

**Dr. Bernard Braun**  
**Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen**

**Welche Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte  
verändern sich wie unter DRG-Bedingungen? –  
Ergebnisse einer dreimaligen Befragung (2003,  
2006 und 2008) von Pflegekräften im  
Krankenhaus**

Referat auf dem Workshop „Zur Lage der akutstationären  
Pflege in Deutschland“ am 1. Juli 2010 in Bremen

## Inhaltliche Schwerpunkte

- ▼ Veränderung der Arbeitsbedingungen
- ▼ Veränderung der Arbeitsteilung zwischen den Krankenhausprofessionen oder Tätigkeitstransfer
- ▼ Veränderungen ausgewählter Aspekte der Versorgungsqualität im Krankenhaus

## Studiendesign, Methodik

- ▼ Einzige bundesweite Befragung von jeweils repräsentativen akutstationär tätigen examinierten Pflegekräften in allen Krankenhausformen in den Jahren 2003, 2006 und 2008 mit meist inhaltlich identischen Fragen
- ▼ Die Jahresergebnisse sind alters- und geschlechtsstandardisiert, d.h. Änderungen sind nicht Ausdruck anderer Alters- und Geschlechtsstrukturen
- ▼ Projekt „Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“ gefördert von Böcklerstiftung, Boschstiftung, Ver.di, Landesärztekammer Hessen, GEK und TK mit Patienten-, Ärzte- und Pflegekräftebefragungen

## Arbeitsbedingungen: Zusammenwirken von Belastungen und Ressourcen der Pflegekräfte

- ▼ Arbeitsbelastungen stehen und wirken nicht alleine oder linear, sondern in einer engen Wechselwirkung mit anderen objektiven und subjektiven Bedingungen, die sich auf die physischen und psychischen Folgen von Einwirkungen von Belastungen oder auf die summarische Arbeitszufriedenheit fördernd aber auch hemmend auswirken können.

## Veränderungen ausgewählter Arbeitsbelastungen - 1

- ▼ **Zunahme:** Die Belastung (gemessen durch die Antwortmöglichkeiten „immer“ und „überwiegend“) durch andauernd hohen Zeitdruck (+ 7 Prozentpunkte), störende Unterbrechungen (+ 14 Prozentpunkte), unregelmäßige Arbeitszeiten (+ 11 Prozentpunkte), zu viele administrative Tätigkeiten (+ 3 Prozentpunkte) und mangelhaften Arbeitsschutz (+ 5 Prozentpunkte) nehmen auf jeweils unterschiedlich hohen Ausgangsniveaus zwischen 2003 und 2008 durchweg zu.
- ▼ 2008 geben im Maximum fast 75% der Befragten Belastungen durch andauernd hohen Zeitdruck und im Minimum fast 12% Belastungen durch mangelhaften Arbeitsschutz an.
- ▼ **Abnahme/keine Veränderungen:** Einige Belastungen haben in der Wahrnehmung der Pflegekräfte aber auch abgenommen oder sind etwa gleich geblieben. Dazu zählen die Belastung durch anstrengende Patienten/Angehörige und durch Einzelschicksale bzw. durch Sterben und Tod sowie die Angst um den Arbeitsplatz.

## Veränderungen ausgewählter Arbeitsbelastungen - 2

- ▼ Nur wenige Belastungen werden von mehr oder wenigen der Pflegekräfte „nie“ wahrgenommen. Darunter fallen die Organisationsmängel im Krankenhaus und die Belastung durch Einzelschicksale (von 10 bis 20% so wahrgenommen) und noch etwas häufiger die unregelmäßigen Arbeitszeiten (20-30%), der mangelhafte Arbeitsschutz (etwas mehr als 40%) und die Angst um den Arbeitsplatz (30-40%).

## Veränderungen von Ressourcen

- ▼ **Ressourcen:** abwechslungsreiche/interessante Tätigkeit, genügend Handlungsspielräume, viele Chancen etwas dazu zu lernen, starke persönliche Bestätigung, soziale Beziehungen
- ▼ **Sich verschlechternde Ressourcen:** Tätigkeit wird „überwiegend oder immer“ als interessant und abwechslungsreich wahrgenommen (89 % - 86 %), die Existenz von genügend Handlungsspielräumen (70 % - 62 %), eine starke persönliche Bestätigung (66 % - 58 %) und die Existenz von sozialen Beziehungen (68 % - 60 %).
- ▼ **Verbesserung von Ressourcen:** sehr geringfügige Zunahme der Vielzahl von Chancen, etwas dazuzulernen (63 % - 64 %)
- ▼ **ABER:** 2003 waren 79 Prozent der Meinung, sie seien gut ausgebildet, 2008 sagen dies nur noch gut 58 Prozent.
- ▼ Insgesamt zeigt sich aber innerhalb des Beobachtungszeitraums eine an Dynamik gewinnende Tendenz der Verringerung von Ressourcen: von 2003 auf 2006 um – 2 Prozentpunkte und von 2006 bis 2008 noch mal um – 5 Prozentpunkte

## Arbeitsbelastungen – Ressourcen: Folgen

- ▼ Tendenz: Gleichzeitigkeit der Zunahme oder des Erhalts der Belastungen und des Schwundes oder der Stagnation der Ressourcen
- ▼ Denken an Berufswechsel: multivariat analysiert begünstigen oder verhindern es nur wenige starke Faktoren.: Pflegekräfte, die Mehrfachbelastungen ausgesetzt sind haben eine um 43 Prozentpunkte und hochsignifikant erhöhte Chance, daran gedacht zu haben, ihre KollegInnen mit Mehrfachressourcen eine um 35 Prozentpunkte geringeres Risiko.

## Mehrfachbelastungen : was steckt dahinter?

- ▼ In einer multivariaten Analyse bestätigt sich eine Zunahme des Summenwertes hoher Belastung von +3 Prozentpunkten von 2003 auf 2006 oder von +7 Prozentpunkten von 2003 auf 2008.
- ▼ **Begünstigt werden Mehrfachbelastungen** insgesamt vor allem durch einen hohen Anteil administrativer Tätigkeit (+ 20 Prozentpunkte), durch langjährige Tätigkeit in der Basispflege (+ 3 Prozentpunkte), durch leitende Pfl egetätigkeit (+3 Prozentpunkte), durch die schlechte wirtschaftliche Lage des Krankenhauses (+ 5 Prozentpunkte), durch einen starken Einfluss der Verwaltung (+ 3 Prozentpunkte) und durch ein zu hohes Arbeitspensum der Pflegekräfte (+ 5 Prozentpunkte).
- ▼ **Entlastend wirken auf Mehrfachbelastungen** vor allem die Arbeit in Dauernachtschicht (-12 Prozentpunkte) und im Tagdienst ohne Schicht (- 16 Prozentpunkte) (in beiden Fällen ist die Referenzgruppe die Wechselschichttätigkeit mit und ohne Nachtschicht), ein guter interner Informationsfluss (- 8 Prozentpunkte), die gute Kooperation von Ärzten und Pflegekräften (- 7 Prozentpunkte) und ein bißchen die Arbeit in einem kleinen Krankenhaus (- 3 Prozentpunkte) und in einem Krankenhaus mit koordinierten Behandlungsabläufen (- 2 Prozentpunkte).

## Arbeitsteilung und Tätigkeitstransfer zwischen Ärzten und Pflegekräften 2006 und 2008

- ▼ Die Beteiligung der 3-jährig examinierten Pflegekräfte steigt in ihrer Wahrnehmung bei den folgenden Tätigkeiten zum Teil kräftig, teilweise bis zur Hälfte des Ausgangswertes an: i.v. Blut abnehmen (34 % - 54 %), i.v. Zugang legen (18 % - 30 %), Anhängen der Erst-Antibiose (i.v.) (47 % - 64 %), Antibiose austauschen (70 % - 82 %), aseptischer Verbandswechsel mit Wundspülung und/oder Austamponieren (62 % - 79 %), Entfernung von Wunddrainagen ( 55 % - 65 %), Entleeren/Wechseln von Wunddrainagen (41 % - 53 %), Fäden ziehen/Klammern entfernen (77 % - 85 %), Entscheidungen zur Schmerzmittelvergabe (55 % - 68 %)
- ▼ Es ist nicht zu erkennen, welche Tätigkeiten die Pflegekräfte abgeben bzw. unter den Bedingungen gewandelter Arbeitsteilung zurückfahren
- ▼ An der Beteiligung der Ärzte verändert sich auf unterschiedlichen Niveaus in dem zweijährigen Untersuchungszeitraum meist nichts oder nur relativ wenig.
- ▼ Beim **Anhängen einer Antibiose**, ihres Austausches, eines **antiseptischen Verbandswechsels** mit Wundspülung und Fäden ziehen oder Klammern entfernen zeigt sich auch eine Art kommunizierende Veränderung der Arbeitsteilung. Hier nimmt das Engagement der Ärzte durchweg leicht ab und das der Pflegekräfte so kräftig zu, dass ihr Gewicht hier deutlich über dem der Ärzte liegt.

## „DRG verstärken die Auswirkungen von Kostendruck auf die Behandlungswirklichkeit“ (Tendenz: ☹)

- ▼ Insgesamt ist der Anteil der Pflegekräfte, die einen eher negativen Einfluss der DRG auf die **Durchführung notwendiger Behandlungen** wahrnehmen bei 43 Prozent konstant geblieben
- ▼ Der Anteil, der eher einen positiven Einfluss wahrnahm, fiel von 14 (2006) auf 13 Prozent (2008)
- ▼ der negative Einfluss der DRG auf die **Versorgungsqualität** stieg von 51 (2006) auf 55 Prozent (2008),
- ▼ Der Anteil, der eher einen positiven Einfluss wahrnahm nahm auch hier von 13 (2006) auf 12 Prozent (2008) ab

## „DRG verbessern die Aufnahme ins Krankenhaus zum Vorteil der Patienten und des Krankenhauses“ (Tendenz:



- ▼ Eine ausführliche Pflegeaufnahme (Zusammenfassung der drei Items „Erhebung des Pflegeaufwands bei Aufnahme“, „Pflegeanamnese bei Aufnahme“ und „Pflegeplanung bei Aufnahme“) trägt unter der Bedingung abnehmender Liege- und damit auch Pflegezeiten sowie der Zunahme des Anteils schwererer Fälle (u.a. durch mehr ambulantes Operieren) zur Versorgungsqualität bei.
- ▼ Die Anzahl der Pflegekräfte, die diese Pflegeaufnahme machen, verringert sich von 2003 auf 2008 um 9 Prozentpunkte von 43 % auf 34 %. Auch alle drei Einzelbestandteile der pflegerischen Aufnahme haben jeweils gegenüber 2003 abgenommen.

**„DRG fördern die Strukturierung der Behandlungsabläufe und damit eine Verbesserung der Qualität.“ (Tendenz: 🗳️👍)**

- ▼ Auch andere Merkmale der Pflegeorganisation haben sich im Vergleich der Jahre 2003 und 2008 verändert: 89 Prozent geben in 2003 an, dass immer oder überwiegend eine gute Grundpflege gewährleistet ist. 2008 lag dieser Anteil 11 Prozentpunkte niedriger bei 78 Prozent

## „DRG führen vermehrt zu frühzeitigen Entlassungen“ (Tendenz: 👍)

- ▼ Aus Sicht der Pflegekräfte haben sich die zu **frühen Entlassungen** unter DRG-Bedingungen nahezu verdoppelt (Zunahme um 12 Prozentpunkte von 13 Prozent in 2003 auf 25 Prozent in 2008)
- ▼ immer weniger Patienten würden zu einem für den Heilungsprozess **optimalen Zeitpunkt** entlassen (Abnahme um 11 Prozentpunkte von 45 Prozent in 2003 auf 34 Prozent in 2008).

## „DRG verbessern die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Überleitung in nachgeordnete Versorgungsformen“ (Tendenz: ?)

- ▼ quantitativ Stagnation: Zwischen 2003 und 2008 veränderte sich der Anteil der Pflegekräfte, der die Existenz eines Entlassungsmanagements bestätigte, kaum und lag bei 56 %
- ▼ qualitativ Verschlechterung: Während 2003 bei 37 Prozent der Befragten das Entlassungsmanagement gut funktioniert, sind es 2008 nur noch 32 Prozent.

## Selbstbewertung von 41,7 % der 833 befragten „Krankenhäuser“ = Krankenhausmanagement

„Rund 90% der Krankenhäuser führten seit der Einführung des DRG-Systems kleine wie größere Veränderungen im Betten- und Belegungsmanagement, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung und in der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern durch. Bei über drei Viertel der Häuser fanden Optimierungsmaßnahmen im OP-Management und bei der Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen und Funktionsbereichen statt.

Größere Veränderungen ergaben sich bei fast der Hälfte der Krankenhäuser durch die Schaffung neuer Organisationseinheiten (z.B. Aufnahmestation, Kurzliegerstation, Intermediate-Care-Bereich). Bei über einem Drittel der Krankenhäuser wurden wesentliche Optimierungsmaßnahmen im Betten- und Belegungsmanagement, im OP-Management, im Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung durchgeführt.“

(DKI 2008: Pflegebarometer 2008: 4)

## Zusammenfassung

- ▼ Kein Beleg für das „übliche Gejammere“ bei Veränderungen, sondern eher Verfestigung negativer Bewertungen und Erfahrungen oder zu weniger positiven Erfahrungen
- ▼ Teilweise Validierung bzw. Bestätigung der von den Pflegekräften genannten Erfahrungen und Verhältnisse durch Ärzte und PatientInnen
- ▼ Die meisten von uns erhobenen Indikatoren verschlechtern sich oder verbessern sich nicht
- ▼ Verhältnis von Belastungen und Ressourcen verschlechtert sich speziell durch die Gleichzeitigkeit von Zu- und Abnahme
- ▼ Transfer neuer Tätigkeiten für Pflegekräfte verläuft nach einem add-on-Muster und kennt keine interne Limitierung mit der Gefahr von Über- und Unterforderung

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Wenn Sie regelmäßig mehr und Aktuelles  
über die nationale aber vor allem  
internationale Pflegekräfteforschung  
und weitere  
gesundheitswissenschaftliche  
Forschungen erfahren wollen, finden  
Sie dies u.a. unter  
[www. forum-gesundheitspolitik.de](http://www.forum-gesundheitspolitik.de)**