um rohe, also nicht alters- und geschlechtsstandardisierte Ergebnisse. Dadurch kann es zu Abweichungen der quantitativen Angaben kommen, die aber meist klein sind.

Die Gesamtzahl der Fälle ist in 2003 1.885 und in 2006 1.283. Aufgrund fehlender Angaben sind bei einzelnen Fragen geringere Fallzahlen zu verzeichnen.

In welcher klinischen Einrichtung sind Sie zur Zeit tätig (Typ)?

	2006
Allgemeines Krankenhaus	83,9
Psychiatrisches Krankenhaus	6,5
Vorsorge-/Reha-Klinik	0,1
Sonstiges Krankenhaus	9,4
N =	1270

In welcher klinischen Einrichtung sind Sie zur Zeit tätig (Versorgungsstufe)?

	2006
Universitätsklinik	9,7
Krankenhaus der Maximal-/Schwerpunktversorgung	25,6
Krankenhaus der Grund-/Regelversorgung	49,6
Fachkrankenhaus	12,6
Sonstiges Krankenhaus	2,5
N =	1251

In welcher beruflichen Position arbeiten Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

	2003	2006
Krankenpflegehelfer/in	1,0	1,2
Schüler/in	0,2	0,0
Examinierte/r Krankenschwester/-pfleger	89,4	84,4
Stationsassistent/Stationssekretariat		
Stationsleitung	4,2	6,6
Stellvertretende Stationsleitung	6,0	7,6
Gruppenleitung	1,6	
Stellvertretende Gruppenleitung	0,3	
Pflegeleitung		
Lehrer/in für Pflegeberufe	0,1	
sonstige	7,6	12,5
N =	1885	1283
Davon durchgängig fehlend	0	26

In welchem Bereich sind Sie zur Zeit hauptsächlich tätig?

a.) In welcher Fachabteilung arbeiten Sie hauptsächlich? *	2003	2006
Innere (einschließlich Kardiologie)	25,0	31,0
Onkologie	3,8	5,1
Chirurgie (einschließlich Urologie u. a.)	22,2	25,2
Orthopädie	3,5	5,2
Gynäkologie (ohne Geburtshilfe)	6,7	4,0
Pädiatrie	7,1	7,3
HNO, Augen, Haut	2,2	2,6
Neurologie	4,3	2,9
Psychiatrie	7,2	10,2
Geburtshilfe	2,3	5,0
Geriatric	1,9	1,4
andere	13,7	
N =	1665	920
b.) In welchem Versorgungsbereich sind Sie hauptsächlich tätig?* **		
Im Stationsdienst*	64,2	70,1
In der Notaufnahme	5,6	3,4
Ambulanz	2,5	1,4
In der Tagesklinik	1,4	0,9
Im Funktionsdienst	11,7	13,0
Im poststationären Bereich	2,5	0,2
Im Rehabilitationsbereich	1,7	0,2
Im Leitungs- oder pädagogischen Bereich	0,3	0,9
sonstige	9,0	
Gültige N =	1865	1157
Fehlend	1,1	9,8
Gültige + Fehlende N =	1885	1283

* Diese Teilfragen wurden 2003 nicht explizit formuliert. Die Ausprägungen in Teil a waren als Unterkategorien des Stationsdienstes abgefragt. ** Prozentangaben bezogen auf Gültige und Fehlende N.

Unter welcher Trägerschaft steht Ihr Krankenhaus?

	2003
Kommunaler Eigenbetrieb	27,4
Kirchlicher Eigenbetrieb	16,8
Gemeinnützige GmbH oder AG, ursprünglich kommunal	24,1
Gemeinnützige GmbH oder AG, ursprünglich kirchlich	12,3
Privater Träger	14,0
Ist mir nicht bekannt.	5,4
N =	1811

Im Folgenden wird zwischen Rechtsform (Eigenbetrieb, gGmbH, GmbH etc.) und Trägerschaft (öffentlich, kirchlich, privat etc.) Ihres Hauses unterschieden, da es derzeit viele Mischformen gibt (z. B. GmbH in mehrheitlich öffentlicher Hand).

a.) Unter welcher Trägerschaft steht Ihr Krankenhaus?	2006
Öffentlicher Träger/Kirchlicher Träger	65,5
Sonstiger freigemeinnütziger Träger	8,6
Privater Träger	19,4
Ist mir nicht bekannt.	6,5
N =	1223
b.) Unter welcher Rechtsform steht Ihr Krankenhaus?	
Eigenbetrieb	16,8
Gemeinnützige gGmbH oder gAG	28,1
GmbH oder AG	31,0
Verein	1,7
Sonstige Rechtsform	7,5
Ist mir nicht bekannt.	14,8
N =	1233

In welchem Bundesland befindet sich Ihr Krankenhaus?

	2003	2006
Baden-Württemberg	18,9	17,4
Bayern	13,1	14,6
Berlin	4,9	4,1
Brandenburg	4,4	3,3
Bremen	1,2	2,0
Hamburg	2,4	2,7
Hessen	7,5	6,7
Mecklenburg-Vorpommern	1,3	0,7
Niedersachsen	10,3	11,2
Nordrhein-Westfalen	14,4	16,2
Rheinland-Pfalz	4,9	6,0
Saarland	3,5	3,0
Sachsen	6,0	4,4
Sachsen-Anhalt	2,4	2,4
Schleswig-Holstein	3,3	3,4
Thüringen	1,6	1,9
N =	1881	1277

Wie würden Sie die derzeitige Situation Ihrer Abteilung charakterisieren?

	2006
Die Abteilung wird ausgebaut.	40,9
Die Abteilung stagniert.	37,0
Die Abteilung schrumpft.	14,8
Die Abteilung wird aufgelöst.	1,2
Weiß ich nicht.	6,1
N =	1257

*Existieren für Sie persönlich Anreize zu wirtschaftlichem Handeln?**

	2006
Durch erfolgsabhängige Einkommensanteile (N = 975)	15,1
Auslobung von Preisen/Boni für Verbesserungsvorschläge (N = 995)	29,3
Verhaltensanweisungen seitens leitender Ärzte (N = 977)	28,5
Verhaltensanweisungen seitens der Verwaltung (N = 1013)	41,1
Verhaltensanweisungen seitens leitender Pflegekräfte (N = 1066)	58,1
Sonstige (N = 285)	23,5

* Darstellung der Ja-Antworten.

Wie hoch ist die Bettenkapazität Ihres (gesamten) Krankenhauses?

	2003	2006
0 bis 200	18,0	18,3
201 bis 300	15,1	15,8
301 bis 400	14,6	13,1
401 bis 500	15,0	13,3
501 bis 1000	19,1	23,6
Mehr als 1000	13,1	12,9
Weiß ich nicht	5,2	2,9
N =	1818	1260

Sind Sie unmittelbar mit der Erfassung DRG-bezogener Nebendiagnosen beschäftigt?

	2006
Ja	40,4
Nein	59,6
N =	1267

Bitte beantworten Sie folgende Frage nur, wenn bei Ihnen bereits DRGs eingeführt worden sind und nach DRGs abgerechnet wird: Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf die... (Bitte beantworten Sie nach Möglichkeit jede der folgenden Fragen)

	2003		
	Keinen Einfluss	Eher positiv	Eher negativ
...allgemeinen Arbeitsbedingungen? (N = 730)	42,9	8,2	48,9
...Motivation und Zufriedenheit? (N = 728)	43,5	7,0	49,5
...Umgangsweise mit Patienten? (N = 735)	63,8	6,1	30,1
...Zusammenhalt im Pflorgeteam? (N = 729)	76,3	13,3	10,4
...Kooperation mit Ärzten/Ärztinnen? (N = 723)	56,8	18,5	24,6
...Schaffung neuer Stellen? (N = 727)	27,2	2,5	70,3
...beruflichen Aufstiegschancen? (N = 714)	65,0	3,5	31,5
...Sicherheit des Arbeitsplatzes? (N = 721)	36,8	6,0	57,3
...Fluktuation des Personals? (N = 697)	51,1	3,2	45,8
...weitere Ebenen?			

Wie beurteilen Sie den Einfluss der DRGs auf...

	2006			
	Kein Einfluss	Eher positiv	Eher negativ	Weiß nicht
Die Arbeitsbedingungen allgemein (N = 1201)	23,6	4,9	64,5	6,9
Ihre Motivation und Zufriedenheit (N = 1205)	36,8	6,1	50,5	6,7
Ihren Umgang mit Patienten (N = 1207)	57,3	7,1	29,8	5,7
Die Kooperation im Pflorgeteam (N = 1196)	56,5	12,0	22,3	9,2
Die Kooperation mit Ärzten/Ärztinnen (N = 1192)	41,4	11,5	36,0	11,2
Die Arbeitsatmosphäre (Betriebsklima) (N = 1198)	33,2	4,7	53,0	9,1
Die Schaffung neuer Stellen (N = 1209)	12,4	4,5	69,9	13,2
Ihre beruflichen Aufstiegschancen (N = 1201)	48,4	4,1	28,1	19,4
Die Sicherheit des Arbeitsplatzes (N = 1206)	21,5	9,1	51,8	17,6
Die Fluktuation des Personals (N = 1187)	40,8	3,2	36,1	20,0
Die Zufriedenheit der Patienten (N = 1207)	26,8	5,6	52,3	15,3
Den Umgang mit „Risiko-Patienten“ (N = 1194)	30,2	9,7	41,4	18,8
Die Durchführung notwendiger Therapien (N = 1200)	26,6	12,3	44,0	17,2
Die Kooperation zwischen Station und Funktionsbereichen (N = 1199)	46,2	14,8	22,3	16,8
Die Transparenz der Pflege (N = 1198)	29,5	27,8	22,6	20,0
Das Management des Pflegeablaufs (N = 1192)	27,7	19,2	34,6	18,5
Die Qualität der Versorgung (N = 1201)	24,8	11,7	52,6	10,8

Für wie viele Patienten sind Sie in der Regel während Ihres Arbeitstages zuständig?

	2003	2006
Bis 5	14,1	20,4
6 bis 10	17,2	17,8
11 bis 20	25,9	34,0
21 bis 30	18,4	16,5
31 bis 40	11,7	9,0
41 bis 50	1,5	1,0
Mehr als 50	1,0	1,4
Trifft nicht zu	10,2	
N =	1845	1171

Arbeiten Sie in Vollzeit oder in Teilzeit?

	2003
In Vollzeit	54,8
In Teilzeit mit mehr als 50% der Vollarbeitszeit	19,5
In Teilzeit mit genau 50% der Vollarbeitszeit	14,9
In Teilzeit mit weniger als 50% der Vollarbeitszeit	10,1
Als fest angestellte flexible Aushilfskraft	0,2
Als „freie“ flexible Aushilfskraft	0,4
N =	1874

In welcher Form sind Sie beschäftigt?

	2006
vollzeitbeschäftigt	56,2
teilzeitbeschäftigt	43,8
N =	1274
Befristet beschäftigt	7,0
Unbefristet beschäftigt	93,0
N =	1172

*Welche Arbeitszeiten haben Sie in der Regel (Bitte nur eine Nennung)?**

	2003	2006
Nur Tagdienst (ohne Schicht)	10,7	14,7
Wechselschicht ohne Nachtdienst	16,1	16,5
Wechselschicht mit Nachtdienst	61,6	60,7
Dauernachtdienst	8,9	5,9
Bereitschaftsdienst	1,4	2,2
Anderer Dienstmodus	1,3	
N =	1871	1224

* Genauer Wortlaut der Frage 2003: Welche Arbeitszeiten haben Sie?

*Wie viele Überstunden haben Sie im letzten Monat geleistet?**

	2003	2006
Stundenzahl (Mittelwert derer mit Stundenzahl > 0)	17,14	18,92
N =	1331	1035
Fehlend	554	248

* 2003: ohne Rufbereitschaft

Ist Ihre Arbeitszeit je nach Arbeitsanfall variabel? D. h., bei höherem Arbeitsaufkommen sollen Sie länger bleiben und wenn wenig zu tun ist, können Sie auch früher Feierabend machen?

	2006
Ja	60,4
nein	39,6
N =	1258

Man hört immer wieder, dass sich Aufgaben zwischen Berufsgruppen im Krankenhaus verschieben. Wie ist das in Ihrem Bereich: Welche Berufsgruppe ist für welche Tätigkeiten zuständig und hat sich diese Aufgabenverteilung innerhalb der letzten 3 Jahre verändert?

	2006		
	Aufgabe wird derzeit erledigt durch...		
	examinierte Pflegekräfte	Krankenpflegehelfer/innen	Andere (z. B. Mitarbeiter aus dem hauswirtschaftlichen Bereich)
Anmeldung von Patient/innen zu Untersuchungen (N = 1089)	83,4	9,4	0,0
Patiententransporte innerhalb des Krankenhauses (N = 1203)	61,4	26,7	45,1
Reinigen der Bettpfannen (N = 1102)	80,7	32,4	0,0
Baden der Patient/innen (N = 1118)	84,6	28,6	0,0
Neubeziehen der Betten (N = 1193)	73,9	29,9	28,7
Essen- und Getränkeausgabe (N = 1189)	82,2	32,3	21,7
N = 1283			
	Aufgabe wurde vor 3 Jahren noch erledigt durch...		
	examinierte Pflegekräfte	Krankenpflegehelfer/innen	Andere (z. B. Mitarbeiter aus dem hauswirtschaftlichen Bereich)
Anmeldung von Patient/innen zu Untersuchungen (N = 1071)	81,5	10,7	0,0
Patiententransporte innerhalb des Krankenhauses (N = 1173)	62,8	26,2	34,1
Reinigen der Bettpfannen (N = 1147)	78,1	32,0	11,4
Baden der Patient/innen (N = 1092)	82,5	26,9	0,0
Neubeziehen der Betten (N = 1165)	74,4	28,8	21,3
Essen- und Getränkeausgabe (N = 1167)	80,9	30,0	18,6
N = 1283			

Anmerkung: Wegen vorhandener Mehrfachnennungen beziehen sich die Prozentzahlen auf das gesamte N. N in Klammern gibt die Zahl derer an, die überhaupt zu dieser Frage eine Antwort gegeben haben.

*Wie viel Zeit verbringen Sie in einer Früh- oder Tagschicht (schätzungsweise) mit...**

	2003
Patientennahen Tätigkeiten (<i>N</i> = 1646)	4,0h
Administrativen Tätigkeiten (z. B. Planung, Dokumentationen, Besprechungen, Organisation usw.) (<i>N</i> = 1606)	2,3h
Hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (<i>N</i> = 1118)	1,2h
Patiententransporten (<i>N</i> = 1076)	1,1h
Botengängen (<i>N</i> = 831)	1,1h
Leerlauf wegen Fehlplanungen (<i>N</i> = 286)	1,1h

* hier: Mittelwerte der gültigen Angaben

*Wie viel Zeit verbringen Sie in einer Früh- oder Tagschicht (schätzungsweise) mit...**

	2006
Pflegerischen Tätigkeiten (<i>N</i> = 1125)	3,2 h
Administrativen Tätigkeiten (z. B. Planung, Dokumentationen, Besprechungen, Organisation usw.) (<i>N</i> = 1145)	2,4 h
Hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (<i>N</i> = 856)	1,2 h
Patiententransporten (<i>N</i> = 760)	1,2 h
Botengängen (<i>N</i> = 574)	1,2 h
Patienten-/Angehörigengesprächen (<i>N</i> = 1002)	1,1 h
Leerlauf (<i>N</i> = 149)	1,4 h

* hier: Mittelwerte der gültigen Angaben

Ausbildungsqualität

	2003			
	Ja	Einigermaßen	Weniger gut	Nein
Ich fühle mich für meine Arbeit gut ausgebildet. (<i>N</i> = 1859)	78,6	20,0	1,3	0,1
Ich wurde in meinen Arbeitsbereich gut eingearbeitet. (<i>N</i> = 1856)	69,4	22,4	6,4	1,8
Ich finde die Fortbildungsangebote in unserem Haus gut. (<i>N</i> = 1861)	36,0	37,7	19,0	7,4
Für mich ist der Pflegeberuf der richtige Beruf. (<i>N</i> = 1840)	78,0	18,9	2,1	1,1

Ausbildungsqualität

	2006			
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Ich fühle mich für meine Arbeit gut ausgebildet. (N = 1265)	63,3	33,3	3,3	0,1
Ich wurde in meinen Arbeitsbereich gut eingearbeitet. (N = 1257)	54,8	32,3	11,4	1,5
Ich finde die Fortbildungsangebote in unserem Haus gut. (N = 1265)	29,0	38,3	25,5	7,1

Würden Sie sich, wenn Sie diese Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Pflegeberuf entscheiden?

	2006
Sicher ja	33,0
Eher ja	28,4
Eher nicht	25,7
Sicher nicht	13,0
N =	1273

*Haben Sie schon mal über einen Berufswechsel nachgedacht?**

	2003	2006
Ja	46,9	60,6
Nein	53,1	39,4
N =	1824	1264

* Frage 2003: Ich habe schon mal über einen Berufswechsel nachgedacht...

Wenn ein Berufswechsel für mich in Frage kommt, so hat das folgende Gründe (Mehrfachnennungen möglich):

	2003	2006
Die Bedingungen gestatten keine gute Pflege mehr. (N = 692; 616)	36,7	48,0
Ich fühle mich ständig überlastet und ausgebrannt. (N = 463; 438)	24,6	34,1
Ich möchte mich innerhalb der Pflege beruflich weiterentwickeln. (N = 281; 213)	14,9	16,6
Ich möchte mich außerhalb der Pflege beruflich weiterentwickeln. (N = 199; 220)	10,6	17,1
Es geht aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr. (N = 169; 167)	9,0	13,0
Sonstiges (N = 224; 155)	11,9	12,1
Durchgängig fehlend	904	476
N =	1885	1283

Anmerkung: Prozentzahlen bezogen auf das gesamte N.

Wer hat bei Ihnen großen Einfluss bei Entscheidungen über die Art und Weise der Behandlung und den richtigen Behandlungspfad? (Mehrfachnennungen möglich)

	2003
Chefarzt/-ärztin (N = 1272)	67,5
Oberarzt/-ärztin (N = 1385)	73,5
Diensthabender Stationsarzt/-ärztin (N = 1316)	69,8
Diensthabender Notarzt/-ärztin (N = 227)	12,0
Pflegeleitung (N = 185)	9,8
Stationsleitung (N = 582)	30,9
Der/die zuständige Pflegende (N = 885)	46,9
Verwaltung (N = 94)	5,0
Krankenkasse (N = 195)	10,3
Andere (N = 84)	4,5
N =	1885
davon durchgängig fehlend	22

Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der medizinischen Versorgung?

	2006				
	Sehr starker	starke r	geringer	Sehr geringer/ke in	Weiß nicht
	Einfluss				
Chefarzt/-ärztin (N = 1212)	52,8	30,9	11,5	2,8	2,0
Oberarzt/-ärztin (N = 1203)	36,2	53,8	7,9	0,5	1,6
Stationsarzt/-ärztin (N = 1192)	12,8	55,2	26,9	3,9	1,2
Stationsleitung (N = 1204)	4,0	26,7	48,9	18,8	1,6
Zuständige Pflegende (N = 1205)	3,6	26,4	45,0	23,5	1,6
Verwaltung/Geschäftsführung (N = 1208)	11,4	18,5	19,3	30,2	20,5
Krankenkassen (N = 1205)	12,0	26,5	17,3	14,9	29,3
Aufsichtsgremien/-organe (N = 1164)	4,8	11,3	16,6	24,8	42,5
Patient/in (N = 1216)	3,5	24,8	43,7	23,8	4,1
Angehörige (N = 1216)	1,7	17,4	45,1	30,0	5,7

Wie verteilt sich in Ihrer Abteilung/Klinik der Einfluss auf Entscheidungen über die Art und Weise der pflegerischen Versorgung?

	2006				
	Sehr starker	starker	geringer	Sehr geringer/keinen	Weiß nicht
	Einfluss				
Chefarzt/-ärztin (N = 1206)	9,0	21,2	43,3	23,6	2,9
Oberarzt/-ärztin (N = 1193)	5,1	25,8	48,4	18,3	2,3
Stationsarzt/-ärztin (N = 1191)	3,7	32,6	49,2	13,1	1,4
Stationsleitung (N = 1219)	36,0	46,8	12,7	3,0	1,4
Zuständige Pflegende (N = 1225)	50,2	39,2	7,4	1,8	1,4
Verwaltung/Geschäftsführung (N = 1201)	6,2	13,6	23,7	37,6	18,9
Krankenkassen (N = 1200)	5,3	13,3	20,2	32,3	29,0
Aufsichtsgremien/-organe (N = 1166)	2,3	8,3	17,2	32,7	39,5
Patient/in (N = 1214)	15,6	42,5	28,0	10,5	3,5
Angehörige (N = 1214)	6,3	31,7	41,8	15,8	4,4

Wie gut klappt bei Ihnen auf Ihrer Station/in Ihrer Abteilung der Informationsfluss? (Mehrfachnennungen möglich)

	2003
Informationen (patientenbezogen) kommen eher zufällig. (N = 285)	15,1
Informationen erhält man nur bei der Übergabe. (N = 872)	46,3
Es gibt im Pflorgeteam feste Teambesprechungen. (N = 1128)	59,8
Organisationsbezogene Infos seitens der Stationsleitung laufen gut. (N = 1072)	56,9
Es gibt Besprechungstermine zusammen mit Ärzten/Ärztinnen. (N = 567)	30,1
Es gibt Termine mit weiteren Berufsgruppen (z. B. Physiotherapeuten). (N = 351)	18,6
N =	1885
durchgängig fehlend	31

Wie funktioniert bei Ihnen auf Ihrer Station/Ihrer Abteilung der Informationsfluss? (Mehrfachnennungen möglich)?

	2006	
	ja	nein
Patientenbezogene Informationen erhält man eher zufällig. (N = 1067)	22,5	77,5
Informationen erhält man nur bei der Übergabe. (N = 1124)	45,0	55,0
Pflegende nehmen regelmäßig an der Visite teil. (N = 1166)	79,7	20,3

	2006				
	Mehrmals pro Woche	Mind. einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie	Weiß nicht
Von der Stationsleitung erhält man organisationsbezogene Informationen. (N = 1238)	38,0	31,7	27,6	1,7	1,1
Im Pflorgeteam finden Besprechungen statt. (N = 1244)	21,0	19,9	54,7	3,7	0,7
Mit Ärzten/innen finden Besprechungen statt. (N = 1244)	19,7	15,8	36,0	26,5	1,9
Mit weiteren Berufsgruppen finden Besprechungen statt. (N = 1236)	6,6	16,3	31,6	38,6	6,9

Wie gut klappt bei Ihnen die Zusammenarbeit... (Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen.)

	2003			
	Sehr gut	Eher gut	weniger gut	Sehr schlecht
...zwischen jüngeren und älteren Pflegenden? (N = 1846)	43,7	50,1	5,9	0,3
...zwischen Pflege und ärztlichem Personal? (N = 1825)	15,2	58,6	24,3	1,9
...zwischen Pflege und diagnostischen Funktionsdiensten? (N = 1802)	9,6	61,7	27,0	1,7
...zwischen Pflege und therapeutischen Funktionsdiensten? (N = 1745)	16,9	66,2	15,9	1,0
...mit der Verwaltung/Qualitätsmanagement und Ähnlichem? (N = 1798)	3,8	48,3	41,3	6,6
...mit Hauswirtschaft, Küche und Raumpflege? (N = 1793)	11,4	61,2	24,9	2,5
...mit Boten, Hol- und Bringdiensten? (N = 1728)	16,5	60,0	19,6	3,9
...mit den technischen Abteilungen/Handwerkern? (N = 1819)	17,2	59,3	20,9	2,6

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit in Ihrem Bereich? (Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen.)

	2006			
	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht
Zwischen jüngeren und älteren Pflegenden? (N = 1261)	45,1	47,4	7,2	0,2
Zwischen Pflege und ärztlichem Personal? (N = 1258)	15,7	63,2	19,5	1,7
Zwischen Pflege und diagnostischen Funktionsdiensten? (N = 1241)	6,8	67,8	23,9	1,5
Zwischen Pflege und therapeutischen Funktionsdiensten? (N = 1225)	12,4	71,8	15,3	0,5
Mit der Verwaltung? (N = 1226)	2,2	46,9	44,7	6,2
Mit dem Qualitätsmanagement? (N = 1187)	3,5	49,0	41,3	6,1
Mit Hauswirtschaft, Küche und Raumpflege? (N = 1231)	8,6	67,7	21,6	2,1
Mit Boten, Hol- und Bringdiensten? (N = 1206)	11,5	70,8	15,8	1,9
Mit den technischen Abteilungen/Handwerkern? (N = 1253)	13,2	68,6	16,5	1,8

Einschätzungen zu positiven Arbeitsbedingungen und Chancen (Bitte machen Sie zu jeder Einschätzung eine Angabe):

Ich empfinde...	2003			
	immer	überwiegend	manchmal	nie
...meine Arbeit als interessant und abwechslungsreich. (N = 1868)	29,1	59,6	11,1	0,3
...genügend Handlungsspielräume in meiner Arbeitseinteilung. (N = 1855)	20,1	50,7	26,4	2,8
...in meiner Arbeit viele Chancen, etwas dazulernen. (N = 1861)	26,4	39,0	33,4	1,2
...durch meine Arbeit eine starke persönliche Bestätigung. (N = 1858)	18,5	47,9	31,5	2,1
...mein Team als wichtige soziale Unterstützung für mich. (N = 1850)	21,5	47,0	27,4	4,2

Einschätzungen zu positiven Arbeitsbedingungen und Chancen:

Ich empfinde...	2006			
	immer	überwiegend	manchmal	nie
...meine Arbeit als interessant und abwechslungsreich. (N = 1271)	25,8	60,4	13,4	0,4
...genügend Handlungsspielräume in meiner Arbeitseinteilung. (N = 1261)	19,1	50,0	26,6	4,2
...in meiner Arbeit viele Chancen, etwas dazuzulernen. (N = 1266)	24,6	39,6	34,6	1,3
...durch meine Arbeit eine starke persönliche Bestätigung. (N = 1266)	15,6	48,4	32,6	3,4
...meine sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz als positive Kraft. (N = 1263)	16,8	51,1	28,3	3,8

Einschätzungen zu negativen Arbeitsbedingungen und Belastungen (Bitte machen Sie zu jeder Einschätzung eine Angabe):

Ich empfinde in meiner Arbeit eine starke Belastung durch...	2003			
	immer	überwiegend	manchmal	nie
...einen dauernden Zeitdruck. (N = 1844)	22,3	42,8	33,0	1,8
...eine schlechte Arbeitsorganisation. (N = 1801)	1,8	10,9	72,6	14,7
...anstrengende Patienten/Angehörige. (N = 1830)	4,4	22,5	68,9	4,2
...Einzelschicksale, Sterben und Tod. (N = 1819)	4,1	10,0	74,1	11,9
...störende Unterbrechungen. (N = 1817)	9,0	27,4	57,4	6,2
...ständig wechselnde Schichten. (N = 1804)	8,1	17,9	42,6	31,4
...zu viele administrative Tätigkeiten. (N = 1820)	14,3	35,5	42,3	7,9
...einen mangelhaften Arbeitsschutz. (N = 1792)	1,7	5,9	49,7	42,7
...Angst um meinen Arbeitsplatz. (N = 1812)	6,2	8,4	45,9	39,5

Einschätzungen zu negativen Arbeitsbedingungen und Belastungen:

Ich empfinde in meiner Arbeit eine starke Belastung durch...	2006			
	immer	überwiegend	manchmal	nie
...einen andauernd hohen Zeitdruck. (N = 1267)	22,7	45,5	30,4	1,3
...eine allgemein schlechte Arbeitsorganisation. (N = 1261)	3,6	12,1	69,8	14,5
...anstrengende Patienten/Angehörige. (N = 1263)	4,4	21,4	68,6	5,7
...Einzelschicksale, Sterben und Tod. (N = 1256)	3,4	9,7	73,6	13,3
...störende Unterbrechungen. (N = 1256)	10,9	31,7	52,0	5,4
...ständig wechselnde Schichten. (N = 1244)	9,6	20,3	40,1	30,0
...zu viele administrative Tätigkeiten. (N = 1256)	20,1	35,1	39,0	5,8
...einen mangelhaften Arbeitsschutz. (N = 1251)	2,2	6,6	47,2	44,0
...Angst um meinen Arbeitsplatz. (N = 1261)	7,2	10,4	50,0	32,4

Haben Sie momentan Angst, Ihren Arbeitsplatz zu verlieren?

	2003	2006
Ja	31,8	28,3
Nein	68,2	71,7
N =	1819	1263

Wenn Sie Angst haben, Ihren Arbeitsplatz zu verlieren, dann deshalb, weil möglicherweise...

	2003	2006
...Ihr Krankenhaus geschlossen wird. (N = 171; 98)	9,1	7,6
...Ihre Station/Ihre Abteilung geschlossen wird. (N = 85; 67)	4,5	5,2
...Ihre Station/Ihre Abteilung das Personal reduziert. (N = 276; 223)	14,6	17,4
...Sie sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlen. (N = 12; 45)	0,6	3,5
...sonstige Gründe: (N = 54; 85)	2,9	6,6
N =	1885	1283
davon durchgängig fehlend (Anzahl)	1287	904

Haben Sie das Gefühl, Ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß zu schaffen?

	2006
Ja, häufig	27,6
Ja, selten	41,9
Nein	30,5
N =	1247

Wenn ja, woran liegt es? Es liegt an... (Mehrfachnennung möglich)

	2006	
	Ja	Nein
...den überhöhten Erwartungen meiner Vorgesetzten. (N = 827)	34,6	65,4
...den überhöhten Erwartungen der Patienten/Angehörigen. (N = 831)	55,0	45,0
...der Konfrontation mit Einzelschicksalen, Sterben und Tod. (N = 825)	22,2	77,8
...den Kompetenzmängeln mancher meiner Kollegen/innen. (N = 830)	46,0	54,0
...meinen mangelnden Erfahrungen und mangelhafter Anleitung. (N = 820)	7,6	92,4
...meinem eigenen organisatorischen Unvermögen. (N = 824)	4,1	95,9
...starken Konflikten zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck. (N = 848)	74,3	25,7
...starken Konflikten zwischen Berufsethos und Kostendruck. (N = 846)	70,9	29,1

Von wem bekommen Sie Unterstützung bei Konflikten, die sich um die richtige Pflege des Patienten/der Patientin drehen (Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen.)?

	2003			
	immer	überwiegend	manchmal	nie
Vom Pflorgeteam (N = 1774)	46,5	46,5	6,4	0,6
Von der Gruppen-/Stationsleitung (N = 1687)	36,3	41,7	19,4	2,5
Von der Pflegedienstleitung (N = 1597)	4,7	14,6	41,9	38,8
Von den zuständigen Ärzten/innen (N = 1701)	15,1	38,3	41,9	4,7
Vom Chefarzt/Oberarzt (N = 1646)	9,8	23,6	47,2	19,3
Von anderen Therapeuten (N = 1564)	4,2	17,2	50,0	28,6
Durch die Supervision (N = 1435)	2,0	5,2	18,1	74,6
Vom Personal-/Betriebsrat (N = 1549)	2,5	5,5	24,0	68,0
Vom Patienten/der Patientin selbst (N = 1603)	3,2	17,2	62,8	16,8
Von Angehörigen des/der Patienten (N = 1597)	1,8	14,0	68,1	16,2
Von gesetzlichen Betreuern (N = 1539)	1,8	9,1	52,6	36,5

Von wem bekommen Sie Unterstützung bei Fragen und Problemen, die sich um die richtige Pflege des Patienten/der Patientin drehen (Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen.)?

	2006			
	immer	überwiegend	manchmal	nie
Vom Pflorgeteam (N = 1223)	53,6	36,9	8,3	1,1
Von der Gruppen-/Stationsleitung (N = 1188)	40,0	33,2	21,1	5,7
Von der Pflegedienstleitung (N = 1213)	5,4	9,6	34,8	50,1
Von den zuständigen Ärzten/innen (N = 1220)	9,2	27,5	51,6	11,7
Vom Chefarzt/Oberarzt (N = 1205)	5,5	14,8	45,0	34,8
Von anderen Therapeuten (N = 1208)	4,2	15,4	58,7	21,7
Durch die Supervision (N = 1151)	1,9	4,6	17,5	75,9
Vom Personal-/Betriebsrat (N = 1205)	1,7	2,2	16,9	79,3
Vom Patienten/der Patientin selbst (N = 1210)	3,2	19,6	62,7	14,5
Von Angehörigen des/der Patienten (N = 1212)	1,9	16,3	66,2	15,6
Von gesetzlichen Betreuern (N = 1200)	1,3	7,2	50,4	41,1

Existiert in Ihrem Haus ein Leitbild oder ein Ethik-Kodex?

	2006
Ja	85,2
Nein	14,8
N =	1231

Falls ja, welche Erfahrungen haben Sie mit diesem Leitbild gesammelt?
(Mehrfachnennungen möglich)

	2006	
	Ja	Nein
Das Leitbild ist eine wertvolle arbeitsalltägliche Orientierungshilfe. (N = 900)	37,2	62,8
Unser Leitbild ist überflüssig. (N = 843)	42,2	57,8
Ich brauche ein Leitbild. (N = 855)	20,4	79,6
Die Krankenhausleitung hat das Leitbild vorgegeben. (N = 940)	81,1	18,9
Das Leitbild ist alltagstauglich. (N = 865)	46,9	53,1
Anspruch und Wirklichkeit sind nicht vereinbar. (N = 878)	66,1	33,9
Das Leitbild wirkt auf die Pflegekräfte motivierend. (N = 860)	22,2	77,8
Meine Vorstellungen blieben bei der Entwicklung des Leitbildes unberücksichtigt. (N = 813)	58,7	41,3
Die Zufriedenheit der Patienten ist mir wichtiger geworden. (N = 892)	67,4	32,6
Durch das Leitbild fühle ich mich unter Druck gesetzt. (N = 858)	14,7	85,3
Meine Arbeitsbedingungen sind durch das Leitbild positiv beeinflusst worden. (N = 861)	13,0	87,0
Die Geschäftsleitung verweist gerne auf das Leitbild, um Maßnahmen durchzusetzen, die Mehrarbeit bedeuten. (N = 892)	51,1	48,9

Wie beurteilen Sie folgende Aussagen zur medizinischen Versorgungsqualität im Krankenhaus? (Bitte machen Sie zu jeder Aussage eine Angabe)

	2003			
	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Kranken steht immer die optimale Versorgung zu. (N = 1857)	44,2	42,3	12,1	1,5
Jeder hat das Recht auf beste Experten und Geräte. (N = 1853)	54,0	33,3	10,7	1,9
Über Behandlungsmöglichkeiten muss der Patient mitentscheiden können.				
Optimale Versorgung ist immer auch eine Kostenfrage. (N = 1848)	46,8	38,0	10,7	4,5
An den Kosten darf eine Behandlung nicht scheitern. (N = 1854)	69,7	25,5	3,6	1,3
Es gibt bei Patienten oft auch überzogene Erwartungen. (N = 1856)	38,1	55,5	5,7	0,8
Patienten müssen selbst mehr Verantwortung übernehmen. (N = 1849)	35,3	50,4	12,1	2,3

Was halten Sie persönlich von folgenden Ansätzen? (Pro Zeile bitte nur ein Kreuz)

Das finde ich...	2006				
	Richtig	eingeschränkt richtig	bedenklich und problematisch	Falsch	Weiß nicht
Bei Kostendruck sollte eine Mindestqualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch Leitlinien, Clinical Path-ways u. a. gesichert werden. (N = 1244)	46,4	28,9	15,9	2,9	5,9
Aus Kostengründen muss man Patienten effektive medizinische und pflegerische Leistungen vorenthalten. (N = 1253)	5,8	10,4	21,8	61,1	0,9
Ärzte sollten viel mehr als bisher mit nichtmedizinischen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten. (N = 1250)	40,8	36,2	7,3	6,9	8,9

Was halten Sie persönlich von folgenden Aussagen zur medizinischen Versorgung im Krankenhaus?

	2006			
	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Gute Behandlung bedeutet den Einsatz der besten medizinischen Experten, Präparate und Geräte. (N = 1259)	34,7	45,3	18,7	1,3
Streng genommen muss der Patient alleine entscheiden und die Verantwortung tragen (natürlich nur, wenn er genug Informationen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten hat). (N = 1250)	18,8	42,0	33,0	6,2
Über Behandlungsmöglichkeiten muss der Patient mitentscheiden können. (N = 1267)	73,7	25,3	0,9	
Es muss alles getan werden, was gesundheitlich notwendig ist. Wirtschaftliche Fragen sind nachrangig zu berücksichtigen. (N = 1254)	45,9	40,7	12,5	1,0
Das medizinisch/pflegerisch Notwendige und die Kosten müssen gegeneinander abgewogen werden. (N = 1246)	12,5	38,1	38,8	10,6
Eine gute Behandlung soll die Selbstheilungskräfte der Patienten stärken. (N = 1253)	61,0	35,0	3,6	0,5
Patienten müssen einsehen, dass manche Behandlung zu teuer ist. (N = 1252)	5,2	17,0	45,9	31,9

Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik den folgenden Erwartungen an die medizinische Versorgung?

	2006			
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung. (N = 1255)	12,8	52,0	33,2	2,0
Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten. (N = 1248)	12,0	44,3	37,2	6,5
Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen. (N = 1236)	8,0	50,2	35,2	6,6
Patienten übernehmen mehr Verantwortung. (N = 1238)	2,2	25,5	58,9	13,4
Patienten werden darüber aufgeklärt, wenn eine bestimmte Behandlung aus Kostengründen nicht erbracht werden kann. (N = 1218)	6,5	21,2	43,0	29,3

Wie beurteilen Sie folgende Aussagen zur psychosozialen Versorgungsqualität im Krankenhaus? (Bitte machen Sie zu jeder Aussage eine Angabe)

	2003			
	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Zur Behandlung gehört grundsätzlich eine soziale und emotionale Zuwendung. (N = 1856)	69,0	28,6	2,1	0,3
Die sozio-emotionale Zuwendung gehört zu meinen Aufgaben als Pflegende/r. (N = 1855)	56,4	41,3	2,2	0,1
Es gibt bei Patienten auch in dieser Frage meist überzogene Erwartungen. (N = 1846)	24,7	58,4	15,7	1,2
Wichtig ist erst einmal eine handwerklich ordentliche Versorgung. (N = 1827)	16,7	53,4	25,0	4,9
Soziale und emotionale Zuwendung zu den Patienten findet meines Erachtens ausreichend statt. (N = 1848)	8,0	41,4	43,2	7,4
Für soziale und emotionale Zuwendung hat man aufgrund sonstiger Belastungen praktisch nie Zeit. (N = 1849)	29,0	54,8	13,2	3,0
Die sozio-emotionale Zuwendung ist eher eine Aufgabe der Angehörigen oder nahe stehender Personen. (N = 1834)	2,9	44,9	38,9	13,3

Was halten Sie persönlich von folgenden Aussagen zur psychosozialen Versorgung im Krankenhaus?

	2006			
	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu
Zur Behandlung sollte grundsätzlich eine soziale und emotionale Zuwendung gehören. (N = 1256)	62,5	32,6	4,7	0,2
Die soziale und emotionale Zuwendung sollte vor allem Aufgabe der Pflegenden sein. (N = 1250)	19,5	42,3	34,7	3,1
Eine „handwerklich“ ordentliche Versorgung hat Vorrang vor sozialer und emotionaler Zuwendung. (N = 1235)	2,6	19,1	61,9	16,4
Eine „handwerklich“ ordentliche Versorgung macht soziale und emotionale Zuwendung weitgehend überflüssig. (N = 1243)	0,4	3,1	35,9	60,6
Die soziale und emotionale Zuwendung sollte eher eine Aufgabe der Angehörigen oder nahe stehender Personen sein. (N = 1238)	3,5	27,8	48,7	20,0
Es gibt bei Patienten in dieser Frage meist überzogene Erwartungen. (N = 1233)	10,6	37,8	44,8	6,7
Patienten sollten mehr Verständnis für den Zeitdruck haben, unter dem wir Pflegekräfte zu arbeiten haben. (N = 1253)	18,4	42,0	30,9	8,8

Inwieweit entspricht die tatsächliche Praxis in Ihrer Abteilung/Klinik den folgenden Erwartungen an die psychosoziale Versorgung?

	2006			
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
Die Behandlung wird grundsätzlich durch soziale und emotionale Zuwendung begleitet. (N = 1236)	17,4	52,3	28,8	1,5
Soziale und emotionale Zuwendung zu den Patienten findet meines Erachtens ausreichend statt. (N = 1237)	10,6	42,0	43,2	4,2
Auf Fragen der Patienten wird ausführlich und umfassend eingegangen. (N = 1241)	17,8	51,1	29,9	1,2
Für soziale und emotionale Zuwendung hat man aufgrund sonstiger Belastungen praktisch nie Zeit. (N = 1238)	11,1	41,3	41,9	5,7
Die soziale und emotionale Zuwendung wird durch die Angehörigen oder nahe stehende Personen geleistet. (N = 1216)	3,1	55,6	37,6	3,7
Die Patienten haben Verständnis für den Zeitdruck, unter dem wir Pflegekräfte zu arbeiten haben. (N = 1228)	3,5	36,5	51,1	8,9

Inwieweit sehen Sie die folgenden Merkmale der Pflege-Organisation auf Ihrer Station oder in Ihrem Arbeitsbereich verwirklicht?

	2003				
	Immer	Überwiegend	Manchmal	Nie	Weiß nicht
Der Pflegeaufwand wird bereits bei der Aufnahme erhoben. (N = 1796)	18,3	50,8	18,8	9,0	3,2
Von jedem/jeder Patienten/in wird bei uns eine Pflegeanamnese erhoben. (N = 1805)	53,0	24,8	11,6	8,6	2,0
Für jede/n Patienten/in gibt es bei uns eine Pflegeplanung. (N = 1788)	29,9	26,0	22,2	19,7	2,2
Wir pflegen nach dem Prinzip der Ganzheits- oder Bezugspflege. (N = 1740)	38,6	37,2	11,6	7,3	5,3
Wir pflegen nach Pflegestandards und Behandlungspfaden. (N = 1785)	42,5	39,9	9,9	4,3	3,5
Wir benutzen hausinternen Pflegediagnosen (z. B. ICNP, NANDA). (N = 1691)	13,7	12,1	8,8	32,8	32,6
Die pflegerische Grundversorgung (z. B. Mundhygiene) läuft einwandfrei. (N = 1783)	27,2	59,5	9,2	0,7	3,4
Die pflegerische Grundversorgung wird in Form von „Runden“ ausgeführt. (N = 1674)	20,4	30,9	13,3	22,4	13,0
In unserem Haus ist eine regelmäßige Pflegevisite üblich. (N = 1766)	19,5	15,2	16,9	39,2	9,2
Alle Pflegetätigkeiten werden bei uns differenziert dokumentiert. (N = 1799)	50,3	37,3	8,8	1,8	1,8
	2006				
	Immer	Überwiegend	Manchmal	Nie	Weiß nicht
Der Pflegeaufwand wird bereits bei der Aufnahme erhoben. (N = 1194)	16,3	47,3	21,4	11,1	3,9
Von jedem/jeder Patienten/in wird bei uns eine Pflegeanamnese erhoben. (N = 1213)	5,6	28,3	11,5	8,0	1,6
Für jede/n Patienten/in gibt es bei uns eine Pflegeplanung. (N = 1209)	32,3	25,3	20,6	20,1	1,7
Wir pflegen nach dem Prinzip der Ganzheits- oder Bezugspflege. (N = 1165)	36,7	38,6	10,8	7,2	6,7
Wir pflegen nach Pflegestandards- und Behandlungspfaden. (N = 1209)	41,6	40,8	11,8	3,4	2,4
Wir benutzen hausinternen Pflegediagnosen (z. B. ICNP, NANDA). (N = 1154)	13,0	12,8	9,2	34,3	30,7
Die pflegerische Grundversorgung (z. B. Mundhygiene) läuft einwandfrei. (N = 1201)	23,1	60,7	11,7	1,7	2,7
Die pflegerische Grundversorgung wird in Form von „Runden“ ausgeführt. (N = 1150)	16,4	34,7	16,3	21,4	11,2
In unserem Haus ist eine regelmäßige Pflegevisite üblich. (N = 1196)	17,6	16,9	20,6	37,0	8,0
Alle Pflegetätigkeiten werden bei uns differenziert dokumentiert. (N = 1216)	47,6	41,1	8,4	1,4	1,5

Inwieweit ist Ihre persönliche Pflege-Tätigkeit durch die folgenden Ziele bestimmt?

	2003			
	Immer	Überwiegend	Manchmal	Nie
Ich lege Wert auf eine würdevolle Behandlung des/der Patienten/in. (N = 1844)	87,4	12,4	0,2	0,0
Ich versuche, den Pflegeablauf den Patientenwünschen anzupassen. (N = 1811)	33,0	58,1	8,4	0,4
Patienten/innen unterstütze ich in ihrer Selbständigkeit. (N = 1806)	57,8	39,8	2,3	0,2
Ich versuche, dem/der Patienten/in alle Pflegevorgänge zu erläutern. (N = 1814)	53,1	42,1	4,6	0,2
Für Gespräche mit dem/der Patienten/in nehme ich mir genügend Zeit. (N = 1816)	10,9	60,3	28,0	0,8
Für Gespräche mit den Angehörigen nehme ich mir genügend Zeit. (N = 1803)	7,3	51,6	38,2	2,9

Wie sieht Ihre eigene Pflege-Tätigkeit tatsächlich aus?

	2006				
	Immer	Überwiegend	Manchmal	Nie	Weiß nicht
Ich lege Wert auf eine würdevolle Behandlung des/der Patienten/in. (N = 1241)	78,2	21,5	0,2		0,1
Ich passe den Pflegeablauf den Patientenwünschen an. (N = 1215)	16,5	63,3	19,0	0,6	0,7
Ich unterstütze Patienten/innen in ihrer Selbständigkeit. (N = 1221)	42,5	53,3	3,4	0,2	0,6
Ich erläutere dem/der Patienten/in alle Pflegevorgänge. (N = 1230)	51,3	44,8	3,3	0,2	0,5
Ich nehme mir für Gespräche mit dem/der Patienten/in genügend Zeit. (N = 1226)	11,2	57,3	30,0	1,0	0,6
Ich nehme mir für Gespräche mit den Angehörigen genügend Zeit. (N = 1209)	7,6	47,5	41,0	2,7	1,2

Die Aufnahme und das Belegungs-Management auf unserer Station/in unserem Haus wird gesteuert von... (Mehrfachnennungen möglich)

	2003	2006
...der Verwaltung (N = 552; 343)	29,3	26,7
...der Elektivaufnahme (N = 472; 390)	25,0	30,4
...dem medizinischen Personal (N = 1205; 751)	63,9	58,5
...der Pflegeleitung (N = 184; 177)	9,8	13,8
...der Stationsleitung (N = 407; 366)	21,6	28,5
...einer besonderen Abteilung (N = 313; 203)	16,6	15,8
N =	1885	1283
davon durchgängig fehlend (Anzahl)	93	76

Wie war Ihre Station/Abteilung/Klinik in den letzten 6 Monaten belegt?*

	2003	2006
Eher überbelegt	29,0	36,5
Genau richtig belegt	17,5	20,6
Eher unterbelegt	9,0	7,3
Starken Schwankungen unterworfen	37,3	30,2
Kann ich nicht beurteilen.	7,2	5,4
N =	1805	1230

* Frage 2003: Was die Belegung in unserer Station/unserem Haus anbetrifft, so sind wir in den letzten Monaten...

Ich finde, dass unsere Station/unser Haus Patienten/innen zu einem Zeitpunkt entlässt, der...

	2003
...durchgängig zu früh liegt („blutende Patienten“).	0,7
...häufiger zu früh liegt.	9,9
...meist richtig gewählt ist.	33,7
...häufiger zu spät liegt.	10,8
...durchgängig zu spät liegt.	0,7
... der auch von der Belegungssituation abhängt	31,7
Das kann ich nicht beurteilen.	12,6
N =	1776

Wie beurteilen Sie die Entlassungszeitpunkte in Ihrer Station/Abteilung/Klinik?

Der Entlassungszeitpunkt liegt...	2006
Durchgängig zu spät	3,2
Häufiger zu spät	22,6
Meist richtig	38,4
Häufiger zu früh	18,6
Durchgängig zu früh	1,2
Das kann ich nicht beurteilen.	16,0
N =	1188

In unserem Haus gibt es (Bitte machen Sie zu jeder Angabe eine Aussage)...

	2003		
	Ja	Nein	Weiß nicht
...klare und koordinierte Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung (Case Management, Clinical Pathways usw.). (N = 1834)	42,6	30,0	27,4
...eine oder mehrere Abteilung/en für ambulante oder Kurzzeitpatienten/innen (mit max. zwei Tagen Klinikaufenthalt). (N = 1816)	56,1	37,3	6,6
...eine oder mehrere Abteilung/en für die poststationäre Versorgung bzw. für ambulante Nach-Betreuung. (N = 1807)	51,2	38,5	10,3

Gibt es in Ihrem/Ihrer Haus/Abteilung/Station...

	2006		
	Ja	Nein	Weiß nicht
...klare und koordinierte Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung (Case Management, Clinical Pathways usw.)? (N = 1239)	49,9	31,6	18,6
...eine oder mehrere Abteilung/en für ambulante oder Kurzzeitpatienten/innen (mit max. zwei Tagen Klinikaufenthalt)? (N = 1241)	64,4	30,9	4,8
...eine oder mehrere Abteilung/en für die poststationäre Versorgung bzw. für ambulante Nach-Betreuung? (N = 1232)	58,6	32,5	8,8
...eine elektronische Pateintenakte? (N = 1236)	41,7	49,8	8,5
Wenn ja, haben Sie Zugang zur elektronischen Patientenakte? (N = 515)	76,5	23,5	

Unser Krankenhaus verfügt über ein gutes Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit Hausärzten/innen und ambulanten Diensten...

	2003
Ja, das stimmt und es funktioniert auch gut.	36,0
Ja, aber es funktioniert nicht wie gewünscht.	19,4
Nein, das gibt es nur auf dem Papier, aber nicht wirklich.	3,5
Nein, ein derartiges Management existiert bei uns nicht.	6,4
Das kann ich nicht beurteilen.	34,7
N =	1826

Unser Krankenhaus verfügt über ein gutes Entlassungs-, Überleitungs- und Kooperationsmanagement mit niedergelassenen Ärzten/innen sowie mit stationären und ambulanten Diensten...

	2006
Ja, das stimmt und es funktioniert auch gut.	35,3
Ja, aber es funktioniert nicht wie gewünscht.	23,2
Nein, das gibt es nur auf dem Papier, aber nicht wirklich.	6,4
Nein, ein derartiges Management existiert bei uns nicht.	7,0
Das kann ich nicht beurteilen.	28,1
N =	1237

Gibt es in Ihrem Haus für Patienten/innen eine Stelle mit Fachpersonen, die zuständig sind für Wünsche, Beschwerden und Patientenrechte?

	2003
Ja	57,9
Nein, eine solche Stelle gibt es nur auf dem Papier.	5,5
Nein, eine solche Stelle gibt es bei uns gar nicht.	17,3
Weiß ich nicht.	19,3
N =	1842

Wie wird diese Stelle für Patienten genutzt?

	2003
Diese Möglichkeit wird gut genutzt.	55,9
Diese Möglichkeit wird nicht gut genutzt.	44,1
N =	908

Gibt es in Ihrem Haus eine Stelle, die zuständig ist für Rechte, Wünsche und Beschwerden von Patienten?

	2006
Ja, die gibt es und sie wird auch in Anspruch genommen.	77,4
Ja, aber eine solche Stelle gibt es nur auf dem Papier.	7,9
Nein, eine solche Stelle gibt es bei uns gar nicht.	5,6
Weiß ich nicht.	9,1
N =	1263

Gibt es auf Ihrer Station/in Ihrem Haus die Möglichkeit für Patienten, den Krankenhausaufenthalt zu bewerten?

	2003
Ja	71,2
Nein	28,8
N =	1814

Werden auf Ihrer Station/in Ihrem Haus Patientenbefragungen durchgeführt, um den Krankenhausaufenthalt zu bewerten?

	2006
Ja	84,9
Nein	15,1
N =	1255

Können Sie angeben, wie diese Bewertungen innerhalb der letzten Monate aussehen?

	2003
Gut	27,1
Befriedigend	11,8
Nicht gut	1,0
Ist mir nicht bekannt.	60,0
N =	1524

Wenn ja, können Sie angeben, wie diese Bewertungen innerhalb der letzten Monate aussehen?

	2006
Gut	33,1
Befriedigend	20,1
Nicht gut	2,6
Ist mir nicht bekannt	44,2
N =	1084

Wie alt sind Sie?

	2003	2006
16 – 25	17,1	8,5
26 – 30	11,8	15,2
31 – 35	14,1	11,5
36 – 40	21,5	18,7
41 – 45	18,6	19,8
46 – 64	16,9	26,3
N =	1864	1263

Sie sind...

	2003	2006
...männlich	15,5	16,9
...weiblich	84,5	83,1
N =	1869	1269

In welcher Lebensgemeinschaft oder Wohnform leben Sie?

	2003	2006
Allein lebend	14,9	15,9
Mit Partner/in lebend	80,9	82,6
Andere Wohnform	4,2	1,5
N =	1864	1269

*Wie viele Kinder im Alter von unter 14 leben in Ihrem Haushalt?**

	2003	2006
Kein Kind	38,8	61,1
Ein Kind	22,1	20,2
Zwei Kinder	30,2	15,8
Drei Kinder oder mehr	8,9	2,7
N =	1857	1238

* Frage 2003: Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?*

Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	2003	2006
Hauptschulabschluss	7,4	5,2
Realschulabschluss	47,4	47,4
Fachschulabschluss	24,3	24,3
Hochschulreife/Abitur	19,5	21,4
Anderer Abschluss	1,4	1,7
N =	1868	1267

Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen? (Mehrfachnennungen möglich)

	2003	2006
Krankenpflegehelfer/in mit 6-wöchiger Ausbildung	0,2	0,0
Krankenpflegehelfer/in mit einjähriger Ausbildung	2,3	2,8
Exam. Krankenschwester/-pfleger ohne Fachweiterbildung	74,2	67,0
Exam. Krankenschwester/-pfleger mit Fachweiterbildung	19,2	27,1
Krankenpflegeausbildung plus Fachhochschul-/Uni-Studium	0,8	0,0
Anderer Ausbildung im Pflegebereich		3,6
Zusatzqualifikation	16,4	32,0
Anderer Berufsausbildung	14,5	15,7
Ich absolviere zur Zeit eine Ausbildung	4,6	6,4
N =	1885	1283
davon durchgängig fehlend	20	13

Wo erfolgte Ihre Krankenpflegeausbildung?

	2003	2006
In den alten Bundesländern	71,0	70,7
In den neuen Bundesländern	26,3	26,6
Im Ausland	2,7	2,7
N =	1860	1269

*Wie lange schon sind Sie insgesamt (inklusive Ausbildungszeit) in der Pflege tätig?**

	2003	2006
Bis 5 Jahre	12,8	5,0
6 bis 10 Jahre	22,4	21,3
11 bis 15 Jahre	17,9	14,6
Mehr als 15 Jahre	46,8	59,1
N =	1867	1270

* Intervallangaben 2003: bis 5 Jahre; 5 bis 10 Jahre, 10 bis 15 Jahre, mehr als 15 Jahre

12.2 Arbeitsbelastungen im Berufsvergleich

Tabelle 41: Belastung 'Termin- und Leistungsdruck' nach Berufsordnungen

1992 - 'Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie unter starkem Termin- und Leistungsdruck arbeiten?'									
	291	311	511	531	682	781	853	854	856
Praktisch immer	19,0	20,3	23,1	18,3	9,9	19,0	28,6	14,1	19,6
Häufig	43,5	38,9	38,0	29,0	25,2	37,5	40,7	31,5	33,2
Immer mal wieder	27,9	24,0	22,4	23,4	25,4	26,6	16,1	31,5	24,1
Selten	8,8	13,8	12,9	17,2	24,8	13,0	9,9	14,1	16,8
Praktisch nie	0,7	3,0	3,6	12,0	14,7	3,9	4,7	8,7	6,3
Anzahl	147	696	303	551	1480	3297	577	92	286
1999 - 'Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie unter starkem Termin- und Leistungsdruck arbeiten?'									
	291	311	511	531	682	781	853	854	856
Praktisch immer	18,0	18,2	20,5	15,3	8,0	14,7	17,5	31,4	10,9
Häufig	28,1	36,3	35,3	25,0	17,0	31,9	38,5	24,6	28,0
Immer mal wieder	33,1	31,7	25,7	23,6	26,8	30,2	23,5	16,9	29,8
Selten	17,3	8,9	8,0	16,7	23,4	15,2	12,1	16,1	20,7
Praktisch nie	3,6	4,7	10,4	19,4	24,7	8,0	8,1	11,0	10,4
Weiß nicht/verweigert	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3
Anzahl	139	653	249	581	1693	3295	667	118	386
2006 - 'Wie häufig müssen Sie unter Termin-/Leistungsdruck arbeiten?'									
	291	311	511	531	682	781	853	854	856
Häufig	60,4	56,2	50,7	50,5	35,9	50,0	70,7	53,7	53,4
Manchmal	31,3	32,5	35,2	19,8	32,9	35,7	21,5	29,3	35,2
Selten	8,3	10,2	11,3	19,8	16,0	11,3	6,3	13,4	7,9
Nie	0,0	1,1	2,8	9,9	15,2	3,0	1,6	3,7	3,6
Anzahl	48	283	71	91	683	1844	559	82	253

Quelle: BIBB/IAB- und BIBB/BAuA-Surveys

Anmerkung: Werkzeugmacher (291), Elektroinstallateure und -monteure (311), Maler und Lackierer (511), Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe (531), Verkäufer (682), Bürofachkräfte (781), Krankenpflegekräfte (853), Helfer in der Krankenpflege (854), Sprechstundenhilfen (856)

13 GEK-Materialien

In der GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse sind bisher erschienen:

Bericht über die Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe ... (vergriffen)

Nr. 1: *Werkzeugmechaniker (1994)*

Nr. 2: *Edelmetallschmiede (1993)*

Nr. 3: *Zahntechniker (1993)*

Nr. 4: *Elektroniker und Monteure im Elektrobereich (1994)*

Nr. 5: *Augenoptiker (1995)*

Nr. 6: *Zerspanungsmechaniker (1996)*

Nr. 7: *Industriemeister (1996)*

Nr. 8: *Maschinenbautechniker (1996)*

Nr. 9: *Techniker im Elektrofach (1996)*

Nr. 10: *Industriemechaniker (1996)*

Band 1: *Müller, R. et al.: Auswirkungen von Krankengeld-Kürzungen. Materielle Bestrafung und soziale Diskriminierung chronisch erkrankter Erwerbstätiger. Ergebnisse einer Befragung von GKV-Mitgliedern. 1997*
ISBN 3-930 784-02-5 Euro 9,90

Band 2: *Bitzer, E. M. et al.: Der Erfolg von Operationen aus Sicht der Patienten. – Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome elektiver chirurgischer Leistungen in der stationären Versorgung – am Beispiel operativer Behandlungen von Krampfadern der unteren Extremitäten, von Nasenscheidewandverbiegungen sowie von arthroskopischen Meniskusbehandlungen. 1998*
ISBN 3-980 6187-0-6 Euro 9,90

Band 3: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1998. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. 1998.*
ISBN 3-537-44003 (vergriffen) Euro 7,90

*Gmünder ErsatzKasse GEK (Hrsg.): Bericht über die Belastungs- und Gesundheits-situation der Berufsgruppe ...
Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen,
Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten und Literaturrecherchen zu
Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen.*

Band 4:	<i>Gesundheitsbericht 11 – Werkzeugmechaniker.</i> ISBN 3-537-44001	Euro 4,90
Band 5:	<i>Gesundheitsbericht 12 – Bürofachkräfte.</i> ISBN 3-537-44002	Euro 4,90
Band 6:	<i>Gesundheitsbericht 13 – Zerspanungsmechaniker.</i> ISBN 3-537-44006-5	Euro 4,90
Band 7:	<i>Gesundheitsbericht 14 – Industriemechaniker.</i> ISBN 3-537-44007-3	Euro 4,90
Band 8:	<i>Gesundheitsbericht 15 – Zahntechniker.</i> ISBN 3-537-44008-1	Euro 4,90
Band 9:	<i>Gesundheitsbericht 16 – Augenoptiker.</i> ISBN 3-537-44009-X	Euro 4,90
Band 10:	<i>Gesundheitsbericht 17 – Edelmetallschmiede.</i> ISBN 3-537-440010-3	Euro 4,90
Band 11:	<i>Gesundheitsbericht 18 – Elektroberufe.</i> ISBN 3-537-440011-1	Euro 4,90
Band 12:	<i>Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 1999. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. 1999.</i> ISBN 3-537-44012-X	Euro 7,90
Band 13:	<i>Marstedt, G. et al.: Young is beautiful? Zukunftsperspektiven, Belastungen und Gesundheit im Jugendalter. Ergebnisbericht zu einer Studie über Belastungen und Probleme, Gesundheitsbeschwerden und Wertorientierungen 14-25jähriger GEK- Versicherter. 2000.</i> ISBN 3-537-44013-8	Euro 9,90

- Band 14: *Bitzer, E. M. et al.: Lebensqualität und Patientenzufriedenheit nach Leistenbruch- und Hüftgelenkoperationen. Eine retrospektive indikationsbezogene Patientenbefragung zum Outcome häufiger chirurgischer Eingriffe in der zweiten Lebenshälfte. 2000.*
ISBN 3-537-44014-8 Euro 9,90
- Band 15: *Marstedt, G. et al. (Hrsg.): Jugend, Arbeit und Gesundheit. Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen und der Gmünder ErsatzKasse (GEK) am 20. Mai 1999 in Bremen. Mit einem Grafik- und Tabellen-Anhang „Materialien zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher in Deutschland“. 2000.*
ISBN 3-537-44015-4 (vergriffen)
- Band 16: *Grobe, T. G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2000. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen des Rückens. 2000.*
ISBN 3-537-44016-X (vergriffen)
- Band 17: *Braun, B.: Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln. Ergebnisbericht einer Befragung von GEK-Versicherten. 2000.*
ISBN 3-537-44017-4 Euro 9,90
- Band 18: *Grobe, T.G. et al.: GEK-Gesundheitsreport 2001. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. 2001.*
ISBN 3-537-44018-9 Euro 9,90
- Band 19: *Braun, B.: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht. 2001.*
ISBN 3-537-44019-7 Euro 9,90
- Band 20: *Glaeske, G.; Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2001. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 1999 –2000. 2001.*
ISBN 3-537-44020-0 Euro 9,90
- Band 21: *Braun, B., König, Chr., Georg, A.: Arbeit und Gesundheit der Berufsgruppe der Binnenschiffer. 2001.*
ISBN 3-537-44021-9 Euro 9,90

- Band 22: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2002. Schwerpunkt: „High Utilizer“ – Potenziale für Disease Management. 2002.*
ISBN 3-537-44022-7 Euro 9,90
- Band 23: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2002. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2000 bis 2001. 2002.*
ISBN 3-537-44023-5 Euro 9,90
- Band 24: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2003. Schwerpunkt: Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem – präventive Potenziale? 2003.*
ISBN 3-537-44024-3 Euro 9,90
- Band 25: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2003. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2001 bis 2002. 2003.*
ISBN 3-537-44025-1 Euro 9,90
- Band 26: *Braun, B., Müller, R.: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. 2003*
ISBN 3-537-44026-X Euro 9,90
- Band 27: *Schmidt, Th., Schwartz, F.W. und andere: Die GEK-Nasendusche. Forschungsergebnisse zu ihrer physiologischen Wirkung und zur gesundheitsökonomischen Bewertung. 2003*
ISBN 3-537-44027-8 Euro 7,90
- Band 28: *Jahn, I. (Hg.): wechseljahre multidisziplinär. was wollen Frauen – was brauchen Frauen. 2004*
ISBN 3-537-44028-6 Euro 9,90
- Band 29: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2002 bis 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44029-4 Euro 9,90
- Band 30: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2004. Schwerpunkt: Gesundheitsstörungen durch Alkohol. 2004.*
ISBN 3-537-44030-8 Euro 9,90

- Band 31: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Michel, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2004. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus dem Jahre 2003. 2004.*
ISBN 3-537-44031-6 Euro 9,90
- Band 32: *Braun, B., Müller, R., Timm, A.: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. 2004.*
ISBN 3-537-44032-4 Euro 9,90
- Band 33: *Glaeske, Gerd et al.: Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004*
ISBN 3-537-44033-2 Euro 7,90
- Band 34: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Zahntechniker. 2005*
ISBN 3-537-44034-0 Euro 9,90
- Band 35: *Braun, B., Müller, R.: Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. 2005*
ISBN 3-537-44035-9 Euro 9,90
- Band 36: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2003 bis 2004. 2005.*
ISBN 3-537-44036-7 Euro 14,90
- Band 37: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2005.*
ISBN 3-537-44037-5 Euro 9,90
- Band 38: *Scharnetzky, E., Deitermann, B., Hoffmann, F., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittel-Report 2005. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahre 2003/2004. 2005*
ISBN 3-537-44038-3 Euro 14,90
- Band 39: *Samsel, W., Marstedt G., Möller H., Müller R.: Musiker-Gesundheit. Ergebnisse einer Befragung junger Musiker über Berufsperspektiven, Belastungen und Gesundheit. 2005*
ISBN 3-537-44039-1 Euro 9,90

- Band 40: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Gesundheitsreport 2005. 2005*
ISBN 3-537-44040-5 Euro 9,90
- Band 41: *Samsel, W., Böcking, A.: Prognostische und therapeutische Bedeutung der DNA-Zytometrie beim Prostatakarzinom. 2006*
ISBN 3-537-44041-3 Euro 12,90
- Band 42: *Lutz, U., Kolip, P.: Die GEK-Kaiserschnittstudie. 2006*
ISBN 3-537-44042-1 Euro 14,90
- Band 43: *Braun, B.: Geburten und Geburtshilfe in Deutschland. 2006*
ISBN 3-537-44043-X Euro 14,90
- Band 44: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2004 bis 2005. 2006.*
ISBN 3-537-44044-8 Euro 14,90
- Band 45: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2006.*
ISBN 3-537-44045-6 Euro 14,90
- Band 46: *Braun, B., Müller, R. : Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. 2006.*
ISBN 3-537-44046-4 Euro 14,90
- Band 47: *Spintge, R., u. a.: Musik im Gesundheitswesen. 2006*
ISBN 3-537-44047-2 Euro 14,90
- Band 48: *Böcking, A.: Mit Zellen statt Skalpellen - Wie sich Krebs früh und ohne Operation erkennen lässt. 2006*
ISBN 3-537-44048-0, ISBN 978-3-537-44048-8 Euro 19,90
- Band 49: *Deitermann, B, Kemper, C, Hoffmann, F, Glaeske, G: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2006. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2004 und 2005. 2006*
ISBN 3-537-44049-9, ISBN 978-3-537-44049-5 Euro 14,90
- Band 50: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung 2006. 2006*
ISBN 3-537-44050-2, ISBN 978-3-537-44050-1 Euro 14,90

- Band 51: *Müller, R., Braun, B.: Vom Quer- zum Längsschnitt mit GKV-Daten. 2006*
ISBN 3-537-44051-0, ISBN 978-3-537-44051-8 Euro 14,90
- Band 52: *Bichler, K.-H., Strohmaier, W.L., Eipper, E., Lahme, S.: Das Harnsteinleiden. 2007.*
ISBN 978-3-86541-165-5 Euro 45,00
- Band 53: *Kleinert, J., Lobinger, B., Sulprizio, M.: Organisationsformen und gesundheitliche Effekte von Walking. 2007.*
ISBN 978-3-537-44053-2 Euro 14,90
- Band 54: *Glaeske, G., Trittin, C.: Weichenstellung: Die GKV der Zukunft. Bessere Koordination, mehr Qualität, stabile Finanzierung. 2007.*
ISBN 978-3-537-44054-9 Euro 14,90
- Band 55: *Glaeske, G., Janhsen, K.: GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005 bis 2006. 2007.*
ISBN 978-3-537-44055-6 Euro 14,90
- Band 56: *Hacker, E.W., Löbig, S. (Hg.): Musikphysiologie im Probenalltag. Dokumentation eines Workshops - veranstaltet vom Zentrum für Musik, Gesundheit und Prävention. 2007*
ISBN 978-3-537-44056-3 Euro 14,90
- Band 57: *Deitermann, B., Kemper, C., Glaeske, G.: GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2005 und 2006. 2007*
ISBN 978-3-537-44057-0 Euro 14,90
- Band 58: *Bitzer, E.M., Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report akut-stationäre Versorgung 2007. 2007*
ISBN 978-3-537-44058-7 Euro 14,90
- Band 59: *Grobe, T.G., Dörning, H., Schwartz, F.W.: GEK-Report ambulanzärztliche Versorgung 2007. 2007*
ISBN 978-3-537-44059-4 Euro 14,90