

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Bachelorstudiengang Pflegeentwicklung&Management

Ausstieg und Verbleib von Pflegenden in deutschen Krankenhäusern seit 2002

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 09.11.2011

Vorgelegt von: Nadine Tjessem

Betreuender Prüfender:

Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Zweite Prüfende bzw. zweiter Prüfer:

Zum Zeitpunkt der Abgabe noch nicht bekannt

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Darstellungsverzeichnis.....	5
1. Einleitung	6
1.1 Problemhintergrund	6
1.2 Bearbeitungsziel.....	7
1.3 Aufbau der Arbeit	7
2. Theoretische Grundlagen.....	8
2.1 Arbeitspsychologie und Betriebliches Gesundheitsmanagement	8
2.2 Die Zwei- Faktoren- Theorie von Herzberg et al.....	9
2.3 Das Unternehmensmodell von Badura et al.	12
3. Methodisches Vorgehen	15
3.1 Recherchestrategie	15
3.2 Ergebnis der Recherche	18
4. Kurzcharakterisierung der eingeschlossenen Quellen.....	19
4.1 Vorstellung der neun Studien	19
4.2 Vorstellung der zwei Befragungen und der statistischen Auswertung	27
5. Potenzielle Gründe für einen Ausstieg oder Verbleib.....	28
5.1 Kategorienbildung	28
5.2 Belastungsfaktoren.....	29
5.3 Ressourcen	35
6. Zusammenführung der Ergebnisse	39
6.1 Vorgehensweise	39
6.2 Belastungsfaktoren und negative Faktoren von Herzberg et al.	40
6.3 Belastungsfaktoren und negative Treiber von Badura et al.	41
6.4 Ressourcen und positive Faktoren von Herzberg et al.	42
6.5 Ressourcen und positive Treiber von Badura et al.	43

6.6 Aussagen der Quellen zu Ausstieg und Verbleib von Krankenpflegekräften	44
7. Diskussion und persönliches Fazit	44
Literaturverzeichnis	48
Anhang	
Eidesstattliche Erklärung	

Abkürzungsverzeichnis

ArbiK	Arbeitsbedingungen im Krankenhaus
AG	Arbeitgeber
AU- Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
AVO's	Arzneimittelverordnungen
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
DAK	Deutsche Angestellten- Krankenkasse
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
Dip	Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
DRG	Diagnosis related groups
ERI	Effort – Reward Imbalance Questionnaire
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GVK Plus	Gemeinsamer Verbundkatalog mit Online Contents
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
INIFES	Institut für Empirische Sozialökonomie
MBI	Maslach Burnout Inventory
MeSH	Medical Subject Headings
NEXT	Nurses' early exit study
NRW	Nordrhein- Westfalen
TAA-KH-S	Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus
TK	Techniker Krankenkasse
TNS-	Taylor Nelson Sofres- (Infratest Sozialforschung)
Ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
WAI	Work Ability Index
WAMP	Wandel von Medizin und Pflege im DRG- System

Darstellungsverzeichnis

Darstellung 1: Suchstrategie in PubMed S.16

Darstellung 2: Suchstrategie in CINAHL S.17

1. Einleitung

1.1 Problemhintergrund

„Pflegetotstand: „Der Kollaps ist längst da!“¹

„Kliniken befürchten Pflegetotstand“²

Der Mangel an Pflegepersonal, vielfach auch als Pflegetotstand betitelt, ist eines der am Häufigsten betrachteten Themen in Bezug auf pflegerische Versorgung in den Medien. Schlagzeilen, wie die zuvor genannten, beherrschen in diesem Zusammenhang die Titelseiten. Die Diskussion um den Pflegetotstand erscheint bedeutend, da zukünftig von einer Verschlechterung der Situation ausgegangen wird. Als einer der Gründe hierfür, wird der demografische Wandel genannt. In der Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland wird ein zukünftiger Rückgang der Geburtenraten, eine insgesamt steigende Lebenserwartung und eine Verschiebung der Altersstruktur prognostiziert. Letzteres bedeutet konkret, dass im Jahre 2060 34% der Bevölkerung mindestens 65 Jahre alt sein werden. Außerdem verringert sich der Anteil der Erwerbstätigen.³ Im Jahre 2009 ist die Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu dem Jahr 1999 um 16% gestiegen.⁴ Diese Entwicklungen weisen auf vermehrt auch im Krankenhaus zu versorgende, multimorbide, chronisch kranke und pflegebedürftige Patienten⁵ hin. Diese stehen zudem einer geringeren Anzahl von Schulabgängern und somit potenziellem Pflegenachwuchs gegenüber. Schon gegenwärtig führt der Mangel an Pflegepersonal zu einer verschärften Wettbewerbssituation um Fachkräfte, insbesondere bei Krankenpflegekräften mit Fachweiterbildungen in den Bereichen Anästhesie- und Intensivpflege oder für den Operationsdienst. Aus diesen Gründen wird es für das Unternehmen Krankenhaus zukünftig möglicherweise noch schwieriger sein, qualifiziertes Pflegepersonal für freie und zu besetzende Stellen zu gewinnen. Umso wichtiger scheint es, bereits vorhandene Krankenpflegekräfte an das eigene Unternehmen zu binden. Denn im Falle eines

¹ tz-online.de

² Der Tagesspiegel Deutschland 2007

³ Statistisches Bundesamt 2009, S. 5

⁴ Pfaff 2011, S. 6

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit nur die männliche Form verwendet. Wenn in Ausnahmefällen nicht beide Geschlechter gemeint sein sollten, wird dieses explizit kenntlich gemacht.

Ausstieges⁶ der Pflegekraft gehen sowohl immaterielle Vermögenswerte, wie Wissen und Erfahrung, als auch investierte Zeit und Geld verloren.⁷ Um die bereits vorhandenen Personalressourcen zu nutzen ist es notwendig, die möglichen Gründe der Krankenpflegekräfte für einen Ausstieg oder Verbleib bei ihrem Arbeitgeber (im Folgenden teilweise auch kurz: AG) zu identifizieren.

1.2 Bearbeitungsziel

Aus diesem Grunde wird in der vorliegenden Arbeit nicht der häufig diskutierte Ausstieg oder Verbleib bezogen auf den Pflegeberuf betrachtet, wie es beispielsweise in der nurses' early exit study (im Folgenden kurz: NEXT)⁸ der Fall ist, sondern der Ausstieg oder Verbleib von Krankenpflegekräften bezogen auf den aktuellen Arbeitgeber.

Ziel der Bearbeitung soll sein, Gründe der Krankenpflegekräfte für den Ausstieg aus ihrer aktuellen Arbeitssituation und ebenso für den Verbleib bei ihrem Arbeitgeber zu identifizieren. Die entsprechenden Belastungsfaktoren oder Ressourcen, könnten zukünftig dazu beitragen, Implikationen für die Praxis zu generieren. Denkbar wären in diesem Zusammenhang beispielsweise arbeitsorganisatorische Maßnahmen. Die zu betrachtenden Komponenten werden aufgrund des begrenzten Umfangs einer Bachelor- Thesis eingeschränkt. Zum Einen werden nur Quellen, welche sich auf den Zeitraum von 2002 bis zu dem Datum der durchgeführten Literaturrecherche beziehen herangezogen. Zum Anderen wird die Bearbeitung auf Pflegekräfte im deutschen Krankenhaussetting begrenzt.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit werden die Zwei- Faktoren- Theorie von Herzberg et al.⁹ aus der Arbeitspsychologie und das Unternehmensmodell von Badura et al.¹⁰ aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (im Folgenden kurz: BGM) vorgestellt. Beide treffen, unabhängig von dem betrachteten Berufsfeld, Aussagen zu Belastungsfaktoren und Ressourcen, die zu einem Ausstieg oder Verbleib von Mitarbeitern führen können. Diese Aussagen werden dann im weiteren Verlauf zur Analyse genutzt. Im nächsten Schritt

⁶ Im weiteren Verlauf der Arbeit bezieht sich das Wort „Ausstieg“ (ebenso wie „Verbleib“) immer auf einen Arbeitgeberwechsel. Sollte dieses einmal nicht der Fall sein, wird es explizit kenntlich gemacht.

⁷ Achouri 2011, S.131

⁸ Hasselhorn et al. 2005

⁹ Herzberg et al. 2010

¹⁰ Badura et al. 2008

werden Quellen identifiziert, welche Aussagen zu Belastungsfaktoren und Ressourcen im Krankenpflegebereich machen. Das methodische Vorgehen verdeutlicht sich anhand der Recherchestrategie. Desweiteren werden die Charakteristika der eingeschlossenen Quellen kurz dargestellt. Im weiteren Verlauf können die aus den Ergebnissen der eingeschlossenen Quellen resultierenden Belastungsfaktoren und Ressourcen verschiedenen Kategorien zugeordnet und beschrieben werden. Diese sind an die anfangs betrachtete Theorie der Arbeitspsychologie angelehnt. Die Zusammenführung der Ergebnisse erfolgt durch einen Vergleich der in den Quellen genannten Belastungsfaktoren und Ressourcen von Krankenpflegekräften mit den Aussagen von Herzberg et al.¹¹ und Badura et al.¹² bezogen auf Gründe für Ausstieg und Verbleib. Im Anschluss hieran werden zusätzlich Ergebnisse der Quellen zu den beiden Aspekten für die Krankenpflege betrachtet. Abschließend erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse und es werden mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Situation und somit auch der Bindung von Krankenpflegekräften für die Praxis skizziert.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Arbeitspsychologie und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Arbeitspsychologie beschäftigt sich laut Greif et al. mit der „theoretische(n) Analyse und Gestaltung der Beziehungen zwischen Individuum und Arbeitsplatz.“¹³ Als Teilgebiete werden hier unter anderem Arbeitszufriedenheit, -motivation, -gestaltung, Beanspruchung, Stress und psychische Gesundheit genannt.¹⁴ BGM ist nach Badura et al. „das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung von Beschäftigten.“¹⁵ Herzberg et al.¹⁶ und Badura et al.¹⁷ haben in diesen Kontexten Faktoren, welche positiv oder negativ auf die Arbeitseinstellung von Menschen wirken, bestimmt und die unterschiedlichen Auswirkungen dieser veränderten Einstellung zur Arbeit beschrieben. Betrachtet werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit nur die Auswirkungen

¹¹ Herzberg et al. 2010

¹² Badura et al. 2008

¹³ Greif et al. 1997, S.4

¹⁴ Ebenda, S.5-8

¹⁵ Badura et al. 2003, S.6

¹⁶ Herzberg et al. 2010

¹⁷ Badura et al. 2008

der Faktoren auf einen Ausstieg oder Verbleib von Mitarbeitern. Jost schreibt der Theorie von Herzberg et al.¹⁸, neben Maslows Hierarchie der Bedürfnisse, die „größte Popularität in der Arbeits- und Organisationspsychologie“ zu¹⁹ und von Rosenstiel bezeichnet sie als eine „der am intensivsten beachteten Inhaltstheorien...der Arbeitsmotivation.“²⁰ Andererseits gibt Jost an, dass ebendiese Theorie auch kontrovers diskutiert wird. Als Hauptangriffspunkte werden die unklare und je nach Einschätzung unterschiedliche Abgrenzung der verschiedenen Faktoren genannt, welche wiederum auch Wechselwirkungen untereinander ausgesetzt sind. Außerdem wird die Methode der Befragung von Mitarbeitern oft als negativ bewertet, da somit die Gefahr, Ursachen für die eigene Arbeitsunzufriedenheit eher anderen Menschen zuzuordnen.²¹

Aus diesem Grunde wird in der vorliegenden Arbeit zusätzlich das Unternehmensmodell von Badura et al.²² aus dem Bereich des BGM für die Auswirkung von Belastungsfaktoren und Ressourcen auf die Personalfuktuation hinzugezogen. Somit können sowohl die theoretischen Grundlagen aus der Arbeitspsychologie als auch der gesundheitsfördernden Ansatz des BGM betrachtet werden.

2.2 Die Zwei- Faktoren- Theorie von Herzberg et al.²³

Herzberg et al. haben mit Hilfe empirischer Erhebungen im Jahre 1959 in der Pittsburgh-Studie Ursachen für (Un-) Zufriedenheit bei Mitarbeitern bestimmt, welche aus Arbeitsbedingungen resultieren. In diesem Kontext wurden verschiedene Begriffe definiert und zwischen Faktoren der ersten und der zweiten Ebene unterschieden. Die 14 Faktoren der ersten Ebene sollen beeinflussende Ursachen für positive oder negative Einstellungen von Mitarbeitern gegenüber ihrer Arbeit möglichst objektiv beschreiben.

Der Faktor *Anerkennung* umfasst sowohl Beschuldigung, Kritik als auch Lob und Belohnung unabhängig von der ausübenden Person. *Leistung* wird über Erfolg und Misserfolg bezüglich der Durchführung einer Arbeit, der Lösung von Problemen oder der Arbeitsergebnisse definiert. Die *Möglichkeit zum Wachstum* beinhaltet den Aufstieg innerhalb des Unternehmens, eine Veränderung des eigenen Status, das Voranbringen

¹⁸ Herzberg et al. 2010

¹⁹ Jost 2000, S.31

²⁰ Rosenstiel 2007, S.88

²¹ Jost 2000, S.33- 34

²² Badura et al. 2008

²³ Herzberg et al. 2010

bereits vorhandener oder das Erlernen neuer Fähigkeiten und im negativen Fall, die Unmöglichkeit einer Weiterentwicklung. Ein ähnlicher Faktor ist die *Aufstiegsperspektive*, welche sich jedoch nur auf den tatsächlich (nicht) erfolgten Statuswechsel eines Mitarbeiters bezieht. Gehaltserhöhungen oder unerfüllte Erwartungen diesbezüglich sind unter dem Begriff *Gehalt* zusammengefasst. Die *Beziehungen zu Gleichgestellten, Untergestellten und Vorgesetzten* können entweder im privaten Kontext während der Arbeitszeit oder im Zusammenhang mit der Arbeit, in jeweils unterschiedlichen Qualitäten, bestehen. Ergänzend hierzu betrachtet der Faktor *Führungsstil* die (In-) Kompetenz des Vorgesetzten, sowie seine (Un-) Gerechtigkeit, den (Wider-) Willen Verantwortung zu delegieren oder Mitarbeiter anzulernen. *Verantwortung* wird über das Verhältnis zu den gegebenen Befugnissen beschrieben. Zur *Unternehmenspolitik und -verwaltung* zählen die Angemessenheit oder Unzulänglichkeit der Organisationsform und des (Personal-) Managements des Unternehmens, beispielsweise im Hinblick auf Kommunikation, Hierarchie oder Befugniserteilung. Wenn die beeinflussende Ursache für eine positive oder negative Arbeitseinstellung in der *Arbeit selbst* liegt, wird diese dem gleichnamigen Faktor zugeordnet. Denkbar sind hier Routine, Abwechslung, Kreativität, Langeweile, zu einfache oder zu schwere Aufgaben, die Beteiligung an dem gesamten Arbeitsprozess oder nur an kleinen Teilschritten. *Arbeitsbedingungen* hingegen beziehen sich auf die Arbeitsmenge oder Arbeitsumgebung, wie Belüftung, Helligkeit und Werkzeuge. *Persönliche berufsbezogene Lebensbedingungen* sind Versetzungen innerhalb des Unternehmens und andere, als positiv oder negativ empfundene, Einflüsse des Berufslebens auf die familiäre Situation. Dem *Status* wurde als Faktor nur Bedeutung zugesprochen, wenn seine Veränderung und die daraus resultierenden Konsequenzen, wie der Erhalt eines Firmenwagens, tatsächlichen Einfluss auf die Einstellung zur Arbeit hatten. Der Begriff *Arbeitssicherheit* beinhaltet die objektive Einschätzung dieser, im Hinblick auf die (Un-) Beständigkeit der Unternehmenszukunft. Subjektive Einschätzungen hingegen zählen zu den Faktoren der zweiten Ebene. Herzberg et al. haben hierfür die *Gefühle* der Mitarbeiter bezogen auf die positiv oder negativ wirkenden Faktoren der ersten Ebene ermittelt^{24, 25}. Im nächsten Schritt werden die möglichen Effekte der veränderten Arbeitseinstellung der Mitarbeiter analysiert und in fünf Kategorien unterteilt. Der Effekt auf die Kategorie *Leistung* eines Mitarbeiters hat unterschiedliche Ausprägungen. Zum Einen kann die

²⁴ „What did these events mean to you?“ (Ebenda, S.50)

²⁵ Ebenda, S.44-50

reguläre Arbeitsleistung unverändert bleiben, zum Anderen kann sie sich in eine positive beziehungsweise negative Richtung im Hinblick auf Qualität oder Quantität bei der Arbeitsdurchführung entwickeln. Der Effekt auf den *Ausstieg* bezeichnet sowohl den Gedanken an eine Kündigung, die ersten Schritte zur Vorbereitung dieser und den tatsächlich vollzogenen Ausstieg aus dem Unternehmen. Als positiver Effekt für das Unternehmen ist das Ablehnen eines anderen Jobangebotes denkbar. Ebenso wirkt eine veränderte Einstellung zu der Arbeit auf die *psychische Gesundheit*. Zu den positiven Veränderungen zählen verringerte Anspannung, Gewichtszunahme bei Untergewicht, Nikotin- oder Alkoholentwöhnung. Negativ sind hingegen psychosomatische Erkrankungen der Haut, des Verdauungs- und des Herzkreislaufsystems oder auch nur einzelne Symptome, wie Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Appetitverlust oder Angstzustände. Verbesserte oder verschlechterte Beziehungen der Mitarbeiter zu ihrer Familie oder Freunden werden unter der Effektkategorie der *zwischenmenschlichen Beziehungen* erfasst. Positive oder negative Einflüsse auf die *Einstellung* eines Mitarbeiters können sich auf ihn selbst, sein Berufsbild, seine Kollegen oder das Unternehmen beziehen.²⁶

Die Auswirkungen der Faktoren auf eine positive oder negative Arbeitseinstellung der Mitarbeiter werden in diesem Zusammenhang nur auf den relevanten Aspekt *Ausstieg* betrachtet. Herzberg et al. haben im Rahmen ihrer Studiauswertung Faktoren erster und zweiter Ebene betrachtet, welche dazu führen, dass Mitarbeiter sich entscheiden ein Unternehmen nicht zu verlassen oder ein anderweitiges Jobangebot abzulehnen. Der hierfür bedeutendste positive Faktor ist *Leistung*, im Sinne eines erfolgreich abgeschlossenen Auftrages. Danach folgen *Anerkennung* und *Arbeit selbst, Verantwortung* und *Aufstiegsperspektive*, in den zuvor beschriebenen positiven Ausprägungen.²⁷

Zu den negativen Faktoren, welche den Ausstieg von Mitarbeitern oder auch nur den Gedanken an diesen und damit verbundene Aktivitäten fördern, zählen an erster Stelle die *Unternehmenspolitik und -verwaltung*. Negativ wirken sich in diesem Zusammenhang überflüssige Anstrengungen der Mitarbeiter, Machtkämpfe und ungerechte Personalpolitik aus. An zweiter Stelle findet sich der Faktor unpassender *Führungsstil*, gefolgt von fehlender *Anerkennung*. Ungerechtigkeiten in Bezug auf *Gehaltserhöhungen* wirken ebenso negativ, wie *Arbeit selbst*, wenn die Mitarbeiter keine Möglichkeiten der

²⁶ Ebenda, S.51- 54

²⁷ Ebenda, S. 59-61, 88

Weiterentwicklung oder Kreativität haben. Als am Geringsten aber dennoch auf den Ausstieg wirkende Faktoren gelten mangelnde *Aufstiegsperspektiven* und inakzeptable *Arbeitsbedingungen*, sowie fehlende Hilfsmittel oder eine zu hohe beziehungsweise zu geringe Arbeitsmenge. Wenn die genannten negativen Faktoren über einen Zeitraum von mehreren Wochen oder länger in den Mitarbeitern negative Einstellungen gegenüber ihrer Arbeit auslösen, ist die Bereitschaft zum Arbeitgeberwechsel höher, als bei einem kurzen Zeitraum.²⁸

2.3 Das Unternehmensmodell von Badura et al.²⁹

Badura et al. haben in den Jahren von 2006 bis 2008 im Rahmen ihres Forschungsprojektes zur Kennzahlenentwicklung im BGM ein Unternehmensmodell mit Variablen und Wirkungsketten für Unternehmenserfolg und Mitarbeitergesundheit abgeleitet. Das Modell unterscheidet zwischen der unabhängigen Variabel Treiber und der abhängigen Variabel Ergebnisse. In diesem Zusammenhang wurden fünf Treiber definiert, welche direkt beeinflussbar sind und sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Ergebnisse haben können. Als Beispiele für einen positiven Einfluss der Treiber werden Ergebnisse, wie Wohlbefinden, verbesserte Lebensqualität, Gesundheit, gesteigerte Arbeitsmotivation und Bindung der Mitarbeiter an das Unternehmen genannt. Denkbare negative Auswirkungen sind soziale Konflikte, Ängste, Gefühle der Hilflosigkeit, Überforderung, Krankheit oder auch Ausstieg.

Zu den Treibern zählen das *Netzwerk-*, das *Führungs-* und das *Überzeugungs-/ Wertekapital*, ebenso wie *fachliche Kompetenz* und *immaterielle Arbeitsbedingungen*.

Elemente des *Netzwerkkapitals* bilden der Zusammenhalt innerhalb einer sozialen Einheit, der soziale Fit, die soziale Unterstützung, Kommunikation und Vertrauen. Der Zusammenhalt spiegelt sich anhand des sozialen Klimas, dem Integrationsgrad der Mitglieder einer sozialen Einheit, der Fähigkeit zur gemeinsamen Lösung von Problemen und der Regulierung von Gefühlen wider. Sozialer Fit beschreibt den Grad der Harmonie zwischen Mitarbeitern auf menschlicher Ebene. Soziale Unterstützung ist gekennzeichnet durch unterschiedlich ausgeprägte Einsatz-, Unterstützungs- und Hilfsbereitschaft unter den Mitarbeitern. Die Kommunikation hat in Bezug auf Qualität und Quantität

²⁸ Ebenda, S. 23, 70-78, 88-89

²⁹ Badura et al. 2008

verschiedene Erscheinungsformen und Vertrauen zeigt sich in der Häufigkeit des Austausches persönlicher Belange und in Verlässlichkeit.

Führungskapital subsummiert die Punkte Kommunikation, soziale Kompetenz, Vertrauen, Akzeptanz, Macht- und Mitarbeiterorientierung. Zur Kommunikation zählen das entsprechende Verhalten der Führungskraft, ihr Umgang mit Konflikten und Vorschlägen, ebenso wie Vollständigkeitsgrad und Zeitpunkt der Weitergabe von Informationen. Soziale Kompetenz spiegelt sich in der Gerechtigkeit gegenüber Mitarbeitern wider. Akzeptanz der Führungskraft wird durch den Anerkennungsgrad ihrer Funktion als Vorbild durch die Mitarbeiter definiert. Verschiedene Abstufungen von Dominanz in Bezug auf Meinungsäußerungen, Schuldzuweisungen und Kritik sind ein Indikator für Machtorientierung. Das Ausmaß des Einsatzes für die beruflichen oder privaten Belange der Mitarbeiter, sowie die Art der Leistungsanerkennung werden unter dem Punkt der Mitarbeiterorientierung zusammengefasst.

Das *Überzeugungs-/ Wertekapital* spiegelt sich in der Unternehmenskultur wider. Der Grad der Übereinstimmung von Unternehmensmitgliedern mit Visionen, Zielen, Grundwerten, Überzeugungen, Verhaltensstandards und Regeln ist hier ebenso wie deren Umsetzung im betrieblichen Alltag ausschlaggebend.

Fachliche Kompetenz wird zum Einen über die vorangegangenen Ausbildungen und die Anzahl der Fort- und Weiterbildungen abgebildet, zum Anderen über die Dauer der Berufstätigkeit und Betriebszugehörigkeit.

Den *immateriellen Arbeitsbedingungen* zuzuordnen sind die Elemente Sinnhaftigkeit, Partizipationsmöglichkeiten, Handlungsspielraum, Qualität der Arbeitsbeziehungen, die Definition der Arbeitsaufgabe und die Verständlichkeit des Arbeits- und Organisationsgeschehens, sowie die Zufriedenheit hiermit. Sinnhaftigkeit der Arbeit bezieht sowohl den Anteil am betrieblichen Erfolg als auch den Grad der persönlichen Befriedigung ein. Der Handlungsspielraum bezeichnet die, dem Mitarbeiter übertragene Möglichkeit, zur Zeiteinteilung und Entscheidung über Arbeitsinhalte. Die Definition der Arbeitsaufgabe umfasst deren Inhalte, Ziele und die Kompetenzen der ausführenden Person. Zu den Arbeits- und Organisationsbedingungen zählen Entscheidungstransparenz, Lohn, Arbeitsplatzausstattung und Angebote zur Fort- und Weiterbildung.³⁰

Die Variabel Ergebnisse ist in *Früh- und Spätindikatoren* untergliedert. *Frühindikatoren* deuten auf eine mögliche Entwicklung der Ergebnisse in die gewünschte oder auch in eine

³⁰ Ebenda, S. 31-38

unerwünschte Richtung hin. Hierunter fallen die Indikatoren psychisches und physisches Befinden, Commitment, Organisationspathologien und Work- Life- Balance. Psychische Gesundheit wird über das Wohlbefinden, das Selbstwertgefühl und depressive Verstimmungen definiert. Zu physischem Befinden zählen der Gesundheitszustand und damit verbundene psychosomatische Erscheinungen. Commitment bezeichnet die innere Bindung, die Gefühle und das Engagement der Mitarbeiter in Bezug auf ihren Arbeitgeber. Mobbing, als Gegenpol zur sozialen Unterstützung, und die innere Kündigung, zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes der Gerechtigkeit, gelten als Organisationspathologien. Die innere Kündigung eines Mitarbeiters kann in verschiedenen Ausprägungen erfolgen. Denkbar sind Leistungsreduzierung oder –verweigerung und verminderte Eigeninitiative oder Engagement. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird als Work- Life- Balance bezeichnet und zeigt sich in dem Ausmaß der Planbarkeit und Beeinträchtigung des Privatlebens.

Angestrebte oder unerwünschte Ergebnisse sind hingegen bereits *Spätindikatoren*. Zu nennen sind hierbei die Qualität des Arbeitsablaufes, Fehlzeiten, Arbeitsunfälle und Ausstieg. Qualität bildet sich in den Bedingungen, Prozessen und Ergebnissen der Arbeit, sowie in der Kundenorientierung, der Einhaltung von Standards und der Verbesserung des Unternehmens ab. Als Fehlzeiten gelten alle durch Unfälle und physische oder psychische Beeinträchtigungen entstandenen Ausfälle von Mitarbeitern. Ausstieg kann zum Einen durch Kündigung seitens des Arbeitgebers oder auch, in häufig unerwünschter Form, seitens des Arbeitnehmers ausgelöst werden.³¹

Die direkten Zusammenhänge von Treibern und Ergebnissen werden im Rahmen dieser Arbeit nur auf die inhaltlich relevanten Aspekte Commitment und Ausstieg betrachtet. Badura et al. sehen den *Frühindikator* Commitment als maßgeblich beeinflussenden Faktor für den *Spätindikator* Ausstieg. Jenes kann laut Badura et al. durch die Treiber *Netzwerk-, Führungs-, Überzeugungs-/ Wertekapital, fachliche Kompetenz* und die *immateriellen Arbeitsbedingungen* positiv oder negativ beeinflusst werden und somit eine entsprechend niedrige oder hohe Fluktuationsrate auslösen. Als bindende Faktoren werden ein ausgeprägter sozialer Zusammenhalt, eine hohe soziale Kompetenz der Führungskraft, die erfolgreiche Integration von Werten und Normen in einem Unternehmen, die erlebte Sinnhaftigkeit der gestellten Aufgabe und die Zufriedenheit mit dem Arbeits- und Organisationsgeschehen benannt. Dieses bewirkt somit eine Verringerung des Ausstiegs.

³¹ Ebenda, S. 38-41

Dieselben Treiber führen in ihrer negativen Ausprägung jedoch auch zu vermehrtem Ausstieg des Personals aus dem Unternehmen.³²

3. Methodisches Vorgehen

3.1 Recherchestrategie

Die Recherche hatte zum Ziel Studien zu identifizieren, welche Aussagen zu Gründen für den Ausstieg oder Verbleib von Pflegenden deutscher Krankenhäusern seit dem Jahre 2002 treffen oder gegebenenfalls Rückschlüsse hierauf zulassen. Hierfür wurde auf Quellen des eigenen Bestandes, fachspezifische Datenbanken, Suchmaschinen des Internets, der Hochschulen und abschließend auch auf die Referenzen der zuvor ausgewählten Studien zurückgegriffen. Im ersten Schritt wurde der eigene Bestand im Hinblick auf das gewählte Thema gesichtet. Im zweiten Schritt erfolgte eine Datenbankrecherche, um möglichst Ergebnisse aus aktuellen Studien zu erhalten und die Suche zu systematisieren. Als fachspezifische Datenbank wurde zunächst PubMed³³ gewählt, da diese die Datenbank Medline miteinbezieht. Für die Suche wurden anhand des Themas der vorliegenden Arbeit folgende Stichworte identifiziert: „Ausstieg“, „Verbleib“, „Krankenpflege“ und „Deutschland“. Die Stichworte wurden entsprechend der Datenbank in die englische Sprache übersetzt und, wenn bekannt, ebenso deren Synonyme verwendet. Wenn ein Stichwort sowohl als Subjekt, Verb oder Adjektiv genutzt werden konnte, wurde dieses am Ende des potenziell gemeinsamen Wortstammes mit einer Trunkierung (*) versehen, um alle Möglichkeiten einzuschließen.

Hieraus ergaben sich folgende Stichworte:

- „Ausstieg“ = exit*, opt* out, turnover, leav*, quit*, mov*
- „Verbleib“ = continu*, stay*, endur*, last*, remain*, stick*, persist*, retent*
- „Krankenpflege“ = nurs*, car*, health car*, hospital*
- „Deutschland“ = german*

Die Suche wurde nicht mit Medical Subject Headings (MeSH) durchgeführt, da nicht alle Zitate hiermit versehen und aktuelle Studien oft noch nicht inbegriffen sind. Um die Anzahl der potenziellen Studien entsprechend des Themas einzugrenzen und somit nur relevante Treffer zu erhalten, wurde die Funktion „Limits“ der Datenbank genutzt. Diese Einschränkungen bezogen sich auf Veröffentlichungen in dem Zeitraum vom 01. Januar

³² Ebenda, S. 93-94

³³ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

2002 bis zu dem aktuellen Suchdatum. Außerdem wurde die Suche auf Menschen beschränkt, da Tiere für die Fragestellung keine Relevanz haben. Ebenso wurde aufgrund der vorhandenen Sprachkenntnisse nur nach deutsch- oder englischsprachigen Studien gesucht. Die Treffer der Synonyme für „Ausstieg“, „Verbleib“ und „Krankenpflege“ wurden jeweils mit Hilfe dem zur Verfügung stehenden Booleschen Operator „OR“ der Datenbank verbunden, um eine gemeinsame Trefferquote für das jeweilige Stichwort zu erhalten. Hiernach erfolgte eine Verbindung der gemeinsamen Trefferquote der Synonyme mit dem englischen Stichwort für „Deutschland“ mittels der Konjunktion „AND“. Dieses führte zu 327 potenziell passenden Studien:

Suchnummer	Stichwort	Limits	Treffer
1		English, German, Humans, Publication Date from 2002/01/01 to 2011/09/09	3.090.140
2	exit*		4.282
3	opt* out		2.025
4	leav*		16.209
5	quit*		4.755
6	mov*		87.310
7	continu*		144.932
8	stay*		39.829
9	endur*		9.319
10	last*		75.731
11	remain*		227.546
12	stick*		2.680
13	persist*		65.282
14	retent*		20.030
15	nurs*		120.322
16	car*		4.997
17	health car*		161.584
18	hospital*		649.788
19	german*		191.336
20	2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6		113.239
21	7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13 OR 14		519.534
22	15 OR 16 OR 17 OR 18		843.590
23	19 AND 20 AND 21 AND 22		327

Darstellung 1: Suchstrategie in PubMed

Als weitere fachspezifische Datenbank für die Recherche diente CINAHL³⁴. Die Stichworte wurden in reduzierter Form von der vorangegangenen PubMed- Suchstrategie übernommen, da CINAHL weniger Eingabefelder bereithält.

Daraus ergaben sich folgende Stichwörter:

- „Ausstieg“ = exit*, leav*, quit*
- „Verbleib“ = stay*
- „Krankenpflege“ = nurs*
- „Deutschland“ = german*

Die Suche wurde auf den Zeitraum vom 01. Januar 2002 bis zum aktuellen Suchdatum und auf Menschen beschränkt. Außerdem konnten die Hauptüberschriften auf die von der Datenbank vorgegebenen Themen „sick leave“, „personnel turnover“, „work environment“, „job re- entry“, „intention“ und „job satisfaction“ begrenzt werden. Die Treffer der Synonyme für das Stichwort „Ausstieg“ wurden wiederum mit dem Booleschen Operator „OR“ verbunden und anschließend durch „AND“ mit den englischen Stichwörtern für „Verbleib“, „Krankenpflege“ und „Deutschland“ zusammengefasst. Die Suchstrategie ergab 713 potenzielle Treffer:

Stichwort	Boolescher Operator	Treffer
exit*		
	OR	
leav*		
	OR	
quit*		
	AND	
stay*		
	AND	
nurs*		
	AND	
german*		
		713

Darstellung 2: Suchstrategie in CINAHL

Eine weiterführende Recherche in der Datenbank Medpilot wurde begonnen, jedoch brachten die Suchergebnisse keine neuen relevanten Treffer. Die Durchsuchung des Gemeinsamen Verbundkatalogs mit Online Contents (im Folgenden kurz: GVK Plus)³⁵

³⁴<http://web.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=fe9a54f1-3175-452c-9a05-ca22b0fe32c9%40sessionmgr12&vid=2&hid=15>

³⁵ http://gso.gbv.de/DB=2.2/SET=5/TTL=1/START_WELCOME

erfolgte ebenso anhand der vier zuvor definierten deutschen Stichworte, wie bei der online Suchmaschine Google Scholar³⁶. Im letzten Schritt wurden die Literaturverzeichnisse der ausgewählten Quellen nach weiterer potenziell passender Literatur gesichtet.

3.2 Ergebnis der Recherche³⁷

Die Recherche im eigenen Bestand ergab eine passende Studie von Holger Buxel (im Folgenden: Studie 1).

Wie zuvor beschrieben erzielte die Suchstrategie in der Datenbank PubMed 327 Treffer. Hiervon beschäftigten sich 316 gelesene Überschriften der Studien nicht annähernd mit der gewünschten Thematik. Die verbliebenen elf Quellen wurden anhand der Abstracts auf ihre Tauglichkeit beurteilt. Neun Studien hatten jedoch einen anderen Themenschwerpunkt oder bezogen sich auf andere Länder. Die Studie von Schulz et al. (im Folgenden: Studie 2) und die Sekundäranalyse von Simon et al. zu der NEXT hingegen konnten verwendet werden. Die Suchstrategie in der Datenbank CINAHL führte zu 713 Treffern. Hiervon konnten 645 schon anhand der Überschrift verworfen werden und drei Studien waren bereits aus den vorangegangenen Rechenschritten bekannt. Das Lesen von 65 Abstracts führte zu den Sekundäranalysen von van der Heijden et al., Estry- Béhar et al. und Camerino et al., welche sich ebenfalls auf NEXT bezogen. Somit konnten durch die Homepage von NEXT³⁸ die entsprechende Primärquelle (im Folgenden: Studie 3) und fünf weitere Sekundärquellen hierzu erschlossen werden.

Die Recherche im GVK Plus ergab nach Ausschluss nicht verwendbarer Quellen anhand der Überschriften jeweils eine Befragung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (im Folgenden kurz: DBfK und Befragung 1) und eine Studie von Braun et al. (im Folgenden: Studie 4) Durch den Studienbericht von Braun et al. über das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG³⁹- System“ (im Folgenden kurz: WAMP), wurde die entsprechende Webseite⁴⁰ identifiziert und somit vier weitere dazugehörige Quellen erschlossen. Über Google Scholar konnten ebenfalls, nach vorangegangenem Ausschluss anhand der Überschriften, die Studien von Bartholomeyczik et al. zu „Arbeitsbedingungen

³⁶ <http://scholar.google.de/>

³⁷ Die Flowcharts der Suchstrategie sind den Anhängen A.A und A.B zu entnehmen

³⁸ <http://www.next.uni-wuppertal.de/>

³⁹ Diagnosis related groups (im Folgenden kurz: DRG) = Das Klassifikations- und Abrechnungssystem der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Braun et al. 2004, S. 22)

⁴⁰ <http://www.wamp-drg.de/>

im Krankenhaus“ (im Folgenden kurz: ArbiK und Studie 5), Behrens et al. (im Folgenden: Studie 6), Metz et al. (im Folgenden: Studie 7) und die Befragung des Deutschen Gewerkschaftsbundes (im Folgenden kurz: DGB und Befragung 2) gefunden werden. Die Studie über ArbiK verwies auf die dazugehörige Homepage⁴¹ und ergab somit eine weitere nutzbare Quelle. Im letzten Schritt wurden alle Literaturverzeichnisse der gefundenen Quellen auf weitere potenziell nutzbare Literatur durchsucht. Hierbei konnten durch NEXT die statistische Auswertung von Anja Afentakis (im Folgenden: Statistische Auswertung), die Studie von Isfort et al. (im Folgenden: Studie 8) und durch Schulz et al. die Studie von Grabbe et al. (im Folgenden: Studie 9) identifiziert werden. Zur Bearbeitung des Themas der vorliegenden Arbeit, wurden entsprechend 9 Studien und 14 dazugehörige Sekundärquellen herangezogen. Unterstützend werden ebenso die zwei Befragungen und die statistische Auswertung betrachtet.

4. Kurzcharakterisierung der eingeschlossenen Quellen

4.1 Vorstellung der neun Studien

Im Folgenden werden die zuvor identifizierten Quellen vorgestellt. In diesem Zusammenhang werden die unterschiedlichen Merkmale, wie Zeitraum, gewähltes Studiendesign, eingeschlossene Stichprobengröße, Ziel oder Auftraggeber kurz beschrieben. Dieses soll dem Leser die Möglichkeit einer ersten Einschätzung der jeweiligen Repräsentativität ermöglichen.

Die Studie 1 wurde von den Maltesern und der Healthcare Personalmanagement GmbH finanziert. Ziel war es, „...Einblicke in die arbeitsplatzbezogenen Bedürfnisse, die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und das Jobwahlverhalten...“ von Pflegepersonal zu erlangen und somit Schlussfolgerungen für die Optimierung der Pflegepersonalgewinnung und –bindung ableiten zu können.⁴² Aus diesem Grunde erhielten Pflegekräfte im Rahmen einer Verbundstudie in Kooperation mit deutschen Krankenhäusern, Pflegeheimen und Ausbildungseinrichtungen einen Fragebogen.⁴³ Die eingeschlossene Stichprobe umfasste 3.145 Krankenpflege- und 618 Altenpflegekräfte, welche laut Autor einen Querschnitt der Berufsgruppe bezogen auf Alter, Geschlecht, wöchentliche Arbeitszeiten, Berufserfahrung, sowie Trägerschaft, Bettenanzahl, Standort und Versorgungsauftrag des Arbeitgebers

⁴¹ <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2032.html>

⁴² Buxel 2011, S. 2

⁴³ Ebenda, S. 26

darstellen. Die 740 befragten Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege umfassten ebenso unterschiedliche Altersgruppen, Geschlechter und Bildungshintergründe. Bezogen auf die Krankenhäuser und Ausbildungseinrichtungen war das Bundesland Nordrhein- Westfalen (im Folgenden kurz: NRW) verstärkt vertreten, ebenso wie bei den Einrichtungen der Altenpflege. Wobei hier ein weiterer Schwerpunkt auf Sachsen, Bayern und Baden- Württemberg lag.⁴⁴ Die Feldphase fand von Juni bis August 2010 statt. In dieser Zeit wurden die anonymen Fragebögen in schriftlicher Form oder online an die Zielgruppe versandt. Diese beinhalteten allgemeine Fragen zur Person und zum Arbeitsumfeld, ebenso wie speziell auf das Untersuchungsziel abgestimmte Fragen zum Jobwahl-/ Ausbildungsentscheidungsverhalten, zu den Arbeitsplatzanforderungen oder der Motivation und Zukunftserwartung. Die Fragebögen für das bereits examinierte Pflegepersonal enthielten zusätzlich Fragen zur Arbeitsplatzzufriedenheit, Wechselbereitschaft, Arbeitgeberbindung und anderen ausgewählten Problemfeldern.⁴⁵ Anschließend identifizierte eine Lever- Matrix- Analyse, anhand der von den Befragten gemachten Angaben zur Wichtigkeit, die jeweiligen Hebel zur Steigerung der Arbeitsplatzzufriedenheit. Die Ursache- Wirkungszusammenhänge der Hebel wurden mit Hilfe der multivariaten Kausal- Analysemethodik NEUSREL bestimmt.⁴⁶

Im Rahmen der Querschnittstudie wurden in Studie 2 von September bis Dezember 2007 Fragebögen an 389 Krankenpfleger in vier deutschen Krankenhäusern versandt. Hiervon befanden sich 13,4 % noch in der Ausbildung und 147 arbeiteten im Bereich der psychiatrischen Pflege. Grundlage für den Fragebogen waren der Effort- Reward Imbalance Questionnaire (im Folgenden kurz: ERI) und der Maslach Burnout Inventory (im Folgenden kurz: MBI). Der ERI deckt chronischen Stress im Arbeitsumfeld auf und misst hierfür das Verhältnis zwischen extrinsischem Einsatz (Reichweite von sechs bis 30) und Belohnung (Reichweite von elf bis 55). Ein daraus errechneter ERI- Quotient, der größer als eins ist, deutet auf ein unausgewogenes und für den Arbeitnehmer als negativ empfundenen Verhältnis der beiden genannten Punkte zueinander hin. Der MBI stellt die drei Dimensionen des Burnouts, also emotionale Erschöpfung, reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit und Depersonalisation, dar. Je höher die Werte für emotionale Erschöpfung (Reichweite von 0 bis 54) und Depersonalisation (Reichweite von 0 bis 30) ausfallen und je geringer die der persönlichen Leistungsfähigkeit (Reichweite von 0 bis

⁴⁴ Ebenda, S. 8, 12- 13

⁴⁵ Ebenda, S. 26- 31

⁴⁶ Ebenda, S. 61

48), desto größer ist das Burnout- Risiko der getesteten Person. Hierdurch sollte sich dem Ziel der Studie genähert werden, ob die genannten Aspekte bei Krankenpflegepersonal aus dem medizinischen oder psychiatrischen Bereich und Auszubildenden in unterschiedlicher Häufigkeit auftreten. Es wurde von der Hypothese ausgegangen, dass sich entsprechend negative Werte in hohen Fehlzeiten und Berufsausstieg zeigen. Die Studie wurde von den Bodenschwingschen Anstalten Bethel finanziert.⁴⁷

Die Studie 3 wurde in dem Zeitraum von Februar 2002 bis Juni 2005 als Längsschnittstudie durchgeführt und von der Europäischen Union finanziert, sowie dem schwedischen SALTSA- Fond gefördert und publiziert. Ursachen, Umstände und Folgen eines vorzeitigen Berufsausstieges von Pflegekräften aus zehn europäischen Ländern sollten hierbei identifiziert werden.⁴⁸ Als Gründe für einen Ausstieg wurden Push- und Pull- Faktoren definiert. Zu den Push- Faktoren zählen negativ wirkende Elemente, wie Krankheit oder Konflikte am Arbeitsplatz. Die Pull- Faktoren hingegen wirken positiv von außerhalb und führen somit zu einem Verlassen der Einrichtung.⁴⁹ 39.898 Pflegekräfte aus Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten der Länder Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Polen, Schweden und der Slowakei haben in diesem Rahmen den anonymisierten Fragebogen der Basisbefragung erhalten und in verwendbarer Form beantwortet. Dieser bezog sich allgemein auf die Zukunftsperspektiven, das Arbeits- und Privatleben. Gleichzeitig wurden anhand von Checklisten in den jeweiligen Einrichtungen Organisationsanalysen zur Erfassung der institutionellen Bedingungen durchgeführt. Nach einem Jahr erhielten alle Teilnehmer, welche in der Zwischenzeit ihre Einrichtung verlassen hatten, den Fragebogen der Folgebefragung, um die auslösenden Gründe zu ermitteln. Die letzte Folgebefragung fand wiederum nach einem Jahr statt und bezog sich auf Konsequenzen des Ausstieges. Pflegekräfte, welche ihren Arbeitgeber nicht gewechselt hatten, erhielten einmalig nach zwölf Monaten einen Fragebogen bezüglich stattgefundener Veränderungen und der möglichen Auswirkungen.⁵⁰

Die Studie 4 berichtet über das von 2003- 2009 als Längsschnittstudie durchgeführte Projekt WAMP. Dieses wurde von dem Wissenschaftszentrum Berlin, dem Zentrum der Sozialpolitik der Universität Bremen, der Hans- Böckler- Stiftung, der Gmünder

⁴⁷ Schulz et al. 2009, S. 225-227, 232

⁴⁸ Hasselhorn et al. 2005, S. 5

⁴⁹ NEXT: Methode

⁵⁰ NEXT: Design

Ersatzkasse (im Folgenden kurz: GEK), der Landesärztekammer Hessen, der Robert-Bosch- Stiftung und der Techniker Krankenkasse (im Folgenden kurz: TK) unterstützt. Ziel war es, die Auswirkungen der DRG- Einführung in deutschen Krankenhäusern auf die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften, deren berufliches Selbstverständnis und die Versorgungsqualität zu untersuchen. In diesem Zusammenhang wurde eine Routinedatenanalyse der von 1990- 2003 bei der GEK versicherten Pflegekräfte (insgesamt 11.768 Erwerbsepisoden) zu deren Morbidität und beruflichen Mobilität durchgeführt. Die Daten wurden anschließend mit denen von Sprechstundenhelfern, Verkäufern, Bürofachkräften, Augenoptikern und Zahntechnikern verglichen. Außerdem erfolgten Befragungen von Patienten, Ärzten und Pflegekräften, sowie mehrwellige qualitative Fallstudien in vier Krankenhäusern. Die Pflegekräfte erhielten zu drei Zeitpunkten unterschiedliche Fragebögen. Die Ergebnisse wurden im Hinblick auf die unterschiedlichen Variablen und mit Hilfe einer multivariaten Regressionsanalyse verglichen, um gegebenenfalls Abhängigkeitsstrukturen zu identifizieren.⁵¹ Die erste Befragung fand 2003 statt, als die Einführung der DRG's noch freiwillig war. Die Zweite im Jahre 2006, also in der Konvergenzphase. Es wurde hierbei eine Zufallsstichprobe der GEK- versicherten Krankenpflegekräfte befragt. Da als Arbeitgeber nur Akutkrankenhäuser der medizinischen Versorgung berücksichtigt wurden, blieben nach der ersten Befragung 1.545 verwendbare Fragebögen und nach der Zweiten 1.119. Die letzte Befragung fand im Jahre 2008 nach Ende der Konvergenzphase statt. Es wurde eine Zufallsstichprobe der TK- versicherten Krankenpfleger befragt, welche einen Rücklauf von 750 verwendbaren Fragebögen erzielte.⁵² Die Fallstudien wurden in den Jahren 2004 und 2005 in vier unterschiedlichen Krankenhäusern durchgeführt. Es wurden je zehn bis zwölf leitfadengestützte Experteninterviews mit Mitarbeitern aus allen Arbeitsbereichen geführt und auf Grundlage dieser eine Fallstudie zur aktuellen Situation erstellt (within- case- Analyse). Im zweiten Schritt ermöglichten die Fallstudien einen Vergleich der Krankenhäuser untereinander (cross- case- Analyse).⁵³

Das Projekt ArbiK der Studie 5 führte im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (im Folgenden kurz: BAuA) eine interdisziplinäre Praxisstudie mit Interventionsdesign in drei deutschen Krankenhäusern der Maximalversorgung durch. Ziel war es, einen Organisationsentwicklungsprozess zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen

⁵¹ Braun et al. 2011, S. 4-6

⁵² Ebenda, S. 26-28

⁵³ Buhr et al. 2006, S. 11-12

und der Zusammenarbeit zu initiieren, zu begleiten und auszuwerten.⁵⁴ Die negativen Arbeitsbedingungen wurden im Vorfeld von den Autoren in Anlehnung an das „demand-control- support model“ von Johnson und das effort- reward- imbalance model“ von Siegrist als psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen definiert. Diese wurden als theoretischer Hintergrund für den standardisierten Fragebogen genutzt, welcher neben Einzelfragen auch Skalen aus der deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (im Folgenden kurz: COPSOQ) beinhaltete. Um die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit zu erfassen, wurden Teile des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus (TAA-KH-S) genutzt.⁵⁵ Von November 2005 bis März 2006 erhielten die Pflegekräfte und Ärzte auf jeweils zwei ausgewählten Stationen der Krankenhäuser den entsprechenden Fragebogen. Die Ergebnisse der 168 verwertbaren Fragebögen wurden mit der COPSOQ- Validierungsstudie von Nübling et al., einer Befragung aus den Jahren 2003/2004, verglichen, aber auch im Rahmen eines Workshops diskutiert, aus welchem sich multidisziplinäre Projekt- und Steuerungsgruppen bildeten. Die Projektgruppen setzten sich aus Stationsmitgliedern zusammen und hatten die Erarbeitung von Verbesserungs- und Lösungsvorschlägen zur Aufgabe. Die Steuerungsgruppen bestanden aus Mitgliedern der Leitungsebene und sollten die Projektgruppen durch Beratung und Entscheidungen auf Makroebene unterstützen. Nach einem Jahr begann die Evaluationsphase mit einer weiteren standardisierten Befragung und endete mit einem Ergebnisworkshop.⁵⁶

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland- Pfalz hat bei dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Martin- Luther- Universität in Halle die Studie 6 zu der Untersuchung von Verweildauern in Pflegeberufen in Auftrag gegeben. Zu diesem Zweck sollten Daten über den Verbleib von Kranken-, Alten-, Kinderkrankenpflegern und Pflegehelfern in Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten, Rehabilitations- und Akutkliniken in Rheinland- Pfalz und der gesamten Bundesrepublik untersucht werden, um möglich Ursachen für einen Ausstieg zu identifizieren.⁵⁷ Für die Berufstätigkeitsanalyse wurden die Daten von 42.599 Pflegekräften ausgewertet, welche in dem Zeitraum von 1990 bis 2005 bei der GEK versichert waren. Möglich war dieses über die Meldung zur Sozialversicherung durch den

⁵⁴ Bartholomeyczik 2008, S. 5

⁵⁵ Ebenda, S. 12, 18, 21

⁵⁶ Ebenda, S. 5, 23

⁵⁷ Behrens et al. 2009, S. 15

jeweiligen Arbeitgeber und anhand der entsprechenden Berufskennziffer bei der Krankenkasse. Die Routinedaten der GEK wurden somit sekundär anhand der Merkmale Krankenstand, Arzneimittelverordnungen (im Folgenden kurz: AVO'S), Krankenhausaufenthalte, Arbeitgeberwechsel und Gründe für einen Berufsaustritt ausgewertet.⁵⁸ Um Verzerrungen zu vermeiden und auch privatversicherte Pflegekräfte zu erfassen, wurden diese Daten mit denen zu der Erwerbs- und Leistungsempfangsbiographie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (im Folgenden kurz: IAB) verglichen.⁵⁹ Zusätzlich erhielten alle pflegerischen Ausbildungsstätten in Rheinland- Pfalz im Herbst 2005 ein Anschreiben, auf welches eine telefonische Befragung folgte. Im Rahmen dieser Vollerhebung wurden die Schul- oder Kursleitungen der letzten Examenskurse zu dem beruflichen Werdegang der Auszubildenden aller Pflegeberufe befragt.⁶⁰

Die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (im Folgenden kurz: BMAS) und der BAuA von 2008 bis 2009 geförderte und begleitete Machbarkeitsstudie (Studie 7) hatte zum Ziel, Empfehlungen für zukünftige Modellprojekte zur dauerhaften Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, insbesondere älterer Pflegekräfte, geben zu können.⁶¹ Dieses geschah im Rahmen einer explorativen Felduntersuchung. Bundesweit erhielten Führungskräfte von Pflegeeinrichtungen per E- Mail eine Einladung zu der Teilnahme an einem anonymen Online- Fragebogen. Nach zehn weiteren Tagen wurde eine Erinnerungsmail versandt. Zusätzlich existierten Links zu dem Fragebogen auf der Homepage des Projektes, des BMAS und der BAuA. Dieser gliederte sich nach Ilmarinen et al. in die vier Handlungsfelder Arbeitsfähigkeit des Individuums, Qualifizierung, Führung und Arbeitsorganisation. Hierdurch sollten Maßnahmen altersgerechter Arbeitsgestaltung und Personalentwicklung in den Einrichtungen erfasst werden. Zusätzlich wurden soziodemografische und institutionelle Daten erhoben. Es konnte ein Rücklauf von 789 Fragebögen verzeichnet werden. Ebenfalls wurde in dem Fragebogen auf weitere, jedoch freiwillige und leitfadengestützte, halbstandardisierte Telefoninterviews aufmerksam gemacht. Hierdurch konnten 38 Führungskräfte befragt werden. Ebenso wurden Leiter von Projekten zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit gezielt angesprochen, wovon sieben sich zu einem Interview bereit erklärten. Durch telefonische

⁵⁸ Ebenda, S. 5

⁵⁹ Ebenda, S. 20

⁶⁰ Ebenda, S. 16

⁶¹ Metz et al. 2009, S. 6

Akquise anhand des Branchenbuches in den Bundesländern Brandenburg, Baden-Württemberg, NRW und Mecklenburg- Vorpommern konnten weitere Führungskräfte rekrutiert werden. Im dritten Schritt fand der eintägige Workshop Open Space als strukturiertes Gruppengespräch bezüglich der Interessen, Probleme und Bedürfnisse der Leitungen von Pflegeeinrichtungen zu einer vorgegebenen, übergreifenden Frage⁶² statt. Durch bundesweite Werbung im Rahmen der Online- Fragebögen, der Telefoninterviews, über Flyer, die Homepage des Projektes und das Verzeichnis der BAuA, nahmen 32 Führungskräfte teil. Diese wurden in sieben Gruppen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten aufgeteilt. Abschließend wurden die Ergebnisse der Diskussionsrunden schriftlich zusammengetragen und nach einer gemeinsamen Leserunde nochmals besprochen. Ein Abschlussworkshop richtete sich an Projektträger/ -nehmer, Berufsverbände und Forschungseinrichtungen. Es wurden die zusammengetragenen Ergebnisse vorgestellt und diskutiert. Außerdem konnten weitere Projektthemen zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen vorgeschlagen werden. Der Abschlussworkshop hatte 26 Teilnehmer.⁶³

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (im Folgenden kurz: dip) führt mit Förderung der B. Braun- Stiftung seit 2002 jährlich eine bundesweite Befragung von Pflegekräften durch und sieht sich als Ergänzung zu der Gesundheits- und Pflegeberichterstattung des Bundes und der Länder. Im Jahre 2009 lag der Schwerpunkt der Studie 8 auf den Themen berufliche Belastungen, Berufsbild, Koordination, Kooperation, Patientenversorgung und – sicherheit.⁶⁴ Um diese zu ermitteln, wurden im Rahmen der Fragebogenentwicklung, Experten aus Verbänden befragt. Die Grundlage für den Fragenkomplex Patientensicherheit bildete das vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel entwickelte Instrument Bernca®. Der Fragebogen wurde im Juli 2009 der Zeitschrift „Die Schwester Der Pfleger“ beigelegt und war online auf der dip-Homepage von August bis Dezember 2009 verfügbar. Zusätzlich wurden 200 Krankenhäuser der neuen Bundesländer per E- Mail aufgefordert, ihre Mitarbeiter auf diesen aufmerksam zu machen. Der Rücklauf war trotz allem dort am Geringsten. Drei Viertel der 9.719 ausgewerteten Fragebögen kamen aus Baden- Württemberg, Niedersachsen, Bayern und NRW. Die Mehrzahl der Krankenpfleger hatte zudem eine

⁶² „Was können wir dafür tun, dass unsere älteren Beschäftigten gut arbeiten und gesund in Rente gehen können?“ (Ebenda, S. 54)

⁶³ Ebenda, S. 49-55

⁶⁴ Isfort et al. 2009, S. 5

bereits abgeschlossene Ausbildung, eine lange Berufsbiografie und Arbeitgeberzugehörigkeit und war in Vollzeit, unbefristet in Allgemeinkrankenhäusern oder Universitätskliniken beschäftigt. Die Antworten wurden zusätzlich mit der Befragung aus dem Jahre 2002 verglichen.⁶⁵

Der Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten- Krankenkasse (im Folgenden kurz: DAK) und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (im Folgenden kurz: BGW) befasste sich in der Studie 9 des Jahres 2005 mit den Arbeitsbedingungen und der Gesundheit von Pflegenden der stationären Krankenpflege in Deutschland. Außerdem werden die Auswirkungen belastender Veränderungen in den Einrichtungen untersucht. Der Report gliedert sich in drei Teile.⁶⁶ Der erste Teil soll die Auswirkungen des Strukturwandels, beispielsweise die Einführung der DRG's oder eines Qualitätsmanagementsystems, auf die Arbeitssituation und die Gesundheit von Krankenpflegern aus Akut- und Fachkliniken darstellen. Eine Zufallsstichprobe der im November 2003 bei der DAK versicherten Krankenpfleger erhielt im September 2004 einen anonymen, schriftlichen Fragebogen. Schlussendlich erfüllten hiervon 1.306 die geforderten Kriterien und konnten genutzt werden.⁶⁷ Der Entwicklung des Fragebogens gingen zwei zweistündige Gruppendiskussionen zu den genannten Themen mit insgesamt 40 Pflegenden aus Münster und Berlin, welche über Fortbildungseinrichtungen rekrutiert wurden, voraus. Außerdem konnten passende und ausgewählte Formulierungen des vorangegangenen Fragebogens aus dem Jahre 1999 beibehalten oder adaptiert werden. Die Ergebnisse der Auswertung wurden zusätzlich mit denen aus der früheren Befragung verglichen.⁶⁸ Im zweiten Teil wird das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, auf dem Weg von oder zu der Arbeit und bei Dienstgängen beschrieben. Hinzugezogen werden hierfür die Vollerhebungs- und Stichprobendaten der BGW von 1998 bis 2004. Diese umfassen 750 Allgemein- und 542 Fachkrankenhäuser in Deutschland.⁶⁹ Der letzte Teil analysiert die gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten aus dem Jahre 2003 der DAK- versicherten Pflegekräfte in stationären Einrichtungen. Da nicht alle Mitglieder der DAK ganzjährig

⁶⁵ Ebenda, S. 37- 40

⁶⁶ Grabbe et al. 2005, S. 2, 4

⁶⁷ Ebenda, S. 13

⁶⁸ Ebenda, S. 20-22

⁶⁹ Ebenda, S. 83

versichert waren, wurden anhand der 118.000 Beschäftigten 108.000 Versichertenjahre identifiziert werden.⁷⁰

4.2 Vorstellung der zwei Befragungen und der statistischen Auswertung

Der DBfK führte über seine Homepage von Oktober 2008 bis Februar 2009 im Auftrag der Agnes- Karll- Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH die anonyme Befragung 1 durch. Es konnten abschließend 3.048 Fragebögen eingeschlossen werden, wobei 69,7% der teilnehmenden Pflegekräfte in Kliniken, 19,5% in Pflegeheimen und 9,3% in ambulanten Diensten beschäftigt waren. Die Fragen waren an die Themen der NEXT- Studie und der Kampagne „Safe Staffing Save Lives“ der American Nurses Association angelehnt und befassten sich mit den Themen Personalausstattung, behindernde Faktoren in der täglichen Arbeitssituation und mit der Zukunft der Pflegeberufe.⁷¹

Die Gewerkschaften des DGB verfassen seit 2007 in Zusammenarbeit mit der Taylor Nelson Sofres (TNS)- Infratest Sozialforschung und dem Internationalen Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) jährlich einen Bericht über die Entwicklungen der Arbeitsbedingungen aus Arbeitnehmersicht und ermitteln hieraus den DGB- Index Gute Arbeit. In den Jahren 2007 und 2008 fand die Befragung 2 von 13.807 Beschäftigten aus allen Branchen, Altersgruppen, Betriebsgrößen, Regionen und Beschäftigungsverhältnissen schriftlich und mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens statt. Der genutzte Fragebogen setzte sich aus 31 Fragen, welche zu 15 Dimensionen und abschließend zu den drei Teilindizes Ressourcen, Belastungen und Einkommen & Beschäftigungssicherheit verdichtet werden, zusammen. Ergebnis ist der DGB- Indexwert Gute Arbeit.⁷² Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (im Folgenden kurz: ver.di) hat bis zum heutigen Zeitpunkt für diese Jahre die Ergebnisse der darunter fallenden 467 Krankenpfleger separat zusammengefasst.⁷³

Im Jahre 2007 hat das Statistische Bundesamt Daten der Gesundheitspersonalrechnung, des Mikrozensus und der Krankenhausstatistik des Bundes und der Länder für die damals

⁷⁰ Ebenda, S. 125, 130

⁷¹ Tackenberg et al. 2008/09, S. 5-7

⁷² Scholz et al. 2008, S. 9

⁷³ Fuchs 2007/08, S. 2

712.000 beschäftigten Krankenpfleger in Deutschland ausgewertet. Ziel war es, berufsspezifische Belastungen und Arbeitsbedingungen zu identifizieren.⁷⁴

5. Potenzielle Gründe für einen Ausstieg oder Verbleib

5.1 Kategorienbildung

Die im vorigen Kapitel vorgestellten Studien, Befragungen und die statistische Auswertung werden nun auf Belastungsfaktoren und Ressourcen, also auch potenzielle Gründe für einen späteren Ausstieg oder Verbleib von Pflegekräften, untersucht. Zur übersichtlicheren Darstellung, sind die von den Pflegekräften jeweils getroffenen Aussagen zu Belastungsfaktoren und Ressourcen 17 definierten Kategorien zugeordnet und tabellarisch aufgelistet worden.⁷⁵ Die Kategorien *Anerkennung*, *Wachstumsmöglichkeit*, *Gehalt*, *Führung*, *Arbeit selbst*, *persönliche Lebensbedingungen* und *Arbeitsplatzsicherheit* sind an die Faktoren von Herzberg et al.⁷⁶ angelehnt. Diese nehmen zum Einen eine stärkere Differenzierung der Faktoren vor als Badura et al.⁷⁷, welches die Zuordnung der Belastungsfaktoren erleichtert. Zum Anderen können im weiteren Verlauf vereinfacht Rückschlüsse und Vergleiche zwischen den Belastungsfaktoren und Ressourcen der untersuchten Quellen und den theoretischen Aussagen bezüglich Arbeitgeberwechsel oder auch Verbleib gezogen werden. Die Kategorien *Arbeitszufriedenheit*, *Einflussmöglichkeit*, *Kommunikation*, *Arbeitsorganisation*, *Arbeitszeiten*, *physische Bedingungen*, *psychische Bedingungen*, *Identifikation mit dem Arbeitgeber oder Beruf*, *Arbeitsunfähigkeitstage (im Folgenden kurz: AU- Tage)* und *Unterstützung im Team* wurden zusätzlich aus den genannten Belastungsfaktoren und Ressourcen heraus definiert. Eine trennscharfe Abgrenzung der Kategorien ist jedoch aufgrund der Wechselwirkungen untereinander nicht möglich und auch nicht angestrebt. Die tabellarische Auswertung stellt jene genannten Belastungsfaktoren und Ressourcen dar, welche statistisch durch die Autoren der Quellen belegt worden sind und welche sich auf Pflegekräfte in Krankenhäusern beziehen. Um einen Vergleich der Prozentzahlen schneller zu ermöglichen, ist die Stichprobengröße der jeweiligen Quelle zusätzlich noch einmal angegeben. In den folgenden Abschnitten werden die herausgearbeiteten Belastungsfaktoren und Ressourcen

⁷⁴ Afentakis 2009, S. 1

⁷⁵ Anhang A.C bis A.CC

⁷⁶ Herzberg et al. 2010

⁷⁷ Badura et al. 2008

der Tabellen zusammengefasst, um einen Überblick über die Häufigkeit deren Nennungen in den Studien zu erhalten.

5.2 Belastungsfaktoren

Arbeitszufriedenheit⁷⁸:

Die Befragung 2 ergab zu dem Aspekt der Arbeitszufriedenheit, dass nur 17% der Pflegekräfte stabil zufrieden mit der eigenen Arbeitssituation sind. Der Hauptteil von 79% würde die eigene Arbeitssituation verbessern oder hat die eigenen Ansprüche diesbezüglich bereits gemindert. Immerhin 4% sehen keine Möglichkeit der Besserung mehr und bezeichnen sich als fixiert unzufrieden. Übereinstimmend geben in Studie 1 rund 50% an, unzufrieden mit ihrer Arbeit zu sein.

Physische Bedingungen⁷⁹:

In drei von neun Studien (Studie 1, 3 und 9) und der Befragung 2 gibt rund die Hälfte der Krankenpflegekräfte an, sich aufgrund der körperlichen Anstrengung bei der Arbeit sehr erschöpft zu fühlen. In Studie 9 berichtet sogar über die Hälfte bereits vor Arbeitsantritt völlig müde und erschöpft zu sein. Gründe hierfür liegen möglicherweise in kritischen Arbeits- und Bewegungsabläufen, über die in Studie 3, 9 und der statistischen Auswertung wiederum rund die Hälfte berichtet. Genannt werden häufiges Heben, Bücken, Tragen oder Drehen und Beugen des Rumpfes, sowie das Arbeiten in unbequemer Haltung, mit schweren Lasten und überwiegendes Stehen während der Arbeitszeit. Zusätzlich empfindet bis zur Hälfte der Befragten in Studie 3 negative exogene Noxen, wie Infektionsgefahr, Lärm, unangenehme Temperaturen, gefährliche Stoffe und klagt über mangelnde Hilfsmittel zur Erleichterung der Arbeit. Auch gaben rund 70% der Führungskräfte an, keine Maßnahmen zur Förderung der physischen, aber auch psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter anzubieten. Empfundene Resultate sind, laut Studie 3, 9 und der statistischen Auswertung, arbeitsbedingte Störungen des Bewegungsapparates mit Schmerzen in Nacken, Schultern oder Rücken. Hiervon berichten in einem Fall rund 75% der Pflegekräfte. Studie 4 und 9 nennen die Atmungs-, Verdauungs- und Muskuloskelettsysteme als häufig betroffene Bereiche bei der Stellung einer ärztlichen Diagnose. Auch war im Jahre 2004 laut Studie 9 mit rund 70% die Haut bei den am häufigsten anerkannten

⁷⁸ Anhang A.D und A.Q

⁷⁹ Anhang A.D, A.E, A.J, A.N, A.O, A.R

Berufskrankheiten führend. Trotzdem berichten Pflegekräfte in Studie 3 und Befragung 1 bis zu fünfmal pro Jahr gearbeitet zu haben, obwohl sie erkrankt waren.

*Psychische Bedingungen*⁸⁰:

In knapp der Hälfte der Studien (Studie 1, 2, 3 und 9) und Befragung 1 wird über psychische Belastungen berichtet. Auch in diesem Bereich fühlt sich die Hälfte der Krankenpflegekräfte von Erschöpfung betroffen. Die im MBI definierten drei Dimensionen des Burnouts liegen alle höchstens im Mittelfeld, ebenso wie die Bewertung des persönlichen Burnouts, Distresses und Überengagements bei der Arbeit. Über 20% der Pflegekräfte haben einen ERI- Quotienten, welcher im kritischen Bereich liegt (>1). Laut der Ergebnisse von Studie 3 fühlt sich über die Hälfte durch Tod, Leid, Krankheit, aggressives Verhalten oder Unfreundlichkeit seitens der Patienten oder Angehörigen emotional belastet. Über 60% haben das Gefühl, mindestens *weniger als ein Mal pro Woche* nicht ausreichend qualifiziert für die gestellten Aufgaben zu sein. In der Befragung 1 werden die gleichen Empfindungen geäußert. Studie 9 gibt den Anteil der psychischen Erkrankungen an den AU- Tagen mit 9,3% an.

*Persönliche Lebensbedingungen*⁸¹:

Einen negativen Einfluss der Arbeit auf das Privatleben gibt in Studie 3 und 5 über die Hälfte der Befragten an.

*Arbeitsorganisation*⁸²:

Rund ein Drittel der Pflegekräfte empfindet in Studie 4 das Management des Pflegeablaufes als negativ und den Aufenthalt der Patienten im Krankenhaus als unkoordiniert, mit fehlenden Möglichkeiten zur poststationären Weiterversorgung. Passend hierzu berichten im Jahre 2008 zehn bis 15% mehr als im Jahre 2003 über unpassende Entlassungszeitpunkte oder ein nicht funktionierendes, beziehungsweise überhaupt nicht existierendes, Entlassungsmanagement für die Patienten im eigenen Krankenhaus. Mehr als drei Viertel glaubt nicht an eine ausgeglichene Belegungssituation im eigenen Arbeitsbereich. In einem Drittel der Studien (Studie 4, 5 und 9) hat über die Hälfte zudem keine gute Meinung über die Kooperation und Koordination der Abläufe und Aufgaben mit den verschiedenen Berufsgruppen und Abteilungen. In Studie 9 geben rund 75% an, dass die Arbeit des Qualitätsmanagements für die Krankenpflege zusätzliche Belastungen bedeutet. In Studie 4 empfinden rund 80% die Kooperation mit Ärzten als unmotivierend.

⁸⁰ Anhang A.E, A.O, A.R

⁸¹ Anhang A.F und A.J

⁸² Anhang A.D, A.H, A.I, A.L, A.M, A.Q

Bezogen auf das pflegerische Aufgabengebiet, wird in Studie 3, 4, 5, 9 und Befragung 1 von zusätzlich auftretenden, fachfremden und patientenfernen Tätigkeiten gesprochen. Explizit genannt werden hierbei administrative Aufgaben und die Pflegedokumentation. In Studie 4 wird zusätzlich beschrieben, dass Letztere sich bei 80,1% der Krankenpfleger negativ auf die Motivation auswirkt und immerhin 64,5% meinen, dass dieses auch für die Versorgungsqualität gilt. Studie 9 bestätigt das, da hier 62,7% aus den gleichen Gründen über fehlende Zeit in der Patientenversorgung klagen. In Studie 8 setzen sich die Pflegekräfte kritisch mit der Art der Ausführung ihres eigenen Berufes auseinander. Rund ein Drittel meint, unter Aspekten der Sicherheit, die zu betreuenden Patienten nicht häufig genug zu sehen oder adäquat überwachen zu können. Auch sehen Einige aus zeitlichen Gründen Mängel in der Grund- und speziellen Versorgung, wie beispielsweise bei der Körperpflege, Nahrungsaufnahme, der Durchführung von Prophylaxen oder Verbandswechseln. Über die Hälfte gibt an, dass die Versorgung, gerade auch verwirrter Patienten, fachlich nicht gesichert sei. Die gleiche Anzahl hat mindestens *manchmal* keine Zeit für die nötige psychosoziale und emotionale Unterstützung von Patienten und Angehörigen. Dieser Aspekt trifft auch für die Ergebnisse der Studie 4 aus dem Jahre 2008 zu. Im Jahre 2003 hingegen waren es sogar 85,2% die hierfür praktisch nie Zeit hatten und um die 90% berichteten, nicht immer über genügend zeitliche Ressourcen für Gespräche mit Patienten oder Angehörigen zu verfügen. Auch in der Befragung 1 empfinden 69,8% die Qualität der Pflege als schlecht. Bezüglich der Arbeitsorganisation berichtet in Studie 8 und 9 über zwei Drittel von Unterbrechungen im Arbeitsablauf. Dennoch bieten laut eigener Aussage der Führungskräfte in Studie 7 rund 60% keine Maßnahmen zur Arbeitsorganisation an, wobei über die Hälfte der befragten Krankenpflegekräfte aus Studie 8 der Meinung ist, dass optimierte Abläufe zeitsparender wären.

*Kommunikation*⁸³:

Drei Viertel der Befragten aus Studie 9 empfindet die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen als intransparent und nicht offen. Passend dazu berichten zwei Drittel der Befragung 1 mindestens *einmal pro Tag* widersprüchliche, unvollständige oder unvereinbare Arbeitsanweisungen zu erhalten. Zwei weitere Studien (Studie 4 und 8) legen den Fokus insbesondere auf die Kommunikation mit den Ärzten. 70% der Pflegekräfte aus Studie 4 führen mit diesen nie Besprechungen durch. Knapp weniger als die Hälfte erreicht bei wichtigen Entscheidungen keinen zuständigen Arzt oder erhält in einer Schicht

⁸³ Anhang A.C, A.G, A.H, A.L, A.Q

unterschiedliche Anordnungen von verschiedenen Ärzten. In Pflegekonflikten kann sich nur deutlich weniger als ein Drittel der Studie 4 auf die Unterstützung durch andere Berufsgruppen, Patienten oder Angehörige verlassen. Auch innerhalb der eigenen Berufsgruppe gibt es laut dieser Studie Defizite. So führt nur rund ein Drittel Pflegevisiten im eigenen Arbeitsbereich durch. Über die Hälfte der Pflegekräfte der Studie 3 ist unzufrieden mit der Schichtübergabe. Generell unzureichend und oft zu spät informiert fühlt sich in Studie 3, 9 und Befragung 1 mindestens die Hälfte und bis zu über drei Viertel.

*Arbeitszeiten*⁸⁴:

Aus einem Drittel der Studien (4, 8 und 9), der Befragung 2 und der statistischen Auswertung wird deutlich, dass die Mehrheit der Krankenpflegekräfte mehr arbeitet als vertraglich vereinbart. Davon nennen 29,3% in Studie 8 explizit einen und 22,5% zwei zusätzliche Wochenendtage im letzten Monat. Hier geben zudem 56,8% an, Überstunden nicht zeitnah ausgleichen zu können. Außerdem sind rund 40% laut Studie 3 unzufrieden mit den Arbeitszeiten im Hinblick auf Wohlbefinden und Privatleben. In Befragung 1 klagen 45,5% darüber, höchstens *einmal pro Monat* eine vollständige und ungestörte Pause zu haben. Laut Studie 8 können 63% die Pause nicht außerhalb des Arbeitsplatzes verbringen.

*Arbeit selbst*⁸⁵:

In knapp der Hälfte der Studien (Studie 1, 5, 8 und 9) und der Befragung 2 gibt mindestens die Hälfte und bis zu drei Viertel der Krankenpfleger an, aufgrund der gestiegenen Arbeitsanforderungen, der Arbeitsintensität oder des quantitativen Arbeitsaufwandes unter belastendem Stress, Leistungs- oder Zeitdruck zu leiden. Nach Daten der statistischen Auswertung sind in dem Zeitraum von 1997 bis 2007 die Behandlungsfälle pro Vollzeitkraft um 21% und die Anzahl der über 65 Jahre alten Patienten um 11% gestiegen. Gleichzeitig sank die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus um 2,1 Tage und die Anzahl der Vollzeitkräfte um 13%. Zudem erleben 68,7% laut Studie 4 negative Auswirkungen des Zeitdrucks auf die Arbeitsplatzsicherheit und 94,7% auf die Versorgungsqualität. 65% der Befragten aus Studie 5 empfinden eine negative Wechselwirkung zwischen Patientenaufkommen und Arbeitsablauf. Die Mehrzahl der Krankenpflegekräfte aus Studie 1, 4, 8 und Befragung 1 sieht die Personalsituation

⁸⁴ Anhang A.D, A.I, A.M, A.Q

⁸⁵ Anhang A.D, A.I, A.N, A.Q, A.R

kritisch. Es wird von zu geringer Schichtbesetzung, Personalabbau, freien Stellen, welche über einen längeren Zeitraum unbesetzten bleiben, einer unzureichenden Schaffung neuer Stellen und vermehrt befristeten Verträgen berichtet.

Unterstützung im Team:

Es werden keine Belastungsfaktoren in Bezug auf die Kategorie Unterstützung im Team benannt.

Führung⁸⁶:

In knapp der Hälfte der Studien (Studie 1, 4, 8 und 9) und der Befragung 2 fühlen sich rund 50% der Pflegenden im Krankenhaus nicht durch ihre Vorgesetzten unterstützt. Studie 4 bezieht sich in diesem Kontext auf den Umgang der Pflegedienstleitung mit Pflegekonflikten. Hierbei sehen sich nur 16% wenigstens *überwiegend* unterstützt. In Studie 8 mangelt es 60,5% im Falle von Überlastungssituationen an einer vorgegebenen Priorisierung der Maßnahmen durch die Führung. Über drei Viertel der Pflegekräfte aus Studie 9 sieht eigene Beschwerden oder Verbesserungsvorschläge nicht berücksichtigt.

Anerkennung⁸⁷:

Mit dem Stellenwert des Pflegeberufes in der eigenen Einrichtung ist rund zwei Drittel der Befragten aus Studie 1 unzufrieden. 90% sehen zudem die Interessen der Berufsgruppe von der Politik als nicht genügend unterstützt. Studie 9 und Befragung 1 setzen sich mit dem Image der Pflege auseinander. Dieses empfindet über zwei Drittel der Krankenpflegekräfte als negativ.

Identifikation mit dem AG oder Beruf⁸⁸:

Der Bindung an den eigenen Beruf schreiben die Krankenpflegekräfte der Studie 3 einen Mittelwert von 50-60, bei einer minimalen Reichweite von eins und einer Maximalen von 100, zu. Die Identifikation mit dem eigenen Arbeitgeber wird in Studie 1 wenig schlechter bewertet. Knapp die Hälfte gibt zudem an, den eigenen Arbeitsplatz unattraktiv zu finden und würde sich auch nicht erneut bewerben. 57% würden die eigene Einrichtung nicht weiterempfehlen. Übereinstimmend würde knapp die Hälfte aus der Befragung 1 nahestehende Personen nicht im eigenen Arbeitsbereich versorgen lassen.

⁸⁶ Anhang A.C, A.G, A.K, A.P

⁸⁷ Anhang A.C, A.K, A.P

⁸⁸ Anhang A.F und A.R

Wachstumsmöglichkeit⁸⁹:

Rund weniger als die Hälfte der Krankenpfleger aus Studie 1 und Befragung 2 fühlt sich beruflich nicht gefördert oder sieht keine Entwicklungsmöglichkeiten. In Letzterer bewerten außerdem 57% die eigenen Aufstiegschancen als schlecht. Ebenso berichtet knapp drei Viertel in Studie 8 über fehlende, regelmäßige, neue und lernintensive Projekte in ihrem Arbeitsbereich. Unterstützt werden diese Aussagen durch die Befragten Führungskräfte der Studie 7. Von ihnen geben rund 70% an, weder berufs-, noch karriere- oder altersbezogene Weiterbildungen anzubieten. Über ein Fünftel der Krankenpflegekräfte in Studie 9 sieht zudem die eigenen Interessen bei angebotenen Fort- und Weiterbildungen nicht berücksichtigt.

Einflussmöglichkeit⁹⁰:

Mehr als die Hälfte, aber weniger als drei Viertel der Pflegekräfte in Studie 5 und Befragung 2 klagt über fehlende Einflussmöglichkeiten bei der Arbeit. Der Mittelwert der Teilnehmeraussagen von Studie 2 bezüglich der Mitbestimmung bei der Arbeitszeit, bei dem Arbeitstempo oder der Art der Arbeit ist 54,1, bei einer Reichweite von minimal eins und maximal 100. Gaben im Jahre 2003 noch 4,5% der Befragten aus Studie 4 an, dass die Versorgung der Patienten sich nach den Kosten richte, war es 2008 schon mehr als die Hälfte.

Arbeitsplatzsicherheit⁹¹:

Mehr als die Hälfte der Krankenpflegekräfte aus Studie 3 und Befragung 2 sieht die eigene berufliche Zukunft negativ. In Letzterer und in Studie 1 ist außerdem die Mehrheit der Ansicht, nicht bis zu dem Renteneintritt in dem eigenen Berufsfeld arbeiten zu können. Außerdem berichtet rund zwei Drittel von fehlenden Konzepten für die Unterstützung und Förderung älterer erwerbstätiger Krankenpfleger. Zwischen rund 55 und 80% der Befragten in Studie 9 haben bereits die Zusammenlegung oder Schließung anderer Station, sowie dortigen Abbau der Betten und des Personals miterlebt. Letzteres kann ebenso im gleichen Umfang von dem eigenen Arbeitsbereich berichtet werden. Übereinstimmend empfinden laut Studie 5 rund 40% ihren Arbeitsplatz als unsicher.

⁸⁹ Anhang A.C, A.K, A.P

⁹⁰ Anhang A.C, A.G, A.P

⁹¹ Anhang A.F, A.J, A.O, A.R

*Gehalt*⁹²:

In Studie 3, 8 und Befragung 2 ist weit über die Hälfte unzufrieden mit ihrem Verdienst oder empfindet die Bezahlung als unangemessen. 46% der Pflegekräfte aus der Befragung 2 klagen sogar über daraus resultierende Belastungen.

*AU- Tage*⁹³:

Ein Drittel der Studien (Studie 4, 5 und 9) berichtet von durchschnittlich 14 bis 15 AU-Tagen und 1,9 bis 2,1 stationären Aufenthalten in den betrachteten Zeiträumen von 1990 bis 2005. Studie 4 vergleicht in diesem Zusammenhang Krankenpfleger mit Pflegehelfern, Sprechstundenhelfern, Verkäufern, Bürofachkräften, Augenoptikern und Zahntechnikern. In Bezug auf die Anzahl der AU- Tage und stationären Aufenthalte steht die Krankenpflege an zweiter Stelle, kurz nach den Pflegehelfern. Laut der statistischen Auswertung kamen Krankenpflegekräfte im Jahre 2007 bedingt durch Rückenbeschwerden auf 38,1 Fehltage, Beschäftigte in anderen Berufen des Gesundheitsdienstes hingegen nur auf 28,3 und in der Gesamtwirtschaft auf 21,8 Tage.

5.3 Ressourcen

*Arbeitszufriedenheit*⁹⁴:

Positive Aussagen bezogen nur auf die Zufriedenheit bei der eigenen Arbeit machen in Studie 5 und 9 rund 60% der befragten Krankenpflegekräfte. Laut Studie 3, 5, 9 und Befragung 2 sieht mehr als drei Viertel diese als sinnvoll an. In Studie 4 und 9 bezeichnet die Mehrheit die eigene Tätigkeit als interessant und abwechslungsreich. In Letzterer und auch in Studie 8 geben rund 70% an, Fachwissen oder die erlernten Fertigkeiten und Kenntnisse im täglichen Arbeitsablauf anwenden zu können. Folglich hoch sind auch die in Studie 3 erreichten Mittelwerte für Motivation, Engagement und positive Affektivität, wie beispielsweise Enthusiasmus und Energie.

*Physische Bedingungen*⁹⁵:

Rund 90% der Pflegekräfte aus Studie 3 fühlen sich allgemein gesund, ebenso viele sind laut Studie 4 höchstens *manchmal* und bis zu *nie* von mangelndem Arbeitsschutz betroffen. Immerhin 24 der 38 Befragten Führungskräfte aus Studie 7 geben an, ihren Mitarbeitern Hilfsmittel zur Bewältigung der Arbeit zu überlassen. Zusätzlich sind laut Studie 9 in dem

⁹² Anhang A.C, A.K, A.P

⁹³ Anhang A.J, A.O, A.R

⁹⁴ Anhang A.U, A.Z, A.BB

⁹⁵ Anhang A.V, A.AA

Zeitraum von 1998 bis 2004 die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten in Allgemeinkliniken um 4% und die der angezeigten Berufskrankheiten um 19% gesunken. In den Fachkrankenhäusern sind es 30%, beziehungsweise 36% weniger. Außerdem belegt die Krankenpflege laut Studie 4 im Vergleich zu den anderen betrachteten Berufsgruppen mit nur sechs AVO's im Jahre 2002 den letzten Platz.

*Psychische Bedingungen*⁹⁶:

Mehr als drei Viertel der Pflegekräfte aus Studie vier fühlt sich höchstens *manchmal* durch Einzelschicksale, beziehungsweise anstrengende Patienten oder Angehörige belastet. Zudem berichten 57% von einer existierenden Beschwerdestelle für Letztere. In Studie 9 geben 75,6% an, selten fachlich überfordert zu sein.

*Persönliche Lebensbedingungen*⁹⁷:

Laut der Befragten aus Studie 3 ist 1,4 der Mittelwert für den negativen Einfluss der Familie auf die Arbeit, bei einer minimalen Reichweite von 1 und maximal 5.

*Arbeitsorganisation*⁹⁸:

Die Kooperation der Krankenpfleger untereinander und mit anderen Berufsgruppen, wie beispielsweise Ärzten, Therapeuten oder Technikern, wird von über drei Viertel der Befragten aus Studie 4 als gut bewertet. Auch sind ebenso viele der Meinung, dass die Kooperation mit den Ärzten sich positiv auf die Versorgungsqualität auswirkt und über die Hälfte fühlt sich mindestens *überwiegend* von diesen bei Pflegekonflikten unterstützt. In Studie 8 berichten immerhin 58,3% von einer guten Zusammenarbeit mit der ärztlichen Berufsgruppe. Hier empfindet zudem etwa zwei Drittel die Anleitung von Auszubildenden in der Krankenpflege als sehr gut und befolgen bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter ein klares Konzept. Über drei Viertel der Krankenpflegekräfte aus Studie 4 ist höchstens *manchmal* durch organisatorische Mängel belastet und empfindet Zeitdruck als positiv, bezogen auf die eigene Arbeitsmotivation. In zwei Studien (Studie 4 und 9) geben über 80% an, dass ihre Einrichtung über Behandlungspfade, Pflegestandards oder Leitlinien verfügt. Mehr als 70% der Studie 9 bewerten diese als positiv im Hinblick auf Wichtigkeit, Umsetzbarkeit und Qualitätsverbesserung. Hier kennen auch 79,5% den zuständigen Qualitätsmanagementbeauftragten persönlich. Bezogen auf die pflegerische Versorgung sind für knapp 90% der Studie 1 ein guter und persönlicher Patientenkontakt wichtig. Etwa die Hälfte des Pflegepersonals der Studie 9 ist mehrere Schichten für einen Patienten

⁹⁶ Anhang A.V, A.AA

⁹⁷ Anhang A.V

⁹⁸ Anhang A.T, A.U, A.Y, A.Z

zuständig, 9% sogar über den gesamten Aufenthalt. Über die Hälfte der Befragten dreier Studien (Studie 4, 8 und 9) sieht außerdem die Häufigkeit der Durchführung oder die Bedeutung der pflegerischen Dokumentation als positiv. Mehr als 80% der Pflegekräfte aus Studie 8 sehen die Versorgung der Patienten in Bezug auf Hygiene, notwendige Maßnahmen und Medikamentengabe in der vergangenen Woche als gesichert.

*Kommunikation*⁹⁹:

Über 60% der in Studie 3 Befragten führen Besprechungen im Pflgeteam durch. In Studie 9 klagen 53,1% nur *selten* bis *sehr selten* über einen Mangel an bereitstehenden Informationen.

*Arbeitszeiten*¹⁰⁰:

In zwei Studien (Studie 4 und 8) fühlt sich über ein Drittel nicht durch die Arbeitszeiten im Krankenhaus belastet. 80% der Pflegekräfte aus Studie 3 sehen die Arbeit im Dauernachtdienst als positiv. Laut Studie 3 müssen nur 16% kurzfristig einspringen. Drei Viertel hingegen meint, zusätzlich Einfluss auf die Dienstplangestaltung nehmen zu können. 86,3 % der Befragten aus Studie 8 erhalten ihren Urlaub planmäßig.

*Arbeit selbst*¹⁰¹:

Die statistische Auswertung berichtet in dem Zeitraum von 1997 bis 2007 über einen Anstieg der gesamten Anzahl der Krankenpfleger auf 5% und des Anteils dieser am Pflegepersonal um 4%. Außerdem sanken die Belegungstage pro Vollzeitkraft ebenfalls um 5%. Laut Befragung 1 werden 29,4% der Pflegekräfte mehrere Stunden, 17,5% die gesamte Schicht und 7,5% in einer Kombination aus Beidem bei ihrer Arbeit durch Hilfspersonal unterstützt.

*Unterstützung im Team*¹⁰²:

In fast der Hälfte der Studien (Studie 3, 4, 5 und 9) und Befragung 2 empfindet die Mehrheit der Krankenpflegekräfte eine guten Zusammenhalt oder soziale Beziehungen innerhalb des eigenen Teams und sieht sich durch diese unterstützt. 93,6% der Studie 4 nennen hierbei konkret den Rückhalt im Falle von Pflegekonflikten.

⁹⁹ Anhang A.T, A.Y

¹⁰⁰ Anhang A.U, A.Z

¹⁰¹ Anhang A.BB

¹⁰² Anhang A.S, A.X, A.BB

*Führung*¹⁰³:

Etwa die Hälfte der Krankenpfleger aus Studie 3 und Befragung 2 ist mit dem Führungsstil ihrer Vorgesetzten zufrieden. In Erstgenannter fühlen sich ebenso viele durch die Führungskräfte sozial unterstützt. Rund drei Viertel der Studie 4 berichtet von einer mindestens *überwiegenden* Unterstützung des direkten Vorgesetzten, also der Stationsleitung, bei Pflegekonflikten. Mehr als zwei Drittel der Befragten aus Studie 9 erfährt eine direkte und persönliche Anerkennung, sowie keine widersprüchlichen oder unklaren Vorgaben durch den Vorgesetzten. Ein ebenso großer Anteil aus Studie 8 verfügt über eine klare Vorgabe zur Priorsierung der Maßnahmen in der regulären Patientenversorgung. 58% der in Studie 7 befragten Führungskräfte führen einmal pro Jahr Mitarbeitergespräche, 21% sogar alle sechs Monate. Auch planen 27 von 38 Vorgesetzten den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen oder haben bereits entsprechende Modelle umgesetzt.

*Anerkennung*¹⁰⁴:

Nur die Befragung 1 trifft Aussagen zu der Kategorie Anerkennung. Rund 70% sehen die Anerkennung und den Respekt gegenüber der Krankenpflege, sowie die Attraktivität des Pflegeberufes zukünftig mindestens gleichbleibend, wenn nicht sogar verbessert.

*Identifikation mit dem AG oder Beruf*¹⁰⁵:

Etwas über die Hälfte der Krankenpflegekräfte aus Studie 5 und Befragung 2 fühlt sich mit ihrem jetzigen Arbeitsplatz verbunden. Aussagen zu der Berufsbindung werden nicht getroffen.

*Wachstumsmöglichkeit*¹⁰⁶:

Mehr als die Hälfte der Befragten aus vier Studien (Studie 4, 5, 8 und 9) sieht in dem Arbeitsbereich der Krankenpflege Möglichkeiten zur Entwicklung oder des Lernens. 56,1% der Befragten aus Studie 9 sind mit den angebotenen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zufrieden. In der Befragung 2 gaben 57% an, in der Ausübung ihrer Arbeit kreativ sein zu können.

¹⁰³ Anhang A.S, A.X, A.BB

¹⁰⁴ Anhang A.BB

¹⁰⁵ Anhang A.AA, A.CC

¹⁰⁶ Anhang A.S, A.X, A.BB

*Einflussmöglichkeit*¹⁰⁷:

Laut der Studien 3 und 4 verfügt etwa zwei Drittel der Pflegekräfte über einen eigenen Entscheidungs- oder Handlungsspielraum. Studie 9 berichtet hierzu konkreter, dass 87% an der Erarbeitung von Pflegestandards und Leitlinien beteiligt sind.

*Arbeitsplatzsicherheit*¹⁰⁸:

Die Studie 3 trifft Aussagen zur qualitativen und quantitativen Arbeitsplatzsicherheit. Bezogen auf Letztere haben nur rund 10% der Befragten Angst vor Arbeitslosigkeit und um die 40% davor, neue Arbeit zu finden oder vor Arbeitsunfähigkeit. Zu der qualitativen Arbeitsplatzsicherheit äußern etwa 30% Angst vor einer Versetzung zu haben und unter 40% vor einem ungeeigneten Dienstplan. Unterstützend sind die Ergebnisse von Studie 4. 2003 gaben 33,4% an, sich vor dem Verlust des Arbeitsplatzes zu fürchten. Im Jahre 2008 waren es noch 19,5%. Generell ist über drei Viertel der Krankenpfleger aus Studie 1 ein unbefristeter und sicherer Arbeitsplatz wichtig. In Befragung 1 sehen 72,8% ihre Chancen auf einen Arbeitsplatz in zehn Jahren mindestens ähnlich, wenn nicht sogar besser.

Gehalt:

Es werden keine Ressourcen in Bezug auf die Kategorie Gehalt benannt.

*AU- Tage*¹⁰⁹:

Die Daten der DAK bezogen auf die Jahre von 1998 bis 2004, welche in Studie 9 verwendet wurden, beziehen sich auf das Unfallgeschehen in der Krankenpflege. Die Anzahl der Unfälle, welche den Tod oder mehr als drei AU- Tage zur Folge hatten, ist hiernach um 5 bis 8% gesunken.

6. Zusammenführung der Ergebnisse

6.1 Vorgehensweise

In diesem Teil der Arbeit werden die zuvor erarbeiteten Belastungsfaktoren und Ressourcen der Krankenpflegekräfte mit den von Herzberg et al.¹¹⁰ definierten Faktoren der ersten und zweiten Ebene verglichen. Da es sich mehrheitlich um Aussagen der befragten Krankenpflegekräfte zu subjektiven Empfindungen handelt, wird in diesem Rahmen hauptsächlich die zweite Ebene, also die Gefühle bezüglich der Faktoren,

¹⁰⁷ Anhang A.T, A.Y

¹⁰⁸ Anhang A.V, A.CC

¹⁰⁹ Anhang A.AA

¹¹⁰ Herzberg et al. 2010

angesprochen.¹¹¹ Im zweiten Schritt wird dieses ebenso für die Treiber von Badura et al.¹¹² durchgeführt. Hierdurch sind Rückschlüsse auf positiv oder negativ wirkende Effekte der berichteten Belastungsfaktoren und Ressourcen auf einen Ausstieg oder Verbleib von Krankenpflegekräften möglich.

6.2 Belastungsfaktoren und negative Faktoren von Herzberg et al.¹¹³

Die Faktoren *Unternehmenspolitik und -verwaltung, Führung, Anerkennung, Gehalt, Arbeit selbst, Aufstiegsperspektive* und *Arbeitsbedingungen* werden von Herzberg et. al als negativ auf die Kategorie *Ausstieg* wirkend beschrieben. Hierunter fallen der Gedanke an oder die Vorbereitung von einer Kündigung und auch das tatsächliche Verlassen der eigenen Einrichtung.¹¹⁴ Die vorangegangene Auswertung der Ergebnisse der Studien, der Befragungen und der statistischen Auswertung zeigt diverse Belastungsfaktoren, welche unter diesen Faktoren subsummiert werden können und somit nach der Theorie von Herzberg et al. Gründe für den Wechsel des Arbeitgebers bei Krankenpflegepersonal darstellen. In Bezug auf die *Unternehmenspolitik und -verwaltung* sind diese zum Einen das als negativ empfundene Management des Patientenaufenthaltes im Krankenhaus, die Belegungssituation, die Arbeit des Qualitätsmanagements, der Ablauf der Pflege oder des Entlassungsvorganges und ebenso die vermehrte Ausrichtung der Patientenversorgung nach Kostenaspekten. Zum Anderen sind es die widersprüchlichen, unvereinbaren oder unvollständigen Arbeitsanweisungen oder die fehlende, beziehungsweise zu späte Weitergabe von Informationen. Weitere mögliche Gründe sind die genannten Überstunden, die durch Störungen gekennzeichneten Pausenzeiten und die als negativ und unzureichend empfundene Personalsituation.¹¹⁵ Ebenso können auf das Verlassen der jetzigen Einrichtung bezogen auf den Faktor *Führung* die mangelnde Berücksichtigung von Beschwerden und Verbesserungsvorschlägen oder die fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte, gerade auch in Konfliktfällen oder Überlastungssituationen, wirken. Auch das insgesamt geringe Angebot verschiedener Maßnahmen für die Pflegekräfte stellt, ebenso wie die als gering empfundenen übertragenen Einflussmöglichkeiten bei der Arbeit einen

¹¹¹ Kapitel 2.2, S. 9

¹¹² Badura et al. 2008

¹¹³ Herzberg et al. 2010

¹¹⁴ Ebenda, S. 5-6

¹¹⁵ Kapitel 5.2, S. 30-32

auf den Ausstieg wirkenden Belastungsfaktor dar.¹¹⁶ Die Krankenpflegekräfte zeigen sich in den beschriebenen Quellen unzufrieden mit dem Stellenwert ihrer Berufsgruppe in der Politik, Gesellschaft, aber auch in dem eigenen Unternehmen. Dieses lässt sich dem Faktor *Anerkennung* zuordnen.¹¹⁷ Der Faktor *Gehalt* wirkt durch die als belastend empfundene Verdienstsituation ebenso negativ.¹¹⁸ In Bezug auf *Arbeit selbst* wird die teilweise unzureichend empfundene Qualifikation als Belastungsfaktor genannt.¹¹⁹ Unter den Faktor *Arbeitsbedingungen* fallen die berichteten körperlichen und exogenen Belastungen, sowie die fehlende Verfügbarkeit von Hilfsmitteln. Zudem zählen hierzu die knappe Zeit und die daraus resultierenden Mängel in der Patientenversorgung, welche durch ein hohes Maß an patientenfernen oder pflegefremden Tätigkeiten verursacht wird. Außerdem wird von erhöhten Arbeitsanforderungen, -intensität und -aufwand und vermehrten Unterbrechungen im Arbeitsablauf berichtet.¹²⁰ Dem Faktor *Aufstiegsperspektive* können keine auf den Ausstieg wirkenden Aussagen zugeordnet werden.

6.3 Belastungsfaktoren und negative Treiber von Badura et al.¹²¹

Laut Badura et al. wirken die Treiber *Netzwerk-, Führungs-, Überzeugungs-/ Wertekapital, fachliche Kompetenz* und *immaterielle Arbeitsbedingungen* in positiver oder negativer Ausprägung auf den Frühindikator Commitment. Dieser beeinflusst wiederum den Spätindikator Ausstieg und führt somit zu einem Verbleib der Mitarbeiter im Unternehmen oder zu einer Kündigung.¹²² Das Commitment, also die Bindung der Krankenpfleger an ihren Arbeitgeber, wird in den untersuchten Quellen teilweise als negativ bewertet. Die empfundene Unattraktivität des eigenen Arbeitsplatzes gehört ebenso hierzu, wie die Absicht das Krankenhaus weder als Arbeitgeber noch für die Patientenversorgung weiterzuempfehlen.¹²³ Das vermehrte Aufkommen von unvereinbarten Überstunden, welche nicht zeitnah abgebaut werden, sowie die unterbrochenen Pausen werden der sozialen Kompetenz der Führungskraft und dem entsprechenden Treiber zugeordnet.

¹¹⁶ Ebenda, S. 29, 31, 34

¹¹⁷ Ebenda, S. 33

¹¹⁸ Ebenda, S. 35

¹¹⁹ Ebenda, S. 30

¹²⁰ Ebenda, S. 29, 31-32

¹²¹ Badura et al. 2008

¹²² Kapitel 2.3, S. 14-15

¹²³ Kapitel 5.2, S.33

Zudem zählen hierzu die mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte, in Konflikt- und Beschwerdesituationen, bei Verbesserungsvorschlägen oder bei der Förderung des älteren Krankenpflegepersonals.¹²⁴ Auch der Treiber *immaterielle Arbeitsbedingungen* in seiner negativen Ausprägung, also bezogen auf die Zufriedenheit mit dem Arbeits- und Organisationsgeschehen, wirkt verstärkend auf den Ausstieg. Als weitere negative Faktoren werden in den beschriebenen Quellen belastende exogene Noxen, fehlende Hilfsmittel, unzureichende Qualifikation, vermehrte Unterbrechungen des Arbeitsablaufes und unangemessene Vergütung genannt. Außerdem wird der Ablauf des Patientenaufenthaltes negativ beschrieben. Explizit bedeutet dieses ein fehlendes Entlassungsmanagement, eine unausgeglichene Belegung der Stationen und eine vermehrte Belastung, welche aus der Arbeit des Qualitätsmanagements resultiert. Auch bewerten die befragten Krankenpflegekräfte die Zeit für die Patientenversorgung als zu gering und die Qualität, aufgrund der Erhöhung beispielsweise administrativer Tätigkeiten, eher negativ.¹²⁵ Zu den Treibern *Netzwerk-, Überzeugungs-/ Wertekapital* und *fachliche Kompetenz* werden keine Belastungsfaktoren genannt.

6.4 Ressourcen und positive Faktoren von Herzberg et al.¹²⁶

Auf die Kategorie *Ausstieg* wirken laut Herzberg et al. die Faktoren *Leistung, Anerkennung, Arbeit selbst, Verantwortung* und *Aufstiegsperspektive* positiv. Sie fördern also den Verbleib der Mitarbeiter bei dem aktuellen Arbeitgeber.¹²⁷ Als Ressourcen der ausgewerteten Quellen in dem Bereich *Anerkennung* werden regelmäßige Gespräche der Krankenpflegekräfte mit dem jeweiligen Vorgesetzten, sowie eine als direkt und persönlich erfahrene Anerkennung durch diese genannt. Auch zählt hierzu die als positiv eingeschätzte Entwicklung von Respekt Außenstehender gegenüber der Arbeit in der Krankenpflege und der Attraktivität des Berufsbildes.¹²⁸ Unter dem Faktor *Arbeit selbst* können die Aussagen bezüglich der empfundenen Sinnhaftigkeit, Abwechslung und Kreativität subsummiert werden. Auch sind genannte Ressourcen in diesem Bereich die Möglichkeit der Anwendung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, sowie die Betreuung der

¹²⁴ Ebenda, S. 31-33

¹²⁵ Ebenda, S. 29-31, 35

¹²⁶ Herzberg et al. 2010

¹²⁷ Kapitel 2.2, S. 11

¹²⁸ Kapitel 5.3, S. 38

Patienten über einen längeren Zeitraum.¹²⁹ Positive Aspekte in Bezug auf *Verantwortung* sind der genannte Entscheidungs- und Handlungsspielraum, ebenso wie die Beteiligung an der Erstellung von Pflegestandards oder –leitlinien.¹³⁰ Den Faktoren *Leistung* und *Aufstiegsperspektive* können keine Ressourcen aus den beschriebenen Quellen zugeordnet werden.

6.5 Ressourcen und positive Treiber von Badura et al.¹³¹

Die Bindung der in den Quellen befragten Krankenpflegekräfte an ihren jetzigen Arbeitgeber wird teilweise als positiv bewertet.¹³² Als Ressourcen lassen sich in Bezug auf den Treiber *Netzwerkkapital* Pflorgeteambesprechungen und die gegenseitige Unterstützung auch in Konfliktfällen, sowie der soziale Zusammenhalt identifizieren.¹³³ Die soziale Kompetenz der Führungskraft gehört zu dem Treiber *Führungskapital* und beinhaltet verlässliche Dienst- und Urlaubsplanung, sowie die Anerkennung durch den Vorgesetzten und selten widersprüchliche oder unklare Vorgaben als Ressourcen.¹³⁴ Als positiv empfundene Punkte bezogen auf das *Überzeugungs- und Wertekapital* werden in den Quellen vorhandene und gemeinsam erarbeitete Behandlungspfade, Leitlinien oder Pflegestandards genannt.¹³⁵ Ressourcen der *immateriellen Arbeitsbedingungen* sind die als sinnvoll, abwechslungsreich, kreativ, interessant und fordernd erlebte eigene Arbeit, welche mit Motivation, Engagement und positiver Affektivität durchgeführt wird. Hinzu kommt auch die kontinuierliche Versorgung der Patienten durch eine Pflegekraft.¹³⁶ Außerdem fällt die Zufriedenheit mit dem Arbeits- und Organisationsgeschehen unter diesen Treiber. In diesem Zusammenhang werden Arbeitsschutz, fachlich ausreichende Qualifizierung und die Unterstützung durch Hilfspersonal als positive Ressourcen genannt. Die Führungskräfte geben zudem an, Hilfsmittel zur Arbeitserleichterung zur Verfügung zu stellen.¹³⁷

¹²⁹ Ebenda, S. 35-37

¹³⁰ Ebenda, S. 39

¹³¹ Badura et al. 2008

¹³² Kapitel 5.3, S. 38

¹³³ Ebenda, S. 37

¹³⁴ Ebenda, S. 37-38

¹³⁵ Ebenda, S. 39

¹³⁶ Ebenda, S. 35-37

¹³⁷ Ebenda, S. 35-37

6.6 Aussagen der Quellen zu Ausstieg und Verbleib von Krankenpflegekräften¹³⁸

Drei Studien und zwei Befragungen treffen Aussagen über den geplanten oder tatsächlich vollzogenen Ausstieg. In Studie 1, 3, 5 und Befragung 1 gibt weniger als ein Drittel der Krankenpflegekräfte an, darüber schon nachgedacht zu haben. Laut Studie 1 schaut jedoch die Hälfte nach Stellenangeboten und ein gleich hoher Anteil ist laut Befragung 2 zu einem Ausstieg bereit. 54,1% der Krankenpfleger aus Befragung 2 denken hingegen mindestens *mehrmals pro Monat bis täglich* an eine Weiterqualifikation innerhalb der Pflege und 21,5% an pflegerisches Arbeiten im Ausland. Als verstärkende Faktoren für einen Ausstieg sieht Studie 2 ein hohes Burnout- Risiko und einen ERI- Quotienten, der größer als eins ist. Studie 9 hingegen gibt hierfür ein niedriges Alter der entsprechenden Krankenpflegekraft an.

Bezogen auf den Verbleib bei dem jetzigen Arbeitgeber, treffen die befragten Krankenpflegekräfte in der Hälfte der Studien und einer Befragung eine positive Aussage. Laut Studie 1 sind mehr als 50% noch in dem Krankenhaus beschäftigt, in welchem auch die Ausbildung absolviert wurde. Passend hierzu gibt Studie 3 die Verweildauer bei einem Arbeitgeber mit einem Mittel von 6,5 Jahren an und in Studie 5 erreicht der Wert für die Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz im Jahre 2006 $M= 58$, bei einer minimalen Reichweite von 0 und einer Maximalen von 100. Laut Befragung 2 sind 17% zufrieden mit ihrer aktuellen Situation und 65,6% der Studie 9 informieren sich höchstens *selten* über einen neuen Arbeitgeber.

7. Diskussion und persönliches Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde Eingangs die Bedeutung des Ausstiegs und Verbleibs von Krankenpflegekräften für Unternehmen in Bezug auf den gegenwärtigen und erwarteten Pflegenotstand beschrieben. Nach der Darstellung von allgemeinen Belastungsfaktoren und Ressourcen aus der Arbeitspsychologie und dem BGM, wurden pflegespezifische Quellen identifiziert und im Hinblick auf die Thematik ausgewertet. Die von den Krankenpflegekräften berichteten Belastungsfaktoren und Ressourcen konnten mit den Aussagen zu Ausstieg und Verbleib der gewählten Theorie von Herzberg et al.¹³⁹, des Modells von Badura et al.¹⁴⁰ und ebenso der betrachteten Quellen in Bezug gesetzt werden.

¹³⁸ Anhang A.DD und A.EE

¹³⁹ Herzberg et al. 2010

¹⁴⁰ Badura et al. 2008

Dieses ermöglicht die Darstellung potenzieller Gründe für einen Ausstieg oder Verbleib der Krankenpfleger.

Die in den Quellen beschriebenen Belastungsfaktoren und Ressourcen von Krankenpflegern zeigen zum größten Teil übereinstimmende Ergebnisse. Nur in wenigen Bereichen werden unterschiedliche Aussagen getroffen. Beispielhaft hierfür sind die Kategorien *Arbeitszufriedenheit* und *Führung*. Bei genauerer Betrachtung beziehen sich die scheinbar widersprüchlichen Aussagen im Falle der *Arbeitszufriedenheit* jedoch zum Einen auf die Arbeitssituation und im anderen Fall auf die Arbeitsaufgabe. Unterschiedliche Aussagen bezüglich der Führungsqualität resultieren aus nicht übereinstimmenden Begriffsdefinitionen. Einerseits werden Äußerungen zu den direkten Vorgesetzten, also der Stationsleitung, getroffen und zum Anderen beziehen sich die Aussagen auf die Pflegedienstleitung. Ebenso können widersprüchliche Ergebnisse durch die verschiedenen Studiendesigns bedingt sein. Ein Beispiel hierfür ist die unterschiedliche Anzahl der befragten Krankenpflegekräfte. In Studie 5 lag die eingeschlossene Stichprobengröße bei 168 Krankenpflegern und im Vergleich dazu in Studie 6 bei 42.599 Befragten. Daher werden anschließend nur die sich deckenden Ergebnisse dargestellt

Diese zeigen, dass als übereinstimmende Ressourcen eine hohe soziale Unterstützung innerhalb des Pflgeteams oder auch die empfundene Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit genannt werden. Meines Erachtens entwickeln sich diese Ressourcen zu einem großen Teil aus intrinsischen Motiven der Krankenpflegekräfte und könnten somit möglicherweise schwierig beeinflussbar sein. Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Bindung seiner Mitarbeiter hat der Arbeitgeber Krankenhaus meiner Ansicht nach eher im Bereich der Belastungsfaktoren. Übereinstimmend werden hier als ein negativer Faktor die hohen körperliche Anforderungen und die Anzahl der identifizierten AU- Tage in der Krankenpflege genannt. Denkbare Veränderungen wären in diesem Zusammenhang ein vermehrtes Angebot von gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie Rückenschule, Lagerungstechniken oder das Bereitstellen von Hilfsmitteln durch den Arbeitgeber. Als weiterer Punkt werden auch die vielfältigen psychischen Belastungen, wie beispielsweise der Umgang mit Leid oder unzufriedenen Patienten, genannt. Ansatzmöglichkeiten liegen meiner Meinung nach in der Implementierung eines Beschwerdemanagements, dem Angebot von Supervision und auch der Ermöglichung der Einhaltung von Pausenzeiten außerhalb der Arbeitsumgebung. Den berichteten Belastungsfaktoren in Bezug auf fehlende Einflussmöglichkeiten und Anerkennung der Pflege, insbesondere durch die Führungskräfte, könnte meiner Meinung nach durch ein erhöhtes Maß an Partizipation bei

pflegerischen Entscheidungsprozessen oder der Leitlinienentwicklung begegnet werden. Denkbar wären zudem regelmäßige Mitarbeitergespräche oder Arbeitszeitmodelle, welche die Bedürfnisse der älteren Mitarbeiter berücksichtigen. Kritisch werden von den Krankenpflegekräften außerdem die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, sowie der Verdienst in der Pflege genannt. Positiv hierauf könnten sich zum Einen eine Orientierung des Angebotes von Fort- und Weiterbildungen an den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegekräfte auswirken. Zum Anderen wäre es denkbar, eine höhere Qualifikation auch verstärkt monetär zu belohnen. Einen hohen Belastungsfaktor, mit vielfach berichteten Wechselwirkungen auf andere Bereiche, stellen das unzureichende Management des Patientenaufenthaltes im Krankenhaus, sowie die häufig unklare Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen und deren Koordination und Kooperation dar. In diesem Zusammenhang sind diverse arbeitsorganisatorische Maßnahmen denkbar. Einerseits könnten eine klare Definition der unterschiedlichen Aufgabenbereiche, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Pflege und Medizin, sowie regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen den Arbeitsablauf verbessern. Andererseits wirken sich möglicherweise auch die Implementierung eines Entlassungs- und Belegungsmanagements positiv hierauf aus.

Auffallend bei der Ergebnisauswertung ist, dass die unregelmäßigen Arbeitszeiten, der Einfluss dieser auf das Privatleben, sowie Aufstiegsmöglichkeiten nur im geringen Maße oder überhaupt nicht negativ bewertet wurden. Eine mögliche Begründung hierfür wäre, dass Krankenpflegekräften diese potenziellen Belastungsfaktoren schon bei der Entscheidung für den Beruf bewusst sind und diese dementsprechend nicht als negativ empfunden werden.

Alles in allem ist die Anzahl und Intensität der in den Quellen berichteten Belastungsfaktoren im Vergleich zu den Ressourcen insgesamt höher.

Zusammenfassend lässt sich jedoch anhand der Ergebnisse der betrachteten Quellen sagen, dass die Bereitschaft den Arbeitgeber zu wechseln, eventuell auch in Verbindung mit einer Weiterqualifikation oder der Abwanderung ins Ausland, bei rund der Hälfte der befragten Krankenpfleger grundsätzlich gegeben ist. Andererseits sprechen die Verbundenheit und Zufriedenheit mit dem eigenen Arbeitgeber, sowie die tatsächliche Verweildauer bei diesem trotzallem gegen einen tatsächlich vollzogenen Ausstieg. Hieraus lässt sich schlussfolgern, dass die berichteten Ressourcen für die Krankenpflegekräfte eine höhere Bedeutung haben könnten und somit im Vergleich zu den Belastungsfaktoren überwiegen.

Ein weiterer Grund für den Verbleib könnte jedoch auch die Angst vor einer Verschlechterung der Situation bei einem anderen Arbeitgeber sein. Denkbar sind zudem auch die Sorge vor einem, möglicherweise befristeten, Vertragsverhältnis oder anschließender Arbeitslosigkeit. Der von den befragten Krankenpflegekräften vielfach berichtete Gedanken an einen Ausstieg und das Lesen von Stellenangeboten ist meines Erachtens ein normaler Prozess bei Mitarbeitern jeden Berufsfeldes. Hierdurch kann der eigene Marktwert getestet oder Arbeitsangebote anderer Arbeitgeber mit dem eigenen Arbeitsplatz verglichen werden, ohne dass es zu einer tatsächlichen Kündigung seitens des Arbeitnehmers kommt.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Annahmen von Herzberg et al.¹⁴¹ und Badura et al.¹⁴² zu dem Thema Ausstieg und Verbleib möglicherweise nicht ohne weiteres auf den Pflegeberuf übertragbar sind. Denn die Ergebnisse deuten auf eine andere Gewichtung von Ressourcen und Belastungsfaktoren hin, als dieses möglicherweise bei anderen Berufsgruppen der Fall ist.

¹⁴¹ Herzberg et al. 2010

¹⁴² Badura et al. 2008

Literaturverzeichnis

Achouri, Cyrus: Human Resources Management: Eine praxisbasierte Einführung. Wiesbaden: Gabler Verlag, 2011

Afentakis, Anja: Krankenpflege- Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen, 2009

URL:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009__08/PDF2009__08,property=file.pdf

– Download vom 09.09.2011

Badura, Bernhard; Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag, 2003

Badura, Bernhard; Greiner, Wolfgang; Rixgens, Petra; Ueberle, Max; Behr, Martina: Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag, 2008

Bartholomeyczik, Sabine; Donath, Elke; Schmidt, Sascha; Rieger, Monika; Berger, Elisabeth; Wittich, Andrea; Dieterle, Wilfried: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus (ArbiK), 2008

URL:

http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2032.pdf?__blob=publicationFile&v=6

– Download vom 11.09.2011

Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Müller, Rolf: Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb), 2009

URL:

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-07-01.pdf>

– Download vom 10.09.2011

Braun, Bernard; Müller, Rolf; Timm, Andreas: Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus: Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG- Einführung, 2004

URL:

http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/pflegekraefte-report_1.pdf

– Download vom 12.09.2011

Braun, Bernard; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf: Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus: Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008 (WAMP), 2011

URL:

http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_173a.pdf

– Download vom 10.09.2011

Buhr, Petra; Klinke, Sebastian: Qualitative Folgen der DRG- Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung: Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien, 2006

URL:

<http://www.ssoar.info/ssoar/files/usbkoeln/2009/861/qualitativefolgendrgeinfuehrung.pdf>

– Download vom 12.09.2011

Buxel, Holger: Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen: Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und – marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen, 2011

URL:

https://www.fh-muenster.de/fb8/downloads/buxel/2011_Studie_Zufriedenheit_Pflegepersonal.pdf

– Download vom 09.09.2011

Deutsche Krankenhausgesellschaft: Krankenhausstatistik, 2011

URL:

http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/aid/8693/title/Aktueller_Foliensatz_Krankenhausstatistik

– Download vom 03.11.2011

Estryn- Béhar, Madeleine; van der Heijden, Beatrice Isabella Johanna Maria; Oginska, Halszka; Camerino, Donatella; Le Nézet, Olivier; Conway, Paul Maurice; Fry, Clementine; Hasselhorn, Hans- Martin: The impact of social work environment, teamwork, characteristics, burnout and personal factors upon intent to leave among European nurses. In: *Medical Care* 45 (2007), 10, S. 939- 950

URL:

<http://www.presst-next.fr/pdf/MedCare2007-45--10-939.pdf>

– Download vom 12.09.2011

Fuchs, Tatjana: Arbeitsqualität aus Sicht von Krankenpfleger/innen, 2007/08

URL:

http://www.verdi-news.de/download/dgb-index_krankenpflege.pdf

– Download vom 11.09.2011

Grabbe, Yvonne; Nolting, Hans- Dieter; Loos, Stefan: DAK- BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege: Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems, 2005

URL:

<http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/TIKs/Gesund-Pflegen/PDF/gesundheitsreport-2005-stationaer,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>

– Download vom 09.09.2011

Greif, Siegfried; Holling, Heinz; Nicholson, Nigel: Arbeits- und Organisationspsychologie: Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen. 3. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1997

Hasselhorn, Hans- Martin; Müller, Bernd Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael: Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa (NEXT), 2005

URL:

http://www.baua.de/de/Publikationen/Uebersetzungen/Ue15.pdf?__blob=publicationFile&v=6

– Download vom 11.09.2011

van der Heijden, Beatrice Isabella Johanna Maria; Kümmerling, Angelika; van Dam K.; van der Schoot, E.; Estryn- Béhar, Madeleine; Hasselhorn, Hans- Martin: The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe: Secondary analysis of data from the NEXT survey. In: *International Journal of Nursing Studies* 47 (2010), S. 434- 445

Herzberg, Frederick; Mausner, Bernard; Bloch Snyderman, Barbara: *The Motivation to Work*. 12. Aufl. New Brunswick und London: Transaction Publishers, 2010

Isfort, Michael; Weidner, Frank; Neuhaus, Andrea; Kraus, Sebastian; Köster, Veit-Henning; Gehlen, Danny: *Pflege- Thermometer 2009: Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*, 2009

URL:

http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf

– Download vom 10.09.2011

Jost, Peter- J.: *Organisation und Motivation: Eine ökonomisch- psychologische Einführung*. 1. Aufl. Wiesbaden: Gabler Verlag, 2000

Metz, Anna- Marie; Kunze, Daniela; Hamann, Lucie; Gehltholt, Eva; Urbach, Tina: *Demografischer Wandel in der Pflege: Konzepte und Modelle für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften*, 2009

URL:

http://www.komega.de/files/02_abschlussbericht_mbs_pflege.pdf

– Download vom 10.09.2011

Nurses' early exit study (NEXT): Design

URL:

<http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?Design>

– Letzter Zugriff am 28. 09. 2011

Nurses' early exit study (NEXT): Methode

URL:

<http://www.next.uni-wuppertal.de/index.php?Methode>

– Letzter Zugriff am 28. 09. 2011

Pfaff, Heiko: Pflegestatistik 2009: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse, 2011

URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004,property=file.pdf>

– Download vom 03.11.2011

Rosenstiel von, Lutz: Grundlagen der Organisationspsychologie. 6. Aufl. Stuttgart: Schäffer- Poeschel Verlag, 2007

Schulz, M.; Damkröger, A.; Heins, C.; Wehlitz, L.; Löhr, M.; Driessen, M.; Behrens, J.; Wingefeld, K.: Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. In: *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing* (2009), 16, S.225- 233

URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8496d7ad-616f-4999-a2bd-30915111348f%40sessionmgr113&vid=4&hid=113>

– Download vom 01.10.2011

Scholz, Anja; Stuth, Ralf; Kulemann, Peter: DGB- Index Gute Arbeit 2008- Der Report: Wie die Beschäftigten die Arbeitswelt in Deutschland beurteilen, 2008

URL:

http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/downloads/publikationen/data/diga_report_08_internet.pdf

– Download vom 01.10.2011

Simon, Michael; Müller, Bernd Hans; Hasselhorn, Hans- Martin: Leaving the organization or the profession- a multilevel analysis of nurses' intentions. In: *Journal of Advanced Nursing* 66 (2010), 3, S. 616- 626

URL:

http://eprints.soton.ac.uk/186185/1/Leaving_the_organization_or_the_profession.pdf

– Download vom 12.09.2011

Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Hasselhorn, Hans- Martin; Kümmerling, Angelika; Büscher, A.; Müller, Bernd Hans: Auswertung der ersten Befragung der NEXT- Studie in Deutschland, 2005

URL:

http://www.pflege-unternehmensentwicklung.de/fileadmin/baerbel_wermuth/pdf/2005_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland.pdf

– Download vom 12.09.2011

Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 2009

URL:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009,property=file.pdf

– Download vom 03.11.2011

Tackenberg, Peter; Knüppel, Johanna; Wagner, Franz: Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? -Fakten zum Pflegekollaps: Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09

URL:

http://www.dbfk.de/download/download/Abschlussbericht-Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus____.pdf

– Download vom 09.09.2011

Der Tagesspiegel Deutschland: Krankenhausbarometer: Kliniken befürchten Pflegenotstand, 2007

URL:

<http://www.tagesspiegel.de/politik/deutschland/pflegenotstand/1063778.html>

– Download vom 03.11.2011

tz München GmbH & Co. KG: Zukunft Alter: Pflegenotstand: „Der Kollaps ist längst da!“

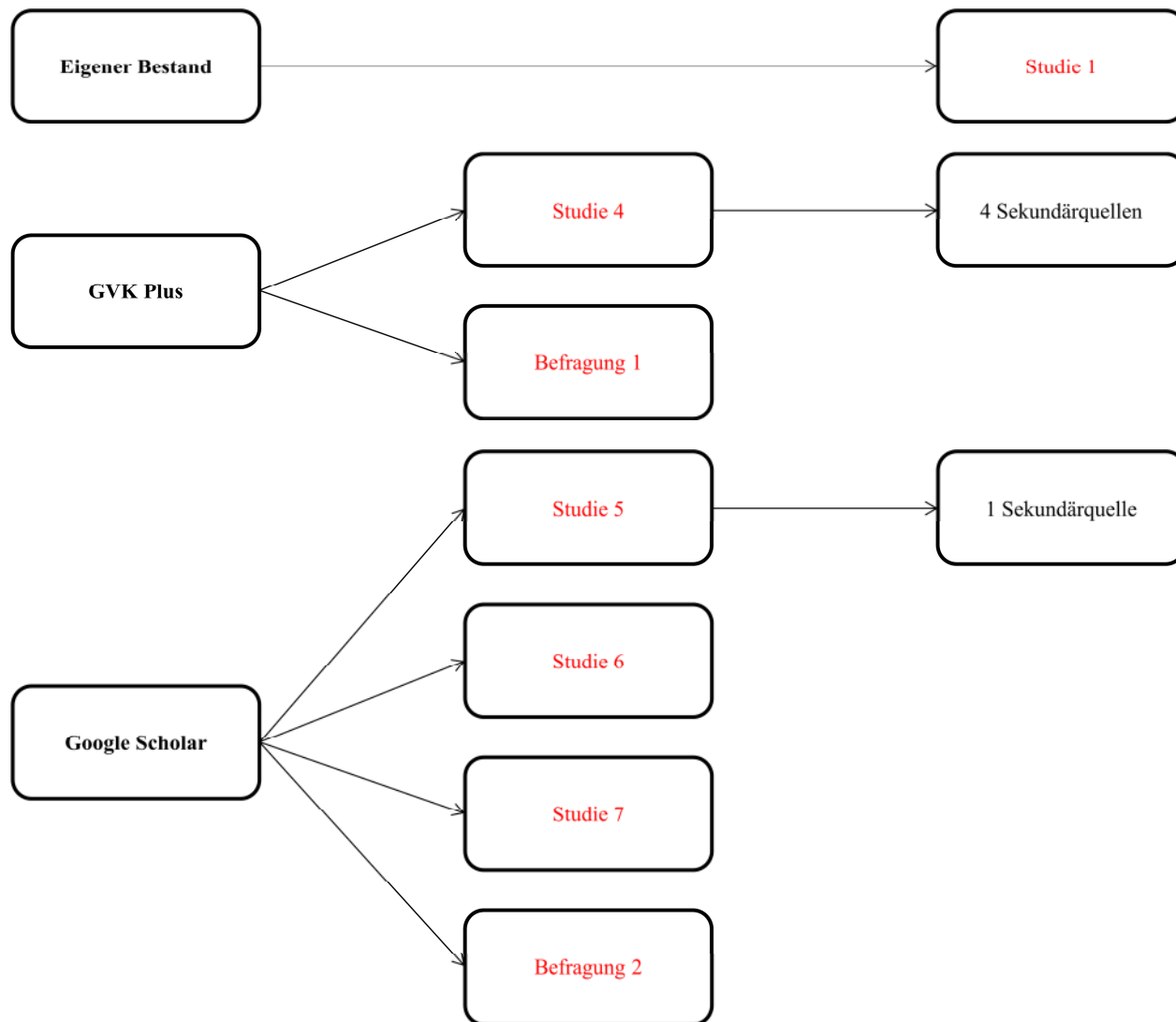
URL:

<http://www.tz-online.de/specials/zukunft-alter/pflegenotstand-der-kollaps-ist-laengst-da-71503.html>

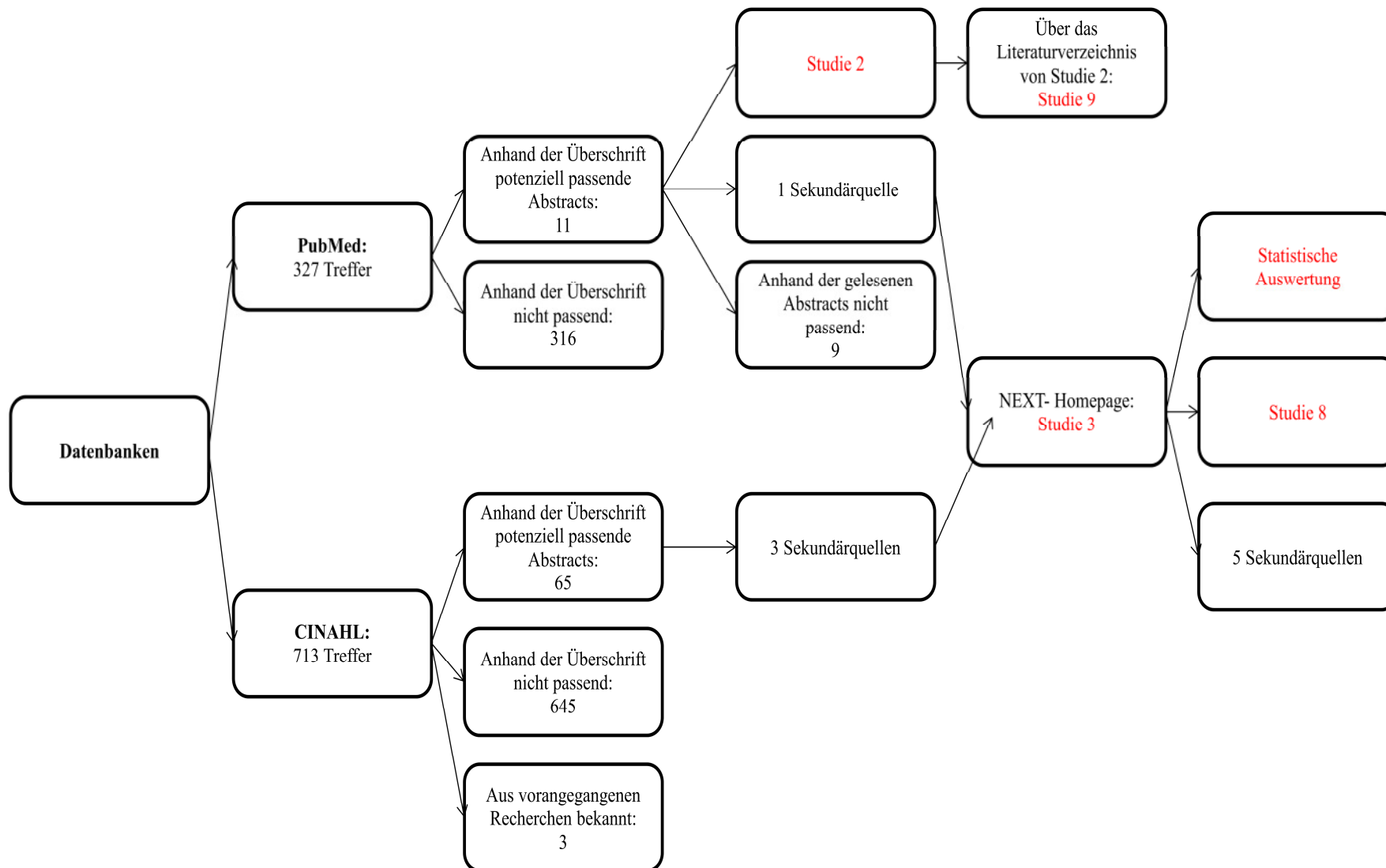
– Download vom 03.11.2011

Verzeichnis der Anhänge

Darstellung 3 a: Flowchart Suchstrategie	A.A
Darstellung 3 b: Flowchart Suchstrategie	A.B
Darstellung 4: Belastungsfaktoren der Studien 1-3	A.C
Darstellung 5: Belastungsfaktoren der Studien 4-6	A.G
Darstellung 6: Belastungsfaktoren der Studien 7-9	A.K
Darstellung 7: Belastungsfaktoren Befragung 1, 2, der statistischen Auswertung	A.P
Darstellung 8: Ressourcen der Studien 1, 3, 4	A.S
Darstellung 9: Ressourcen der Studien 5, 7-9	A.X
Darstellung 10: Ressourcen Befragung 1, 2, der statistischen Auswertung	A.BB
Darstellung 11: Aussagen zu Ausstieg und Verbleib	A.DD



Darstellung 3a: Flowchart Suchstrategie



Darstellung 3b: Flowchart Suchstrategie

Studien mit Stichprobenumfang N (horizontal): Belastungsfaktoren (vertikal):	Studie 1 (N= 4.503)¹	Studie 2 (N= 389)²	Studie 3 (N= 39.898)³
Aussagen der Befragten zu: Anerkennung	-62,3% mit Stellenwert der Pflege im Krankenhaus unzufrieden (S.5) -90% Politik kümmert sich nicht um Pflege (S.6)		
Aussagen der Befragten zu: Wachstumsmöglichkeit	-40% keine Förderung (S.6)		
Aussagen der Befragten zu: Gehalt			-M= 66,8 ⁴ unzufrieden mit Gehalt (Simon et al. 2005, S.42-43)
Aussagen der Befragten zu: Führung	-40% keine Unterstützung (S.6)		
Aussagen der Befragten zu: Einflussmöglichkeit			-Einfluss auf Arbeitstempo/-zeit/-art M= 54,1 ⁵ (Ebenda, S. 23)
Aussagen der Befragten zu: Kommunikation			-50-60% unzufrieden mit Übergabe (Ebenda, S.38) -50% mehrfach pro Woche unzureichende/verspätete Informationen (Ebenda, S.40)

¹ Buxel 2011, S. 5-6

² Schulz et al. 2009, S. 228-229

³ Hasselhorn et al. 2005, S. 37-121 (Daten aus dieser Quelle, wenn nicht anders ausgewiesen)

⁴ M= Mittelwert [Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)]

⁵ M= Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)

Aussagen der Befragten zu: Arbeitsorganisation			-22% verbringen $\geq 20\%$ der Arbeitszeit mit pflegefremden Tätigkeiten (Ebenda. S.41)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszufriedenheit	~50% nicht zufrieden (S.5)		
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszeiten			-30-50% unzufrieden mit Arbeitszeiten in Bezug auf Wohlbefinden/ Privatleben (Ebenda, S.37)
Aussagen der Befragten zu: Arbeit selbst	-56,1% leiden unter Stress (S.5) -62,6% unzufrieden mit Kollegenanzahl pro Schicht (S.5) ~67% schaffen Arbeit in der Zeit nicht (S.6)		-Arbeitsanforderungen M= 3,2 ⁶ (S.112) -quantitativer Arbeitsaufwand M= 17,7 ⁷ (S.118)
Aussagen der Befragten zu: Physische Bedingungen	-50% stark belastet und erschöpft (S.6)		-Indexwert für Heben= 41, für Bücken= 36 ⁸ (S.103) -56% arbeiten in unbequemer Haltung (S.104) -65% stehen > sechs Stunden pro Tag (S.104) >80% körperlich angestrengt (S.105) <40% erschöpft (S.105) ~40% Störungen des Bewegungsapparates (S.105)

⁶ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

⁷ M= Reichweite von 6 (gering) bis 30 (hoch)

⁸ Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)

			<p>-53% durch Infektionsgefahr belastet (Simon et al. 2005, S. 11)</p> <p>-33,7% Lärmbelastung (Ebenda, S.13)</p> <p>-22,1% unangenehme Temperatur belasten (Ebenda, S.13)</p> <p>-40,9% gefährliche Stoffe belasten (Ebenda, S.14)</p> <p>-71% keine Hebehilfe (Ebenda, S.18)</p> <p>-4,7 Tage im Jahr gearbeitet trotz Krankheit (Ebenda, S.48)</p>
Aussagen der Befragten zu: Psychische Bedingungen	-50% stark belastet und erschöpft (S.6)	<p>-Laut MBI- Bewertung: Emotionale Erschöpfung= 25,5 Depersonalisation= 9,8 Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit= 19,1 (S.228)</p> <p>-Laut ERI- Bewertung: Extrinsischer Einsatz= 18,5 Belohnung= 42,4 -26,4% ERI- Quotient > 1 (S.229)</p>	<p>-Persönliches Burnout M= 2,5⁹ (S.59)</p> <p>-Subjektiver Distress M= 2,1¹⁰ (S.72)</p> <p>-Überengagement M= 14,4¹¹ (S.120)</p> <p>-Emotionale Belastung durch: Tod/ Krankheit/Leid M= 70,9 und Aggression/ Unfreundlichkeit M= 56,8¹² (Simon et al. 2005, S.20)</p>

⁹ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

¹⁰ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

¹¹ M= Reichweite von 6 (gering) bis 24 (hoch)

¹² M= Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)

			-21% ERI- Quotient > 1 (S.120-121) >60% weniger als <i>einmal pro Woche</i> bis <i>immer</i> unzureichend qualifiziert (Simon et al. 2005, S.41)
Aussagen der Befragten zu: Persönliche Lebensbedingungen			-Arbeit- Familie- Konflikt M=2,8 ¹³ (S.84)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsplatzsicherheit	-70% glauben nicht >55 Jahren noch zu arbeiten (S.6)		-Unzufrieden mit Zukunftsaussicht der Arbeit M=2,34 ¹⁴ (S.37)
Aussagen der Befragten zu: Identifikation mit dem AG oder Beruf	-57% empfehlen AG nicht weiter (S.6) -48% identifizieren sich nicht mit AG (S.6) -40% nicht wiederbewerben (S.6) ~50% Arbeitsplatz unattraktiv (S.5)		-Bindung an den Beruf M=50-60 ¹⁵ (Simon et al. 2005, S.30)

Darstellung 4: Belastungsfaktoren der Studien 1- 3

¹³ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

¹⁴ M= Reichweite von 1 (gering) bis 4 (hoch)

¹⁵ M= Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)

Studien mit Stichprobenumfang N (horizontal): Belastungsfaktoren (vertikal):	Studie 4 (Befragung: N2003= 1.545, N2006= 1.119, N2008 = 750 Erwerbsepisoden: N= 11.768)¹⁶	Studie 5 (N= 168)¹⁷	Studie 6 (N= 42.599)¹⁸
Aussagen der Befragten zu: Führung	-16% immer bis überwiegende Unterstützung bei Pflegekonflikten durch Pflegedienstleitung (Braun et al. 2004, S.85)		
Aussagen der Befragten zu: Einflussmöglichkeit	-4,5%/43,8%/51,3% Versorgung richtet sich nach Kosten (S.80)	<70% wenig Einfluss bei der Arbeit (S.30)	
Aussagen der Befragten zu: Kommunikation	-70% keine Arzt-Pflege-Besprechungen (Braun et al. 2004, S.82) -37,8% immer bis überwiegend Pflegevisite (Ebenda, S.127) -55% Ergebnis Patientenbefragung unbekannt (Ebenda, S.154) -Immer bis überwiegende Unterstützung bei Pflegekonflikten durch:	-54% Kommunikation wirkt negativ auf Arbeitsablauf (S.35)	

¹⁶ Braun et al. 2011, S. 41-97 (Daten aus dieser Quelle, wenn nicht anders ausgewiesen)

¹⁷ Bartholomeyczik et al. 2008, S. 30-35

¹⁸ Behrens et al. 2009, S. 52

	<p>28% Chef-/ Oberärzte, <10% Personalrat/ Supervision (Ebenda, S.85), 21,6% Therapeuten, 19,9% Patienten (Ebenda, S.89), 15,5% Angehörige (Ebenda,S.90)</p>		
<p>Aussagen der Befragten zu: Arbeitsorganisation</p>	<p>~50%/~55% keine gute Kooperation mit Verwaltung/ Qualitätsmanagement (S.45) -80,1% Kooperation mit Ärzten wirkt negativ auf Motivation (S.96) -32,9%/34,3% Management des Pflegeablaufes negativ (S.41) -52,7%/55,5%/49,3% patientenferne Tätigkeiten (S.55) -43,1%/39,1%/33,9% können nur überwiegend eine ausführliche Pflegeaufnahme durchführen (S.76) -85,2%/53,4%/58,7% für soziale/emotionale Zuwendung praktisch nie Zeit (S.85) -34%/46,2%/49,8% durchgängige/häufig zu frühe/späte Entlassungen der Patienten (S.89) -28,9%/36,6%/39% Entlassungsmanagement funktioniert/existiert nicht (S.91)</p>	<p>-56% schlechte Koordination zeitlicher Arbeitsabläufe mit den Ärzten (S.33) -68% Schnittstellenkoordination wirkt negativ auf Arbeitsablauf (S.35) -47% administrative Tätigkeiten wirkt negativ auf Arbeitsablauf (S.35)</p>	

	<p>-Dokumentation wirkt negativ auf Motivation= 80,1% und auf Versorgungsqualität= 64,5% (S.96-97)</p> <p>-92,8% DRG's wirken negativ auf Motivation (S.96)</p> <p>-Nicht immer genügend Zeit für Patientengespräche= 89,5%/ für Angehörigengespräche= 92,8% (Braun et al. 2004, S.140)</p> <p>-77% eher über-/unterbelegt oder schwankende Belegung (Ebenda, S.146)</p> <p>-31% keine koordinierten Abläufe (Ebenda, S.150)</p> <p>-37,7% keine Existenz von Kurzzeitabteilungen (Ebenda, S.150)</p> <p>-38,5% keine Existenz poststationärer Abteilungen (Ebenda, S.150)</p>		
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszeiten	-29,6%/37,4%/38,8% >15 Überstunden pro Monat (S.58)		
Aussagen der Befragten zu: Arbeit selbst	<p>-70,6%/69,9%/67,9% eher keine Schaffung neuer Stellen (S.41)</p> <p>-Zeitdruck wirkt negativ auf Arbeitsplatzsicherheit= 68,7% und auf Versorgungsqualität= 94,7% (S.97)</p>	<p>~70% höhere quantitative Anforderungen (S.30)</p> <p>-65% Patientenaufkommen wirkt negativ auf Arbeitsablauf (S.35)</p>	

Aussagen der Befragten zu: Physische Bedingungen	-1990-2003: Häufigste Einzeldiagnosen: 5,2% Streptokokken-Angina/Scharlach/Erkältungen, 4,7% Affektionen des Rückens, 4,3% Bronchitis, 4% Grippe, 3,5% Gastritis/Duodenitis (Braun et al. 2004, S.196)		
Aussagen der Befragten zu: Persönliche Lebensbedingungen		~55% Einfluss des Berufs auf das Privatleben (S.30)	
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsplatzsicherheit		~40% Arbeitsplatzunsicherheit (S.30)	
AU- Tage	-2003: 15,1 AU-Tage, 1,9 stationäre Aufenthalte (Ebenda, S.173)		-Von 1990-2005: 14,6 AU- Tage, 2,1 stationäre Aufenthalte (S.52)

Darstellung 5: Belastungsfaktoren der Studien 4-6

Studien mit Stichprobenumfang N (horizontal):	Studie 7 (N= 789)¹⁹	Studie 8 (N= 9.719)²⁰	Studie 9 (Befragung: N= 1.306, DAK-Daten: N= 118.000 Beschäftigte à 108.000 Versichertenjahre)²¹
Belastungsfaktoren (vertikal):			
Aussagen der Befragten zu: Anerkennung			-65,3% unzufrieden mit dem Ansehen des Berufes (S.44)
Aussagen der Befragten zu: Wachstumsmöglichkeit	~70% der Führungskräfte bieten keine Maßnahmen zur Weiterbildung (berufs-/alters-/karrierebezogen) (S.59)	-72% keine regelmäßigen, neuen, lernintensiven Projekte (S.80)	-23,1% Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten berücksichtigen nicht die Interessen (S.36)
Aussagen der Befragten zu: Gehalt		-86,8% unangemessene Bezahlung (S.45)	
Aussagen der Befragten zu: Führung		-50% keine Unterstützung (S.42) -60,5% keine Regeln, welche Maßnahmen bei Überlastung vorrangig sind (S. 78)	-84% Beschwerden nicht berücksichtigt (S.37) -76,5% nicht zu Verbesserungsvorschlägen ermuntert (S.37) -63,8% nicht unterstützt (S.37)

¹⁹ Metz et al. 2009, S. 59

²⁰ Isfort et al. 2009, S. 42-80

²¹ Grabbe et al. 2005, S. 28-147

<p>Aussagen der Befragten zu: Kommunikation</p>		<p>-43,1% erreichen Arzt bei wichtigen Entscheidungen nicht (S.66) -47,8% AVO's in letzter Woche in der gleichen Schicht von anderem Arzt wieder geändert (S.69)</p>	<p>-78,8% keine rechtzeitige/ vollständige Information über Veränderungen (S.37) -75,7% Kommunikation zwischen Abteilungen/ Berufsgruppen nicht offen/ transparent (S.42)</p>
<p>Aussagen der Befragten zu: Arbeitsorganisation</p>	<p><60% der Führungskräfte bieten keine Maßnahmen zur Arbeitsorganisation (Altersteilzeit, Arbeitszeitverkürzung,...) an (S.59)</p>	<p>-38,4% keine angemessenen Prophylaxen (S.62) -37,2% <i>häufiger</i> bis <i>oft</i> freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Verwirrten aus Zeitmangel (S.67) -In letzter Woche: 56,5% Schichtbesetzung reicht nicht für fachlich gesicherte Versorgung (S.62) 34,7% sehen Patienten nicht häufig genug, um Sicherheit zu gewährleisten (S.64) 59,6% können nicht schnell auf Patientenklengel reagieren (S.66) 95,3% werden durch Klingel oder Telefon unterbrochen (S.66) 60,7% Verwirrte <i>häufiger</i> bis <i>oft</i> nicht ausreichend beobachtet (S.67) 30% <i>häufig</i> bis <i>oft</i> keine angemessene Begleitung Sterbender/ Angehöriger (S.69)</p>	<p>-67,9% bei der Arbeit unterbrochen (S.31) -benötigte Zeit für Pflegeplanung und Dokumentation pro Arbeitstag: 38%= 1-2 Stunden, 37%= 0,5-1 Stunde (S. 73) -62,7% Dokumentationszeit fehlt am Patienten (S.74) >60% ärztliche und pflegerische Aufgaben nicht gut abgestimmt (S.42) -68,9% Zusammenarbeit zwischen Abteilungen nicht gut (S.42) ~70-80% Qualitätsmanagement zusätzliche Arbeitsbelastung (S.70-71)</p>

		<p>34,3% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> keine Überwachung laut AVO (S.70) 26,6% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> keine notwendige Mundpflege (S.70) 26,8% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> keine notwendige Ganzkörperwäsche (S.70) 31,4% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> keine Unterstützung beim Essen (S.71) 57,3% Mobilisation <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> nicht wie nötig durchgeführt (S.71) 45,4% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> kein nötiges Gespräch mit Angehörigen/Patienten (S.71) 54,2% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> keine emotionale/ psychosoziale Unterstützung (S.72) 33,5% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> nicht so oft wie nötig Lagerung (S.72) 14% <i>manchmal</i> bis <i>oft</i> keinen nötigen Verbandswechsel (S.74) -58,4% bessere Abläufe sparen Zeit (S.79)</p>	
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszeiten		-29,3% im letzten Monat zusätzlich einen Wochenendtag gearbeitet/ 22,5% zwei Tage (S.53) -94,4% Überstunden im letzten halben Jahr (S.53)	-25,5%= 5-10 Überstunden, 22,1%= 10-20 Überstunden, 17,3%= 1-5 Überstunden, 4,8%= >20 Überstunden pro Monat (S.28)

		-56,8% Überstunden nicht zeitnah ausgeglichen (S.55) -63% keine Pausen außerhalb des Arbeitsplatzes (S.56)	
Aussagen der Befragten zu: Arbeit selbst		-72,4% im letzten Jahr mehr Patienten versorgt (S.58) -67,7% offene Stellen länger nicht besetzt (S.58) -53,2% Personal wurde abgebaut (S.58) -68,8% mehr befristete Verträge (S.58)	-81,5% leiden (sehr) oft unter Stress (S.31) -54,7% unter Leistungsdruck (S.31)
Aussagen der Befragten zu: Physische Bedingungen	~70% der Führungskräfte bieten keine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Rückenschule, Supervision,...) (S.59)		-63,1% Heben/ Tragen sechs- bis >zehnmal pro Tag (S.29) -64,8% Drehen/ Beugen den Rumpf sechs- bis >zehnmal pro Tag (S.29) -73,9% <i>mäßig</i> bis <i>starke</i> Kreuz-/ Rückenschmerzen (S.49) -69,1% <i>mäßig</i> bis <i>starke</i> Nacken-/Schulterschmerzen (S.49) -52,6% <i>teilweise</i> bis <i>völlig</i> müde vor der Arbeit (S.50) -66,3% <i>teilweise</i> bis <i>völlig</i> ausgelaugt vor der Arbeit (S.50) -Anteile der Krankheitsarten an den AU-Tagen: 25,5% Muskel-Skelett-, 17,4% Atmungs-, 6,4% Verdauungssystem, 13,3% Verletzungen (S.147)

			-2004 Anteil anerkannter Berufskrankheiten: ~70% Haut, ~12% Infektionen, ~10% Lendenwirbelsäule (S.116)
Aussagen der Befragten zu: Psychische Bedingungen			-Anteile der Krankheitsart an den AU-Tagen: 9,3% psychische Erkrankung (S.147)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsplatzsicherheit		-61,7% keine Konzepte für die Förderung des Verbleibs Älterer im Beruf (S.44)	-In den letzten drei Jahren: 66,3% Zusammenlegung anderer Stationen/29,2% die der Eigenen (S.62) 57,4% Schließung anderer Stationen/8,9% die der Eigenen (S.62) -56,7% Bettenabbau auf anderen Stationen/20,8% auf der Eigenen (S.63) 78,4% Personalabbau auf anderen Stationen/62,8% auf der Eigenen (S.63)
AU- Tage			-2003: 3,9% an jedem Kalendertag AU (S.132) -2003: 14,3 Tage pro Jahr AU (S.135)

Darstellung 6: Belastungsfaktoren der Studien 7-9

Befragungen/ statistische Auswertung mit Stichprobenumfang N (horizontal): Belastungsfaktoren (vertikal):	Befragung 1 (N= 3.048) ²²	Befragung 2 (N= 467) ²³	statistische Auswertung (N= 712.000) ²⁴
Aussagen der Befragten zu: Anerkennung	-69% Attraktivität des Berufes in zehn Jahren drastisch gesunken (S.5) -66,5% Image des Berufes (sehr) schlecht (S.19)		
Aussagen der Befragten zu: Wachstumsmöglichkeit		-47% fehlende Entwicklungsmöglichkeiten (S.3) -57% schlechte Aufstiegschancen (S.6)	
Aussagen der Befragten zu: Gehalt		-46% belastende Einkommensbedingungen (S.3) -80% schlechtes Einkommen (S.6)	
Aussagen der Befragten zu: Führung		-47% fehlende Unterstützung (S.3)	
Aussagen der Befragten zu: Einflussmöglichkeit		-55% fehlende Einflussmöglichkeiten (S.6)	

²² Tackenberg et al. 2008/09, S. 5-19

²³ Fuchs 2007/08, S. 3-16

²⁴ Afentakis 2009, S. 1-4

Aussagen der Befragten zu: Kommunikation	-74,9% <i>ein- bis fünfmal</i> pro Tag oder <i>ständig</i> Informationen unzureichend/zu spät (S.13) -67,9% <i>ein- bis fünfmal</i> pro Tag oder <i>ständig</i> widersprüchliche/unvollständige/unvereinbare Arbeitsanweisungen (S.13)		
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsorganisation	-69,8% schlechte Pflegequalität (S.9) -Tätigkeiten außerhalb eigenen Aufgabenbereiches: 51,7% zu einem Fünftel, 41% zu > einem Fünftel (S.12)		
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszufriedenheit		-17% stabil zufrieden, 47% progressiv zufrieden, 13% resignativ zufrieden, 19% konstruktiv unzufrieden, 4% fixiert unzufrieden (S.15)	
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszeiten	-45,5% <i>nie</i> oder <i><einmal</i> pro Monat vollständige/ungestörte Pausen (S.14)	-Im Mittel vier Überstunden pro Woche (S.12)	-22% arbeitet mehr pro Woche als vereinbart (S.3)
Aussagen der Befragten zu: Arbeit selbst	-83,2% unangemessene Personalausstattung (S.9)	-46% belastende Arbeitsbedingungen (S.3) -66% Arbeitsintensität zu hoch (S.6)	-Von 1997-2007: Anstieg der Behandlungsfälle pro Vollkraft um 21% (S.1-2), Durchschnittliche Verweildauer sinkt um 2,1 Tage (S.2), Patientenzahl (≥ 65 Jahre alt) steigt um 11% (S.2), Abbau der Vollzeitkräfte um 13% (S.1)

			-33,2% Zeitdruck/Arbeitsüberlastung (S.4)
Aussagen der Befragten zu: Physische Bedingungen	-Fünfmal pro Jahr gearbeitet trotz Krankheit (S.14)	-52% hohe körperliche Anforderungen (S.6)	-16% im letzten Jahr arbeitsbedingtes Gesundheitsproblem (S.3), davon: 87% Gelenk-/ Knochen-/ Muskelbeschwerden (S.4) -34,7% schwierige Körperhaltung/ Bewegungsabläufe/ Hantieren mit schweren Lasten (S.4)
Aussagen der Befragten zu: Psychische Bedingungen	-36,1% <i>ein- bis fünfmal</i> pro Tag oder <i>ständig</i> nicht ausreichend qualifiziert (S.13)		
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsplatzsicherheit		-64% schlechte berufliche Zukunft (S.6) -57% Tätigkeit nicht bis Renteneintritt ausübbar (S.16)	
Aussagen der Befragten zu: Identifikation mit dem AG oder Beruf	-43,6% Nahestehende nicht im eigenen Arbeitsbereich versorgen (S.10)		
Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage)			-38,1 AU- Tage pro Jahr durch Gelenk-, Knochen-, Muskelbeschwerden im Rücken (S.4)

Darstellung 7: Belastungsfaktoren Befragung 1, 2, der statistischen Auswertung

Studien mit Stichprobenumfang N (horizontal): Ressourcen (vertikal):	Studie 1²⁵ (N= 4.503)	Studie 3²⁶ (N= 39.898)	Studie 4²⁷ (Befragung: N2003= 1.545, N2006= 1.119, N2008 = 750 Erwerbsepisoden: N= 11.768)
Aussagen der Befragten zu: Wachstumsmöglichkeit			-63,4%/64,3%/64,2% <i>immer bis überwiegend Chancen dazuzulernen (S.63)</i>
Aussagen der Befragten zu: Unterstützung im Team		-Soziale Unterstützung M= 3,4 ²⁸ (S.112)/ 60-65% (Simon et al. 2005, S.27)	-68,3%/68,2%/65,2% <i>immer bis überwiegend soziale Beziehungen als Ressource (S.63)</i> -93,6% <i>immer bis überwiegend Unterstützung bei Pflegekonflikten (Braun et al. 2004, S.86)</i>
Aussagen der Befragten zu: Führung		-Mit Führungsqualität zufrieden M= 3,5 ²⁹ (S.35) -Unterstützung M= 3,3 ³⁰ (S.52) -50-60% soziale Unterstützung Simon et al. 2005, S.26)	~75% <i>immer bis überwiegende Unterstützung durch Stationsleitung bei Pflegekonflikten (Ebenda, S.85)</i>

²⁵ Buxel 2011, S. 5

²⁶ Hasselhorn et al. 2005, S. 35-112 (Daten aus dieser Quelle, wenn nicht anders ausgewiesen)

²⁷ Braun et al. 2011, S. 40- 97 (Daten aus dieser Quelle, wenn nicht anders ausgewiesen)

²⁸ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

²⁹ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

³⁰ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

Aussagen der Befragten zu: Einflussmöglichkeit		-Entscheidungsspielraum M= 3,5 ³¹ (S.112)	-70,4%/68,6%/62,2% <i>immer</i> bis <i>überwiegend</i> genug Handlungsspielraum (S.63)
Aussagen der Befragten zu: Kommunikation			>60% Pflegebesprechungen (Braun et al. 2004, S.82)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsorganisation	-89,2% guter persönlicher Patientenkontakt wichtig (S.5)		-Gute Kooperation mit: 93,8%/92,6%/91,7% Jung und Alt, 72,7%/78,7%/75,2% Ärzten, 83,5%/84,6%/83,4% Therapeuten, 70,7%/74,8%/67,2% Diagnostik (S.45), 71,7%/76,9%/70,9% Hauswirtschaft, 76,1%/83,9%/81,8% Boten, 76,7%/82,2%/79,4% Technikern (S.46) -87,6%/85,4%/78,4% <i>manchmal</i> bis <i>nie</i> belastet durch Organisationsmängel (S.61) -72,9% Zeitdruck positiv auf Arbeitsmotivation (S.96) -75,1% Kooperation mit Ärzten positiv auf Versorgungsqualität (S.97)

³¹ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

			<p>-53,4% immer bis überwiegende Unterstützung durch Ärzte bei Pflegekonflikten (Braun et al. 2004, S.88)</p> <p>-79,9% immer bis überwiegend Anamnese für jeden Patienten (Ebenda, S.127)</p> <p>-85,7% immer bis überwiegend Pflegestandards/ Behandlungspfade (Ebenda, S.127)</p>
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszufriedenheit		<p>-Sinnvolle/wichtige Tätigkeit, Motivation und Engagement M= 4,3³² (S.65)/ 81,2³³ (Simon et al. 2005, S.28-29)</p> <p>-positive Affektivität (Enthusiasmus, Energie, Konzentration,...) M= 3,6³⁴ (S.69-71)</p>	<p>-87,4%/87%/85,8% immer bis überwiegend interessant und abwechslungsreich (S.63)</p>
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszeiten		<p>-16% kurzfristig einspringen (S.91)</p> <p>-80% Dauernachtwache positiv (S.92)</p> <p>>70% Einfluss auf Dienstplan (Simon et al. 2005, S.35)</p>	<p>-73,2%/72,2%/62,1% manchmal bis nie belastet durch unregelmäßige Arbeitszeiten (S.61)</p>

³² M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

³³ M= Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)

³⁴ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

Aussagen der Befragten zu: Physische Bedingungen		-92% gute allgemeine Gesundheit (Ebenda 2005, S.53)	-92,8%/90,9%/88% <i>manchmal</i> bis <i>nie</i> belastet durch mangelhaften Arbeitsschutz (S.61) -2002: 6 AVO'S (Braun et al. 2004, S.173)
Aussagen der Befragten zu: Psychische Bedingungen			-74,3%/75,7%/77,4% <i>manchmal</i> bis <i>nie</i> belastet durch anstrengende Patienten/ Angehörige (S.61) -85,7%/87,1%/87,3% <i>manchmal</i> bis <i>nie</i> belastende Einzelschicksale (S.61) -57% Beschwerdestellen (Braun et al. 2004, S.154)
Aussagen der Befragten zu: Persönliche Lebensbedingungen		-Familie- Arbeit- Konflikt M= 1,4 ³⁵ (S.84)	
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsplatzsicherheit	-88,3% unbefristeter Arbeitsvertrag wichtig (S.5) -88,4% sicherer Arbeitsplatz wichtig (S.5)	-Quantitative Arbeitsplatzsicherheit: ~10% Angst vor Arbeitslosigkeit, <40% davor neue Arbeit zu finden, ~40% vor AU (S.77) -Qualitative Arbeitsplatzsicherheit:	-33,4%/29,9%/19,5% Angst vor Arbeitsplatzverlust (S.40), hierdurch 84,4%/81,2%/85,4% <i>manchmal</i> bis <i>nie</i> belastet (S.61)

³⁵ M= Reichweite von 1 (gering) bis 5 (hoch)

		<40% Angst vor ungeeignetem Dienstplan, ~30% vor Versetzung (S.78)	
--	--	--	--

Darstellung 8: Ressourcen der Studien 1, 3, 4

Studien mit Stichprobenumfang N (horizontal): Ressourcen(vertikal):	Studie 5³⁶ (N= 168)	Studie 7³⁷ (N= 789)	Studie 8³⁸ (N= 9.719)	Studie 9³⁹ (Befragung: N= 1.306, DAK-Daten: N= 118.000 Beschäftigte à 108.000 Versichertenjahre)
Aussagen der Befragten zu: Wachstumsmöglichkeit	~75% Entwicklungsmöglichkeit (S.29)		-54,1% Entwicklungschancen (S.42) -53,1% lernen immer neue Felder kennen (S.45)	-56,1% mit Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten zufrieden (S.36) -65,3% Erlernen von Neuem (S.39)
Aussagen der Befragten zu: Unterstützung im Team	<80% Gemeinschaftsgefühl (S.29)			-64,3% vertrauensvolles/ unterstützendes Klima (S.41)
Aussagen der Befragten zu: Führung		-58% der Führungskräften führen ein Mitarbeitergespräch pro Jahr, 21% alle sechs Monate (S.64)	-68,9% klare Regeln zur Maßnahmenpriorität in regulärer Versorgung (S.78)	-63% direkte/ persönliche Anerkennung (S.41) -70,8% keine widersprüchlichen/ unklaren Vorgaben (S.41)

³⁶ Bartholomeyczik et al. 2008, S. 29

³⁷ Metz et al. 2009, S. 64-68

³⁸ Isfort et al. 2009, S. 42-80

³⁹ Grabbe et al. 2005, S. 31-114

		-27 von 38 Führungskräften haben bereits/planen Modelle um demografischen Wandel zu begegnen (S.67)		
Aussagen der Befragten zu: Einflussmöglichkeit				-87% an Erarbeitung von Standards/ Leitlinien beteiligt (S.67)
Aussagen der Befragten zu: Kommunikation				-53,1% (sehr) selten Informationsmängel (S.31)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsorganisation			-71,3% Patienten warten nicht ≥ 15 min. auf Analgesie (S.67) In letzter Woche: 87,9% keine Fehler beim Medikamentenstellen (S.69), 49,8% genügende Dokumentation/ Evaluation (S.72), 81,7% notwendige Desinfektion (S.73), 84% angemessene Handhygiene (S.73), 51,7% Pflegeanamnese (S.73),	-Für Patienten zuständig: 50,8% mehrere Schichten, 9% gesamter Aufenthalt (S.34) -Leitlinien/ Standards: 93,6% schriftlich formuliert (S.66), 78,1% gut umsetzbar (S.67), 72,4% finden sie wichtig (S.67), 70,4% verbesserte Pflegequalität (S.67) -79,5% kennen Qualitätsmanagementbeauftragten (S.68)

			87,1% notwendige Maßnahmen durchgeführt (S.78) -58,3% sehr gute Zusammenarbeit mit Ärzten (S.80) -64% sehr gute Anleitung von Auszubildenden (S.80) -62,4% klar befolgtes Einarbeitungskonzept (S.80)	-64,5% Pflege durch Dokumentation aufgewertet (S.74)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszufriedenheit	<80% hohe Bedeutung der Arbeit (S.29) ~60% zufrieden (S.29)		-70,2% setzen Fachwissen/ Kompetenz voll um (S.45)	-71,6% Anwendung vielfältiger Kenntnisse/ Fertigkeiten (S.39) -71,3% abwechselnd/ interessant (S.39) -85,2% sinnvolle Tätigkeit (S.44) -59,1% sehr zufrieden (S.44) -63,9% nicht frustriert (S.50)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszeiten			-86,3% Urlaub planmäßig (S.56) -66,8% wollen Arbeitszeit nicht wegen Überforderung reduzieren (S.59)	

Aussagen der Befragten zu: Physische Bedingungen		-24 von 38 Führungskräften stellen Hilfsmittel bereit (S.68)		-Von 1998-2004: Anerkannte Berufskrankheiten um 4-30% gesunken/ Angezeigte um 19-36% (S.114)
Aussagen der Befragten zu: Psychische Bedingungen				-75,6% (sehr) selten fachlich überfordert (S.31)
Aussagen der Befragten zu: Identifikation mit dem AG oder Beruf	-55% verbunden mit Arbeitsplatz (S.29)			
AU- Tage				-1998-2004: Unfälle mit >drei Tagen AU oder Tod als Folge um 5-8% gesunken (S.86)

Darstellung 9: Ressourcen der Studien 5, 7-9

Befragungen/ statistische Auswertung mit Stichprobenumfang N (horizontal): Ressourcen (vertikal):	Befragung 1⁴⁰ (N= 3.048)	Befragung 2⁴¹ (N= 467)	statistische Auswertung⁴² (N= 712.000)
Aussagen der Befragten zu: Anerkennung	-69,7% Anerkennung/ Respekt des Berufes in Zukunft unverändert/ verbessert (S.20) -72,4% Attraktivität des Berufes in zehn Jahren gleich/ besser (S.20)		
Aussagen der Befragten zu: Wachstumsmöglichkeit		-57% gute Möglichkeit zur Kreativität (S.6)	
Aussagen der Befragten zu: Unterstützung im Team		-82% gute Kollegialität (S.6)	
Aussagen der Befragten zu: Führung		-51% guter Führungsstil (S.6)	
Aussagen der Befragten zu: Arbeitszufriedenheit		-97% sinnhafte Tätigkeit (S.6)	
Aussagen der Befragten zu: Arbeit selbst	-Hilfspersonal: 29,4% mehrere Stunden, 17,5% ganze Schicht, 7,5% Beides (S.15)		-Von 1997-2007: Anstieg der Anzahl der Krankenpfleger um 5% (S.1),

⁴⁰ Tackenberg et al. 2008/09, S. 15-20

⁴¹ Fuchs 2007/08, S. 6-18

⁴² Afentakis 2009, S. 1-2

			Anstieg des Anteils der Krankenpfleger am Pflegepersonal um 4% (S.1), Belegungstage pro Vollkraft um 5% gesunken (S.1-2)
Aussagen der Befragten zu: Arbeitsplatzsicherheit	-72,8% Arbeitsplatzchancen in zehn Jahren gleich/besser (S.19)		
Identifikation mit dem AG oder Beruf		-53% mit Einrichtung verbunden (S.18)	

Darstellung 10: Ressourcen Befragung 1, 2, der statistischen Auswertung

Aussagen zu Ausstieg und Verbleib (horizontal): Studien/ Befragungen mit Stichprobenumfang N (vertikal):	Aussagen der Befragten zu: Ausstieg und verstärkende Faktoren	Aussagen der Befragten zu: Verbleib und verstärkende Faktoren
Studie 1 (N= 4.503)⁴³	-30% über Ausstieg nachgedacht (S.7) -50% schauen nach Stellenangeboten (S.7)	>50% noch bei ehemals ausbildendem AG beschäftigt (S.81)
Studie 2 (N= 389)⁴⁴	<i>-Burnout- Risiko und ERI-Quotient>1 (S.225)</i>	
Studie 3 (N= 39.898)⁴⁵	-15% denken darüber nach (Simon et al. 2010, S.621)	-Im Mittel 6,5 Jahre Verbleib (S.24)
Studie 5 (N= 168)⁴⁶	-Gedanke daran M= 20,1 ⁴⁷ (S.44)	-Verbundenheit mit Arbeitsplatz M= 56/58⁴⁸ (S.44)
Studie 9 (Befragung: N= 1.306, DAK-Daten: N= 118.000 Beschäftigte à 108.000 Versichertenjahre)⁴⁹	<i>-niedriges Alter (S.48)</i>	-65,6% schauen (sehr) selten nach neuem AG (S.48)

⁴³ Buxel 2011, S. 7, 81

⁴⁴ Schulz et al. 2009, S. 225

⁴⁵ Hasselhorn et al. 2005, S. 5- 141 (Daten aus dieser Quelle, wenn nicht anders ausgewiesen)

⁴⁶ Bartholomeyczik et al. 2008, S. 44

⁴⁷ Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)

⁴⁸ Reichweite von 0 (gering) bis 100 (hoch)

⁴⁹ Grabbe et al. 2005, S. 48

Befragung 1 (N= 3.048) ⁵⁰	-32,7% denken darüber nach (S.10) -54,1% denken <i>mehrmals pro Monat</i> bis <i>täglich</i> an Weiterqualifikation innerhalb der Pflege (S.16) -21,5% denken <i>mehrmals pro Monat</i> bis <i>täglich</i> an Arbeit in der Pflege im Ausland (S.18)	
Befragung 2 (N= 467) ⁵¹	-51% wären dazu bereit (S.14-15)	-17% zufrieden mit AG, kein Wechsel geplant (S.14- 15)

Darstellung 11: Aussagen zu Ausstieg und Verbleib

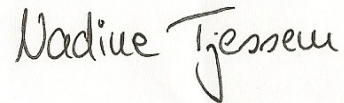
⁵⁰ Tackenberg et al. 2008/09, S. 10-18

⁵¹ Fuchs 2007/08, S. 14-15

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Hamburg, den 09.November 2011

A handwritten signature in black ink that reads "Nadine Tjessem". The signature is written in a cursive style with a large, looped 'N' and 'T'.

(Ort und Datum)

(Nadine Tjessem)