

Nock, Lukas; Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine

Working Paper

Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege.
Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und
vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe

Arbeitspapier, No. 296

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Nock, Lukas; Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine (2013) :
Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von
Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und
Jugendhilfe, Arbeitspapier, No. 296, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/116753>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen
Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle
Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich
machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen
(insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten,
gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort
genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal
and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to
exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the
internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content
Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise
further usage rights as specified in the indicated licence.*

Arbeitspapier **296**

Lukas Nock | Volker Hielscher
Sabine Kirchen-Peters

**Dienstleistungsarbeit
unter Druck:
Der Fall Krankenhauspflege**

Arbeitspapier Nr. 296

Lukas Nock / Volker Hielscher / Sabine Kirchen-Peters

Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege

**Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus
und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe**

Dr. Volker Hielscher ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Geschäftsführer des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) in Saarbrücken. Von 2008 bis 2010 Professor für Arbeitsmarktökonomie an der SRH Hochschule Heidelberg. Arbeitsschwerpunkte zum Wandel sozialer Dienstleistungsarbeit, zu Dienstleistungsprozessen am Arbeitsmarkt und zur Gestaltung von Organisation und Arbeitszeit im Betrieb.

Sabine Kirchen-Peters, Diplom-Soziologin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso) Saarbrücken. Arbeitsschwerpunkte zu Versorgungsstrukturen für alte und pflegebedürftige Menschen mit Schwerpunkt Demenz sowie zum Wandel professioneller Pflegearbeit, zur Organisationsberatung in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern.

M.A. Lukas Nock ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (iso), Saarbrücken. Zuvor wissenschaftlicher Mitarbeiter am Centrum für soziale Investitionen und Innovationen (CSI) der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg sowie an der Fakultät für Sozial- und Rechtswissenschaften an der SRH Hochschule Heidelberg. Arbeitsschwerpunkte zu sozialen Innovationen, zum Wandel der Sozialarbeit in der Jugendhilfe und zu Methoden empirischer Sozialforschung.

Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon (02 11) 77 78-108
Fax (02 11) 77 78-108
E-Mail: Claudia.Bogedan@boeckler.de

Redaktion: Claudia Bogedan, Leiterin des Referats Erwerbsarbeit im Wandel,
Leiterin Abt. Forschungsförderung

Bestell-Nr. 11296

Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf
Düsseldorf, Dezember 2013
€ 15,00

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	7
1. Einleitung.....	9
2. Rahmenbedingungen der Pflege im Krankenhaus.....	11
2.1 Sozialrechtlicher und gesellschaftspolitischer Hintergrund.....	11
2.2 Beschäftigungsstruktur.....	15
3. Empirische Befunde.....	19
3.1 Methodisches Vorgehen.....	19
3.2 Stichprobenbeschreibung.....	20
3.3 Ökonomisierung und Aktivierung in der Krankenpflege.....	24
3.4 Ökonomisierung und Aktivierung im Branchenvergleich.....	33
Resümee.....	43
Literatur.....	45
Anhang.....	49
Über die Hans-Böckler-Stiftung.....	51

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ökonomisierung in den einzelnen Branchen	35
Abb. 2: Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen I	36
Abb. 3: Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen II.....	37
Abb. 4: Vereinbarkeit von „Arbeit und Leben“	38
Abb. 5: Gehalt, Arbeitszufriedenheit und berufliche Perspektiven.....	39
Abb. 6: Aktivierungspraxis und Aktivierungsanforderungen in der Pflege.....	41
Abb. 7: Wandel von Arbeitsteilung in der Pflege	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland	9
Tabelle 2: Entwicklung der Betten- und Fallzahlen sowie der durchschnittlichen Verweildauer	14
Tabelle 3: Trägerverteilungsstruktur und Entwicklung der Gesamteinrichtungszahl	15
Tabelle 4: Entwicklung der Einrichtungszahl und des Personalstandes in Allgemeinkrankenhäusern (Vollzeitäquivalente).....	16
Tabelle 5: Beschäftigte Personen im Pflegedienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Geschlecht und Teilzeitbeschäftigung.....	17
Tabelle 6: Qualifikationsstruktur des Pflegedienstes in Allgemeinkranken- häusern (beschäftigte Personen)	18
Tabelle 7: Alter, Beschäftigungsdauer	21
Tabelle 8: Geschlecht	21
Tabelle 9: Berufsausbildung/Studium.....	22
Tabelle 10: Funktion	22
Tabelle 11: Beschäftigungsumfang	23
Tabelle 12: Schichtdienst	23
Tabelle 13: Krankenhausgröße	24
Tabelle 14: Ökonomisierung.....	25
Tabelle 15: Arbeitsanforderungen.....	26
Tabelle 16: Aktivierungspraxis und Aktivierungsanforderungen	30
Tabelle 17: Arbeitssituation	32
Tabelle 18: Sampleübersicht der Branchenvergleichsstichproben.....	34

Vorwort

Die vorliegende Befragung zur Ökonomisierung und Aktivierung in der Krankenpflege ist eine empirische Erweiterung der Studie „Dienstleistungsarbeit zwischen Ökonomisierung und Aktivierung. Neue Herausforderungen an Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik“, welche von der Hans-Böckler-Stiftung zwischen Dezember 2009 und Februar 2012 gefördert wurde. Diese Studie war als empirischer Vergleich der Dienstleistungsbereiche der stationären und ambulanten Altenpflege, des Allgemeinen Sozialen Dienstes in Jugendämtern und der Einrichtungen der Kindertagesbetreuung angelegt. Damit wurden vier Dienstleistungsfelder einander gegenübergestellt, die zum einen die Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen zur Aufgabe haben, zum anderen für die Betreuung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen bzw. deren Eltern verantwortlich zeichnen (vgl. Hielscher et al 2013).

Sowohl der Altenhilfe als auch der Betreuung von Kindern und Jugendlichen wird als „Zukunftsbranchen“ eine wachsende quantitative wie auch eine qualitative gesellschaftspolitische Bedeutung zugeschrieben: Der Sektor der Altenhilfe und -pflege wächst aufgrund der demografischen Entwicklung und hat eine wichtige Funktion für den Erhalt der Lebensqualität einer immer größer werdenden Zahl von Menschen. Der Sektor der Kinder- und Jugendhilfe hingegen gilt als zentrales sozialpolitisches Feld, um Bildungs-, Arbeitsmarkt- und gesellschaftliche Partizipationschancen zu erhalten bzw. auszubauen.

In Erweiterung der Studie wurde nun von April bis Juni 2012 eine quantitative Befragung von Pflegepersonal in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt. Die Erweiterung des Untersuchungsbereiches begründete sich aus verschiedenen Anlässen:

Einerseits ist das Gesundheitssystem – speziell die Krankenhäuser – seit den 1990er Jahren ein Ort verstärkter Einsparungsbemühungen und fiskalpolitisch getriebener Strukturreformen. Effekte der Ökonomisierung auf die organisationale Steuerung und das individuelle Arbeitshandeln, wie sie im Vorgängerprojekt gezeigt werden konnten, waren also auch im Bereich der Krankenhauspflege zu erwarten.

Andererseits ist Aktivierung auch in den Krankenhäusern präsent: Nicht nur als grundlegendes Pflegekonzept und Arbeitsanforderung für die Fachkräfte, sondern ebenso innerhalb der Dienstleistungsbeziehung zwischen den Patientinnen und Patienten und den Versicherungsträgern der Gesundheitsleistungen, in welcher der aktivierende Staat begonnen hat, die Moderation von Eigenverantwortung und Solidarität zu übernehmen (vgl. § 1 SGB V).

Unter Berücksichtigung des branchenspezifischen Kontextes werden im vorliegenden Bericht die Ergebnisse zu den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, zu fachlichen und extern gestellten Ansprüchen und Arbeitsanforderungen, zur Gesamtarbeitssituati-

on der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhauspflege sowie zur Beziehung zwischen Ökonomisierung und Aktivierung dargestellt. Darüber hinaus ermöglicht der standardisierte Zugang einen direkten Branchenvergleich zwischen der Krankenhauspflege, der stationären und ambulanten Altenpflege, dem Allgemeinen Sozialen Dienstes in Jugendämtern und den Kindertagesbetreuungseinrichtungen.

Der Darstellung und Diskussion der empirischen Befunde ist ein einleitendes Kapitel vorangestellt, in welchem die wichtigsten Rahmenbedingungen der Krankenhauspflege angerissen und anhand der sozialrechtlichen und gesellschaftspolitischen Hintergründe sowie der Beschäftigungsstruktur des Sektors dargestellt werden.

Wir danken der Hans-Böckler-Stiftung, namentlich Frau Dr. Claudia Bogedan, für die Förderung und Begleitung dieser Zusatzerhebung, sowie allen beteiligten Akteuren im Feld, die als Multiplikatoren in der Fachöffentlichkeit auf die Befragung hingewiesen und für eine Teilnahme geworben haben. Ein besonderer Dank gilt allen unbekanntem Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung, die uns einen Einblick in ihre Arbeitsrealität ermöglicht haben.

1. Einleitung

Seit mehr als 20 Jahren werden in Deutschland Diskussionen darüber geführt, inwieweit die Angebotsseite des Gesundheitssystems – also die niedergelassenen Ärzte, die Apotheken, die Krankenhäuser und die Einrichtungen der Altenpflege – primär marktreguliert oder über gesundheitspolitische Maßnahmen gesteuert werden soll. Ausgangspunkt der Debatte ist zum einen das Bemühen um die bedarfsgerechte Versorgung einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung mit Gesundheitsgütern, zum anderen die Fragestellung nach der Finanzierbarkeit einer qualitativ hochwertigen Versorgungsstruktur.

Als größter Kostenpunkt im medizinischen Bereich des Gesundheitssystems liegen die Ausgaben für Krankenhäuser mit rund 74 Mrd. Euro im Jahr 2010 weit vor ambulanten Gesundheitsleistungen wie Arztpraxen (ca. 43 Mrd. Euro) oder Apotheken (ca. 41 Mrd. Euro) und sind mehr als doppelt so hoch wie die Ausgaben für ambulante (ca. 10 Mrd. Euro) und stationäre Altenpflege (ca. 22 Mrd. Euro) zusammen. Während die Gesundheitsausgaben in Deutschland im Jahr 1995 knapp 10 % des Bruttoinlandsproduktes betragen, so lagen sie 2010 bei fast 12 %, wobei die Krankenhauskosten gemessen an den Gesamtausgaben ungefähr ein Viertel ausmachten (s. Tabelle 1). Von daher ist es nicht verwunderlich, dass vor allem die Krankenhäuser zu Arenen tiefgreifender Strukturreformen und zum Zielort von Einsparungsbemühungen wurden.

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ausgaben gesamt in Mrd. €	186,9	212,8	240,4	246,0	254,2	264,4	278,4	287,3
% an BIP	10,1	10,4	10,8	10,6	10,5	10,7	11,7	11,6
Ausgaben Krankenhäuser in Mrd. €	50,8	56,1	61,9	63,7	64,5	66,7	71,0	74,3
% an Gesamtausgaben	27,2	26,3	25,7	25,9	25,4	25,2	25,5	25,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012b; eigene Berechnung

Aber nicht nur in punkto Ausgaben verzeichnet der Krankenhaussektor Spitzenwerte: Kein anderer Bereich im Gesundheitssystem stellt ein größeres Beschäftigungsfeld dar: Im Jahr 2010 arbeiteten in den insgesamt 2.064 Kliniken, die in der Bundesrepublik betrieben wurden, über 1 Mio. Personen, darunter ca. 150.000 Ärztinnen und Ärzte und fast 890.000 Beschäftigte im nichtärztlichen Dienst, darunter über 400.000 Frauen und Männer in den krankenhäuslichen Pflegediensten (vgl. Statistisches Bundesamt 2012a).¹

¹ Die Angaben beziehen sich auf Beschäftigte in Vollzeit, Teilzeit und in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen.

Dem Gesundheitswesen im Allgemeinen und speziell den Krankhäusern kommt also nicht nur ein besonderer ökonomischer, sondern ebenso ein immer wichtiger werdender arbeits-(markt-)politischer Stellenwert zu.

2. Rahmenbedingungen der Pflege im Krankenhaus

Bevor die Ergebnisse der standardisierten Befragung dargestellt und diskutiert werden, soll zunächst ein Überblick über die wichtigsten Rahmenbedingungen erfolgen, die den Bereich der Krankenhauspflege kennzeichnen. Im Abschnitt „Sozialrechtlicher und gesellschaftspolitischer Hintergrund“ werden die rechtlichen Grundlagen und Prinzipien der Leistungserbringung im Krankenhausbereich umrissen und die Wesensmerkmale der jüngsten Strukturreformen erläutert. Im daran anschließenden Punkt „Beschäftigungsstruktur“ wird ein Blick auf die Beschäftigtenzahlen in Allgemeinkrankenhäusern geworfen und im Kontext der zuvor beschriebenen Entwicklungslinien betrachtet.

2.1 Sozialrechtlicher und gesellschaftspolitischer Hintergrund

Den sozialrechtlichen Hintergrund für das Krankenhauswesen bilden vor allem das Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (kurz: SGB V) sowie das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz, kurz: KHG). In den Regelungsbereich des SGB V fallen u.a.

- Allgemeine Vorschriften (u.a. Prinzipien der Leistungserbringung, Verwaltungsstruktur; §§ 1-4a)
- Regelungen zum versicherten Personenkreis (§§ 5-10),
- Leistungen der Krankenversicherung (§§ 11-68),
- Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern (§§ 69-140h).

Hierin drückt sich das sozialstaatliche Bemühen aus, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“ (§ 1 SGB V). Gemäß dem Bedarfsdeckungsprinzip besteht für die Versicherten – bei Vorliegen der Voraussetzungen – ein individueller Rechtsanspruch auf die Gewährung aller medizinischen Leistungen (vgl. Bäcker et al. 2010). Zu diesen Leistungen, die zur Einlösung des Versorgungsversprechens dienen, zählt auch die in § 39 SGB V geregelte „Krankenhausbehandlung“, welche immer dann indiziert ist, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Therapie erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung beinhaltet neben der ärztlichen Behandlung und der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln explizit auch die Krankenpflege (vgl. § 39 Abs. 1 SGB V).

Das KHG hebt insbesondere auf die wirtschaftliche Sicherung der Kliniken sowie die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung bei sozial tragbaren Pflegesätzen ab. Im Vordergrund stehen dabei die Leistungsfähigkeit und das selbständige Wirtschaften der Einrichtungen sowie Richtlinien zur Krankenhausfinanzierung.

In den folgenden Abschnitten kann lediglich ein kursorischer Abriss der sozialrechtlichen Hintergründe angeschlossen werden: „Das Krankenhausfinanzierungsrecht enthält ... eine auch für Experten letztlich nicht mehr überschaubare Fülle an Einzelregelungen, die zudem teilweise nur eine ‚Halbwertzeit‘ [sic] von einem Jahr oder sogar weniger aufweisen“ (Simon 2008, S. 10).

Die wichtigsten für die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte konstitutiven Aspekte der Ökonomisierung im Krankenhaus sind durch folgende Strukturmerkmale gekennzeichnet:

- Deckelung des Krankenhausbudgets (Budgetierung)
- Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems (DRG-System, diagnosis related groups)
- Standardisierung von medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen zu „Behandlungspfaden“
- Stärkung von Markt- und Wettbewerb unter den Anbietern
- Zunehmende Privatisierung der Krankenhauslandschaft
- Reduzierung von Personalkosten durch Personalabbau, Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Personaleinsatz

Die Finanzierung von Krankenhäusern erfolgt über ein duales System, welches Investitionskosten und Betriebskosten unterscheidet. Investitionskosten, also die Kosten zur Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und zur Anschaffung zur Klinik gehörender Wirtschaftsgüter (vgl. § 2 Abs. 2a KHG), werden aus Steuermitteln des Bundes finanziert. Die Finanzierung der Betriebskosten (Personalkosten, Verbrauchsmaterial, Versicherungen, Strom usw.) wird von den Krankenkassen getragen, die auch die anfallenden Behandlungskosten ihrer Versicherten übernehmen. Das Budget eines Krankenhauses ist also unmittelbar an die Entwicklung der Beiträge der Versicherten für die gesetzlichen Krankenkassen gekoppelt. Somit besteht zwischen den finanziellen Mitteln, welche den Kliniken zur Verfügung stehen, dem Staatshaushalt und der Entwicklung der Erwerbsarbeit der Bevölkerung ein enger Zusammenhang. Mit der in den 1990er Jahren wachsenden Arbeitslosigkeit, durch die demografische Entwicklung und die Staatsverschuldung, geriet das duale Finanzierungssystem unter zunehmenden Reformdruck:

- Zunächst wurde 1993 mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (kurz: GSG) das bis dato gültige „Selbstkostendeckungsprinzip“ teilweise ausgehebelt (vgl. Simon 2001). Nach diesem Grundsatz waren leistungsfähige und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser mit einem Rechtsanspruch bedacht, der die vollständige Deckung der Selbstkosten durch die Erlöse aus den Pflegesätzen der Krankenkassen und öffentlichen Fördermitteln garantierte. Gegen dieses Prinzip wurde vor allem ins Feld geführt, dass es Anreize zu einem effizienten Ressourceneinsatz verhindere und Kostenanstiege mitverursachen würde (vgl. Keun/Protz 2008). In einer ersten Reformphase, die zunächst auf drei Jahre angelegt war, wurde eine Deckelung des Krankenhausbudgets beschlossen, die allerdings zahlreiche

Ausnahmeregelungen beinhaltete. Überdies wurde zur Sicherung der Behandlungsqualität und zur Vorbeugung eines Pflegenotstandes die Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung; kurz: PPR) eingeführt, welche als transparente Berechnungsgrundlage für den Personalbedarf in der Krankenpflege zum Einsatz kommen sollte.

- Da sich die Kosten trotz dieser Schritte nicht hinreichend eindämmen ließen, kam es im Zeitraum zwischen 1996 und 2002 zu einer weiteren Reformwelle, die nicht nur eine Verschärfung der Deckelungsregelungen mit sich brachte, sondern insgesamt drei pauschale Budgetkürzungen sowie die Aussetzung und anschließende Aufhebung der PPR (vgl. Simon 2008). Diese Maßnahme war von personalpolitischer Bedeutung, weil für die Krankenhäuser ein wichtiges Instrument entfiel, Bedarfe für zusätzliches Pflegepersonal begründen zu können.
- Die in den 1990er Jahren angebahnte Umstrukturierung des Selbstkostendeckungsprinzips durch Budgetierung fand 2003 ihren Schlussstein mit der – zunächst freiwilligen und ab 2004 verpflichtenden – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems. Wurden zuvor die Betriebskosten der Krankenhäuser quasi retrospektiv über eine Tagessatzfinanzierung gedeckt, wonach für jede Patientin und jeden Patienten von den Krankenkassen tageweise Pflegesätze erstattet wurden, so fand mit der Anwendung der so genannten DRGs (diagnosis related groups) eine Kehrtwende in der Finanzierungslogik statt: Über prospektive leistungsbezogene Fallpauschalen erhalten die Kliniken eine diagnosebezogene Pauschalvergütung, über die sie sämtliche anfallenden Behandlungskosten zu begleichen haben – unabhängig vom individuellen medizinischen oder pflegerischen Aufwand. Komplementär zur Standardisierung der Bonifikation entwickelten die Einrichtungen zunehmend standardisierte Diagnose- und Therapieprozesse. Um ein Überschreiten der in den DRGs angelegten Liegezeiten zu verhindern, wurde die Ablauforganisation anhand so genannter klinischer Behandlungspfade neu justiert und prioritär an Effizienz- und Effektivitätskriterien ausgerichtet.²

Mit dem Sprung von vormals lukrativen langen Liegezeiten hin zu Fallpauschalen entstand für die Krankenhäuser ein „kontinuierlicher ökonomischer Anpassungsdruck“

2 Der Einführung der DRGs vorgeschaltet war zunächst die Aufnahme der neuen Regelung in das KHG (vgl. § 17b KHG) als eine Art Projektplan. Eine detailliertere Normierung wurde im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (kurz: FPG) und des neuen Krankenhausentgeltgesetzes (kurz: KHEntgG) beschlossen. Hierin enthalten waren etwa die Gründung eines DRG-Instituts (zur Weiterentwicklung und wissenschaftlichen Begleitung des DRG-Systems), eine dreijährige Konvergenzphase von 2005 bis 2007 mit zwei budgetneutralen Jahren von 2003 bis 2004 sowie die verbindliche Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für das Jahr 2004. Von dieser Regelung ausgenommen sind bisher Krankenhäuser und Abteilungen der Psychiatrie, Psychosomatik und der psychotherapeutischen Medizin (vgl. §17b Abs. 1 KHG). Durch das Fallpauschalenänderungsgesetz (kurz: FPÄndG) und das Zweite Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) wurden vor allem Ausnahmeregelungen für sogenannte „Besondere Einrichtungen“ sowie eine Verlängerung der Konvergenzzeit bis 2009 rechtskräftig. Nähere Informationen dazu, welche Kriterien Kliniken erfüllen müssen, um als Besondere Einrichtungen zu gelten, finden sich in der „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2012“ (VBE 2012). Diese wurde zwischen dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen.

(Buhr/Klinke 2006, S. 8), der nicht nur auf der Ebene der Patientenversorgung durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer Niederschlag fand. Diese neue Qualität der Ökonomisierung setzte sich auch im Strukturgeflecht der Krankenhauslandschaft fort: Da eine Reduktion der Liegezeiten bei gleich bleibenden Fallzahlen zu verlustreichen Überkapazitäten führte, verschärfte sich der Wettbewerb zwischen den Kliniken um die Patientinnen und Patienten. Zugleich mussten zahlreiche Einrichtungen ihre Verluste über Betten- und Personalabbau kompensieren, um auf dem neu geschaffenen Markt ihre Konkurrenzfähigkeit sichern zu können. Anhand Tabelle 2 lässt sich ablesen, inwieweit sich die Belegungsstrategie der Krankenhäuser den strukturellen Veränderungen des Finanzierungssystems angepasst hat.

Tabelle 2: Entwicklung der Betten- und Fallzahlen sowie der durchschnittlichen Verweildauer

Zeitpunkt	Bettenzahl	Fallzahl	durchschn. Verweildauer in Tagen
1993	628.658	15.191.174	12,6
1996	593.743	16.165.019	10,8
2003	541.901	17.295.910	8,9
2010	502.749	18.032.903	7,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012a; eigene Berechnung

Dabei wird ersichtlich, dass die von den Reformern intendierte Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeiten seitens der Einrichtungen effektiv umgesetzt wurde. Blieb eine Patientin/ein Patient 1993 im Schnitt noch etwa 13 Tage in der Klinik, so wurde er/sie 2010 nach knapp 8 Tagen wieder entlassen, was einer Reduktion von ca. 37 % entspricht. Zugleich wurde im selben Zeitraum die Anzahl der Krankenhausbetten von rund 630.000 auf rund 500.000 zurückgefahren (-20 %), während die Fallzahlen von ca. 15 Mio. auf über 18 Mio. deutlich zunahm (+18,7 %). Der produzierte erheblich höhere „Durchlauf“ von Patientinnen und Patienten konnte nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen des Personals bleiben. Die an den Patient/innen zu verrichtenden notwendigen Tätigkeiten verdichteten sich auf einen kürzeren Zeitraum, womit der Sicherung von betrieblichen Abläufen ein weit größerer Stellenwert zukommt. Zudem müssen für deutlich mehr Patientinnen und Patienten Aufnahme- und Entlassungsprozeduren durchgeführt werden.

Ein weiterer wichtiger Effekt, der von diesen Entwicklungen ausgeht, zeigt sich im Trend zur Privatisierung. Unter dem zunehmenden Leistungs- und Kostendruck traten in der Vergangenheit zahlreiche öffentliche Träger aus der wirtschaftlichen Verantwortung für ihre Krankenhäuser heraus, um die ökonomischen Risiken für die kommunalen Haushalte zu minimieren. Dies geschah entweder über einen Wechsel der Rechtsform (häufig von einem Regiebetrieb, also einem kommunalen Unternehmen, in eine GmbH), durch Einrichtungsschließung (Stichwort: „Krankenhaussterben“) oder den Verkauf an einen privaten Träger (vgl. Simon 2001; Marrs 2008). Tabelle 3 zeigt die

Entwicklung der Trägerverteilung und der Gesamtzahl der Krankenhäuser zu den oben identifizierten Reformzeitpunkten sowie den aktuellen Stand von 2010.

Tabelle 3: Trägerverteilungsstruktur und Entwicklung der Gesamteinrichtungszahl

Zeitpunkt	Öffentliche Träger		Freigemeinnützige Träger		Private Träger		Gesamteinrichtungszahl ³
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	
1993	1.023	43,5 %	950	40,4 %	381	16,2 %	2.354
1996	933	41,1 %	929	40,9 %	407	17,9 %	2.269
2003	796	36,2 %	856	39 %	545	24,8 %	2.197
2010	630	30,5 %	755	36,6 %	679	32,9 %	2.064

Quelle: Statistisches Bundesamt 2012a; eigene Berechnung

Der Rückzug öffentlicher Einrichtungsträger bzw. der Privatisierungsboom in der Krankenhauslandschaft spiegelt sich im Wandel des Verhältnisses zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern. Spielten private Einrichtungsträger Anfang der 1990er Jahre noch eine eher untergeordnete Rolle, so hat sich deren prozentualer Anteil in der Trägerlandschaft bis 2010 mehr als verdoppelt. Während die erste Reformwelle von 1993 bis 1996 noch einen relativ geringen Zuwachs an privaten Trägern mit sich brachte, stieg deren Zahl deutlich innerhalb des Zeitraumes an, als die Budgetdeckelung forciert wurde (+6,9 %). Den stärksten Anstieg verzeichnete der private Kliniksektor mit der Einführung der DRGs von 2003 bis 2010. Unterdessen verringerte sich die Zahl der öffentlichen Krankenhausträger seit 1993 stetig, während die freigemeinnützig geführten Einrichtungen relativ stabil blieben. Was die Gesamteinrichtungszahl anbelangt, so zeigt sich für dieselbe Zeitspanne ein Rückgang von einstmalig 2.354 auf 2.064 Kliniken, was einer Schließung von 290 Krankenhäusern bzw. einem prozentualen Rückgang der Einrichtungsdichte von 12,3 % entspricht.

2.2 Beschäftigungsstruktur

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Krankenhaussektor ist im Zusammenhang mit den zuvor geschilderten gesellschaftspolitischen Trendlinien und Ökonomisierungsprozessen zu betrachten.

Tabelle 4 gibt für den Zeitraum zwischen 1993 und 2010 einen Überblick über die Einrichtungszahlen und die Entwicklung der Vollzeitäquivalente für das gesamte Krankenhauspersonal sowie für die Gruppen ärztliches und nichtärztliches Personal.⁴

³ Incl. psychiatrischer und anderer Fachkliniken

⁴ Zum nichtärztlichen Personal zählen neben dem Pflegedienst das klinische Hauspersonal, der Wirtschafts- und Versorgungsdienst, der technische Dienst, der Verwaltungsdienst und sonstige Dienste (darunter u.a. Zivildienst-leistende)

Tabelle 4: Entwicklung der Einrichtungszahl und des Personalstandes in Allgemeinkrankenhäusern (Vollzeitäquivalente)

	1993	1996	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2010
Anzahl Einrichtungen	2.112	2.040	2.014	1.995	1.868	1.846	1.791	1.780	1.758
Gesamtpersonal	821.771	827.225	797.196	785.485	769.432	747.149	743.797	756.967	764.595
ärztliches Personal	91.951	100.039	103.764	105.747	108.840	116.336	120.674	125.607	129.136
nichtärztliches Personal	729.820	727.186	693.432	679.738	660.592	630.813	623.123	631.360	635.459
davon Pflegedienst	306.127	322.417	311.085	307.309	293.020	278.118	274.481	278.763	280.841

Quelle: Statistisches Bundesamt 1995-2012; eigene Berechnung

Im Zeitraum zwischen 1993 und 2010 ist die Zahl der Vollzeitäquivalente in den Pflegediensten der Allgemeinkrankenhäuser bis 1996 zunächst gestiegen, dann aber kontinuierlich gesunken – dies entspricht für diesen Zeitraum einer Abnahme von rund 8,3 %. Ein besonders starker Rückgang von rund 15 % zeigt sich in den Jahren 1996 bis 2007.⁵ Im selben Zeitraum ging die Zahl der Kliniken um knapp 17 % von 2.112 auf 1.758 zurück. Der Personalabbau im Pflegedienst lässt sich allerdings nicht vollständig durch die Schließung von Kliniken erklären, denn gegenläufig zum Rückgang der Pflegekräfte verläuft das Wachstum beim ärztlichen Personal: Standen den Allgemeinkrankenhäusern 1993 noch 91.951 Vollzeitstellen zu Verfügung, so waren es 2010 bereits 129.136, was einem Zuwachs von fast 29 % gleichkommt. Dieser immense Anstieg deutet auf einen Prioritätenwechsel hin, der in einem Rückbau pflegerischer Leistungen und einer Verstärkung der medizinischen Behandlung Ausdruck findet. Dies ist v.a. im Zusammenhang mit der organisationalen Strategie der Vermeidung von Überkapazitäten zu begreifen (s. Abschnitt „Sozialrechtlicher und gesellschaftspolitischer Hintergrund“): Während eine Steigerung der Fallzahlen mit einer Erweiterung medizinischer Leistungen einhergeht (z.B. mehr Operationen), geht die Verkürzung der Verweildauern vor allem auf Kosten der Pflege, die nunmehr in die ambulante Versorgung verlagert wird. Dieser Kurswechsel lässt sich zusätzlich belegen, wenn man die anteilmäßige Verteilung des ärztlichen Personals am Gesamtpersonal von 1993 und 2010 gegenüberstellt: Waren im Jahr 1993 knapp 11 % der Beschäftigten Ärzte und Ärztinnen, so betrug deren Anteil am Gesamtpersonal im Jahr 2010 fast 17 %.

Tabelle 5 zeigt zum einen die Anzahl an Frauen und Männern, die in der Krankenhauspflege tätig sind, zum anderen die prozentuale Verteilung der Teilzeitkräfte und geringfügig Beschäftigten. Was die Geschlechteranteile anbelangt, so erweist sich die Krankenpflege mit knapp 87 % als eine Domäne weiblicher Erwerbsarbeit (gleiches gilt auch für den Bereich der Altenpflege) – dieser Wert ist überaus stabil und hat sich zwischen 1993 und 2010 nahezu gar nicht verändert. Starke Veränderungen in der Beschäftigungsstruktur zeigen sich allerdings im Verhältnis von Vollzeit- und Teilzeitkräften.

⁵ Zu Werten in ähnlicher Größenordnung kommen Isfort und Weidner (2007).

Tabelle 5: Beschäftigte Personen im Pflegedienst in Allgemeinkrankenhäusern nach Geschlecht und Teilzeitbeschäftigung

	1993	1996	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2010
Beschäftigte Personen gesamt	374.651	395.733	387.074	386.789	375.170	362.804	362.784	369.675	373.331
weibliche Beschäftigte	332.240	348.266	339.441	338.879	329.003	318.069	317.553	323.439	326.019
% weibliche Beschäftigte von gesamt	88,7	88,0w	87,7	87,6	87,7	87,7	87,5	87,5	87,3
Beschäftigte in Teilzeit	113.438	132.022	137.286	147.436	156.346	164.725	170.981	176.264	179.248
% Beschäftigte in Teilzeit von gesamt	30,3	33,4	35,5	38,1	41,7	45,4	47,1	47,7	48,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 1995-2012; eigene Berechnung

Der nur geringe Rückgang des Gesamtpersonals in den letzten Jahren erklärt sich aus der Tatsache, dass der Teilzeitbereich starkes Wachstum verzeichnete, während es bei den Vollzeitkräften zu deutlichen Stellenkürzungen kam. Die Gruppe der 113.438 im Jahre 1999 in Teilzeit tätigen Pflegekräfte wuchs bis 2010 auf 179.248 an, was ein Plus von über 58 % bedeutet. Eingedenk der Tatsache, dass die Zahl der Vollzeitäquivalente seit fast 20 Jahren stetig abnimmt, kann von einem Teilzeitboom gesprochen werden. Machten 1993 die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Teilzeit anteilmäßig noch 30,3 % am Gesamtpersonal aus, so waren es 2010 bereits 48 %.

Über die Qualifikationsstruktur des Pflegedienstes in Allgemeinkrankenhäusern gibt Tabelle 6 Aufschluss. Im Jahr 2010 bestand das Pflegepersonal im Krankenhaus zu über 80 % aus Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern. Die nächstgrößte Gruppe bildeten die Kinderkrankenschwestern und -pfleger mit knapp 10 %. Mit jeweils ca. 4 und 5 % machten die Krankenpflegehilfskräfte und die sonstigen Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung) einen relativ geringen Anteil am Gesamtpersonal aus.

Tabelle 6: Qualifikationsstruktur des Pflegedienstes in Allgemeinkrankenhäusern (beschäftigte Personen)

	1993	1996	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2010	Veränderung in % von 1999- 2010
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger	278.872	299.843	302.935	306.190	299.371	291.608	292.493	297.930	301.303	+8,0
Krankenpflegehelferinnen und -helfer	27.265	25.435	21.116	19.640	17.932	16.017	15.294	15.437	15.457	-43,3
Kinderkrankenschwestern/ -pfleger	39.483	41.457	40.176	40.143	39.528	38.120	37.507	37.246	37.146	-5,9
Sonst. Pflegepersonen (ohne staatl. Prüfung)	29.031	28.998	22.847	20.816	18.339	17.059	17.490	19.062	19.425	-33,1

Quelle: Statistisches Bundesamt 1995-2012; eigene Berechnung

Da sich diese Statistik nicht auf Vollkräfte bezieht, geben die prozentualen Änderungsraten keine zuverlässige Auskunft über die „qualifikatorische Dichte“ auf den Stationen. Dass die Anzahl an (Gesundheits- und) Krankenpflegerinnen und -pfleger im Zeitraum von 1993 bis 2010 einen Anstieg von 8 % verzeichnet, kann als Hinweis auf die Sicherung formal qualifikatorischer Standards und somit auf ein relativ robustes Qualifikationsniveau in der Krankenhauspflege interpretiert werden. Zudem entspricht der hohe Fachkräfteanteil dem akutpflegerischen Schwerpunkt als Folge der verkürzten Verweildauern. Die stärkste Schwankung von -43,3 % haben die Pflegehilfskräfte erfahren, gefolgt von der Gruppe sonstiger Pflegepersonen (ohne staatliche Prüfung) mit -33,1 % und den Kinderkrankenschwestern und -pflegern mit -5,9 %.

3. Empirische Befunde

Nach einer Erläuterung des methodischen Vorgehens werden in den nächsten Abschnitten die Ergebnisse der standardisierten Beschäftigtenbefragung präsentiert. Zudem wird ein Branchenvergleich gezogen: Dabei wird die Pflegebranche (Krankenhauspflege, ambulante und stationäre Altenpflege) der Kinder- und Jugendhilfebranche (Kindertagesbetreuung, Allgemeiner Sozialdienst der Jugendämter) gegenübergestellt.

3.1 Methodisches Vorgehen

Die Datenerhebung war als standardisierte Beschäftigtenbefragung konzipiert. Zu diesem Zweck wurde ein ca. 50 Items umfassender Fragebogen konstruiert, dessen Itempool sich zum einen aus Fragen zusammensetzt, die bereits in der Vorgängeruntersuchung angewandt wurden – dies ermöglicht einen branchenübergreifenden Vergleich. Zum anderen wurden mit der quantitativen Erhebung aber auch Branchenspezifika erfasst, um der besonderen Situation der Krankenhauspflege Rechnung zu tragen.

Insgesamt lässt sich das Erhebungsinstrument in vier größere Themenblöcke gliedern (an dieser Struktur orientiert sich auch die Darstellung der Ergebnisse): Ökonomisierung, Arbeitsanforderungen, Aktivierungspraxis und Aktivierungsanforderungen sowie Arbeitssituation.

Innerhalb der Blöcke wurden folgende inhaltliche Schwerpunkte gesetzt:

1. Im ersten Fragebogenabschnitt beurteilen die Befragten die wirtschaftliche Situation der Einrichtungen und geben Einschätzungen bzgl. finanzieller, personeller und zeitlicher Ressourcen sowie zur Entwicklung ihres Arbeitspensums („Verdichtung von Arbeit“) ab. Grundlegend für die Itemauswahl war die Operationalisierung des Ökonomisierungsbegriffs aus der Vorgängerstudie und komplementär der analytische Abgleich derselben mit dem aktuellen Forschungsstand zum Themengebiet „Ökonomisierung im Krankenhaus“.
2. Gegenstand des zweiten Frageblocks sind Anforderungen und Ansprüche, die extern an die Dienstleistungsarbeit der Befragten gestellt werden. Die Items beziehen sich auf die Erwartungen der Dienstleistungsadressatinnen und -adressaten im Arbeitsalltag der Beschäftigten, die Beurteilung der Sinnhaftigkeit von Dokumentationspflichten und Einschätzungen zu allgemeinen fachlichen Anforderungen.
3. Im dritten Teil des Fragebogens finden sich pflegetypische Operationalisierungen von Aktivierung. Hierin enthalten sind u.a. Aspekte wie zeitliche Anforderungen und fachliche Bedeutung von Aktivierung. Außerdem fallen in diesen Block krankenhausspezifische Items, die u.a. auf „neue“ Herausforderungen für die Fachkräfte

abheben (Anstieg der Zahl älterer Patient/innen, Übernahme fachfremder Tätigkeiten).

4. Die subjektive Wahrnehmung der Beschäftigten zu ihren Arbeitsbedingungen erfragt der letzte Themenblock. Zur Beantwortung stehen Fragen zur Zufriedenheit mit dem Gehalt, zu gesundheitlichen Belastungsmomenten, zur Einschätzung der Arbeitsplatzsicherheit, zur Planbarkeit der Freizeit und zu ihrer Vereinbarkeit mit den zeitlichen Anforderungen des Berufes sowie Fragen zu beruflichen Veränderungsabsichten.

Zur Beantwortung der Fragen aus diesen vier Blöcken wurde eine Vierer-Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ sowie einem Feld „weiß nicht/keine Angabe“ vorgegeben.

Die Durchführung der Datenerhebung erfolgte als Onlinebefragung mittels einer eigens dafür bereitgestellten Internetplattform, über welche die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den Fragebogen zugreifen und diesen bearbeiten konnten.

Die Teilnehmerakquise verlief über Multiplikatoren u.a. durch Postings bei Berufs- und Dachverbänden der Pflege, anhand von Verteilerlisten, über Newsletter und mit Unterstützung von Fachzeitschriften.

Die Daten wurden zunächst bereinigt und anschließend computergestützt (SPSS) ausgewertet.

3.2 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe der Befragung setzt sich aus insgesamt 617 gültigen Teilnahmen zusammen.

Im Durchschnitt waren die Befragten knapp 42 Jahre alt, übten ihren Beruf seit etwa 20 Jahren aus und arbeiteten in dem zum Zeitpunkt der Befragung aktuellen Krankenhaus seit mehr als 14 Jahren (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Alter, Beschäftigungsdauer

		Alter (in Jahren)	Beschäftigungsdauer im Beruf (in Jahren)	Beschäftigungsdauer in der Einrichtung (in Jahren)
N	Gültig	612	617	617
	Fehlend	5	0	0
Mittelwert		41,6	19,3	14,3
Median		43,0	20,0	13,7
Modus		46,0	25,0	2,0
Standardabweichung		10,4	10,6	9,7
Minimum		20,0	0,0	0,0
Maximum		64,0	42,0	41,0

Quelle: Eigene Berechnung

Die Geschlechterverteilung des Samples liegt bei ca. 2/3 Frauen zu 1/3 Männern (vgl. Tabelle 8). Im Vergleich zur Gesamtpopulation (87,3 % Frauen; s. Abschnitt „Beschäftigungsstruktur“) erreicht die Stichprobe somit einen deutlich höheren Männeranteil. Dieser Umstand lässt sich durch die relativ hohe Zahl an Führungskräften erklären, die an der Erhebung teilgenommen haben, unter welchen die Männer überrepräsentiert sind.

Tabelle 8: Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	weiblich	410	66,5
	männlich	196	31,8
	Gesamt	606	98,2
Fehlend		11	1,8
Gesamt		617	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

Die Qualifikationsstruktur des Samples wird in Tabelle 9 abgebildet. Mit fast 86 % bilden die examinierten Krankenschwestern und -pfleger⁶ die mit Abstand größte Gruppe. Kinderkrankenschwestern und -pfleger machen mit ca. 7 % den zweitgrößten Anteil an der Stichprobe aus. Fachkräfte, die ein Pflegestudium absolviert haben, sind mit lediglich 2,5 % nur gering vertreten. Insgesamt wurden ca. 5 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter „Sonstiges“ subsumiert. Die Residualkategorie fasst u.a. Auszubildende, Personen mit einjähriger Pflegeausbildung und Fachberufe wie Hebammen, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, medizinische Fachangestellte (Arzthelferinnen und Arzthelfer) und Kinderpflegerinnen zusammen.

⁶ Die Kategorie „examinierte Krankenschwestern und -pfleger“ fasst auch die variantenreichen Fachkrankenschwestern und -pfleger und die dazugehörigen Spezialisierungen.

Tabelle 9: Berufsausbildung/Studium

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Krankenschwester/-pfleger	524	84,9
	Kinderkrankenschwester/-pfleger	42	6,8
	Pflegestudium	15	2,4
	Sonstiges	30	4,9
	Gesamt	611	99,0
Fehlend		6	1,0
Gesamt		617	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

In welcher Funktion die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Krankenhaus eingesetzt werden, zeigt Tabelle 10. Der überwiegende Teil der Stichprobe (ca. 60 %) ist in der Pflege eingesetzt. Ebenfalls pflegerisch tätig, aber zudem mit Führungsaufgaben und der Planung der Arbeitsorganisation betraut, sind die Stationsleitungen⁷, zu welchen fast 1/4 der Befragten zählen. Die hierarchisch übergeordnete Gruppe der Bereichs- und Abteilungsleitung macht knapp 1/10 des Samples aus. Zur Kategorie „Sonstiges“ zählen u.a. Auszubildende, Pflegehelfer/innen und Pflegeassistent/innen. Diese Gruppe fällt mit 6,5 % anteilmäßig am geringsten ins Gewicht.

Tabelle 10: Funktion

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	examinierte Fachkraft	368	59,4
	Stationsleitung	146	23,5
	Bereichs-/Abteilungsleitung	63	10,2
	Sonstiges	40	6,5
	Gesamt	617	99,5
Fehlend	System	3	0,5
Gesamt		620	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Verteilung des Beschäftigungsumfanges der Befragten. Das Sample weist mit über 441 Vollzeitbeschäftigten eine Vollzeitquote von 71,5 % auf und liegt damit weit über der Quote der Gesamtpopulation rund 50 % (s. Abschnitt „Beschäftigungsstruktur“).

⁷ Zur Kategorie „Stationsleitung“ wurden auch stellvertretende Stationsleitungen hinzugezählt.

Tabelle 11: Beschäftigungsumfang

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Vollzeit	441	71,5
	Teilzeit	176	28,5
	Gesamt	617	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

Betrachtet man die Gruppe der in Teilzeit tätigen Befragten, so zeigt sich für die Stichprobe ein durchschnittliches Teilzeitstellenvolumen von knapp 66 % (ohne Tabelle). Das Verhältnis unbefristeter zu befristeter Arbeitsverhältnisse liegt in der Stichprobe bei 92,5 % zu 7,5 % (ohne Tabelle).

In der Befragung wurden die Pflegekräfte dazu aufgefordert, alle Überstunden anzugeben, die sie seit Jahresbeginn (zum Zeitpunkt der Erhebung seit ca. fünf Monaten) angehäuft hatten. Die Gesamtanzahl kumulierter Überstunden betrug im Schnitt ca. 62 Stunden ($m=50$)⁸, wobei die größte Häufung bei 300 Stunden, die niedrigste bei minus 15 Stunden lag (ohne Tabelle).

Tabelle 12: Schichtdienst

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Kein Schichtdienst	136	22,0
	Schichtdienst (mit Nachtdienst)	339	54,9
	Schichtdienst (ohne Nachtdienst)	136	22,0
	Dauernachtschicht	4	,6
	Gesamt	615	99,7
Fehlend		2	0,3
Gesamt		617	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

Tabelle 12 zeigt, wie sich die unterschiedlichen Formen von Schichtarbeit über das Sample verteilen. Fast niemand unter den Beschäftigten arbeitet ausschließlich nachts (<1 %), wobei sich über 55 % der Befragten im Schichtdienst befinden, zu dem sowohl Früh- und Spät-, als auch Nachtdienst zählen. Jeweils ca. 22 % arbeiten entweder gar nicht im Schichtdienst oder aber in einer Schichtvariante ohne Nachtdienst.

⁸ Die Angaben der Beschäftigten zum kumulierten Überstundenvolumen weisen einige erhebliche Ausreißer auf. Aus diesem Grunde sollte ergänzend zum Mittelwert auch der Median betrachtet werden, da dieser über eine relative Robustheit gegenüber Extremwerten verfügt.

Tabelle 13: Krankenhausgröße

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	Weniger als 149 Betten	55	8,9
	150 bis 299 Betten	129	20,9
	300 bis 499 Betten	197	31,9
	500 und mehr Betten	234	37,9
	Gesamt	615	99,7
Fehlend		2	,3
Gesamt		617	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

Zur Quantifizierung der Krankenhausgröße waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgefordert, die Gesamtbettenzahlen ihrer Einrichtungen anzugeben (s. Tabelle 13). Knapp 9 % der Befragten arbeiteten zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem kleinen Krankenhaus mit weniger als 150 Betten. Etwa die Hälfte der Befragten arbeitet in mittelgroßen Häusern zwischen 150 und 500 Betten. In großen Krankenhäusern über 500 Betten sind weit über 1/3 der Befragten beschäftigt. Im Hinblick auf die Trägerschaft sind im Sample die Pflegekräfte aus öffentlichen und freigemeinnützigen Kliniken mit einem Anteil von rund 85 Prozent gegenüber denjenigen aus privaten Kliniken überrepräsentiert (ohne Tabelle). Dies spricht dafür, dass der Organisationsgrad in Berufsverbänden, die bei der Befragung als Multiplikatoren tätig waren, bei öffentlichen Kliniken höher liegt.

3.3 Ökonomisierung und Aktivierung in der Krankenpflege

Die folgenden Antworten der befragten Krankenpflegekräfte zu den Aspekten der Ökonomisierung und Aktivierung in der Krankenpflege werden in dichotomisierter Darstellung wiedergegeben.⁹ Punktuell werden Korrelationen dargestellt und Zusammenhänge zwischen den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, den Arbeitsanforderungen und der Arbeitssituation, sowie der Aktivierung argumentativ verdichtet (vgl. Nock et al 2013).¹⁰

Ökonomisierung

Die in Tabelle 14 aufgeführten Items deuten überwiegend eine starke Rolle der Ökonomisierung an. Lediglich 12,5 % der Befragten halten die Personalausstattung im Krankenhaus für ausreichend. Dabei berichten 92 % von einem permanenten Zeitdruck, den sie bei der Arbeit verspüren, fast 80 % müssen stets darauf achten, Kosten sparend zu

9 Die Dichotomisierung erfolgte über eine Zusammenfassung der Antworten „trifft völlig zu“ sowie „trifft eher zu“ zur Gruppe „trifft zu“ bzw. „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“ zur Gruppe „trifft nicht zu“.

10 Die statistischen Zusammenhänge wurden mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ermittelt.

arbeiten und über 95 % geben an, in immer kürzerer Zeit immer mehr Arbeit erledigen zu müssen. Diese Befunde decken sich weitgehend mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (vgl. u.a. Müller et al. 2007; Braun et al 2008).

Auffällig ist die verhältnismäßig positive Beurteilung der wirtschaftlichen Situation der Kliniken: Über 56 % der Teilnehmer/innen stimmen der Aussage zu, ihr Krankenhaus verfüge über eine gute finanzielle Ausstattung. Möglicherweise kommt dieses Ergebnis dadurch zustande, dass sich die Wahrnehmung der Beschäftigten von der wirtschaftlichen Gesamtsituation ihrer Einrichtung aus verschiedenen subjektiven Eindrücken speist. Denkbar wäre bspw., dass der Einkauf neuer Gerätschaften oder der Stellenausbau beim medizinischen Personal als Indiz für eine solide Budgetsituation gewertet werden, während die Personalknappheit in der Pflege eher als Folge einer organisationalen Prioritätensetzung gesehen wird.

Tabelle 14: Ökonomisierung

Item	„trifft zu“	„trifft nicht zu“	n	fehlend
1. Ihr Krankenhaus ist finanziell gut ausgestattet.	56,3 %	43,7 %	568	49
2. In Ihrem Krankenhaus gibt es ausreichend Personal.	12,5 %	87,5 %	609	8
3. Bei der Arbeit haben Sie einen ständigen Zeitdruck im Kopf.	92,0 %	8,0 %	615	2
4. Sie müssen stets darauf achten, Kosten sparend zu arbeiten.	79,3 %	20,7 %	613	4
5. Sie müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr Arbeit erledigen.	95,1 %	4,9 %	615	2

Quelle: Eigene Berechnung

Bei näherer Betrachtung von statistischen Zusammenhängen in diesem Themenblock zeigen sich interessante Unterschiede, wenn man die Leitungsebene und die operativ tätigen Pflegefachkräfte differenziert betrachtet. Die Korrelation zwischen der Einschätzung der finanziellen und der personellen Situation ist bei den Führungskräften¹¹ ungleich stärker ausgeprägt ($r=0,393$; $p<0,001$) als bei den examinieren Fachkräften ($r=0,295$; $p<0,001$). Die unmittelbare Verbindung zwischen den Geldmitteln einer Klinik und ihrer personellen Ausstattung wird in den höheren Hierarchieebenen also viel deutlicher gesehen. Dies stützt die Vermutung, dass die Pflegefachkräfte eine weniger objektive Einschätzung der finanziellen Situation abgeben, da sie – qua Funktion – einen weniger tiefen Einblick in die betriebswirtschaftlichen Strukturen ihrer Einrichtung haben dürften als ihre Vorgesetzten, deren Arbeitsalltag ein stärkeres kaufmännisches Strukturwissen erfordert. Zudem deutet die relativ hohe Zahl an Antwortausfällen ($n=49$) auf Beurteilungsschwierigkeiten bei diesem Item hin.

¹¹ Als Führungskräfte werden hier Stations-, Bereichs- und Abteilungsleitungen zusammengefasst.

Auch bei den anderen Items zeigen sich für die Gruppe der Fachkräfte statistische Zusammenhänge weniger im Hinblick auf die finanzielle Situation des Krankenhauses, sondern vielmehr zur Personalausstattung. So wird der permanente Zeitdruck als umso stärker empfunden, je schlechter die Personalsituation eingeschätzt wird ($r=-0,325$; $p<0,001$). Gleiches gilt für Item 5: Die Arbeit verdichtet sich zunehmend bei nicht ausreichenden Personalbeständen ($r=-0,377$; $p<0,001$). Darüber hinaus besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen wahrgenommenem Zeitdruck und Arbeitsverdichtung ($r=0,557$; $p<0,001$).

Diese Befunde können als Hinweise dafür gelten, dass eine Personalpolitik knapper Pflegebelegschaften einen strukturellen Zeitmangel induziert und eine zusätzliche Verdichtung der Arbeit veranlasst.

Um in den folgenden Abschnitten statistische Bezüge zwischen Ökonomisierung, den Arbeitsanforderungen, der Aktivierung und der Arbeitssituation herstellen zu können, erfolgte eine Reliabilitätsanalyse der Ökonomisierungssitems mit dem Ziel der Skalenebildung (für Angaben zu den verarbeiteten Fällen, Item-Skala-Statistiken sowie Reliabilitätsstatistiken s. Anhang).¹² Trotz der oben beschriebenen kritischen Punkte beim Item zur Einschätzung der finanziellen Situation ergibt sich für die Skalierung der ersten fünf Items eine akzeptable interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,610$)¹³, so dass eine „Ökonomisierungsskala“ gebildet und diese im weiteren Verlauf zu den Antworten über die Arbeitsanforderungen und die Arbeitssituation ins Verhältnis gesetzt werden kann.

Arbeitsanforderungen

Im Folgenden werden die Einschätzungen der Befragten hinsichtlich der Arbeitsanforderungen dargestellt (s. Tabelle 15), welche als fachliche und extern gesetzte Arbeitsanforderungen (z.B. Kundenorientierung, Patientenerwartungen, Dokumentationspflichten), in Form eines nachfrage- bzw. bedarfsbedingten neuen Arbeitsanfalles (steigende Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Demenz) sowie im Kooperationsgeflecht mit dem ärztlichen Personal bei der Arbeitsteilung abgefragt wurde.

Tabelle 15: Arbeitsanforderungen

Item	„trifft zu“	„trifft nicht zu“	n	fehlend
6. Sie betrachten die Patienten als Kunden.	34,9 %	65,1 %	611	6
7. Die Patienten haben Verständnis dafür, wenn Sie unter Zeitdruck stehen.	39,5 %	60,5 %	610	7
8. Die Patienten stellen immer höhere Ansprüche an Ihre Arbeit.	88,5 %	11,5 %	609	8
9. Die Dokumentation ist eine sinnvolle fachliche Unterstützung.	66,7 %	33,3 %	613	4

12 Die Sichtung des Histogramms weist augenscheinlich auf Normalverteilung hin. Überdies wurde ein Kolmogorow-Smirnow-Test durchgeführt.

13 Um eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Vorgängerstudie herzustellen, wird darauf verzichtet, die interne Konsistenz durch eine Streichung des ersten Items auf $\alpha=0,647$ zu erhöhen.

10. Die fachlichen Anforderungen in der Pflege werden immer schwieriger.	88,7 %	11,3 %	613	4
11. Sie haben in Ihrem Arbeitsalltag immer öfter mit pflegebedürftigen Patienten zu tun.	94,2 %	5,8 %	606	11
12. Es gelingt Ihnen stets, auf die Bedürfnisse Ihrer pflegebedürftigen Patienten einzugehen.	18,7 %	81,3 %	609	8
13. Sie haben in Ihrem Arbeitsalltag immer öfter mit demenzkranken Patienten zu tun.	81,9 %	18,1 %	592	25
14. Für die Pflege demenzkranker Patienten fühlen Sie sich ausreichend qualifiziert.	30,7 %	69,3 %	586	31
15. Auf Ihrer Station funktioniert die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und der Pflege gut.	52,7 %	47,3 %	611	6
16. Sie müssen häufig Tätigkeiten übernehmen, die eigentlich Aufgabe der Ärzte sind.	77,0 %	23,0 %	612	5
17. Die Ärzte auf Ihrer Station stehen permanent unter Zeitdruck.	82,3 %	17,7 %	606	11
18. Die Aufenthaltsdauer der Patienten auf Ihrer Station wird immer kürzer.	78,5 %	21,5 %	600	17
19. In Ihrem Krankenhaus werden Hilfskräfte auch in der Grundpflege eingesetzt.	54,5 %	45,5 %	585	32
20. In Ihrem Krankenhaus konzentrieren sich die Fachkräfte zunehmend auf Management und Anleitung, als auf Pflege.	51,4 %	48,6 %	589	28

Quelle: Eigene Berechnung

Für fast zwei Drittel der Befragten spielt der Kundenbegriff im Patientenverständnis keine Rolle. Daraus ist nicht automatisch auf einen Mangel an Dienstleistungsorientierung zu schließen. Vielmehr ist die Adressatenbezeichnung „Patient“ im Kontext der Gesundheitsversorgung und aufgrund des leidensbedingten Entstehungshintergrundes der Behandlung ein etablierter Begriff.

Die Arbeitsanforderungen in Form von Patientenerwartungen beurteilen die Pflegekräfte wie folgt: 60,5 % sehen seitens der Patientinnen und Patienten kein Verständnis dafür, wenn sie unter Zeitdruck stehen und 88,5 % geben an, dass die Patientinnen und Patienten immer höhere Ansprüche an die Pflegearbeit stellen. Die Auffassung, dass die allgemeinen fachlichen Anforderungen in der Pflege immer schwieriger werden, teilen 88,7 % der Befragten.

Angesichts der oben identifizierten Tendenzen hin zu Zeitdruck und Arbeitsverdichtung kann der recht hohe Wert von zwei Dritteln der Befragten überraschen, die Dokumentationspflichten für eine sinnvolle fachliche Unterstützung halten. In der Literatur werden diese administrativen Tätigkeiten mitunter als eine von der Arbeitsrealität entkoppelte, zumindest aber Ressourcen bindende Zusatzbeschäftigung beschrieben (vgl. Blum 2003; Braun et al. 2004). Das negative Image der Dokumentation findet weder in der vorliegenden, noch in anderen Untersuchungen eine klare Bestätigung (vgl. dazu Braun et al. 2008). Auch die Vermutung, der administrative Aufwand wirke sich negativ auf die patientennahen Arbeitsprozesse aus, spiegelt sich nicht in den vorliegenden Daten: Zwischen dem Item zur Dokumentation und der Frage, inwieweit es den Pflegekräften gelingt, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzu-

gehen (Item 12), besteht lediglich ein geringer statistischer Zusammenhang ($r=0,171$; $p=0,001$). Dass die fachlichen Anforderungen in der Pflege immer schwieriger werden, empfinden 88,7 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als zutreffend.

Die überwiegende Mehrheit der Befragten gibt an, im Arbeitsalltag immer häufiger mit pflegebedürftigen (94,2 %) und demenzkranken (81,9 %) Patientinnen und Patienten zu tun zu haben. Die Angaben weisen auf eine zunehmende Geriatriisierung der Krankenhäuser, also die Alterung der Patienten hin. Wenn man in die Betrachtung einbezieht, dass lediglich rund 19 % der Befragten angegeben haben, stets dem Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, kann der Schluss gezogen werden, dass die Kliniken sich auf diese Entwicklung noch nicht ausreichend eingestellt haben. Dies trifft in besonderem Maße auf die zunehmende Zahl demenzkranker Patientinnen und Patienten zu, für deren Versorgung sich nur weniger als ein Drittel der Pflegekräfte ausreichend qualifiziert fühlt. Angesichts des absehbaren demografiebedingten weiteren Anstiegs dieser Patientengruppen weisen die Ergebnisse auf einen großen Handlungsbedarf hin¹⁴ (vgl. Kirchen-Peters 2013).

Die Kooperation zwischen dem medizinischen und dem pflegerischen Personal wird von über der Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als positiv eingeschätzt. Über 82 % müssen in der eigenen Wahrnehmung häufig Tätigkeiten übernehmen, die eigentlich zum Aufgabenbereich der Ärzte zählen. Dieser Umstand steht in einem leichten statistischen Zusammenhang mit der Einschätzung, dass die Stationsärzte permanent unter Zeitdruck stehen ($r=0,207$; $p<0,001$), welche 82,3 % der Befragten teilen. Dass die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten auf Station immer kürzer wird, ist ein für mehr als drei Viertel der Befragten wahrnehmbarer Sachverhalt. Hier treffen sich die subjektiven Eindrücke der Befragten mit den vorne zitierten Makrodaten zur Krankenhausentwicklung.

In Bezug auf Zusammenhänge zwischen den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und den Arbeitsanforderungen zeigt sich folgendes Bild:

Die deutlichste Korrelation besteht zwischen der Ökonomisierung und dem Item „Es gelingt Ihnen stets, auf die Bedürfnisse Ihrer pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten einzugehen“ ($r=-0,318$; $p<0,001$). Interpretieren lässt sich dieser Zusammenhang dahingehend, dass nach Auffassung der Befragten eine bedürfnisorientierte Patientenversorgung gerade älterer Patientinnen und Patienten nur innerhalb adäquater wirtschaftlicher Rahmenbedingungen gelingen kann – hierin zeigt sich, inwieweit die wirtschaftliche Engführung einer Einrichtung mit der Versorgungsqualität in Verbindung steht bzw. der Primat der Rentabilität dem der optimalen Versorgung zuwiderläuft.

14 Auf Initiative des Deutschen Pflegerats gibt es seit 2012 ein Instrument zur Kodierung der hochaufwendigen Pflege, die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS). Das neue Instrument zielt auf eine sachgerechte Abbildung besonders aufwendiger Pflege im DRG-System. Die Befürworter erhoffen sich, damit den Zusatzaufwand in der Versorgung pflegebedürftiger oder demenzkranker Patientinnen und Patienten erfassen zu können und eine höhere Vergütung zu erhalten. Kritiker äußern hingegen die Vermutung, der ohnehin als hoch eingeschätzte bürokratische Aufwand in den Kliniken werde durch die PKMS weiter steigen (vgl. Kirchen-Peters 2011).

Weitere, wenn auch weniger stark ausgeprägte Zusammenhänge zeigen sich zwischen der Ökonomisierung und der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften ($r=-0,213$; $p<0,001$) sowie zwischen der Ökonomisierung und der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch das pflegerische Personal ($r=0,222$; $p<0,001$). Hierin zeichnet sich die Tendenz ab, dass in Krankenhäusern unter wirtschaftlicher Engführung die Kooperation zwischen ärztlichen und pflegerischen Kräften leidet und letztere häufiger fachfremde Arbeiten verrichten müssen. Besonders der zweite Punkt ist aus verschiedenen Gründen kritisch zu betrachten. Von der steigenden Übernahme ärztlicher Tätigkeiten kann ein Verdrängungseffekt auf die klassisch pflegerischen Arbeiten ausgehen (vgl. Bartholomeyczik 2007), welche dann wiederum vernachlässigt oder verstärkt von Hilfskräften verrichtet werden (Galatsch et al. 2007). 54,5 % der Befragten geben bereits heute an, dass in ihrem Krankenhaus auch Hilfskräfte in der Grundpflege eingesetzt werden.

Aber nicht nur durch die steigende Übernahme ärztlicher Aufgaben, sondern auch durch das verstärkte Wahrnehmen administrativer und anderer patientenferner Tätigkeiten können die pflegerischen Kernprozesse in den Hintergrund geraten (Blum 2003). 51,4 % der Befragten sehen die Pflegefachkräfte sich zunehmend auf Management und Anleitung konzentrieren, denn auf die eigentlichen Pfl egetätigkeiten „am Patienten“. Die statistischen Zusammenhänge zwischen diesem Item und dem Hilfskräfteeinsatz in der Grundpflege verweisen auf die Tendenz, dass je mehr sich die Professionellen vom Patienten abwenden, um sich administrativen und Leitungsaufgaben zu widmen, desto häufiger werden patientennahe Tätigkeiten von (angelernten) Hilfskräften übernommen ($r=0,429$; $p<0,001$). Da auch diese Items mit der Ökonomisierungsskala korrelieren (Item 19: $r=0,232$; $p<0,001$; Item 20: $r=0,253$; $p<0,001$), könnte folgende Tendenz vermutet werden: Die verstärkte Übernahme ärztlicher und „managerialer“ Aufgaben (Administration, Anleitung) durch Fachkräfte geht mit einem Rückzug derselben aus dem „Kerngeschäft“ der Pflege einher, welches wiederum von „billigeren“ – weil weniger qualifizierten – Hilfskräften übernommen wird. Dennoch stellen die examinierten Fachkräfte im Krankenhaus (im Unterschied zur Altenpflege) bisher die ganz überwiegende Zahl der Pflegekräfte.

Aktivierungspraxis und Aktivierungsanforderungen

Aktivierung in der Krankenhauspflege ist – im Gegensatz zum Bereich der Altenpflege – als konzeptioneller Ansatz und Arbeitsziel nicht gesetzlich normiert. Die nachfolgenden Ergebnisse sprechen dennoch dafür, dass die Aktivierung auch im klinischen Kontext eine wichtige Rolle spielt.

Tabelle 16 ist zu entnehmen, dass knapp die Hälfte der Befragten Aktivierung in der Pflege bei jedem Schritt des Arbeitsprozesses berücksichtigt und 42,9 % dabei konkrete Anweisungen oder Konzepte haben, wie die Patientinnen und Patienten zu aktivieren sind. Für fast zwei Drittel spielt Aktivierung eine größere Rolle als andere Fachkon-

zepte und fast ebenso viele der Befragten fühlen sich ausreichend qualifiziert, um die Patientinnen und Patienten zu aktivieren. Zwar wird lediglich bei einem Drittel der Befragten Aktivierung häufig in Besprechungen thematisiert, doch berichten deutlich mehr als die Hälfte davon, dass Aktivierung seitens der Leitungsebene eingefordert wird.

Tabelle 16: Aktivierungspraxis und Aktivierungsanforderungen

Item	„trifft zu“	„trifft nicht zu“	n	fehlend
21. Sie berücksichtigen Aktivierung in der Pflege bei jedem Schritt des Arbeitsprozesses.	49,3 %	50,7 %	582	35
22. Sie haben konkrete Anweisungen oder Konzepte, wie Sie die Patienten aktivieren sollen.	42,9 %	57,1 %	580	37
23. Für Aktivierung müsste mehr Zeit vorhanden sein.	98,1 %	1,9 %	583	34
24. Durch Aktivierung können Sie in Ihrem Krankenhaus Geld sparen.	84,3 %	15,7 %	108	108
25. Die Leitung fordert ein, dass aktiviert wird.	59,6 %	40,4 %	542	75
26. Aktivierung ist häufig Thema in Ihren Besprechungen.	32,0 %	68,0 %	562	55
27. Bei Ihnen spielen andere Fachkonzepte (z.B. Validation) eine größere Rolle als Aktivierung.	34,6 %	65,4 %	534	83
28. Sie fühlen sich gut genug ausgebildet, um die Patienten zu aktivieren.	64,1 %	35,9 %	579	38
29. Durch die hohen Aktivierungsansprüche fühlen Sie sich überfordert.	49,6 %	50,4 %	556	61
30. Die Patienten sollen selber bestimmen, ob sie aktiviert werden oder nicht.	45,3 %	54,7 %	545	72

Quelle: Eigene Berechnung

In Hinblick auf Bettenbelegungszeiten ist Aktivierung auch betriebswirtschaftlich betrachtet ein wichtiges Konzept: Dies spiegelt sich in der sehr hohen Zustimmung der Beschäftigten (84,3 %) beim Item „Durch Aktivierung können Sie in Ihrem Krankenhaus Geld sparen“ wider. Zugleich stimmen fast alle Befragten (98,1 %) der Aussage zu, dass für Aktivierung mehr Zeit vorhanden sein müsste. Aus dem Spannungsfeld dieses Ziel-Mittel-Konfliktes heraus erklärt sich möglicherweise, warum fast jeder zweite Befragte angibt, durch die Aktivierungsanforderungen überfordert zu sein. Zugleich zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen dieser Überforderung und dem Gefühl, für Aktivierung ausreichend qualifiziert zu sein ($r=-0,247$; $p<0,001$).

Dass nur 45,3 % der Befragten der Auffassung sind, die Patientinnen und Patienten sollten selbst bestimmen, ob sie aktiviert werden oder nicht, lässt sich möglicherweise in Verbindung mit organisationalen „Aktivierungszwängen“ zur Reduktion der stationären Verweildauer erklären. Da Selbstbestimmung auch die Möglichkeit zur Verweigerung beinhaltet, würde ein „Aktivierungsunwille“ auf Patientenseite in diesem Kontext den organisationalen Zielen zuwiderlaufen.

Bezogen auf die Ökonomisierung weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Aktivierung nicht nur ein fachlich sinnvolles Konzept, sondern auch ein fiskalisch rentables Instrument darstellt und ihr – sicherlich aus beiden Erwägungen heraus – ein hoher Stellen-

wert zugesprochen wird. Gleichzeitig deuten die Ergebnisse aber auch an, wie sehr gelingende Aktivierung vom personell-zeitlichen Ressourcenrahmen abhängig ist. Dies zeigt sich nicht zuletzt in der Korrelation zwischen der Ökonomisierungsskala und der Aussage, für Aktivierung müsste mehr Zeit vorhanden sein ($r=0,332$; $p<0,001$). Hieran lässt sich erkennen, wie Ökonomisierung und Aktivierung miteinander in Verbindung stehen: Je stärker der Ökonomisierungsdruck ausgebildet ist, desto weniger Zeit bleibt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Aktivierung der Patientinnen und Patienten. Die Ökonomisierung unterläuft demzufolge die Aktivierung. Und hierunter leidet nicht nur die Verwirklichung des fachlichen Anspruches der aktivierenden Pflege, sondern auch das wirtschaftliche Ziel, durch gelingende Aktivierung eine Verkürzung der Verweildauer zu erreichen und darüber fiskalische Einsparungen zu erzielen.

Arbeitssituation

Die Ergebnisse zu den in Tabelle 17 gefassten Items beziehen sich auf allgemeine Charakteristika zur Arbeitssituation der Pflegekräfte. Gefragt wurde dabei u.a. nach Einschätzungen zur Dienstleistungsqualität, zur Arbeitsbelastung und deren Folgen, zur Vereinbarkeit von Arbeit, Freizeit und Familie, zur Arbeits- und Gehaltszufriedenheit sowie zu Wechselabsichten.

Weniger als ein Fünftel der Befragten gab an, mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden zu sein und nur 29,4 % teilen dabei das Gefühl, eine gute Arbeit leisten zu können. Zwischen diesen beiden Items zeigt sich ein recht deutlicher statistischer Zusammenhang ($r=0,469$; $p<0,001$). Das Gefühl, „gute Arbeit“ leisten zu können, dürfte also ein wesentlicher Faktor für die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte sein. Was die empfundene Arbeitsbelastung und die gesundheitlichen Folgen anbelangt, so stießen beinahe neun von zehn Pflegekräfte bei der Arbeit an ihre Belastbarkeitsgrenzen und hatten bereits gesundheitliche Probleme, die sie in Verbindung mit ihrer Tätigkeit sehen. Des Weiteren können es sich mehr als zwei Drittel der Befragten nicht vorstellen, auch in zehn Jahren noch im Krankenhaus arbeiten zu können.

Ebenso müssen die Antworten zu den Items zur Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf skeptisch stimmen: Pünktlich Feierabend zu machen ist nur für 37,2 % der Befragten möglich, die prinzipielle Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben wird von 67,2 % als schlecht beurteilt und 64,6 % müssen häufig „kurzfristig einspringen“, was sich negativ auf die Freizeitplanung auswirkt. Mit dem Gehalt zufrieden ist gerade mal knapp jede/r Fünfte (22,2 %) und einhellig besteht die Meinung, dass unter den jetzigen Arbeitsbedingungen immer weniger Leute einen Beruf in der Krankenhauspflege ergreifen werden.

Tabelle 17: Arbeitssituation

Item	„trifft zu“	„trifft nicht zu“	n	fehlend
31. Sie haben das Gefühl, dass Sie unter den gegebenen Bedingungen eine gute Arbeit leisten können.	29,4	70,6	602	15
32. Es gab bei Ihnen schon gesundheitliche Probleme, die Sie im Zusammenhang mit der Arbeit sehen (z.B. Rücken- und Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Nervosität, etc.).	86,9	13,1	613	4
33. Sie sind bei Ihrer Arbeit an die Grenzen Ihrer Belastbarkeit gestoßen.	88,4	11,6	614	3
34. An den meisten Tagen gehen Sie gerne zur Arbeit.	71,0	29,0	607	10
35. Sie müssen sich keine Sorgen machen, den Arbeitsplatz zu verlieren.	84,1	15,9	602	15
36. Sie können sich gut vorstellen, dass Sie auch in 10 Jahren noch in der Lage sind, Ihre Arbeit auszuüben.	30,7	69,3	599	18
37. Sie können die zeitlichen Anforderungen der Arbeit und Ihres Privatlebens (Familie, Freundeskreis, Hobbys) schlecht miteinander vereinbaren.	67,2	32,8	610	7
38. Sie können in der Regel pünktlich Feierabend machen.	37,2	62,8	613	4
39. Sie können Ihre Freizeit (Urlaub, Wochenende) nicht gut planen, weil Sie häufig auch kurzfristig einspringen müssen.	64,6	35,4	610	7
40. Unter den jetzigen Arbeitsbedingungen werden immer weniger Leute diesen Beruf ergreifen.	94,7	5,3	609	8
41. Sie sind mit Ihrem Gehalt zufrieden.	22,2	77,8	599	18
42. Sie sind mit Ihren Arbeitsbedingungen zufrieden.	18,8	81,2	605	12
43. Sie denken gerade über den Wechsel in eine andere Einrichtung nach.	40,2	59,8	577	40
44. Sie denken gerade über den Wechsel in einen anderen Beruf nach.	39,3	60,7	593	24

Quelle: Eigene Berechnung

Angesichts dieser pessimistischen Prognose und der relativ ausgeprägten Unzufriedenheit der Beschäftigten mit ihren Arbeitsbedingungen kann es überraschen, dass „nur“ knapp 40 % der Pflegekräfte über einen Wechsel in eine andere Einrichtung bzw. in einen anderen Beruf nachdenken. Dies mag zum einen mit der als stark empfundenen Arbeitsplatzsicherheit zu tun haben, sind doch 84,1 % unbesorgt, was den Fortbestand ihrer Beschäftigung betrifft. Zum anderen gehen – trotz der vielfach als widrig erlebten Umstände – immerhin 71 % der Pflegekräfte an den meisten Tagen gerne zur Arbeit.

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass „gerne zur Arbeit zu gehen“ zwar mit belastenden Aspekten der Arbeit und ihren Folgen korreliert: So z.B. mit gesundheitlichen Problemen ($r=-0,163$; $p=0,002$), dem Erreichen der Belastungsgrenzen ($r=-0,216$; $p<0,001$), der Sorgen um den Arbeitsplatz ($r=0,195$; $p<0,001$), der Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben ($r=-0,195$; $p<0,001$), pünktlichem Feierabend ($r=0,219$; $p<0,001$), schlechter Planbarkeit der Freizeit ($r=-0,154$; $p=0,004$) und der Gehaltszufriedenheit ($r=0,146$; $p=0,006$). Allerdings ist der Zusammenhang zwischen dem Gefühl, *gute Arbeit* leisten zu können und dem Phänomen, gerne zur Arbeit zu gehen, wesentlich stärker ausgeprägt ($r=0,360$; $p<0,001$), als bei den genannten unliebsamen Arbeitsaspekten und Belastungsfolgen.

Hinsichtlich ihres Einflusses auf die subjektiv wahrgenommene Qualität der Arbeit und der Dienstleistungen („gute Arbeit“) zeigt sich die Ökonomisierung als starker intervenierender Faktor, besteht hier doch ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Ökonomisierungsskala und „guter Arbeit“ ($r=-0,321$; $p<0,001$). Noch deutlicher ist die Beziehung zwischen Ökonomisierung und der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ($r=-0,395$; $p<0,001$) sowie dem Erreichen der persönlichen Belastungsgrenzen ($r=0,349$; $p<0,001$) ausgeprägt. Dies lässt sich in der folgenden Tendenz fassen: Je höher der Ökonomisierungsdruck, desto schwächer ausgeprägt ist das Gefühl, gute Arbeit leisten zu können, desto unzufriedener sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihren Arbeitsbedingungen und desto eher wird von einem Erreichen der persönlichen Belastungsgrenzen berichtet.

Die Befunde zur Arbeitssituation weisen auf ein vielschichtiges Interdependenzgeflecht zwischen den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, der Dienstleistungsqualität, der Arbeitsbelastung, gesundheitlichen Risiken und Wechselabsichten der Beschäftigten hin. So kann aufgrund der vorliegenden Daten angenommen werden, dass der durch die Ökonomisierung induzierte Zeit- und Effizienzdruck eine Arbeitssituation konstituiert, die nicht nur der Gesundheit der Pflegekräfte, sondern auch der Pflegequalität abträglich ist. Damit wurden ähnliche Ergebnisse anderer Studien bestätigt (vgl. dazu u.a. Fahimi et al. 2012; Braun/Buhr/Müller 2007). Angesichts der zukünftig weiter voranschreitenden Geriatriisierung der Kliniken und des sich bereits jetzt abzeichnenden Fachkräftemangels muss der fast einstimmig negativen Prognose der Befragten zu den Perspektiven des Nachwuchses an Pflegekräften besondere Beachtung geschenkt werden .

3.4 Ökonomisierung und Aktivierung im Branchenvergleich

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Krankenhausbefragung denen der anderen im Projekt untersuchten Dienstleistungsbranchen gegenüber gestellt. Der hier vorgenommene Branchenvergleich bezieht sich auf die Einschätzungen der Beschäftigten zu ihren Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie zu ihren beruflichen Perspektiven. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche¹⁵ für die Dienstleistungsbereiche der Krankenhauspflege, der ambulanten und stationären Altenpflege, der Tageseinrichtungen für Kinder und des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) in kommunalen Jugendämtern anhand von Branchenprofilendiagrammen dargestellt. Tabelle 18 gibt einen kurzen Überblick der verglichenen Stichproben.

¹⁵ Die Mittelwertvergleiche wurden über eine univariate Varianzanalyse ermittelt. Bei der Ergebnisdarstellung wird auf Angaben zur Signifikanz verzichtet, da sich angesichts der umfangreichen Stichprobe bereits bei sehr geringen Unterschieden Signifikanzen ergeben.

Tabelle 18: Sampleübersicht der Branchenvergleichsstichproben

	Krankenhauspflege	amb. Pflege	stat. Pflege	ASD	KITA	Gesamt
Teilnehmeranzahl	617	161	368	368	475	1989
Alter in Jahren (MW)	41,6	45,3	43,9	42,2	42,7	43,1
weibl. Beschäftigte	67,7 %	76,3 %	70,1 %	69,2 %	96,6 %	76,0 %
Beschäftigte in Vollzeit	71,5 %	64,6 %	52,7 %	81,1 %	62,6 %	66,5 %
Stellenumfang Teilzeit (MW)	66,1 %	66,6 %	71,6 %	67,3 %	75,4 %	69,4 %
Überstunden (MW, Median)	62,1h 50h	76,1h 50h	77,3h 50h	38,9h 25h	26,4h 15h	56,2h -
Arbeitsvertrag ohne Befristung	92,5 %	93,6 %	90,2 %	87,2 %	90,3 %	90,7 %
Beschäftigungsdauer im jetzigen Beruf in Jahren (MW)	19,3	19,6	16,4	14,4	18,9	17,7
Beschäftigungsdauer in Einrichtung in Jahren (MW)	14,3	9,6	11,1	11,0	11,1	11,4

Quelle: Eigene Berechnung

Dem Branchenvergleich liegt ein Sample von 1989 Teilnehmer/innen zugrunde. Es zeigt sich, dass die Befragten im Schnitt 43,1 Jahre alt waren, wobei sich die „jüngste“ Gruppe aus Krankenhauspersonal, die „älteste“ Gruppe aus ambulanten Altenpflegekräften rekrutiert. Die Krankenpflege weist im Sample mit 67,7 % den niedrigsten Frauenanteil auf, der im Gesamtschnitt bei 76 % liegt. Die meisten Vollzeitkräfte wurden im ASD mit 81,1 % erreicht, gefolgt von den Krankenhäusern mit 71,5 %. Über die Gesamtstichprobe verteilt, haben die Teilzeitbeschäftigten im Mittel einen Stellenumfang von 69,4 %. Die Mediane der geleisteten Mehrarbeit weisen die ambulante und stationäre Altenpflege sowie die Krankenhauspflege als gleichermaßen überstundenintensive Einsatzfelder aus, was als branchentypisches Merkmal für den Pflegesektor bezeichnet werden kann. Über alle Untersuchungsbereiche hinweg haben rund 90 % der Befragten eine Festanstellung.

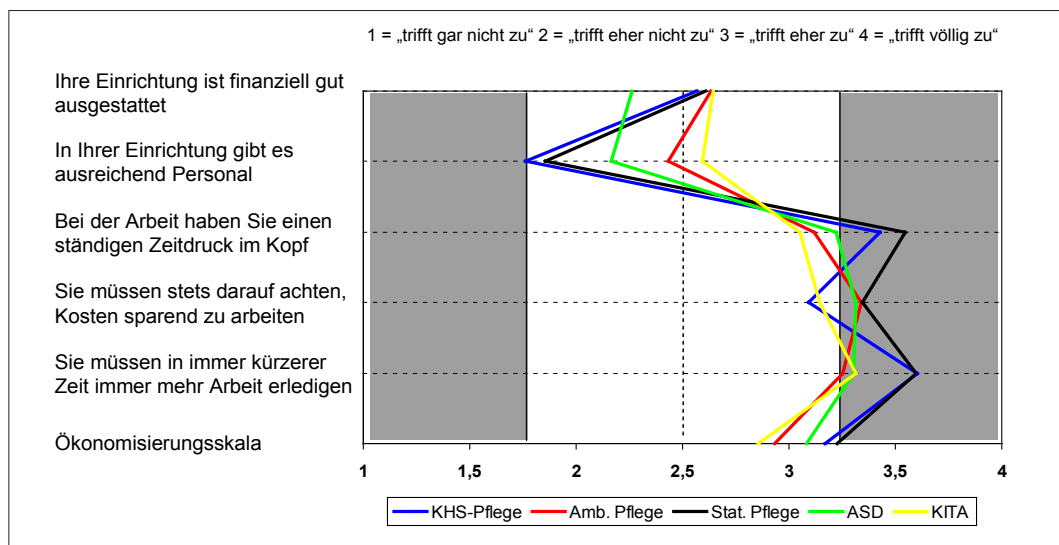
Im Gesamtdurchschnitt üben die Befragten ihren Beruf seit 17,7 Jahren aus. Mit über 19 Jahren sind die Beschäftigten der ambulanten und der Krankenhauspflege am längsten im Beruf, gefolgt von den Angestellten der Kindertagesbetreuung mit 18,9 Jahren und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Pflege mit 16,4 Jahren. Schließlich weisen die ASD-Kräfte mit 14,4 Jahren die kürzeste durchschnittliche Verweildauer im Beruf auf.¹⁶ Was die Beschäftigungsdauer in der zum Befragungszeitpunkt aktuellen Einrichtung betrifft, liegt der Durchschnitt bei 11,4 Jahren. Die Beschäftigten der Kindertagesbetreuung, der stationären Pflege und des ASD sind im Schnitt ca. 11 Jahre in der aktuellen Einrichtung tätig, die Mitarbeiter/innen der ambulanten Pflege liegen mit 9,6 Jahren etwas unter diesem Wert. Mit 14,3 Jahren sind die Beschäftigten der Allgemeinkrankenhäuser am längsten in ihrem Betrieb. Die Differenzen aus den Beschäftigungszeiträumen im Beruf und in der Einrichtung könnten als mögliche Indikatoren für die Häufigkeit von Einrichtungswechseln betrachtet werden.

¹⁶ Die deutlich kürzere Beschäftigungsdauer der ASD-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter resultiert aus dem höheren Berufseinstiegalter von Akademikerinnen und Akademikern.

Ökonomisierung im Branchenvergleich

Beim Mittelwertvergleich der Items zur Ökonomisierung zeigt sich bzgl. des Ausprägungsgrades der Ökonomisierungsskala folgende Rangfolge: Die stationäre Altenpflege weist den größten Ökonomisierungsdruck auf (3,23), gefolgt von der Krankenhauspflege (3,17), dem ASD (3,09) und der ambulanten Pflege (2,93). Die relativ geringste Ausprägung zeigt die Ökonomisierungsskala im Bereich der Kindertageseinrichtungen (2,85). Auffällig ist, dass sich die Kurven der beiden stationären Pflegebereiche von denen der drei anderen Branchen dahingehend abheben, als sie relativ ähnlich verlaufen. Von einer ungünstigen Personalausstattung berichten in erster Linie die Befragten aus den Krankenhäusern (1,76) und den Altenheimen (1,86), gefolgt von den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des ASD (2,17) den Pflegekräften der ambulanten Dienste (2,43) und den Erzieherinnen und Erziehern der Kindertageseinrichtungen (2,59). Fast die gleiche Rangfolge ergibt sich bei der Frage nach dem permanenten Zeitdruck, wobei hier die Altenheime vor den Krankenhäusern liegen. Bezogen auf die Arbeitsverdichtung („Sie müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr Arbeit erledigen“) liegen die stationären Pflegebereiche gleichauf (3,60) und zeigen somit die deutlichste Ausprägung.

Abb. 1: Ökonomisierung in den einzelnen Branchen



Quelle: Eigene Darstellung

Arbeitsanforderungen im Branchenvergleich

Hinsichtlich der Adressatenbezeichnung¹⁷ für ihre Dienstleistung stellen die Befragten der ambulanten Pflege (3,47) und der Kindertageseinrichtungen (3,24) die positivsten

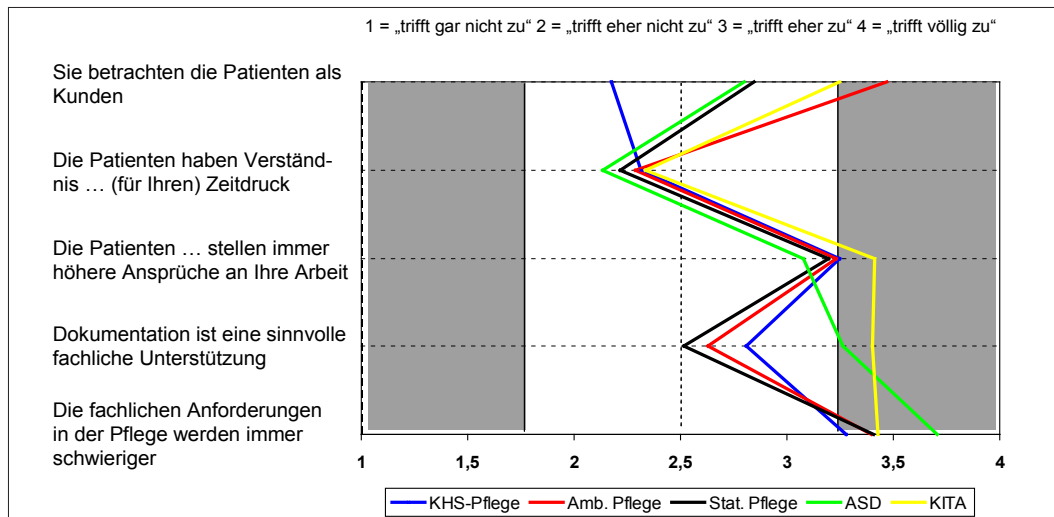
¹⁷ In den Fragebögen für die einzelnen Untersuchungen wurden jeweils branchentypische Begriffe („Patient“, „Bewohner“, „Klient“, „Kind“, „Eltern“) benutzt, um einen sinnvollen Adressatenbezug herzustellen.

Bezüge zum Kundenbegriff her. Der ASD (2,80) und die stationäre Altenpflege (2,84) liegen in etwa gleich auf mittlerer Position. Die Beschäftigten im Krankenhaus können mit dem Kundenbegriff am wenigsten anfangen (2,17). Dies ist, wie oben erwähnt, angesichts des klinischen Settings nicht weiter verwunderlich, hat hier der Patientenbegriff doch Vorzug vor dem Kundenbegriff.

Über alle fünf Branchen hinweg zeigt sich für das Item „Die Patienten haben Verständnis dafür, wenn Sie unter Zeitdruck stehen“ eine eher ginge Zustimmung (Mittelwerte um 2,2 plus/minus 0,1). Das Item „Die Patienten stellen immer höhere Ansprüche an Ihre Arbeit“ ist am schwächsten beim ASD ausgeprägt (3,07). Die drei Pflegebereiche liegen fast gleichauf (ungefähr bei 3,2), wobei in den Kitas der Eindruck am stärksten ist, dass die an sie gerichteten Ansprüche immer höher werden (3,41).

Varianzen ergeben sich hinsichtlich der Einschätzungen zu den Dokumentationspflichten: Während diese für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ASD und der Kindertagesbetreuung recht eindeutig als sinnvolle fachliche Unterstützung wahrgenommen wird (3,26 bzw. 3,40), ist sie für den Pflegesektor nicht so eindeutig positiv besetzt. Was den Anstieg der fachlichen Anforderungen in den Branchen anbelangt, so zeigt sich in allen Branchen die ausgeprägte Tendenz, diesen zu bejahen. Die stärkste Zustimmung findet sich beim ASD (3,70), die Altenpflegekräfte und die Erzieherinnen und Erzieher liegen dicht beieinander (MW für beide Gruppen ca. 3,3) und die Pflegefachkräfte in Allgemeinkrankenhäusern zwar an letzter Stelle, doch immer noch im Bereich starker Zustimmung (3,27).

Abb. 2: Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen I



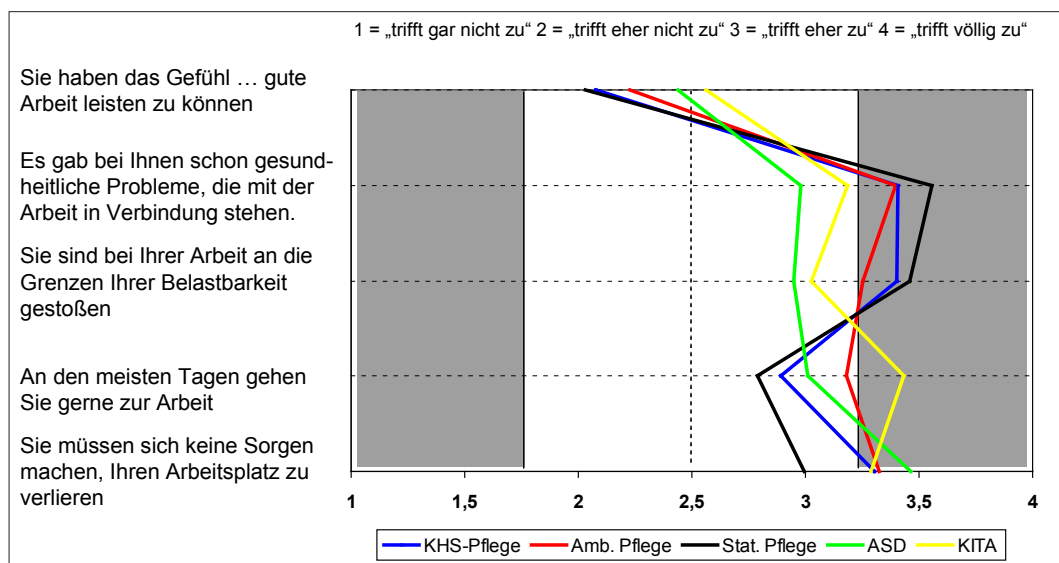
Quelle: Eigene Darstellung

Das Gefühl, „unter den gegebenen Bedingungen eine gute Arbeit leisten zu können“, ist noch am ehesten im Bereich der Kindertagesbetreuung ausgeprägt (2,56), gefolgt vom ASD (2,44) und der ambulanten Pflege (2,23). Die Fachkräfte aus den beiden stationären Pflegebereichen teilen diesen Eindruck am wenigsten (stationäre Altenpflege 2,03; Kran-

kenhauspflege 2,08). Damit korrespondieren die von den Befragten empfundenen gesundheitlichen Belastungen: Besonders im Pflegesektor (stationäre Altenpflege 3,56; Krankenhauspflege 3,41; ambulante Dienste 3,40), doch auch in den anderen Branchen (Kita 3,19; ASD 2,98) sehen viele Beschäftigte einen Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Problemen und den Arbeitsbedingungen. Im Grunde analog verläuft die Einschätzung bzgl. des Erreichens der persönlichen Belastungsgrenzen und bezüglich der alltäglichen Motivation, die Arbeitsstelle aufzusuchen. An den meisten Tagen gerne zur Arbeit gehen die Erzieherinnen und Erzieher (3,43), gefolgt von den Fachkräften der ambulanten Pflegedienste (3,18). Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des ASD (3,01) liegen im Mittelfeld, wobei die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der beiden stationären Pflegebereiche das Schlusslicht bilden (stationäre Altenpflege 2,79; Krankenhauspflege 2,89).

Insgesamt positiv fielen allerdings die Einschätzungen zur Beschäftigungssicherheit aus, was mit dem quer durch alle Branchen angegebenen hohen Anteil an unbefristeten Arbeitsverhältnissen korrespondiert: Sie wird im Bereich des ASD, welcher ein Teil der öffentlichen Verwaltung ist, am stabilsten eingeschätzt (3,46). Gleichauf liegen die ambulante Pflege (3,32), die Kindertagesbetreuung (3,29) und die Pflege in Allgemeinkrankenhäusern (3,30). Am relativ unsichersten fühlen sich bezogen auf ihren Arbeitsplatz die Kräfte in den Pflegeheimen (2,99).¹⁸

Abb. 3: Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen II



Quelle: Eigene Darstellung

¹⁸ Vgl. hierzu die Spezialauswertung des DGB-Index Gute Arbeit für Pflegekräfte von 2007/08 (Fuchs 2008). Die vorliegenden Ergebnisse decken sich weitestgehend mit denen der Studie von 2007/08.

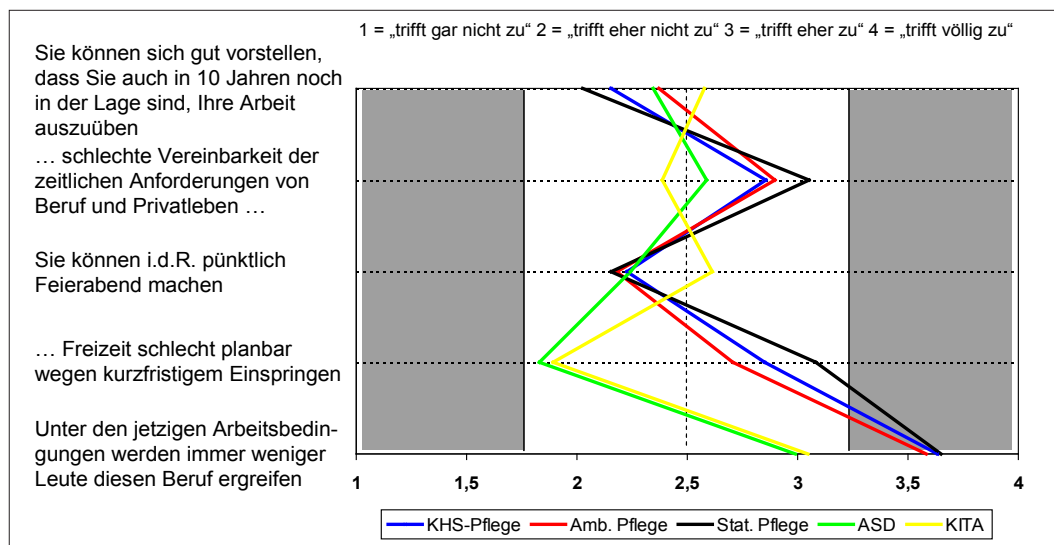
Arbeitssituation im Branchenvergleich

Neben der Einschätzung der Arbeitsbedingungen und -belastungen wurden die Befragten gebeten, Aussagen zu ihren beruflichen Perspektiven und zur Vereinbarkeit von Arbeitsanforderungen und Privatleben zu treffen.

In beinahe allen der hier abgefragten Items wurden die Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben, die Rahmenbedingungen der Arbeit und die beruflichen Perspektiven von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegeheimen und Krankenhäusern am negativsten beurteilt. So können sich viele Befragte nicht oder nur eingeschränkt vorstellen, auch in zehn Jahren noch in der Lage zu sein, die jetzige Tätigkeit auszuüben (stationäre Altenpflege 2,02; Krankenhauspflege 2,16). Die Erzieherinnen und Erzieher in den Kindertagesstätten können es sich noch am ehesten vorstellen, ihrer Arbeit auch längerfristig nachzugehen (2,58). Ebenso gelingt die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben am besten in der Kindertagesbetreuung (2,39), dort kann am ehesten die Arbeit pünktlich beendet (2,61) und die Freizeit verlässlich geplant werden (1,89). Dies ist sicherlich zum Teil der Tatsache geschuldet, dass die Kinderbetreuung im Unterschied zur Pflege in der Regel lediglich tagsüber angeboten wird und daher keine hohen Anforderungen an die Bereitschaft zur Schichtarbeit stellt.

Trotz der insgesamt positiven Einschätzungen zur Beschäftigungssicherheit sehen vor allem die Pflegekräfte die Perspektiven ihres Beschäftigungsfeldes sehr pessimistisch: Dort trifft die Aussage auf eine sehr hohe Zustimmung, dass „immer weniger Leute diesen Beruf ergreifen“ werden (Mittelwerte zwischen 3,58 und 3,65). Angesichts der Diskussion um Pflegenotstand und Fachkräftemangel in der Branche ist dies eine besorgniserregende Einschätzung. Doch auch im Bereich der Kindertagesbetreuung (3,05) und des ASD (2,99) zeigt sich eine ausgeprägte Skepsis gegenüber der Nachwuchsentwicklung in ihren Bereichen.

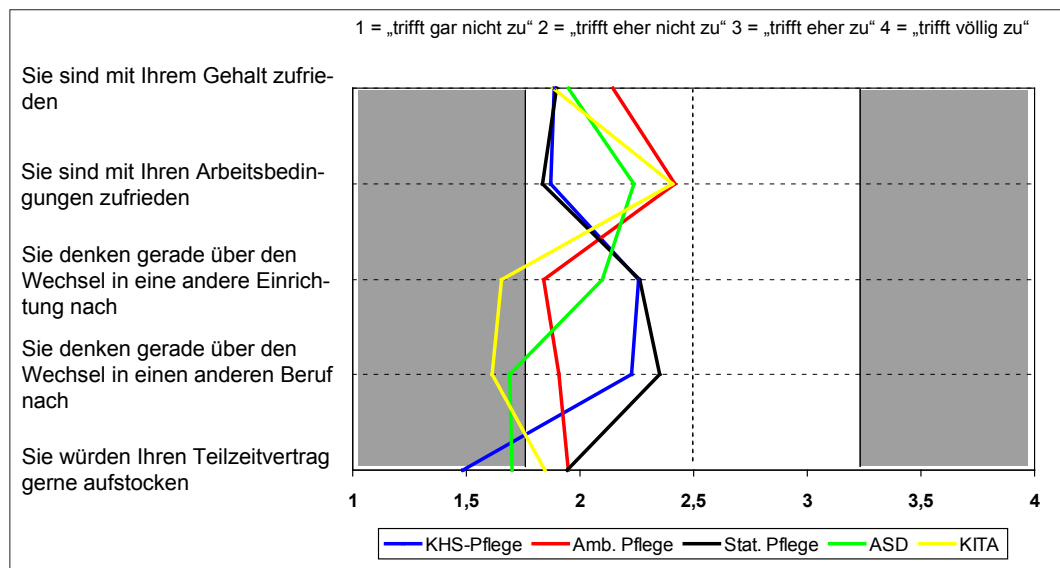
Abb. 4: Vereinbarkeit von „Arbeit und Leben“



Quelle: Eigene Darstellung

Ein Blick auf die Gehaltszufriedenheit zeigt, dass in allen hier untersuchten Branchen das Gehaltsniveau kritisch bewertet wird. Die Aussage „Sie sind mit Ihrem Gehalt zufrieden“ wurde in allen fünf Arbeitsbereichen meist mit „trifft eher nicht zu“ beantwortet. Am relativ zufriedensten sind die Fachkräfte der ambulanten Pflegedienste (2,14). Bei den Einschätzungen zur Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen zeigen sich die beiden stationären Pflegefelder als deutlich abgeschlagen: Die Arbeitssituation in Krankenhäusern (1,87) und Altenheimen (1,83) wird von den Befragten sehr negativ beurteilt. Auch die Beschäftigung mit einem Einrichtungs- (jeweils 2,26) oder gar einem Berufswechsel (stationäre Altenpflege 2,35; Krankenhauspflege 2,22) ist im stationären Pflegesektor am stärksten ausgeprägt.

Abb. 5: Gehalt, Arbeitszufriedenheit und berufliche Perspektiven



Quelle: Eigene Darstellung

Bei zusammenfassender Betrachtung derjenigen Items, die die Qualität der Arbeit aus Sicht der Beschäftigten abbilden, zeigt sich, dass die Befragten aus der Kindertagesbetreuung über die größte Zufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen verfügen. Trotz der hoch bewerteten Arbeitsanforderungen herrscht hier am ehesten das Gefühl, unter den gegebenen Bedingungen eine gute Arbeit leisten zu können und gerne zur Arbeit zu gehen. Die Erzieherinnen und Erzieher können ihr Privat- und Berufsleben vergleichsweise am besten miteinander vereinbaren und sind insgesamt relativ zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen.

Den „zweiten Platz“ in der Einschätzung der Arbeitssituation teilen sich der ASD und die ambulanten Pflegedienste. Während im ASD gesundheitliche Probleme im Vergleich weniger häufig auftreten und die Grenzen der Belastbarkeit bei noch nicht so vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erreicht wurden wie in den anderen Branchen, gehen die Kolleginnen und Kollegen der ambulanten Pflege eher gerne zur Arbeit

und sind insgesamt mit ihren Arbeitsbedingungen zufriedener.

Wie bereits an vielen Stellen deutlich geworden ist, müssen die beiden stationären Pflegebereiche als „Sorgenkinder“ der hier betrachteten Dienstleistungsbereiche bezeichnet werden. In den quantitativ gewonnenen Beschäftigtendaten zu allen abgefragten Aspekten der Arbeitsqualität drückt sich aus, dass der Notstand in der Pflege sich nicht nur auf die Pflegebedürftigen auswirkt, sondern die dort beschäftigten Frauen und Männer gleichermaßen trifft.

Aktivierungspraxis und Aktivierungsanforderungen im Vergleich der Pflegebereiche

Was Relevanz und Bekanntheit von Aktivierung in den drei Pflegebereichen angeht, so ist anzumerken, dass sie als fachliches Konzept sowohl in der Altenpflege, als auch im Bereich der Krankenpflege eine große Bedeutung besitzt; Aktivierung ist nicht nur in der Pflegeversicherung normiert, sondern auch im Krankenpflegegesetz als bekannt vorausgesetzt und Gegenstand der Ausbildungsstatuten zur Gesundheitspflegerin/zum Gesundheitspfleger bzw. Krankenpflegerin und Krankenpfleger (vgl. u.a. Dielmann 2006)¹⁹.

Wie aus den unten stehenden Schaubildern hervorgeht, fallen die Durchschnittswerte der Antworten aus der ambulanten und stationären Altenpflege nicht nennenswert auseinander, wobei die Krankenhauspflege im Schnitt geringere Ausschläge vorweist. Die Berücksichtigung von Aktivierung bei jedem Schritt im Arbeitsprozess liegt für den Altenhilfebereich etwas höher (stationär 2,59; ambulant 2,74) als in den Krankenhäusern (2,48). Das Vorliegen konkreter Anweisungen oder Konzepte zur Aktivierung ist in der Krankenpflege gegenüber den anderen Bereichen am schwächsten ausgeprägt (2,40).

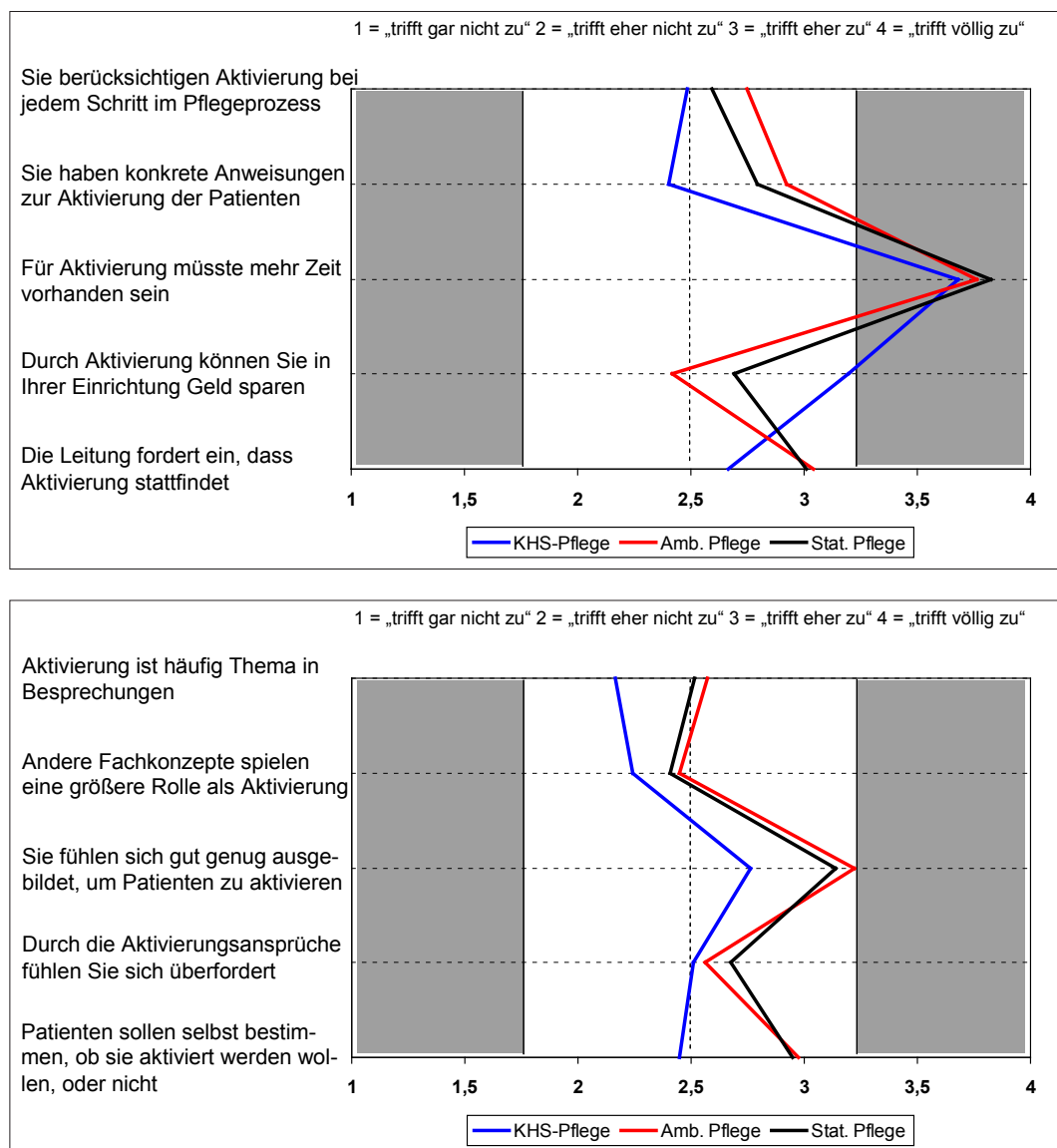
Der gesetzliche und fachliche Aktivierungsanspruch steht in einem deutlichen Kontrast zur Zeitnot im Arbeitsprozess. In allen drei Feldern herrscht eine nahezu vollständige Zustimmung zur Aussage, für Aktivierung müsste mehr Zeit vorhanden sein (Krankenhaus 3,68; ambulante Pflege 3,76; stationäre Pflege 3,82).

Gleichwohl wird Aktivierung offenbar von den Führungskräften eingefordert (Krankenhaus 2,66; ambulante Pflege 3,04; stationäre Pflege 3,01), eine gewisse Zustimmung erfährt auch das Item „Aktivierung ist häufig Thema in Besprechungen“ (Krankenhaus 2,17; ambulante Pflege 2,57; stationäre Pflege 2,52). Eine gewisse Relevanz mögen auch andere andere Fachkonzepte spielen (Krankenhaus 2,24; ambulante Pflege 2,45; stationäre Pflege 2,40). Hinreichend gut genug ausgebildet, um die Patientinnen und Patienten aktivieren zu können, fühlen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären (3,14) und der ambulanten Pflege (3,22) gleichermaßen, einzig die

¹⁹ Da Aktivierung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe anders gefasst ist als in der Pflege, wurden hierfür eigene Items gebildet. Dadurch kann an dieser Stelle kein direkter Branchenvergleich zwischen Pflege, ASD und Kindertagesbetreuung erfolgen.

Fachkräfte der Allgemeinkrankenhäuser teilen dieses Gefühl weniger (2,76) als ihre Kolleginnen und Kollegen aus der Altenpflege. Angesichts der nachgewiesenen Bedeutung von Aktivierung in der Pflegebranche dominiert doch ein Gefühl der Überforderung durch die Ansprüche, die das Fachkonzept mit sich bringt (Krankenhaus 2,51; ambulante Pflege 2,56; stationäre Pflege 2,68). Nicht zuletzt an diesem Umstand zeigt sich, dass Anspruch und Wirklichkeit im Pflegeprozess an dieser Stelle offensichtlich auseinander klaffen.

Abb. 6: Aktivierungspraxis und Aktivierungsanforderungen in der Pflege

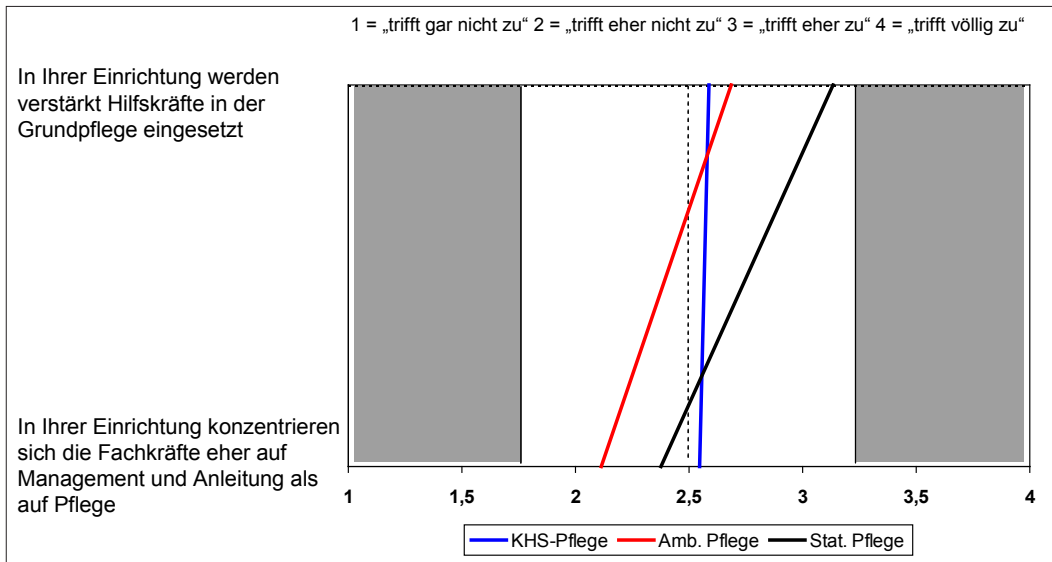


Quelle: Eigene Darstellung

Im Hinblick auf den Einsatz von Hilfskräften bzw. auf die Aufgabenverteilung zwischen Fach- und Hilfskräften (vgl. Abb. 7) zeigt sich, dass in Pflegeheimen häufiger Hilfskräfte

in der Grundpflege eingesetzt werden (3,13) als in den ambulanten Diensten (2,69) und im Krankenhaus (2,59). Gleichwohl sind die Angaben der Befragten aus den Allgemeinkrankenhäusern am eindeutigsten, was die Konzentration der Fachkräfte auf Management und Anleitung bzw. die Abwendung von Pflege Tätigkeiten anbelangt (2,55).

Abb. 7: Wandel von Arbeitsteilung in der Pflege



Quelle: Eigene Darstellung

Dies wirft die Frage nach den Konsequenzen auf, die hieraus resultieren: Wenn nicht mehr Hilfskräfte in der Grundpflege zum Einsatz kommen, die Fachkräfte sich gleichzeitig aber immer stärker auf administrative Tätigkeiten konzentrieren, bleibt offen, wer den Grundpflegebedarf der Patient/innen in einer hinreichenden Qualität abdeckt.

Resümee

Im Rahmen der vorliegenden Befragung konnte mit dem Krankenhaussektor ein wichtiger Bereich sozialer Dienstleistungsarbeit in den Blick genommen werden, welcher in den letzten Jahren unter einen starken Ökonomisierungsdruck geraten ist. Insbesondere seit der Einführung des Systems von Fallkostenpauschalen (DRG) haben sich die Verweildauern der Patientinnen und Patienten drastisch verkürzt und das Leistungsprofil der Kliniken hat sich in Richtung einer Abdeckung der reinen Akutversorgung verändert, während die pflegerische Nachsorge reduziert wurde. In der Konsequenz ist das Pflegepersonal in den vergangenen 15 Jahren erheblich abgebaut worden, während die Zahl der Mediziner deutlich angewachsen ist. Vor allem aber ist die Zahl der Patientinnen und Patienten, also der „Durchlauf“ deutlich gestiegen.

Diese Entwicklung hat Konsequenzen für die nachversorgenden ambulanten (und ggf. stationären) Einrichtungen, wenn Patientinnen und Patienten mit einem hohen behandlungspflegerischen Aufwand nach Hause oder in Heime entlassen werden und dort weiterversorgt werden müssen. Aber sie führt auch zu einer Veränderung der Organisationsstrategien der Kliniken, welche auf eine Optimierung der Ablauforganisation setzen: Wenn die vorgeschriebene Verweildauer nicht eingehalten werden kann, geht dies zu finanziellen Lasten des Krankenhauses. Alles muss so organisiert werden, dass der Patient in der vorgegebenen Zeit alle notwendigen Prozeduren durchläuft. Diese funktionalen Anforderungen begünstigen eine Pflegearbeit „wie am Fließband“.

Die empirische Erhebung hat bezüglich Ökonomisierung ergeben, dass die personelle Situation von der überwiegenden Mehrheit der Befragten als insuffizient beurteilt wird. In enger Verbindung hiermit wird von einer Zunahme der Arbeitsintensität und einem daraus resultierenden permanenten Zeitdruck berichtet. Die Ergebnisse weisen auf eine sich verstärkende Verdichtung der Pflegearbeit in den Krankenhäusern hin. So herrscht eine große Übereinstimmung, dass die Arbeitsanforderungen in der Pflege gestiegen sind. Es wird nicht nur von einem Anstieg der Patientenerwartungen berichtet, sondern ebenso von „neuen“ Anforderungen durch die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Zudem machen sich bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Alterungsprozesse der Bevölkerung im Arbeitsalltag der Pflegekräfte bemerkbar. Die Arbeitsanforderungen, die durch stationäre Aufenthalte von Seniorinnen und Senioren in Zukunft noch deutlich anwachsen werden, stellen die Kliniken und insbesondere deren Pflegedienste vor eine enorme Herausforderung, die wohl nicht ohne eine Verbesserung der personellen Situation gemeistert werden kann. Dies zeigt sich umso mehr in der breiten Zustimmung der Befragten, es gelänge ihnen nicht, stets auf die Bedürfnisse ihrer pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten einzugehen. Zudem scheint eine Qualifizierungsoffensive notwendig, um die Pflegekräfte in die Lage zu versetzen, mit der steigenden Zahl Demenzkranker im Klinikalltag adäquat umzugehen.

Somit zeigt sich, dass insgesamt die Vielfalt der Aufgaben für das Pflegepersonal zunimmt. Die Pflegefachkräfte übernehmen in wachsendem Maße auch administrative Aufgaben und Teile der ärztlichen Tätigkeiten. Dabei wird die Grundpflege, also das Kerngeschäft „am Patienten“, aus Sicht der Befragten auf das Notwendigste verkürzt bzw. in begrenztem Maße an Pflegehilfskräfte delegiert. Auch die Aktivierung der Patientinnen und Patienten zeigt sich im Kontext der Krankenhauspflege sowohl betriebswirtschaftlich wie auch fachlich als eine wichtige Aufgabe. Die Untersuchung liefert allerdings Belege dafür, dass die Zeitnot im Arbeitsalltag der Aktivierungspraxis im Wege steht – je stärker sich ein Ökonomisierungsdruck zeigt, desto weniger gelingt die Umsetzung von Aktivierung, was zum einen den fachlichen Ansprüchen, zum anderen den wirtschaftlichen Zielen zuwiderläuft.

Hinsichtlich der Arbeitssituation berichtet die überwiegende Mehrheit der Befragten von gesundheitlichen Folgen durch die Arbeitsbelastung und von der Erfahrung, an die persönlichen Belastungsgrenzen geraten zu sein. Die Belastungserfahrungen stehen dabei im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Situation der Klinik, das heißt, dass besonders solche Fachkräfte unter gesundheitlichen Einbußen zu leiden haben, die ihre Arbeitssituation unter einem starken Ökonomisierungsdruck sehen. Gleiches gilt für die Dienstleistungsqualität: Je stärker die Ausprägung der Ökonomisierung, desto weniger haben die Beschäftigten das Gefühl, „gute Arbeit“ verrichten zu können. Die vorliegende Datengrundlage stützt die Annahme, dass ein durch Ökonomisierung verursachter Zeit- und Effizienzdruck vorhanden ist und dieser eine Arbeitssituation konstituiert, unter der die Gesundheit der Beschäftigten ebenso leidet wie die Pflegequalität. An diesem Punkt stellt sich die Frage, inwiefern innerhalb der Organisationen Spielräume bestehen und durch betriebliche Gestaltungsstrategien auch genutzt werden, um den Druck der Ökonomisierung auf die Arbeitsprozesse abzufedern. Zu dieser arbeitspolitisch wichtigen Frage besteht für den Krankenhaussektor noch weiterhin Forschungsbedarf.

Die Arbeitssituation in der Krankenhauspflege wird so gravierend negativ eingeschätzt, dass nahezu alle befragten Fachkräfte ihrem eigenen Berufsstand eine ungünstige Zukunftsprognose ausstellen. 19 von 20 Befragten glauben, dass unter den gegebenen Arbeitsbedingungen immer weniger Leute einen Beruf in der Kranken- oder Altenpflege ergreifen werden. Eingedenk der absehbaren Folgen des demografischen Wandels und des sich schon jetzt abzeichnenden Fachkräftemangels muss dieses Ergebnis ernst genommen und als Aufforderung verstanden werden, aus arbeitspolitischer Perspektive an dieser Stelle aktiv zu werden.

Bezogen auf den Branchenvergleich zeigen sich für die Krankenhauspflege ähnliche Entwicklungen wie in der stationären Altenpflege. Diese beiden Branchen scheinen durch die Ökonomisierung des sozialen Sektors am stärksten negativ betroffen zu sein. Hier dominiert eine hochgradig verdichtete Arbeitssituation und Unzufriedenheit bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nur hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen, sondern vor allem auch darüber, entgegen der eigenen fachprofessionellen Ansprüche kaum mehr „gute Arbeit“ leisten zu können.

Literatur

Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard/Bispinck, Reinhard/Hofemann, Klaus/Neubauer, Jennifer 2010: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland (5. Aufl.) Band 2. Wiesbaden: VS-Verlag.

Bartholomeyczik, Sabine 2007: Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. In: Dr. med. Mabuse Nr. 166 (2/2007)

Blass, Kerstin 2011: Altenpflege zwischen Jederfrauqualifikation und Expertentum. Verberuflichungs- und Professionalisierungschancen einer Domäne weiblicher (Erwerbs-) Arbeit. Saarbrücken: iso-institut.

Blum, Karl 2003: Entlastungspotentiale im Pflegedienst der Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus 6/2003, 459-462.

Böckmann, Roman (Hrsg.) 2008: Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. Wiesbaden: VS-Verlag.

Braun, Bernard/Buhr, Petra/Müller, Rolf 2008: Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten, St. Augustin: Asgard-Verlag.

Braun, Bernhard/Müller, Rolf/Timm, Andreas 2004: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Buhr, Petra/Klinke, Sebastian 2006: Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Butterwegge, Christoph 2006: Krise und Zukunft des Sozialstaates (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag

Dielmann, Gerd 2006: Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar für die Praxis (2. Auflage). Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Fahimi, Yasmin/Pickshaus, Klaus/Rothe, Karsten/Schulz, Hans-Joachim 2012: Der Schlüssel zu einer wirksamen Burnout-Prävention. In: Gute Arbeit 4/2012, 13-17.

Fuchs, Tatjana 2008: Arbeitsqualität aus Sicht von Altenpfleger/innen. Internationales Institut für empirische Sozialökonomie. Verfügbar unter:http://www.verdi-news.de/download/dgb-index_altenpflege_end.pdf (Zugriff am: 18.06.2012).

Galatsch, Michael/Krüger, Cäcilia/Quasdorf, Tina/Schroller, Markus E./Donath, Elke/Bartholomeyczik, Sabine 2007: Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. In: Pflege Zeitschrift. Fachzeitschrift für ambulante und stationäre Pflege, Heft 5/2007, 272-276.

Häder, Michael 2006: Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.

Hielscher, Volker/Nock, Lukas/Kirchen-Peters, Sabine/Blass, Kerstin 2013: Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch. Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit. Wiesbaden: Springer VS Verlag.

Isfort, Michael/Weidner, Frank 2007: Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. Verfügbar unter: <http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/Pflege-Thermometer2007.pdf> (Zugriff am 25.06.2012).

Keun, Friedrich/Protz, Roswitha 2008: Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Anpassung an neue Rahmenbedingungen. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Kirchen-Peters, Sabine 2011: Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Zweiter Zwischenbericht an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Saarbrücken, Februar 2011. Verfügbar unter: http://www.iso-institut.de/download/Zweiter_Zwischenbericht_Alzheimer_Gesellschaft_21_03_2011.pdf (Zugriff am: 14.06.2012)

Kirchen-Peters, Sabine unter Mitarbeit von Dorothea Herz-Silvestrini und Judith Bauer (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise? Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus, Saarbrücken: iso-institut.

Klinke, Sebastian 2007: Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II. Detailergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Knüppel, Johanna 2009: Mehr Pflege im Krankenhaus? Beobachtungen von DBfK-Mitgliedern zur Situation der Klinikpflege im Verlauf des Jahres 2009. Herausgeber: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK). Verfügbar unter: <http://www.dbfk.de/download/index.php> (Zugriff am 27.05.2012)

Maaser, Wolfgang 2006: Der Aktivierungsdiskurs der Verantwortung. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Heft 1/2006.

Marrs, Kira 2008: Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit. Berlin: Edition Sigma.

Müller, Rolf/Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Rosenbrock, Rolf 2007: Arbeitsverdichtung und Zeitmangel im Krankenhaus. Ergebnisse aus dem Projekt WAMP. Gefördert und unterstützt durch: Hans Böckler Stiftung, Gmünder Ersatzkasse, ver.di, Landesärztekammer Hessen. Verfügbar unter: <http://www.wamp-drg.de/images/WAMP-Poster.pdf> (Zugriff am 12.06.12).

Nock, Lukas/Kirchen-Peters, Sabine/Hielscher, Volker 2013: Zwischen Anspruch und Marktdruck. Pflege im Branchenvergleich. In: Dr. med. Mabuse Nr. 201: 43-45.

Schweitzer, Hildegard 2011: Fragmentiert und entwertet. Fördert das Ehrenamt die Deprofessionalisierung? Das Beispiel Pflege. In: FrauenRat 1/11, 21-22. Verfügbar unter: http://www.frauenrat.de/fileadmin/user_upload/zeitschrift/2011-1/Deprofessionalisierung.pdf (Zugriff am: 13.06.2012)

Simon, Michael 2001: Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Publications series of the research unit Public Health Policy. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Simon, Michael 2008: Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets. Eine kritische Bestandsaufnahme von Prof. Dr. Michael Simon, Fachhochschule Hannover. Studie im Auftrag von ver.di.

Statistisches Bundesamt 1995: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 1993. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 1997: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 1996. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2001: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 1999. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2003: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 2001. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2005: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 2003. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2006: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. 2005. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2008: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. 2007. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2011: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. 2009. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2012a: Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser. 2010. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2012b: Gesundheit. Ausgaben. 1995 bis 2010. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt 2012c: Arbeitsmarkt. Erwerbstätigkeit. Erwerbstätigenrechnung. Erwerbstätige. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Erwerbstaetigenrechnung/Tabellen/ArbeitnehmerWirtschaftsbereiche.html> (Zugriff am 22.05.2012).

VBE 2012: Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2012 (VBE 2012) zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin. Verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/VBE_2012_ohne_Unterschr_18314.pdf (Zugriff am 08.06.2012).

Zwack, Julika/Nöst, Stefan/Schweitzer, Jochen 2009: Zeitdruck im Krankenhaus. Individuelle Lösungsstrategien provozieren oft neue Probleme. In: Arzt und Krankenhaus 03/2009. Verfügbar unter: http://www.vlkonline.de/files/articles/2009-03/200903_187328edd5.pdf (Zugriff am 12.06.2012).

Anhang

Reliabilitätsanalyse

Zusammenfassung der Fallverarbeitung			
		N	%
Fälle	Gültig	561	90,5
	Ausgeschlossen	59	9,5
	Gesamt	620	100,0

Reliabilitätsstatistik	
Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
0,610	5

Item-Skala-Statistiken				
	Skalenmittelwert, wenn Item weg- gelassen	Skalenvarianz, wenn Item weg- gelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ihr Krankenhaus ist fi- nanziell gut ausgestattet.	13,3601	3,613	0,235	0,647
In Ihrem Krankenhaus gibt es ausreichend Personal.	12,5544	3,780	0,368	0,554
Bei der Arbeit haben Sie einen ständigen Zeitdruck im Kopf.	12,3494	3,792	0,404	0,539
Sie müssen stets darauf achten, Kosten sparend zu arbeiten.	12,7041	3,577	0,381	0,547
Sie müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr Arbeit erledigen.	12,1907	3,683	0,510	0,495

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, zu Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Forschungsförderung finanziert und koordiniert wissenschaftliche Vorhaben zu sechs Themenschwerpunkten: Erwerbsarbeit im Wandel, Strukturwandel – Innovationen und Beschäftigung, Mitbestimmung im Wandel, Zukunft des Sozialstaates/Sozialpolitik, Bildung für und in der Arbeitswelt sowie Geschichte der Gewerkschaften.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft.

Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf

Telefon: 02 11/77 78-0
Telefax: 02 11/77 78-225

