
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**

Herausgeber:

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Zentrale Präventionsdienste

Bereich Gesundheits- und Mobilitätsmanagement

Pappelallee 35 – 37

22089 Hamburg

Tel.: 040 - 20207-960

Email: Gesundheitsmanagement@bgw-online.de

DAK-Zentrale

Geschäftsbereich Produktmanagement

Team Prävention/Betriebliche Gesundheitsförderung

Nagelsweg 27 – 31

20097 Hamburg

Tel.: 040 - 2396 2031 Fax: 040 - 2396 4031

Email: sabine.winterstein@dak.de

Bestellnummer: W403-20051

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK und der BGW erstellt durch:

Dr. Yvonne Grabbe, Hans-Dieter Nolting und Dr. Stefan Loos

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH

Wichmannstr. 5

10787 Berlin

Tel.: 030 - 230 80 90 Fax: 030 - 230 80 911

Email: iges@iges.de

Inhalt

des DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege

Vorwort: Den Wandel im Gesundheitswesen gesundheitsfördernd gestalten	4
Aufbau des DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege.....	6
Schlussfolgerungen	7
Teil 1: Die Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege in einem sich wandelnden Gesundheitssystem	11
Teil 2: Das Unfallgeschehen im Krankenhaus	81
Teil 3: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Pflegekräften in stationären Einrichtungen.....	121

Vorwort

Den Wandel im Gesundheitswesen gesundheitsfördernd gestalten

Die Arbeitssituation der Beschäftigten in den deutschen Krankenhäusern ist in den letzten Jahren durch tiefgreifende Veränderungen im Gesundheitswesen geprägt. Die Umstellung des Finanzierungssystems, die zunehmende Öffnung des Marktes sowie der daraus folgende Wettbewerb unter den Häusern oder die Einführung von Qualitätsmanagement um nur einige der Einflussfaktoren zu nennen, gestalten hier den Arbeitsalltag neu.

Veränderungen im Unternehmen sind immer mit höheren Belastungen für die Beschäftigten verbunden: Ungewohnte Arbeitsabläufe oder Tätigkeiten, neue Teamzusammensetzungen und zeitweise erhöhter Arbeitsanfall verursachen Stress.

Der vorliegende Gesundheitsreport untersucht erstmals die Auswirkungen dieser Belastungen bei den in der stationären Krankenpflege Tätigen. Wie informiert sind die Beschäftigten über die DRG-Einführung? Wie wirken sich Stationszusammenlegungen und Personalabbau aus? Wie viele der Befragten haben einschneidende Veränderungen wie beispielsweise eine Fusion oder einen Trägerwechsel in ihrem Arbeitsumfeld erlebt?

Die Ergebnisse zeigen, dass Veränderung das große Thema in den Krankenhäusern ist. Veränderung wird von den Beschäftigten nicht durchweg negativ erlebt. Die Chancen durch vielfältigere oder anspruchsvollere Aufgaben werden ebenso gesehen wie die Risiken durch höhere Belastungen.

Viel hängt davon ab, wie der Wandel gestaltet wird. Die Studie macht deutlich, dass die Beteiligung von Mitarbeitern an den Veränderungen ihre Fähigkeit diese Prozesse konstruktiv zu bewältigen erhöht. Eine gute Informationspolitik und unterstützende Führungskräfte gehören ebenfalls zu den gesundheitsfördernden Faktoren bei der Neuausrichtung der Krankenhäuser.

Der von BGW und DAK gemeinsam vorgelegte Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege ist eine aktualisierte und erweiterte Version des Krankenpflegereports 2000. Wo es statistisch sinnvoll war, werden Bezüge zur Ersterhebung hergestellt und Entwicklungen aufgezeigt.

Beide Kooperationspartner verfolgen mit der Herausgabe der vorliegenden Studie das Ziel, Impulse für die Modernisierung und Humanisierung von Pflegearbeitsplätzen zu geben. Dabei nehmen BGW und DAK die Interessen der im Gesundheitswesen Beschäftigten und der Patienten gleichermaßen in den Fokus:

Arbeitsbedingungen, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter fördern, kommen auch den Patienten und ihren Angehörigen zu Gute. Weniger Ausfalltage durch Krankheit, weniger stressbedingte Fehler, mehr berufliches Engagement und ein entspannteres kundenfreundliches Verhalten sind die Folge gut gestalteter gesundheitsförderlicher betrieblicher Rahmenbedingungen.

Aus diesem Grund engagieren sich BGW und DAK für die betriebliche Gesundheitsförderung und den Aufbau von Gesundheitsmanagement-Strukturen. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist die gesetzliche Unfallversicherung für etwa 500.000 private oder freigemeinnützige Einrichtungen.

Fast 700.000 Beschäftigte in rund 2.600 Kliniken genießen den Versicherungsschutz der BGW für Arbeits-, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) ist mit 4,8 Mio. Mitgliedern die zweitgrößte Krankenkasse der Bundesrepublik. Eine große Gruppe unter den Mitgliedern stellen die Beschäftigten in der stationären Pflege: Etwa 118.000 Krankenschwestern und -pfleger haben sich für die DAK als Krankenversicherung entschieden.

Anlass für die Zusammenarbeit von BGW und DAK ist die gemeinsame Verantwortung für die Gesundheit ihrer Versicherten. Der Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege ergänzt als ein weiterer Baustein die vielfältigen Informations-, Beratungs- und Schulungsaktivitäten, die BGW und DAK im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und zur Förderung der Gesundheit unternehmen.

Der Gesundheitsreport 2005 liefert Erkenntnisse zur Weiter- und Neuentwicklung insbesondere von Präventionsinstrumenten, die Krankenhäuser dabei unterstützen Umstrukturierungsmaßnahmen in einer Form auf den Weg zu bringen, in der die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nicht auf der Strecke bleiben.

Der Report beschränkt sich deshalb nicht nur auf die Bereitstellung von aktuellem Zahlenmaterial über das Vorkommen von Erkrankungen und Belastungen. Besondere Aufmerksamkeit wird vielmehr der Aufdeckung von Ursachen und Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Arbeitszufriedenheit auf der einen und arbeitsbedingten Belastungen, Organisationskultur und sozialen Beziehungen auf der anderen Seite gewidmet.

Zielgruppen des DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege sind u.a. das Krankenhausmanagement, Pflegekräfte, Qualitätsmanager und Personalverantwortliche, Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen, Gewerkschaften, Krankenkassen und Politik, also alle, die mit der Umgestaltung des Gesundheitswesens befasst sind und ein Interesse an gesundheits- und leistungsförderlichen Arbeitsbedingungen von Pflegenden haben.

Die statistischen Auswertungen und Analysen, die dem Report zugrunde liegen, sollen die Beteiligten und Verantwortlichen unterstützen, gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Deutsche Angestellten Krankenkasse,
Hamburg



Prof. Dr. Stephan Brandenburg

Mitglied der Geschäftsführung

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege,
Hamburg

Aufbau des

DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege

Der DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege gliedert sich in drei Teile:

- **Teil 1** berichtet über die Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege
- In **Teil 2** werden Auswertungen zum Auftreten von Arbeitsunfällen in den von der BGW versicherten Krankenhäusern präsentiert.
- **Teil 3** ist eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von DAK-versicherten Krankenschwestern und -pflegern, die in Einrichtungen der stationären Krankenpflege tätig sind.

Jedem Berichtsteil ist eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse vorangestellt.

Schlussfolgerungen

Die Beschäftigten in der stationären Krankenpflege gehören zu den gesundheitlich besonders stark belasteten Arbeitnehmern. Dies belegen zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen, nicht zuletzt auch der erste DAK-BGW Krankenpflegereport, der im Jahr 2000 publiziert wurde.

Hat sich an dieser Situation etwas geändert bzw. wie wirkt sich der tief greifende Strukturwandel in den Einrichtungen der akutstationären Gesundheitsversorgung auf die Arbeitssituation der Pflegenden aus? Diese Fragen stehen im Zentrum des vorliegenden neuen DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege.

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten aller in der stationären Pflege beschäftigten DAK-Mitglieder zeigt, dass diese Berufsgruppe noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen ist. Dabei spielen die Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.

Krankheitsspektrum und Struktur des Krankenstandes, aber auch die Ergebnisse der Unfallanalyse unterstreichen die Notwendigkeit zu verstärkten Anstrengungen im Bereich der Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen in den Krankenhäusern.

Die Ergebnisse der für diesen Report durchgeführten Umfrage unter Pflegenden in der Bundesrepublik zeigen zahlreiche Ansatzpunkte und Verbesserungspotenziale auf. Angefangen bei den noch immer erheblichen körperlichen Belastungen, über die stark zunehmenden psychischen und psychomentalen Arbeitsbelastungen bis hin zu grundlegenden Fragen der Unternehmens- und Personalführung im Hinblick auf die Pflegenden, als der größten Beschäftigtengruppe im Krankenhaus.

DAK und BGW bieten Krankenhäusern eine Reihe von spezifischen Unterstützungsangeboten für die Lösung der angedeuteten Problemstellungen. Von Seminaren zu betrieblichem Gesundheitsmanagement, Leitbildentwicklung oder betrieblichen Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit über Moderationsausbildungen und betrieblichen Stressmanagementstrategien bis hin zu Beratung und Begleitung von komplexen Projekten der Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Als Analyse-Instrumente zur Identifikation der Arbeitssituation bietet die BGW mit dem BGW-Betriebsbarometer speziell für Krankenhäuser ein bewährtes Instrument zur Durchführung einer Mitarbeiterbefragung an.

Was hat sich seit dem Krankenpflegereport 2000 verändert?

Beschäftigte in der stationären Pflege sind überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen.

Zahlreiche Verbesserungspotenziale

Unterstützungsangebote von DAK und BGW für Krankenhäuser

Außerdem bietet die BGW eine Beratung zur Implementierung des Arbeitsschutzes in ein bestehendes QM-System an. Seit langem bewährt sind ferner die betrieblichen Gesundheitsreports der DAK.

Verhältnismäßig sichere Arbeitsplätze sind noch sicherer geworden.

Der Gesundheitsdienst weist im Branchenvergleich bezogen auf die Anzahl der Vollarbeiter die niedrigste Zahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle auf: So kamen im Jahr 2003 auf 1.000 Vollarbeiter rund 11,9 meldepflichtige Arbeitsunfälle, während es im Branchendurchschnitt 29,4 Unfälle/1000 VB waren.¹

Im Einklang mit dem branchenübergreifenden Trend sind auch in den hier betrachteten Krankenhäusern seit 1998 die meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfälle sowohl absolut als auch bezogen auf die Anzahl der Vollbeschäftigten weiter zurück gegangen; die Arbeit ist somit noch sicherer geworden.

Verstärkter Fokus auf die Ursachen von Stolper-, Sturz- und Rutschunfällen

Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle dominieren weiterhin das Unfallgeschehen. Da von den extrinsischen Sturzrisikofaktoren (rutschige Bodenbeläge, Schwellen, schlechte Beleuchtung etc.) nicht nur die hier untersuchten Beschäftigten, sondern auch die – zunehmend älteren – Patienten betroffen sind, sollten die entsprechenden Präventionsanstrengungen weiter verstärkt werden.

Erfolgreiche Prävention von Finger- und Handverletzungen

Erwartungsgemäß sind Finger noch immer die am häufigsten von einem Unfall betroffenen Körperteile. Der deutliche Rückgang der Finger- und Handverletzungen - gerade durch berufsspezifische Maßnahmen – spricht jedoch dafür, dass entsprechende Präventionsmaßnahmen erfolgreich waren.

Verstärkung der Unfallprävention bei Köchen

Das Pflegepersonal und Köche sind überproportional unfallgefährdet. Insbesondere bei den Köchen sollten die spezifischen Präventionsmaßnahmen noch verstärkt werden.

Ungewöhnlicher Anstieg der Anzahl neuer Renten

Die Anzahl der neuen Renten ist im Zeitraum von 2000 bis 2003 angestiegen. Da dies sowohl der Abnahme der Unfallhäufigkeit in diesem Zeitraum als auch dem branchenübergreifenden Trend widerspricht, sollten die Ursachen dieser Entwicklung detaillierter untersucht werden.

Rückgang der Anzahl der Berufskrankheiten

Auch die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten ist im betrachteten Zeitraum – wie in anderen Branchen auch – weiter zurück gegangen. Verstärkte Präventionsmaßnahmen scheinen insbesondere bei den hautbedingten Krankheiten sowie bei wirbelsäulenbedingten Erkrankungen notwendig.

Veränderungen der Arbeitssituation

Im Vergleich zu 1999, als die Umfrage für den ersten DAK-BGW Krankenpflegereport durchgeführt worden ist, hat sich die Arbeitssituation der Pflegenden im Jahr 2004 teilweise deutlich verändert: Arbeitstempo, Leistungsdruck und die Sorge um den Arbeitsplatz haben aus Sicht der Befragten zugenommen. Dem stehen positiv bewertete Entwicklungen, wie das Wachstum von Aufgabenvielfalt und fachlichen Anforderungen gegenüber.

Trotzdem ist zu konstatieren, dass die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden in den Krankenhäusern geringer geworden ist, auch wenn sich diese Entwicklung nicht in einer Zunahme des Nachdenkens über eine Berufsaufgabe oder einen Arbeitsplatzwechsel ausdrückt.

Arbeitszufriedenheit hat abgenommen

Als besonders enttäuschend werten es DAK und BGW, dass die Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten in den Häusern – bis hin zu so wichtigen Faktoren, wie der Ermunterung der Beschäftigten, Verbesserungsvorschläge zu machen – von den befragten Pflegekräften deutlich schlechter beurteilt worden sind als 1999.

Die wichtigste Schlussfolgerung des DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 - Stationäre Krankenpflege lautet daher, dass die Krankenhäuser in den kommenden Jahren verstärkte Anstrengungen unternehmen müssen, um die Pflegenden stärker in die Bewältigung des Strukturwandels und die Gestaltung der zukünftigen Arbeitsprozesse einzubinden.

Pflegende stärker beteiligen

Einrichtungen, die das Engagement ihrer Beschäftigten durch umfassende Information über betriebliche Veränderungen und Möglichkeiten zur Beteiligung und Mitsprache fördern, schaffen die Basis für gesunde und persönlichkeitsförderliche Arbeitsbedingungen. Gesunde und engagierte Mitarbeiter wiederum tragen maßgeblich zu dem wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtungen bei.

DAK-BGW

Gesundheitsreport 2005

Stationäre Krankenpflege – Teil 1

Die Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege in einem sich wandelnden Gesundheitssystem

**Ergebnisse einer bundesweiten Befragung
von examinierten Krankenschwestern und -pflegern
in Akutkrankenhäusern und Fachkliniken**

Inhalt von Teil 1

Zusammenfassung	13
1. Ausgangspunkt, Ziele und Fragestellungen.....	17
2. Methodik und Datenbasis	20
3. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in stationären Einrichtungen in der Bundesrepublik.....	28
4. Wahrnehmung und Bewertung von Veränderungen der Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege.....	52
5. Auswirkungen spezifischer Entwicklungen in der stationären Pflege.....	60
6. Fazit.....	75

Zusammenfassung

Primäres Ziel der Untersuchung ist die Beschreibung der Auswirkungen des Strukturwandels in der stationären Gesundheitsversorgung in Akut- und Fachkrankenhäusern auf die Arbeitssituation und Gesundheit der Pflegenden.

Die Studie gliedert sich in drei Themenschwerpunkte: (1) Die Beschreibung der aktuellen Situation der Pflege im Jahr 2004 im Vergleich zu den Ergebnissen der Vorgängeruntersuchung, die im Jahr 1999 mit vergleichbarer Methodik Daten erhoben hat. (2) Die Analyse der von den Befragten selbst wahrgenommenen Veränderungen ihrer Arbeitssituation sowie der diesbezüglichen Bewertungen. (3) Die vertiefte Betrachtung von spezifischen Veränderungsprozessen wie der Einführung des neuen Vergütungssystems oder von Qualitätsmanagement-Systemen.

Basis der Studie ist eine schriftliche Befragung von DAK-Mitgliedern der Berufsgruppe "Krankenschwester/-pfleger" (Schlüssel-Nr. 853). Eine 4.000 Personen umfassende bundesweite Zufallsstichprobe aus dieser Grundgesamtheit erhielt im September 2004 den 15 Seiten umfassenden Fragebogen. Die Rücklaufquote betrug 52 Prozent nach der Bereinigung um Fehlläufer.

Für die Analysen des vorliegenden Berichts wurden nur Antworten von Beschäftigten aus Akutkrankenhäusern und Fachkliniken berücksichtigt. Die Datenbasis umfasst 1.306 Personen.

Da die Befragungen sowohl 2004 als auch 1999 in beiden Jahren vollständig anonym durchgeführt wurde, handelt es sich um unterschiedliche Stichproben.

Die aktuelle Stichprobe unterscheidet sich von der Befragung im Jahr 1999 vor allem durch deutlich höhere Anteile von älteren Befragten. Bei Vergleichen der Ergebnisse beider Umfragen wird dieser Unterschied methodisch berücksichtigt (Altersstandardisierung). Ferner hat der Anteil von Teilzeitbeschäftigten zugenommen.

56 % der Befragten arbeiten in Häusern in öffentlicher Trägerschaft, 22 % in freigemeinnützigen und 14 % in privaten Krankenhäusern (8 % keine Angabe). Jeweils etwa ein Drittel ist in Einrichtungen mit weniger als 250 Betten, mit 250 bis unter 500 bzw. über 500 Betten beschäftigt.

Die Ergebnisse im ersten Untersuchungsteil (Beschreibung der Situation 2004 im Vergleich zu 1999) zeigen in vielerlei Hinsicht Konstanz gegenüber der Situation fünf Jahre zuvor:

Etwa ein Viertel der Befragten leistet durchschnittlich mehr als zehn Überstunden pro Monat. In der Untergruppe der Befragten mit Leitungsfunktion liegt der Anteil über 40 %.

Drei Themenschwerpunkte

Schriftliche Befragung einer Zufallsstichprobe von N=4.000

Datenbasis

Im Vergleich zu 1999 mehr ältere Befragte und mehr Teilzeitbeschäftigte

Hohe körperliche Belastungen	Etwa 40 Prozent sind hohen körperlichen Arbeitsbelastungen durch Heben und Tragen oder Tätigkeiten mit Rumpfbeugung bzw. –drehung ausgesetzt.
Organisationsbedingte Belastungen	Die häufigsten organisationsbedingten Belastungen sind Zeitdruck (38 % antworteten "sehr oft"), keine Möglichkeit, die Pausen einzuhalten (29 %) und häufige Unterbrechungen (28 %). Auch an typischen Merkmalen der Funktionspflege hat sich im Vergleich zu 1999 wenig geändert: Etwa die Hälfte gab an, dass Tätigkeiten in Form von "Runden" organisiert sind (Blutdruckmessen usw.) und knapp 20 % beschreiben ihre Station als stark von Hierarchien geprägt. Gegenüber 1999 zeigt sich eine leichte Zunahme des Einsatzes von Pflege entlastenden Diensten (z.B. Stations-/Pfleagesekretäre/innen).
Weiterbildungsangebote	Das Weiterbildungsangebot sowie die Berücksichtigung der Mitarbeiterinteressen durch die Weiterbildungsprogramme beurteilen etwa 60 % bzw. über 40 % positiv.
Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten für die Pflegekräfte	Ein deutlich schlechteres Ergebnis gegenüber der Befragung im Jahr 1999 zeigt sich bei den Fragen zu Beteiligungs- und Mitsprachemöglichkeiten für die Pflegekräfte. Zwar sind unverändert 36 % Prozent der Ansicht, dass die Leitung des Hauses die Anliegen des Pflegedienstes unterstützt, aber nur 16 % stimmten zu, dass Beschwerden der Mitarbeiter berücksichtigt werden (1999: 30 %) und 24 % fühlen sich in ihrem Haus zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermutigt (1999: 39 %).
Soziale Unterstützung durch Kollegen/innen	Die soziale Unterstützung durch die Kollegen/innen wird mehrheitlich positiv beurteilt. Zwei Drittel fühlen sich durch ihre/n direkte/n Vorgesetzte/n persönlich anerkannt. Als unterstützend für die eigene Arbeit nehmen knapp 40 % ihre/n Vorgesetzte/n wahr.
Innerbetriebliche Kooperation und Kommunikation	Die Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen und Berufsgruppen wird nur von einem Viertel bis einem Drittel positiv beurteilt. Dabei zeigen sich starke Unterschiede je nach der Einstufung der Partizipationsmöglichkeiten in der Einrichtung: Wo Verbesserungsvorschläge erwünscht sind, wird auch die interprofessionelle Kommunikation und Kooperation besser beurteilt.
Arbeitszufriedenheit	Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden ist 2004 gegenüber 1999 teilweise deutlich gesunken. Dies zeigt sich in allen Altersgruppen, besonders deutlich aber bei den älteren Beschäftigten. Diese Entwicklung drückt sich jedoch nicht in einer Zunahme des Nachdenkens über eine Berufsaufgabe oder einen Arbeitsplatzwechsel aus: Knapp 20 % haben in den vorangehenden 12 Monaten oft oder sehr oft daran gedacht, ihren Beruf ganz aufzugeben und 13 % haben einen Wechsel des Krankenhauses in Betracht gezogen.

Bei den körperlichen und Allgemeinbeschwerden dominieren die Kreuz- und Rückenschmerzen. Bei statistischer Kontrolle der unterschiedlichen Altersstrukturen der Befragten zeigt sich keine Veränderung in der Beschwerdehäufigkeit gegenüber 1999.

körperliche und Allgemeinbeschwerden

Im Hinblick auf mögliche Veränderungen der Arbeitssituation in den vorangehenden drei Jahren wurden 18 Fragen gestellt. Die Pflegenden sollten jeweils angeben, wie stark die Zu- oder Abnahme war und wie sie die Veränderung bewerten.

Als stärkste Veränderungen wurden die Zunahme des Arbeitstempos genannt und des Anteils der Arbeitszeit, der auf Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben entfällt. Beide Entwicklungen werden negativ bewertet.

Zunahme von Arbeitstempo und Dokumentationsaufwand

Demgegenüber stehen allerdings auch deutlich positiv bewertete Entwicklungen: Aus Perspektive der Pflegenden haben die Aufgabenvielfalt und die fachlichen Anforderungen fast ebenso stark zugenommen wie der Dokumentationsaufwand und das Arbeitstempo.

Anspruchsvollere und interessantere Aufgaben

Als weitere deutliche Veränderungen wurden angegeben: Verkürzung der Verweildauer der Patienten, Zunahme von körperlich schwerer Arbeit, der Notwendigkeit zur Weiterbildung, des Bewusstseins für Kostenaspekte der Pflege und der Angst um den Arbeitsplatz.

Kürzere Verweildauern

Im dritten Teil der Untersuchung werden Häufigkeit und Auswirkungen von spezifischen Veränderungsprozessen untersucht: Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozesse, Einführung des neuen Vergütungssystems, Einführung von Pflegeleitlinien, Einführung von Qualitätsmanagement und Bedeutungszuwachs von Dokumentation und Leistungserfassung.

Viele Befragte haben im Haus bzw. auf der eigenen Station Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozesse wie Stationszusammenlegungen (eigene Station: 29 %), Bettenabbau (eigene Station: 21 %) oder Personalabbau (eigene Station: 63 %) erlebt. Einen Trägerwechsel ihres Krankenhauses innerhalb der letzten drei Jahre gaben 27 % an.

Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozesse

Befragte, die Rationalisierungsprozesse angaben, nannten gleichzeitig überdurchschnittlich oft eine Zunahme des Arbeitstempos, der Personalfuktuation und des Bewusstseins für Wirtschaftlichkeitsaspekte bei den Pflegenden, aber auch eine stärkere Erweiterung ihrer Aufgabenvielfalt.

Zunahme von Wirtschaftlichkeitsaspekten und Arbeitsvielfalt

Im Hinblick auf die Einführung des neuen Vergütungssystems der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) ergab die Untersuchung, dass sich die meisten Pflegenden über das Thema unzureichend informiert fühlen.

Unzureichende Informiertheit über DRGs

Pflegeleitlinien werden positiv bewertet.

Das Vorhandensein von schriftlich formulierten Pflegeleitlinien wurde von fast allen Befragten bestätigt. 44 % sehen positive Auswirkungen der Leitlinien für die Patienten und knapp 36 % auch für die eigene Arbeit.

Qualitätsmanagement-Systeme

Knapp zwei Drittel gaben an, dass in ihrem eigenen Arbeitsbereich ein Qualitätsmanagement-System (QM-System) existiert, weitere knapp 20 % bestätigten dies für andere Bereiche des Hauses.

Geteilte Bewertung der QM-Systeme

Befragte, die über das QM-System gut informiert sind und sich an den QM-Aktivitäten beteiligen können, bewerten die Auswirkungen auf Patienten und Pflegekräfte zu ca. 50 % bzw. 40 % positiv. Wenn das QM-System dagegen wenig bekannt und verankert ist, werden die Auswirkungen deutlich negativ bewertet. Grundsätzlich stimmen die Befragten zu etwa 40 % überein, dass mit dem Qualitätsmanagement zusätzliche Arbeitsbelastungen für die Pflegenden verbunden sind.

In Einrichtungen mit gut verankertem QM-System werden die Partizipationsmöglichkeiten für die Pflegenden deutlich positiver beschrieben. Trotzdem liegt auch in dieser Befragtengruppe der Anteil, der meint, dass Verbesserungsvorschläge im Haus willkommen sind nur bei einem Drittel.

Sorgfältige Dokumentation wertet Pflege Tätigkeit auf

Der wachsende Stellenwert von Dokumentation und Leistungserfassung ist mit einem eigenen Fragenblock untersucht worden. Dabei zeigt sich, dass zwei Drittel der Befragten der Meinung sind, dass eine sorgfältige Dokumentation zur Aufwertung der Pflegetätigkeit insgesamt beiträgt. Diese Befragten sehen die Zunahme des Anteils von Dokumentationsaufgaben auch deutlich weniger negativ.

Als Gesamtfazit im Hinblick auf die Auswirkungen des Strukturwandels in den Krankenhäusern auf die Pflegenden wird konstatiert, dass die Chancen einer stärkeren Einbindung der Beschäftigten des Pflegedienstes in die Gestaltung und Bewältigung des Wandels nach den Ergebnissen dieser Untersuchung viel zu wenig genutzt werden.

DAK und BGW bieten eine Vielzahl von Unterstützungsangeboten zur Einbindung der Beschäftigten in den Wandel, wie beispielsweise Beratungsangebote oder ein spezifisches Tool für Mitarbeiterbefragungen in Krankenhäusern an.

1. Ausgangspunkt, Ziele und Fragestellungen

1.1 Ausgangspunkt

Mit dem „DAK-BGW Krankenpflegereport 2000“ wurden erstmals Daten über die Gesundheit und Arbeitssituation von Pflegenden in Deutschland veröffentlicht, die nicht auf der Untersuchung einzelner Krankenhäuser oder ausgewählter Fachabteilungen beruhen, sondern auf einer Befragung einer bundesweiten Beschäftigtenstichprobe.

DAK-BGW Krankenpflegereport 2000:

Die im Jahr 1999 durchgeführte Befragung hat deutlich bestätigt, dass die Pflege in stationären Einrichtungen zu den Tätigkeiten mit hohen psychischen und körperlichen Belastungen gehört. Beispielfhaft seien genannt: Zeitdruck, Schichtarbeit, hohe Belastungen der Wirbelsäule durch Hebe- und Tragetätigkeiten, hoher Verantwortungsdruck sowie zusätzliche Belastungen durch teilweise noch ausgeprägte hierarchische Strukturen in den Krankenhäusern.

Pflegeberuf bringt hohe körperliche und psychische Belastungen mit sich

Wie auch viele andere Studien gezeigt haben, können die hohen Arbeitsbelastungen der Pflegenden zu vermehrtem Auftreten psychosomatischer Beschwerden, erhöhten Krankenständen, einer hohen Beschäftigtenfluktuation und frühzeitigem Berufsausstieg führen.

Seit der Veröffentlichung des „DAK-BGW-Krankenpflegereport 2000“ ist der Strukturwandel in den Krankenhäusern weiter fortgeschritten. Als Stichworte sind in diesem Kontext zu nennen: Verkürzung der Verweildauern der Patienten; Veränderungen der betriebswirtschaftlichen Steuerung im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Vergütungssystems (DRGs); Trägerwechsel in Verbindung mit Rationalisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen; Einführung oder Ausbau des Qualitätsmanagements; Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Fortschreiten des Strukturwandels in den Krankenhäusern

Leistungsfähigkeit und Wettbewerbsposition eines Krankenhauses werden zu einem erheblichen Teil auch durch die Qualität der Pflege bestimmt. Qualifikation und Engagement der Pflegenden beeinflussen sowohl ökonomisch unmittelbar relevante Kosten- und Leistungsparameter, als auch mittelbar bedeutsame Faktoren, wie die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen und den Ruf des Hauses in der Region.

Pflege ist wichtiger Faktor für Leistungsfähigkeit und Kundenzufriedenheit

Angesichts der großen Bedeutung der Pflegenden für den Erfolg eines Hauses wird den Auswirkungen der verschiedenen Veränderungsprozesse auf ihre Arbeitsbedingungen in der fachlichen Diskussion überraschend wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Veränderungen des Berufsfelds Krankenpflege

Die Pflegenden, die mit einem Anteil von ca. 40 % die größte Berufsgruppe im Krankenhaus stellen, zählen zu den Hauptbetroffenen des Wandels. Personalabbau, Zusammenlegung und Schließung von Abteilungen und Stationen, kürzere Verweildauern und eine höhere Morbidität der Patienten sowie neue Aufgabenfelder im Rahmen des Qualitätsmanagements haben Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegenden.

Doch der Strukturwandel in der stationären Krankenversorgung hat möglicherweise nicht nur negative Auswirkungen auf das Berufsfeld: Viele der angedeuteten Veränderungen gehen mit höheren Anforderungen an die fachlichen Kompetenzen, erweiterten Aufgabengebieten und größerer Verantwortung der Pflegenden einher.

Der zweite, erneut in einer Kooperation von DAK, BGW und IGES erstellte, "Gesundheitsreport Stationäre Krankenpflege" geht vor allem der Frage nach, welche Veränderungen ihrer Arbeitssituation die Pflegenden erleben bzw. wie sich der Wandel der Rahmenbedingungen in der stationären Gesundheitsversorgung auf das Berufsfeld und die dort Tätigen auswirkt.

1.2 Ziele und Themenschwerpunkte

Der Gesundheitsreport gliedert sich in drei übergreifende Themenschwerpunkte:

Erster Themenschwerpunkt: Aktuelle Situation von Pflegenden in der Bundesrepublik

1. Zunächst wird ein Überblick über die aktuelle Situation von Pflegenden in stationären Krankenpflegeeinrichtungen hinsichtlich Gesundheit, Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima, Personalpolitik, Partizipationsmöglichkeiten, arbeitsbedingten Belastungen und Ressourcen gegeben. Die Ergebnisse werden – soweit das Datenmaterial es zulässt – zu den Resultaten des DAK-BGW Krankenpflegereports 2000 in Beziehung gesetzt, um eventuelle Veränderungen im Zeitverlauf sichtbar zu machen.

Zweiter Themenschwerpunkt: Wahrgenommene Veränderungen und deren Bewertung

2. Im nächsten Schritt werden die Veränderungsprozesse in der stationären Krankenpflege bzw. in den Einrichtungen ausführlicher betrachtet. Dabei werden zwei Perspektiven eingenommen:

Welche Veränderungen ihrer Arbeitssituation nehmen die Pflegenden selbst wahr und wie bewerten sie diese? Den Befragten wurde eine 18 Positionen umfassende Liste von Faktoren vorgelegt. Bezogen auf jeden Faktor wurde nach Zu-, Abnahme oder Stagnation in den zurückliegenden drei Jahren sowie nach einer Bewertung der jeweiligen Entwicklung gefragt.

3. Im dritten Schwerpunkt geht es schließlich um konkrete Prozesse und Ereignisse, die für die Entwicklung der stationären Gesundheitsversorgung von besonderer Relevanz sind:

Welche Auswirkungen haben spezifische Struktur- und Prozessinnovationen – wie die Einführung des neuen Vergütungssystems (DRGs), die Implementierung von Qualitätsmanagement-Systemen oder Pflegeleitlinien – aus Sicht der Pflegenden? Als ein weiterer spezifischer Aspekt von Veränderung werden in diesem Teil auch die Häufigkeit und die Folgen von Rationalisierungsprozessen (z.B. Stationszusammenlegungen, Personalabbau) untersucht.

**Dritter Themenschwerpunkt:
Analyse der Häufigkeit und Auswirkungen von spezifischen Veränderungsprozessen**

Der erste Themenschwerpunkt hat somit vor allem deskriptiven Charakter. Neben Vergleichen im Zeitverlauf werden differenzierende Auswertungen nach Merkmalen des Beschäftigungsverhältnisses (z.B. Befragte mit bzw. ohne Leitungsfunktion) oder der Berufsbiografie durchgeführt. Ferner werden stellenweise allgemeine Strukturvariablen, wie etwa die Bettenzahl des Hauses berücksichtigt. Vertiefend untersucht werden Zusammenhänge zwischen den wahrgenommenen Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten der Pflegenden und Einschätzungen der Kooperation unter den Berufsgruppen sowie der Arbeitszufriedenheit.

Im Zusammenhang mit dem dritten Themenschwerpunkt werden wichtige Sachverhalte aus dem deskriptiven Teil erneut aufgegriffen – entweder als mögliche Auswirkungen von Veränderungsprozessen (z.B. Arbeitszufriedenheit) oder als Faktoren, die Einfluss darauf nehmen können, ob sich strukturelle Umwälzungen positiv oder negativ für die Beschäftigten auswirken.

Der zuletzt angedeutete Aspekt ist besonders wichtig, weil er die Frage betrifft, welche Möglichkeiten es gibt, den Wandel in den stationären Einrichtungen so zu gestalten, dass Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden erhalten bleiben oder gefördert werden.

Der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ will sich nicht auf die Beschreibung des Wandels beschränken, sondern auch Hinweise auf Ansatzpunkte und gute Beispiele für ein gelungenes Veränderungsmanagement geben. Der Untersuchung der Faktoren, die zu einer positiven Bewältigung der Veränderungen beitragen können, wird daher besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Was charakterisiert ein positives Veränderungsmanagement?

2. Methodik und Datenbasis

2.1 Methodisches Konzept der Befragung

Gruppendiskussionen mit Pflegenden

Im Vorfeld der Befragung wurden zwei Gruppendiskussionen mit Pflegenden in Berlin und Münster durchgeführt. Die insgesamt 40 Teilnehmer wurden über Fortbildungseinrichtungen für Pflegende gewonnen. Thema der etwa zweistündigen Gruppendiskussionen waren die strukturellen Veränderungen der letzten Jahre und die Auswirkungen auf die Arbeitssituation einer Krankenpflegekraft im stationären Bereich.

Der Fragebogen wurde unter Berücksichtigung der aktuellen Fachliteratur, der Ergebnisse der beiden Gruppendiskussionen sowie des bei der Umfrage für den ersten DAK-BGW Krankenpflegerreport eingesetzten Fragebogens konzipiert.

Teilweise identische Items wie bei der Befragung im Jahr 1999

Sofern identische Sachverhalte oder Konstrukte wie in der ersten Befragung erhoben wurden, sind die damaligen Itemformulierungen beibehalten worden. In einigen Fällen – z.B. bei der Erhebung von Wirbelsäulenbelastungen durch die Arbeitstätigkeit – mussten jedoch Veränderungen im Sinne von Kürzungen vorgenommen werden.

Erhebung von Veränderungen und diesbezüglichen Bewertungen

Besonderes Gewicht wurde bei der Fragebogenkonstruktion auf die Erhebung von Veränderungen bzw. diesbezüglichen Bewertungen der Befragten gelegt. Neben Angaben zu spezifischen Maßnahmen (z.B. Einführung von Qualitätsmanagement; Entwicklung der Pflegedokumentation) wurde den Befragten eine Liste von 18 Einzelmerkmalen vorgelegt, bei der zum einen einzustufen war, ob in den letzten drei Jahren eine Zu- oder Abnahme stattgefunden hat und zum anderen, wie die betreffende Entwicklung bewertet wird.

Ein Exemplar des Fragebogens kann bei den Autoren des vorliegenden Gesundheitsreports (IGES) angefordert werden.

2.2 Stichprobe und Rücklauf

Stichprobe

Die DAK-BGW-Studie wurde als schriftliche Befragung einer Zufallsstichprobe von bei der DAK krankenversicherten Pflegenden durchgeführt.

Ausgangspunkt für die Stichprobenziehung waren die erwerbstätigen Mitglieder der DAK mit Krankengeldanspruch, bei denen in den „Angaben zur Tätigkeit“ (gemäß DEÜV) der Berufsgruppenschlüssel „Krankenschwester/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger“ (853) angegeben war. Basis waren die Stammdaten der DAK-Mitglieder im November 2003². Aus dieser Population wurden alle Mitglieder entfernt, die nach der DAK vorliegenden Informationen (Betriebsnummer des Arbeitgebers) in einem ambulanten Pflegedienst beschäftigt waren.

Erwerbstätige Mitglieder der DAK, die als examinierte Pflegekraft in einem Krankenhaus arbeiten

Die letztgenannte Untergruppe wurde für den „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 - Ambulante Krankenpflege“ gesondert befragt. Nähere Informationen zu dieser Untersuchung finden sich dort.

Nach Abzug der Mitglieder in ambulanten Diensten umfasste die Grundgesamtheit etwa 120.000 Krankenschwestern- und pfleger in stationären Einrichtungen. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine nach den Merkmalen Alter und Geschlecht geschichtete Zufallsstichprobe von 4.000 Personen gezogen.

Befragung von 4.000 zufällig ausgewählten Personen

Die 4.000 DAK-Versicherten erhielten im September 2004 einen 15 Seiten umfassenden Fragebogen. Nach Ablauf von zwei Wochen wurden alle Angeschriebenen an die Befragung erinnert.

Bei dem Verfahren der Stichprobenziehung war mit einem gewissen Anteil an Fehlläufern zu rechnen. Die „Angaben zur Tätigkeit“ müssen zwar regelmäßig von den Arbeitgebern an die Krankenkassen gemeldet werden. Dies geschieht jedoch nicht immer mit der gewünschten Präzision und Zeitnähe. Ferner war damit zu rechnen, dass der zeitliche Abstand zwischen der Befragung (September 2004) und der Datenbasis für die Stichprobenziehung (November 2003) zu Ausfällen führen würde. Diese Ausfälle sind jedoch als neutral zu werten, dürften also keinen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen.

Um eine Schätzung der Zahl dieser Fehlläufer zu ermöglichen, war in der ersten Frage des Fragebogens die Möglichkeit vorgesehen, anzugeben, dass man nicht (mehr) im pflegerischen Bereich tätig ist oder (mittlerweile) in einem ambulanten Pflegedienst arbeitet.

Die Angeschriebenen wurden gebeten, den Fragebogen auch dann zurück zu senden, wenn sie nicht (mehr) in der stationären Krankenpflege arbeiten.

Der Brutto-Rücklauf betrug insgesamt 2.061 Antworten. 149 Personen gaben an, in einem ambulanten Pflegedienst zu arbeiten. 162 Antwortende sind nicht mehr im pflegerischen Bereich tätig, und 31 haben einen leeren Fragebogen zurückgesandt. Auf Basis dieser Rückläufe lässt sich hochrechnen, dass etwa 17 % aller ausgesandten Fragebögen Fehlläufer waren, dementsprechend 83 % aller ausgesandten Fragebögen eine examinierte Krankenpflegekraft in einer stationären Einrichtung erreicht haben.

17 % Fehlläufer

**Hoher Rücklauf
von über 50 %**

Korrigiert man den Rücklauf um die Fehlläufer, stellt sich die Beteiligung an der Befragung wie folgt dar:

- Etwa 3.300 examinierte Krankenschwestern und –pfleger (DAK-Mitglieder), die in einer stationären Einrichtung tätig sind, haben einen Fragebogen erhalten.
- 1.719 Personen (52,1 %) haben geantwortet.

Die korrigierte Rücklaufquote liegt mit rd. 52 Prozent sogar noch etwas höher als beim „DAK-BGW-Krankenpflegereport 2000“ (48,5 %).

Ein Rücklauf von mehr als 50 % ist bei einer anonymen postalischen Befragung als äußerst hoch anzusehen, insbesondere wenn man beachtet, dass der Fragebogen sehr lang war. Diese ungewöhnlich hohe Beteiligung an der Befragung weist auf das große Interesse an der Thematik und den Wunsch nach Mitgestaltung bei den Pflegenden hin.

Von den 1.719 Pflegekräften, die sich an der Befragung beteiligten, arbeiten nicht alle in Akutkrankenhäusern oder Fachkliniken, sondern einige auch in Rehabilitations-, Altenpflege- oder anderen sozialen Einrichtungen.

**Beschränkung auf
Pfleger in
Akutkrankenhäusern oder
Fachkliniken:
1.306 Personen**

Der vorliegende Teil des DAK-BGW-Pflegereports über die stationäre Krankenpflege konzentriert sich auf die größten Untergruppen. Hierbei handelt es sich um examinierte Pfleger, die in Akutkrankenhäusern oder Fachkliniken arbeiten. Diese Beschränkung ist notwendig, da sich die Arbeitsaufgaben und die Arbeitsbedingungen zwischen der stationären Alten- und Krankenpflege zum Teil stark unterscheiden. Die Datenbasis der folgenden Analysen umfasst damit 1.306 Personen.

Zur Beantwortung der beschriebenen Fragestellungen wurden verschiedene Zusammenhangsanalysen (z.B. die Analyse des Zusammenhangs zwischen erlebten Umstrukturierungsmaßnahmen und der Arbeitszufriedenheit) sowie Vergleiche von Untergruppen (z.B. Allgemeiner Pflegedienst und Intensivpflege im Hinblick auf Arbeitsbelastungen) angestellt. Darüber hinaus wurden Unterschiede zwischen der aktuellen Situation und den Bedingungen im Jahr 1999 herausgearbeitet.

**Ergebnisse basieren
auf statistischen
Zusammenhangsanalysen**

Alle im Folgenden berichteten Ergebnisse beruhen auf statistischen Analysen, das heißt, wenn Zusammenhänge und Unterschiede dargestellt werden, treten diese nicht nur „augenscheinlich“ auf, sondern die Bedeutsamkeit wurde durch verschiedene Prüfverfahren statistisch auf Signifikanz überprüft. Der besseren Lesbarkeit halber werden die Signifikanzen und statistischen Prüfgrößen bei der Darstellung der Ergebnisse nicht aufgeführt.

2.3 Beschreibung der Datenbasis

In die Analysen können die Daten von 1.306 examinieren Krankenschwestern und –pflegern einbezogen werden. Diese Personen führten nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Befragung eine pflegende Tätigkeit in einer Fachklinik oder einem Akutkrankenhaus aus³.

**Datenbasis: 1.306
examierte
Krankenschwes-
tern und –pfleger**

Für einige Fragestellungen wird jeweils nur eine Untergruppe dieser Stichprobe betrachtet. Immer dann, wenn die Stichprobe für eine spezifische Fragestellung reduziert wird, wird die Datenbasis in dem jeweiligen Unterabschnitt erläutert.

**Betrachtung von
Untergruppen bei
spezifischen
Fragestellungen**

Bei zahlreichen Fragestellungen werden Vergleiche mit den Ergebnissen des „DAK-BGW Gesundheitsreports 2000 - Krankenpflege“ vorgenommen. Diese Resultate basieren auf einer im Jahr 1999 durchgeführten Befragung. Die ausgewertete Stichprobe umfasste 1.017 examinierte Krankenschwestern und –pfleger, die in einem Akutkrankenhaus oder einer Fachklinik tätig waren. Weitere Details zu dieser Stichprobe sowie zu den Analyseergebnissen sind der Publikation zu entnehmen⁴.

**Vergleiche mit den
Ergebnissen des
DAK-BGW Kran-
kenpflegereports
2000**

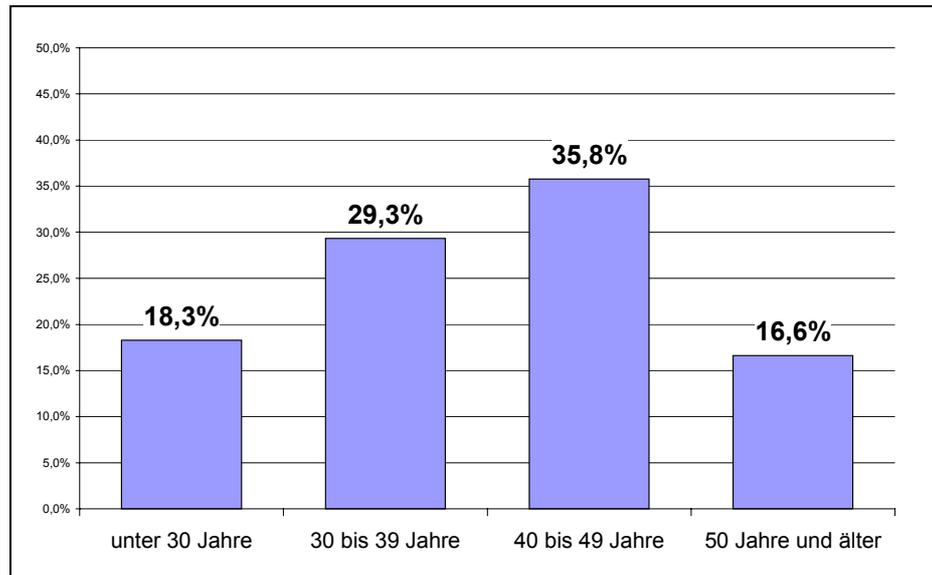
2.3.1 Soziodemographie

86,4 % der Befragten sind Frauen, 13,6 % sind Männer. Das entspricht weitgehend dem Geschlechterverhältnis bei Krankenschwestern und –pflegern in der Bundesrepublik (2001: 82 % weiblich, 18 % männlich⁵).

**Geschlechtsver-
hältnis ist reprä-
sentativ**

Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung der Befragten. Die 40- bis 49-Jährigen stellen mit 35,8 % (N = 467) die größte Gruppe. Es gibt keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf die Altersverteilung.

**Mehr als ein Drit-
tel der Befragten
sind zwischen 40
und 49 Jahre alt.**

Abbildung 1:**Altersverteilung der Befragten**

Der Altersaufbau der Befragtenstichprobe des Jahres 2004 unterscheidet sich deutlich von der im Jahr 1999 für den ersten Krankenpflegereport befragten Stichprobe: Damals stellten die 30- bis 39-Jährigen mit einem Anteil von 51 % die größte Gruppe, die 40- bis 49-Jährigen machten nur 21 % und die 50-Jährigen und älteren nur 9 % aus.

Es ist zu vermuten, dass diese Verschiebung in der Altersstruktur zum größten Teil auf Veränderungen in der Grundgesamtheit der DAK-Mitglieder zurückzuführen ist.

2.3.2 Beschäftigungsmerkmale

Anstieg der Befragten mit Teilzeitbeschäftigung gegenüber 1999.

56 % sind vollzeitbeschäftigt, 43,3 % arbeiten Teilzeit (keine Angabe: 0,7 %). Damit hat der Anteil der Teilzeitbeschäftigten gegenüber der 1999 durchgeführten Befragung zugenommen. Damals arbeiteten nur 35,6 % Teilzeit. Diese Entwicklung entspricht der im Gesundheitswesen der Bundesrepublik insgesamt, wo in den zurückliegenden Jahren ein im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überproportionaler Zuwachs der Teilzeitbeschäftigung zu verzeichnen war⁶.

Mehr als dreimal so viel Frauen wie Männer arbeiten Teilzeit

Hinsichtlich der Arbeitszeit besteht ein deutlicher Geschlechtsunterschied: 48,1 % der Frauen, aber nur 15,3 % der Männer arbeiten mit reduzierter Stundenzahl. Vergleicht das man mit den Ergebnissen des Jahres 1999, so haben Teilzeitbeschäftigungen bei beiden Geschlechtern zugenommen: Die 1999 befragten Frauen arbeiteten zu 39,6 % und die Männer zu 10,2 % Teilzeit.

Von den 1.306 Befragten sind 788 (60,3 %) im allgemeinen Pflegedienst tätig. 268 (20,5 %) arbeiten in der Intensivpflege, und die übrigen 250 (19,1 %) Befragten sind in den Funktionsdiensten – wie etwa OP, Ambulanz oder speziellen Diagnostikbereichen – beschäftigt. Diese Verteilung entspricht recht genau der Situation bei der Umfrage für den „DAK-BGW-Krankenpflegereport 2000“.

60 % arbeiten im allgemeinen Pflegedienst

In Abbildung 2 ist die Zugehörigkeit zu den Fachabteilungen für die Befragten im allgemeinen Pflegedienst dargestellt. Die am stärksten besetzten Fachabteilungen sind in dieser Gruppe erwartungsgemäß die Innere Medizin (25,4 %) sowie die Chirurgie (23,4 %). 4,3 % der Beschäftigten im allgemeinen Pflegedienst sind interdisziplinär tätig.

In der Inneren Medizin und Chirurgie arbeiten die meisten Pflegekräfte.

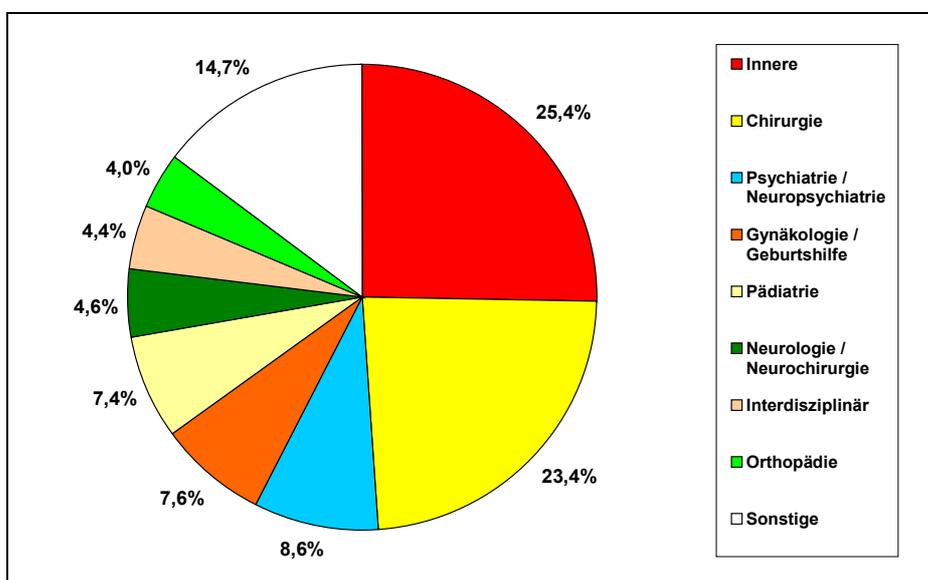


Abbildung 2:

Verteilung der Befragten im allgemeinen Pflegedienst nach Fachabteilungen

198 Befragte (15,4 %) haben eine leitende Position inne (PDL oder Abteilungsleitung). 21,7 % aller Befragten mit Leitungsfunktion sind Männer, 78,3 % Frauen. Nach den Daten dieser Befragung gelangen Männer also überproportional häufig in Führungspositionen, da ihr Anteil an allen Befragungsteilnehmern nur 13,6 % beträgt.

Männer sind überproportional in Leitungsfunktion vertreten

Im Hinblick auf die Berufsbiografien handelt es sich um eine Stichprobe mit vergleichsweise langer Verweildauer im Pflegeberuf:

Etwa jede/r dritte Befragte (31,4 %) ist 25 Jahre oder länger in der Krankenpflege tätig. Weitere 21,8 % sind zwischen 20 und 24 Jahren im Pflegeberuf. Ein weiteres Drittel (30,9 %) hat zwischen 10 und 19 Jahre Erfahrung in der Krankenpflege. 15,8 % der Befragten sind seit weniger als 10 Jahren in einem Pflegeberuf.

Ein Drittel der Befragten ist mindestens 25 Jahren in der Krankenpflege tätig.

26 % sind seit weniger als 5 Jahren am gegenwärtigen Arbeitsplatz tätig beschäftigt.

Bezüglich der Beschäftigungsdauer am gegenwärtigen Arbeitsplatz zeigt sich ein etwas anderes Bild: Etwa jede/r Vierte (26,3 %) ist seit weniger als 5 Jahren am gegenwärtigen Arbeitsplatz beschäftigt.

19 % arbeiten zwischen 5 und 9 Jahren in ihrem gegenwärtigen Krankenhaus. Weitere 36,4 % sind bereits zwischen 10 und 19 Jahren in der gegenwärtigen Einrichtung. Lediglich 18,3 % sind 20 Jahre und länger in dem gegenwärtigen Haus tätig.

Gefragt wurde auch nach persönlichen beruflichen Veränderungen in den letzten drei Jahren: 109 Befragte (8,3 %) haben in diesem Zeitraum die stationäre Einrichtung gewechselt, 233 (17,8 %) die Abteilung innerhalb der Einrichtung. Bei 4,4 % hat sich der Berufsstatus, z.B. durch die Übernahme einer leitenden Position geändert.

Während 4,4 % innerhalb der letzten 3 Jahre die Berufstätigkeit, bspw. nach einer Familienphase wieder aufgenommen haben, ist nur ein verschwindend geringer Anteil (0,8 %) aus einem ambulanten Dienst in den stationären Sektor gewechselt.

2.3.3 Trägerschaft und Größe der Einrichtungen

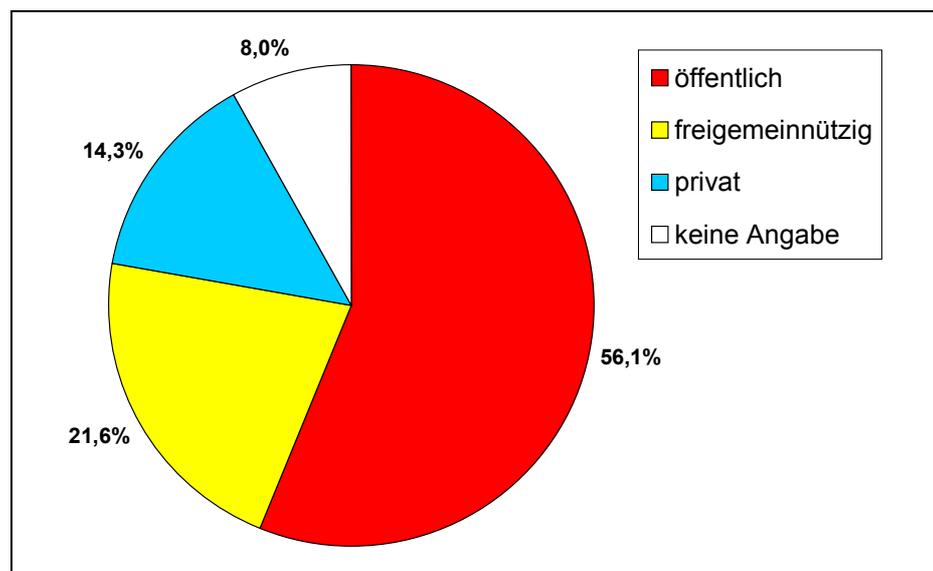
Die überwiegende Mehrheit der Befragten (87 %, N = 1.136) ist in einem Krankenhaus tätig, 170 Personen (13 %) arbeiten in einer Fachklinik (keine Rehabilitationseinrichtungen).

Mehr als die Hälfte der Befragten sind in öffentlichen Krankenhäusern beschäftigt.

Mehr als die Hälfte der Befragten (56,1 %) sind in Einrichtungen tätig, die sich in öffentlicher Trägerschaft befinden. Die zweitgrößte Gruppe stellen die freigemeinnützigen Einrichtungen (21,6 %) und 14,3 % arbeiten in privaten Krankenhäusern oder Fachkliniken (8,0 % fehlende Angaben, Abbildung 3).

Abbildung 3:

Trägerschaft der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiten



Die größte Befragtengruppe (33,1%) arbeitet in Häusern mit 250 bis unter 500 Betten. Nur geringfügig kleiner sind die Anteile von Befragten, die in der nächst größeren (500 bis unter 1.000 Betten) bzw. –kleineren Kategorie (100 bis unter 250) beschäftigt sind (Abbildung 4).

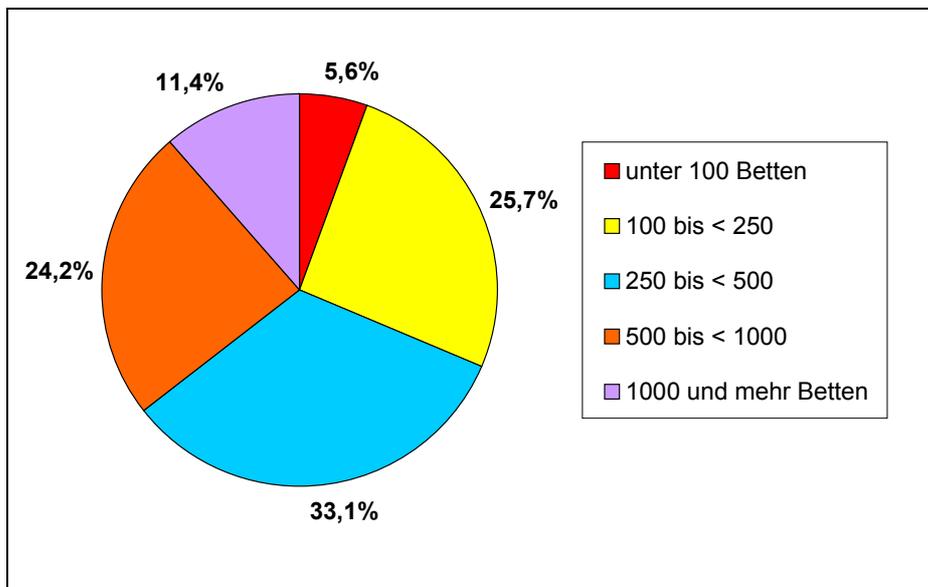


Abbildung 4:

Bettenzahl der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiten

Im Vergleich zu der Befragung für den „DAK-BGW Krankenpflegereport 2000“ gibt es nur geringe Verteilungsunterschiede, was die Größe der Einrichtungen betrifft, in denen die Befragten arbeiten. In der damaligen Befragung waren Personen aus den sehr großen Häusern (1.000 Betten und mehr) mit einem Anteil von fast 19 Prozent stärker und die übrigen Kategorien mit Ausnahme der kleinsten jeweils etwas schwächer vertreten.

3. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in stationären Einrichtungen in der Bundesrepublik

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung zur Beschreibung der Arbeitssituation in der stationären Pflege im Jahr 2004 dargestellt. Die Gliederung orientiert sich weitgehend an der des DAK-BGW Krankenpflegereports 2000. Soweit es die Erhebungsmethodik erlaubt, werden auch Vergleiche zwischen den aktuellen Befragungsergebnissen und der Situation vor fünf Jahren angestellt.

3.1 Arbeitszeiten und Dienstpläne

Über die Hälfte arbeitet in Wechselschicht mit Nachtdienst

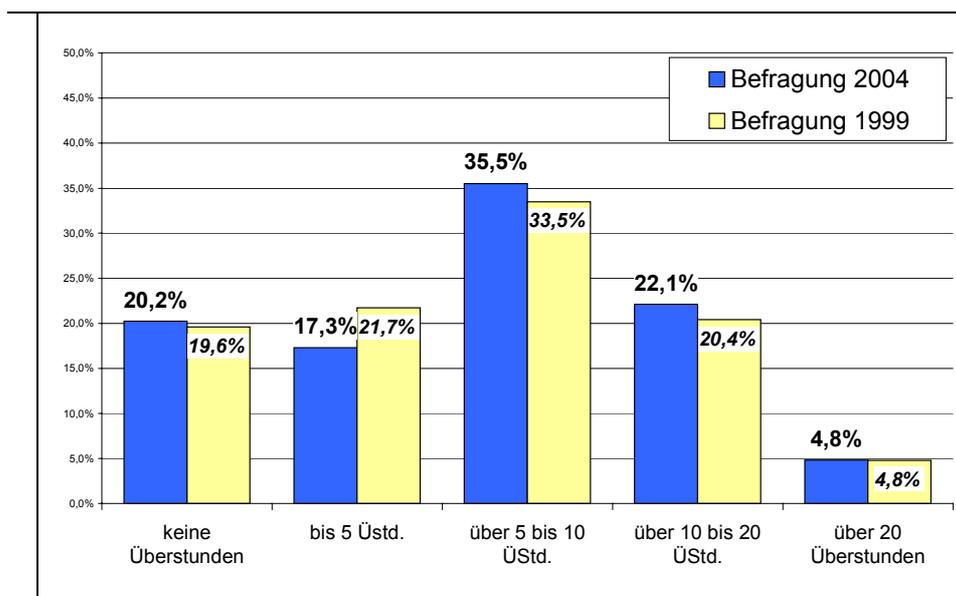
Die Befragtenstichprobe im Jahr 2004 unterscheidet sich im Hinblick auf die Dienstpläne praktisch nicht von der Untersuchung im Jahr 1999: 23,0 % arbeiten in Wechselschicht ohne Nachtdienst (1999: 23,2 %), 57,0 % in Wechselschicht mit Nachtdienst (1999: 54,0 %), Dauernachtdienste leisten 8,6 % (1999: 8,4 %) und die übrigen 11,4 % arbeiten im Tagdienst (1999: 14,4 %).

Keine Veränderung bei den Überstunden

Auch bei den durchschnittlich pro Monat angegebenen Überstunden zeigen sich im Vergleich beider Erhebungen kaum Unterschiede: Etwa ein Viertel der Befragten leistet auch 2004 nach eigenen Angaben durchschnittlich mehr als zehn Überstunden pro Monat (Abbildung 5). In der Untergruppe der Befragten mit Leitungsfunktion beträgt der Anteil 41,4 %.

Abbildung 5:

Durchschnittliche Zahl der Überstunden pro Monat im Vergleich 2004 - 1999



3.2 Körperliche Belastungen

Die stationäre Krankenpflege gehört zu den körperlich stark beanspruchenden Tätigkeiten: Patienten müssen angehoben, umgelagert, mobilisiert oder sogar getragen werden. Außerdem werden Pflegetätigkeiten vielfach in gebeugter oder gedrehter Haltung ausgeführt.

In vielen Studien zu Gesundheit und Arbeitsbelastungen von Pflegenden in der stationären Krankenpflege findet sich daher der Befund, dass Pflegenden überproportional häufig unter Rücken- und Nackenschmerzen leiden. Ferner ist oft gezeigt worden, dass das Ausmaß von Rücken- und Nackenschmerzen mit der Häufigkeit und Schwere von Tätigkeiten zusammenhängt, die die Wirbelsäule mechanisch stark belasten, wie etwa schweres Heben und Tragen oder das Arbeiten in Zwangshaltungen.

In der Befragung im Jahr 1999 wurden Belastungen der Wirbelsäule mit einem aus 14 Einzelfragen bestehenden Fragenkatalog der Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Sozialmedizin erhoben. In der aktuellen Umfrage wurde dieses Instrument nicht vollständig eingesetzt, um die Bearbeitungszeit zu reduzieren. Daher wurde lediglich zusammenfassend gefragt, wie oft am Tag Tätigkeiten mit dem Schwerpunkt „Heben und Tragen“ (z.B. Betten, Lagern, Umsetzen, Mobilisieren von Patienten) bzw. „Rumpfbeugung und -drehung“ (z.B. Betten machen, Essensausgabe, Ankleiden von Patienten) ausgeführt werden.

Wegen der unterschiedlichen Art der Erhebung können die Ergebnisse beider Zeitpunkte nicht unmittelbar verglichen werden. Die Resultate der Umfrage im Jahr 2004 zeigt Abbildung 6.

**Viele Pflegende
leiden unter Rücken- und
Nackenschmerzen**

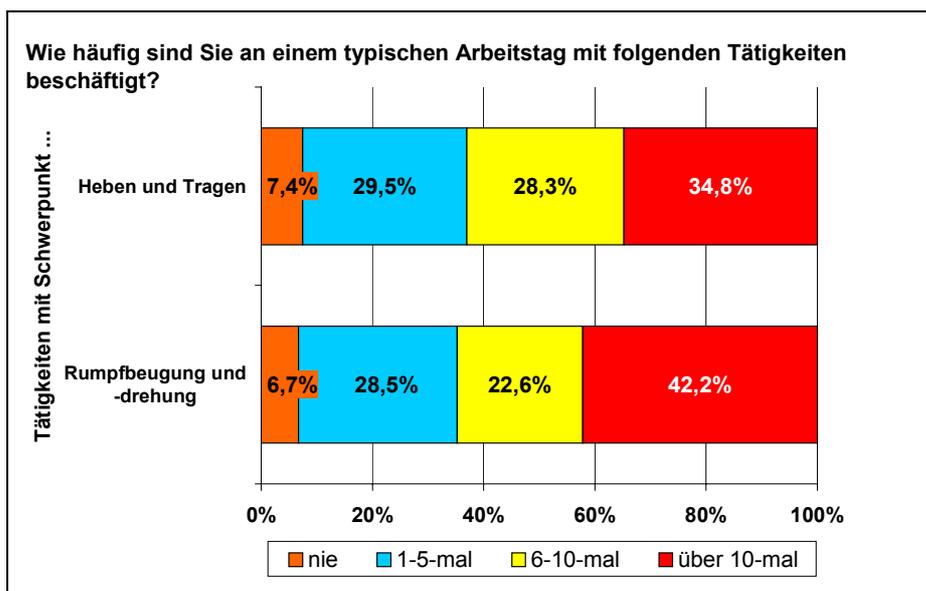


Abbildung 6:

**Häufigkeit von
Tätigkeiten mit
Belastungen der
Wirbelsäule (2004)**

Die Ergebnisse zeigen, dass nach wie vor ein großer Anteil der Pflegenden körperlich belastende Tätigkeiten ausführt.

In der Intensivpflege sind schweres Heben und Tragen besonders häufig

Die Wirbelsäulenbelastung unterscheidet sich in den verschiedenen Arbeitsbereichen. Die Belastung durch schweres Heben und Tragen ist in der Intensivpflege deutlich höher ausgeprägt als in der Normalpflege oder in den Funktionsdiensten. Während „nur“ 49,8 % der in den Funktionsdiensten tätigen Pflegenden angeben, häufiger als 5-mal pro Arbeitstag schwere Hebe- und Tragetätigkeiten zu verrichten, beträgt dieser Anteil bei den Beschäftigten im allgemeinen Pflegedienst 64,8 % und in der Intensivpflege sogar 70,1 %.

In der Normalpflege sind Tätigkeiten, die in gedrehter oder gebeugter Haltung ausgeführt werden, besonders belastend

Die Krankenschwestern und -pfleger in der Normalpflege sind im Vergleich zu den anderen beiden Arbeitsbereichen am höchsten durch Tätigkeiten belastet, die in gedrehter oder gebeugter Haltung ausgeführt werden müssen (z.B. Essensausgabe). 7 von 10 Befragten (69,8 %) führen solche Bewegungen häufiger als 5-mal pro Tag aus. Für den Bereich Intensivpflege sind es 58,9 % und für die Funktionsdienste beträgt der Anteil 54,9 %.

3.3 Organisationsbedingte psychische Belastungen

Psychische Belastungen und Stress

Der Zusammenhang zwischen organisationsbedingten psychischen Belastungen wie Zeitdruck oder Unterbrechungen und dem Ausmaß von arbeitsbedingtem Stress und gesundheitlichen Beschwerden wurde im Krankenpflegereport 2000 ausführlich untersucht und in seinen theoretischen Hintergründen dargestellt. Daher wurde auch in dieser Befragung das Ausmaß organisationsbedingter psychischer Belastungen erhoben.

Organisationsbedingte psychische Belastungen sind vermeidbar.

Organisationsbedingte Belastungen lassen sich häufig vermeiden oder reduzieren, da sie nicht Teil der Aufgabe sind, sondern aus den Rahmen- und Randbedingungen erwachsen, unter denen gearbeitet wird. Ferner lassen sich in der Regel ausgeprägte Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenhäusern und einzelnen Arbeitsplätzen beobachten.

In der aktuellen DAK-BGW-Studie wurde erhoben, wie häufig

- man unter Zeitdruck steht,
- man den Eindruck hat, zu viel Verantwortung zu tragen,
- man unter Leistungsdruck steht,
- die vorgesehenen Pausen nicht eingehalten werden können,
- ausreichende Informationen fehlen, um die Arbeit gut zu machen,
- Unterbrechungen bei einer begonnen Arbeit auftreten, weil man aktuell bei einer anderen Tätigkeit benötigt wird,
- man sich bei einer Tätigkeit fachlich überfordert fühlt und
- die Arbeit durch unklare Zuständigkeiten erschwert wird.

Die Ergebnisse zeigt Abbildung 7

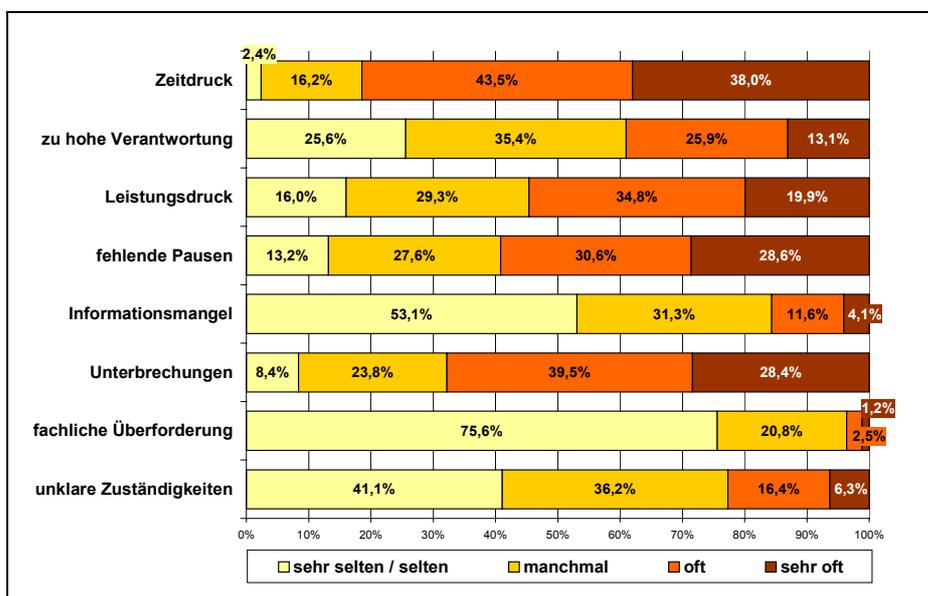


Abbildung 7:

Organisationsbedingte psychische Belastungen (2004)

Zeitdruck und unvorhergesehene Unterbrechungen sind die häufigsten Belastungen: Vier von fünf Befragten (81,5 %) stehen oft oder sehr oft unter Zeitdruck. Unvorhergesehene Unterbrechungen treten bei 67,9 % häufig auf. Auf eine hohe Belastungssituation weist außerdem hin, dass deutlich mehr als die Hälfte (59,2 %) angibt, oft oder sehr oft die vorgesehenen Pausen nicht einhalten zu können. 54,7 % verspüren häufig einen hohen Leistungsdruck.

Zeitdruck und Unterbrechungen sind die häufigsten Belastungen

Positiv zu vermerken ist, dass 75,6 % sich nur selten oder sehr selten fachlich überfordert fühlen. Über fehlende Informationen für die Ausführung ihrer Arbeitsaufgaben klagen ebenfalls vergleichsweise wenige Pflegende.

Fachliche Überforderung und fehlende Informationen sind selten

Zwischen den Arbeitsbereichen existieren nur wenige Unterschiede in den dargestellten Belastungen. Pflegekräfte in der Normal- und Intensivpflege werden deutlich häufiger durch Unterbrechungen gestört als die Kolleginnen und Kollegen in den Funktionsdiensten. Andererseits haben die Beschäftigten in den Funktionsdiensten häufiger mit Informationsmangel zu kämpfen als Pflegende in anderen Bereichen.

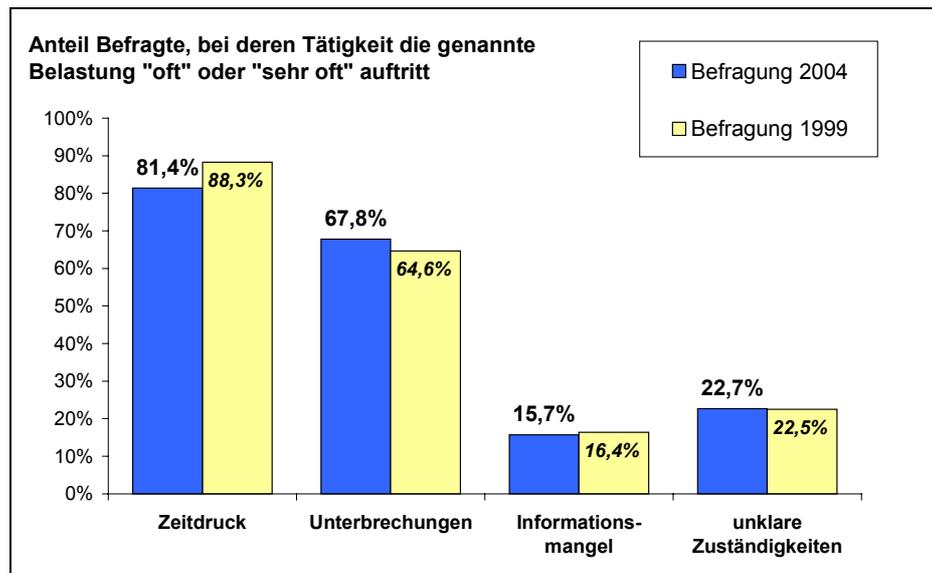
Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen

Einige der beschriebenen Belastungsfaktoren wurden bereits im Jahr 1999 abgefragt. Abbildung 8 zeigt die Antwortverteilungen für die entsprechenden Fragebogenitems im Vergleich. Abgetragen ist jeweils wie viel Prozent der befragten Pflegekräfte im Jahr 2004, bzw. 1999 angegeben haben, dass eine Belastung oft oder sehr oft auftritt.

Vergleich der aktuellen Belastungssituation mit 1999

Abbildung 8:

Organisations- bedingte psychi- sche Belastungen im Vergleich 2004 - 1999



Die Belastungsschwerpunkte blieben unverändert

Zunächst ist klar ersichtlich, dass die Belastungsschwerpunkte der Beschäftigten in der stationären Krankenpflege heute die gleichen sind wie vor fünf Jahren. Während die Belastungen durch Zeitdruck und Unterbrechungen in beiden Jahren sehr hoch ausgeprägt sind, haben vergleichsweise wenige Befragte den Eindruck unter Informationsmangel oder unklaren Zuständigkeiten zu leiden.

Im Vergleich beider Erhebungen fällt eine geringfügige Abnahme in der Häufigkeit von „Zeitdruck“ auf, die jedoch einen Zufallsbefund darstellen dürfte. Fragt man die Pflegenden unmittelbar, wie sich das Arbeitstempo in den letzten drei Jahren verändert hat, so gibt fast die Hälfte der Befragten eine starke Zunahme des Arbeitstempos an (vgl. dazu die Analysen in Abschnitt 4.2).

3.4 Pflegeorganisation

Ganzheitliche Pflegesysteme haben deutlich positive Auswirkungen

Im DAK-BGW Krankenpflegereport 2000 wurde den Auswirkungen unterschiedlicher Pflegesysteme – eher ganzheitlich oder eher funktionsorientiert – auf Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten relativ breiter Raum gewidmet. Dabei zeigte sich, dass ganzheitliche Pflegesysteme, bei denen die einzelne Pflegekraft für ein breites Spektrum pflegerischer Aufgaben verantwortlich und für einzelne Patienten zuständig ist, deutlich positive Auswirkungen haben. Eine hinreichende Personaldecke ist jedoch die Voraussetzung dafür, dass sowohl Patienten als auch Pflegenden von ganzheitlichen Pflegesystemen profitieren.

Zur Beschreibung der jeweiligen Pflegeorganisation wurden fünf Fragen gestellt, die einem speziellen Messinstrument zur Erfassung des Pflegesystems entnommen waren⁷. In die aktuelle Befragung wurden zwei dieser Items erneut aufgenommen:

- Die Organisation von Pflegetätigkeiten in Form von "Runden", bei denen eine Pflegekraft eine spezifische Arbeitsaufgabe bei allen Patienten der Station wahrnimmt (z.B. Blutdruckmessung-Runde) gilt als typisch für eine funktionsorientierte Pflege.
- Als weiteres Merkmal wurde gefragt, wie stark die hierarchischen Strukturen auf der Station ausgeprägt sind. Ganzheitlich orientierte Pflegemodelle gehen i.d.R. mit geringer ausgeprägten Hierarchien einher.

Die Angaben zur Pflegeorganisation werden aus Gründen der leichteren Interpretierbarkeit im Folgenden nur für die Untergruppe der Befragten ausgewertet, die im allgemeinen Pflegedienst arbeiten.

Abbildung 9 zeigt, dass sich hinsichtlich dieser beiden Merkmale der Pflegeorganisation in den fünf Jahren seit dem ersten DAK-BGW Krankenpflegereport wenig geändert hat.

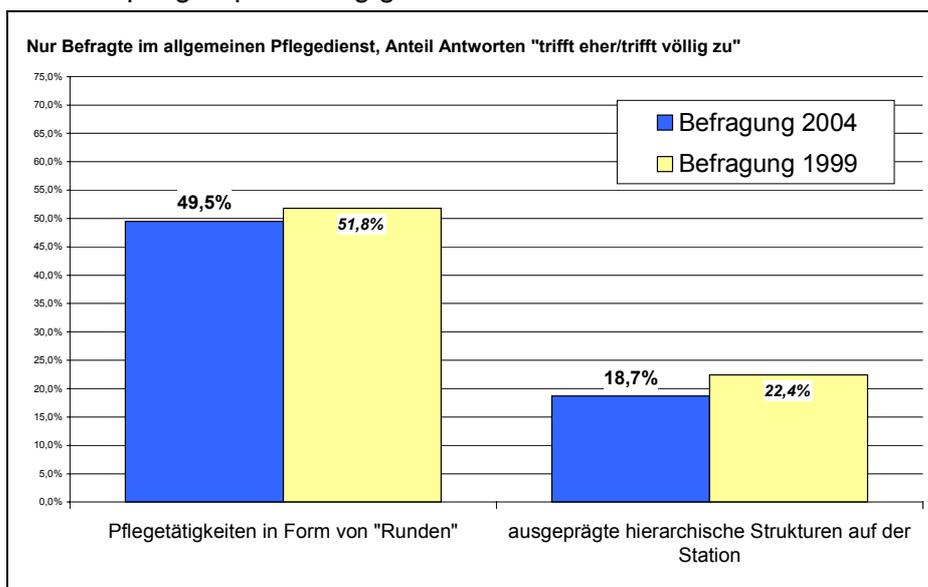


Abbildung 9:

Pflegeorganisation und hierarchische Strukturen im Vergleich 2004 – 1999

(nur Befragte im allgemeinen Pflegedienst)

Ein weiteres zentrales Charakteristikum von ganzheitlichen Pflegesystemen ist die Zuordnung von einzelnen Patienten zu Pflegekräften, die als hauptsächlicher Ansprechpartner fungieren.

In der Befragung im Jahr 1999 wurde erhoben, inwiefern die Patienten auf den Stationen der Befragten jeweils solche festen Ansprechpartner unter den Pflegenden haben. 45,1 % der Befragten aus dem allgemeinen Pflegedienst bejahten damals diese Frage.

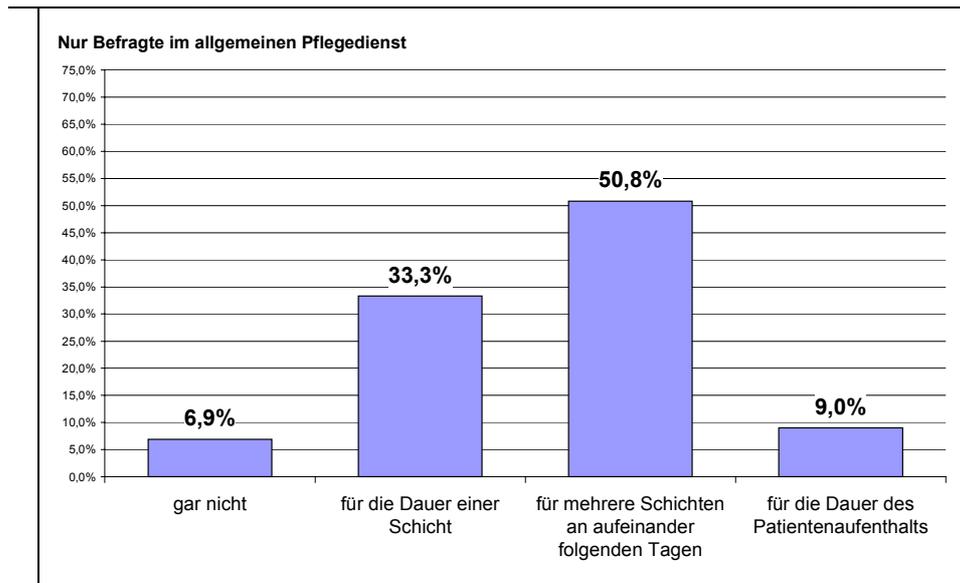
In der Befragung 2004 wurde dieser Sachverhalt anders erhoben: Es wurde gefragt, wie lange man in der Regel für einen Patienten als fester Ansprechpartner zuständig ist.

Die Ergebnisse in Abbildung 10 legen den Schluss nahe, dass feste Zuordnungen von Ansprechpartnern seit 1999 zugenommen haben: Fast 60 % geben an, dass sie schichtübergreifend oder sogar für die Dauer des gesamten Aufenthalts für einen Patienten zuständig sind.

Abbildung 10:

Dauer der Zuständigkeit als fester Ansprechpartner für einen Patienten

(2004, nur Befragte im allgemeinen Pflegedienst)



Ein weiterer wichtiger Aspekt der Pflegeorganisation ist das Vorhandensein von Pflege entlastenden Diensten, also Beschäftigten, die spezifische Aufgaben im administrativen oder logistischen Bereich wahrnehmen. Gibt es diese Dienste nicht, dann müssen die Pflegekräfte vielfach die betreffenden Aufgaben mit erledigen, so dass ihnen weniger Zeit für die eigentliche pflegerische Versorgung der Patienten bleibt.

Wie Abbildung 11 zeigt, hat der Anteil von Befragten, auf deren Stationen Pflege entlastende Dienste eingesetzt werden, gegenüber der Umfrage 1999 leicht zugenommen.

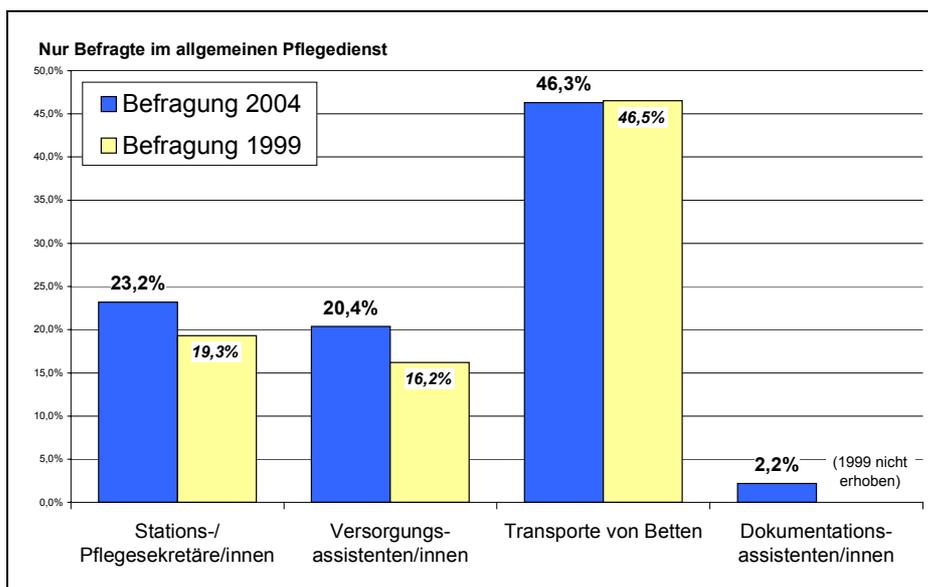


Abbildung 11:

**Einsatz von pfle-
geentlastenden
Diensten im Ver-
gleich 2004 – 1999**

**(nur Befragte im
allgemeinen
Pflegedienst)**

3.5 Weiterbildungs- und Partizipationsmöglichkeiten

Die Weiterbildungs- und Partizipationsmöglichkeiten der Beschäftigten stellen zentrale Ressourcen für die Krankenschwestern und –pfleger dar, denn sie bestimmen unter anderem welche Entwicklungsmöglichkeiten die Pflegenden in ihrer Einrichtung besitzen.

**Weiterbildung und
Partizipation: eine
zentrale
Ressource**

Von besonderer Relevanz sind die Weiterbildungs- und Partizipationsmöglichkeiten auch deshalb, da sie von den Einrichtungen, bzw. den Leitungen der Einrichtungen bestimmt und verändert werden.

3.5.1 Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

Der Wandel im Gesundheitswesen hat auch die Aufgabenfelder der Pflege verändert. Inwiefern neue Aufgabenfelder als Überforderung oder als anregende Herausforderung wahrgenommen werden, hängt in hohem Maße davon ab, wie die Pflegekräfte auf die neuen Aufgaben vorbereitet werden. Daher wurden die Befragten gebeten, Angaben zu den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der eigenen Einrichtung zu machen.

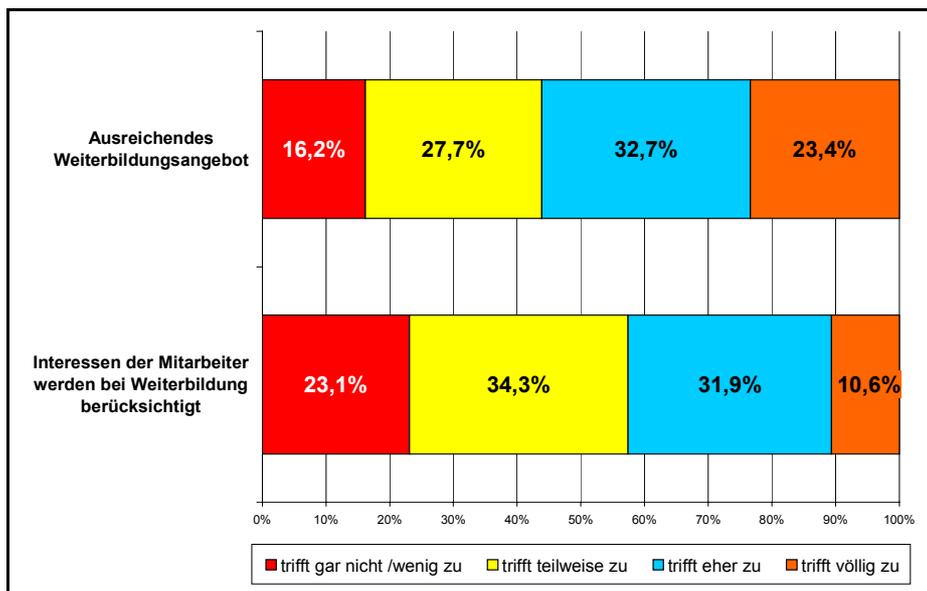
**Fort- und Weiter-
bildung zur
Vorbeugung
gegen Überforde-
rung**

Im Jahr 2004 wurden die Pflegenden gefragt,

- ob ausreichend Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden und
- ob die Interessen der Mitarbeiter/innen bei den Inhalten der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Abbildung 12:

Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Einrichtung (2004)



Über die Hälfte ist mit dem Weiterbildungsangebot zufrieden.

Die Befragungsergebnisse (Abbildung 12) zeigen ein positives Bild: Mehr als die Hälfte (56,1 %) ist mit dem Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zufrieden. Etwas geringer fällt die Zufriedenheit mit der Berücksichtigung der Interessen der Mitarbeiter/innen bei den Inhalten des Angebots aus: 23,1 % meinen, dass die Interessen der Beschäftigten nicht berücksichtigt werden.

In der 1999er Umfrage hatte die Hälfte der Befragten angegeben, dass die Leitung ihrer Einrichtung ein starkes Interesse an der Weiterbildung der Beschäftigten zeigt.

3.5.2 Partizipationsmöglichkeiten

Das Ausmaß der Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter/innen, die Informationspolitik des Hauses sowie die Grundeinstellung der Leitungsebene gegenüber den Anliegen der Beschäftigten sind wichtige Einflussfaktoren auf die generelle Arbeitszufriedenheit. Wie in Abschnitt 5.4 am Beispiel des Qualitätsmanagements noch gezeigt wird, beeinflussen die genannten Aspekte – im Folgenden häufig zusammenfassend als Partizipationsmöglichkeiten benannt – auch das Gelingen von komplexen Veränderungsprozessen in der Einrichtung.

Aspekte von Mitsprache und Beteiligung der Pflegenden im Krankenhaus

Im Hinblick auf die Partizipationsmöglichkeiten wurden folgende vier Aspekte erhoben:

1. Berücksichtigung der Beschwerden der Mitarbeiter/innen in der Einrichtung
2. Ermunterung zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen
3. Unterstützung der Anliegen des Pflegedienstes durch die Leitung
4. Information der Pflegenden über geplante Veränderungen

Mit Ausnahme des ersten Items wurden die Fragen in identischer Weise bereits 1999 gestellt. Die Ergebnisse aus der Befragung 2004 zeigt Abbildung 13.

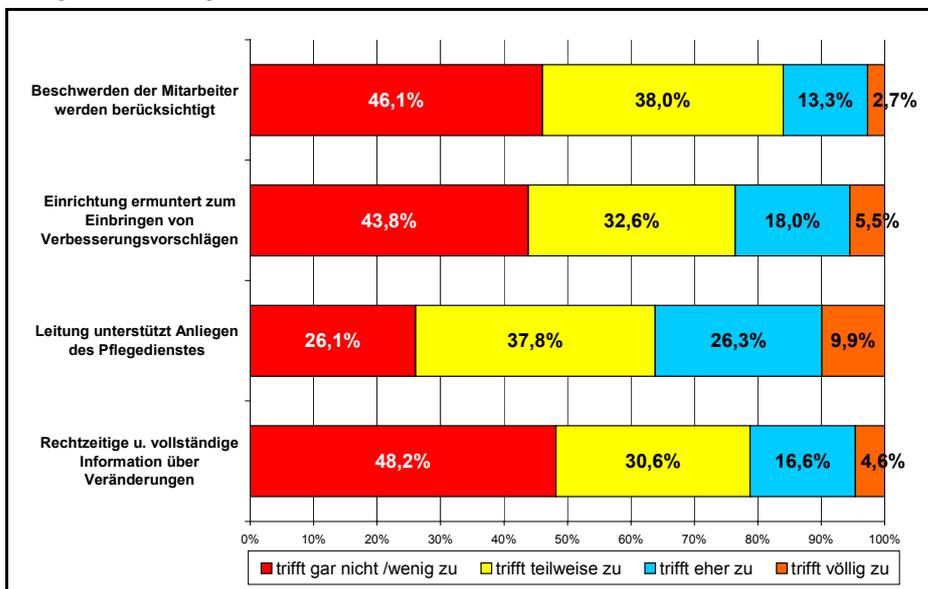


Abbildung 13:

Partizipationsmöglichkeiten in den Einrichtungen der Befragten (2004)

Im Hinblick auf die Partizipationsmöglichkeiten ergibt sich kein sehr positives Bild. Am günstigsten wird noch die grundsätzliche Unterstützung der Anliegen des Pflegedienstes durch die Leitungen der Häuser beurteilt. Eindeutig positiv äußert sich jedoch auch bei dieser Frage nur ein gutes Drittel der Befragten. Bezüglich der übrigen drei Aspekte urteilte jeweils fast die Hälfte negativ und ein weiteres gutes Drittel war nur "teilweise" zufrieden.

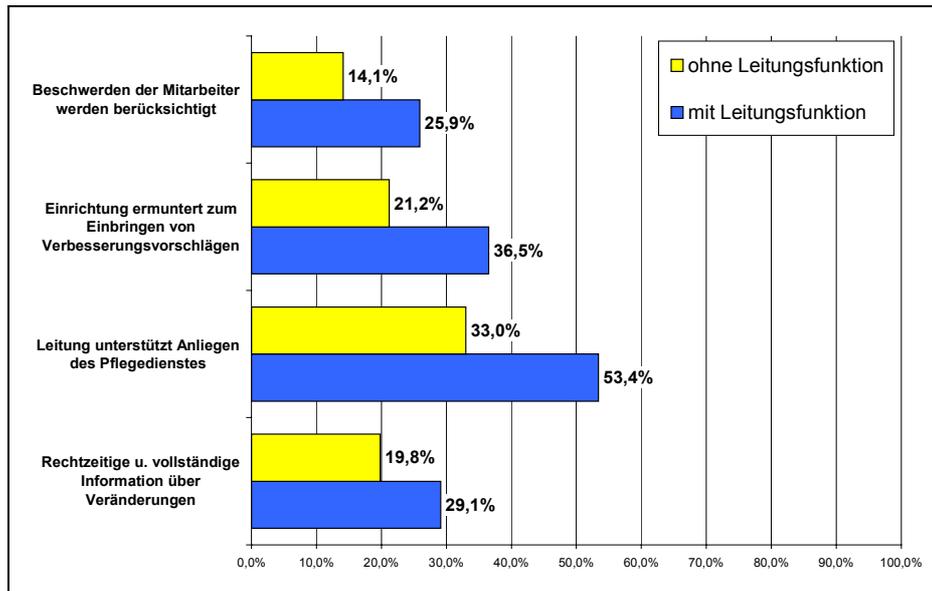
Überwiegend negative Beurteilungen der Partizipationsmöglichkeiten

Es bestehen keine nennenswerten Unterschiede in der Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten in Abhängigkeit vom Arbeitsbereich sowie der Einrichtungsgröße (Bettenzahl).

Die Beurteilung der Partizipationsmöglichkeiten in den Einrichtungen variiert jedoch stark mit der beruflichen Stellung der Befragten. Führungskräfte schätzen die Partizipationsmöglichkeiten grundsätzlich höher ein als Befragte, die nicht in leitenden Positionen tätig sind (Abbildung 14).

Abbildung 14:

Einstufung der Partizipationsmöglichkeiten nach beruflicher Stellung (2004)



Führungskräfte nehmen mehr Partizipationsmöglichkeiten wahr.

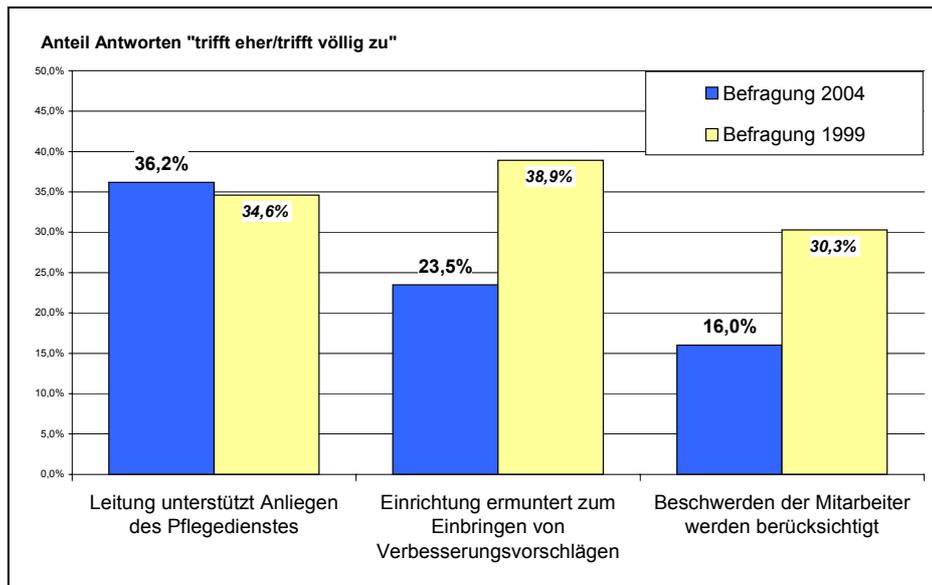
Besonders große Differenzen in der Wahrnehmung der Beteiligungsmöglichkeiten treten bei dem Punkt „Unterstützung der Anliegen des Pflegedienstes durch die Leitung“ auf. Während mehr als die Hälfte der Befragten in leitenden Positionen (53,4 %) dieser Aussage zustimmt, stimmt bei den Befragten ohne Leitungsposition nur jede/r Dritte (33,0 %) dieser Aussage zu.

Deutliche Verschlechterung gegenüber 1999

Die Befunde zu den Partizipationsmöglichkeiten sind um so auffälliger, als im Vergleich zur Befragung vor fünf Jahren eine deutliche Verschlechterung bei zwei Fragen auffällt. In Abbildung 15 sind die Anteile der Antworten "trifft eher/völlig zu" auf die drei Fragen illustriert, die bei beiden Erhebungen gestellt wurden.

Abbildung 15:

Partizipationsmöglichkeiten in den Einrichtungen der Befragten im Vergleich 2004 – 1999



Beim allgemeinen Gefühl der Unterstützung der Anliegen des Pflegedienstes durch die Einrichtungsleitungen hat sich keine Veränderung ergeben. Deutlich abgenommen haben die positiven Einstufungen jedoch bei den konkreteren Aspekten der Ermunterung zu Verbesserungsvorschlägen sowie der Berücksichtigung von Beschwerden der Beschäftigten.

Über die genauen Hintergründe dieses Befundes kann zunächst nur spekuliert werden. Angesichts der zunehmenden Verbreitung des Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern (vgl. Abschnitt 5.4) sollte die Entwicklung eigentlich genau gegenläufig sein.

Die Bedeutung der Partizipationsmöglichkeiten wird in mehreren folgenden Abschnitten (3.8, 3.9, 5.4) nochmals aufgegriffen bzw. vertiefend untersucht.

3.6 Aufgabenvielfalt

Die Aufgabenvielfalt gehört zu den zentralen Konzepten der Arbeitspsychologie. Man versteht darunter das Ausmaß, in dem eine berufliche Tätigkeit der Person Möglichkeiten zur Anwendung möglichst vieler und unterschiedlicher Fähigkeiten gibt und zum Erlernen neuer Kompetenzen stimuliert. Sofern die Vielfalt der Arbeitsaufgaben nicht zur Überforderung der Person führt, wirkt sich eine große Aufgabenvielfalt positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und vermindert arbeitsbedingten Stress.

Die Aufgabenvielfalt wurde über drei Einzelfragen operationalisiert. Wie Abbildung 16 zu entnehmen ist, schätzen die examinierten Pflegekräfte ihre Aufgabenvielfalt zum überwiegenden Teil hoch ein.

Aufgabenvielfalt – ohne Überforderung – erhöht die Arbeitszufriedenheit

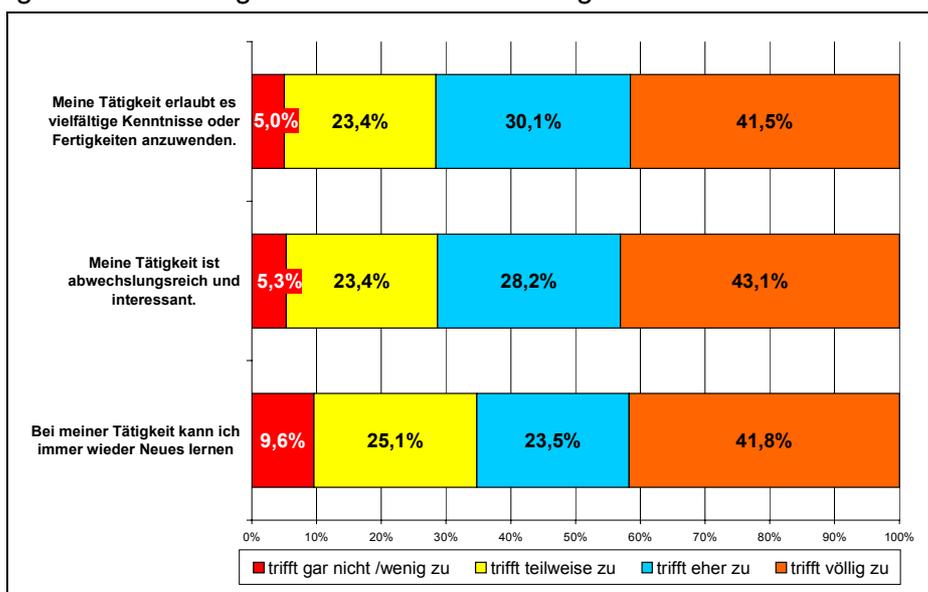


Abbildung 16:

Aspekte der Aufgabenvielfalt (2004)

Die wahrgenommene Aufgabenvielfalt unterscheidet sich jedoch in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen. Im allgemeinen Pflegedienst wird sie geringer eingeschätzt als in der Intensivpflege und in den Funktionsdiensten.

Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen

Während 80,4 % der Pflegenden in der Intensivpflege und 77,6 % der Befragten in den Funktionsdiensten meinen, vielfältige Kenntnisse und Fertigkeiten einsetzen zu können, liegt der Anteil bei den Pflegekräften im Allgemeinen Pflegedienst mit 64,5 % deutlich niedriger. Ein ähnliches Muster findet sich hinsichtlich der Einschätzung der Interessantheit der Tätigkeit. Auch diese wird in den Funktionsdiensten und in der Intensivpflege höher eingestuft als in der Normalpflege.

Besonders die Intensivpflege bietet viele Gelegenheiten Neues zu lernen

Im Hinblick auf die Möglichkeit, immer wieder Neues zu lernen, stimmen die in der Intensivpflege Tätigen am ehesten zu (80,8 %), gefolgt von den Beschäftigten in den Funktionsdiensten (69,0 %). Das Schlusslicht bildet wiederum der allgemeine Pflegedienst mit einer Zustimmungsquote von 58,8 %.

Die drei dargestellten Aspekte der Aufgabenvielfalt sind in identischer Weise in der Befragung für den DAK-BGW Krankenpflegereport 2000 erhoben worden. Die Ergebnisse beider Umfragen sind fast identisch, weshalb auf eine Gegenüberstellung verzichtet werden kann.

Die Thematik der Aufgabenvielfalt wird jedoch im Zusammenhang mit der Analyse der Auswirkungen der Strukturveränderungen im Abschnitt 5 nochmals aufgegriffen: Der unmittelbare Vergleich der obigen drei Items ergibt zwar keine Veränderung von 1999 zu 2004. In der Wahrnehmung vielen Pflegenden haben Aufgabenvielfalt und Kompetenzanforderungen in den zurückliegenden drei Jahren jedoch zugenommen (näheres vgl. Abschnitt 4.3).

3.7 Soziale Unterstützung durch Kollegen und direkte Vorgesetzte

Unter dem Begriff "soziale Unterstützung" fasst man verschiedene Einzelaspekte zusammen, wie die gegenseitige Hilfe, offene und transparente Kommunikation sowie eine vertrauensvolles Klima im Team. Die soziale Unterstützung deckt sich in mancherlei Hinsicht mit dem populären Konzept des Betriebsklimas und umfasst sowohl das Verhältnis unter den Kolleginnen und Kollegen, als auch zu den Vorgesetzten.

Soziale Unterstützung hat entscheidenden Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit

Die Qualität der sozialen Unterstützung hat entscheidenden Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit. Mit den Daten des ersten DAK-BGW Krankenpflegereports konnte dieser Zusammenhang speziell für die Berufsgruppe der Krankenschwestern und -pfleger eindrucksvoll nachgewiesen werden⁸.

Zur Kooperation und sozialen Unterstützung durch die Kollegen/innen wurden zwei unterschiedlich "gepolte" Fragen gestellt. Wie die Ergebnisse in Abbildung 17 zeigen, beurteilen etwa zwei Drittel das Klima unter den Kolleginnen und Kollegen positiv.

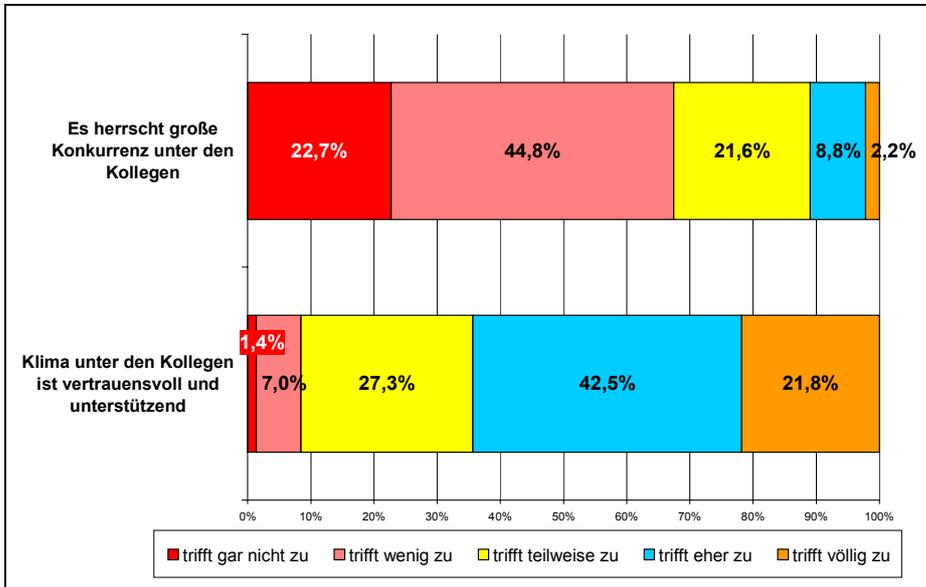


Abbildung 17:

Soziale Unterstützung durch Kolleg(inn)en (2004)

Je nach Arbeitsbereich zeigen sich leichte Unterschiede: Knapp 15 % der Befragten aus den Funktionsdiensten berichten über starke Konkurrenz unter den Kollegen, bei den Befragten aus dem allgemeinen Pflegedienst beträgt der Anteil nur 9,5 % (Intensivpflege: 11,4 %). Auch das Klima in der Kollegenschaft wird in den Funktionsdiensten etwas häufiger negativ beurteilt als in den beiden anderen Bereichen.

Zur Unterstützung durch den/die direkte Vorgesetzte/n wurden drei Fragen gestellt, die in Abbildung 18 ausgewiesen sind.

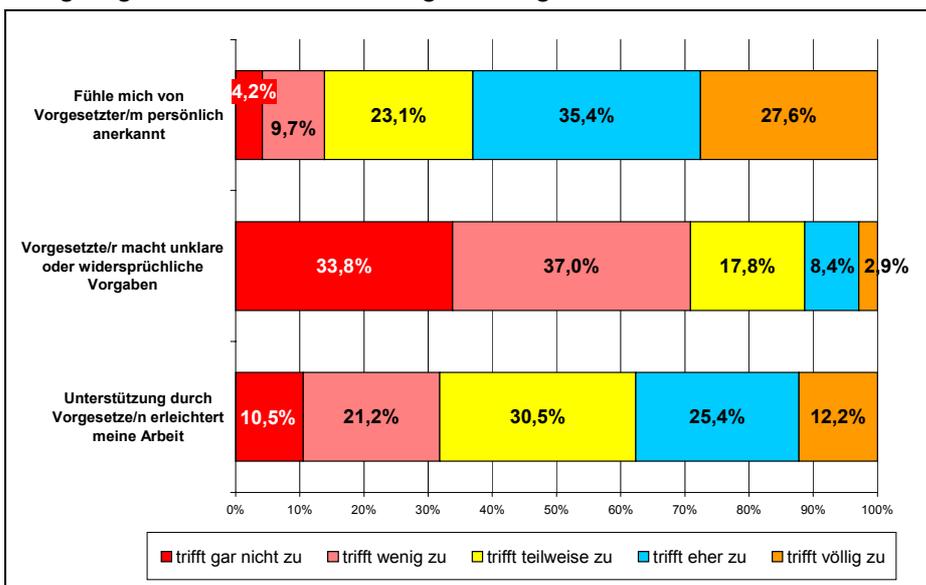


Abbildung 18:

Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte (2004)

Nennenswertes Verbesserungspotenzial im Bereich des Führungsverhaltens.

Das Verhältnis zum/r direkten Vorgesetzten wird „durchwachsen“ beurteilt. Etwa ein Drittel empfindet nur wenig Arbeitserleichterung durch die Unterstützung des Vorgesetzten, durch unklare oder widersprüchliche Vorgaben werden allerdings nur 11,3 % behindert. 63 % fühlen sich durch ihre Führungskraft persönlich anerkannt, knapp 14 % verneinten und fast ein Viertel hat Zweifel. Die Ergebnisse zeigen also ein nennenswertes Verbesserungspotenzial im Bereich des Führungsverhaltens.

Bei der Einstufung der sozialen Unterstützung durch die Vorgesetzten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Arbeitsbereichen der Befragten.

In der 1999er Befragung wurde die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte mit anders formulierten Items erhoben, so dass kein direkter Vergleich möglich ist.

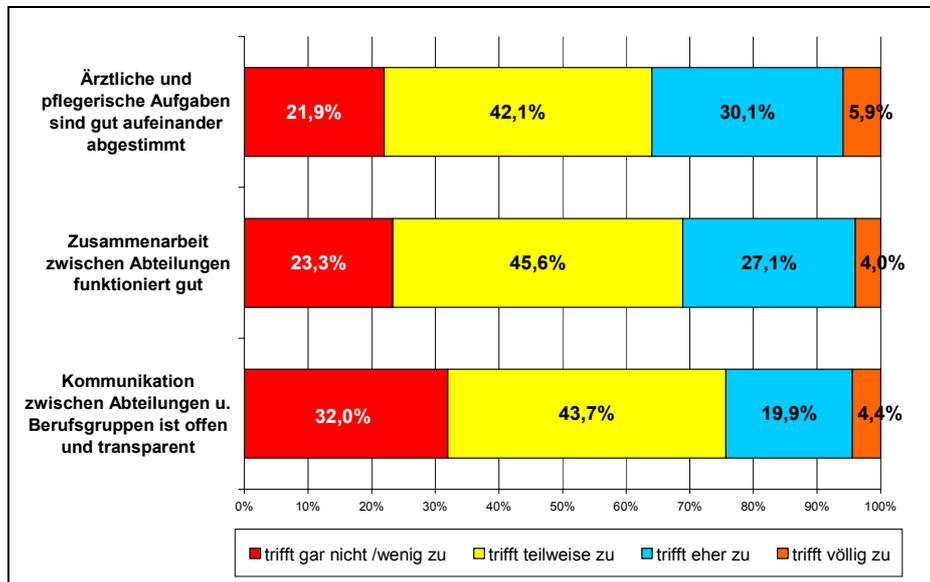
3.8 Kooperation und Kommunikation zwischen Abteilungen und Berufsgruppen

Kooperation wird häufig kritisch beurteilt

Die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen und Berufsgruppen innerhalb des Hauses wird nur von einer Minderheit der Befragten eindeutig positiv beurteilt (Abbildung 19). Insbesondere die Kommunikation wird von fast einem Drittel eher negativ beurteilt.

Abbildung 19:

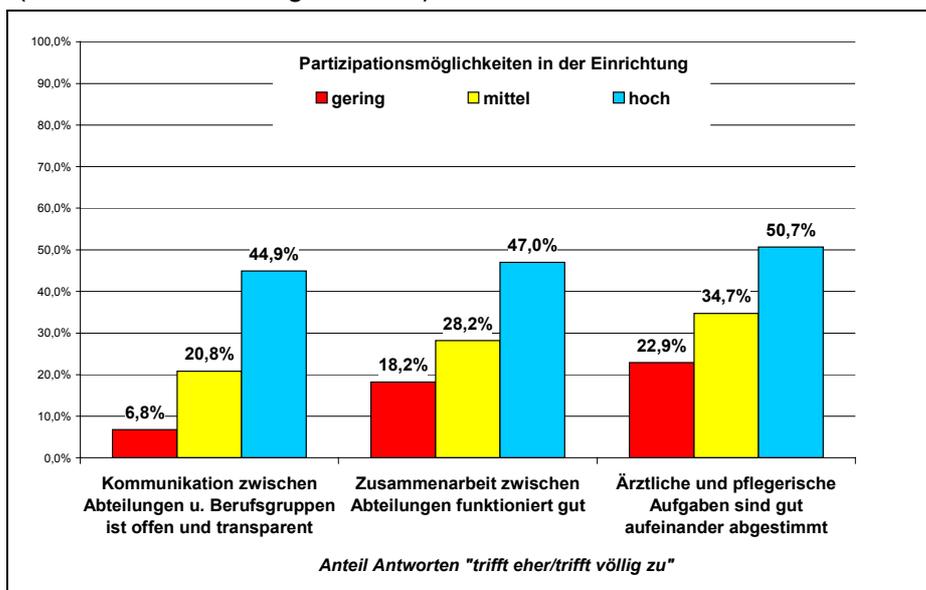
Kooperation und Kommunikation zwischen Abteilungen und Berufsgruppen (2004)



In der Beurteilung von Kooperation und Kommunikation zwischen den Abteilungen und Berufsgruppen bestehen praktisch keine Unterschiede zwischen Befragten mit und ohne Leitungsfunktionen.

Ein sehr ausgeprägter Zusammenhang existiert jedoch zwischen der Einstufung der Qualität von Kooperation und Kommunikation und den wahrgenommenen Partizipationsmöglichkeiten in der Einrichtung.

In Abbildung 20 wurden die vier Fragen zu den Partizipationsmöglichkeiten (vgl. Abschnitt 3.5.2 bzw. Abbildung 13) zu einer Skala zusammengefasst und die Befragten nach ihrem Skalenwert in drei etwa gleich große Gruppen mit geringen, mittleren oder hohen Partizipationsmöglichkeiten aufgeteilt. Für jede Gruppe ist dargestellt, welcher Anteil die Kooperation und Kommunikation positiv einstuft (Antworten "trifft völlig/eher zu").



Zusammenhang zwischen Partizipationsmöglichkeiten und Qualität der Zusammenarbeit

Abbildung 20:

Zusammenhang zwischen Partizipationsmöglichkeiten und der Kooperation zwischen Abteilungen und Berufsgruppen (2004)

Die Ergebnisse belegen die große Bedeutung einer Unternehmenspolitik, die auf rechtzeitige Information sowie Beteiligung und Mitsprache der Beschäftigten zielt. In Einrichtungen, die von den Pflegenden in dieser Hinsicht positiv beurteilt wurden, funktioniert offenbar auch die Zusammenarbeit besser.

Wichtig: rechtzeitige Information sowie Beteiligung und Mitsprache der Beschäftigten

Der enge Zusammenhang von wahrgenommenen Partizipationsmöglichkeiten und der Beurteilung der Kooperation lässt sich gleichermaßen für Befragte mit und ohne Leitungsfunktionen belegen.

3.9 Arbeits- und Berufszufriedenheit

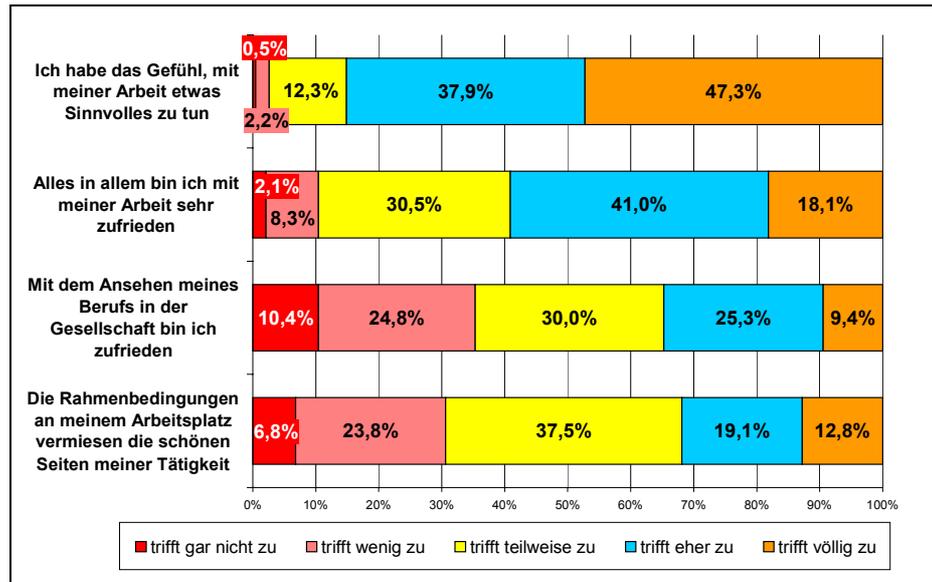
Die Arbeits- und Berufszufriedenheit wurde auf zweierlei Weise untersucht: Zum einen wurden vier Fragen zu spezifischen Aspekten des Pflegeberufs bzw. der konkreten Arbeitstätigkeit gestellt. Zum anderen wurde erhoben, wie häufig die Befragten in den vorangehenden 12 Monaten darüber nachgedacht haben, ihren Beruf oder Arbeitsplatz aufzugeben bzw. zu wechseln.

3.9.1 Aspekte der Arbeitszufriedenheit im Jahr 2004

Die Ergebnisse zu allgemeinen Aspekten der Arbeitszufriedenheit zeigen, dass Pflegende mit ihrem Beruf grundsätzlich sehr zufrieden sind. Die konkreten Rahmenbedingungen am eigenen Arbeitsplatz sowie die aus Sicht der Befragten mangelnde gesellschaftliche Anerkennung ihres Berufs werden jedoch mehrheitlich beklagt.

Abbildung 21:

Vier Aspekte der Arbeitszufriedenheit (2004)



Hohe Zufriedenheit mit der Berufstätigkeit als Pflegekraft,

Die Daten bestätigen, dass die Tätigkeit in der stationären Krankenpflege an sich – trotz der hohen Belastungen – von den meisten Beschäftigten sehr geschätzt wird. Die überwiegende Mehrheit (85,2 %) stimmt eindeutig zu, mit der Pflege eine sinnvolle Tätigkeit zu verrichten. Nur 10,4 % würden sich als „alles in allem“ nicht zufrieden mit der eigenen Arbeit bezeichnen.

... aber Unzufriedenheit mit Rahmenbedingungen und gesellschaftlichem Ansehen

Rund jede/r Dritte (31,9 %) findet allerdings, dass die Rahmenbedingungen am eigenen Arbeitsplatz die eigentlich schönen Seiten des Pflegeberufs "vermiesen". Nur 34,7 % sind mit dem Ansehen des Berufs in der Gesellschaft zufrieden.

Befragte mit Leitungsfunktion sind insgesamt etwas zufriedener mit ihrer Arbeit. Insbesondere ist ihre Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen am eigenen Arbeitsplatz weniger ausgeprägt.

Auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden wird in starkem Maße durch die Partizipationsmöglichkeiten in der Einrichtung beeinflusst. Abbildung 22 zeigt die Zustimmung zu drei Aspekten der Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten in der Einrichtung (vgl. die Erläuterungen zu Abbildung 20).

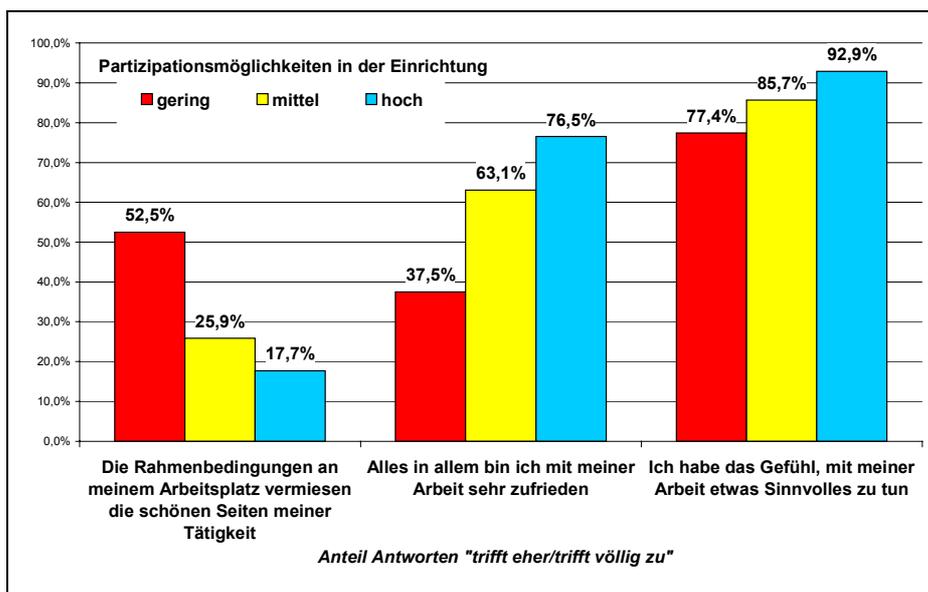


Abbildung 22:

Zusammenhang zwischen Partizipationsmöglichkeiten und Arbeitszufriedenheit (2004)

Die grundsätzliche Berufszufriedenheit – das Gefühl, mit seiner Arbeit etwas Sinnvolles zu tun – wird von den mangelnden Partizipationsmöglichkeiten zwar deutlich, aber im Vergleich zu den beiden anderen Aspekten am geringsten beeinflusst. Daran wird deutlich, dass die Befragten durchaus unterscheiden zwischen den Inhalten des Pflegeberufs und den konkreten Bedingungen an ihrem Arbeitsplatz.

3.9.2 Aspekte der Arbeitszufriedenheit im Vergleich 2004 zu 1999

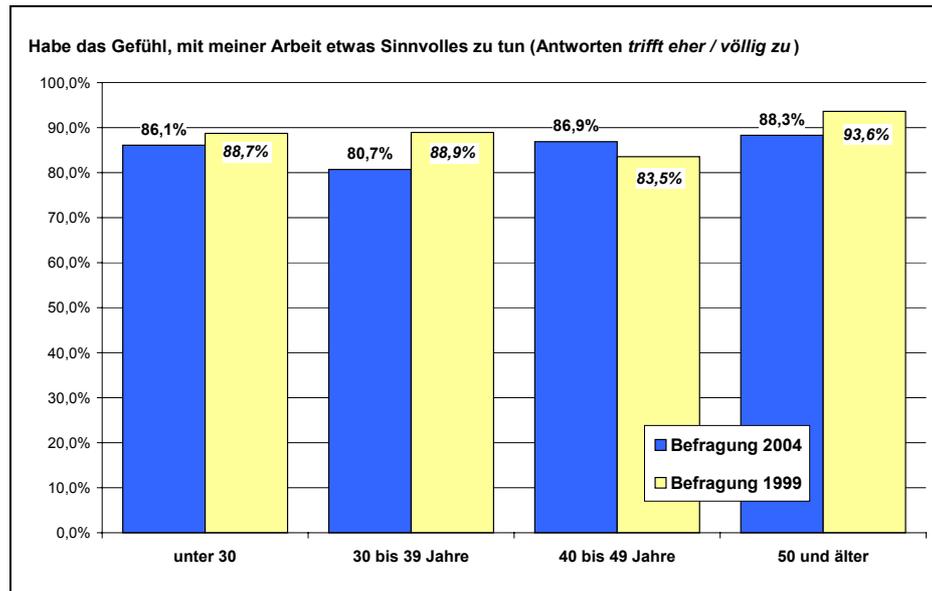
Im zeitlichen Vergleich zu den Ergebnissen des ersten Krankenpflegereports zeigt sich jedoch eine teilweise deutliche Abnahme der Arbeitszufriedenheit. Wegen der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der beiden Stichproben sind die Ergebnisse in den folgenden Abbildungen jeweils nach Altersgruppen differenziert dargestellt.

Bezüglich des Gefühls der Sinnhaftigkeit der Tätigkeit sind die Unterschiede nur relativ gering ausgeprägt, obwohl auch hier in drei von vier Altersgruppen ein Rückgang festzustellen ist (Abbildung 23).

Teilweise deutliche Abnahme der Arbeitszufriedenheit

Abbildung 23:

Aspekte der Arbeitszufriedenheit im Vergleich 2004 – 1999: Gefühl, etwas Sinnvolles zu tun

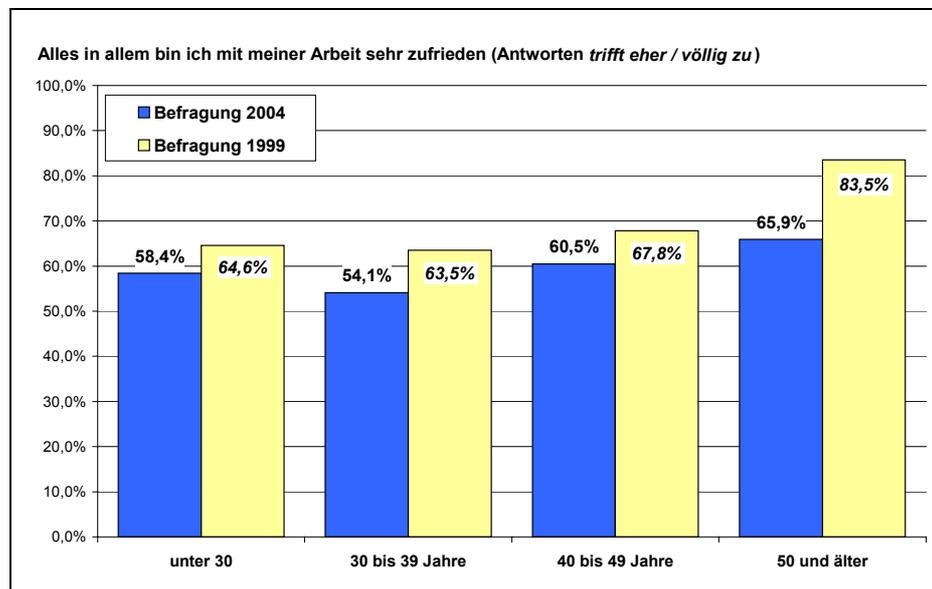


Bei den Älteren deutlicher Rückgang der Arbeitszufriedenheit

Teilweise deutlich geringer ist die "Arbeitszufriedenheit alles in allem" bei den Befragten des Jahres 2004 gegenüber 1999 (Abbildung 24). Insbesondere in der höchsten Altersgruppe, die im Vergleich zu den jüngeren Kollegen/innen in beiden Jahren am zufriedensten ist, ist 2004 ein sehr deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

Abbildung 24:

Aspekte der Arbeitszufriedenheit im Vergleich 2004 – 1999: Zufriedenheit alles in allem



Der dritte Aspekt, die Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen am konkreten Arbeitsplatz ergänzt das Bild: 2004 stimmten der entsprechenden Aussage in allen vier Altersgruppen signifikant mehr Befragte zu.

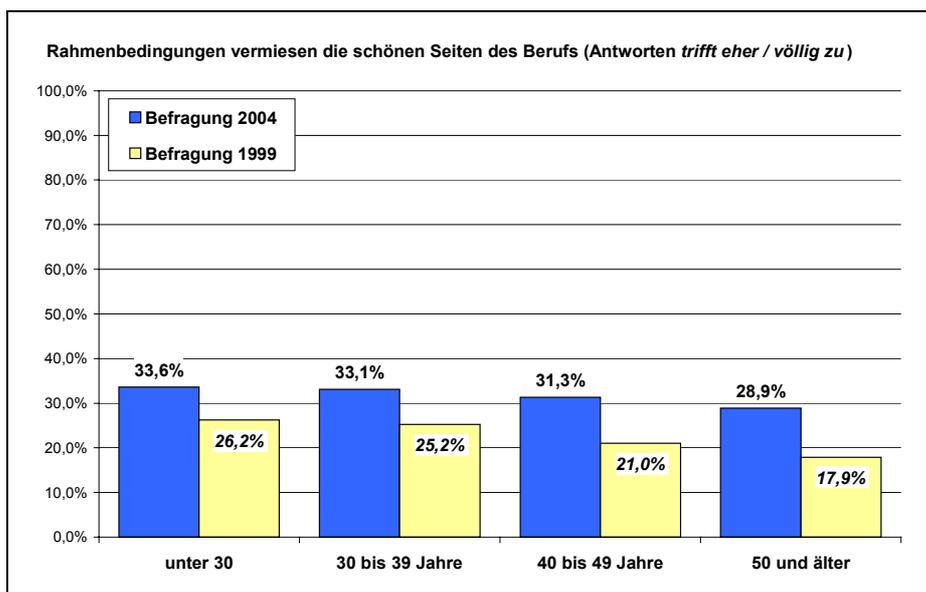


Abbildung 25:

Aspekte der Arbeitszufriedenheit im Vergleich 2004 – 1999: Rahmenbedingungen

Für den bemerkenswerten Rückgang der Arbeitszufriedenheit können mehrere Ursachen verantwortlich sein:

- Zum einen können sich die Arbeitsbedingungen im Laufe der letzten fünf Jahre verschlechtert haben (z.B. höhere Arbeitslast durch Personalabbau, Unklarheit von Zuständigkeiten wegen Änderungsprozessen, etc.), so dass eine geringere Arbeitszufriedenheit resultiert. Die bereits gezeigten Ergebnisse zur Bewertung der Partizipationsmöglichkeiten (Abschnitt 3.5.2) bzw. die obigen Analysen (Abschnitt 3.9.1) zum Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Partizipationsmöglichkeiten wären mit einer solchen Deutung kompatibel.
- Ein weiterer möglicher Einflussfaktor könnte eine verminderte Fluktuation sein: Die normalerweise besonders hohe Arbeitszufriedenheit in der höchsten Altersgruppe dürfte zum großen Teil auf eine Selbstselektion nach Art des "Healthy-Worker-Effekts" zurückzuführen sein. Das bedeutet: Unzufriedene verlassen nach und nach den Beruf, so dass in den höheren Altersgruppen zunehmend die Zufriedenen dominieren. Dieser Prozess vollzieht sich natürlich auch in den jüngeren Altersgruppen, bei den Älteren zeigt er sich jedoch besonders deutlich.

Wenn die Möglichkeiten, aus dem Beruf auszusteigen weniger werden – zum Beispiel, weil es an alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten mangelt –, dann verbleiben mehr Menschen an Arbeitsplätzen, mit denen sie eigentlich nicht zufrieden sind.

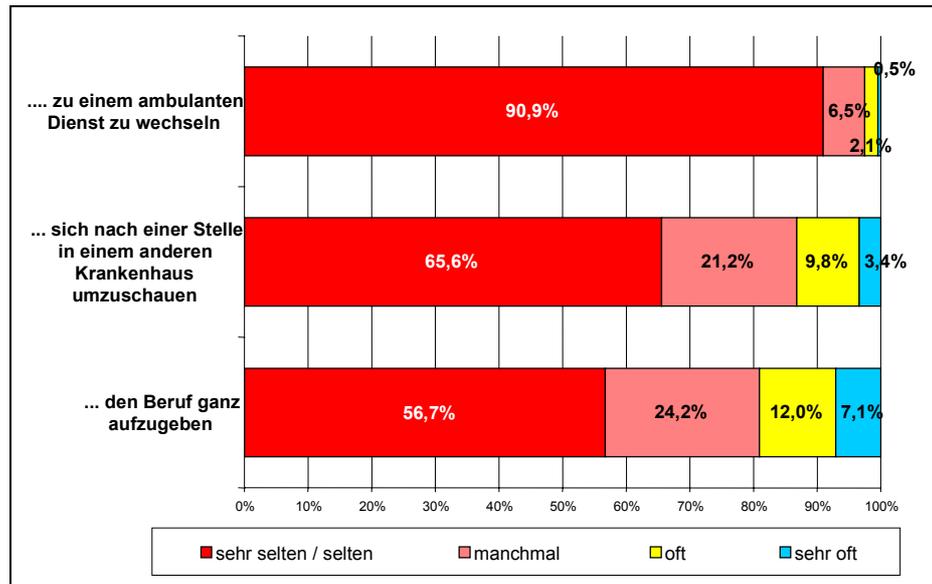
Mögliche Ursachen für den Rückgang der Arbeitszufriedenheit

3.9.3 Neigung zum Arbeitsplatz- und Berufswechsel

Eine weitere Perspektive auf die Zufriedenheit der Pflegenden eröffnet die Analyse ihrer Neigung zum Arbeitsplatzwechsel bzw. zur Berufsaufgabe. Abbildung 26 zeigt die Antwortverteilungen bei drei diesbezüglichen Fragen.

Abbildung 26:

Nachdenken über Arbeitsplatz- oder Berufswechsel



Wechsel in den ambulanten Pflegedienst nicht attraktiv

Der Wechsel in einen ambulanten Dienst kommt offenbar nur für einen kleinen Teil der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen in Betracht: Lediglich 9,1 % haben zumindest "manchmal" über diese Möglichkeit nachgedacht. In der Umfrage im Jahr 1999 haben noch 13,9 % der Befragten über den Wechsel in einen ambulanten Dienst nachgedacht⁹.

Deutlich mehr Pflegende denken über einen Wechsel des Krankenhauses oder sogar eine Berufsaufgabe nach, wobei ausgeprägte Unterschiede je nach dem Alter der Befragten existieren:

Junge Pflegekräfte sind wechsel-freudiger

Junge Pflegekräfte denken häufiger über einen Wechsel des Krankenhauses oder des Berufs nach als ältere Pflegende. Während etwa jede vierte Pflegekraft zwischen 30 und 39 Jahren im Laufe des letzten Jahres "oft" oder "sehr oft" über den Ausstieg aus dem Beruf nachgedacht hat, beträgt dieser Anteil bei den über 50-Jährigen lediglich 8,5 %.

Über einen Wechsel des Krankenhauses denken die unter 30-Jährigen am häufigsten nach (20,2 % „oft“ oder „sehr oft“). Das Schlusslicht bilden wiederum die ältesten Befragten. Diese Resultate sind unmittelbar plausibel, denn je jünger die Befragten sind, desto weniger gefestigt sind normalerweise sowohl die Lebensumstände als auch die Berufsfindung. Zusätzlich haben die Jüngeren ein größeres Angebot an Alternativen auf dem Arbeitsmarkt.

Kein Unterschied im Vergleich zu 1999

Im Zeitvergleich zeigen sich bei der Absicht zum Krankenhauswechsel bzw. zur Berufsaufgabe jedoch keine nennenswerten Unterschiede zu den Ergebnissen des Jahres 1999¹⁰.

Die Tatsache, dass sich der oben beschriebene Rückgang der Arbeitszufriedenheit nicht in einer stärkeren Neigung zur Berufsaufgabe niederschlägt, könnte mit der allgemein schlechten Arbeitsmarktlage zusammenhängen. Im Hinblick auf die Absicht, den Arbeitsplatz innerhalb des Pflegesektors zu wechseln, dürfte den meisten Beschäftigten klar sein, dass alle Krankenhäuser mit vergleichbaren Anpassungsnotwendigkeiten konfrontiert sind, so dass sie an anderer Stelle mit ähnlichen Problemen konfrontiert würden.

3.10 Beschwerden und Erschöpfung

Mittel- bis langfristige Folge von arbeitsbedingtem Stress können psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Mattigkeit und Schlafstörungen sein. In der DAK-BGW-Studie wurde eine Liste von 24 körperlichen und Allgemeinbeschwerden abgefragt ("Beschwerden-Liste" von Zerssen¹¹). Die Befragten sollten einstufen, ob sie „gar nicht“, „kaum“, „mäßig“ oder „stark“ darunter leiden.

Langfristige Folge von arbeitsbedingtem Stress können psychosomatische Beschwerden sein.

Abbildung 27 gibt einen Überblick über die acht Einzelbeschwerden, unter denen die Pflegenden am stärksten leiden.

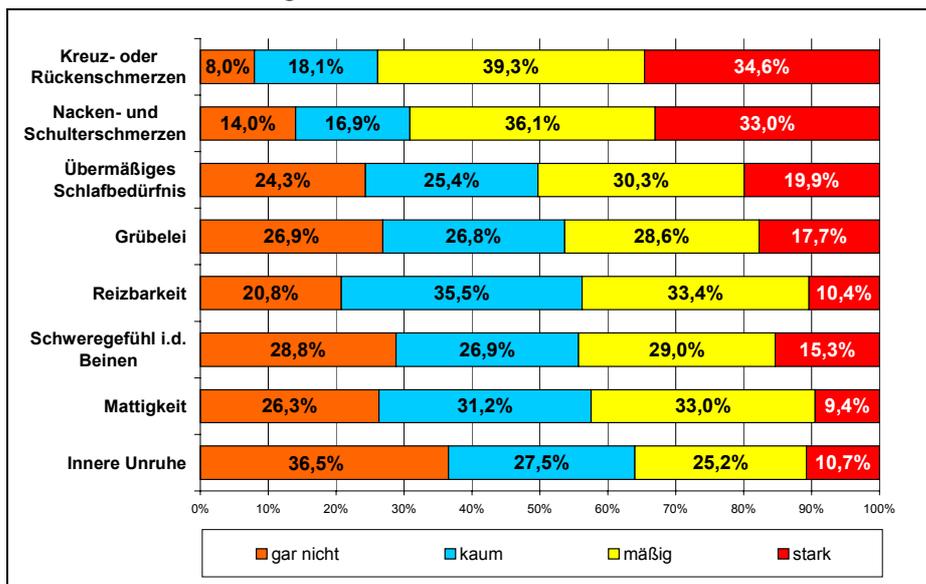


Abbildung 27:

Die acht wichtigsten Beschwerden (2004)

An der Spitze liegen – ebenso wie 1999 – noch immer die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule (Rücken, Nacken, Schultern): Drei von vier Befragten (73,3 %) geben an, mäßig oder stark unter Kreuz- oder Rückenschmerzen zu leiden, 69,1 % haben mäßige oder starke Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich.

Am stärksten verbreitet: Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule

Auch in anderen Berufsgruppen bzw. der Allgemeinbevölkerung sind Rückenschmerzen sehr stark verbreitet. Bei Vergleichen unterschiedlicher Berufsgruppen gehören Pflegekräfte jedoch stets zu den besonders stark betroffenen Gruppen¹².

Die Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (vgl. Teil 3 dieses Berichts) bestätigt den besonderen Stellenwert von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems für den Krankenstand von Beschäftigten in der stationären Pflege.

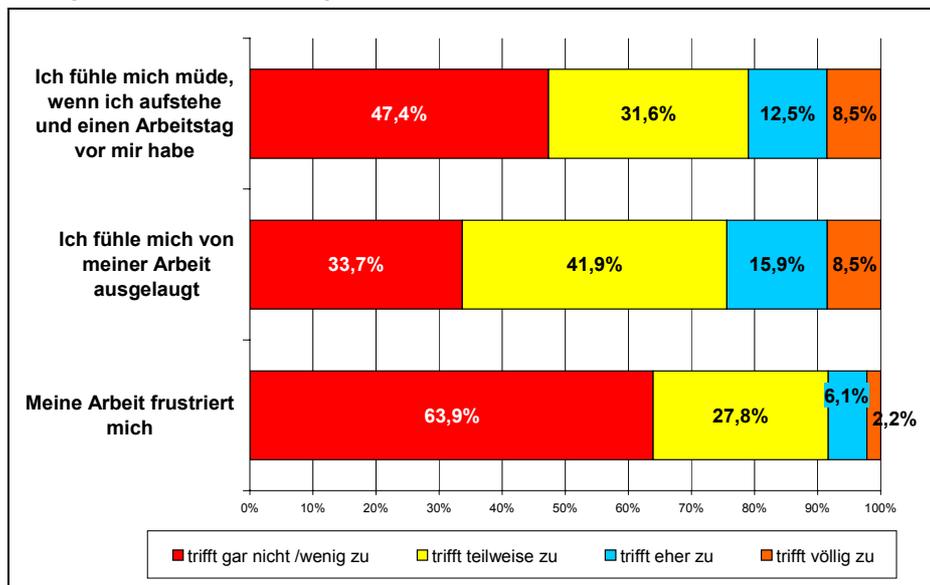
In der Umfrage für den ersten DAK-BGW Krankenpflegereport wurden die Beschwerden in gleicher Weise erhoben. Im Zeitvergleich zeigen sich weder in der Häufigkeit der Nennung von einzelnen Beschwerden, noch in der Gesamtbelastung (Summenwert der Beschwerde-Liste) nennenswerte Unterschiede¹³.

Psychosomatische Beschwerden verstärkt bei Personen mit hohen Stressbelastungen

Psychosomatische Beschwerden treten verstärkt bei Personen auf, die über längere Zeit hohen Stressbelastungen ausgesetzt waren und bei denen Erschöpfungsgefühle oder gar ein "Burn-out-Syndrom" – also ein Zustand sehr gravierender körperlicher und psychischer Erschöpfung – vorhanden sind. In Abbildung 28 sind die Antworten auf drei Fragen zu Erschöpfungsgefühlen im Zusammenhang mit der Arbeit dargestellt.

Abbildung 28:

Erschöpfungsgefühle (2004)



Jüngere Beschäftigte häufiger von Erschöpfungsgefühlen betroffen

Von den in Abbildung 28 dargestellten Erschöpfungsgefühlen sind jüngere Beschäftigte häufiger betroffen als ältere. Beispielsweise stimmten 28,4 % der unter 30-Jährigen, aber nur 22,6 % der 50-Jährigen und älteren der Aussage zu, dass die Arbeit sie auslaugt (Anteil "trifft eher/völlig zu"). Der Grund dürfte darin liegen, dass Pflegenden mit ausgeprägten Erschöpfungsgefühlen den Beruf vorzeitig verlassen.

- Mit zunehmendem Alter nehmen auch die psychosomatischen Beschwerden (erhoben mit der Beschwerdeliste) zu.
- Für alle Altersgruppen gilt: Erschöpfungsgefühle im Zusammenhang mit der Arbeit führen zu einer erheblichen Zunahme von psychosomatischen Beschwerden

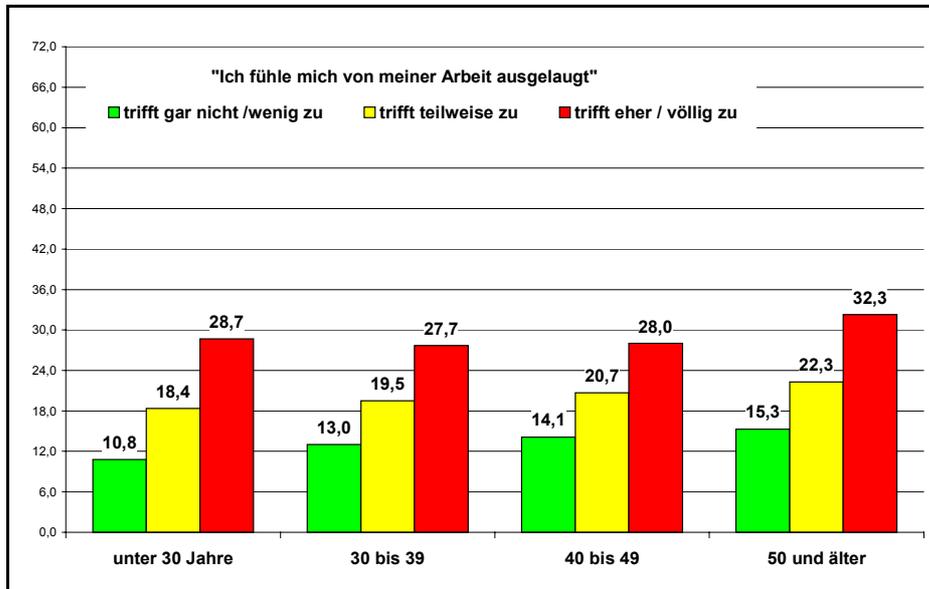


Abbildung 29:

Durchschnittlicher
Summenwert der
Beschwerde-Liste
nach Erschöpfungsgefühl und
Altersgruppen

4. Wahrnehmung und Bewertung von Veränderungen der Arbeitssituation in der stationären Krankenpflege

Im Zentrum der Umfrage stand eine Liste mit 18 Merkmalen, die möglicherweise im Laufe der zurückliegenden etwa drei Jahre Veränderungen unterworfen waren. Die Pflegenden sollten bezogen auf ihre persönliche Arbeitssituation zum einen angeben, ob bzw. wie stark sich das betreffende Merkmal verändert hat und zum anderen, wie sie diese Veränderung bewerten.

Veränderungen bei 18 Merkmalen: Einstufung des Ausmaßes und Bewertung

Für beide Fragen stand eine fünfstufige Antwortskala zur Verfügung: Das Ausmaß der Veränderung konnte als starke oder schwache Zunahme oder als gleich geblieben vermerkt werden, die Bewertung als sehr oder eher positiv/negativ bzw. als unentschieden. Abnahme bzw. negative Bewertung wurde mit einem negativen Wert codiert (-2 bzw. -1), eine unveränderte Situation bzw. unentschiedene Bewertung mit dem Wert Null und Zunahme bzw. positive Bewertung mit positiven Werten (+2 bzw. +1).

Gliederung nach fünf Themen

Die Ergebnisse zu den 18 Merkmalen werden im Folgenden nach thematischen Bereichen gegliedert:

Patienten...

- (1) Patienten:
Zwei Fragen wurden zur Veränderung des Patientenkontexts bzw. der Versorgung gestellt (Verweildauer und Pflegeintensität).

Aufgaben...

- (2) Aufgaben:
Unter dieser Überschrift werden die Resultate zu sechs Fragen präsentiert, die sich mit Veränderungen des Spektrums der Arbeitsaufgaben (z.B. Anteil der Arbeitszeit, der auf Dokumentation und Administration entfällt) sowie mit spezifischen Belastungen (körperliche Arbeit, Arbeitstempo) befassen.

Anforderungen...

- (3) Anforderungen:
Vier Fragen wurden zur Veränderung von übergeordneten Charakteristika der Arbeitstätigkeit gestellt, z.B. zur Aufgabenvielfalt.

Strukturen...

- (4) Strukturen:
Veränderungen im Bereich Führung und Kooperationsbeziehungen stehen im Mittelpunkt dieses Themenabschnitts.

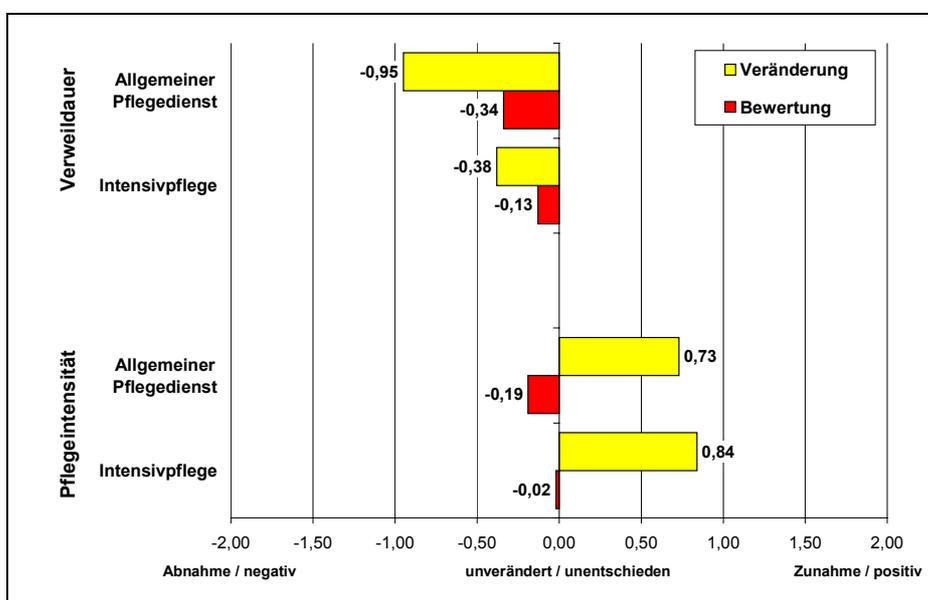
Rahmenbedingungen...

- (5) Rahmenbedingungen:
Je eine Frage wurde zur Veränderung der gesellschaftlichen Wertschätzung des Pflegeberufs sowie zur Angst vor Arbeitsplatzverlust gestellt.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt zunächst in Form von Mittelwerten, um einen Vergleich der Einstufungen über alle 18 Merkmale zu erleichtern.

4.1 Patienten

Die beiden patientenbezogenen Fragen wurden nur für die beiden Untergruppen der Befragten im allgemeinen Pflegedienst bzw. in der Intensivpflege ausgewertet. Wie Abbildung 30 zeigt, berichten beide Untergruppen über eine Verkürzung der Verweildauer und eine Zunahme der Pflegeintensität. Die wahrgenommene Abnahme der Liegezeiten entspricht der Realität und die Zunahme der Pflegeintensität ist teilweise eine unmittelbare Folge davon. Die Bewertung dieser Entwicklungen durch die Pflegenden ist neutral bis leicht negativ.



Abnahme der Verweildauern und Zunahme der Pflegeintensität

Abbildung 30:

Veränderungen von patientenbezogenen Merkmalen

Eine überdurchschnittliche Zunahme der Pflegeintensität der Patienten wird von Befragten aus der Inneren Medizin (+0,94) und der Orthopädie (+0,82) angegeben. Besonders starke Verkürzungen der Verweildauern haben Befragte aus Gynäkologie/Geburtshilfe (-1,40), HNO (-1,35), Pädiatrie (-1,34) und Orthopädie (-1,32) beobachtet.

Abteilungen mit überdurchschnittlichen Veränderungen

Darüber hinaus besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Häusern unterschiedlicher Größe: Die stärkste Abnahme der Verweildauer in den letzten drei Jahren beobachteten Befragte aus kleinen Häusern (unter 250 Betten), die geringste Veränderung dagegen die Befragten aus den großen Einrichtungen (500 und mehr Betten). Bei der Pflegeintensität verhält es sich dagegen umgekehrt, wobei der Unterschied jedoch statistisch nicht signifikant ist.

Unterschiede nach Größe der Häuser

4.2 Aufgaben

Es ist plausibel, dass sich sowohl das inhaltliche Spektrum der einzelnen Arbeitsaufgaben als auch spezifische Belastungen (z.B. Arbeitstempo) in den letzten Jahren verändert haben.

- Welche Veränderungen haben sich aus Perspektive der Pflegenden ergeben und wie bewerten die Pflegenden die Veränderungen?

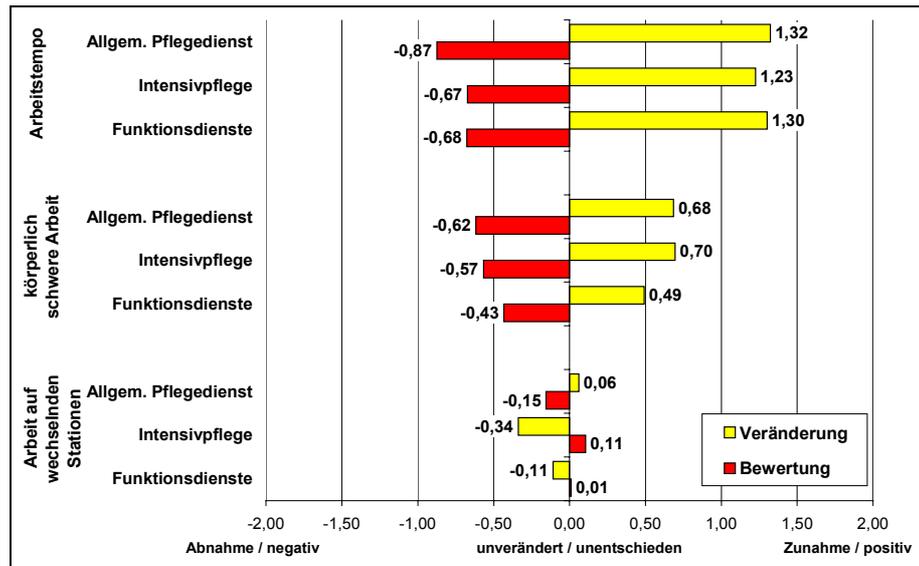
Zunahme des Arbeitstempos ist die stärkste Veränderung

Die Zunahme des Arbeitstempos ist von allen 18 abgefragten Merkmalen die stärkste wahrgenommene Veränderung (Abbildung 31). Diese Entwicklung ist in den drei Arbeitsbereichen etwa gleich stark ausgeprägt und wird von allen Befragten deutlich negativ bewertet.

Mehr körperlich schwere Arbeit

Ferner wird eine Zunahme von körperlich schweren Arbeiten berichtet, was mit der zunehmenden Pflegeintensität der Patienten (vgl. Abbildung 30) zusammenhängen könnte.

Abbildung 31:
Veränderungen von Arbeitsaufgaben (Teil 1)



Zunahme von Dokumentation und Verwaltung wird sehr negativ bewertet

Die zweitstärkste Veränderung aus Sicht der Pflegenden ist die Zunahme des Anteils von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten an der gesamten Arbeitszeit (Abbildung 32). Der Anteil der Arbeit direkt am Patienten hat demgegenüber insbesondere aus Sicht der Befragten im allgemeinen Pflegedienst abgenommen. Beide Entwicklungen werden deutlich negativ bewertet, die Zunahme der Dokumentations- und Administrationsaufgaben erhält von allen 18 Faktoren die negativste Bewertung.

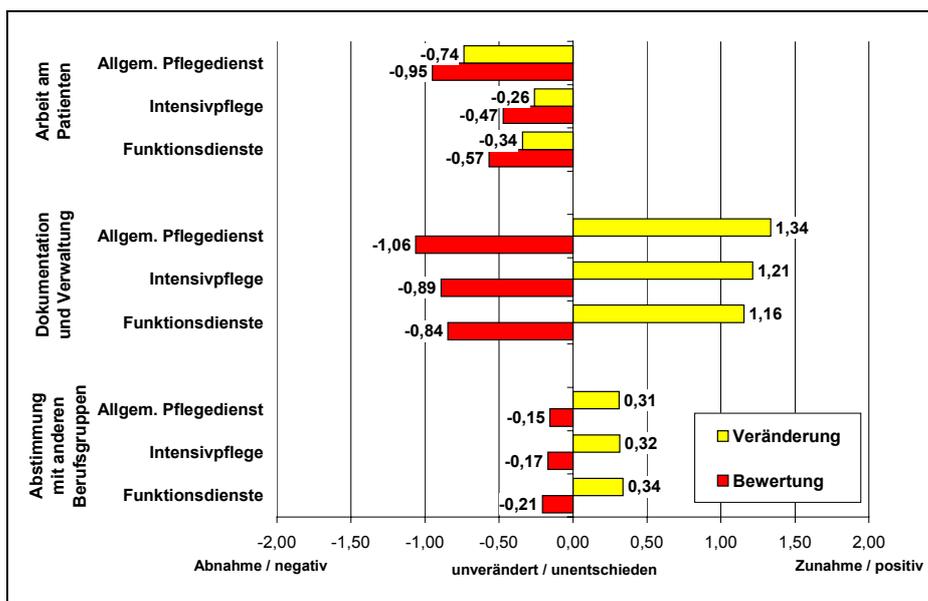


Abbildung 32:
Veränderungen von Arbeitsaufgaben (Teil 2)

Das Thema "Dokumentation" wird in Abschnitt 5.5 erneut und vertiefend aufgegriffen. Dabei wird sich auch zeigen, dass die Bewertung der Zunahme dieses Aufgabenbereichs bei einem Teil der Befragten deutlich weniger negativ ausfällt.

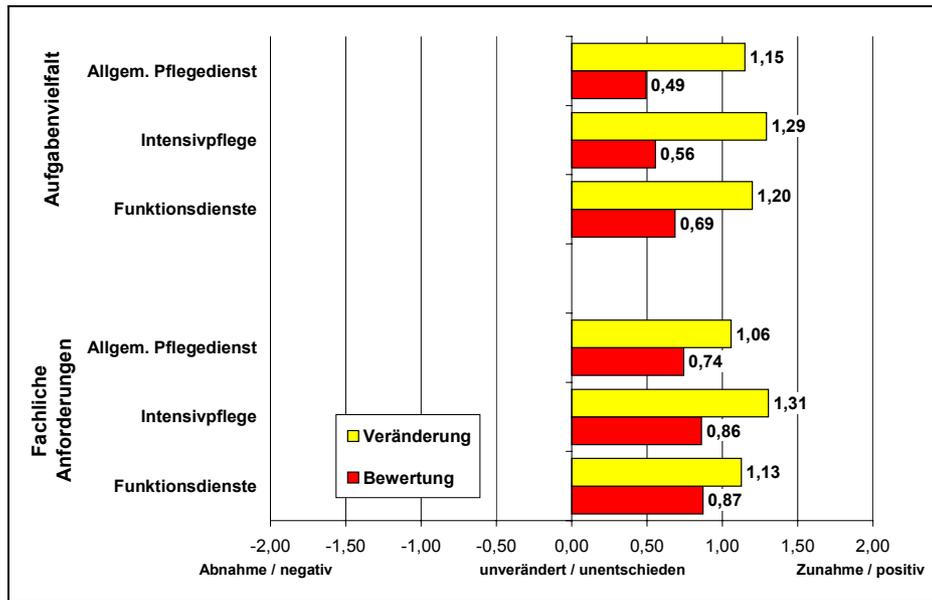
Beim Faktor "Arbeit auf mehreren oder häufig wechselnden Stationen" haben die Befragten im Durchschnitt wenig Veränderungen wahrgenommen, in der Intensivpflege deutet sich eine leichte Abnahme an. Der Anteil der Arbeitszeit, der auf Abstimmungen mit anderen Berufsgruppen entfällt, hat leicht zugenommen.

4.3 Anforderungen

Im Hinblick auf die allgemeinen Anforderungen, die mit einer Tätigkeit in der stationären Pflege verbunden sind, zeigt die Befragung starke Veränderungen: Die Vielfalt der Arbeitsaufgaben, die Anforderungen an die fachlichen Fähigkeiten und, damit verbunden, die Notwendigkeit, sich fachlich weiterzubilden haben aus Sicht der Pflegenden stark zugenommen. Die stärkste Zunahme berichten Befragte aus den großen Häusern (500 Betten und mehr). Die Bewertung dieser Entwicklungen ist eindeutig positiv.

Zunahme von Aufgabenvielfalt und fachlichen Anforderungen werden positiv bewertet.

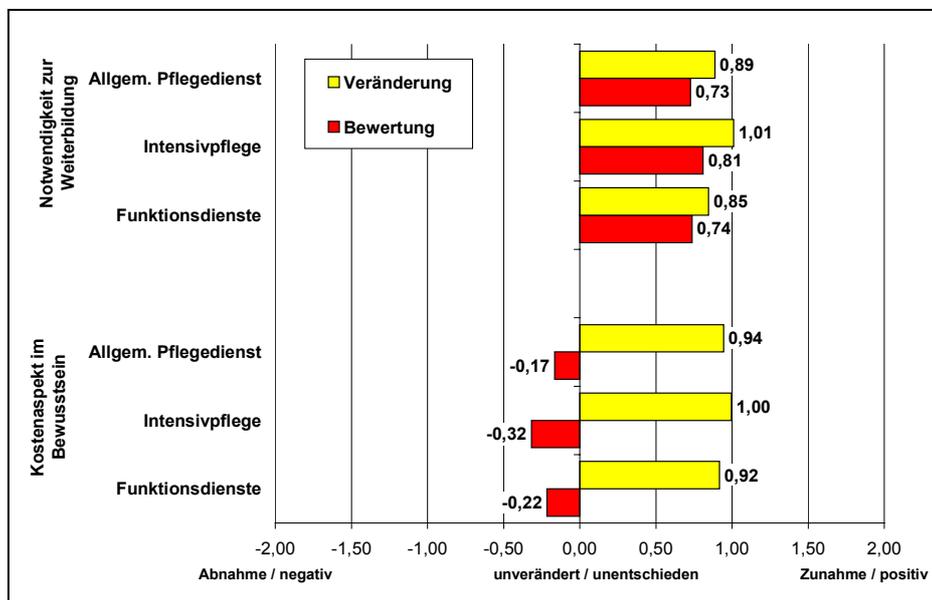
Abbildung 33:
Veränderungen von Anforderungen (Teil 1)



Auch Pflegende müssen ein stärkeres Bewusstsein für Kosten und Nutzen entwickeln

Der vierte, in Abbildung 34 dargestellte, Aspekt betrifft indirekt ebenfalls eine Arbeitsanforderung: Der Strukturwandel in der stationären Gesundheitsversorgung ist vor allem durch die Notwendigkeit zu einer stärkeren Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten bei der Leistungserbringung geprägt. Das bedeutet auch, dass alle Beteiligten in ihrer täglichen Arbeit ein stärkeres Bewusstsein für die Kosten und den Nutzen einzelner Maßnahmen und Entscheidungen entwickeln.

Abbildung 34:
Veränderungen von Anforderungen (Teil 2)



Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass das wachsende Bewusstsein für Kostenaspekte in der Pflege als eine der ausgeprägtesten Veränderungen der letzten drei Jahre wahrgenommen wird. Diese Entwicklung wird zwar im Durchschnitt negativ bewertet, aber der Mittelwert liegt – vor allem bei den Befragten im allgemeinen Pflegedienst – nahe an der Null.

Das liegt daran, dass ein nennenswerter Teil der Befragten das zunehmende Kostenbewusstsein positiv bewertet: Beschränkt man die Analyse auf den Teil der Befragten, die eindeutig eine Zunahme des Kostenbewusstseins beobachtet haben – das sind 876 Personen (67 %) – und untersucht die Bewertungen, dann zeigt sich: 48,3 % sehen diese Veränderung negativ, 14,9 % sind unentschieden und 36,8 % beurteilen sie positiv

4.4 Strukturen

Bezüglich der vier Faktoren, die wir unter der Überschrift „Strukturen“ zusammengefasst haben, wurden nur geringfügige Veränderungen angegeben. Hierarchische Strukturen haben etwas zugenommen (Abbildung 36), aber auch die Kooperation zwischen den Kollegen/innen auf der Station sei gewachsen (Abbildung 35). Bei allen Merkmalen ist eine geringfügige Zunahme zu verzeichnen, die bis auf die Kooperation tendenziell negativ bewertet werden.

Kaum Veränderungen bei den Strukturmerkmalen

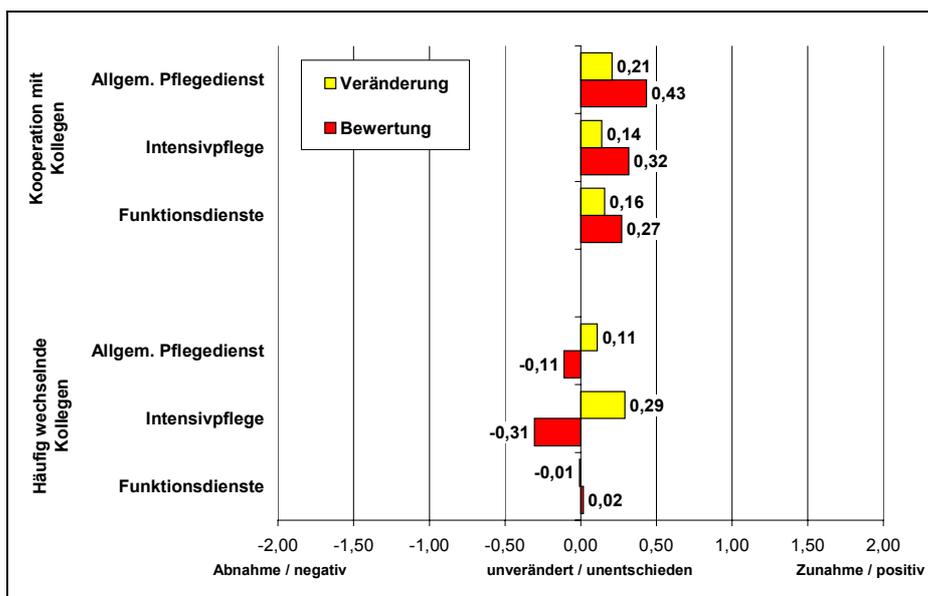
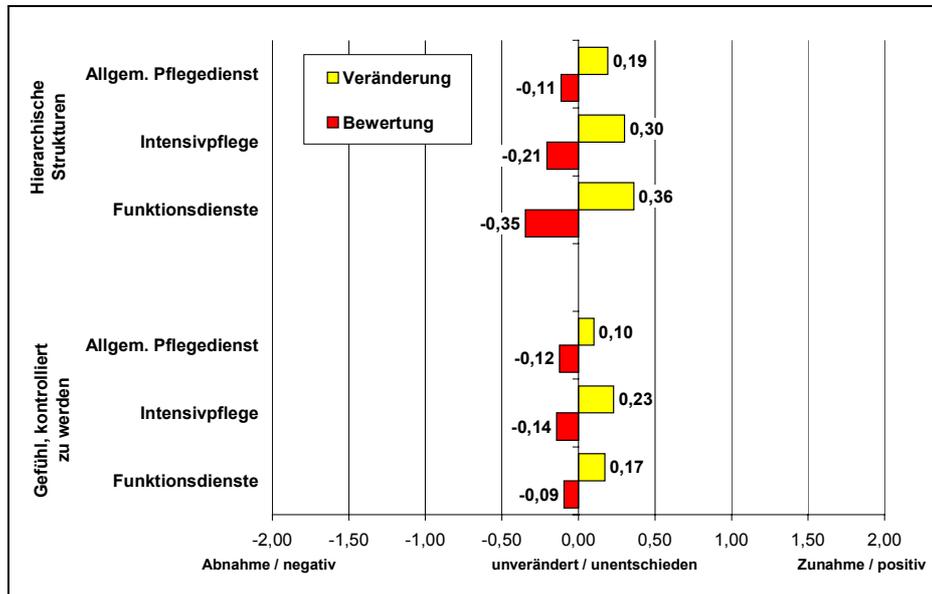


Abbildung 35:
Veränderungen von Strukturen (Teil 1)

Veränderungen bei den vier „Struktur“-Merkmalen sind sicherlich sehr stations- bzw. einrichtungsspezifisch zu sehen, so dass sich kein bundesweit prägnantes Bild für die stationäre Pflege ergibt.

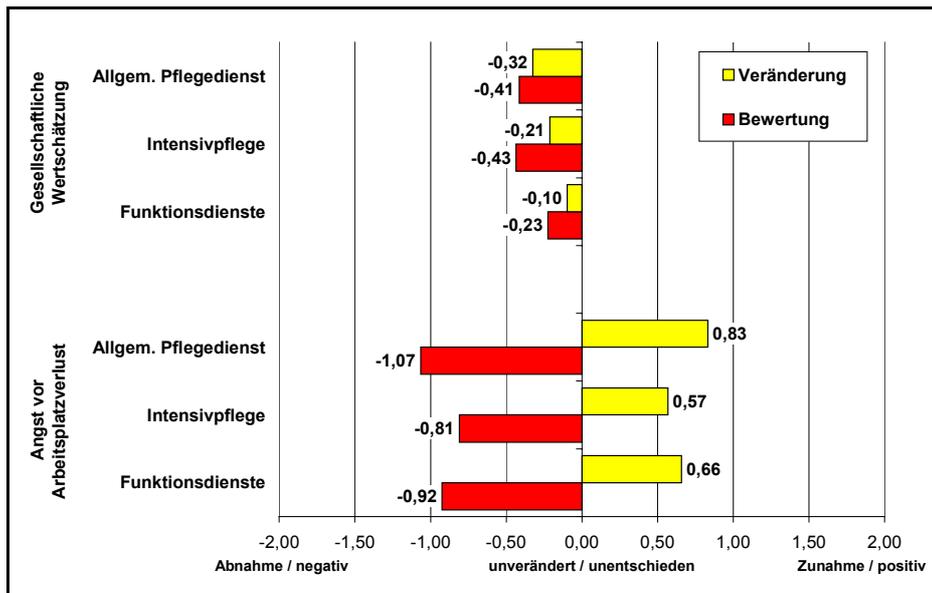
Abbildung 36:
Veränderungen von Strukturen (Teil 2)



4.5 Rahmenbedingungen

Die gesellschaftliche Wertschätzung des Pflegeberufs hat aus Sicht der Pflegenden in den zurückliegenden Jahren leicht abgenommen. Die Tatsache, dass vor allem Befragte aus dem allgemeinen Pflegedienst diese Einschätzung treffen, könnte daran liegen, dass viele teilweise schwierige Veränderungsprozesse in diesem Arbeitsbereich besonders ausgeprägt sind.

Abbildung 37:
Veränderungen der Rahmenbedingungen



Stark zugenommen hat die Angst der Pflegenden vor dem Verlust des Arbeitsplatzes. Diesen Befund könnte man rasch in den Kontext der allgemeinen Arbeitsmarktlage in Deutschland einordnen, die in sehr vielen Branchen zu ausgeprägten Sorgen um den Arbeitsplatz führt.

Starke Zunahme der Sorge um den Arbeitsplatz

Auffällig ist jedoch, dass die Einschätzung der Zunahme der Arbeitsplatzangst von allen 18 Merkmalen am stärksten mit der Größe der Einrichtung der Befragten variiert: Der Durchschnittswert (auf einer Skala von – bis + 2) über alle Befragten liegt bei 0,77, bei Pflegenden in Einrichtungen mit weniger als 250 Betten dagegen bei 1,0.

In kleinen Häusern und im allgemeinen Pflegedienst ist die Arbeitsplatzangst am stärksten

Ein signifikanter Unterschied besteht auch bezüglich der Arbeitsbereiche: Bei Befragten aus der Intensivpflege ist die Zunahme der Angst um den Arbeitsplatz deutlich geringer ausgeprägt als bei Beschäftigten des allgemeinen Pflegedienstes.

5. Auswirkungen spezifischer Entwicklungen in der stationären Pflege

Fünf spezifische Veränderungsprozesse:

Die Veränderungen in den Krankenhäusern und deren Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegenden werden in den folgenden Abschnitten nochmals am Beispiel von fünf spezifischen Prozessen betrachtet:

Rationalisierung und Umstrukturierung

Unter der Überschrift "Rationalisierung und Umstrukturierung" wird untersucht, mit welcher Häufigkeit und welchen Auswirkungen aus Sicht der Pflegenden es zu Stationszusammenlegungen, Personal- und Bettenabbau gekommen ist.

Einführung des DRG-Systems

Das zweite Thema ist die Sicht der Pflegenden auf die Einführung des neuen Vergütungssystems der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs).

Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen

Eine dritte übergreifende Entwicklung ist die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen, die gesetzlich vorgeschrieben und in vielen Häusern bereits vollzogen oder weit fortgeschritten ist.

Einführung von Leitlinien und Standards

Die Einführung von schriftlich fixierten Leitlinien und Standards für die Pflege ist lange Zeit ein Thema in Fachkreisen gewesen. Im vierten Unterabschnitt wird eine Bilanz der Situation gezogen.

Zunahme der Dokumentationsaufgaben

Das fünfte Thema betrifft schließlich einen sehr zentralen Aspekt des Wandels des Aufgabenspektrums von Pflegenden, nämlich die zunehmende Bedeutung der Dokumentation pflegerischer Leistungen.

5.1 Rationalisierung und Umstrukturierung

Die Krankenhauslandschaft befindet sich im Umbruch

In der akutstationären Gesundheitsversorgung vollzieht sich seit Jahren ein Strukturwandel, der vor allem durch eine Reduktion der Zahl der Krankenhäuser und der Betten und durch Wechsel der Trägerschaften (weniger öffentliche, mehr private Träger) gekennzeichnet ist:

Rückgang bei den öffentlichen und Zuwachs bei den privaten Krankenhausträgern

Im Jahre 2002 gab es in Deutschland 2.222 Krankenhäuser mit insgesamt 547.210 Betten. Im Vergleich zu 1991 ist die Zahl der Krankenhäuser um 8 % und die Zahl der Betten um 17 % zurück gegangen. Im Laufe dieses 11-Jahres-Zeitraums hat die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser deutlich abgenommen (um gut 26 % von 1110 im Jahr 1991 auf 817 im Jahr 2002) und die der Häuser in privater Trägerschaft um 47,5 % zugenommen (auf 528 im Jahr 2002). Bei der dritten Gruppe, den freigemeinnützigen Einrichtungen gab es eine leichte Abnahme um 7 % (auf 877 Häuser in 2002)¹⁴.

Was das Personal im Pflegedienst betrifft, zeigen die Zahlen des Statistischen Bundesamtes für den Zeitraum von 1991 bis 2001 eine Zunahme der Beschäftigtenzahl um 19 Prozent¹⁵.

In der Umfrage für den "DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege" wurde speziell nach der Situation in den letzten drei Jahren gefragt. Die berichteten Zahlen aus bundesweiten amtlichen Statistiken beziehen sich auf davor liegende Zeiträume.

5.1.1 Trägerwechsel

Einen Wechsel des Trägers der Einrichtung haben 27 Prozent der Befragten in den vorangehenden drei Jahren erlebt:

- Befragte, die zum Zeitpunkt der Erhebung in einem privaten Krankenhaus arbeiten geben zu 48,7 % einen Trägerwechsel an.
- Bei den Befragten aus freigemeinnützigen Einrichtungen sind es 28,4 % und
- bei denen aus Häusern in öffentlicher Trägerschaft sind es 20,9 %.

Die starke Zunahme der privaten Krankenhäuser spiegelt sich somit auch in den Umfragedaten: Vermutlich waren viele der Befragten aus privaten Krankenhäusern vor drei Jahren noch Angestellte eines Hauses in kommunaler Trägerschaft.

Der Vergleich zwischen Befragten mit und ohne Trägerwechsel hinsichtlich der dominierenden Veränderungen der Arbeitssituation im Laufe der vorangehenden drei Jahre (vgl. den vorangehenden Abschnitt 4) zeigt zwei signifikante Unterschiede:

- Befragte aus Einrichtungen ohne Trägerwechsel nehmen eine Zunahme der Kooperation unter den Kollegen auf der Station wahr (Mittelwert: 0,23). Bei den Befragten mit Trägerwechsel ist dies nicht der Fall, die Kooperation wird als unverändert beschrieben (Mittelwert: 0,06, vgl. dazu auch Abbildung 35).
- In Einrichtungen mit Trägerwechsel hat nach Angaben der dort beschäftigten Befragten die Angst vor Arbeitsplatzverlust signifikant stärker zugenommen (Mittelwert 0,86 gegenüber 0,70, vgl. dazu auch Abbildung 37).

Die beiden Befunde passen insofern zusammen, als bei drohendem Arbeitsplatzabbau häufig ein Anwachsen des Konkurrenzverhaltens zu beobachten ist.

Fast die Hälfte der Pflegenden in privaten Krankenhäusern hat in den vorangegangenen drei Jahren einen Trägerwechsel erlebt.

Größere Sorge um den Arbeitsplatz in Einrichtungen mit Trägerwechsel

Die gesteigerte Angst vor Arbeitsplatzabbau bei Befragten aus Einrichtungen mit Trägerwechsel lässt sich jedoch nicht dadurch begründen, dass die Befragten im gleichen Zeitintervall bereits überdurchschnittlich oft Personalabbau erlebt hätten: Bei den beiden Fragen zum Personalabbau (vgl. unten Abschnitt 5.1.3) gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Befragten mit und ohne Trägerwechsel.

5.1.2 Umstrukturierungen

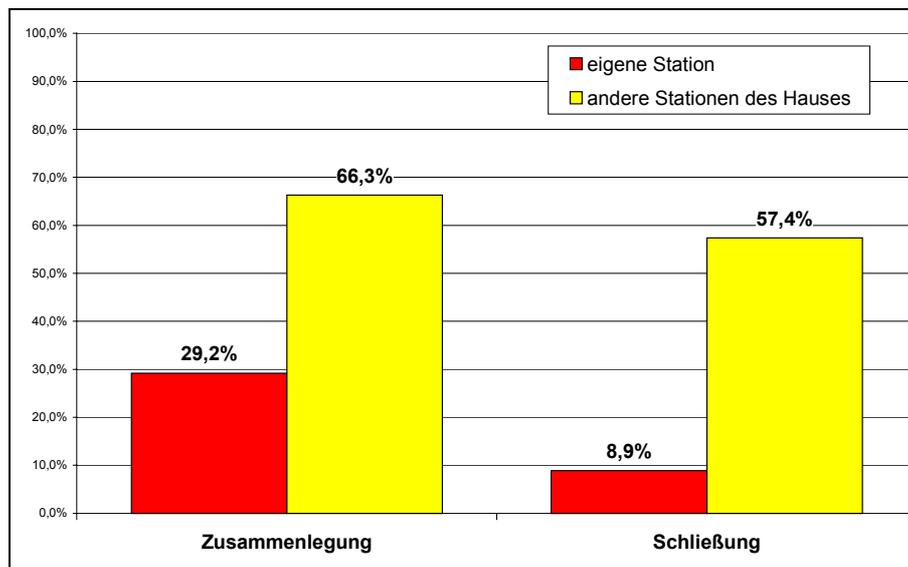
Schließungen und Zusammenlegungen von Stationen haben Auswirkungen im Personalbereich

Im Zuge von Umstrukturierungen kommt es vielfach zu Schließungen bzw. Zusammenlegungen von bis dahin eigenständigen Stationen. Damit sind häufig auch Umwälzungen im Personalbereich – wie Wechsel der Führung, neu zusammengesetzte Teams usw. – verbunden.

In der Umfrage wurde erhoben, ob man selbst auf der eigenen Station bzw. ob andere Stationen des Hauses in den zurückliegenden drei Jahren von Schließungen oder Zusammenlegungen betroffen waren. Die Ergebnisse zeigt Abbildung 38.

Abbildung 38:

Zusammenlegung und Schließung von Stationen



Schließungen und Zusammenlegungen von Stationen im allgemeinen Pflegedienst besonders häufig

Stationsschließungen und –zusammenlegungen werden deutlich häufiger von Befragten aus dem allgemeinen Pflegedienst als aus den beiden anderen Arbeitsbereichen angegeben. Ferner werden solche Umstrukturierungen signifikant häufiger von Pflegenden aus größeren Häusern und solchen mit Trägerwechsel berichtet.

Die untersuchten Rationalisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen treten häufig in Kombination auf: Von den Befragten des allgemeinen Pflegedienstes, deren Station mit einer anderen zusammengelegt wurde gaben 33,1 % gleichzeitig an, dass die Bettenzahl auf der Station verringert wurde und 75,9 %, dass Personal abgebaut wurde.

5.1.3 Betten- und Personalabbau

Abbildung 39 zeigt die Häufigkeit der Angabe von Betten- bzw. Personalreduktionen auf der eigenen Station bzw. anderen Stationen des Hauses. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass nur allgemein nach dem Abbau von "Personal" gefragt worden ist, aber nicht danach, ob es sich um Pflegekräfte handelte.

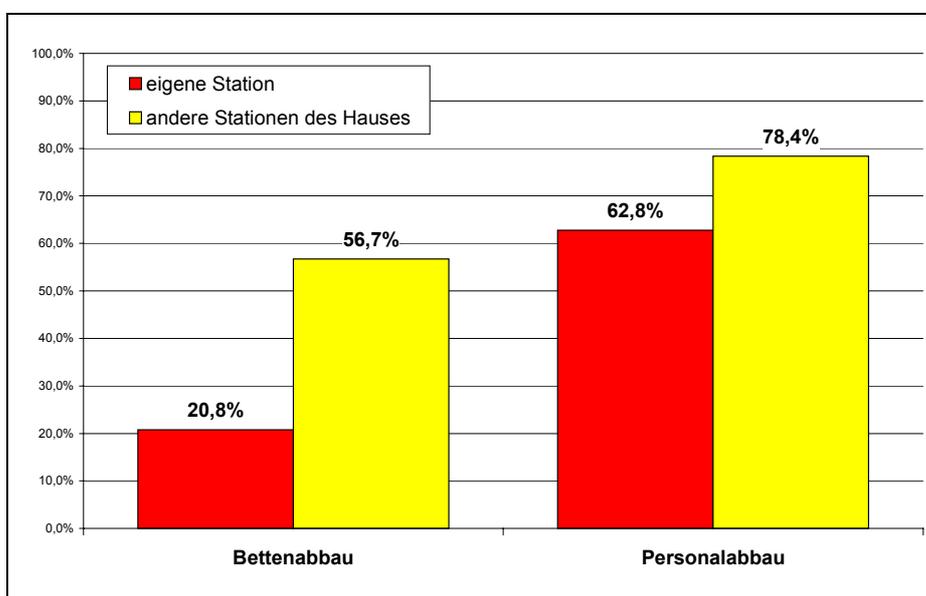


Abbildung 39:

Betten- und Personalabbau

Hinsichtlich beider Faktoren gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Befragten aus Häusern unterschiedlicher Trägerschaft bzw. mit oder ohne Wechsel des Trägers.

Befragte aus dem allgemeinen Pflegedienst haben signifikant häufiger einen Personalabbau auf der eigenen Station erlebt (67,3 %), als die beiden anderen Arbeitsbereiche (Intensiv: 59,0 %; Funktionsdienste: 52,8 %).

Personalabbau häufiger im Allgemeinen Pflegedienst

Was die Wahrnehmung von Veränderungen in den letzten drei Jahren betrifft, so zeigen sich bei einer vertiefenden Analyse des Merkmals "Personalabbau auf der eigenen Station" einige signifikante Unterschiede zwischen Befragten, die derartiges angegeben haben und der Restgruppe.

Die Analyse wurde zu Gunsten der besseren Interpretierbarkeit zum einen auf Befragte aus dem allgemeinen Pflegedienst beschränkt. Zum anderen wurden Befragte, die gleichzeitig eine Zusammenlegung ihrer eigenen Station mit anderen Stationen angegeben hatten ausgeschlossen, um eine Vermischung der Wirkungen beider Faktoren zu vermeiden. Für die Analyse verbleiben damit 531 Personen, von denen 335 (63,1 %) Personalabbau auf der eigenen Station erlebt haben.

Veränderungen bei Personalabbau

Befragte, auf deren Station Personal abgebaut wurde, berichten über eine signifikant stärkere Zunahme

- der Vielfalt ihrer Arbeitsaufgaben,
- des Arbeitstempos,
- der Häufigkeit von Personalwechseln auf der Station und von eigener Arbeit auf wechselnden Stationen sowie
- des Bewusstseins für die Kostenaspekte der Pflege bei den Pflegekräften.

Die Zunahme des Anteils von administrativen und dokumentierenden Tätigkeiten auf Kosten der direkten Arbeit am Patienten wird als ausgeprägter beschrieben.

Schließlich nehmen diese Befragten eine

- signifikant stärkere Abnahme der Verweildauern der Patienten und
- einen größeren Verlust der gesellschaftlichen Wertschätzung ihres Berufsstandes wahr.

5.2 Einführung des neuen Vergütungssystems für stationäre Leistungen

Neues Vergütungssystem: DRGs

Im Gesundheitsreformgesetz 2000 (§ 17b KHG) hat der Gesetzgeber ein neues Vergütungssystem für stationäre Leistungen beschlossen, die diagnosebezogenen Fallpauschalen, die meist mit dem englischen Begriff "Diagnosis Related Groups" bezeichnet werden (DRGs bzw. G-DRGs, wobei das "G" für "German" steht).

Stark vereinfacht funktioniert die Vergütung im DRG-System wie folgt: Die stationär aufgenommenen Patienten werden nach ihrer Diagnose sowie weiteren Merkmalen zur Beschreibung des Schweregrades ihrer jeweiligen Erkrankung in festgelegte Fallgruppen – die DRGs – eingeordnet. Für die Behandlung eines Patienten einer bestimmten Fallgruppe erhält das Krankenhaus einen Pauschalbetrag.

Gestaltet sich die Behandlung des Patienten tatsächlich aufwendiger, als durch die pauschale Vergütung gedeckt, macht das Krankenhaus bei dem betreffenden Patienten einen Verlust. Umgekehrt lässt sich ein höherer Gewinn erzielen, wenn es dem Haus gelingt, wirtschaftlicher zu arbeiten, als bei der Kalkulation der Pauschalvergütung zugrunde gelegt wurde.

Das neue Vergütungssystem setzt somit deutlich stärkere Anreize für eine wirtschaftliche Behandlung der Patienten als das lange dominierende System der Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze. Wenn die neuen Rahmenbedingungen nach Ablauf der Übergangsphase schrittweise "scharf geschaltet" werden, ist mit einer weiteren Zunahme des Wirtschaftlichkeitsdrucks und des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern zu rechnen.

Seit dem 1. Januar 2004 müssen die Krankenhäuser beginnen, nach den diagnosebezogenen Fallpauschalen abzurechnen. Eine Umstellung auf DRGs war allerdings auch schon vor dem Stichtag optional möglich. Ausgenommen von der Abrechnung nach DRGs sind psychiatrische Einrichtungen. Im November 2004 waren 80 % der in Frage kommenden Häuser auf DRGs umgestiegen.

Die Einführung des neuen Vergütungssystems wurde als Thema in die Umfrage aufgenommen, weil anzunehmen ist, dass die DRGs bzw. die dadurch angestoßenen Entwicklungen im Bereich des Krankenhausmanagements auch spürbare Auswirkungen auf die Arbeit der Pflegenden haben werden: Erweiterte Anforderungen an die Steuerung und Dokumentation von Leistungen oder die Orientierung an berufsgruppenübergreifend definierten Behandlungspfaden (Clinical Pathways) sind nur einige Stichworte in diesem Zusammenhang.

Die potenziellen Auswirkungen der DRGs auf die Pflege werden in der gegenwärtig noch andauernden Einführungsphase wenig thematisiert. Die Umfrage zum "DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege" greift das Thema jedoch unter dem Gesichtspunkt auf, inwieweit die Pflegenden über die Umstellung des Vergütungssystems informiert sind und generell Auswirkungen wahrnehmen.

Von den folgenden Auswertungen wurden Befragte aus psychiatrischen Abteilungen bzw. Fachkrankenhäusern ausgeschlossen, weil sie nicht unmittelbar betroffen sind.

Von den verbleibenden 1.229 Befragten gaben 40,0 % an, dass ihr Haus bereits vor 2004 mit der Abrechnung nach DRGs begonnen habe, 35,6 % gaben an, dass seit 2004 die Umstellung erfolgt und 24,4 % konnten dazu keine Angabe machen bzw. waren sich nicht sicher. Bei Befragten mit Leitungsfunktion ist der Anteil, der hierzu keine Angabe machen konnte, mit 13,5 % deutlich kleiner.

Das DRG-System belohnt wirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser

Auswirkungen auf die Pflegenden

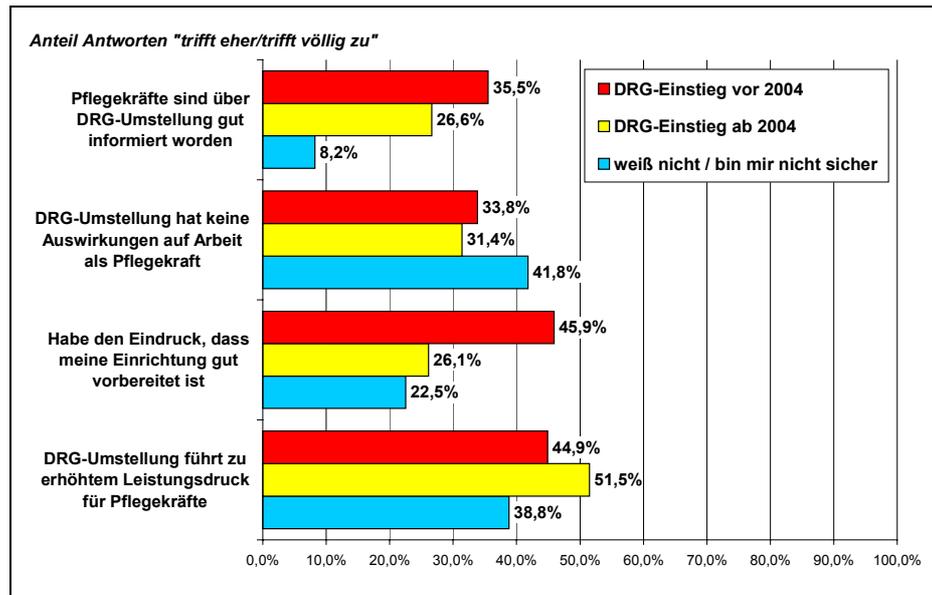
Wie gut wissen die Pflegenden über das DRG-System Bescheid?

40 % der Befragten arbeiten in Häusern, die bereits vor 2004 mit der Umstellung begonnen haben

Der Zeitpunkt, zu dem die Einrichtung der Befragten mit der Abrechnung nach DRGs begonnen hat, geht teilweise mit deutlichen Unterschieden in der Beurteilung des Einführungsprozesses durch die Pflegenden einher (Abbildung 40): Bei einem Einstieg bereits in der Optionsphase (vor 2004) fühlen sich die Befragten selbst besser informiert und haben deutlich häufiger den Eindruck, dass ihr Haus gut vorbereitet ist.

Abbildung 40:

Beurteilung des Einführungsprozesses nach Zeitpunkt des Einstiegs der Einrichtung in die DRG-Abrechnung



Mehrheit ist noch unzureichend informiert

Insgesamt fällt auf, dass sich die große Mehrheit der Pflegenden über die Umstellung des Vergütungssystems zum Zeitpunkt der Erhebung nicht gut informiert fühlt. In der Untergruppe der Befragten mit Leitungsfunktionen liegt der Anteil der gut Informierten zwar höher, aber mit 45 % noch bei weniger als der Hälfte.

Was die Auswirkungen betrifft, so nimmt ein Drittel aller Befragten (34 %) an, dass die DRGs keine nennenswerten Auswirkungen auf die Arbeit einer Pflegekraft haben werden, etwas mehr (38 %) sind der gegenteiligen Ansicht und 28 % wählten die mittlere Antwortkategorie „trifft teilweise zu“. Etwas mehr als die Hälfte (51,5 %) rechnen jedoch mit einem erhöhten Leistungsdruck.

5.3 Pflegeleitlinien und –standards

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege und der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in den letzten Jahren spielen schriftlich formulierte Pflegeleitlinien eine zunehmend größerer Rolle im Klinikalltag. Nahezu alle Befragten (93,6 %) gaben an, dass es in ihrer Einrichtung schriftlich formulierte Pflegeleitlinien bzw. Pflegestandards gibt.

87 % der Befragten aus Einrichtungen mit Leitlinien geben an, dass die Pflegekräfte selbst an der Formulierung der Leitlinien beteiligt waren. Dennoch meinen 27,3 %, dass die Pflegenden nicht genügend Gelegenheit hatten, sich an der Ausarbeitung der Leitlinien zu beteiligen.

Hohe Beteiligung an der Formulierung der Leitlinien

Nutznieser der Leitlinien sind aus Perspektive der Befragten sowohl die Patienten als auch die Pflegenden selbst (Abbildung 41): 44 % meinen, dass die Leitlinien zu Verbesserungen für die Patienten geführt haben, 43,5 % sehen auch positive Einflüsse auf die Arbeit der Pflegekräfte.

Vorteile für Patienten und Pflegenden

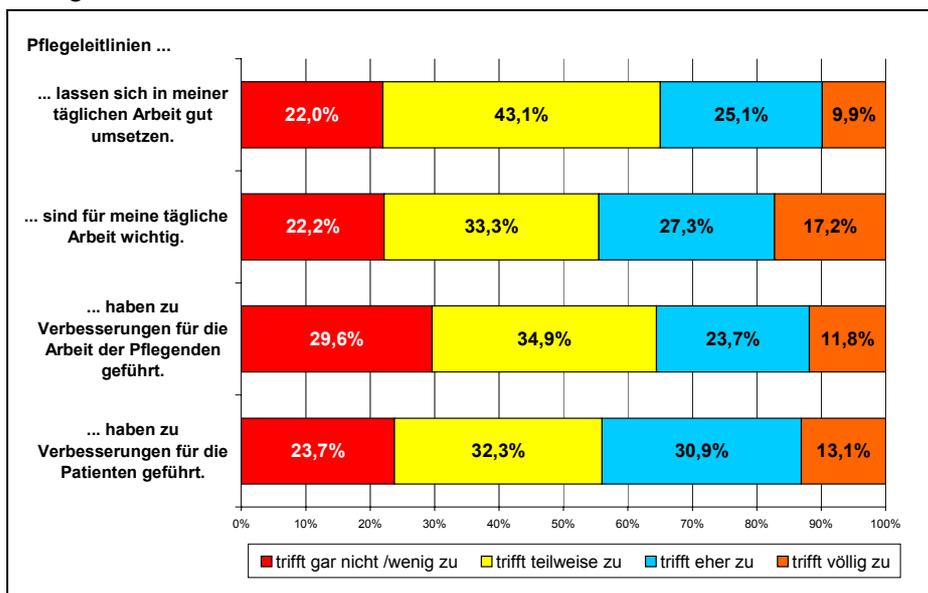


Abbildung 41:

Bewertung der Pflegeleitlinien

Für 44,5 % der Befragten haben die Leitlinien Relevanz für die tägliche Arbeit. Wie in Abbildung 41 ebenfalls erkennbar, besteht bei der praktischen Umsetzbarkeit der Leitlinien allerdings noch Verbesserungspotenzial.

5.4 Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen

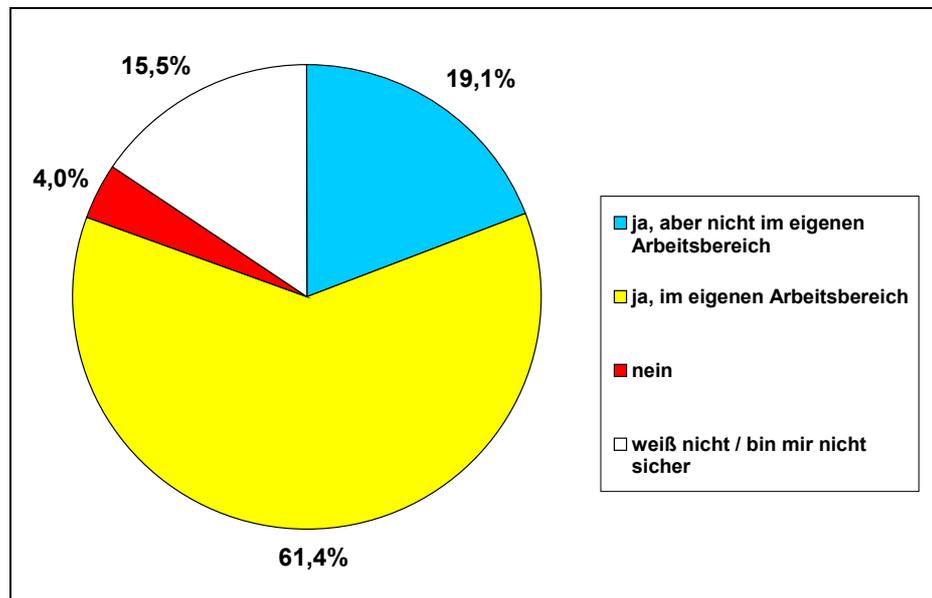
Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a SGB V). Im Laufe der zurückliegenden Jahre haben zahlreiche Häuser daher entsprechende Maßnahmen ergriffen bzw. Qualitätsmanagement-Systeme (QM-Systeme) implementiert.

Die meisten befragten Pflegekräfte gaben an, ein QM-System im eigenen Arbeitsbereich (Abbildung 42) zu haben. In der Frage wurden beispielhaft die am weitesten verbreiteten Systeme (DIN EN ISO 9001, EFQM, KTQ) genannt

QM-Systeme sind inzwischen weit verbreitet

Abbildung 42:

Angaben zum
Vorhandensein
eines QM-Systems



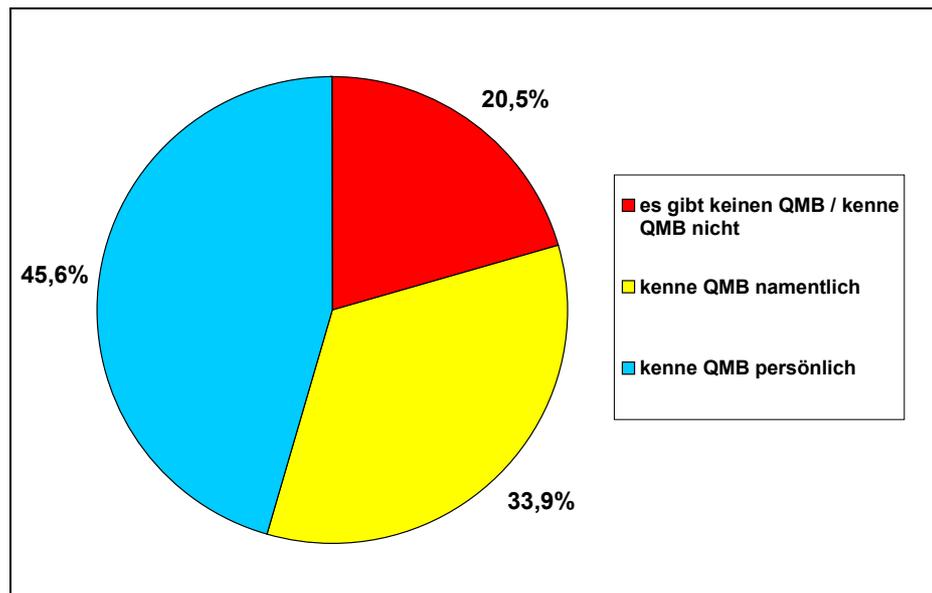
Bezüglich des Vorhandenseins eines QM-Systems gibt es keine auffälligen Unterschiede nach Größe oder Trägerschaft der Einrichtungen der Befragten.

Ein Fünftel kennt
den QM-
Beauftragten nicht

Für die Pflege und Weiterentwicklung eines QM-Systems ist in aller Regel ein/e Qualitätsmanagement-Beauftragte/r (QMB) zuständig. Als ein Indikator dafür, wie gut das QM-System in der täglichen Arbeit der Pflegekräfte verankert ist, wurde gefragt, ob die/der QM-Beauftragte den Befragten bekannt ist. In Abbildung 43 sind nur die Antworten der Befragten dargestellt, die angaben, dass in ihrem eigenen Arbeitsbereich in QM-System existiert (N=785).

Abbildung 43:

Angaben zum QM-
Beauftragten
(QMB)



Ein sehr kleiner Teil der Befragten (0,6 %) gab an, dass es keinen QMB gäbe. Etwa ein Fünftel kennt die für das QM-System zuständige Person nicht.

Die Bekanntheit mit dem QM-Beauftragten ist in der Tat ein guter Indikator für den Grad der Einbindung der Pflege in das QM-System, wie die Auswertungen in Abbildung 44 zeigen: Befragte, die den QMB kennen, bezeichnen sich deutlich öfter als gut informiert über das QM-System und haben öfter den Eindruck, dass es für die Pflegenden ausreichend Gelegenheiten zur Beteiligung an den QM-Aktivitäten des Hauses gibt.

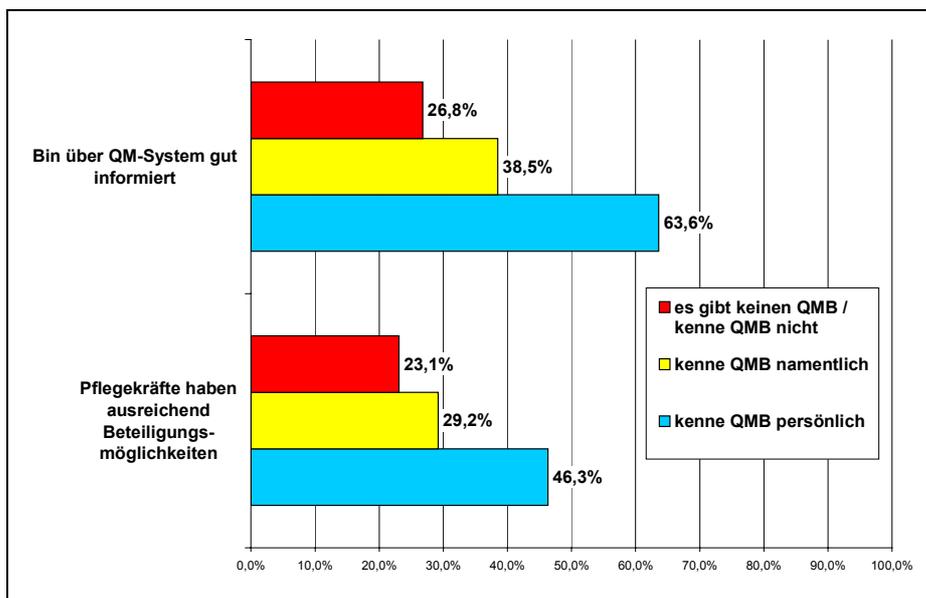


Abbildung 44:

Einbindung der Pflegekräfte in das QM-System nach Angaben zum QM-Beauftragten

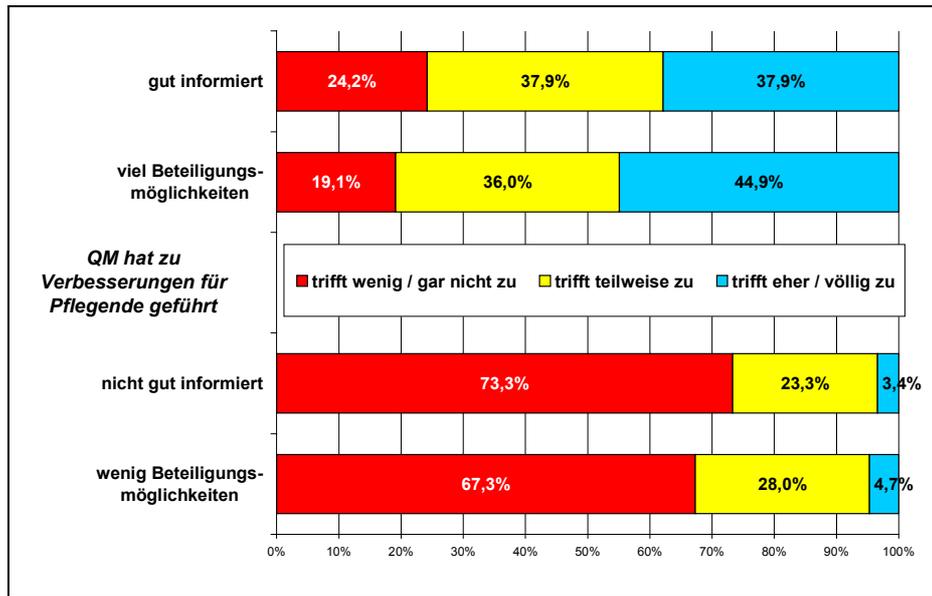
Neben dem Aspekt der Einbindung der Pflege in das QM-System wurde auch nach den Auswirkungen des Qualitätsmanagements auf die Patienten und die Pflegenden gefragt. Die Antworten zeigen starke Unterschiede, je nachdem, wie gut die Befragten über das QM-System informiert sind bzw. wie gut die Möglichkeiten für die Pflegenden zur Beteiligung an den QM-Aktivitäten eingeschätzt werden. In den folgenden Auswertungen werden die Angaben der beiden Extremgruppen der gut bzw. schlecht Informierten und der viel bzw. wenig Beteiligten jeweils gegenübergestellt.

In Abhängigkeit von der eigenen Informiertheit und Beteiligung wird der Nutzen von QM-Systemen unterschiedlich bewertet

Pflegende, die sich gut informiert fühlen und die ausreichend große Beteiligungsmöglichkeiten an den QM-Aktivitäten der Einrichtung haben, sind zu 37,9 bzw. 44,9 % der Meinung, dass das Qualitätsmanagement zu Verbesserungen für die Arbeit der Pflegekräfte geführt hat. Die wenig Informierten bzw. Beteiligten sehen daher mehrheitlich keine Verbesserungen (Abbildung 45).

Abbildung 45:

Auswirkungen des QM nach Information und Beteiligungsmöglichkeiten: Verbesserungen für die Pflegenden

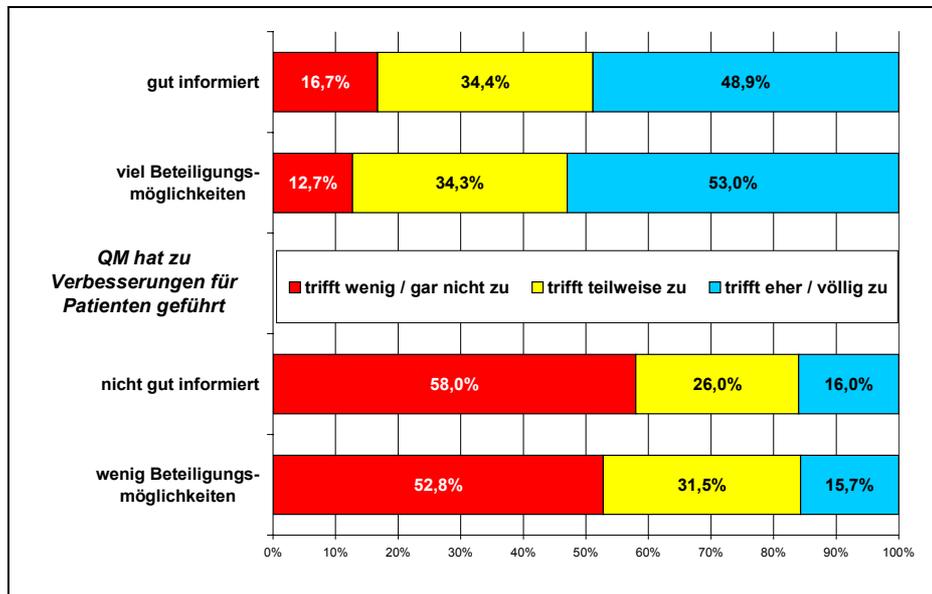


Informierte und Beteiligte sehen Vorteile des QM-Systems für Pflegenden und Patienten

Zu ähnlichen Ergebnissen führt auch die Frage nach Verbesserungen für die Patienten durch die Einführung von Qualitätsmanagement (Abbildung 46): Die Informierten und Beteiligten sehen etwa zur Hälfte Verbesserungen für die Patienten, bei der anderen Gruppe sind es nur gut 15 Prozent.

Abbildung 46:

Auswirkungen des QM nach Information und Beteiligungsmöglichkeiten: Verbesserungen für die Patienten



Qualitätsmanagement bedeutet auch zusätzliche Arbeitsbelastungen

Relativ einig sind sich alle Befragten jedoch in der Beurteilung der Frage, ob das Qualitätsmanagement mit zusätzlichen Arbeitsbelastungen für die Pflegenden verbunden ist (Abbildung 47). Die wenig Informierten und Beteiligten sind zwar noch etwas häufiger dieser Auffassung, aber auch die gut Informierten meinen zu knapp 40 %, dass QM mit zusätzlichen Arbeitsbelastungen für sie verbunden ist.

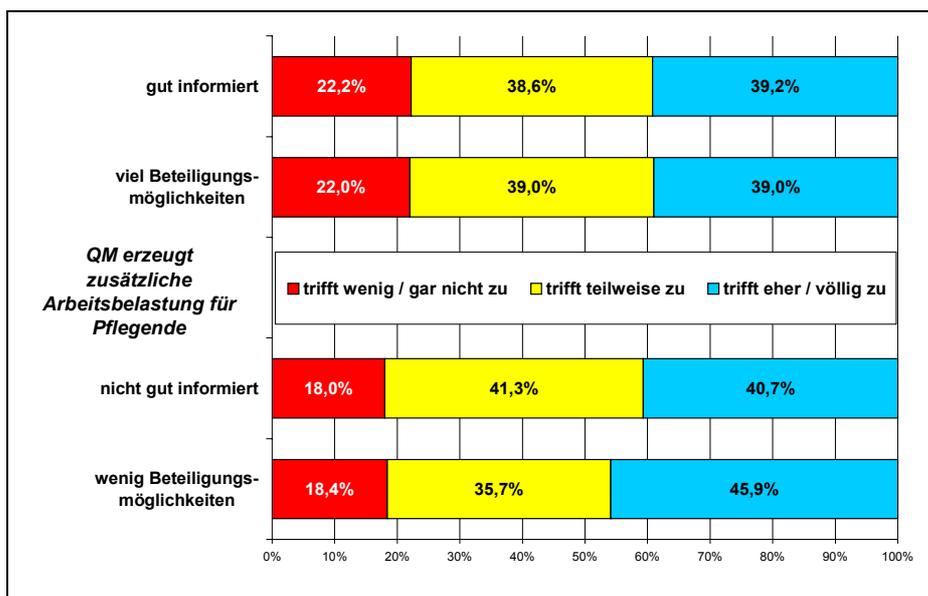


Abbildung 47:

Auswirkungen des QM nach Information und Beteiligungsmöglichkeiten: Zusätzliche Arbeitsbelastungen für die Pflegenden

Die Auswertungen zur Bewertung von bzw. QM-Systemen durch die Pflegenden zeigen in starkem Maße, wie wichtig es ist, die Betroffenen zu informieren und zu beteiligen. Die zentrale Rolle der Partizipation, auf die bereits in vorangehenden Abschnitten hingewiesen wurde, bestätigt sich somit auch in diesem Kontext.

Nicht erfragt wurde in dieser Untersuchung der Zeitpunkt der Einführung des QM-Systems. Veränderungen bringen in der ersten Einführungsphase häufig zunächst zusätzliche Belastungen mit sich. Erst nach einiger Zeit können sich die positiven Effekte (z.B. Prozessoptimierung) entfalten.

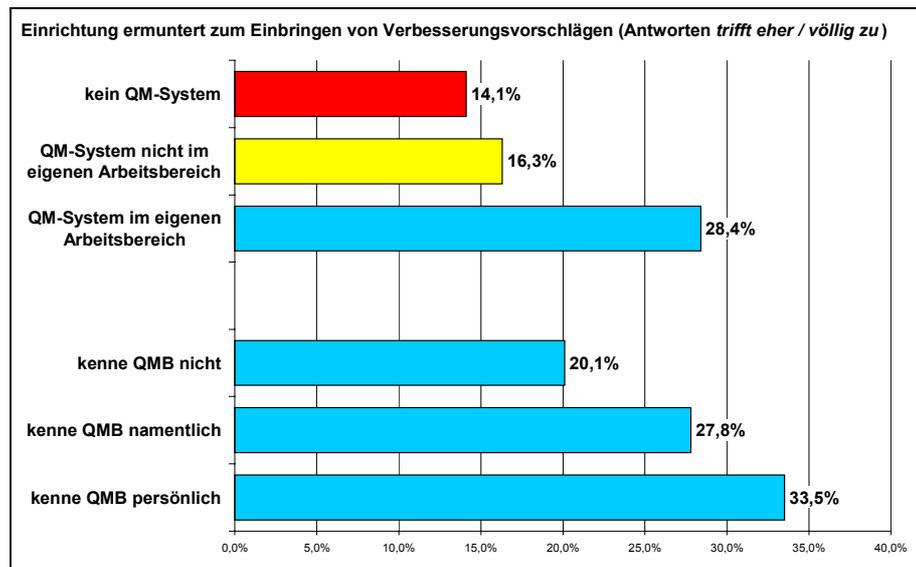
Die positiven Auswirkungen eines gut implementierten QM-Systems zeigt auch eine Verknüpfung mit den Antworten auf die in Abschnitt 3.5.2 bereits vorgestellten Fragen zu den Partizipationsmöglichkeiten der Pflegenden. Für die folgende Analyse wurde der besonders wichtige Aspekt ausgewählt, ob die Pflegenden den Eindruck haben, in Ihrer Einrichtung würden sie zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermuntert.

Werden die Pflegenden zu Verbesserungsvorschlägen ermuntert?

Abbildung 48 zeigt im oberen Teil der Grafik die Differenzierung nach der Existenz eines QM-Systems. Befragte, in deren Arbeitsbereich ein QM-System vorhanden ist, bestätigen zu 28,4 % dass die Einrichtung zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermuntert. Dieser Anteil liegt signifikant höher als bei den beiden anderen Befragtengruppen.

Abbildung 48:

QM-System und Partizipationsmöglichkeiten in der Einrichtung



Im unteren Teil von Abbildung 48 sind die Antworten der 785 Befragten mit QM-System im eigenen Arbeitsbereich weiter differenziert nach dem Merkmal der Bekanntheit des QM-Beauftragten betrachtet. Auch hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Befragten, bei denen man ein gut verankertes QM-System annehmen darf (QMB persönlich bekannt) und solchen, bei denen dies (noch) nicht der Fall ist.

Zwei Drittel (oder mehr) meinen, dass eigene Verbesserungsvorschläge vom Arbeitgeber nicht gewünscht werden

Befragte aus Einrichtungen mit QM-System beschreiben ihre Partizipationsmöglichkeiten überdurchschnittlich positiv. Trotzdem ist hervorzuheben, dass auch in dieser Untergruppe die Ergebnisse insgesamt unbefriedigend sind. Verbesserungsvorschläge der Beschäftigten sind in jedem Unternehmen eine wichtige Quelle für Maßnahmen zur Produktivitätssteigerung und Qualitätsverbesserung. Wenn zwei Drittel der Befragten (bzw. in bestimmten Untergruppen noch weitaus mehr) der Ansicht sind, dass Verbesserungsvorschläge bei ihren Arbeitgebern wenig willkommen sind, dann liegt sicher ein Problem vor.

5.5 Dokumentation und Leistungserfassung

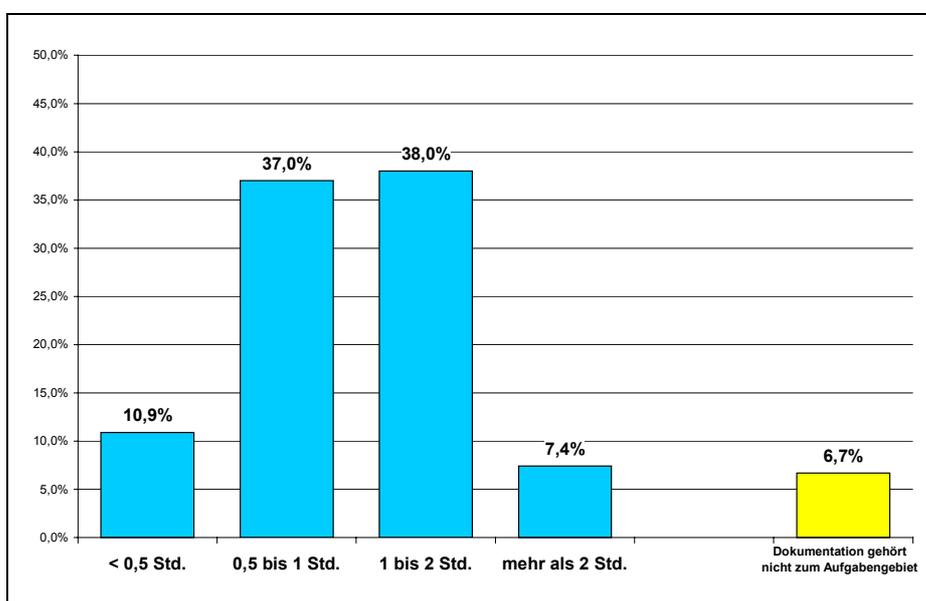
Zunahme von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben für Pflegendende

In Abschnitt 4.2 wurde bereits berichtet, dass die Zunahme des Anteils von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben an der gesamten Arbeitszeit der Pflegenden als eine der markantesten Veränderungen der letzten Jahre wahrgenommen wird – und dass diese Entwicklung sehr negativ bewertet wird.

Dem Thema "Dokumentation und Leistungserfassung der Pflege" kommt in den meisten aktuellen Veränderungsprozessen eine wesentliche Rolle zu. In der Umfrage für den DAK-BGW Gesundheitsreport wurden daher einige Fragen speziell zu dieser Thematik gestellt.

67 Prozent aller Befragten gaben an, dass sie mit einem Leistungserfassungssystem – als Beispiele waren in der Frage die Systeme PPR, LEP und DTA genannt – arbeiten. Befragte aus dem allgemeinen Pflegedienst bestätigten dies noch etwas häufiger (72 %).

Abbildung 49 zeigt die Angaben zur aufgewendeten Zeit für Pflegeplanung und Pflegedokumentation an einem normalen Arbeitstag.



Leistungserfassungssysteme

Abbildung 49:

Zeit, die an einem normalen Arbeitstag für Pflegeplanung und -dokumentation verwendet wird

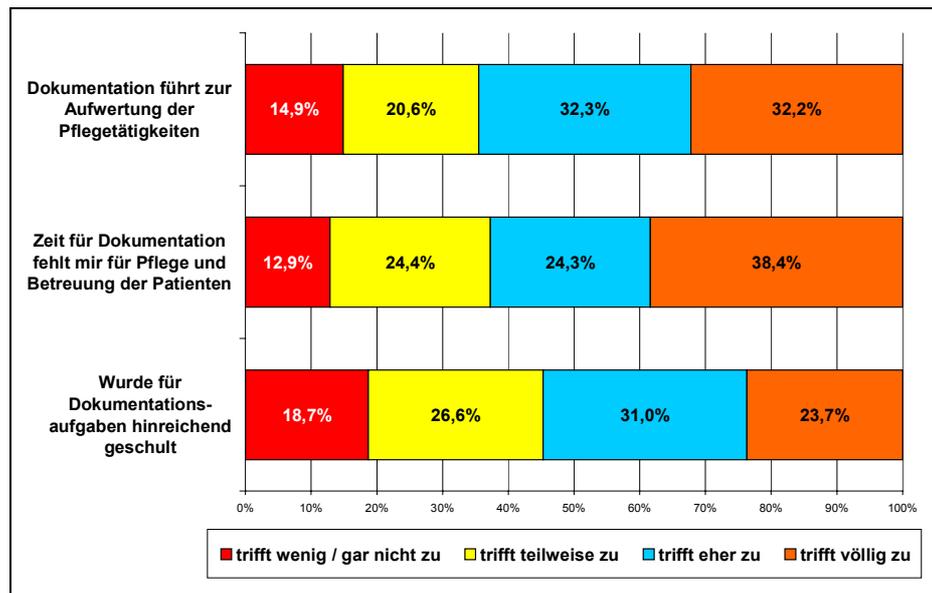
Berücksichtigt man die Angaben zum Vorhandensein von Pflege entlastenden Diensten (z.B. Stationssekretäre/innen, vgl. Abbildung 11), so zeigen sich kaum Unterschiede bezüglich des Zeitaufwands für Dokumentation und Planung. Dies kann daran liegen, dass solche Dienste bevorzugt dort eingesetzt werden, wo der Dokumentationsaufwand besonders hoch ist.

Pflege entlastende Dienste

Zur Bewertung der Dokumentationstätigkeiten bzw. des Stellenwerts wurden drei Fragen gestellt (Abbildung 50).

Abbildung 50:

Bewertung der Arbeitsaufgabe "Dokumentation"



Etwa ein Fünftel der Befragten fühlt sich für die Dokumentationsaufgaben nicht hinreichend geschult.

Sorgfältige Dokumentation wertet Pflegetätigkeit auf

Die Ergebnisse zeigen ferner, dass zwar eine Mehrheit der Auffassung ist, dass die für Dokumentation aufgewendete Zeit an anderer Stelle – nämlich bei der Wahrnehmung genuin pflegerischer Aufgaben – fehlt. Andererseits ist auch eine klare Mehrheit der Meinung, dass eine sorgfältige Dokumentation zu einer Aufwertung der Pflegetätigkeit beiträgt.

In Abschnitt 4.2 wurde berichtet, dass die Zunahme des Anteils von Dokumentation und Verwaltungsaufgaben als eine der dominierenden Veränderungen der zurückliegenden drei Jahre angesehen wird und ausgesprochen negativ bewertet wird (vgl. Abbildung 32). Diese Aussage lässt sich nun differenzierter betrachten, wenn man berücksichtigt, wie die Befragten die Rolle der Dokumentation insgesamt bewerten:

Zunahme der Dokumentation wird unterschiedlich bewertet

Befragte, die der Auffassung zustimmen, dass eine sorgfältige Dokumentation auch zu einer Aufwertung der Pflegetätigkeit beiträgt, erkennen zwar genauso häufig eine starke Zunahme des Anteils der Arbeitszeit, der für Dokumentation und Administration aufgewendet werden muss, sie bewerten diese Entwicklung jedoch signifikant weniger negativ.

6. Fazit

Der hohe Rücklauf der schriftlichen Befragung von DAK-versicherten Pflegekräften – korrigiert um Fehlläufer haben sich 52 % der angeschriebenen Zufallsstichprobe beteiligt – belegt das starke Interesse von Pflegenden in stationären Einrichtungen an der Erforschung und Beschreibung ihrer Arbeitssituation und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren.

Pflegekräfte haben großes Interesse an der Erkundung der eigenen Arbeitssituation

Im Vergleich zur ersten, 1999 durchgeführten, Umfrage für den "DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 – Krankenpflege" hat der Anteil von Vollzeitbeschäftigten in der im Jahr 2004 befragten Stichprobe nennenswert abgenommen (von 64 auf 56 %). Dies steht im Einklang mit bundesweit zu beobachtenden Entwicklungen bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Weniger Vollzeitbeschäftigte

Der markanteste Unterschied zwischen beiden Stichproben ist die Altersverteilung: Die Befragten 2004 sind deutlich älter. Bezüglich der übrigen soziodemographischen und berufsbezogenen Merkmale – wie Zusammensetzung nach Arbeitsbereichen und Fachabteilungen, Anteil Führungskräfte usw. – sind beide Stichproben ähnlich strukturiert.

Stichprobe 2004 ist älter als die Befragten 1999

Die Beschreibung der aktuellen Arbeitssituation der Pflegenden (Abschnitt 3) zeigt, dass sich bei einer Reihe von typischen Arbeitsbelastungen die Situation gegenüber 1999 kaum geändert hat:

Etwa ein Viertel leistet regelmäßig mehr als zehn Überstunden pro Monat, körperlich belastende Tätigkeiten (Heben, Tragen usw.) sind sehr häufig. Hoher Zeitdruck, der oftmals dazu führt, dass Pausen nicht eingehalten werden können sowie häufige Unterbrechungen bei begonnenen Arbeiten sind die dominierenden organisationsbedingten Belastungen. Gegenüber den Ergebnissen des Jahres 1999 sind keine Veränderungen im Sinn von Verbesserungen der Arbeitsorganisation erkennbar.

Viele Arbeitsbelastungen im Pflegebereich sind konstant

Auch bei grundlegenden Merkmalen der Organisation der Arbeitsprozesse auf den Stationen – wie etwa bei typischen Merkmalen der Funktionspflege (Organisation der Arbeit in Form von „Runden“) – hat sich nach den Ergebnissen dieser Umfrage im Vergleich zu 1999 wenig geändert.

Auffällig ist eine deutlich negativere Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten durch die Pflegenden: Nur 16 % haben den Eindruck, Beschwerden der Pflegenden würden von der Leitung berücksichtigt (1999: 30 %) und 24 % gaben an, dass die Einrichtung zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermuntert (1999: 39 %). Keine Veränderung wurde dagegen bei der Frage beobachtet, ob die Leitung des Hauses die Anliegen des Pflegedienstes grundsätzlich unterstützt (36 % positive Antworten)

Pflegende schätzen Partizipationsmöglichkeiten 2004 negativer als 1999 ein

Rückgang der Arbeitszufriedenheit

Möglicherweise im Zusammenhang mit der negativeren Einschätzung der Partizipationsmöglichkeiten ist der Rückgang der Arbeitszufriedenheit gegenüber 1999 zu sehen, der sich in allen Altersgruppen beobachten lässt.

Besonders deutlich ist die gewachsene Unzufriedenheit jedoch bei den älteren Beschäftigten. Im Vordergrund stehen Klagen über die Rahmenbedingungen am konkreten Arbeitsplatz, aber auch die Zufriedenheit mit dem Pflegeberuf insgesamt (Gefühl der Sinnhaftigkeit der Tätigkeit) ist leicht zurückgegangen.

Keine Zunahme des Nachdenkens über Berufsaufgabe oder Arbeitsplatzwechsel

Der Rückgang der Arbeitszufriedenheit schlägt sich jedoch nicht in einer Zunahme des Nachdenkens über eine Berufsaufgabe oder einen Wechsel des Arbeitsplatzes nieder. Vermutlich trägt die allgemein schlechte Arbeitsmarktlage dazu bei, dass sich Pflegenden weniger alternative Beschäftigungsmöglichkeiten bieten, so dass ein Wechsel nicht in Betracht gezogen wird.

Es liegt nahe, einen Zusammenhang zwischen den tief greifenden Veränderungsprozessen in der stationären Versorgung und dem Rückgang der Arbeitszufriedenheit bei den Pflegenden zu sehen. Vor dem Hintergrund der großen Unzufriedenheit unter den Krankenhausärzten sowie in einer Zeit wachsender Finanzierungs- und Strukturprobleme im gesamten Gesundheitswesen, überrascht es letztlich wenig, dass die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte abgenommen hat.

Der Strukturwandel in der stationären Versorgung verändert die Arbeitswelten der Pflegekräfte

Die Befragungsergebnisse zu den wichtigsten Veränderungen der Arbeitssituation in den zurückliegenden etwa drei Jahren (Abschnitt 4) zeichnen ein interessantes Bild des Strukturwandels in der stationären Versorgung aus Sicht der Pflegenden. So werden zum einen die bekannten (z.B. Verkürzung der Verweildauern) oder abgeleiteten Entwicklungen (z.B. Zunahme des Arbeitstempos) von den Pflegenden bestätigt.

Neue Anforderungen werden auch als Bereicherung wahrgenommen

Zum anderen wird deutlich, dass der Wandel in den Krankenhäusern keineswegs nur negative Auswirkungen für die Pflegenden zeitigt: Mit der Zunahme von durchschnittlicher Morbidität und Pflegeintensität der Patienten geht für viele Pflegekräfte eine deutliche Bereicherung ihres Tätigkeitsspektrums einher, die sich in wachsender Aufgabenvielfalt und höheren fachlichen Anforderungen niederschlägt. Diese Entwicklung wird von der Mehrheit positiv bewertet.

Rationalisierungsdruck vor allem in kleinen Einrichtungen und im Allgemeinen Pflegedienst zu spüren

In den Ergebnissen der Befragung spiegeln sich ferner ziemlich genau die Schwerpunkte des Rationalisierungsgeschehens in der stationären Versorgung: Kleine Einrichtungen und der allgemeine Pflegedienst stehen in vielen Fällen am stärksten unter Wirtschaftlichkeitsdruck, was dazu führt, dass die Angst um den Arbeitsplatz bei den dort Beschäftigten besonders stark zugenommen hat.

Was das Tätigkeitsprofil der Pflegenden betrifft, so wurde als stärkste Änderung die Zunahme des Anteils von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten verbunden mit der Abnahme der Arbeit direkt am Patienten genannt. Diese Entwicklung wird insgesamt von den Befragten deutlich negativ bewertet.

Zunahme von Dokumentation und Administration

Eine vertiefende Analyse des Themas "Dokumentation" im fünften Abschnitt zeigt jedoch, dass ein nennenswerter Teil der Befragten in der sorgfältigen Pflegedokumentation auch eine Aufwertung der Pflegetätigkeit insgesamt erblickt. Von diesen Befragten wird die zunehmende Bedeutung dieser Aufgaben dementsprechend auch deutlich weniger negativ beurteilt.

Zugenommen hat aus Sicht der Befragten auch die Angst der Beschäftigten um ihren Arbeitsplatz. Dabei zeigen sich teilweise widersprüchliche Zusammenhänge mit den strukturellen Veränderungen im Krankenhausbereich: Befragte, die einen Trägerwechsel ihres Hauses erlebt haben, nehmen eine stärkere Zunahme der Angst um den Arbeitsplatz wahr. Andererseits geben diese Pflegenden keineswegs häufiger an, dass sie im eigenen Arbeitsbereich bereits tatsächlichen Personalabbau erlebt haben.

Zunahme der Angst um den Arbeitsplatz

Dieser auf den ersten Blick widersprüchliche Befund zeigt wohl, dass der Strukturwandel im Krankenhausbereich bei vielen Pflegenden zu Befürchtungen und Verunsicherung führt, die nicht unbedingt auf konkreten Erfahrungen beruhen müssen.

Widersprüchliche Befunde als Zeichen von Verunsicherung

Ängste und Unsicherheit werden stets durch mangelnde Information und Transparenz sowie das Gefühl der eigenen Einflusslosigkeit verstärkt. Die Umfrageergebnisse zeigen sehr deutlich, dass Pflegende, die ihre Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten in der Einrichtung günstiger bewerten, mit ihrer Arbeitssituation deutlich zufriedener sind und vielfach auch positive Wirkungen des Strukturwandels wahrnehmen.

Transparenz und Partizipationsmöglichkeiten reduzieren Unsicherheit

Bezüglich der untersuchten konkreten Veränderungsprozesse (Abschnitt 5) hat die Umfrage gezeigt, dass die Mehrheit der Befragten erhebliche Rationalisierungsprozesse (Personal- und Bettenabbau, Stationsschließungen und –zusammenlegungen) erlebt hat. Die Folgen sind zumeist einerseits eine Zunahme des Arbeitstempos, der Personalfuktuation und des Bewusstseins für Wirtschaftlichkeitsaspekte bei den Pflegenden, andererseits eine Erweiterung der Aufgabenvielfalt.

Rationalisierungsprozesse

Mit der Einführung des neuen Vergütungssystems der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) können auch Rückwirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegenden verbunden sein. Die Umfrageergebnisse ergeben in dieser Hinsicht noch kein klares Bild. Die Mehrheit der Pflegenden fühlt sich bisher nicht ausreichend informiert über die DRGs und deren Konsequenzen.

Die Mehrheit ist über das neue Vergütungssystem zu wenig informiert

Große Unterschiede bei der Bewertung des Qualitätsmanagements

Ausführlich untersucht wurden Reaktionen und Bewertungen der Pflegenden im Zusammenhang mit der Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen. Dabei hat sich als wichtigster Befund gezeigt, dass es ganz entscheidend darauf ankommt, wie gut ein QM-System vor Ort implementiert und von den Beschäftigten verstanden wird:

Information, Beteiligung und Implementierung sind entscheidend

Befragte, die über das Qualitätsmanagement gut informiert wurden und sich beteiligen konnten sowie in deren Arbeitsbereich das QM-System stärker "gelebt" wird – gemessen wurde letzteres daran, ob der QM-Beauftragte persönlich, nur namentlich oder überhaupt nicht bekannt ist – beurteilen die Wirkungen des QM deutlich positiver als der Durchschnitt der Befragten, in deren Arbeitsbereich ein QM-System existiert.

Trübes Gesamtbild hinsichtlich der Ermutigung der Pflegenden zu Verbesserungsvorschlägen

Die Analysen zum Qualitätsmanagement zeigen zwar positive Effekte einer guten QM-Implementierung, sie sollen jedoch nicht verdecken, dass die Umfrage insgesamt ein sehr trübes Bild bezüglich wichtiger Aspekte der Beschäftigtenpartizipation ergeben hat: Selbst unter günstigen Rahmenbedingungen fühlen sich zwei Drittel der befragten Pflegekräfte in ihrer Einrichtung nicht ermutigt, Verbesserungsvorschläge einzubringen.

Ungenutzte Chancen bei der Bewältigung des Wandels

Als ein Gesamtfazit im Hinblick auf die Auswirkungen des Strukturwandels in den Krankenhäusern auf die Pflegenden lässt sich daher konstatieren, dass die Chancen einer stärkeren Einbindung der Beschäftigten des Pflegedienstes in die Gestaltung und Bewältigung des Wandels nach den Ergebnissen dieser Untersuchung viel zu wenig genutzt werden.

Die DAK und BGW bieten diverse Unterstützungsangebote zur mitarbeiterfreundlichen Realisierung von Veränderungsprozessen in Einrichtungen der stationären Krankenpflege an, die auf Seite 7 näher ausgeführt werden.

¹ HVBG (2005) Arbeitsunfallstatistik 2003, S. 24.

² Die Befragung wurde 2004 konzipiert und durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren die Daten über die DAK-Mitglieder des Jahres 2003 die aktuellsten verfügbaren Daten.

³ Im August 2005 wurden erste Ergebnisse der Untersuchung in der Zeitschrift "Krankenhaus Umschau" (ku) vorgestellt (Grabbe Y, Hagemann C, Nolting H-D., Kufner S, Winterstein S: Den Wandel erfolgreich gestalten. *Krankenhaus Umschau* 8/2005, S. 646-648). Die dort berichteten Ergebnisse beziehen sich nur auf die Befragten, die auf Intensivstationen oder im allgemeinen Pflegedienst beschäftigt sind. Der vorliegende Gesamtbericht schließt auch die Befragten aus Funktionsdiensten ein. Wegen der unterschiedlichen Stichproben kommt es daher zu – meist sehr kleinen – Abweichungen zu den in "ku" dargestellten Ergebnissen.

-
- ⁴ Der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 – Krankenpflege“ kann bei BGW oder DAK unter den im Impressum angegebenen Adressen bezogen werden.
- ⁵ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2003. (www.destatis.de)
- ⁶ Weinmann J, Zifoun N: Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001. Wirtschaft und Statistik 6/2003, S. 519-530.
- ⁷ Fragebogen zur Erfassung des Pflegesystems (FEP) von Armin Windel. Nähere Angaben zu den fünf Fragen sind dem DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege zu entnehmen (Anmerkung 25).
- ⁸ Nolting H-D, Grabbe Y, Genz H, Kordt M: Mitarbeiterfluktuation bei Pflegekräften: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. Pflege (im Druck).
- ⁹ Auch beim Vergleich der altersstandardisierten Werte ist der Anteil von Befragten, die über einen Wechsel in einen ambulanten Dienst nachgedacht haben im Jahr 2004 deutlich niedriger (Anteil bei Standardisierung auf die Altersstruktur der Befragten 1999: 9,9 %).
- ¹⁰ Dies gilt auch bei altersstandardisiertem Vergleich.
- ¹¹ Zerssen, D.v.: Die Beschwerden-Liste. Manual, Weinheim: Beltz 1976.
- ¹² Nähere Informationen zur Verbreitung von Rückenschmerzen und Wirbelsäulenerkrankungen bietet der DAK Gesundheitsreport 2003 (erhältlich unter der im Impressum angegebenen Adresse der DAK-Hauptgeschäftsstelle)
- ¹³ Der Vergleich wurde unter statistischer Kontrolle der unterschiedlichen Altersstrukturen sowie der Zusammensetzung nach Arbeitsbereichen durchgeführt.
- ¹⁴ Die berichteten Zahlen für 2002 waren zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Gesundheitsreports die neuesten verfügbaren Zahlen. Vgl. Rolland, S., Rosenow, C.: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002. In: Klauber J., Robra B.P., Schellschmidt H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004. S. 291-310. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2005.
- ¹⁵ Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1991 bzw. 2004. Wiesbaden, 1991, 2004.

DAK-BGW

Gesundheitsreport 2005

Stationäre Krankenpflege – Teil 2

Das Unfallgeschehen im Krankenhaus

**Ergebnisse einer Auswertung der Unfalldaten
der Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

Inhalt von Teil 2

Zusammenfassung	83
1. Die Anzahl meldepflichtiger Unfälle.....	85
2. Männer und Frauen im Vergleich	89
3. Das Alter der Verunfallten.....	90
4. Der “unfallauslösende Gegenstand”	92
5. Die verletzten Körperteile	97
6. Die ausgeübte Tätigkeit	100
7. Die Größe der Häuser.....	104
8. Der Unfallzeitpunkt.....	106
9. Der Wochentag	108
10. Entschädigungsleistungen und neue Renten	112
11. Berufskrankheiten.....	114
12. Fazit.....	118

Zusammenfassung

Die Untersuchung stützt sich auf die Vollerhebungs- und Stichproben-Daten (10%-Statistik) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) aus den Jahren 1998 bis 2004. Ausgewertet werden Unfalldaten von rund 750 Allgemeinkrankenhäusern (Stand: 2002) und 542 Fachkrankenhäusern (Stand: 2002), die als frei-gemeinnützige oder private Häuser Mitglied bei der BGW sind.

Die Unfalldaten werden hinsichtlich der Unfallart differenziert. Unterschieden wird zwischen Unfällen, die (a) am Arbeitsplatz, (b) auf dem Weg von oder zur Arbeit und (c) bei Dienstgängen geschehen.

Im Beobachtungszeitraum hat die Anzahl der Versicherten sowohl in den Allgemeinkrankenhäusern (2002: 406.080; +4 %) als auch in den Fachkrankenhäusern (2002: 107.964; +11 %) zugenommen.

Die Anzahl der Unfälle ging im betrachteten Zeitraum in den Allgemeinkrankenhäusern um 8 % auf 6.442 und in den Fachkrankenhäusern um 5 % auf 1.428 zurück.

Es wurden fast ausschließlich Unfälle am Arbeitsplatz oder auf dem Arbeitsweg gemeldet (99 %). Das Verhältnis zwischen den Unfallarten „auf dem Arbeitsweg (Wegeunfall)“ und „am Arbeitsplatz (Arbeitsunfall)“ ist über den Betrachtungszeitraum nahezu stabil: Auf einen Wegeunfall kommen im Schnitt zwei Arbeitsunfälle.

Von 1998 bis 2004 ist die absolute Anzahl der Arbeitsunfälle in Allgemeinkrankenhäusern um 11 % und in den Fachkrankenhäusern um 6% zurück gegangen.

Die Unfallhäufigkeit in Allgemeinkrankenhäusern ging von 16,6 Arbeitsunfällen pro 1000 Vollbeschäftigten (VB) im Jahr 1998 auf 14,2 Arbeitsunfälle /1000 VB im Jahr 2002 zurück. In den Fachkrankenhäusern nahm im selben Zeitraum die Unfallhäufigkeit von 13,1 Arbeitsunfällen /1000 VB auf 12,0 Arbeitsunfälle /1000 VB ab.

Auch bei den Wegeunfällen war von 1998 bis 2004 in Allgemein- und Fachkrankenhäusern ein Rückgang der absoluten Zahl der Arbeitsunfälle um 3 % zu verzeichnen.

Bezogen auf die Anzahl der Vollbeschäftigten gingen von 1998 bis 2002 die Wegeunfälle in den Allgemeinkrankenhäusern zurück (von 13,1 auf 12,0 Wegeunfälle/1000 VB), während sie in den Fachkrankenhäusern weitgehend konstant blieben (8,1 Wegeunfälle/1000 VB).

Frauen erlitten häufiger Arbeitsunfälle (Verhältnis 2,7:1) und Wegeunfälle (Verhältnis 4:1) als Männer, ihr Anteil an den Unfällen entspricht im Wesentlichen ihrem Beschäftigtenanteil im Krankenhaus.

Datenbasis:
Unfalldaten von Krankenhäusern der Jahre 1998 bis 2004.

Unfallarten

Zuwachs der Versicherungszahlen

Rückgang der absoluten Unfallzahlen

Dominanz der Arbeits- und Wegeunfälle

Rückgang der absoluten Anzahl der Arbeitsunfälle

Rückgang der Anzahl der Arbeitsunfälle pro 1000 Vollbeschäftigte

Rückgang der absoluten Anzahl der Wegeunfälle

Rückgang der Anzahl der Wegeunfälle pro 1000 VB in Allgemeinkrankenhäusern

Frauen haben kein höheres Unfallrisiko als Männer.

Besonders deutlicher Rückgang der Unfallzahlen bei jüngeren Beschäftigten.	Ein besonders deutlicher Rückgang der Unfallzahlen war bei den Beschäftigten zwischen 21 und 40 Jahren zu verzeichnen.
„Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle“ gehören zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfälle	Bezüglich der unfallauslösenden Gegenstände dominieren bei den Arbeitsunfällen Unfälle auf Fuß- und Gehwegen sowie auf Plätzen, also die sogenannten "Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle". Stark zurückgegangen sind u.a. die Unfälle durch Behandlungsgeräte und Spritzen.
Sehr viele Wegeunfälle mit PKWs	Fast die Hälfte aller Wegeunfälle sind Unfälle mit PKWs.
Finger am häufigsten verletzt	Finger sind die am häufigsten verletzten Körperteile bei Arbeitsunfällen in Allgemein- und Fachkrankenhäusern. Bei Wegeunfällen ist die Wirbelsäule am häufigsten betroffen.
Pflegepersonal überdurchschnittlich unfallgefährdet	Pflegedienst und der Wirtschafts- und Versorgungsdienst (z.B. Köche) sind überdurchschnittlich stark gefährdet, einen Arbeitsunfall zu erleiden; Ärzte und das Verwaltungspersonal sind unterdurchschnittlich unfallgefährdet.
Beschäftigte in kleineren Einrichtungen eher gefährdet	In kleineren Krankenhäusern (bis 50 Vollbeschäftigte) ist das Arbeitsunfallrisiko deutlich höher als in größeren Häusern. Allerdings hat sich das Unfallrisiko in kleineren Allgemeinkrankenhäusern in den letzten Jahren deutlich an das niedrigere Unfallrisiko in größeren Einrichtungen angenähert.
Unfallzeitpunkt und Wochentag	Arbeitsunfälle treten gehäuft in der Zeit zwischen 10 Uhr und 12 Uhr auf, Wegeunfälle vor allem zwischen 6 Uhr und 8 Uhr sowie zwischen 14 Uhr und 16 Uhr. In Allgemeinkrankenhäusern verteilen sich die Arbeitsunfälle relativ gleichmäßig auf die Wochentage, bei den Fachkrankenhäusern ist eine leichte Häufung an den Montagen und Freitagen zu beobachten. Wegeunfälle ereignen sich in Allgemeinkrankenhäusern vermehrt montags.
Wegeunfälle besonders folgenschwer	Im Jahr 2003 wurden rund 30,8 Mio. € Entschädigungsleistungen gezahlt. Die Anzahl neuer Renten bei Arbeitsunfällen hat – trotz sinkender Unfallzahlen – zugenommen. Wegeunfälle sind besonders folgenschwer.
Berufskrankheiten rückläufig	Die Anzahl der angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten war im Beobachtungszeitraum rückläufig. Unter den anerkannten Berufskrankheiten dominierten die hautbedingten Erkrankungen; insbesondere bei den Verdachtsfällen spielten zusätzlich Infektionskrankheiten eine große Rolle.

1. Die Anzahl meldepflichtiger Unfälle

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Unfalldaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege vornehmlich aus den Jahren 1998 bis 2002/2004 herangezogen. Sie beziehen sich auf die allgemeinen Krankenhäuser und Fachkrankenhäuser, die als frei-gemeinnützige oder private Häuser Mitglied bei der Berufsgenossenschaft BGW sind (Tabelle 1).

**Datenbasis:
Unfalldaten der
BGW 1998 bis
2004**

Tabelle 1: Grunddaten der Einrichtungen

	1998	1999	2000	2001	2002	Veränderung 1998-2002
Allgem. Krankenhäuser						
Anzahl	763	749	745	751	750	-2%
Vollbeschäftigte	269.708	269.452	311.552	281.647	290.881	8%
Versicherte	391.617	390.575	391.616	397.684	406.080	4%
Fachkrankenhäuser						
Anzahl	506	522	513	523	542	7%
Vollbeschäftigte	69.797	69.963	71.818	74.670	80.239	15%
Versicherte	97.188	99.360	113.279	102.703	107.964	11%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Während die Anzahl der allgemeinen Krankenhäuser von 1998-2002 leicht abgenommen hat, war bei den Fachkrankenhäusern ein Anstieg zu verzeichnen.

**Die Anzahl der
Vollbeschäftigten
und Versicherten
ist angestiegen.**

Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten und der Versicherten hat im selben Zeitraum zugenommen: in den allgemeinen Krankenhäusern um 8% bzw. 4% und in den Fachkrankenhäusern um 15 % bzw. 11%.

Unfallversicherungsträger wie die BGW unterscheiden Unfälle nach sieben Arten von Versicherungsfällen: Die ersten sechs Unfallarten werden hier zu drei Gruppen zusammen gefasst: Unfälle am Arbeitsplatz, auf dem Weg von und zur Arbeit oder bei dienstlicher Fahrtätigkeit (Dienstgänge). Berufskrankheiten als siebente Art des Versicherungsfalles werden in Kapitel 11 behandelt.

**Berücksichtigte
Unfallarten:
(1) am Arbeits-
platz, (2) auf dem
Weg von/zur Ar-
beit, (3) bei
Dienstgängen.**

Wie Tabelle 2 zeigt, hat die Anzahl der meldepflichtigen Unfälle – d.h. Unfällen mit mehr als drei Tagen Kalendertagen Arbeitsunfähigkeit oder Tod als Unfallfolge – in Allgemeinkrankenhäusern in allen drei Kategorien abgenommen. So ging etwa die Anzahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle um 11 % von 4.489 auf 4.003 zurück.

**Die Anzahl der
Unfälle ist zurück-
gegangen.**

Tabelle 2: Anzahl meldepflichtiger Unfälle in Allgemeinkrankenhäusern 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		Differenz 1998-2004
							Anzahl	Anteil	
"am Arbeitsplatz"	4.489	4.399	4.364	4.277	4.135	3.707	4.003	62%	-11%
"auf dem Dienstweg"	2.430	2.335	2.282	2.300	2.352	2.129	2.365	37%	-3%
"bei Dienstgängen"	80	69	85	62	65	74	74	1%	-8%
Summe	6.999	6.803	6.731	6.639	6.552	5.910	6.442	100%	-8%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Auch in den Fachkrankenhäusern ist die Zahl der Unfälle zurück gegangen

Eine ähnliche Tendenz lässt sich für die Fachkrankenhäuser beobachten: Hier ging die Zahl der Arbeitsunfälle im gleichen Zeitraum um 6 % von 916 auf 861 zurück; die Anzahl der Wegeunfälle sank um 3 % von 568 auf 553.

Tabelle 3: Anzahl meldepflichtiger Unfälle in Fachkrankenhäusern 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		Differenz 1998-2004
							Anzahl	Anteil	
"am Arbeitsplatz"	916	936	935	897	964	835	861	60%	-6%
"auf dem Dienstweg"	568	571	544	592	653	545	553	39%	-3%
"bei Dienstgängen"	14	11	13	19	24	15	14	1%	0%
Summe	1.498	1.518	1.492	1.508	1.641	1.395	1.428	100%	-5%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Krankenhäuser melden fast nur Unfälle am Arbeitsplatz oder auf dem Arbeitsweg

Aus Krankenhäusern werden der BGW vor allem Unfälle am Arbeitsplatz und auf dem Arbeitsweg gemeldet. Unfälle auf Dienstfahrten oder Dienstgängen sind mit einem Prozent der meldepflichtigen Fälle in allgemeinen Krankenhäusern sehr selten und können deshalb statistisch nicht näher untersucht werden. Sie werden im folgenden nicht weiter betrachtet.

Auf einen Wegeunfall kommen zwei Arbeitsunfälle.

Die Verteilung der meldepflichtigen Unfälle auf die beiden Kategorien "auf dem Arbeitsweg" und "bei der Arbeit" ist stabil 1/3 zu 2/3, das heißt im Schnitt kommen auf einen Wegeunfall zwei Arbeitsunfälle mit mindestens dreitägiger Arbeitsunfähigkeit.

Die 1000-Mensch-Quote.

Das individuelle Risiko für die Beschäftigten ergibt sich jedoch aus diesen Zahlen noch nicht. Um zu solchen Werten zu kommen, muss die Größe der untersuchten "Grundgesamtheiten" berücksichtigt werden. Da Unfälle in Verbindung mit einer beruflichen Tätigkeit ein eher seltenes Ereignis darstellen, wird dazu statt einer Prozentangabe die sog. 1000-Mensch-Quote gewählt.

In den hier betrachteten Allgemeinkrankenhäusern ist die Unfallhäufigkeit je 1000 Vollbeschäftigte von 16,6 im Jahr 1998 um rund 15 % auf 14,2 zurückgegangen; bei den Wegeunfällen ist ein Rückgang um rund 10 % zu verzeichnen (Abbildung 1).

Die Anzahl der Unfälle pro 1000 Beschäftigte ist in den Allgemeinkrankenhäusern zurück gegangen.

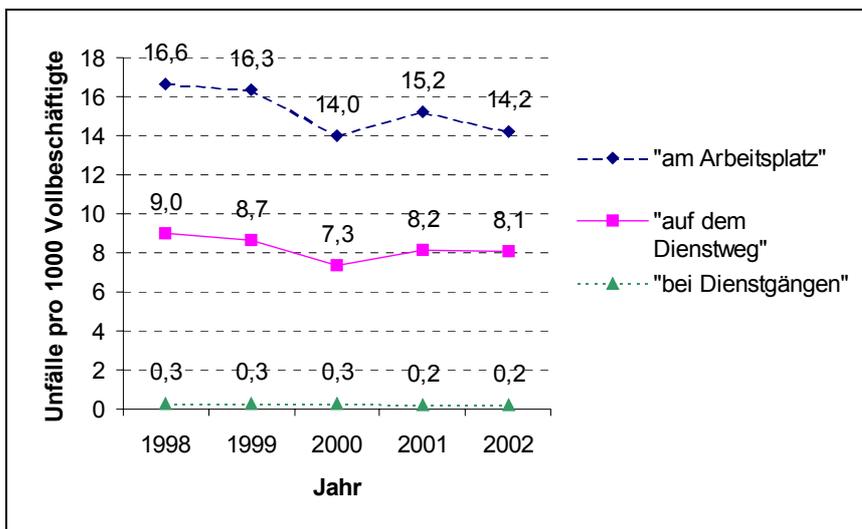


Abbildung 1:

Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle pro 1000 Vollbeschäftigte in Allgemeinkrankenhäusern 1998-2002

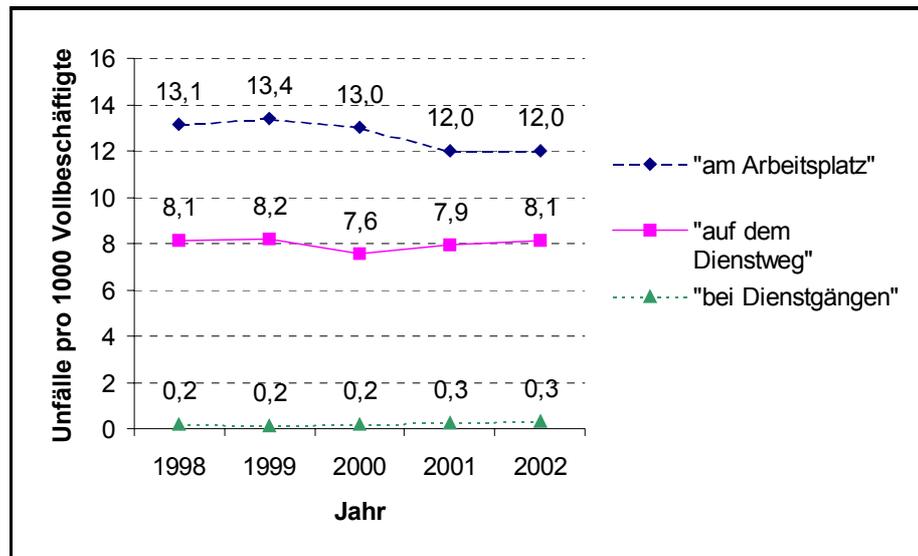
Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Nicht ganz so eindeutig war der Trend in den Fachkrankenhäusern. Zwar ging auch hier die Zahl der Arbeitsunfälle von 13,1/1000 Vollbeschäftigte im Jahr 1998 um 8 % auf 12,0/1000 Vollbeschäftigte im Jahr 2002 zurück. Die Zahl der Wegeunfälle pro 1000 Vollbeschäftigte blieb in diesem Zeitraum jedoch insgesamt gleich (Abbildung 2).

In den Fachkrankenhäusern blieb die Wegeunfallquote konstant.

Abbildung 2:

Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle pro 1000 Vollbeschäftigte in Fachkrankenhäusern



Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

2. Männer und Frauen im Vergleich

Frauen erlitten deutlich häufiger einen Unfall als Männer (Tabelle 4). Auf einen Arbeitsunfall eines Mannes kamen 2,7 Arbeitsunfälle von Frauen; auf einen Wegeunfall eines Mannes kamen 4 Wegeunfälle von Frauen.

Tabelle 4: Anzahl der Arbeits- und Wegeunfälle 2004 in Allgemeinkrankenhäusern nach Geschlecht und Verteilung des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals in allgemeinen Krankenhäusern 2002 nach Geschlecht

	Arbeitsunfälle ^a		Wegeunfälle ^a		Krankenhausbeschäftigte ^b		
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Ärzte Anteil	Nicht-Ärzte Anteil	Gesamt Anteil
männlich	1.046	26 %	474	20 %	66 %	20 %	25 %
Weiblich	2.906	74 %	1.867	80 %	34 %	80 %	75 %

Quelle: ^aBGW, Abt. Reha-Koordination;

^bStatistisches Bundesamt (2004) Fachserie 12, Reihe 6.1, 2002.

Berücksichtigt man jedoch, dass – so die Daten des Statistischen Bundesamtes – in Krankenhäusern rund dreimal so viele Frauen wie Männer beschäftigt sind, relativiert sich die Ungleichverteilung der Unfallzahlen.

3. Das Alter der Verunfallten

Nahezu die Hälfte (49 %) aller meldepflichtigen Arbeitsunfälle passiert bei Beschäftigten zwischen 31 und 50 Jahren (Tabelle 5).

Tabelle 5: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit vom Alter 1998-2004 in Allgemeinkrankenhäusern

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		Differenz 1998-2004
							Anzahl	Anteil	
unter 21 Jahre	510	581	557	511	533	443	478	7%	-6%
21 bis 20 Jahre	1.666	1.536	1.478	1.470	1.395	1.214	1.272	20%	-24%
31 bis 40 Jahre	1.826	1.752	1.752	1.693	1.565	1.340	1.445	22%	-21%
41 bis 50 Jahre	1.658	1.651	1.670	1.664	1.687	1.624	1.764	27%	6%
51 bis 60 Jahre	1.202	1.166	1.153	1.166	1.200	1.161	1.302	20%	8%
älter als 60 Jahre	127	106	108	124	154	115	164	3%	29%
Unbekannt	10	11	13	11	18	13	17	0%	70%
Summe	6.999	6.803	6.731	6.639	6.552	5.910	6.442	100%	-8%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Unfälle passieren verstärkt bei älteren Beschäftigten.

Während von 1998-2004 jedoch die Anzahl der Unfälle in den unteren Altersgruppen (bis 40 Jahre) zurück gegangen ist, war bei den Beschäftigten über 40 Jahre insgesamt ein Anstieg zu verzeichnen. Allerdings verlief die Entwicklung in den letzten Jahren recht uneinheitlich.

Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei den Fachkrankenhäusern zu verzeichnen: Auch hier ist – bei sehr uneinheitlichem Verlauf – insgesamt eine Zunahme der Unfallzahlen bei älteren Beschäftigten zu verzeichnen, während, die Unfallzahlen bei Beschäftigten unter 40 Jahren zurück gingen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Anzahl der meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit vom Alter 1998-2004 in Fachkrankenhäusern

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		Differenz 1998-2004
							Anzahl	Anteil	
unter 21 Jahre	64	70	96	95	74	86	65	5%	2%
21 bis 20 Jahre	348	375	346	358	371	278	268	19%	-23%
31 bis 40 Jahre	402	391	395	379	418	351	353	25%	-12%
41 bis 50 Jahre	378	373	371	379	429	383	401	28%	6%
51 bis 60 Jahre	273	278	245	268	312	273	291	20%	7%
älter als 60 J.	31	23	35	25	34	20	43	3%	39%
unbekannt	2	4	4	4	3	4	7	0%	250%
Summe	1.498	1.514	1.492	1.508	1.641	1.395	1.428	100%	-5%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Wie hoch das Risiko innerhalb einer Altersklasse ist und welches eventuell ein "gefährlicheres Alter" ist, lässt sich allerdings mit den vorhandenen Daten nicht sagen. Es ist nicht bekannt, wie viele Beschäftigte in den bei der BGW versicherten Krankenhäusern in den jeweiligen Alterklassen zu finden sind.

Valide Risikoabschätzungen je Altersklasse sind nicht möglich.

4. Der “unfallauslösende Gegenstand”

Die offensichtlichste Ursache für einen Unfall ist in der Terminologie der Unfallversicherungen der unfallauslösende Gegenstand. Seine Betrachtung gibt jedoch weniger Hinweise auf die Ursachen der Unfälle als auf die nähere Beschreibung der Umstände. Diese Betrachtung soll für das Geschehen am Arbeitsplatz und auf dem Weg zwischen Arbeitsplatz und Wohnung getrennt vorgenommen werden.

4.1. Unfallauslösende Gegenstände bei Arbeitsunfällen

“Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle” gehören zu den häufigsten Arbeitsunfällen.

Tabelle 7 zeigt die Häufigkeit unfallauslösender Gegenstände bei Arbeitsunfällen. Die unfallauslösenden Gegenstände sind sehr heterogen, die Gruppe „sonstige Gegenstände“ hatte mit 36 % den größten Anteil am Unfallgeschehen, gefolgt von den durch die Beschaffenheit von Fußböden oder Gehwegen bedingten Unfällen mit 20%. Nimmt man zu dieser Gruppe noch die Unfälle auf Treppen und Podesten hinzu (9 %), so führen diese “Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle” die Statistik mit großem Vorsprung an.

Tabelle 7: Unfallauslösende Gegenstände bei meldepflichtigen Arbeitsunfällen in Allgemeinkrankenhäusern 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Fußböden, Gehwege	994	980	693	879	964	747	20%	-25%
Behandlungsgeräte, Spritzen	233	188	122	180	144	181	5%	-22%
Menschen	304	229	418	339	421	268	7%	-12%
Türen, Tore	243	229	234	254	256	235	6%	-4%
Liegemöbel	243	250	316	265	267	235	6%	-4%
Wasser, -dampf	172	198	194	127	174	139	4%	-20%
Treppen, Podeste	172	282	346	371	369	341	9%	98%
Scheren, Schneidewerkzeug	264	323	224	201	287	139	4%	-47%
Kisten, Kästen	132	125	41	32	82	43	1%	-68%
PKW	10	42	20	53	0	32	1%	216%
Motorisierte Zweiräder	20	0	0	0	0	11	0%	-47%
Fahrräder	0	0	10	32	21	0	0%	
Eis, Schnee	30	31	20	0	31	32	1%	5%
Klein-, Omnibusse	0	0	10	0	0	21	1%	
Sonstige Gegenstände	1.623	1.668	1.538	1.494	1.436	1.377	36%	-15%
Gesamt	4.442	4.546	4.186	4.227	4.453	3.799	100%	-14%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination;

Die Entwicklung der Unfallzahlen nach unfallauslösenden Gegenständen zeichnet sich über die Jahre durch eine teilweise hohe Variabilität aus. Stark zurückgegangen (um 22 %) sind die Unfälle, die auf Behandlungsgeräte und Spritzen zurückgeführt werden konnten. Auch die Zahl der Unfälle durch Scheren und Schneidewerkzeuge sowie durch motorisierte Zweiräder hat sich halbiert (-47 %). Nahezu verdoppelt haben sich die Unfälle, die sich auf Treppen und Podesten ereignet haben; die Zahl der PKW-Unfälle hat sich gar verdreifacht.

Auch in den Fachkrankenhäusern bilden die durch sonstige Gegenstände verursachten Unfälle mit einem Anteil von 43 % im Jahr 2003 die größte Gruppe, gefolgt von den durch Fußböden und Gehwege verursachten Unfälle mit 21 % (Tabelle 8).

Die Unfälle durch Behandlungsgeräte und Spritzen sind stark zurückgegangen.

Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle“ sind auch in Fachkrankenhäusern häufig.

Tabelle 8: Unfallauslösende Gegenstände bei meldepflichtigen Arbeitsunfällen in Fachkrankenhäusern 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Fußböden, Gehwege	294	219	244	201	246	192	21%	-35%
Behandlungsgeräte, Spritzen	41	31	20	11	21	21	2%	-47%
Menschen	51	94	71	106	62	75	8%	47%
Türen, Tore	41	31	92	21	21	32	3%	-21%
Liegemöbel	20	52	10	42	31	11	1%	-47%
Wasser, -dampf	51	21	81	32	0	43	5%	-16%
Treppen, Podeste	71	94	71	64	103	64	7%	-10%
Scheren, Schneidewerkzeug	91	83	51	11	51	53	6%	-42%
Kisten, Kästen	10	10	0	0	10	21	2%	110%
PKW	0	10	10	0	10	11	1%	
Motorisierte Zweiräder	10	0	0	0	0	0	0%	-100%
Fahrräder	0	0	0	11	0	0	0%	
Eis, Schnee	0	0	0	0	31	11	1%	
Klein-, Omnibusse	0	0	0	0	0	0	0%	
Sonstige Gegenstände	345	323	326	297	256	395	43%	14%
Gesamt	1.024	970	978	795	841	928	100%	-9%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Deutlich zurück gegangen sind von 1998 bis 2003 die Arbeitsunfälle durch Scheren und Schneidwerkzeuge, durch motorisierte Zweiräder, durch Behandlungsgeräte, Spritzen und Liegemöbel. Bei den Unfällen durch Kisten und Kästen sowie durch PKW ist hingegen ein starker Anstieg zu verzeichnen.

4.2. Unfallauslösende Gegenstände bei Wegeunfällen

Bei den Wegeunfällen hat es in der bedeutendsten Unfallkategorie, den PKW-Unfällen, in den Jahren von 1998 bis 2003 einen Rückgang der Unfallhäufigkeit um 12 % gegeben. Deutlich gestiegen ist hingegen Anzahl der Fahrrad-Unfälle: Mit einem Anteil von 15 % lagen sie im Jahr 2003 mit an vorderster Stelle der unfallauslösenden Gegenstände (Tabelle 9).

Allgemeinkrankenhäuser: Anzahl der PKW-Unfälle ging zurück, die der Fahrrad-Unfälle stieg an.

Tabelle 9: Unfallauslösende Gegenstände bei meldepflichtigen Wegeunfällen in Allgemeinkrankenhäusern 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2002
						Anzahl	Anteil	
Fußböden, Gehwege	528	450	444	555	369	342	15%	-35%
Menschen	29	21	47	0	10	31	1%	7%
Türen, Tore	0	20	9	20	10	0	0%	0%
Treppen, Podeste	192	82	113	101	194	124	5%	-35%
Kisten, Kästen	0	0	0	0	10	0	0%	0%
PKW	1.161	974	997	1.040	977	1.022	45%	-12%
Motorisierte Zweiräder	138	112	87	114	79	92	4%	-33%
Fahrräder	221	164	292	260	267	339	15%	54%
Eis, Schnee	86	113	153	111	215	103	5%	20%
Klein-, Omnibusse	9	10	10	10	10	21	1%	125%
Sonstige Gegenstände	113	133	153	124	117	196	9%	73%
Gesamt	2.476	2.080	2.306	2.334	2.257	2.271	100%	-8%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Etwas überraschend ist die Entwicklung in den Fachkrankenhäusern: Hier ist die Anzahl der Fahrradunfälle von 1998 bis 2003 –insbesondere jedoch von 2002 bis 2003 – deutlich zurückgegangen. Im selben Zeitraum haben sich die PKW-Unfälle– trotz eines deutlichen Rückgangs zwischen 2002 und 2003 – insgesamt mehr als verdoppelt (Tabelle 10).

Bei den Beschäftigten der Fachkrankenhäuser kam es zu einem Rückgang der Fahrradunfälle.

Tabelle 10: Unfallauslösende Gegenstände bei meldepflichtigen Wegeunfällen in Fachkrankenhäusern 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2002
						Anzahl	Anteil	
Fußböden, Gehwege	96	123	47	91	165	103	18%	8%
Menschen	10	0	10	0	10	0	0%	-100%
Treppen, Podeste	10	10	28	10	19	10	2%	8%
PKW	121	266	244	292	347	277	48%	130%
Motorisierte Zweiräder	46	31	10	42	0	41	7%	-10%
Fahrräder	93	41	79	104	109	31	5%	-67%
Eis, Schnee	0	61	0	30	29	41	7%	
Klein-, Omnibusse	0	0	10	10	10	10	2%	
Sonstige Gegenstände	57	51	9	41	10	62	11%	8%
Gesamt	442	583	447	621	700	576	100%	30%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

5. Die verletzten Körperteile

Einen weiteren Hinweis auf die Art der meldepflichtigen Unfälle gibt ein Blick auf die Verletzungen. Zur Verfügung stehen Daten über den oder die verletzten Körperteile, wiederum getrennt aufgelistet für Arbeits- und Wegeunfälle.

Die verletzten Körperteile geben Hinweise auf die Art des Unfalls.

5.1. Verletzte Körperteile bei Unfällen

Tabelle 11 zeigt die fünf am häufigsten verletzten Körperteile, wobei Körperpartien zusammen betrachtet werden (ein Ausweisen der einzelnen Finger, Fußteile o.ä. würde ein allzu verwirrendes Bild ergeben).

Tabelle 11: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Allgemeinkrankenhäusern nach verletzten Körperteilen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Finger der Hand	1.330	1.297	1.204	1.190	1.096	962	26%	-28%
Fuß, Sprunggelenk	1.036	1.000	1.016	981	903	856	23%	-17%
Hand/handnahe Knochen	561	557	556	575	543	445	12%	-21%
Knie und Unterschenkel	408	438	425	403	439	414	11%	1%
Kopf und Gesicht	327	315	322	328	315	248	7%	-24%
Wirbelsäule	132	149	149	159	158	156	4%	18%
sonstige Verletzungsorte	695	643	692	641	681	626	17%	-10%
Gesamt	4.489	4.399	4.364	4.277	4.135	3.707	100%	-17%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Knapp ein Viertel aller Arbeitsunfälle mit mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit geht auf eine Verletzung der Finger zurück.

Verletzungen der Finger sind am häufigsten.

Wirbelsäulenverletzungen haben zugenommen.

Bei den meisten Körperteilen ist die Verletzungshäufigkeit in den Jahren 1998 bis 2003 deutlich zurück gegangen. Lediglich die Anzahl der Unfälle, bei den die Wirbelsäule verletzt wurde, ist um 18 % gestiegen. Allerdings sind Wirbelsäulenverletzungen mit einem Anteil von rund 4 % aller Unfälle immer noch recht selten.

Auch in den Fachkrankenhäusern machten die Unfälle der Finger, der Hand und handnaher Knochen im Jahr 2003 rund 39 % aller Verletzungen aus, gefolgt von den Verletzungen des Fußes und des Sprunggelenks (Tabelle 12).

Tabelle 12: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Fachkrankenhäusern nach verletzten Körperteilen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Finger der Hand	252	237	262	227	245	219	26%	-13%
Fuß, Sprunggelenk	220	230	230	219	228	215	26%	-2%
Hand/handnahe Knochen	89	119	102	108	115	111	13%	25%
Knie und Unterschenkel	104	82	88	94	103	73	9%	-30%
Kopf und Gesicht	62	67	63	60	62	50	6%	-19%
Wirbelsäule	31	35	42	40	34	34	4%	10%
sonstige Verletzungsorte	158	166	148	149	177	133	16%	-16%
Gesamt	916	936	935	897	964	835	100%	-9%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Zunahme von Verletzungen der Hand und handnahen Knochen

Im Gegensatz zu den Allgemeinkrankenhäusern haben in den Fachkrankenhäusern Verletzungen der Hand und handnaher Knochen deutlich zugenommen (25 %).

5.2. Verletzte Körperteile bei Wegeunfällen

Bei Wegeunfällen am häufigsten Verletzungen der Wirbelsäule

Ein völlig anderes Bild der Verletzungen zeigt sich bei den Unfällen auf dem Arbeitsweg. Am häufigsten betroffen ist hier die Wirbelsäule und der Kopf (Tabelle 13).

Tabelle 13: Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle in Allgemeinkrankenhäusern nach verletzten Körperteilen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Finger der Hand	100	85	67	71	93	87	4%	-13%
Fuß, Sprunggelenk	393	411	390	349	389	385	18%	-2%
Hand/handnahe Knochen	155	134	142	126	155	128	6%	-17%
Knie und Unterschenkel	230	221	239	225	218	225	11%	-2%
Kopf und Gesicht	222	231	193	219	206	188	9%	-15%
Wirbelsäule	833	783	812	813	799	697	33%	-16%
sonstige Verletzungsorte	497	470	439	497	492	419	20%	-16%
Gesamt	2430	2335	2282	2300	2352	2129	100%	-12%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Insgesamt gab es von 1998 bis 2003 in den Allgemeinkrankenhäusern bei allen verletzten Körperteilen einen Rückgang der Unfallzahlen.

Auch in den Fachkrankenhäusern ist die Wirbelsäule mit rund 37% aller Wegeunfälle das am häufigsten betroffene Körperteil (Tabelle 14).

Wirbelsäule stark betroffen

Tabelle 14: Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle in Fachkrankenhäusern nach verletzten Körperteilen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Finger der Hand	12	10	22	19	17	17	3%	42%
Fuß, Sprunggelenk	98	85	84	78	94	72	13%	-27%
Hand/handnahe Knochen	38	39	29	30	49	34	6%	-11%
Knie und Unterschenkel	70	56	32	59	69	39	7%	-44%
Kopf und Gesicht	66	55	42	56	65	46	8%	-30%
Wirbelsäule	169	222	221	220	226	201	37%	19%
sonstige Verletzungsorte	115	104	114	130	133	136	25%	18%
Gesamt	568	571	544	592	653	545	100%	-4%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Der Trend in den Fachkrankenhäusern war uneinheitlich: Verletzungen an Knie und Unterschenkel sowie am Kopf gingen deutlich zurück, Finger-Verletzungen nahmen um 42 % zu.

Uneinheitlicher Trend in Fachkrankenhäusern

6. Die ausgeübte Tätigkeit

Deutliche Hinweise auf Unfallschwerpunkte liefert der Vergleich von Berufsgruppen resp. Tätigkeiten.

6.1. Arbeitsunfälle nach regelmäßig ausgeübter Tätigkeit

Krankenschwestern und –pfleger am häufigsten betroffen

Die nachfolgende Tabelle 15 zeigt die am häufigsten betroffenen Personen nach ihrer "regelmäßig ausgeübten Tätigkeit": Danach machen die Unfälle von Krankenschwestern und –pflegern die Mehrzahl aller Unfälle aus; ihre Anzahl ist von 1998 bis 2003 sogar noch um 11 % gestiegen. Bei der am zweitstärksten betroffenen Berufsgruppe – den Köchen – war hingegen ein Rückgang zu verzeichnen.

Tabelle 15: Meldepflichtige Arbeitsunfälle in Allgemeinkrankenhäusern nach Tätigkeiten 1998 und 2003

	1998		2003		Veränderung 1998-2003
	Anzahl Unfälle	Anteil	Anzahl Unfälle	Anteil	
Krankenschwester, -pfleger	1.948	44%	2.165	57%	11%
Helfer in der Krankenpflege	0	0%	11	0%	%?
Köche	669	15%	544	14%	-19%
Reinigungskräfte	274	6%	117	3%	-57%
Hauswirtschaftsverw./betr.	61	1%	43	1%	-30%
Gärtner	30	1%	53	1%	75%
Ärzte	132	3%	86	2%	-35%
Bürofachkräfte u.a.	91	2%	85	2%	-6%
Sonstige Tätigkeiten	1.237	28%	694	18%	-44%
Gesamt	4.442	100%	3.799	100%	-14%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

In den Fachkrankenhäusern haben die Unfälle der Krankenschwestern und -pfleger hingegen um 10 % abgenommen (Tabelle 16). Die Unfälle der Ärzte sind um etwas mehr als die Hälfte gestiegen.

Tabelle 16: Meldepflichtige Arbeitsunfälle in Fachkrankenhäusern nach Tätigkeiten 1998 und 2003

	1998		2003		Veränderung 1998-2003
	Anzahl Unfälle	Anteil	Anzahl Unfälle	Anteil	
Krankenschwester/ -pfleger	426	42%	384	41%	-10%
Helfer in der Krankenpflege	0	0%	0	0%	
Köche	152	15%	139	15%	-9%
Reinigungskräfte	61	6%	53	6%	-12%
Hauswirtschaftsverw./betr.	0	0%	21	2%	
Gärtner	10	1%	0	0%	-100%
Ärzte	41	4%	64	7%	58%
Bürofachkräfte u.a.	10	1%	21	2%	110%
Sonstige Tätigkeiten	324	32%	235	25%	-28%
Gesamt	1.024	100%	928	100%	-9%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Setzt man die Unfallzahlen der Allgemeinkrankenhäuser in Bezug zu den nach Berufsgruppen gegliederten Beschäftigtenzahlen im Krankenhaus, so zeigt sich, dass der Pflegedienst nicht nur den größten Anteil der Beschäftigten stellt; vielmehr sind diese Beschäftigten auch noch überproportional unfallgefährdet (Tabelle 17).

**Pflegepersonal
überdurchschnittlich unfallgefährdet**

Tabelle 17: Meldepflichtige Arbeitsunfälle in Allgemeinkrankenhäusern nach Berufsgruppen 2003 und Personal in deutschen allgemeinen Krankenhäusern 2002^a

	Anzahl Beschäftigte	Anteil	Anzahl Unfälle	Anteil
Ärzte	107.488	14%	86	2%
Pflegedienst	299.512	39%	2.176	57%
medizinisch-technischer Dienst	117.199	15%	0	0%
Funktionsdienst	81.285	10%	0	0%
klinisches Hauspersonal	18.604	2%	117	3%
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	59.817	8%	640	17%
technischer Dienst	18.611	2%	0	0%
Verwaltungsdienst	54.209	7%	85	2%
Sonderdienste	4.117	1%	0	0%
sonstiges Personal	16.879	2%	694	18%
Summe	777.721	100%	3.799	100%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Ärzte und Verwaltungsangestellte wenig gefährdet

Im Vergleich dazu scheint der Arztberuf relativ ungefährlich zu sein: während die Ärzte 14 % des Krankenhauspersonals stellen, beträgt ihr Anteil am Unfallaufkommen nur 2%.

Ähnlich ist das Bild bei den Verwaltungsberufen: Während ihr Anteil an einer durchschnittlichen Belegschaft 7 % beträgt, ist ihr Anteil am Unfallgeschehen mit rund 2 % deutlich niedriger.

Für die beiden am stärksten betroffenen Berufsgruppen werden nun die unfallauslösenden Gegenstände einzeln ausgewertet. Betrachtet werden nur die wichtigsten Gegenstände, da die Zellenbesetzungen rasch zu klein werden, um verlässliche Aussagen ableiten zu können (Tabelle 18).

^a Vgl. Statistisches Bundesamt (2004) Fachserie 12, Reihe 6.1, 2002. Das statistische Bundesamt folgt bei der Personalklassifizierung der Krankenhausbuchführungsverordnung, nicht dem ISCO-Schlüssel. Deshalb musste hier eine näherungsweise Zuordnung vorgenommen werden: Dabei wurden Köche, Hauswirtschaftsverwalter/-betreuer und Gärtner dem Wirtschafts- und Versorgungsdienst zugeordnet, Reinigungskräfte dem klinischen Hauspersonal.

Tabelle 18: Meldepflichtige Arbeitsunfälle in Allgemeinkrankenhäusern nach unfallauslösenden Gegenständen für die am häufigsten betroffenen Berufsgruppen 2003

Krankenschwestern, -pfleger			Köche		
	Anzahl	Anteil		Anzahl	Anteil
Sonstige Gegenstände	555	26%	Sonstige Gegenstände	309	57%
Fußböden, Gehwege	512	24%	Scheren, Schneidewerkzeug	85	16%
Treppen, Podeste	245	11%	Fußböden, Gehwege	64	12%
Menschen	192	9%	Wasser, -dampf	64	12%
Liegemöbel	181	8%	Treppen, Podeste	21	4%
Behandlungsgeräte, Spritzen	160	7%			
Türen, Tore	149	7%			

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Auch diese differenzierte Darstellung zeigt den hohen Stellenwert der Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle vor allem bei den Krankenschwestern und Pflegern. Bei den Köchen spielen auch Unfälle durch Scheren und Schneidwerkzeuge sowie durch Wasserdampf eine bedeutende Rolle.

7. Die Größe der Häuser

In kleinen Einrichtungen höheres Unfallrisiko als in größeren Häusern

In Allgemeinkrankenhäusern hat die Betriebsgröße noch immer einen deutlichen Einfluss auf die Unfallhäufigkeit: die meisten Arbeitsunfälle pro 1000 Vollbeschäftigte passieren in den kleinsten Allgemeinkrankenhäusern mit bis zu 50 Vollbeschäftigten (Tabelle 19:). Allerdings hat sich das Unfallrisiko in diesen kleinen Einrichtungen dem Risiko in den übrigen Krankenhäusern deutlich angenähert: Von 1998 bis 2002 konnte ein Rückgang von insgesamt 72 % verzeichnet werden, während die Unfallhäufigkeit insgesamt ‚nur‘ um 15 % zurück ging.

Tabelle 19: Anzahl der meldepflichtiger Arbeitsunfälle pro 1000 Vollbeschäftigte nach Anzahl der Vollarbeiter in Allgemeinkrankenhäusern 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002	Differenz 1998-2002
bis 50	87,1	71,4	43,4	34,9	24,5	-72%
bis 100	15,6	13,3	9,9	13,8	13,7	-12%
bis 200	18,7	18,7	17,6	16,4	13,7	-27%
bis 300	17,7	17,0	15,8	14,3	13,9	-21%
bis 400	16,8	16,1	18,7	17,3	14,9	-11%
über 400	15,3	14,8	12,0	14,0	13,5	-12%
Gesamt	16,6	16,3	14,0	15,2	14,2	-15%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Koordination

Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass nicht der Faktor Größe selbst die Unfälle reduziert, sondern die aus der Größe resultierenden Merkmale: Bspw. die Arbeit einer hauptamtlichen oder doch hausinternen Sicherheitsfachkraft, ein professionelleres Management und eine Mitarbeitervertretung/PR zur Durchsetzung von Arbeitsschutzinteressen u.v.a.m. Welche Faktoren jedoch genau diesen positiven Einfluss ausmachen, bleibt einer intensiveren Betrachtung vorbehalten.

Auch bei den Fachkrankenhäusern weisen die kleinsten Einrichtungen die höchste Unfallhäufigkeit auf: allerdings sind die Unterschiede zu den größeren Einrichtungen deutlich geringer als bei den Allgemeinkrankenhäusern (Tabelle 20:).

Tabelle 20: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle pro 1000 Vollbeschäftigte nach Anzahl der Vollarbeiter in Fachkrankenhäusern 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002	Differenz 1998-2002
bis 50	13,1	14,1	14,5	14,4	13,5	3%
bis 100	13,2	12,6	14,1	12,8	11,7	-12%
bis 200	15,2	12,1	11,8	12,0	9,5	-38%
bis 300	11,4	13,7	13,1	12,5	12,0	5%
bis 400	14,5	13,6	14,9	13,6	13,3	-8%
über 400	11,5	13,3	11,7	10,2	11,5	0%
Gesamt	13,1	13,4	13,0	12,0	12,0	-8%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

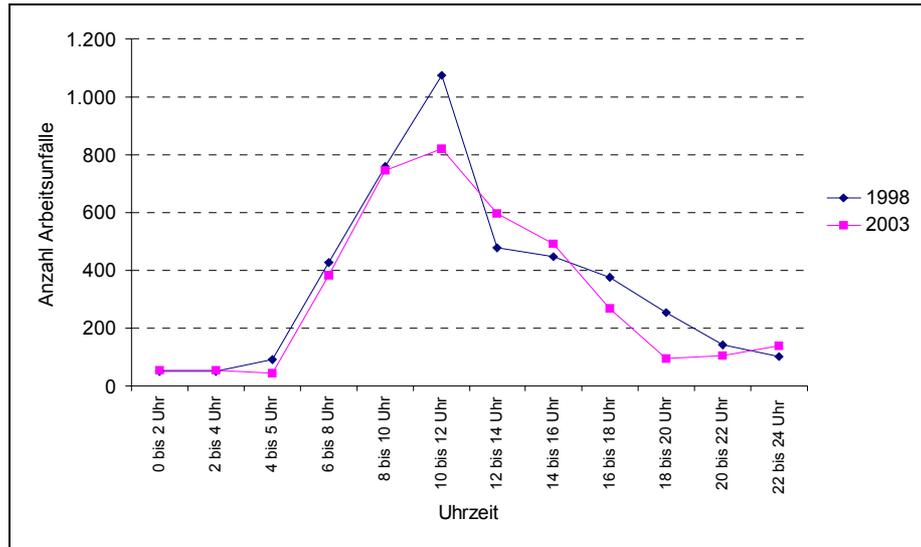
Zudem verlief in den Fachkrankenhäusern die Entwicklung im Beobachtungszeitraum uneinheitlicher als in den Allgemeinkrankenhäusern: Während beispielsweise bei den Häusern mit 100 bis 200 Vollbeschäftigten ein deutlicher Rückgang der Unfallzahlen pro 1000 Vollbeschäftigte zu verzeichnen war, stiegen diese in den Einrichtungen mit 200 bis 300 Vollbeschäftigten um 5 % sowie bei den kleinen Einrichtungen mit bis zu 50 Vollbeschäftigten um 3 % an.

8. Der Unfallzeitpunkt

Mehr als die Hälfte (58 %) aller Arbeitsunfälle in Allgemeinkrankenhäusern passierte im Jahr 2003 in der ‚Kernarbeitszeit‘ von 8 und 14 Uhr. Diese Verteilung hat sich seit 1998 nicht gravierend geändert (Abbildung 3).

Abbildung 3:

Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit von der Tageszeit in Allgemeinkrankenhäusern 1998 und 2003

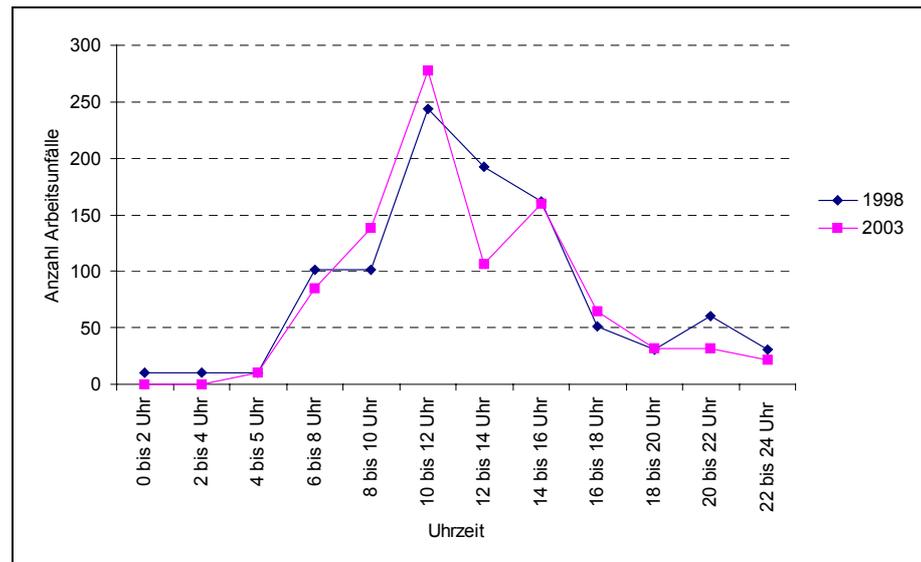


Quelle: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Ein ähnlicher Verlauf lässt sich in den Fachkrankenhäusern beobachten: Hier geschah im Jahr 2003 rund ein Drittel aller Arbeitsunfälle zwischen 10 und 12 Uhr (Abbildung 4).

Abbildung 4:

Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit von der Tageszeit in Fachkrankenhäusern 1998 und 2003



Quelle: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Bei den Wegeunfällen der Beschäftigten in Allgemeinkrankenhäusern zeigt sich eine deutlich andere Verteilung als bei den Arbeitsunfällen: 30 % aller Unfälle passieren zwischen 6 und 8 Uhr, ein weiteres Viertel zwischen 12 und 16 Uhr (Abbildung 5). Auch diese Verteilung ist über die Jahre hinweg weitgehend stabil geblieben.

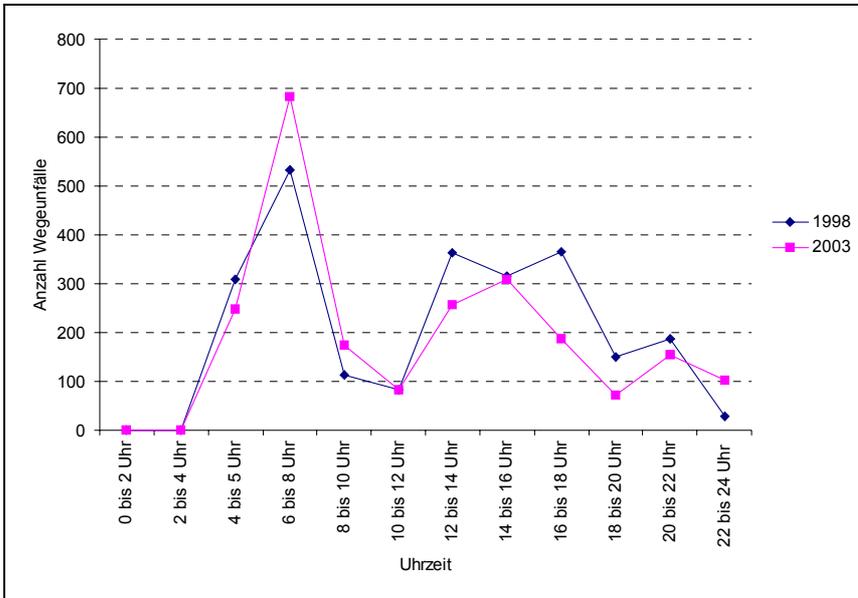


Abbildung 5:

Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle in Abhängigkeit von der Tageszeit in Allgemeinkrankenhäusern 1998 und 2003

Quelle: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Die zeitliche Verteilung der Wegeunfälle der Beschäftigten von Fachkrankenhäusern ähnelt der Verteilung der Beschäftigten in Allgemeinkrankenhäusern mit Häufungen zwischen 4 und 8 sowie 14 bis 18 Uhr (Abbildung 6).

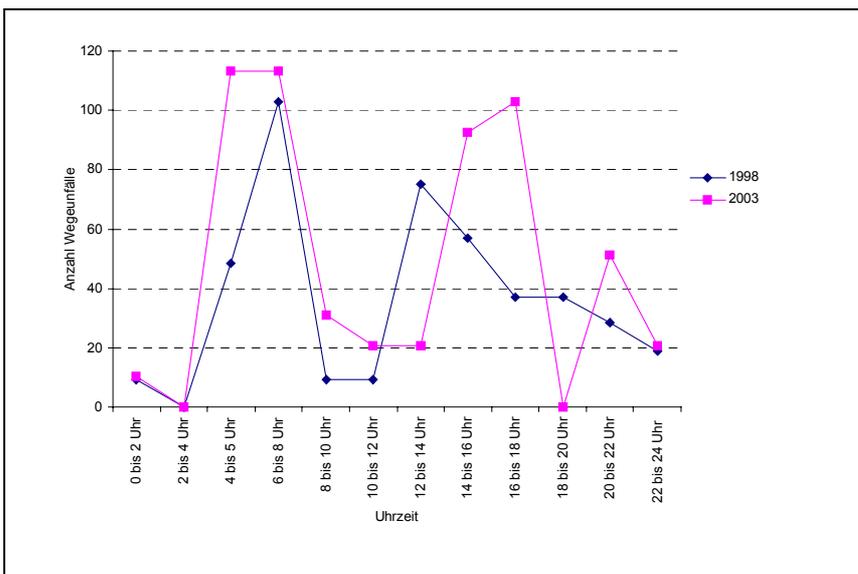


Abbildung 6:

Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle in Abhängigkeit von der Tageszeit in Fachkrankenhäusern 1998 und 2003

Quelle: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

9. Der Wochentag

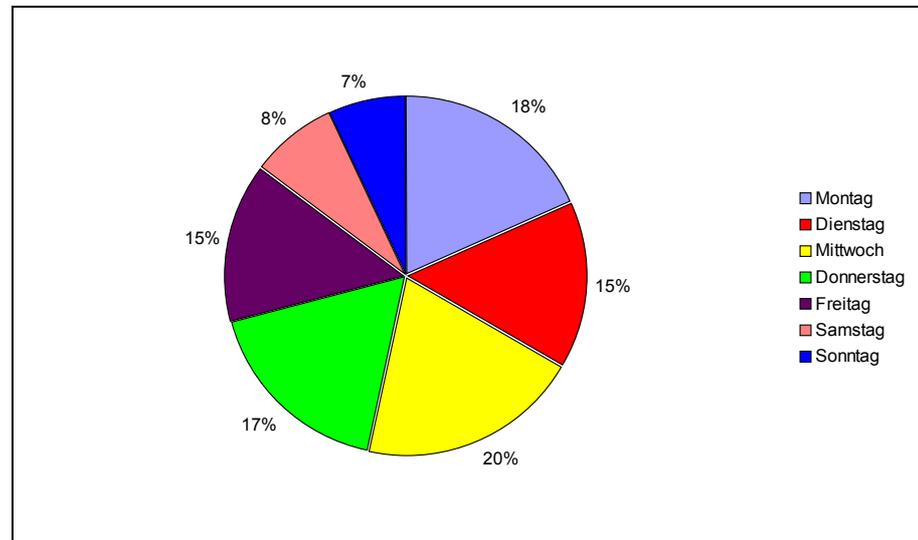
Alltagsmythen und moderne Märchen kennen "Montagsprodukte" - beispielsweise PKWs, die am Montag gefertigt und deshalb besonders reparaturanfällig sind. Dem Montag wird eine besondere Stellung im betrieblichen Prozess zugesprochen, da das Bummeln am Wochenende dem harten Arbeitsalltag weichen muss. Hat nun der Montag auch einen Einfluss auf die Unfälle?

Keine besondere Häufung von Arbeitsunfällen an Montagen in Allgemeinkrankenhäusern

Wie Abbildung 7 zeigt, ist an Montagen keine besondere Häufung von Arbeitsunfällen zu verzeichnen. Alle Wochentage haben in etwa den gleichen Anteil am Unfallgeschehen, während an den beiden Wochenendtagen nur jeweils etwa halb so viel Arbeitsunfälle passierten wie an einem Wochentag.

Abbildung 7:

Verteilung meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit vom Wochentag in Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2003



Quelle: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Mittwochs geschehen die meisten Arbeitsunfälle.

Der Wochentag mit den meisten Arbeitsunfällen war – mit einem geringen Abstand zu den anderen Wochentagen – der Mittwoch. Dies ist auch der einzige Tag, an dem die Unfälle im Vergleich zu 1998 zugenommen haben (Tabelle 21:).

Tabelle 21: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit vom Wochentag in Allgemeinkrankenhäusern 1998 bis 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Montag	781	949	906	689	800	694	18%	-11%
Dienstag	760	824	805	837	800	577	15%	-24%
Mittwoch	669	855	581	657	944	757	20%	13%
Donnerstag	822	605	621	752	728	661	17%	-20%
Freitag	669	626	621	625	657	555	15%	-17%
Samstag	406	292	356	392	287	288	8%	-29%
Sonntag	304	396	285	275	226	267	7%	-12%
Gesamt	4.442	4.546	4.186	4.227	4.453	3.799	100%	-14%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

In den Fachkrankenhäusern hingegen war 2003 eine leichte Häufung der Arbeitsunfälle in ‚Wochenendnähe‘ – also montags und freitags – zu verzeichnen (Tabelle 22:).

In Fachkrankenhäusern passierten montags und freitags vermehrt Arbeitsunfälle.

Tabelle 22: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit vom Wochentag in Fachkrankenhäusern 1998 bis 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Montag	172	188	122	201	174	192	21%	11%
Dienstag	152	219	163	159	103	171	18%	12%
Mittwoch	172	167	204	95	154	149	16%	-13%
Donnerstag	233	136	183	138	144	117	13%	-50%
Freitag	172	146	132	95	164	192	21%	11%
Samstag	71	21	92	64	82	64	7%	-10%
Sonntag	51	94	81	42	21	43	5%	-16%
Gesamt	1.024	970	978	795	841	928	100%	-9%

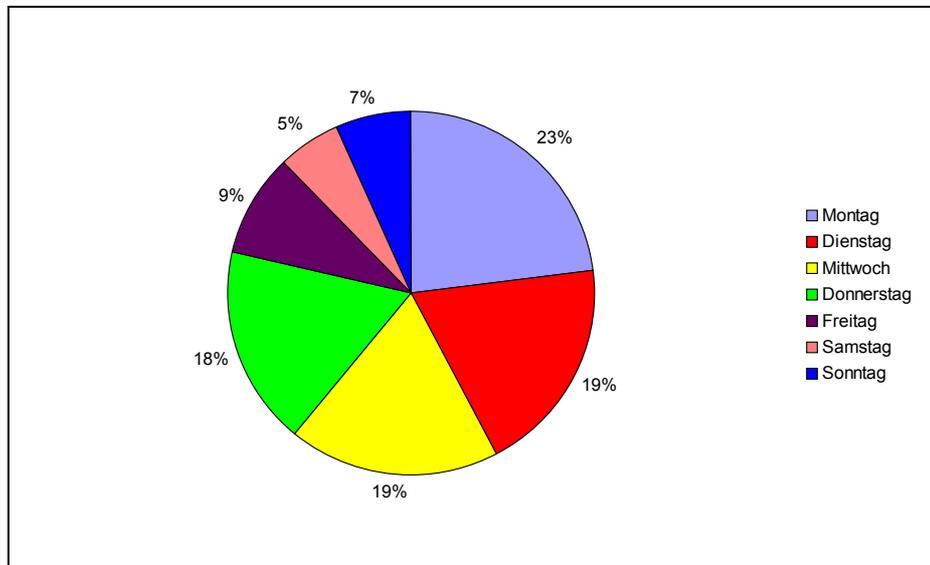
Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Wegeunfälle in Allgemeinkrankenhäusern passieren vermehrt an Montagen.

Im Gegensatz zu den Arbeitsunfällen ist bei den Wegeunfällen von Beschäftigten in Allgemeinkrankenhäusern eine Häufung an Montagen zu verzeichnen: Im Jahr 2003 geschah rund ein Viertel aller Wegeunfälle an diesem Wochentag (Abbildung 8).

Abbildung 8:

Verteilung meldepflichtiger Wegeunfälle in Abhängigkeit vom Wochentag in Allgemeinkrankenhäusern im Jahr 2003



Quelle: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

Im Vergleich zu 1998 deutlich abgenommen hat dagegen bei Beschäftigten in Allgemeinkrankenhäusern die Anzahl der Wegeunfälle am Freitag (Tabelle 23).

Tabelle 23: Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle in Abhängigkeit vom Wochentag in Allgemeinkrankenhäusern 1998 bis 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Montag	533	501	368	544	505	525	23%	-2%
Dienstag	391	399	394	381	325	433	19%	11%
Mittwoch	466	256	387	238	306	424	19%	-9%
Donnerstag	431	379	483	392	502	402	18%	-7%
Freitag	402	287	328	321	294	208	9%	-48%
Samstag	76	175	222	250	138	125	5%	65%
Sonntag	178	83	125	207	188	154	7%	-13%
Gesamt	2.476	2.080	2.306	2.334	2.257	2.271	100%	-8%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

In den Fachkrankenhäusern sind die Wegeunfälle sehr gleichmäßig verteilt; auch an Wochenenden geschehen relativ viele Unfälle (Tabelle 24).

In Fachkrankenhäusern verteilen sich die Wegeunfälle relativ gleichmäßig.

Tabelle 24: Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle in Abhängigkeit vom Wochentag in Fachkrankenhäusern 1998 bis 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Montag	161	143	48	164	118	82	14%	-49%
Dienstag	19	143	135	94	148	93	16%	379%
Mittwoch	46	61	68	135	79	93	16%	100%
Donnerstag	66	122	58	124	118	103	18%	56%
Freitag	103	61	59	73	138	93	16%	-10%
Samstag	38	21	39	21	40	51	9%	37%
Sonntag	9	31	39	10	59	62	11%	573%
Gesamt	442	583	447	621	700	576	100%	30%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

10. Entschädigungsleistungen und neue Renten

Im Jahr 2003 wurden Entschädigungsleistungen in Höhe von rd. 30,8 Mio. € gezahlt.

Der Begriff "Entschädigungsleistungen" fasst begrifflich sämtliche Versicherungsleistungen zusammen, die die BGW leistet. Darunter fallen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der sozialen und beruflichen Rehabilitation sowie sonstige Leistungen.

Für 2003 verteilen sich die geleisteten Entschädigungen in Höhe von rund 24,9 Mio. € (Allgemeinkrankenhäuser) bzw. 5,9 Mio. € (Fachkrankenhäuser) wie in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Entschädigungsleistungen in € nach Gewerbebezweig und Unfallart 2003

Gewerbebezweig	Unfallart	Entschädigungsleistungen 2003	Anteil
Allgemeine Krankenhäuser			
	am Arbeitsplatz	11.178.829,82	45%
	auf dem Arbeitsweg	12.818.564,38	52%
	bei Dienstgängen	881.204,84	4%
	Gesamt	24.878.599,04	100%
Fachkrankenhäuser			
	am Arbeitsplatz	2.333.899,11	39%
	auf dem Arbeitsweg	3.433.529,99	58%
	bei Dienstgängen	157.300,19	3%
	Gesamt	5.924.729,29	100%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Wegeunfälle verursachen anteilmäßig höhere Entschädigungsleistungen als Arbeitsunfälle.

Diese Zahlen geben nur die im Jahr 2003 entstandenen Kosten wieder; sie sind für eine abschließende Beurteilung nur bedingt tauglich, denn bei schweren Unfällen und insbesondere Renten fallen Kosten auch noch nach vielen Jahren an.

Allerdings zeigt sich, dass der Anteil der Entschädigungsleistungen nach Arbeitsunfällen mit 45 % bzw. 39 % deutlich unter dem Anteil der Arbeitsunfälle am Gesamtunfallgeschehen (62 %) liegt.

"Neue Renten": Unfälle mit schwerwiegenden Folgen

Der Begriff "Neue Renten" - früher "erstmalig entschädigte Fälle" - bezeichnet die Unfälle mit schweren Folgen. Es handelt sich um anerkannte Fälle, die zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. oder eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 26 Wochen Dauer führten. Abbildung 9 zeigt die Zahlen für die vier betrachteten Jahre.

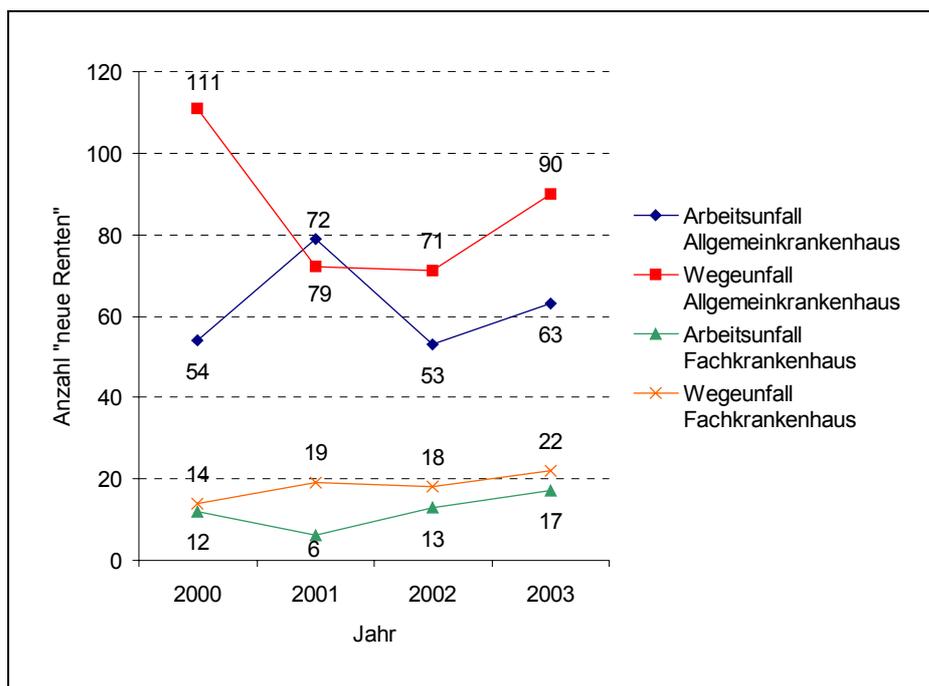


Abbildung 9:

**Anzahl neuer Renten nach Gewerbe-
bezweig und Un-
fallart 2000-2003**

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Der Verlauf der neuen Renten widerspricht der Entwicklung der Unfallzahlen: Während die Zahl der Arbeits- und Wegeunfälle von 2000 bis 2003 zurück ging, haben die neuen Renten bei Arbeitsunfällen sowie bei Wegeunfällen in Fachkrankenhäusern zugenommen.

**Gegenläufige
Entwicklungen**

Auch der überproportional hohe Anteil der neuen Renten nach Wegeunfällen deutet auf die häufig schwerwiegenden Folgen dieser Unfallart hin.

**Wegeunfälle
besonders
folgenswer**

11. Berufskrankheiten

Was sind Berufs- krankheiten?

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates gem. § 9 Abs. 1 SGB VII im Rahmen einer Berufskrankheiten-Liste als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit erleiden.

Nicht jede Erkrankung, die durch die Arbeit, „den Beruf“ entsteht, ist eine Berufskrankheit. Als Berufskrankheit gilt eine Erkrankung erst dann, wenn Erkenntnisse darüber vorliegen, dass sie durch besondere berufliche Einwirkungen verursacht wird, denen bestimmte Personengruppen in erheblich höherem Maße ausgesetzt sind als die übrige Bevölkerung.

Darüber hinaus können im Einzelfall auch Erkrankungen als Berufskrankheit anerkannt werden, die nicht auf der Liste der Berufskrankheiten aufgeführt sind, wenn aufgrund neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für die Bezeichnung als Berufskrankheit vorliegen.

Bei Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit ist dies der Berufsgenossenschaft anzuzeigen. Die zuständige Berufsgenossenschaft führt daraufhin ein Verfahren durch, um festzustellen, ob die gemeldete Berufskrankheit anerkannt werden kann oder nicht.

Absoluter Rück- gang der ange- zeigten Berufs- krankheiten

Die Anzahl der angezeigten Berufskrankheiten von Beschäftigten in Allgemeinkrankenhäusern ist von 1998 bis 2004 um 36 % von 1.985 auf 1.263 zurück gegangen. Im gleichen Zeitraum ging die Anzahl der angezeigten Berufskrankheiten von Beschäftigten in Fachkrankenhäusern um 19 % von 309 auf 249 zurück.

Absoluter Rück- gang der aner- kannten Berufs- krankheiten

Die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten von Beschäftigten in Allgemeinkrankenhäusern ist von 1998 bis 2004 um 30 % von 926 auf 647 zurück gegangen. Im gleichen Zeitraum ging die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten von Beschäftigten in Fachkrankenhäusern um rund 4 % von 136 auf 131 zurück (Abbildung 10).

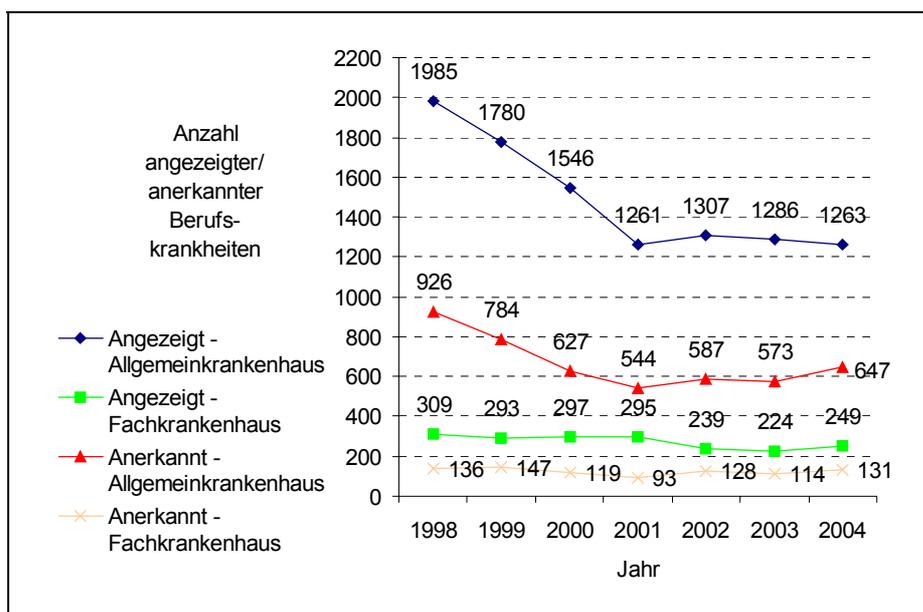


Abbildung 10:

Anzahl angezeigter und anerkannter Berufskrankheiten 1998-2004

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Auch bezogen auf die Anzahl der Vollbeschäftigten ist von 1998 bis 2002 – dem letzten Jahr, für das Angaben zur Zahl der Vollbeschäftigten vorliegen – ein Rückgang der angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten zu verzeichnen (Abbildung 11).

Rückgang angezeigter und anerkannter Berufskrankheiten pro 1000 VB

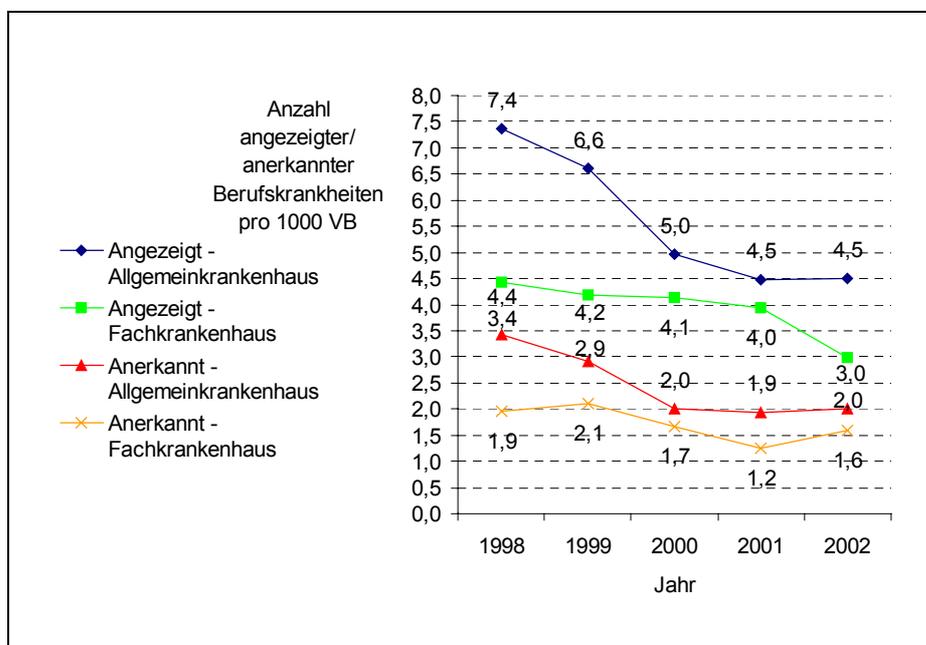


Abbildung 11:

Anzahl angezeigter und anerkannter Berufskrankheiten pro 1000 VB 1998-2002

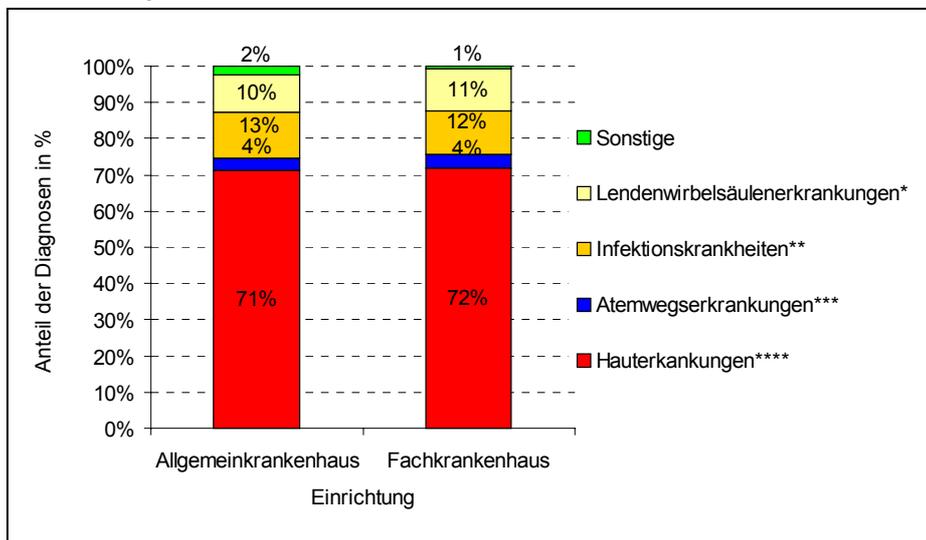
Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Hautbedingte Berufskrankheiten überwiegen

460 der 647 anerkannten Berufskrankheiten (71 %) bei Beschäftigten in Allgemeinkrankenhäusern^b im Jahr 2004 sind auf Hauterkrankungen zurück zu führen. In den Fachkrankenhäusern waren es 72 % (Abbildung 12).

Abbildung 12:

Verteilung der anerkannten Berufskrankheiten 2004 in Allgemeinkrankenhäusern nach Indikationen



* BK 5101, ** BK 4201/4302, *** BK 3101, **** nur BK 2108

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Hohe Anerkennungsquote bei Hautkrankheiten

Der hohe Anteil von hautbedingten anerkannten Berufskrankheiten ist auch auf die vergleichsweise hohe Anerkennungsquote zurück zu führen: Während im Jahr 2004 z.B. der Anteil der infektionsbedingten Berufskrankheiten in den Allgemeinkrankenhäusern von 33 % bei den angezeigten auf 13 % bei den anerkannten Berufskrankheiten zurück ging, stieg der Anteil bei den hautbedingten Berufskrankheiten von 36 % auf die o.g. 71 % an (Abbildung 13).

^b Auf eine weitere, detaillierte Auswertung der Daten von Fachkrankenhäusern wird verzichtet, da die Fallzahlen zu gering sind.

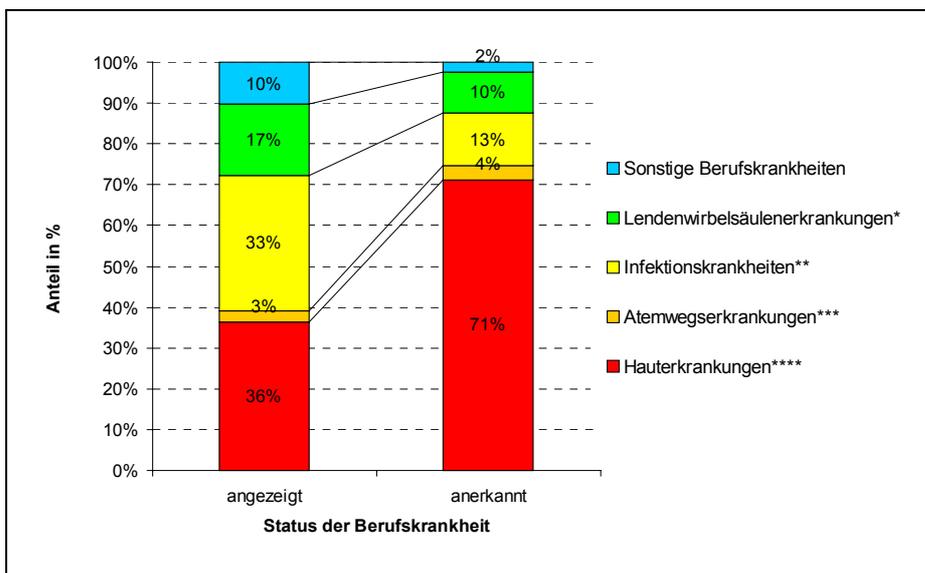


Abbildung 13:

Verteilung der angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten 2004 in Allgemeinkrankenhäusern nach Indikationen

* BK 5101, ** BK 4201/4302, *** BK 3101, **** nur BK 2108

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Ein vergleichbares Verhältnis zwischen angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten lässt sich für das Jahr 2004 auch in den Fachkrankenhäusern beobachten (Abbildung 14).

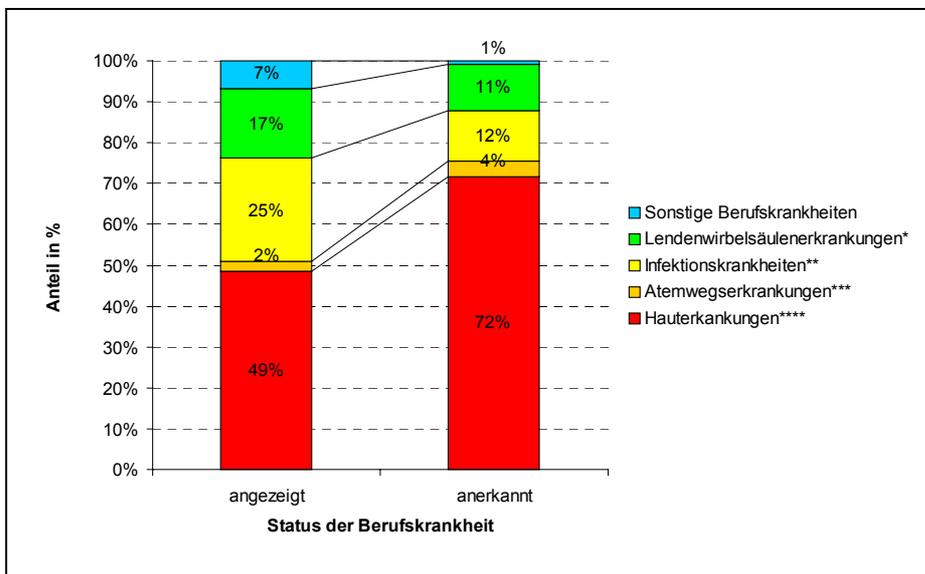


Abbildung 14:

Verteilung der angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten 2004 in Fachkrankenhäusern nach Indikationen

* BK 5101, ** BK 4201/4302, *** BK 3101, **** nur BK 2108

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

12. Fazit

In Krankenhäusern passieren weniger Unfälle.

Der andauernde Rückgang der Häufigkeit meldepflichtiger Arbeits- und Wegeunfälle in Krankenhäusern deutet darauf hin, dass hier – wie in anderen Branchen auch – die Arbeit insgesamt sicherer geworden ist.

Die Entwicklung der Unfallhäufigkeit bei älteren Beschäftigten lässt sich noch nicht definitiv erklären.

Ein Rückgang der Unfallzahlen ist vor allem bei Beschäftigten zwischen 21 und 40 Jahren zu verzeichnen. Aus den vorliegenden Daten kann jedoch nicht auf ein erhöhtes Unfallrisiko für ältere Arbeitnehmer geschlossen werden; dazu fehlt die statistische Bezugsgröße der Anzahl der Vollarbeiter in den einzelnen Altersgruppen. Eine näherungsweise Analyse des HVBG^c deutet z.B. darauf hin, dass das Unfallrisiko mit zunehmendem Alter eher abnimmt. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig.

Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle verdienen weiterhin besondere Aufmerksamkeit.

Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle dominieren weiterhin das Unfallgeschehen, was insofern nicht verwundert, als alle Beschäftigten dieser Gefahr ausgesetzt sind. Dennoch kann auch hier eine Analyse der konkreten Gefährdungssituationen (rutschige Bodenbeläge, Kabel, Schwellen, ungenügend vom Schnee geräumte Wege und Flächen) in den Einrichtungen dazu beitragen, die Unfallhäufigkeit weiter zu reduzieren. Dies gilt um so mehr, als auch Patienten in Krankenhäusern häufig besonders sturzgefährdet sind.

PKW-Unfälle häufig und schwerwiegend

Die große Zahl der Wegeunfälle mit einem PKW ist insoweit nicht verwunderlich, als dies das dominante Verkehrsmittel ist. Allerdings legen es die besondere Schwere dieser Unfälle mit einem hohen Anteil von Wirbelsäulenverletzungen nahe, hier auch weiterhin präventiv tätig zu werden.

Spezifische Präventionsmaßnahmen bei Finger- und Handverletzungen scheinen Wirkung zu zeigen.

Erfahrungsgemäß sind die Extremitäten der Beschäftigten branchenübergreifend einem erhöhten Verletzungsrisiko ausgesetzt. Insofern ist es wenig verwunderlich, dass in den hier betrachteten Krankenhäusern die Finger die am häufigsten verletzten Körperteile sind. Der deutliche Rückgang der Finger- und Handverletzungen im beobachteten Zeitraum korrespondiert jedoch stark mit dem gleichzeitigen Rückgang der Unfälle durch Behandlungsgeräte und Spritzen auf der einen und durch Scheren und Schneidwerkzeuge auf der anderen Seite. Offensichtlich waren hier spezifische Präventionsmaßnahmen erfolgreich.

^c HVBG (2005) Arbeitsunfallstatistik 2004, S. 44f.

Die überdurchschnittliche Unfallgefährdung von Pflegepersonal und Köchen weist auf einen besonderen Präventionsbedarf hin. Gerade bei den Köchen sind die Unfallursachen einerseits noch sehr heterogen (57 % aller Unfälle wurden durch ‚sonstige Gegenstände‘ verursacht), andererseits spielen recht spezifische Gefährdungen (Schneidwerkzeuge und Wasserdampf) eine bedeutende Rolle im Unfallgeschehen.

Überraschend ist der Anstieg der neuen Renten im Zeitraum von 2000 bis 2003. Dies widerspricht nicht nur der Abnahme der Unfallhäufigkeit in diesem Zeitraum, sondern auch der Entwicklung in anderen Branchen. Hier liegt es nahe, die Ursache für diese ungewöhnliche Entwicklung zukünftig detaillierter zu untersuchen.

Der Rückgang der angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten ist ein weiteres Indiz für die steigende Arbeitssicherheit in den untersuchten Einrichtungen.

Der hohe Anteil hautbedingter Berufserkrankungen zeigt, dass in diesem Bereich verstärkte Präventionsanstrengungen notwendig sind.

Vor allem bei Köchen sollten die spezifischen Präventionsmaßnahmen noch verstärkt werden.

Der Anstieg der neuen Renten bei gleichzeitigem Rückgang der Unfallzahlen sollte näher untersucht werden.

Der hohe Anteil hautbedingter Berufskrankheiten erfordert entsprechende Präventionsmaßnahmen.

DAK-BGW

Gesundheitsreport 2005

Stationäre Krankenpflege – Teil 3

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Pflegekräften in stationären Einrichtungen

**Ergebnisse einer Auswertung von DAK-Daten
des Jahres 2003**

Inhalt von Teil 3

Zusammenfassung	123
Einleitung	125
1. In der stationären Pflege beschäftigte DAK-Mitglieder im Jahr 2003	129
2. Arbeitsunfähigkeiten 2003 im Überblick	132
3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	146
4. Arbeits- und Wegeunfälle	156
5. Schlussfolgerungen	158
Anhang I: Erläuterungen zu Begriffen und zur Methode	160
Anhang II: Tabellen	164

Zusammenfassung

2003 belief sich der Gesamtkrankenstand der DAK-versicherten Beschäftigten in der stationären Pflege auf 3,9 %. Das entspricht 1.427 krankheitsbedingten Ausfalltagen pro 100 Versichertenjahre.

**Gesamt-
krankenstand**

Der Krankenstand der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen lag damit über dem Gesamtwert aller DAK-Versicherten von 3,5 % für das Jahr 2003.

Die Betroffenenquote lag 2003 bei 53,8 %. Das bedeutet, dass für 46,2 % der in der stationären Pflege Beschäftigten keine einzige Arbeitsunfähigkeitsmeldung vorlag. Die Betroffenenquote ist deutlich höher als der Bundesdurchschnitt von 45,8 %.

Betroffenenquote

Mit 113,9 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre waren die Pflegekräfte kaum häufiger krank als die in anderen Branchen und Berufsgruppen tätigen DAK-Mitglieder (110 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre).

Fallhäufigkeit

Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung betrug 2003 bei den Pflegekräften in stationären Einrichtungen 12,5 Tage und war damit höher als die durchschnittliche Falldauer aller DAK-Mitglieder von 11,5 Tagen.

Falldauer

Der erhöhte Krankenstand der DAK-Versicherten in der stationären Pflege lässt sich somit auf zwei Faktoren zurückführen: Der Anteil überhaupt von Krankheit betroffener Personen ist höher und die einzelnen Krankheitsepisoden dauern im Durchschnitt länger.

Über die Hälfte des Gesamtkrankenstands (56,2 %) wird durch Muskel-Skelett-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane sowie Verletzungen verursacht. Psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems sowie Krankheiten des Kreislaufsystems sind für weitere 21,4 % des Krankenstandes verantwortlich.

**Die wichtigsten
Krankheitsarten**

Auffällig ist die hohe Zahl von krankheitsbedingten Ausfalltagen wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychischer Erkrankungen:

Während im Bundesdurchschnitt auf 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder 282,4 AU-Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen kommen, sind es bei den Pflegenden in stationären Einrichtungen 363,5 Tage. Wegen Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen treten 132,5 Ausfalltage pro 100 Versichertenjahre in der Gruppe der in der stationären Pflege Beschäftigten auf. Der DAK-Gesamtwert liegt 21,5 Tage darunter.

**Besonders
auffällig: Muskel-
Skelett-
Erkrankungen
und psychische
Erkrankungen**

Die Bedeutung von Unfällen für das AU-Geschehen

Verletzungen haben einen Anteil von 13,3 % am Gesamtkrankenstand. 24,7 % der AU-Tage aufgrund von Verletzungen entfielen auf Arbeits- und Wegeunfälle.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der schriftlichen Befragung (vgl. Teil 1) lassen sich die Ergebnisse der Arbeitsunfähigkeitsanalyse wie folgt interpretieren:

Interpretation vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung

Die Arbeit von Krankenschwestern und –pflegern in Einrichtungen der stationären Krankenpflege ist mit erheblichen Belastungen der Wirbelsäule insbesondere durch Hebe- und Tragetätigkeiten verbunden. Der Zusammenhang zwischen der Wirbelsäulenbelastung und dem Ausmaß von Beschwerden im Rücken- und Nackenbereich konnte bereits im Krankenpflegereport 2000 nachgewiesen werden. Auch gibt ein Großteil der befragten Pflegekräfte an, unter Rücken- und Nackenschmerzen zu leiden. Insofern überrascht es nicht, dass die Zahl der Fehltage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen über dem DAK-Durchschnitt liegt.

Der hohe Anteil psychischer Erkrankungen kann im Zusammenhang mit den Befragungsergebnissen zum Ausmaß von arbeitsbedingtem Stress gesehen werden: Pflegekräfte sind vielfältigen psychischen Belastungen ausgesetzt. Eine besondere Rolle spielen die organisationsbedingten psychischen Belastungen wie Zeitdruck und nicht optimal abgestimmte Arbeitsabläufe, die zu Erschöpfungszuständen und vermehrten Erkrankungen führen können.

Fazit

Die Arbeitsunfähigkeitsanalyse bestätigt, dass es sich bei den Beschäftigten in der stationären Krankenpflege nach wie vor um eine gesundheitlich überdurchschnittlich belastete Berufsgruppe handelt. Besondere Aufmerksamkeit sollte den älteren Beschäftigten gewidmet werden. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt fallen besonders die älteren Pflegekräfte durch erhöhte Krankenstandswerte auf. Altersspezifische Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung können diesem Trend entgegen wirken.

Einleitung

Die DAK ist mit bundesweit 6,3 Millionen Versicherten eine der größten Krankenkassen Deutschlands. Neben den jährlich veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder werden regelmäßig spezielle Analysen zu bestimmten Berufsgruppen oder Branchen vorgelegt.

Im Jahr 2000 wurde erstmals der in Kooperation von DAK, BGW und IGES erstellte Gesundheitsreport Krankenpflege vorgelegt. Die DAK versichert traditionell sehr viele Beschäftigte im Gesundheitswesen und ist daher in der Lage, ein repräsentatives Bild der Gesundheit der Beschäftigten zu zeichnen.

Bereits der erste DAK-BGW-Krankenpflegereport 2000 hat gezeigt, dass es sich hier um eine gesundheitlich besonders stark belastete Berufsgruppe handelt. Ziel des "DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege" ist es daher auch, zu prüfen, ob sich die Situation zwischenzeitlich verbessert hat.

In Teil 1 des Berichts wurden Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden durch die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von examinierten Krankenschwestern und -pflegern identifiziert. Teil 3 des Berichts ergänzt die Ergebnisse um eine Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aller DAK-versicherten examinierten Pflegekräfte, die in Einrichtungen der stationären Alten- und Krankenpflege beschäftigt sind.

Die Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten sind vielfältig. Sie können im individuellen Bereich, im sozialen Umfeld oder in der Arbeitswelt liegen. Durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten werden weitergehende Informationen zu Krankheitsschwerpunkten von Pflegenden gewonnen.

Da berufsbezogene Arbeitsunfähigkeitsdaten für das Jahr 2004 noch nicht vorliegen, basiert die Auswertung auf Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2003.

Der "DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege" soll die betrieblichen Akteure in ihrem Engagement für die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Beschäftigten vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt unterstützen und mit dazu beitragen, die Gesundheit der Beschäftigten in der stationären Pflege zu erhalten und krankheitsbedingte Fehlzeiten zu senken.

Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

- Kapitel 1:
Datenbasis der
Arbeitsunfähigkeitsanalyse**
- Das erste Kapitel beschreibt, auf welcher Datengrundlage diese Arbeitsunfähigkeitsanalyse beruht: Examierte Pflegekräfte, die in Einrichtungen der stationären Krankenpflege beschäftigt und bei der DAK versichert sind. Außerdem wird die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht dargestellt.
- Kapitel 2:
Arbeitsunfähigkeiten im Überblick**
- Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens des Jahres 2003 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die in stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräfte (DAK-Mitglieder) von krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten betroffen waren.
- Kapitel 3:
Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten**
- Im dritten Kapitel geht es um die medizinischen Hintergründe des Krankenstandes. Die Arbeitsunfähigkeiten werden nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die von den Ärzten auf den AU-Bescheinigungen vermerkt wurden.
- Kapitel 4:
Arbeits- und Wegeunfälle**
- Ergänzend zu Teil 2 dieses Berichts wird der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den bei der DAK registrierten Krankheitsfällen dargestellt.
- Kapitel 5:
Schlussfolgerungen**
- Der Berichtsteil der Arbeitsunfähigkeitsanalyse für Pflegekräfte in stationären Einrichtungen endet mit den Schlussfolgerungen der DAK und der BGW.

In jedem Kapitel wird zunächst die Situation der Beschäftigten in der stationären Pflege analysiert. Anschließend werden jeweils unter der Überschrift *„Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten“* die wichtigsten Unterschiede zur Gesamtgruppe der aktiv erwerbstätigen DAK-Mitglieder in der Bundesrepublik herausgestellt.

Weitere Hinweise und Erläuterungen

- Anhang I:
Erläuterungen**
- Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Fachbegriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen finden Sie im Anhang I. Ferner wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt, wie beispielsweise das Standardisierungsverfahren.

Ergänzende Tabellen

Übersichtstabellen über die Verteilung des AU-Geschehens auf die Krankheitsarten des Jahres 2003 finden interessierte Leserinnen und Leser in Anhang II

**Anhang II:
Tabellen**

Die DAK veröffentlichte bereits im Mai 2004 den "DAK-Gesundheitsreport 2004", dem eine Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens 2003 aller DAK-Versicherten zu Grunde liegt. An einigen Stellen dieses Berichts werden die Werte für Pflegekräfte in der stationären Pflege im Vergleich zum Gesamtwert aller DAK-Versicherten betrachtet.

Für viele Leserinnen und Leser wird es zudem von Interesse sein, sich ein umfassenderes Bild von der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik zu machen. Dies wurde bislang durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Krankenkassen bei der Erstellung ihrer Gesundheitsberichte erschwert.

Auf der Ebene der Ersatzkassen sind einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden. Die im vorliegenden Bericht analysierten Daten können daher unmittelbar mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen und selbstverständlich auch mit allen bisher veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports verglichen werden.

**Die Gesundheits-
berichte der
Ersatzkassen
basieren auf
einem gemeinsa-
men Standard.**

Voraussetzung für Vergleiche zwischen Mitgliederkollektiven mehrerer Krankenversicherungen ist die Bereinigung der Zahlen um den Einfluss unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen. Dies wird durch eine *Standardisierung* der Ergebnisse auf eine einheitliche Bezugsbevölkerung erreicht. Die vorliegenden Analysen wenden dabei – ebenso wie die anderen Ersatzkassen - das Verfahren der direkten Standardisierung auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik an.

Andere Krankenkassen (z.B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

1. In der stationären Pflege beschäftigte DAK-Mitglieder im Jahr 2003

In der Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Beschäftigten in der stationären Pflege werden nur examinierte Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen^a berücksichtigt. Im Folgenden wird der besseren Lesbarkeit halber zumeist einfach von Pflegenden oder Pflegekräften die Rede sein. Gemeint sind immer examinierte Pflegekräfte. Unseren Analysen zu Folge sind die selektierten Pflegenden hauptsächlich in Akutkrankenhäusern und Fachkliniken und nur zu einem geringen Anteil in rehabilitativen und Einrichtungen der stationären Altenpflege tätig.

Der Krankenpflegereport 2000 enthielt ebenfalls eine Untersuchung der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Beschäftigten in Pflegeberufen. Für den Krankenpflegereport 2000 wurden allerdings nicht nur examinierte Pflegekräfte, sondern auch nicht examinierte Beschäftigte in Pflegeberufen einbezogen. Zudem fand keine Differenzierung zwischen stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten statt. Im vorliegenden Bericht wird die betrachtete Versichertengruppe eingegrenzt um einen besseren Bezug zu den Ergebnissen der in Teil 1 vorgestellten Versichertenbefragung herstellen zu können. Dieses Vorgehen impliziert aber auch, dass auf einen Vergleich mit den Arbeitsunfähigkeitsdaten des Krankenpflegereports 2000 verzichtet werden muss.

Es werden alle Personen berücksichtigt, die im Jahr 2003 aktiv als examinierte Pflegekraft in einer stationären Einrichtung beschäftigt und wenigstens einen Tag Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen. Nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle werden der DAK gemeldet. Auch kann es bei kürzeren Erkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer zu Untererfassungen kommen, weil viele Betriebe erst ab dem dritten Krankheitstag ein ärztliches Attest verlangen. Weitergehende Analysen zeigen jedoch, dass diese Untererfassung der sehr kurzen Fehlzeiten keinen nennenswerten Einfluss auf die Höhe des Krankenstands hat.

Datenbasis der Arbeitsunfähigkeitsanalyse

Im Vergleich zum “DAK-BGW Krankenpflegereport 2000” stellt die vorliegende Analyse examinierte Pflegekräfte in stationären Einrichtungen in den Mittelpunkt

Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

^a In der Analyse wurden examinierte Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen (853) in stationären Einrichtungen berücksichtigt. Die Nummerierung entspricht der “Klassifizierung der Berufe” der Bundesanstalt für Arbeit von 1988. Das Selektionsverfahren wird näher in Anhang I erläutert.

Abbildung 1:

In stationären Einrichtungen beschäftigte Pflegekräfte im Jahr 2003 nach Geschlecht



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Rund 88 % der in der stationären Pflege Beschäftigten sind Frauen

Die DAK versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen wie z.B. im Handel, in Büros, Verwaltungen und auch im Gesundheitswesen. Die vorliegende Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens bei Pflegenden in stationären Einrichtungen fußt daher auf einer sehr breiten und repräsentativen Datenbasis. Die Untersuchung basiert auf Daten von etwa 118.000 examinieren Krankenschwestern und -pflegern, die Mitglied der DAK sind. Sie setzen sich zu 87,6 % aus Frauen und zu 12,4 % aus Männern zusammen.

Viele Kennwerte werden "pro 100 Versichertenjahre" angegeben

Nicht alle Mitglieder waren über das ganze Jahr bei der DAK versichert. Rechnet man die 118.000 Beschäftigte in der stationären Pflege auf "ganzjährig versicherte Mitglieder" um, ergeben sich für das Jahr 2003 etwa 108.000 *Versichertenjahre*. Viele der folgenden Auswertungen zeigen die Krankenstandswerte "pro 100 Versichertenjahre".

Abbildung 2 zeigt die Zusammensetzung der in der stationären Pflege beschäftigten DAK-Mitglieder nach Alter und Geschlecht. In allen Altersgruppen liegt der Frauenanteil deutlich über dem Männeranteil.

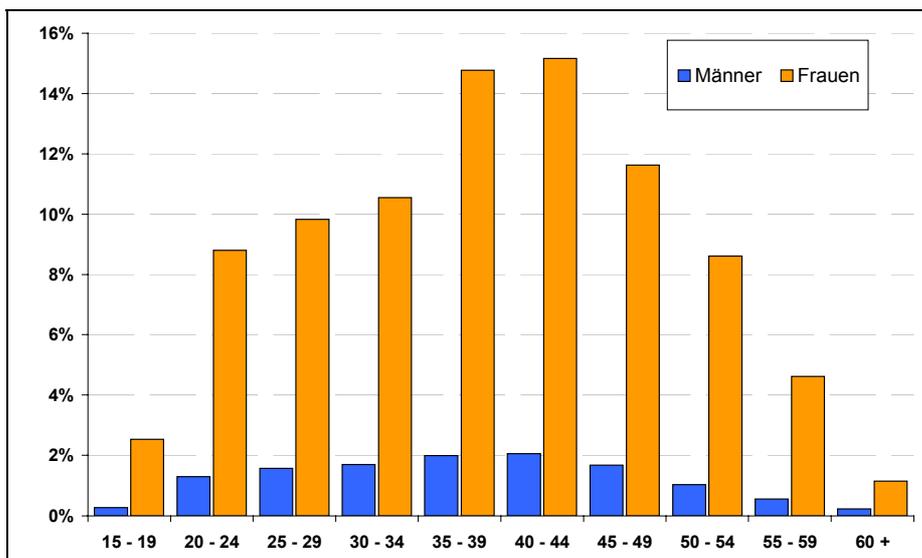


Abbildung 2:

Zusammensetzung der in stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräfte im Jahr 2003 nach Alter und Geschlecht

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Vergleicht man die Altersstruktur der in der stationären Pflege Beschäftigten mit allen DAK-Mitgliedern, so zeigen sich folgende Unterschiede: Der Anteil der über 50-Jährigen liegt bei den Pflegekräften höher als bei den DAK-Mitgliedern insgesamt. Außerdem sind 15 bis 19-Jährige in dieser Mitgliedergruppe überproportional vertreten. Noch deutlicher sind die Geschlechtsunterschiede: Die DAK-Mitglieder setzen sich im Jahr 2003 insgesamt aus 37 % Männern und 63 % Frauen zusammen.

Mehr ältere Beschäftigte und ein höherer Frauenanteil im Vergleich zum DAK-Durchschnitt

Um zu verhindern, dass Besonderheiten der soziodemographischen Zusammensetzung die Vergleiche zwischen den Pflegekräften und den DAK-Mitgliedern insgesamt verzerren, werden die Daten auf eine einheitliche Bezugsbevölkerung (Erwerbstätige der Bundesrepublik) standardisiert (vgl. die Erläuterungen im Anhang).

2. Arbeitsunfähigkeiten 2003 im Überblick

2.1. Der Krankenstand

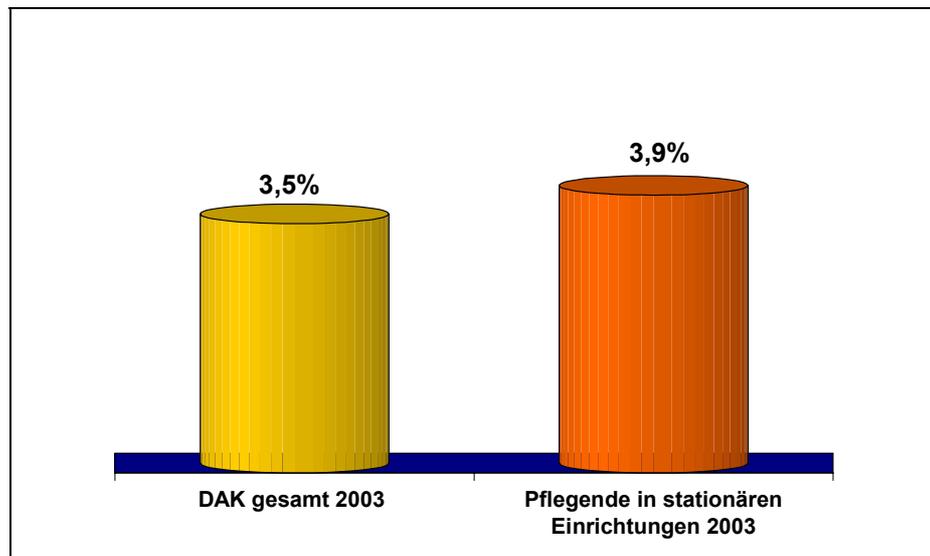
Die wichtigste statistische Kenngröße für die Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ist der Krankenstand. Er ist der Indikator dafür, in welchem Maße eine Volkswirtschaft, eine Wirtschaftsgruppe oder z.B. ein Krankenhaus von Krankheit der Beschäftigten betroffen ist. Der Krankenstand gibt an, wie viel Prozent der Beschäftigten an jedem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

**Krankenstand
2003: 3,9 %**

2003 betrug der Krankenstand für examinierte Pflegekräfte in stationären Einrichtungen 3,9 %. Das heißt: An jedem Kalendertag des Jahres fehlten fast 4 % der DAK-Mitglieder aufgrund von Krankheit. Der Krankenstand aller DAK-Versicherten lag 2003 mit 3,5 % um 0,4 Prozentpunkte niedriger. Abbildung 3 zeigt den Krankenstandswert der Pflegenden im Vergleich zum Gesamtwert.

Abbildung 3:

**Krankenstand der
in stationären
Einrichtungen be-
schäftigten Pfl-
gekräfte im Jahr
2003 im
Vergleich zu den
DAK-
Gesamtwerten**



Quelle: DAK AU-Daten 2003

2.2. Ursachen für den erhöhten Krankenstand bei Pflegenden in stationären Einrichtungen

Die Ursachen für den erhöhten Krankenstand bei Krankenschwestern und -pflegern, die in stationären Einrichtungen tätig sind, sind vielfältig:

- Die Pflege alter und kranker Menschen ist körperliche Schwerstarbeit: Patienten müssen bewegt, umgelagert, zum Teil sogar getragen werden.
- Hinzu kommen vielfältige psychische Belastungsfaktoren, wie Zeitdruck, die Konfrontation mit Leiden und Tod von Patienten, die Notwendigkeit ständiger Aufmerksamkeit und hoher Verantwortungsdruck. Zudem haben die Umstrukturierungen im Gesundheitswesen und die zunehmende Professionalisierung des Berufsfelds neue Aufgabenfelder mit sich gebracht, die zusätzliche Anforderungen und Anpassungsleistungen bedeuten können.
- Besonders hoch sind auch die psychosozialen Belastungen, denen Pflegekräfte in stationären Einrichtungen ausgesetzt sind: Oftmals lassen sich die Anforderungen und Erwartungen der Ärzteschaft und die Wünsche der Patienten mit den eigenen Bedürfnissen nur schwer vereinbaren. In Zeiten, in denen vermehrt Pflegepersonal in den Krankenhäusern abgebaut wird, kommen diese Belastungen besonders zum Tragen.
- Pflegekräfte arbeiten häufig unter gesundheitlich belastenden Rahmenbedingungen. Insbesondere die Arbeit im Wechselschichtdienst, die Tätigkeit im Dauernachtdienst und Überstunden sind in diesem Zusammenhang zu nennen.
- Auch der Umgang mit Medikamenten und mit Körperflüssigkeiten birgt Infektions- und Unfallrisiken.
- Der überwiegende Teil der Pflegenden in stationären Einrichtungen sind Frauen, die in vielen Fällen einer Doppelbelastung durch Familie und Beruf ausgesetzt sind. Gerade Frauen mit Kindern haben es schwer, die notwendigen Erholungszeiten im Wechselschichtdienst einzuhalten.

Ursachen für den erhöhten Krankenstand

Die verschiedenen Faktoren tragen dazu bei, dass die Pflege von kranken und alten Menschen zu den gesundheitlich besonders belastenden Berufen gehört. Die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden sind jedoch entscheidende Faktoren für die Pflegequalität und damit auch für die Zufriedenheit der Patienten. Viele Leitungen von Kliniken und Pflegeeinrichtungen haben dies erkannt und daher in den letzten Jahren vermehrt Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung angestoßen. Die BGW und DAK begrüßen und unterstützen diese Projekte.

2.3. Strukturmerkmale des Krankenstandes

Kennziffern für die vertiefte Analyse des Krankenstands:

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein vertieftes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für die Pflegekräfte im Jahr 2003 dargestellt werden, sollen diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert werden:

“AU-Tage pro 100 Versichertenjahre”

Eine alternative Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer “Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr”. Die Zahl gibt an, wie viele der 365 Kalendertage im Jahr 2003 ein durchschnittliches DAK-Mitglied arbeitsunfähig war. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als “AU-Tage pro 100 Versichertenjahre”.

“Krankenstand in Prozent”

Der Krankenstand lässt sich berechnen, indem man die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des Jahres teilt:

$$\text{Krankenstand in \%} = \frac{\text{Anzahl der AU-Tage je 100 Vj}}{365 \text{ Tage}}$$

“Betroffenenquote”

- Die Höhe des Krankenstandes wird u.a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatten, wird als “Betroffenenquote” bezeichnet.

“AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre” und “durchschnittliche Falldauer”

- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

Es ist daher bei der Betrachtung des Krankenstandes wichtig zu wissen, wie viele AU-Fälle (je 100 Versichertenjahre) den Krankenstand verursachen und wie hoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist.

“AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer” und

“... über 6 Wochen Dauer”

- Im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung von Erkrankungsfällen ist es ferner interessant, die Falldauer näher zu untersuchen: So kann man unterscheiden zwischen Arbeitsunfähigkeiten, die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer) und solchen, die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK erfolgen (AU-Fälle über 6 Wochen Dauer).

- In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in einem Unternehmen oder Krankenhaus die Arbeitsabläufe erheblich stören - für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

Im Folgenden werden die genannten Strukturmerkmale des Krankenstandes für Pflegenden in stationären Einrichtungen 2003 im Vergleich zu allen DAK-Mitgliedern vertiefend analysiert.

2.4. AU-Tage pro 100 Versichertenjahre

Der Krankenstand von 3,9 % im Jahr 2003 für Pflegekräfte in Einrichtungen der stationären Krankenpflege bedeutet anders ausgedrückt: Auf 100 Versicherte entfielen 1.427 AU-Tage. Jede einzelne Pflegekraft war 2003 somit von 365 Kalendertagen etwa 14,3 Tage krank geschrieben. Diese 14,3 Tage entsprechen 3,9 % von 365 Tagen. Abbildung 4 veranschaulicht dieses Verhältnis am Beispiel einer einzelnen Pflegekraft.

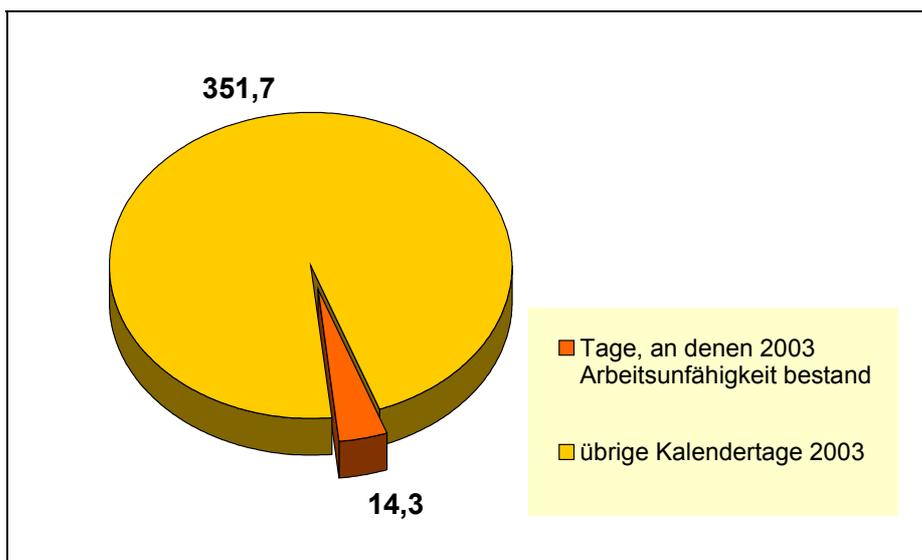


Abbildung 4:

Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage einer Pflegekraft im Jahr 2003

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

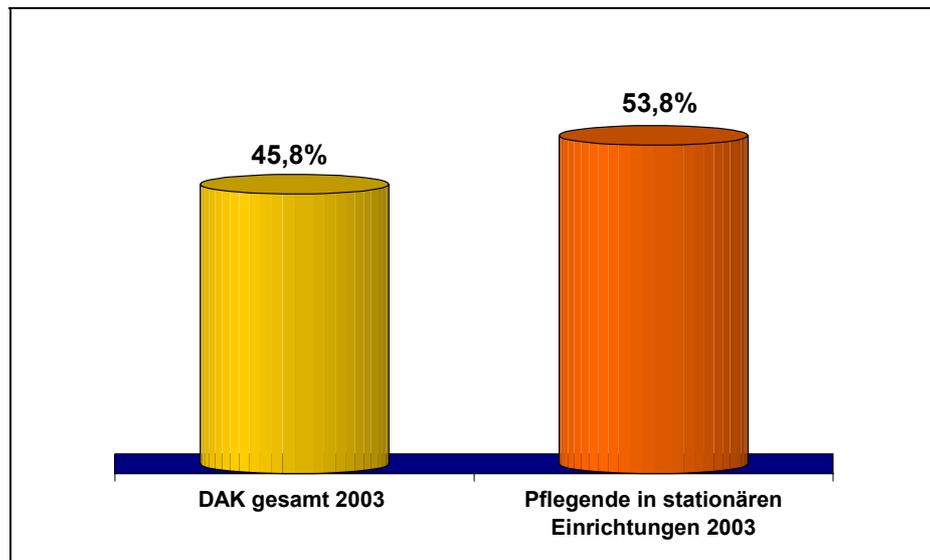
Betrachtet man alle DAK-Mitglieder, so entfielen auf 100 Versicherte 1.260 AU-Tage. Jedes DAK-Mitglied fehlte also im Jahr 2003 durchschnittlich 12,6 Tage wegen Krankheit und damit 1,7 Tage weniger als eine Pflegekraft.

2.5. Betroffenenquote

Im Jahr 2003 lag der DAK für 53,8 % der in der stationären Pflege beschäftigten Mitglieder eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vor. Weniger als die Hälfte war also das Jahr über kein einziges Mal krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Die tatsächliche Betroffenenquote dürfte allerdings etwas höher liegen, da die DAK nicht von allen Arbeitsunfähigkeiten bis zu 3 Tagen Dauer Kenntnis erhält.

Abbildung 5:

Betroffenenquote der Pflegenden in stationären Einrichtungen 2003 im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

Abbildung 5 zeigt die Betroffenenquoten der Krankenschwestern und -pfleger im Vergleich zu den Gesamtwerten für alle DAK-Mitglieder. In den Pflegeberufen ist offensichtlich ein deutlich größerer Teil der Beschäftigten von Krankheit betroffen.

2.6. Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Im Jahr 2003 entfielen auf 100 DAK-Mitglieder in der stationären Pflege 113,9 Arbeitsunfähigkeitsfälle. Mit anderen Worten: Im Durchschnitt trat pro Mitglied etwas mehr als ein Erkrankungsfall auf.

Auf 100 Versichertenjahre kamen 113,9 AU-Fälle

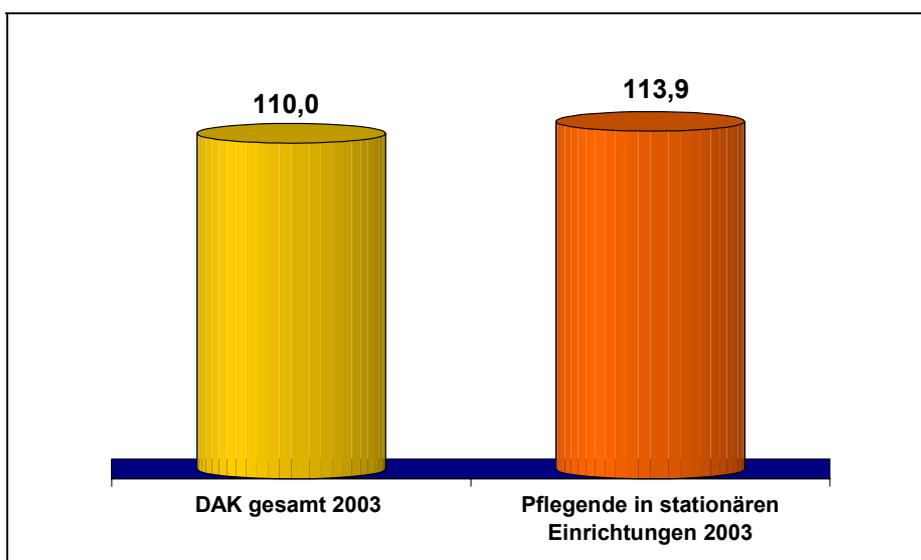


Abbildung 6:

AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre bei Pflegenden in stationären Einrichtungen im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

Die Fallhäufigkeit liegt bei den Beschäftigten in der stationären Pflege nur minimal über den Vergleichswerten für die DAK insgesamt.

Unterscheidet man zwischen Arbeitsunfähigkeiten, die den Zeitraum der betrieblichen Entgeltfortzahlung (6 Wochen) nicht überschreiten und solchen, die mehr als 6 Wochen dauern, so zeigt sich 2003 für beide Arten der Arbeitsunfähigkeit ein vergleichbares Bild:

Auf 100 Versichertenjahre kamen bei Beschäftigten in der stationären Pflege 109 kürzere und 4,9 längere Fälle. Im Vergleich dazu traten berufsgruppen- und branchenübergreifend 106 kürzere und 4 längere Fälle auf. Sowohl der Anteil der Kurzzeiterkrankungen als auch der der Langzeiterkrankungen liegt bei Pflegenden also nur leicht über den Vergleichswerten.

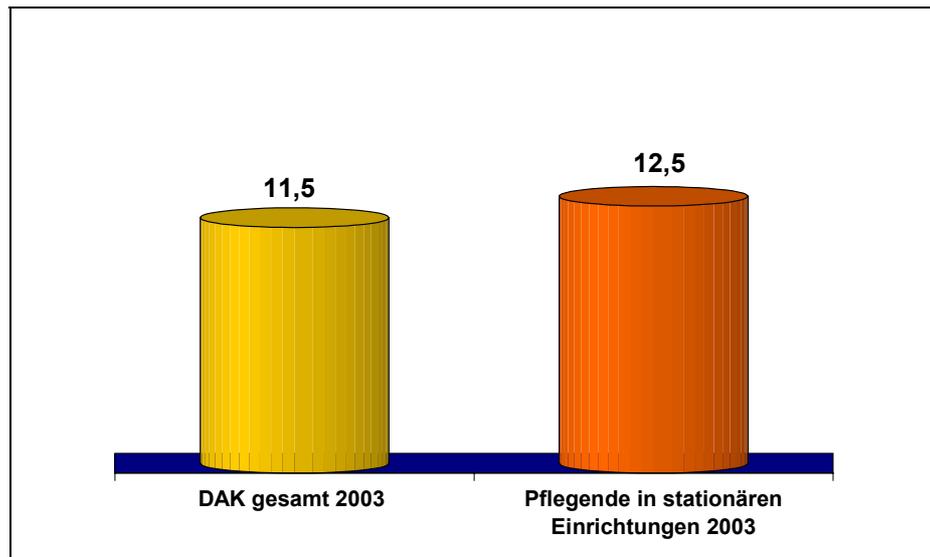
Gegenüber den Gesamtwerten sind sowohl die Anzahl von AU-Fällen von weniger als 6 Wochen Dauer als auch die Zahl der Langzeiterkrankungen leicht erhöht.

2.7. Durchschnittliche Falldauer

Ein AU-Fall dauerte bei Pflegekräften, die in Einrichtungen der stationären Alten- und Krankenpflege beschäftigt sind, im Jahr 2003 im Durchschnitt 12,5 Tage.

Abbildung 7:

Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) bei Pflegenden in stationären Einrichtungen im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

Erkrankungen bei Beschäftigten in der stationären Pflege dauern durchschnittlich einen Tag länger.

Im Vergleich zu den DAK-Mitgliedern insgesamt ist die Falldauer der Erkrankungen bei Beschäftigten in der stationären Pflege erhöht. Im Jahr 2003 dauerte ein Erkrankungsfall einer Pflegekraft einen Tag länger als im Durchschnitt aller DAK-Mitglieder. Der über dem Gesamtwert liegende Krankenstand wird also durch eine längere Falldauer, nicht aber durch eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit verursacht.

2.8. Bedeutung der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer

Hinter der Kennziffer "Krankenstand" verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und eine erheblich kleinere Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande.

Abbildung 8 veranschaulicht diesen Zusammenhang für Krankenschwestern und -pfleger:

- AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer machten 2003 bei den Pflegekräften 62,6 % aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 28,4 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 34,2 %).
- Andererseits waren diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 23,3 % der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer verursachten sogar nur 4,9 % der Ausfalltage.

Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer vergleichsweise geringe Auswirkungen auf die Höhe des Krankenstandes.

Die sehr häufigen Arbeitsunfähigkeiten von bis zu drei Tagen Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand.

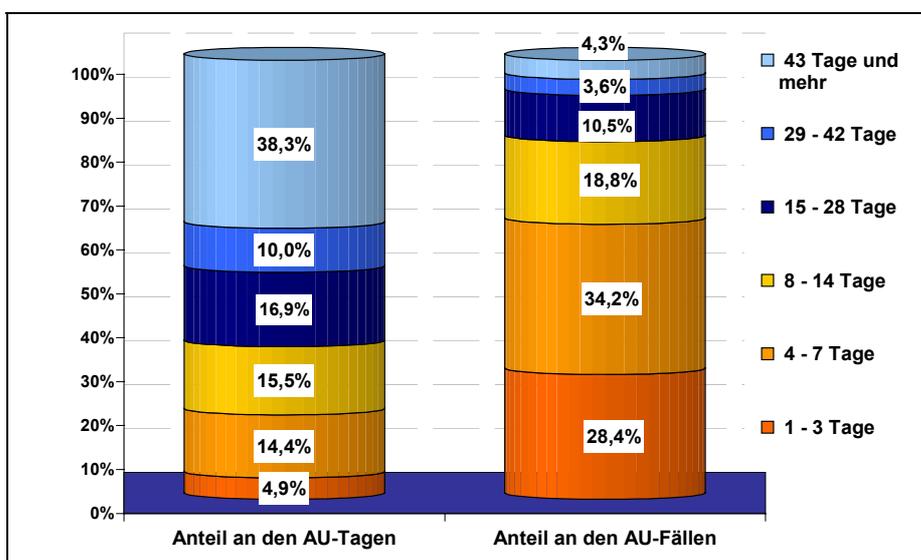


Abbildung 8:

Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und den AU-Fällen insgesamt (Pfleger in stationären Einrichtungen 2003)

Quelle: DAK AU-Daten 2003^b

38,3 % der AU-Tage entfielen auf nur 4,3 % der Fälle, nämlich die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen.

Insbesondere auf der betrieblichen Ebene spielen jedoch auch die kurzen und sehr kurzen Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Die DAK hat sich im Schwerpunkt des Gesundheitsreports 2004 dem Thema Kurzeiterkrankungen gewidmet. Dafür wurden auch Vertreter von Unternehmen, Verwaltungen, Wirtschaftsverbänden und der Gewerkschaften zu der Bedeutung des Phänomens Kurzeiterkrankungen befragt.

Diese Befragung bestätigt klar, dass häufige kurze Ausfallzeiten zu empfindlichen Störungen in betrieblichen Abläufen, besonders bei kleinen Unternehmen führen können. Das gilt vermutlich insbesondere auch für Krankenhäuser, in denen die Beschäftigten auf die Kooperation verschiedener Abteilungen und Berufsgruppen angewiesen sind.

Kurze Ausfallzeiten können betriebliche Abläufe empfindlich stören.

^b Da die Prozentwerte auf eine Nachkommastelle gerundet werden, kann es vorkommen, dass sich die Summe der angegebenen Werte (wie beim Anteil an den AU-Fällen) minimal von 100 % abweicht.

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

Der Anteil sehr kurzer Erkrankungen ist bei Beschäftigten in der stationären Pflege geringer als im Gesamtdurchschnitt.

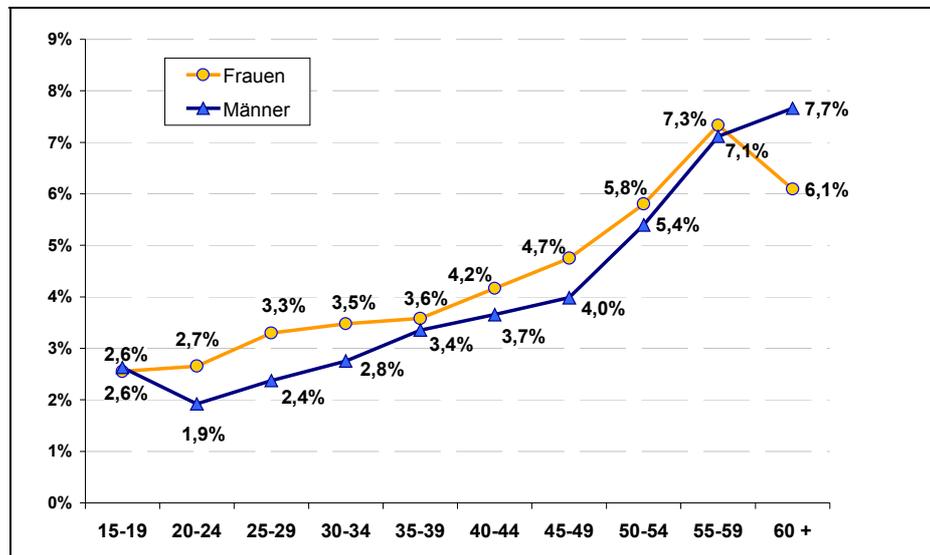
Die Verteilung der Erkrankungsfälle und AU-Tage auf die in Abbildung 8 dargestellten Gruppierungen unterscheiden sich in einigen Punkten leicht von der Verteilung der DAK-Gesamtwerte: Der Anteil der AU-Tage, der auf Fälle von 1 bis 3 Tagen Dauer entfiel, ist bei den Pflegekräften kleiner als im Gesamtdurchschnitt. Im Durchschnitt aller DAK-Mitglieder machten diese sehr kurzen AU-Fälle 7,4 % aller AU-Fälle aus, während sie bei Pflegenden nur 4,9 % aller krankheitsbedingten Ausfalltage begründen. Der Anteil der Tage, die durch längere Erkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer verursacht wurde, ist fast identisch. Dieser Anteil beträgt über alle Branchen und Berufsgruppen 37,8 % (Pflegende in stationären Einrichtungen: 38,3 %).

Dieser Zusammenhang spiegelt sich auch in der Verteilung der Erkrankungsfälle: Während bei den Pflegenden nur 28,4 % aller Erkrankungsfälle weniger als 4 Tage dauerten, beträgt dieser Anteil in Bezug auf alle DAK-Mitglieder 35,9 %. Andererseits dauerten bei den Pflegekräften 34,2 % aller Erkrankungsfälle 4 bis 7 Tage, im Durchschnitt aller DAK-Mitglieder ergibt sich hier ein Anteil von 29,4 %.

2.9. Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Abbildung 9:

Krankenstand bei Pflegenden in stationären Einrichtungen 2003 nach Geschlecht und 10 Altersgruppen



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Abbildung 9 stellt den Krankenstand für Pflegende 2003 differenziert nach Altersgruppen sowie getrennt nach männlichen und weiblichen Mitgliedern dar.

Der Krankenstand der Frauen lag mit 4,1 % über dem der Männer von 3,8 %. Wie der Verlauf über die Altersklassen hinweg zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen ab dem 20. Lebensjahr über dem der Männer. Beide Kurven zeigen einen ab dem 20. Lebensjahr bis zum 59. Lebensjahr tendenziell ansteigenden Verlauf. In der höchsten Altersgruppe zeigt sich bei den männlichen Pflegenden weiterhin ein deutlich abgeflachter Anstieg, wogegen bei den weiblichen Mitgliedern ab 60 ein deutlich niedriger Krankenstand als in der Altersgruppe der 55 bis 59-Jährigen zu verzeichnen ist. Dies ist vermutlich durch den als "healthy-worker-effect" bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen häufiger von Frühverrentungsangeboten und vorzeitigem Ruhestand Gebrauch und scheiden somit aus der Gruppe der hier betrachteten aktiv Erwerbstätigen aus.

Als Erklärung für den Geschlechtsunterschied beim Krankenstand kommen verschiedene Faktoren in Betracht:

- Viele weibliche Beschäftigte sind Mehrfachbelastungen durch Familie und Beruf ausgesetzt, die gerade im Pflegeberuf mit seinen schwierigen Arbeitszeiten schwer zu bewältigen sind.
- Unter den männlichen Pflegenden ist der Anteil von Führungskräften deutlich höher als unter den Frauen. Auch die im ersten Teil des vorliegenden Gesundheitsreports dargestellten Befragungsergebnisse bestätigen dies. Führungskräfte haben im Allgemeinen größere Spielräume, um gesundheitlich belastende Situationen zu kompensieren.
- Vertiefende Analysen im Rahmen des DAK Gesundheitsreports 2001, in dem die Ursachen für den erhöhten Krankenstand bei weiblichen DAK-Mitgliedern untersucht wurden, haben ferner gezeigt, dass ein Teil der Geschlechtsdifferenz im Krankenstand auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurück geführt werden kann.

Frauen haben einen höheren Krankenstand als Männer.

Mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand.

Erklärungen für den erhöhten Krankenstand bei Frauen

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

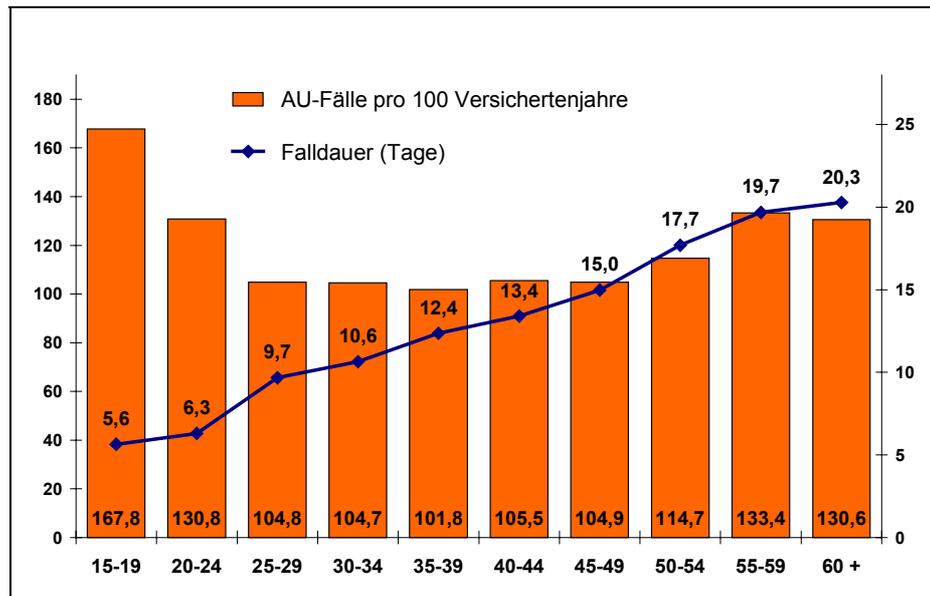
Auch wenn man alle Mitglieder der DAK im Jahr 2003 betrachtet, zeigt sich ein höherer Krankenstand für weibliche (3,8 %) als für männliche (3,6 %) Mitglieder. Ab dem 25. Lebensjahr ist der Krankenstand von männlichen und weiblichen Pflegenden höher als bei Männern und Frauen der Gesamtgruppe. In den beiden jüngsten Altersgruppen ist der Krankenstand jedoch bei beiden Geschlechtern niedriger.

2.10. Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten und durchschnittliche Falldauer nach Alter

Die Höhe des Krankenstandes ist stark vom Alter der Versicherten abhängig. Weitere Erklärungen für diesen typischen Krankenstandsverlauf liefert die Zerlegung des Krankenstandes in seine beiden Komponenten "Erkrankungsdauer und Erkrankungshäufigkeit". In Abbildung 10 sind die Fallhäufigkeit und die durchschnittliche Falldauer nach Altersgruppen aufgeschlüsselt.

Abbildung 10:

Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen bei Pflegenden in stationären Einrichtungen 2003



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Der in Abbildung 10 erkennbare Altersgang zeigt bei den Pflegekräften ein typisches Bild:

In den jüngeren Altersgruppen sind Arbeitsunfähigkeiten mit Abstand am häufigsten. Am auffälligsten ist die Gruppe der jüngsten Mitglieder: Bei den unter 20-Jährigen war die Fallzahl mit 167,8 Fällen pro 100 Versichertenjahre deutlich höher als bei den mittleren und höheren Altersgruppen.

Die jüngsten Mitglieder waren am häufigsten arbeitsunfähig.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Jüngere Arbeitnehmer fallen z.B. auch häufiger aufgrund von eher geringfügigen Erkrankungen (z. B. Atemwegsinfekten) im Betrieb aus. Diesen Erkrankungen kann zum Teil durch Präventionsmaßnahmen wie Gripeschutzimpfungen entgegen gewirkt werden.

Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Die durchschnittliche Falldauer ist dementsprechend in den jüngeren Altersgruppen sehr kurz und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an. Bei den Beschäftigten in der stationären Pflege dauerte eine Arbeitsunfähigkeit eines 15 bis 19-Jährigen durchschnittlich 5,6 Tage, die eines über 60-Jährigen mit durchschnittlich 20,3 Tagen mehr als dreimal so lange.

Ältere Arbeitnehmer werden länger krank.

Wegen der kurzen Falldauer wirkt sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder in der stationären Pflege nur in einem geringfügig höheren Krankenstand aus (Abbildung 9).

Längere Erkrankungsdauer ist Ursache für höheren Krankenstand der älteren Mitglieder.

Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Pflegekräfte ist darauf zurückzuführen, dass chronische Krankheiten mit zunehmendem Alter immer bedeutender werden, mit der Folge, dass Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als 6 Wochen Dauer erheblich zunehmen.

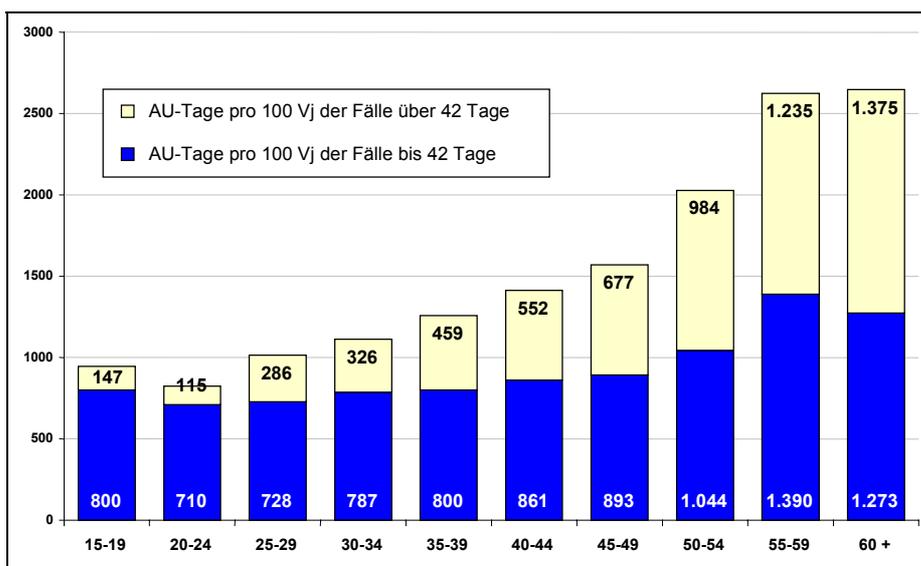


Abbildung 11:

AU-Tage pro 100 Versichertenjahre der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage nach Altersgruppen (Pflegende in stationären Einrichtungen 2003)

Quelle: DAK AU-Daten 2003

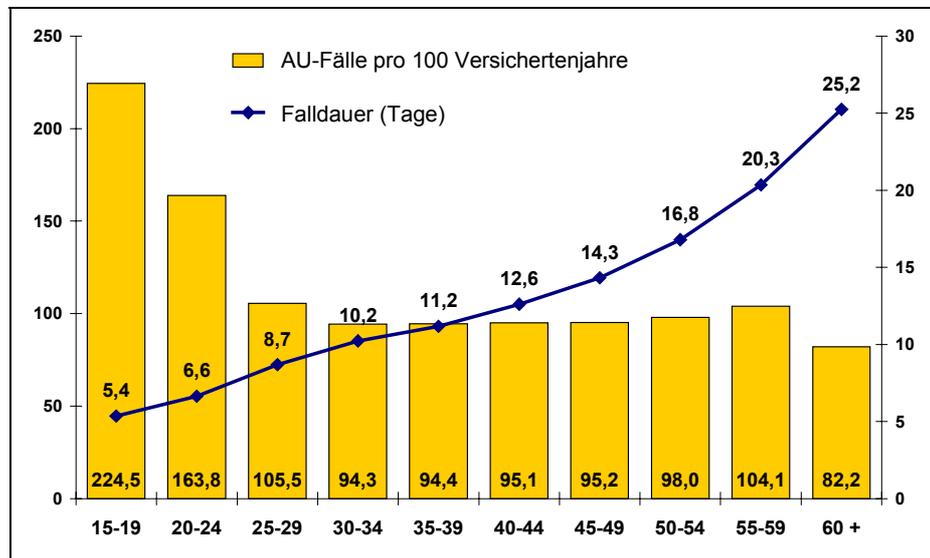
Abbildung 11 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu bzw. über 6 Wochen Dauer zurückzuführen sind. In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (blauer Säulenabschnitt) und die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (gelber Säulenabschnitt).

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

In Abbildung 12 sind die Fallhäufigkeit und die durchschnittliche Falldauer nach Altersgruppen für die DAK-Mitglieder insgesamt aufgeschlüsselt.

Abbildung 12:

Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen für DAK-Gesamt 2003



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Bei dem Vergleich zwischen Krankenschwestern und -pflegern (vgl. Abbildung 10) und DAK-Mitgliedern fällt einerseits auf, dass sich die beiden jüngsten Altersgruppen der Pflegenden hinsichtlich der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten im Jahr 2003 deutlich günstiger darstellen als der Gesamtdurchschnitt.

Mit zunehmendem Alter treten Arbeitsunfähigkeiten bei in der stationären Pflege Beschäftigten jedoch deutlich häufiger auf. Während in der Altersgruppe der 55 bis 59-jährigen Pflegekräfte 133,4 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre auftraten, beträgt der DAK-Durchschnitt für diese Altersgruppe im Jahr 2003 104,1 Fälle pro 100 Versichertenjahre.

Ein noch deutlicheres Bild zeigt sich bei den ältesten DAK-Mitgliedern: 130,6 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre bei den Pflegenden stehen 82,2 Fälle bei allen DAK-Mitgliedern gegenüber.

Die durchschnittliche Falldauer war bei Beschäftigten in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten zwischen dem 25. und 54. Lebensjahr ebenfalls höher, in den beiden ältesten Gruppen jedoch niedriger. Das ist ein Effekt der vergleichsweise großen Anzahl an Arbeitsunfähigkeiten.

3. Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Auswertung nach Krankheitsarten

Das dritte Kapitel widmet sich der Frage, durch welche Krankheitsarten die Arbeitsunfähigkeiten verursacht wurden. Als Krankheitsarten bezeichnet man die großen Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden. Ausgangspunkt sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mit Hilfe eines internationalen Schlüssel-systems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden^c. Wenn im Folgenden von Krankheitsarten die Rede ist, sind also die ICD-Hauptgruppen gemeint.

Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen

Gegen Ende dieses Kapitels findet sich ferner eine Auflistung der wichtigsten Einzeldiagnosen. Dargestellt sind die 20 Krankheiten und Verletzungen, die 2003 den größten Anteil am Krankenstand der in der stationären Pflege beschäftigten DAK-Mitglieder hatten.

3.1. Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den AU-Tagen und damit am Krankenstand der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen im Jahr 2003 sind in Abbildung 13 dargestellt. Abbildung 14 zeigt, welchen Anteil diese Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen hatten.

Über die Hälfte (56,2 %) aller AU-Tage der in der stationären Pflege beschäftigten DAK-Mitglieder wurden durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen verursacht.

Muskel-Skelett-Erkrankungen haben den größten Anteil am Krankenstand (25,5 %)

Muskel-Skelett-Erkrankungen stehen seit Jahren an der Spitze aller Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Auf 100 Versichertenjahre entfielen bei Beschäftigten in der stationären Pflege 363,5 AU-Tage mit einer Diagnose dieser Krankheitsart. Das entspricht einem Anteil von 25,5 % am gesamten Krankenstand. Dabei wurden lediglich 16 % der Erkrankungsfälle durch diese Krankheitsart verursacht. Ins Gewicht fällt in erster Linie die lange Erkrankungsdauer von durchschnittlich 19,9 Tagen.

^c Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 wurden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt.

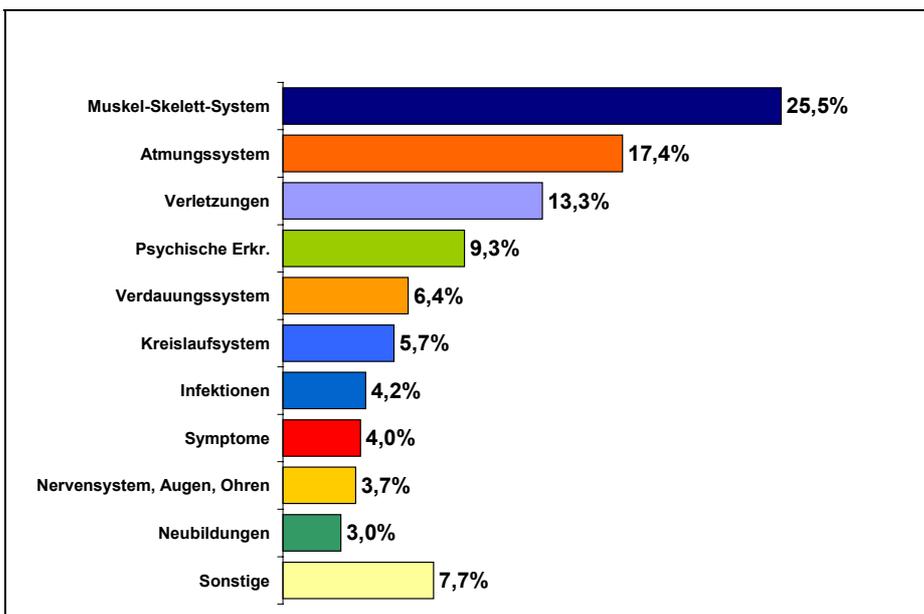


Abbildung 13:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen (Pfleger in stationären Einrichtungen 2003)

Quelle: DAK AU-Daten 2003

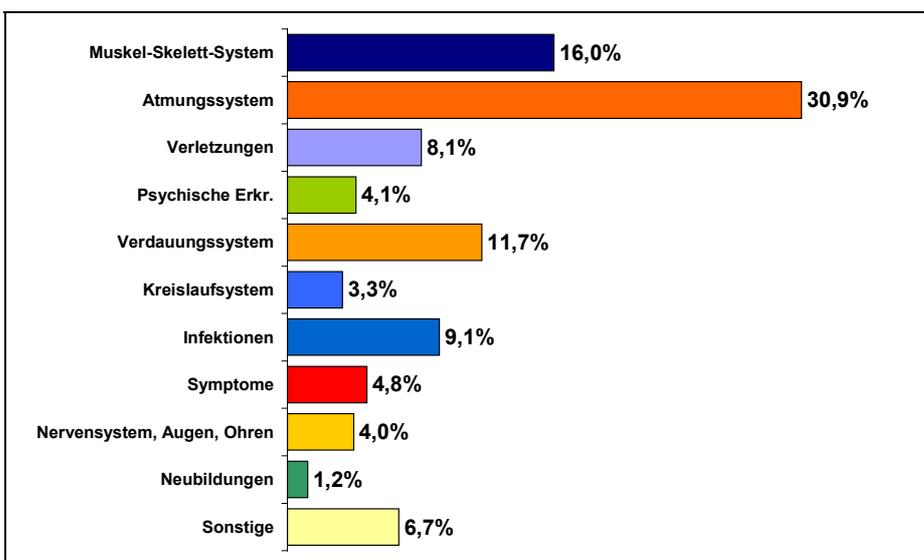


Abbildung 14:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen (Pfleger in stationären Einrichtungen 2003)

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Beschwerden der Wirbelsäule können bei Beschäftigten in Pflegeberufen aufgrund der hohen Belastungen durch schweres Heben, Bewegen und Tragen von Patienten usw. entstehen. Dazu kommt häufiges Arbeiten in gebückter oder verdrehter Körperhaltung.

Psychosoziale Belastungen können ebenfalls zu Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems beitragen. Welchen Anteil psychosoziale Belastungen am Auftreten dieser Beschwerden haben, kann allein aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden. Unbestritten ist jedoch, dass Krankenschwestern und -pfleger besonders hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind (vgl. Teil 1 dieses Berichts).

Deutlich höhere Bedeutung von Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Beschäftigten in Pflegeberufen

Der Vergleich mit den Durchschnittswerten der DAK zeigt eine deutlich höhere Bedeutung von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats bei Beschäftigten in der stationären Pflege: Der Anteil am Krankenstand ist um 3 Prozentpunkte höher als bei den DAK-Mitgliedern insgesamt. Die Summe der durch diese Diagnose verursachten Ausfalltage liegt beim DAK-Durchschnitt bei 282,4 Tagen je 100 Versichertenjahre im Vergleich zu 363,5 Tagen bei den Pflegenden.

Erkrankungen der Atmungsorgane verursachen die meisten AU-Fälle (30,9 %).

Die Krankheiten des Atmungssystems weisen hingegen die mit Abstand größte Fallhäufigkeit auf: 30,9 % aller Krankheitsfälle entfielen bei den Pflegekräften im Jahr 2003 auf derartige Diagnosen, 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 35 Mal wegen einer Erkrankung aus diesem Spektrum arbeitsunfähig.

Die Erkrankungen des Atmungssystems stehen damit an zweiter Stelle in der Rangfolge der wichtigsten Krankheitsarten. Bei den Pflegekräften zeigt sich damit ein vergleichbares Bild wie bei den DAK-Mitgliedern insgesamt.

13,3 % des Krankenstands sind auf Verletzungen zurückzuführen.

Verletzungen verursachten 2003 189,3 AU-Tage pro 100 ganzjährig in der Pflege Beschäftigte und damit 13,3 % des Krankenstandes. Die Bedeutung für den Krankenstand ist damit im Vergleich zu den Gesamtwerten des Bundes etwas geringer. Betrachtet man alle DAK-Mitglieder, so ergibt sich ein Anteil von 14,4 % des Gesamtkrankenstandes, der auf Verletzungen zurück zu führen ist.

Wichtige Erkrankungen sowohl bei den Pflegekräften in stationären Einrichtungen als auch bei den DAK-Mitgliedern insgesamt sind Erkrankungen der Verdauungsorgane (Pflegekräfte: 6,4 %, DAK gesamt: 6,9 %) sowie des Kreislaufsystems (Pflegekräfte: 5,7 %, DAK gesamt: 5,8 %).

Zunahme von psychischen Erkrankungen?

Besondere Aufmerksamkeit sollte jedoch den psychischen Erkrankungen gewidmet werden: Bei den Beschäftigten in der stationären Pflege hatte diese Krankheitsart 2003 mit einem Anteil von 9,3 % am Krankenstand ein etwas höheres Gewicht als beim DAK-Durchschnitt (8,8 % - Anteil am Krankenstand). Auf 100 Versichertenjahre entfielen 132,5 Ausfalltage aufgrund von psychischen Erkrankungen.

Der Anteil dieser Krankheitsart am Krankenstand hat in den zurückliegenden Jahren insgesamt kontinuierlich zugenommen. Die DAK hat daher im Jahr 2002 sowie im aktuellen Gesundheitsreport 2005 vertiefte Analysen der Entwicklung psychischer Erkrankungen präsentiert.

Entwicklung psychischer Erkrankungen

Im aktuellen Gesundheitsreport wurden Experten zu den Ursachen der Zunahme von Depressionen und Angststörungen – den beiden häufigsten psychischen Störungen – befragt.

In den Antworten wird einerseits deutlich, dass es keine einfache Antwort auf die Frage gibt, ob psychische Erkrankungen tatsächlich zunehmen. Zwei Erklärungsansätzen stimmen jedoch die meisten Experten zu:

Diagnostik psychischer Störungen hat sich verbessert

- Die Diagnostik psychischer Störungen durch die Ärzte hat sich verbessert. Besonders Hausärzte erkennen heute solche Erkrankungen eher als noch vor einigen Jahren.
- Patienten sind eher bereit solche Diagnosen, die noch immer mit einem gewissen Stigma behaftet sind, für sich zu akzeptieren und berichten offener über solche Symptome.

Auch wenn die Zunahme psychischer Erkrankungen wahrscheinlich auch auf eine verbesserte Diagnostik und einen veränderten Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung zurückzuführen ist, bestehen in der Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland immer noch große Lücken. Psychisch Kranke bekommen häufig erst viel zu spät eine angemessene fachärztliche Versorgung oder psychische Erkrankungen werden gar nicht erkannt.

Dennoch: Lücken in der Versorgung psychisch Erkrankter

Die DAK setzt sich daher für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein.

Das Modellprojekt "Psy-Case-Management" der DAK.

Insbesondere psychosomatische Erkrankungen verursachen aufgrund der oftmals zunächst auftretenden somatischen Beschwerden hohe Kosten, ohne dass durch die Therapie eine kausale Behandlung oder eine dauerhafte Linderung der Beschwerden erreicht wird. Eine aktuelle DAK-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen durchschnittlich erst nach 7 Jahren eine adäquate Behandlung beginnen.

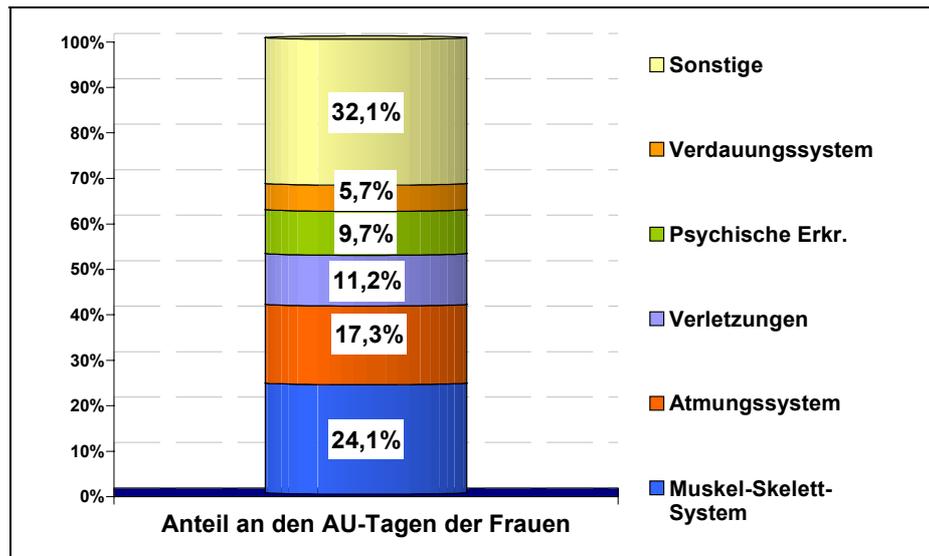
Die DAK hat daher in Kooperation mit der Bundesanstalt für Angestellte (BfA) und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ein Konzept zur Fallsteuerung für Patienten mit ausgesuchten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in den Modellregionen Hessen und Rheinland-Pfalz erarbeitet. Ziel des Projektes ist die frühzeitige Hilfe der Betroffenen und die Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das berufliche und private Leben. Voraussichtliches Ende des Modellprojekts ist Dezember 2006.

3.2. Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Das Krankheitsspektrum zeigt bei Pflegekräften in stationären Einrichtungen deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Abbildungen 15 und 16 zeigen die fünf Krankheitsarten, auf die bei Frauen bzw. Männern der größte Teil der AU-Tage entfiel.

Abbildung 15:

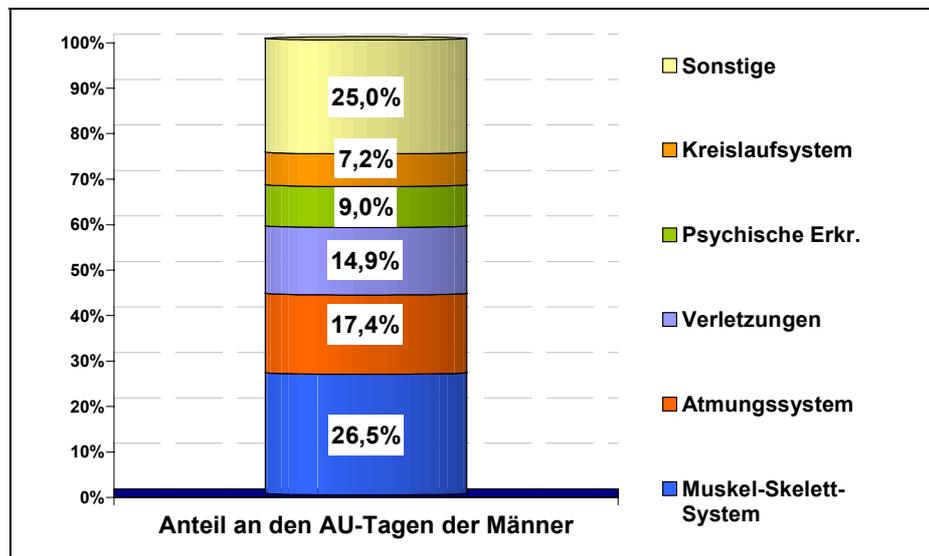
Frauen:
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen (Pflegerinnen in stationären Einrichtungen 2003)



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Abbildung 16:

Männer:
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen (Pflegerinnen in stationären Einrichtungen 2003)



Quelle: DAK AU-Daten 2003

26,5 % aller Krankheitstage entfielen bei den männlichen Versicherten auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Der Anteil bei den Frauen lag mit 24,1 % darunter.

Krankheiten des Atmungssystems haben für Frauen und Männer gleich große Bedeutung (17,3 % gegenüber 17,4 %). Auffällig ist die bedeutende Rolle, die Verletzungen – also Unfallfolgen – für das Krankheitsgeschehen der männlichen Pflegekräfte spielten: Knapp 15 % des Krankenstandes der Männer ist durch Verletzungen begründet, bei den Frauen betrug dieser Anteil nur 11,2 %.

Der Anteil psychischer Erkrankungen war bei Frauen mit 9,7 % nur geringfügig höher als bei Männern mit 9 %. Das ist ein im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen auffälliges Resultat. In der Regel kommt den psychischen Erkrankungen bei den weiblichen Versicherten (Gesamtwert 2003: 10,6 %) eine deutlich größere Bedeutung an allen Ausfalltagen zu als bei den männlichen Versicherten (Gesamtwert 2003: 7,4 %).

Dass sich der Anteil an psychischen Erkrankungen bei Männern, die in der stationären Pflege tätig sind, dem Anteil der Erkrankungen bei den weiblichen Beschäftigten in diesem Berufsfeld annähert, ist ein Hinweis darauf, dass es sich hier um spezifische Belastungen aus der Arbeitsumwelt handeln kann.

Auffällige Differenzen gab es hinsichtlich des Stellenwertes von Kreislauferkrankungen für den Krankenstand: Bei Männern nahm diese Erkrankungsart einen Anteil von 7,2 % an allen krankheitsbedingten Ausfalltagen ein und belegt damit den fünften Rang unter den wichtigsten Krankheiten. Bei Frauen hingegen war der Anteil am Krankenstand, der auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückgeführt werden kann, mit 3,7 % nur halb so hoch. Daher fielen Kreislauferkrankungen bei den weiblichen Pflegekräften nicht unter die fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Die hohe Relevanz von Kreislauferkrankungen bei Männern ist nicht durch eine höhere Auftretenshäufigkeit, sondern durch die vergleichsweise lange Erkrankungsdauer zu erklären. Die durchschnittliche Falldauer für diese Erkrankungsart betrug bei Männern 25,4 Tage, bei Frauen war sie mit 15,4 Tagen 10 Tage kürzer. Die längere Erkrankungsdauer bei Männern ist durch einen größeren Anteil schwerwiegender Erkrankungen wie z.B. Herzinfarkte zu erklären.

Zu den fünf wichtigsten Erkrankungen zählten bei den weiblichen Pflegenden mit einem Anteil von 5,7 % am Gesamt Krankenstand die Erkrankungen der Verdauungsorgane. Bei Männern spielte diese Erkrankungsart mit 6,9 % auch eine wichtige Rolle, gehörte aber nicht zu den fünf wichtigsten Krankheitsarten.

Unfälle sind bei Männern häufiger als bei Frauen.

Männer in der Pflege sind überproportional häufig von psychischen Erkrankungen betroffen.

Männer haben erheblich mehr Fehltage aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems.

Erkrankungen der Verdauungsorgane sind bei den Frauen unter den fünf häufigsten Krankheiten.

Ferner wird aus Abbildung 15 und Abbildung 16 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (32,1 %) auf die sonstigen Krankheitsarten entfiel als bei den Männern (25,0 %). Dies ist besonders auf den bei den Frauen im Vergleich zu den Männern hohen Anteil von Neubildungen (4,4 % im Vergleich zu 1,9 %) sowie Symptomen (4,4 % im Vergleich zu 3,6 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (4,1 % im Vergleich zu 1,0 %) zurückzuführen. Symptome bezeichnen Erkrankungsbilder, für die (bislang) keine klinische Ursache gefunden werden konnte. Hierunter fallen z. B. Einzeldiagnosen wie "Symptome, die die Stimmung betreffen", "Kopfschmerz" sowie "Unwohlsein und Ermüdung", d.h. Symptome, die auch in Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung auftreten können.

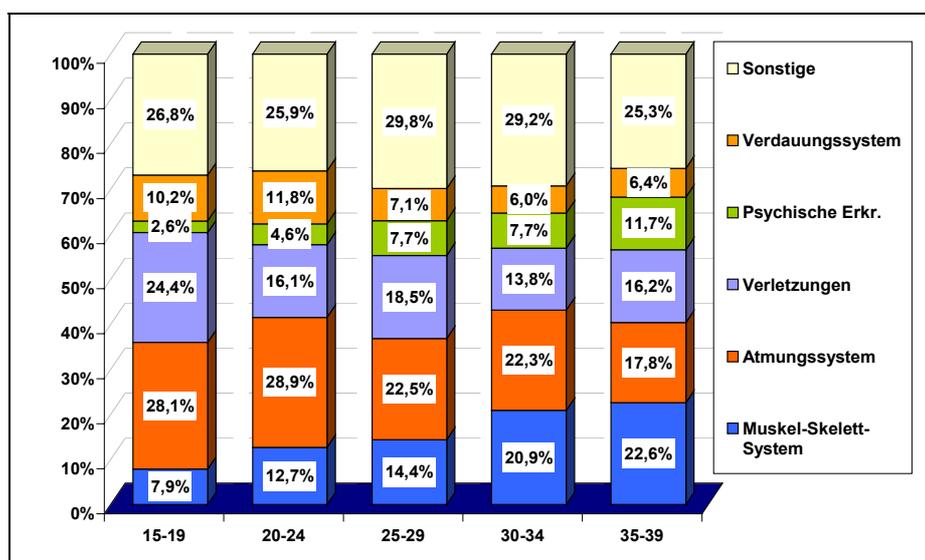
Die größere Bedeutung der Neubildungen (Krebserkrankungen) für den Krankenstand der Frauen erklärt sich aus der unterschiedlichen epidemiologischen Situation: Die häufigsten Krebserkrankungen der Frau (Brust- und Gebärmutterkrebs) treten bereits im jüngeren Lebensalter auf, wogegen die häufigsten Krebserkrankungen des Mannes (Lungen-, Darm und Prostatakrebs) erst im Rentenalter vermehrt manifest werden.

3.3. Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 17 zeigt die fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 18 in den fünf höheren Altersgruppen.

Abbildung 17:

Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen (Pfleger in stationären Einrichtungen 2003)



Quelle: DAK AU-Daten 2003

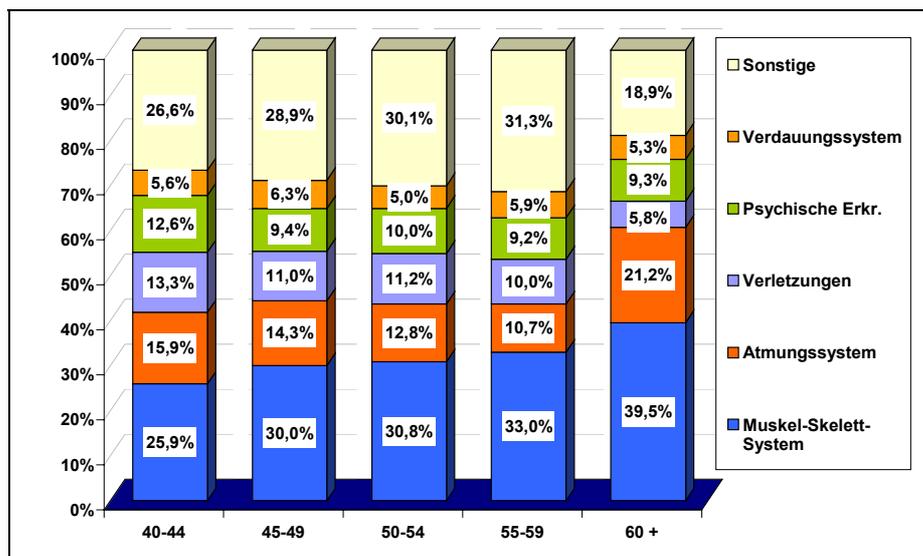


Abbildung 18:

Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf höheren Altersgruppen (Pfleger in stationären Einrichtungen 2003)

Quelle: DAK AU-Daten 2003

Der Krankenstand der jüngeren Pflegekräfte wird vor allem durch Erkrankungen der Atmungsorgane und Verletzungen bestimmt: Bei den jüngsten Pflegekräften entfielen 24,4 % der AU-Tage auf Verletzungen und 28,1 % auf Erkrankungen des Atmungssystems. Dennoch ist auch der Anteil von Muskel-Skelett-Erkrankungen an den AU-Tagen (7,9 %) auch bei den jüngsten Pflegekräften schon bemerkenswert. Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den jüngsten Pflegenden ließen sich möglicherweise durch eine Optimierung der Ausbildungskonzepte in der Pflege vorbeugen.

Bei den Älteren gewinnen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems zunehmend an Gewicht. In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen Pflegenden verursachten sie im Jahr 2003 39,5 % des Krankenstandes der in der stationären Pflege Beschäftigten. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems gehören zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen, d.h., dass die Krankheitsverläufe mit zunehmendem Alter schwerer und lang andauernder werden.

Der Anteil am Gesamtkrankenstand der psychischen Störungen steigt von 2,6 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 12,6 % bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann tendenziell wieder ab. Sie liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 9,3 %. Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten (der sogenannten "Midlife-Crisis") zusammen. Konflikte um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Karriereplanung und Überlastungssymptome ("Burn-out") können ebenfalls zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen.

3.4. Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD-Hauptgruppen) am Krankenstand der Beschäftigten in der stationären Pflege betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD-Hauptgruppen die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflussten.

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen

ICD 10	Diagnose	AU-Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	8,2 %	6,7 %
J06	Atemwegsinfektionen	4,0 %	8,3 %
F32	Depressive Episode	3,3 %	1,3 %
J20	Akute Bronchitis	2,7 %	4,7 %
M51	Bandscheibenschäden	2,4 %	0,8 %
T14	Sonstige Verletzung	2,2 %	1,6 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,8 %	1,2 %
J40	Sonstige Bronchitis	1,8 %	3,1 %
M53	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	1,6 %	1,3 %
M23	Kniegelenkschädigung	1,6 %	0,6 %
J01	Entzündungen der Nasennebenhöhlen	1,3 %	2,5 %
K52	Nicht-infektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,3 %	3,5 %
J11	Grippe	1,3 %	2,4 %
A09	Durchfall und Magen-Darm-Infektionen	1,3 %	3,5 %
M75	Schulterläsionen	1,1 %	0,6 %
C50	Brustkrebs	1,1 %	0,1 %
B34	Viruskrankheiten	1,1 %	2,2 %
S93	Knöchelverstauchung, -zerrung	1,1 %	0,9 %
J03	Mandelentzündung	1,0 %	2,1 %
G56	Nervenleiden der oberen Extremitäten	1,0 %	0,4 %
	Summe	41,4 %	47,7 %

Bei der Berechnung der Anteile der Einzeldiagnosen wurde keine Standardisierung vorgenommen. Die in der Tabelle angegebenen Prozentsätze entsprechen also den real zu beobachtenden Krankheitsanteilen.

An der Spitze der AU-Tage standen bei den Pflegenden im Jahr 2003 "Rückenschmerzen" (M54). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems fallen, waren "Bandscheibenschäden" (M51), "Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens" (M53), "Kniegelenkschädigungen" (M23) und "Schulterläsionen" (M75). Diese fünf Krankheitsarten hatten einen Anteil von 15 % am gesamten Krankheitsstand.

Folgende Erkrankungen des Atmungssystems spielten bei den Pflegenden eine größere Rolle: "Atemwegsinfektionen" (J06), "Akute Bronchitis" (J20), "Sonstige Bronchitis" (J40), "Entzündungen der Nasennebenhöhlen" (J01), "Grippe" (J11) sowie "Mandelentzündung" (J03). Diese Einzeldiagnosen waren für 12,2 % der AU-Tage und mit 23,1 % für fast jeden vierten Erkrankungsfall verantwortlich.

"Depressive Episoden" (F32) standen an dritter Stelle der wichtigsten Einzeldiagnosen. Weitere wichtige Krankheiten aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen waren "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F43). Bei den psychischen Erkrankungen handelt es sich meist um längerfristige Krankheitsfälle. Daher ist ihr Anteil an den AU-Tagen erheblich niedriger als an den AU-Fällen.

An sechster Stelle der Liste der wichtigsten Einzeldiagnosen stehen "Sonstige Verletzungen" (T14). Aus dieser Gruppe waren ebenfalls die "Knöchelverstauchungen und -zerrungen" (S93) relevant.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Pflegenden fielen zwei Diagnosen aus der Gruppe der Magen-Darm-Erkrankungen: "Nicht-infektiöse Gastroenteritis und Kolitis" (K52) sowie "Durchfallerkrankungen und Magen-Darm-Infektionen" (A09). Bei der erstgenannten Krankheit handelt es sich zumeist um vorübergehende Magenverstimmungen und Durchfallerkrankungen.

Für die Betrachtung der Einzeldiagnosen wurden die beobachteten Werte herangezogen. Bedingt durch den hohen Frauenanteil in den Pflegeberufen hatte "Brustkrebs" (C50) im Jahr 2003 daher eine vergleichsweise hohe Bedeutung für den Krankenstand.

4. Arbeits- und Wegeunfälle

Im zweiten Teil des "Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege" wurde bereits detailliert über das bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeldete Arbeits- und Wegeunfallgeschehen bei Beschäftigten in der stationären Krankenpflege berichtet.

Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten

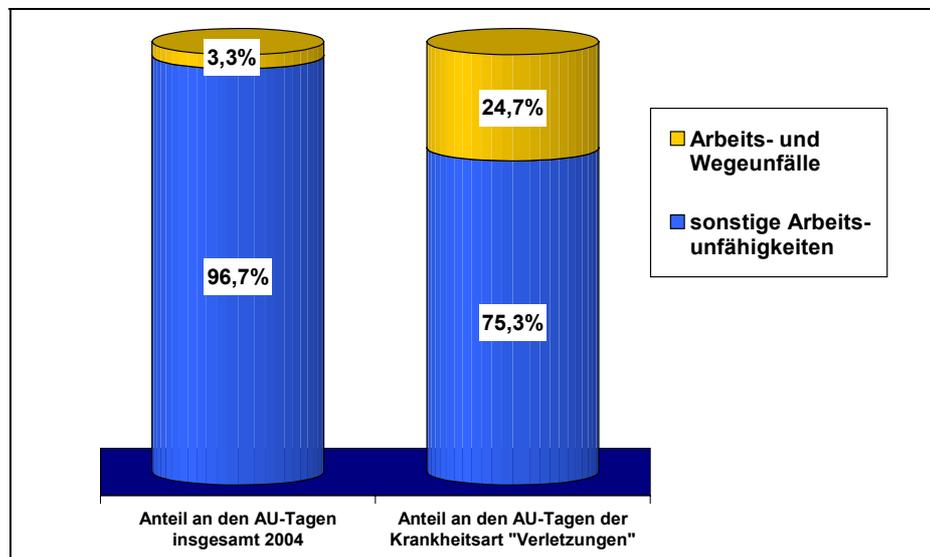
In den Daten der DAK ist dokumentiert, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Dies ist bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten der Fall. Da letztere nur einen verschwindend geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf die Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen.

3,3 % des Krankenstandes wurden 2003 durch Arbeits- und Wegeunfälle verursacht.

2003 wurden je 100 ganzjährig versicherter DAK-Mitglieder in der stationären Pflege 46,7 AU-Tage und 2,0 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet. Der Anteil am Gesamt Krankenstand betrug damit 3,3 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart "Verletzungen", so betrug der Anteil hier fast ein Viertel (24,7 %).

Abbildung 19:

Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt bzw. der –Krankheitsart "Verletzungen" (Pfleger in stationären Einrichtungen 2003)



Quelle: DAK AU-Daten 2003

Beschäftigte in der stationären Pflege im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten

Im Kapitel über die Relevanz einzelner Krankheitsarten für den Krankenstand ist bereits deutlich geworden, dass Verletzungen bei den Pflegenden in der stationären Pflege insgesamt seltener auftreten als im DAK-Durchschnitt.

Auch der Anteil von Arbeits- und Wegeunfällen am Krankenstand war 2003 bei Beschäftigten in der stationären Pflege mit 3,3 % gegenüber 4,8 % DAK-weit geringer.

Ein Blick auf die absolute Zahl von Ausfalltagen aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen bestätigt dieses Resultat: Bei allen DAK-Mitgliedern fielen rund 60 AU-Tage und 3,2 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen an.

Anteil von Arbeits- und Wegeunfällen am Krankenstand bei Beschäftigten in Pflegeberufen niedriger.

5. Schlussfolgerungen

	<p>Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der 118.000 DAK-versicherten Beschäftigten in der stationären Pflege hat deutliche Unterschiede dieser Berufsgruppe im Vergleich zur Gesamtheit der DAK-Mitglieder aufgezeigt.</p>
<p>Krankenstand bei Pflegenden 0,4 % höher als der DAK-Durchschnitt</p>	<p>Der Krankenstand lag 2003 mit 3,9 % um 0,4 Prozentpunkte über dem DAK-Durchschnitt von 3,5 %, was vor allem durch eine vergleichsweise lange Dauer der einzelnen Erkrankungen begründet war. Zudem lag die Betroffenenquote deutlich über dem Durchschnitt.</p>
<p>Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Diagnosen besonders häufig</p>	<p>Auch hinsichtlich der Krankheitsursache zeigen sich wesentliche Unterschiede zwischen Pflegenden in stationären Einrichtungen und den DAK-Gesamtwerten. Die Bedeutung von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems war deutlich höher, ebenso waren psychische Diagnosen vor allem bei Männern in dieser Berufsgruppe überproportional häufig vertreten.</p>
	<p>Die Ergebnisse unterstreichen damit erneut, dass Beschäftigte im Pflegeberuf überdurchschnittlichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind.</p>
<p>Arbeitszufriedenheit gesunken</p>	<p>Die Analysen im ersten Teil des "DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege" haben die wichtigsten Einflussfaktoren aufgezeigt: Neben der nach wie vor erheblichen Belastung durch körperlich stark beanspruchende Tätigkeiten sind vor allem Faktoren wie wachsender Zeit- und Leistungsdruck zu nennen. Wie die Umfrageergebnisse gezeigt haben, ist die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden im Vergleich zu der 1999 durchgeführten Umfrage für den ersten Krankenpflegereport gesunken. Viele Pflegenden beschreiben ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz als unzureichend.</p>
<p>Unzureichende Mitgestaltungsmöglichkeiten</p>	
	<p>All dies sind Faktoren, die sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken und zu erhöhten Krankenständen beitragen können.</p>
<p>DAK und BGW Angebote für besseres betriebliches Gesundheitsmanagement</p>	<p>Aus Sicht von DAK und BGW sollten die Krankenhäuser in Zukunft dem betrieblichen Gesundheitsmanagement einen hohen Stellenwert einräumen. Es gibt eine Reihe von guten Beispielen für die Einführung von ganzheitlichen Konzepten zur Förderung der Mitarbeitergesundheit in Krankenhäusern. BGW und DAK unterstützen bei der Umsetzung durch verschiedenste Angebote:</p>

- Die BGW berät beim Aufbau von betrieblichem Gesundheitsmanagement und bei der Leitbildentwicklung und bietet begleitende Seminare zu diesen Themen an.
- Ferner werden Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsorganisation und zur Prävention von Rückenbeschwerden – unter Einbeziehung von Kinästhetik und Bobath-Konzepten – angeboten.
- Die DAK begleitet Unternehmen bei der Entwicklung und Integration von Gesundheitszielen und eines daran anknüpfenden Gesundheitsmanagements. Gemeinsam mit den Beschäftigten und der Unternehmensleitung werden zielorientierte Maßnahmen entwickelt.
- Zu den Angeboten der DAK für Betriebe zählen z.B. individuelle Beratungen, Gesundheitszirkel, Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationsanalysen, Seminare zu gesunder Mitarbeiterführung und Arbeitsplatzprogramme.

Anhang I: Erläuterungen zu Begriffen und zur Methode

Die wichtigsten Begriffe und Kennzahlen

... pro 100 Versichertenjahre	An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße "100 Versichertenjahre" verwendet. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2004 über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versichertenjahre.
Betroffenenquote	Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.
AU-Fälle oder Fallhäufigkeit	Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre. Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.
Krankenstand	Die Kennzahl "Krankenstand" wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.
Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre	Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.
Durchschnittliche Falldauer	Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.
Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen	Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich noch nach Geschlechtern getrennt.

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man sogenannte *standardisierte* Kennzahlen.

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird jeweils der Alters- und Geschlechtsaufbau der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik.

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der *nicht* auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.

Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Eine Lösung: Altersgruppenweise Vergleiche

Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: Standardisierte Kennzahlen

Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

Kapitel des ICD 10

ICD 10	Krankheitsart
A00 – B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00 – D48	Neubildungen (Krebs)
D50 – D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00 – F99	Psychische und Verhaltensstörungen
G00 – G99	Krankheiten des Nervensystems
H00 – H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60 – H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J00 – J99	Krankheiten des Atmungssystems
K00 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems
L00 – L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00 – M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes
N00 – N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
O00 – O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
P00 – P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q00 – Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
R00 – R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Internationale Klassifikation der Krankheitsarten, ICD 10

Erläuterungen zum Selektionsverfahren

Zur Selektion aller examinierten Pflegekräfte in stationären Einrichtungen wurde im Vorfeld eine Liste aller Betriebsnummern von ambulanten Pflegediensten, die DAK-Versicherte beschäftigen, erstellt. Die Betriebsnummern wurden bei den DAK-Geschäftsstellen abgefragt.

Von allen DAK-Versicherten wurden zunächst solche Mitglieder selektiert, bei denen in den "Angaben zur Tätigkeit" der Berufsgruppenschlüssel 853 (gemäß DEÜV) "examierte Krankenschwester, -pfleger, Hebamme/Entbindungspfleger" angegeben war. Im zweiten Schritt wurden alle Versicherten ausgeschlossen, bei denen die Betriebsnummer mit einer der Betriebsnummern der Liste der ambulanten Pflegedienste übereinstimmte.

Die beschriebene Selektion bildete auch die Basis für die Selektion der angeschriebenen Versichertenbefragung, deren Ergebnisse in Teil 1 dargestellt sind. Die Analysen des Rücklaufs der Versichertenbefragung zeigten, dass nur 11,7 % der Netto-Stichprobe in einer rehabilitativen Einrichtung oder einer Einrichtung der stationären Altenpflege tätig ist.

Daher ist auch für die Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens davon auszugehen, dass ein Großteil der einbezogenen Versicherten in Akutkrankenhäusern oder Fachkliniken beschäftigt ist.

Selektion examinierter Pflegekräfte, die in der stationären Pflege tätig sind.

Anhang II: Tabellen

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Berichtsjahr 2003 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2003

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	56,5	9,8	5,8	4,5%
B99	Männer	55,4	9,6	5,7	4,5%
	Frauen	58,0	10,1	5,8	4,4%
C00- Neubildungen	Gesamt	53,7	1,4	38,2	4,3%
D48	Männer	41,7	1,1	36,6	3,4%
	Frauen	70,6	1,8	39,6	5,4%
F00- Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	111,0	3,9	28,7	8,8%
F99	Männer	91,0	3,0	30,1	7,4%
	Frauen	139,2	5,0	27,6	10,6%
G00- Krankheiten der Nerven, H95 des Auges und der Ohren	Gesamt	51,4	4,7	11,0	4,1%
	Männer	47,2	4,3	11,1	3,9%
	Frauen	57,3	5,3	10,8	4,4%
I00- Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	73,2	3,6	20,2	5,8%
I99	Männer	86,9	3,7	23,8	7,1%
	Frauen	53,9	3,6	15,0	4,1%
J00- Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	213,7	33,1	6,4	17,0%
J99	Männer	196,9	30,7	6,4	16,1%
	Frauen	237,3	36,6	6,5	18,1%
K00- Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	86,9	14,0	6,2	6,9%
K93	Männer	89,9	13,7	6,6	7,3%
	Frauen	82,7	14,5	5,7	6,3%
M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	282,4	15,9	17,7	22,4%
M99	Männer	291,5	17,1	17,1	23,8%
	Frauen	269,5	14,3	18,9	20,5%
R00- Symptome und abnorme klinische R99 und Laborbefunde	Gesamt	51,4	5,6	9,2	4,1%
	Männer	43,4	4,9	8,9	3,6%
	Frauen	62,7	6,6	9,4	4,8%
S00- Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	181,1	10,4	17,4	14,4%
T98	Männer	218,0	12,5	17,4	17,8%
	Frauen	129,0	7,4	17,5	9,8%
Gesamt	Gesamt	1.260,3	110,0	11,5	100%
	Männer	1.223,3	105,2	11,6	100%
	Frauen	1.312,7	116,9	11,2	100%

Tabelle A2: Beschäftigte in der stationären Pflege: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2003

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	Pro 100 Versicherten- jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Kranken- stand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	Gesamt	60,3	10,4	5,8	4,2 %
B99	Männer	57,1	10,5	5,4	4,1 %
	Frauen	65,0	10,3	6,3	4,3 %
C00- Neubildungen	Gesamt	42,3	1,4	30,6	3,0 %
D48	Männer	25,7	1,1	23,1	1,9 %
	Frauen	65,8	1,8	37,2	4,4 %
F00- Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	132,5	4,7	28,2	9,3 %
F99	Männer	124,0	4,3	28,6	9,0 %
	Frauen	144,5	5,2	27,6	9,7 %
G00- Krankheiten der Nerven, H95 des Auges und der Ohren	Gesamt	52,9	4,5	11,6	3,7 %
	Männer	43,6	4,1	10,7	3,2 %
	Frauen	66,0	5,2	12,7	4,4 %
I00- Krankheiten des Kreislaufsystems	Gesamt	81,1	3,8	21,4	5,7 %
I99	Männer	99,0	3,9	25,4	7,2 %
	Frauen	55,7	3,6	15,4	3,7 %
J00- Krankheiten des Atmungssystems	Gesamt	247,7	35,2	7,0	17,4 %
J99	Männer	239,9	33,8	7,1	17,4 %
	Frauen	258,8	37,2	7,0	17,3 %
K00- Krankheiten des Verdauungssystems	Gesamt	91,4	13,3	6,9	6,4 %
K93	Männer	95,3	13,2	7,2	6,9 %
	Frauen	85,8	13,6	6,3	5,7 %
M00- Krh. d. Muskel-Skelett-Systems	Gesamt	363,5	18,3	19,9	25,5 %
M99	Männer	365,7	18,4	19,8	26,5 %
	Frauen	360,3	18,0	20,0	24,1 %
R00- Symptome und abnorme klinische R99 und Laborbefunde	Gesamt	56,5	5,4	10,4	4,0 %
	Männer	49,7	4,9	10,2	3,6 %
	Frauen	66,1	6,2	10,6	4,4 %
S00- Verletzungen und Vergiftungen	Gesamt	189,3	9,2	20,6	13,3 %
T98	Männer	204,7	9,6	21,2	14,9 %
	Frauen	167,5	8,5	19,7	11,2 %
Gesamt	Gesamt	1.427,1	113,9	12,5	100 %
	Männer	1.377,8	109,0	12,6	100 %
	Frauen	1.496,7	120,9	12,4	100 %