



Deutsches Institut
für angewandte
Pflegeforschung e.V.

Studie

Pflege-Thermometer 2009

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

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

50670 Köln
Tel.: 0221 / 4686130
Fax: 0221 / 4686139
<http://www.dip.de>

Pflege-Thermometer 2009

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

Zitationsvorschlag:

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

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

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

© 2010 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

<http://www.dip.de>

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

Inhaltsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

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

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

1. Zentrale Ergebnisse des Pflege-Thermometers

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

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

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

Chronischer Pflegemangel im Krankenhaus

Mit 772.000 Beschäftigten im Jahr 2008 stellt die ***Gesundheits- und Krankenpflege*** immer noch ***die größte Berufsgruppe im Bereich der Gesundheitswirtschaft*** dar. Zu den in allgemeinen Krankenhäusern beschäftigten 396.000 Pflegekräften gehörten im Jahr 2008 unter anderem 320.000 Gesundheits- und Krankenpfleger, 37.600 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und 17.500 Krankenpflegehelfer (inkl. Krankenpflegeassistenten). In der Gesundheits- und Krankenpflege sind überwiegend Frauen beschäftigt. Der Frauenanteil an den Pflegekräften insgesamt lag Angaben des Statistischen Bundesamtes zufolge im Jahr 2008 bei 86,4%, bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern waren es sogar 98,4%. Die befragten Pflegenden waren im Schnitt seit mehr als 16 Jahren in der Pflege tätig, was der These eines üblichen frühen Berufsausstiegs in der Pflege nach etwa fünf Jahren deutlich widerspricht.

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

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

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

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

Die Krankenhauspflege altert schneller

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

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

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

Belastungen steigen weiter – jeder Fünfte ist hoch belastet

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

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

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

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

Mängel in der Patientenversorgung nehmen zu

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

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

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

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

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

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

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

Weniger Nachwuchs bei bestehendem Fachkräftemangel

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

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

Berufsbild Gesundheits- und Krankenpflege ändert sich

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

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

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

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

Fazit: Handlungsbedarfe auf allen Ebenen

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

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

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

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

2. Hintergrund der Studie

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

2.1 Ziele der Pflege-Thermometer-Reihe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Hinweise zum Pflege-Thermometer 2009

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

² <https://www.nursingquality.org/>

³ Minnesota Evidence-based Practice Center 2007

⁴ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2006

⁵ Isfort 2007

⁶ In einer Online-Umfrage des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) im Jahr 2008/2009 wurde beispielsweise eine zunehmende Arbeitsbelastung und eine sinkende Pflegequalität bei 3.000 befragten Pflegenden festgestellt. 80,5% aller Teilnehmer waren der Ansicht, dass die Personalausstattung im Arbeitsbereich und in der Schicht unangemessen sei (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 2009). Im OP-Barometer von der Fachhochschule Frankfurt wurde im Rahmen einer Befragung von 2.200 Mitarbeitern im operativen Bereich ermittelt, dass 55,9% der Mitarbeiter angaben, dass die Patientengefährdung in den OP- Bereichen seit 2006 zugenommen habe. (http://www.fh-frankfurt.de/de/.media/~busse/3m_opbarometer_pflege2009_final.pdf)

⁷ download unter <http://www.dip.de>

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

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

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

3. Kennzahlen der Gesundheitsbranche

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

3.1 Kennzahlen des Gesundheitssektors im Überblick

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

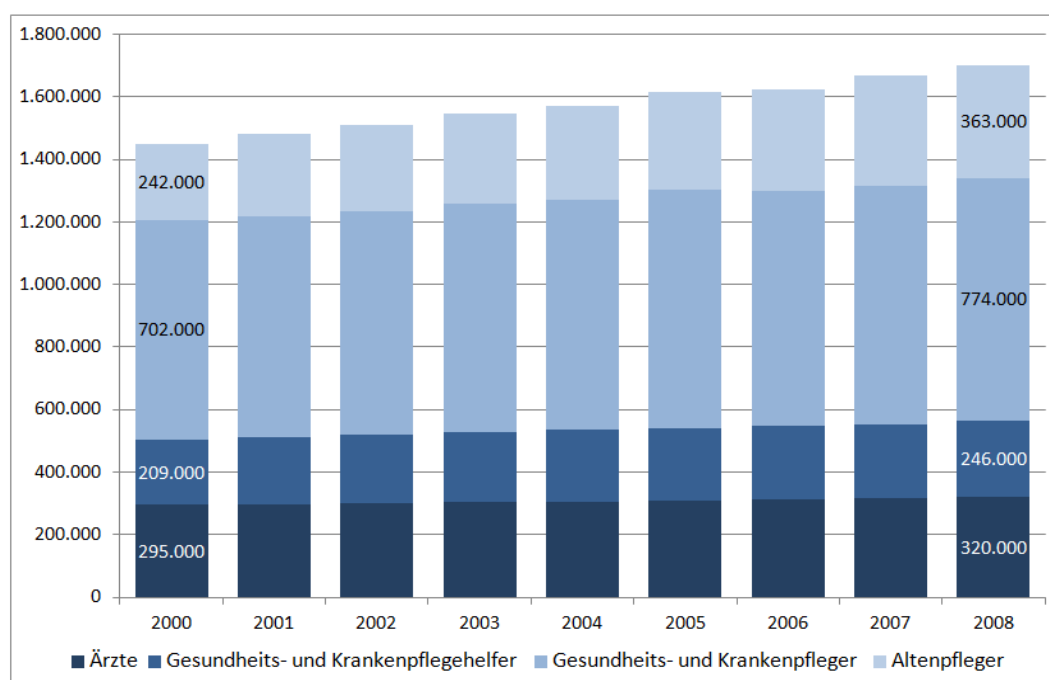


Abbildung 1: Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen © dip 2010¹¹

⁸ Germany Trade & Invest - Gesundheitssektor 09.03.2010

⁹ Statistisches Bundesamt 11.03.2010

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

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

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

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

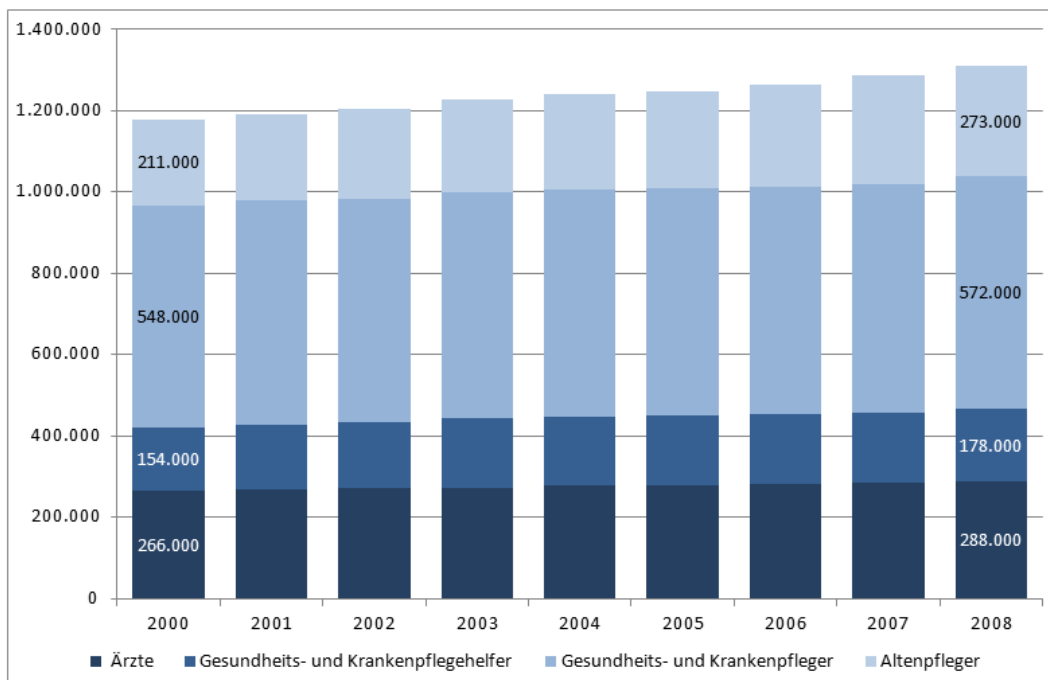


Abbildung 2: Umgerechnete Vollkräfte im Gesundheitswesen 2000 bis 2008 © dip 2010

¹² vgl. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes

¹³ Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2009

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

¹⁵ <http://www.gbe-bund.de>

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

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

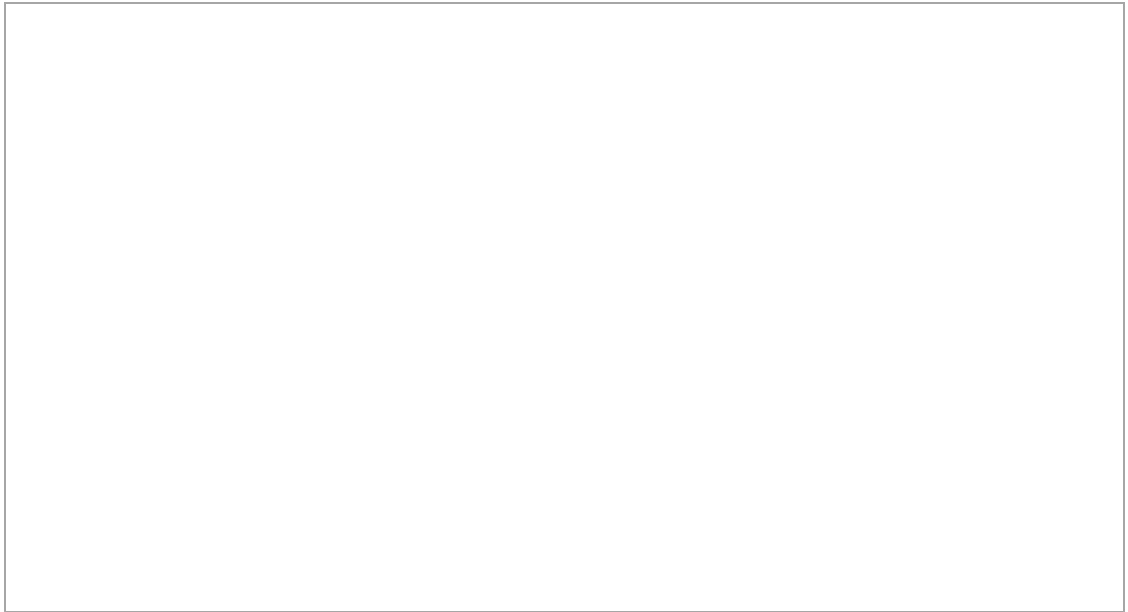
Wesentlich für diesen Anstieg ist die Entwicklung im stationären und im ambulanten Pflegebereich und somit die Zunahme der Versorgung Pflegebedürftiger.

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

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

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

¹⁶ Statistisches Bundesamt 09.03.2010



9\$\$ 85 \$) <

+///)**@ E\$E>/ ++\$*)/ \$
< = & I 4 \$0
L +\$?>* \$1
" 9 @??\$*** 3 2
I 4 E@"?M \$ -
" 4 9 -
4 " 9 4 (& "
3 , +@
" # \$ <
3 # 1 \$1 -
\$: & 9 (
I < U! Q #
1 , \$ +E
1 - 2 -
\$1 < 4 +/
9 4 (3 H ,
)***)**E +))\$*** +>@\$*** \$9
< - 4 ' \$ & L)***
CB\$***" -7 " L)**E

+@)**E
+E \$ 9 " 0\$% & " '\$% I " G\$% ! " #\$\$% #; " \$ 0\$ ()*+*, 4
1 \$9 # & VE 9 \$ B <
U!\$ 4 77 \$ 4\$
+ 4 77 \$ - \$ (<A" 3 (3 H , < ,

+@

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

0221 / 4686130

<http://www.dip.de>

Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Prof. Dr. Frank Weidner

Mitarbeit

Andrea Neuhaus M.A.

Sebastian Kraus

Veit-Henning Köster

Danny Gehlen