

Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern

Bernard Braun, Rolf Müller

■ Krankenschwestern sind im Berufsvergleich mit weiblichen Erwerbstätigen eine besonders arbeitsbelastete Berufsgruppe. Entsprechend liegen auch die krankheitsbedingten Fehlzeiten und die Zahl der stationären Aufenthaltstage höher als in den Vergleichsberufen. Die Arbeitsbelastungen sowie die Fehlzeiten und die Anzahl stationärer Aufenthaltstage sind dabei für Helferinnen in der Pflege deutlich höher als für Krankenschwestern. Trotzdem sind die Pflegekräfte vergleichsweise gering mit ihrem Beruf unzufrieden. Dafür scheinen eine Reihe berufsbedingter gesundheitsfördernder Ressourcen verantwortlich zu sein. Die Krankenschwestern neigen weniger zum Berufsausstieg als Angehörige von Vergleichsberufen. Pflegehelferinnen haben allerdings die größte Neigung zum Berufsausstieg. Durch die DRG-Einführung sehen die Pflegenden ihre Situation eher verschlechtert als verbessert.

■ In a comparison of occupational groups the workload of registered nurses in hospitals is higher than in other female professions. In accordance with these facts the days of absence owing to illness and the days of hospital stay of nurses are higher than in the other compared occupations. The workload, the days of absence and the days of hospital stay of non-registered nurses are clearly higher than for registered nurses. Nevertheless the dissatisfaction of female carers with their profession are comparatively low. This appears as an effect of healthy occupational resources. Registered nurses have a lower tendency to leave their jobs than members of other occupations. But non-registered nurses have the highest tendency to leave their occupation. From the view of nurses the implementation of diagnosis related groups (DRG) leads more to get worse than to get better.

Einleitung

Die Arbeitsbedingungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit sowie die berufliche Stabilität oder Mobilität der in Krankenhäusern beschäftigten Pflegekräften sind seit Jahrzehnten ein bedeutendes Thema in der Pflegeforschung (z. B. Albrecht et al. 1982; Pröll / Streich 1984; Behrens et al. 1987; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1989; Herschbach 1991; Müller B. 2000; Nolting et al. 2000; Flieder 2002; Hasselhorn et al. 2003; Wenderlein / Schochat 2003; Braun et al. 2004; Hasselhorn et al. 2005).

Der qualitative und quantitative Pflege-notstand ist ein vielfach befürchteter zukünftiger Zustand, der zum einen durch die demografische Entwicklung aber auch durch eine zunehmende Ökonomisierung im Krankenhaus hervorgerufen werden könnte. Mit Blick auf die Arbeitsbelastungen werden Vermutungen geäußert, die Pflegequalität könne darunter leiden. Zudem wird angenommen, das Pflegepersonal habe auf Grund der Arbeitsbedingungen eine erhöhte Bereitschaft zum Berufsausstieg. Mit steigender Arbeitsbelastung würde demnach die Pflegequalität sinken und die Bereitschaft zum Berufsausstieg steigen.

Innovationsschübe beeinflussen in besonderer Weise die stationäre Versorgung.

Ihre Anzahl ist zwar vergleichsweise gering, dafür wirken sie sich aber auf viele Beschäftigte und behandlungsbedürftige Einwohner um so spürbarer aus. Viele der erwähnten Untersuchungen finden daher nicht zufällig im zeitlichen Umfeld von strukturellen Veränderungen der technologischen (z.B. EDV-Einführung) oder organisatorischen (z.B. DRG) Bedingungen der Krankenhausversorgung statt.

Dies trifft auch auf die Studie zu, aus der hier einige wichtige Ergebnisse über Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Mobilität von Pflegekräften in Krankenhäusern vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Klassifikations- und Abrechnungssystems der »diagnosis related groups« (DRG) vorgestellt werden¹. Es handelt sich dabei um Ergebnisse einer ersten bundesweiten Befragung von Pflegekräften im Jahre 2003² und einer Analyse von prozessproduzierten Erkrankungs- und Versorgungsdaten von gesetzlich krankenversicherten Pflegekräften an der Schwelle zur DRG-Einführung. Dazu gehören die Darstellung der Arbeitsbelastungssituation, der Morbidität sowie der Berufsaustritte von Pflegekräften. Außerdem spielen die Fragen, warum Pflegekräfte eigentlich gesund bleiben und ob sich absehen lässt, ob und wie sich die DRG auf die Arbeits- und Lebensqualität von Pflegekräften auswirken, eine Rolle.

Angesichts der teilweise extrem dramatisierend geführten Debatte versuchen wir bewusst auf einige inhaltlichen und methodischen Fußangeln der bisherigen Analysen und die dadurch entstandenen Fehlschlüsse hinzuweisen und sie selber zu vermeiden. Dabei geht es nicht darum, Belastungen und Belastungsfolgen der Pflegekräfte zu verharmlosen, sondern darum, den Blick auf die wichtigsten Probleme und ihre Lösungsmöglichkeiten freizubekommen.

Die Eigenart von Pflegearbeit

Will man die Auswirkungen bestimmter Arbeitsbedingungen auf die Arbeitsqualität und Gesundheit von Pflegekräften verstehen, muss man sich die Besonderheiten ihrer Tätigkeit als personale Dienstleistung vor Augen führen.

Bei pflegerischen wie medizinischen Dienstleistungen finden die Produktion und die Konsumtion in einem Prozess (»uno actu«) statt und sind wechselseitig aufeinander bezogen. In diesem Verständnis sind Patienten keine jenseits der Produktion stehenden Abnehmer bzw. Konsumenten eines materiellen Produktes, sondern ein aktiver Bestandteil dieses Produktionsprozesses. In den medizinischen und pflegerischen Arbeitsprozessen spielen sie

eine Doppelrolle als »Arbeitsgegenstand« und »Mitproduzent«. Als Arbeitsgegenstand (am deutlichsten ausgedrückt durch die Lage auf dem Operationstisch im nar kotisierten Zustand) sind sie Objekte, während sie überall dort, wo es auf ihre Motivation und ihr Verhalten ankommt und sie ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben (können), auch Subjekte und Mitproduzenten im medizinisch-pflegerischen Arbeitsprozess sind: »Im Prozess der interaktiven Leistungserstellung findet – gemeinsam mit den Patienten – der eigentliche Wertschöpfungsprozess statt.« (Büssing/Glaser 2003, 26)

Ohne erträgliche Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte und Ärzte wird die Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung der Patienten spürbar beeinträchtigt und ohne die Koproduktion der Patienten ist eine hohe Produktivität der Arbeit und eine daran gekoppelte Zufriedenheit der Arbeitenden im Krankenhaus nur schwerlich möglich oder eingeschränkt.

Aus dem »uno actu«-Charakter der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit in der multiprofessionell, hierarchisch und unternehmensförmig verfassten Institution Krankenhaus ergeben sich aber eine Reihe spezifischer Konfliktebenen und Reibungspunkte:

- Die beruflichen Akteure brauchen einerseits starke verinnerlichte allgemeine Leitbilder, die sie selbst unter schwierigsten und kaum vorhersehbaren wie planbaren »Produktionsbedingungen« zur Handlungsorientierung abrufen können. Andererseits birgt dies die Gefahr von »tendenzieller Individualisierung von Leistungsanforderungen« »überhöhten Selbstansprüchen ... und Überforderungen« (Höppner 2003, 214) in sich.

- Einerseits stellt eine persönliche, individuelle Verhaltensweise gegenüber »dem Patienten« und das »Einlassen« auf ihn eine zentrale Bedingung für den Erfolg der Tätigkeit und Zufriedenheit dar. Andererseits ist eine gewisse Teamfähigkeit wegen der hohen Bedeutung des »Teams« als wichtiger Möglichkeit zur »bewussten Auseinandersetzung mit den Grenzen individueller Anstrengung« und als Form des »kollektiven Aushandeln des real Leistbaren« (Höppner 2003, 214) notwendig.

- Die zeitintensive Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten oder allgemeiner ausgedrückt die »Interaktionsarbeit« spielt eine zentrale Rolle für die

Qualität der personalen Dienstleistungsarbeit. Die Interaktionsarbeit wird aber durch einen allgemeinen Zeitmangel und die durch professionellen Dünkel und hierarchische Strukturen bedingte Kommunikationsarmut in anderen arbeitsweltlichen Beziehungen derselben Akteure (z.B. Kommunikationsmangel und -mängel zwischen Pflegekräften und Ärzten) beeinträchtigt.

- Ein zusätzliches berufliches »Strukturdilemma« besteht in der »Diskrepanz zwischen unterschiedlichen Handlungsrationalitäten«. Auf der einen Seite stehen »subjektivierende Vorgaben für pflegerische Tätigkeiten ... (die) sich an den Bedürfnissen der einzelnen PatientInnen« ausrichten. Diesen gegenüber oder entgegen stehen »objektivierende Vorgaben ... z. B. standardisierte Behandlungspläne bzw. Rationalitäten, die sich aus der Ablauforganisation in Krankenhäusern ergeben« (Höppner 2003, 206).

- Eine amerikanische Studie zu den Arbeitsanforderungen von Pflegekräften beschreibt den Kreis der gleichzeitig zu berücksichtigenden Faktoren und Aufgaben als »mindestens drei schwierige und sich manchmal widersprechende Aufgaben. Von der Krankenhaus-Krankenschwester wird erwartet, und typischerweise erwartet sie das auch von sich selber, gleichzeitig (1) ein sorgetragendes, pflegendes Individuum zu sein, (2) professionell zu handeln und (3) ein verhältnismäßig untergeordnetes Mitglied der Organisation zu sein.« (Chambliss 1996, 62).

Insgesamt stellt sich der Pflegeberuf also als ein Beruf mit besonderen psycho-sozialen Belastungspotentialen dar. Diesem Belastungspotential wurde in dieser Studie eine erhöhte Beachtung geschenkt.

Ausgewählte »Fußangeln« der Arbeitsbelastungs- und Belastungsfolgenanalyse

Bei der Betrachtung der Arbeitsbelastungen im Pflegeberuf wird aber oftmals unterschätzt oder nicht beachtet, dass es darin neben der Fülle belastender Arbeitsbedingungen auch eine Reihe von positiven Gehalten gibt, die man als Ressourcen bezeichnen kann. Diese stehen den Arbeitsbelastungen gegenüber und haben ihnen entgegengesetzte gesundheitsförderliche Wirkungen und ebenfalls Auswirkungen

auf die Bereitschaft, im Job zu bleiben. Ressourcen und Zufriedenheit im Job sollten daher bei der Betrachtung der Arbeitsbelastungen und ihren Folgen gleichzeitig wahrgenommen werden.

Viele Analysen der beruflichen oder arbeitsweltlichen Belastungen und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit oder soziale Lage der Beschäftigten verschätzen sich aber auch noch aus anderen Gründen erheblich bei der Art und dem Umfang der tatsächlichen Risiken. Hierzu gehören das Ignorieren des Pflegeberufs als typischen Frauenberuf, das Zusammenwerfen unterschiedlicher Pflegeberufe in eine gemeinsame Kategorie, das Messen von Werten ohne Vergleichsmaßstab und das Außerachtlassen von Faktoren, die jenseits des Berufs eine Wirkung auf Gesundheitszustände oder berufliche Mobilität haben können.

Wer also insbesondere bei Vergleichen der Pflegekräfte mit allen Berufstätigen nicht die Spezifika der Geschlechtsstruktur beachtet, unter- oder überschätzt viele Phänomene oder findet sie gar nicht. Die Lösung besteht darin, die Untersuchungen möglichst geschlechtsspezifisch durchzuführen.

Um festzustellen, ob es sich bei den »arbeitsbedingten« Belastungen oder den »berufsspezifischen« Morbiditäten wirklich um spezifische Zustände von Pflegenden handelt, ist ein Berufsvergleich notwendig. Darin wird dann deutlich, inwieweit speziell in der Pflege etwas verbessert werden kann/muss, oder inwieweit bestimmte Grade von Arbeitsbelastungen und Morbiditäten möglicherweise zur Normalität aller Berufe gehört. Erst der Berufsvergleich klärt darüber auf, inwieweit Belastungen, Morbiditäten und Berufsausstiege bei Pflegekräften etwas besonderes sind. Dabei sind auf Grund unterschiedlicher Arbeitsfelder die Pflegekräfte in Krankenpfleger/-schwestern und Helfer(innen) in der Pflege zu unterscheiden.

Nicht zuletzt soll auch noch darauf hingewiesen werden, dass verschiedene Berufsfelder sich auch nach sozialen Kategorien unterscheiden. Es gibt beispielsweise unterschiedliche Zugangsberechtigungen zu den Berufen, die über den Bildungsgrad definiert sind. In manchen Berufen sind mehr ältere Personen zu finden und in anderen mehr ausländische Personen. Alter, Bildungsgrad oder kultureller Hintergrund haben aber auch ihre Auswirkungen auf die Morbidität und auf die Gestaltung

der Biografie. Für die Analyse der Auswirkungen der Berufe mit ihren Belastungen auf Morbidität und Berufsausstieg ist daher die Berücksichtigung weiterer Erklärungsfaktoren von Vorteil, damit »wahre« Effekt des Berufs mit seinen Belastungen gemessen werden kann.

Arbeitsbedingungen und -belastungen von Pflegekräften

Die in unserem Projekt Ende 2003 durchgeführte Befragung von Pflegekräften über ihre Arbeitsbedingungen bestätigt im Großen und Ganzen die seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, durch Messungen, Expertenbewertungen und andere Beschäftigtenbefragungen bekannten physischen, organisatorischen und psychomentalen Belastungsschwerpunkte. Von möglicherweise vorhandenen Erwartungen oder Hoffnungen, manche der alten bekannten belastenden Arbeitsbedingungen würden in der Folge der zahlreichen strukturellen Veränderungen im Krankenhaus bis hin zum Start in die DRG-Wirklichkeit von alleine verschwinden, sollte also möglichst schnell Abstand genommen werden. Dies gilt auch für eine Einstellung des »nichts-Neues-beider-Krankenhausarbeit«, da einige der altbekannten Belastungen unter den neuen Rahmenbedingungen der Leistungsverdichtung oder unter dem Druck einer stärkeren Standardisierung völlig neue oder heftigere Folgen nach sich ziehen könnten.

Die repräsentative Befragungsstudie von IAB und BiBB aus dem Jahr 1999³ zeigt die weite Spanne von belastenden Arbeitsbedingungen, die bei Krankenschwestern immer oder häufig auftreten: Zunächst wird das Heben von schweren Lasten von 63,2% der befragten Krankenschwestern am häufigsten als Arbeitsbelastung genannt. 59,1% nennen das »zu oft zu viele Arbeiten gleichzeitig bedienen müssen«. An dritter Stelle nennen 53,2% den Termin- bzw. Zeitdruck als »immer« oder »häufig« vorkommende Arbeitsbelastung. 27,4% der Krankenschwestern arbeiten an der Grenze der Leistungsfähigkeit. Im Vergleich zu Zahntechnikerinnen (20%), Verkäuferinnen (9,9%) oder Augenoptikerinnen (4,6%) stellt sich dieser Wert als besonders hoch dar.

Die in Abbildung 1 zusammengestellten Antworten aus unserer eigenen Pflegekräfte-Befragung weisen ähnlich hohe Be-

lastungen aus wie in verschiedenen anderen Studien und deuten somit auf eine gewisse Stabilität dieser Belastungen im Pflegeberuf hin. Dies zeigt sich z. B. an der hochrangigen Bedeutung von Zeitdruck. Eine Reihe weiterer⁴ organisatorischer Arbeitsbedingungen spielen daneben und teilweise verstärkend für bis zur Hälfte der Pflegekräfte eine permanente Rolle: Zu viele administrative Tätigkeiten sind für 49,8% von ihnen die zweithäufigste Arbeitsbelastung und immerhin noch 36,4% empfinden störende Unterbrechungen »immer« oder »überwiegend« als Belastung.

Als ein Fazit der Studien lässt sich festhalten, dass 70 bis 80% der Gesamtarbeitsbelastung im Krankenhaus in Informations-, Beziehungs- und Kommunikationsproblemen innerhalb und vor allem zwischen den Berufsgruppen liegen.

Eine wichtige aber aus den verschiedensten Gründen (z.B. auch Fehlen von vergleichbaren Daten) vernachlässigte nächste Frage ist die, wie dramatisch oder harmlos diese Belastungssituation im Vergleich mit der anderer Berufstätigen eigentlich ist. Dazu haben wir unter Beachtung der eingangs genannten methodischen Hinweise erneut auf die alle Berufsgruppen umfassenden IAB/BiBB-Daten zurückgegriffen. Wir vergleichen daher mit Hilfe einer Regressionsanalyse wie stark sich die Anzahl von Belastungen⁵ zwischen Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und weiblichen Berufstätigen in ausgewählten Berufen (Zahntechnikerin, Verkäuferin, Augenoptikerin, Sprechstundenhilfe) von der Belastungssituation des als Referenz ausgewählten Berufs der Bürofachkräfte unterscheidet.

Pflegehelferinnen stehen mit etwa 2 Belastungen mehr als die Bürofachkräfte an erster Stelle, gefolgt von den Krankenschwestern und Zahntechnikerinnen, die 1,6 bzw. 1,5 Belastungen mehr als die weiblichen Bürofachkräfte aufweisen. Die Berufskategorie der Verkäuferinnen kommt immerhin noch auf etwa eine Belastung mehr als die Bürofachkräfte. Wir wollen nun für drei ausgewählte Berufskategorien mit einem bestimmten individuellen Profil anhand der Koeffizienten die Anzahl der Belastungen prognostizieren. Das Modell schätzt dann für eine westdeutsche Pflegehelferin mit Realschule und Berufsausbildung und in einem »Normalarbeitsmodell« ohne Schicht arbeitend 2,06 Belastungen. Eine Krankenschwester mit einem gleichen individuellen Profil kommt auf 1,7 Belastungen. Im Vergleich zu diesen beiden Berufskategorien sind Bürofachkräfte mit nur 0,09 Merkmalen relativ gering belastet.

Neben den Berufseffekten kamen in unseren Analysen noch weitere Effekte zum Vorschein: Wenn eine Person in einem Dreischicht-Modell tätig ist, erhöht sich ihre Anzahl der Belastungen um 3,16. Interessanterweise spielt durchgängig das Alter für die Anzahl der Belastungen keine statistisch signifikante Rolle. Die Arbeitsbelastungen sind in Ostdeutschland und für nicht-deutsche Arbeitnehmer relativ hoch. Besitzt eine Person einen Universitätsabschluss, einen Fachhochschulabschluss oder Abitur mit einer Berufsausbildung sind ihre Arbeitsbelastungen merklich reduziert.

Viele Studien über Pflegekräfte sind sich in einem Punkt einig: Pflegekräfte sind zu-

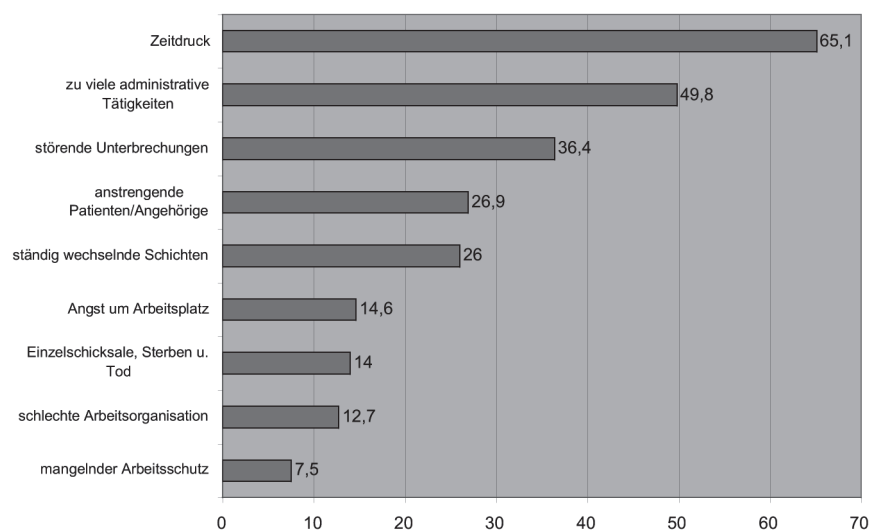


Abb. 1: Einzelne Arbeitsbelastungen von examinieren Pflegekräften (in Prozent) 2003

nehmend unzufrieden mit den schlechten Arbeits- und Pflegebedingungen (Bartholomeyczik 1987; Nolting et al. 2000). Vor allem fördern ungünstige betriebliche Bedingungen die Unzufriedenheit von Pflegekräften (Wenderlein/Schochat 2003). Wenn man diesen Aussagen über »Unzufriedenheit« aktuell folgen will, dann sollte sich diese »Unzufriedenheit« auch in den Daten des IAB/BIBB wiederfinden lassen. Sind also die für die IAB/BIBB-Untersuchung befragten Frauen im Pflegebereich »unzufriedener« als ihre Geschlechtsgenossinnen in anderen typischen Frauenberufen?

Sowohl Pflegehelferinnen als auch Krankenschwestern unterscheiden sich hinsichtlich der »Unzufriedenheit« nicht signifikant von den Bürofachkräften. Es sind in erster Linie Verkäuferinnen und Frauen in anderen Berufen, die unzufriedener sind. Neben den angesprochenen Belastungen müssen also im Pflegeberuf neutralisierende Ressourcen wirken, die auf die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit wirken. Dennoch kann man aber auf Grund der erhöhten Arbeitsbelastung von erhöhten Erkrankungsrisiken bei den Pflegekräften ausgehen.

Erkrankungsrisiken von Pflegekräften

Die Erkrankungsrisiken der Pflegekräfte werden in unserer Untersuchung vor allem auf der Basis mehrjährig (das maximale Beobachtungsfenster reicht von 1990 bis 2003) vorhandener Routinedaten für die in der Gmünder Ersatzkasse (GEK) versicherten oder auch heute noch versicherten Pflegekräfte und anderen Berufstätigen berechnet. Dabei handelt es sich um quantitative und qualitative Daten über das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, stationäre Aufenthalte und die Verordnung von Arzneimitteln.

Mit der bereits bekannten Konzentration der Analyse auf weibliche Angehörige verschiedener Berufe und der ergänzenden Differenzierung nach Krankenschwestern und Pflegehelferinnen, stellt die Abbildung 2 die durchschnittlichen jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage), die Anzahl der stationären Aufenthaltstage und die Anzahl der Arzneimittelverordnungen pro Angehörigen der jeweiligen Berufsgruppe dar.

Dabei fallen insbesondere zwei Trends ins Auge: Unter den Pflegekräften weisen die Pflegehelferinnen gegenüber den examinierten Krankenschwestern durchweg ein höheres Erkrankungsrisiko oder eine erhöhte Behandlungsintensität auf. Mit

Ausnahme der Arzneimittelverordnungen liegt das Erkrankungs- und Behandlungsrisiko aber auch für Krankenschwestern über dem von Frauen in den Vergleichsberufen.

Um dem berechtigten Einwand zu entgegen, bei diesen Effekten handle es sich z.B. um Wirkungen unterschiedlicher Altersstrukturen, haben wir in einer vertiefenden Analyse die Effekte der Altersverteilung und der Verteilung über Nationalität und Bildungsgrad herausgerechnet. Alle folgenden Aussagen über Unterschiede sind also immer so zu verstehen, dass es sich um Unterschiede handelt, für die die möglichen Effekte der genannten Merkmale rechnerisch ausgeschlossen sind. Innerhalb einer multivariaten Regressionsanalyse werden die Erkrankungs- und Behandlungsrisiken der Krankenschwestern, Pflegehelferinnen, Sprechstundenhelferinnen, Zahntechnikerinnen, Augenoptikerinnen und Verkäuferinnen mit den Risiken weiblicher Bürofachkräfte verglichen. Die festgestellten Unterschiede der medizinischen Inanspruchnahmen aus den bivariaten Untersuchungen finden sich in sehr ähnlicher Weise in den multivariaten Untersuchungen wieder.

Die geringen Effekte der Kontrollvariablen auf die Morbidität stellen sich folgendermaßen dar: Ein höheres Alter führt

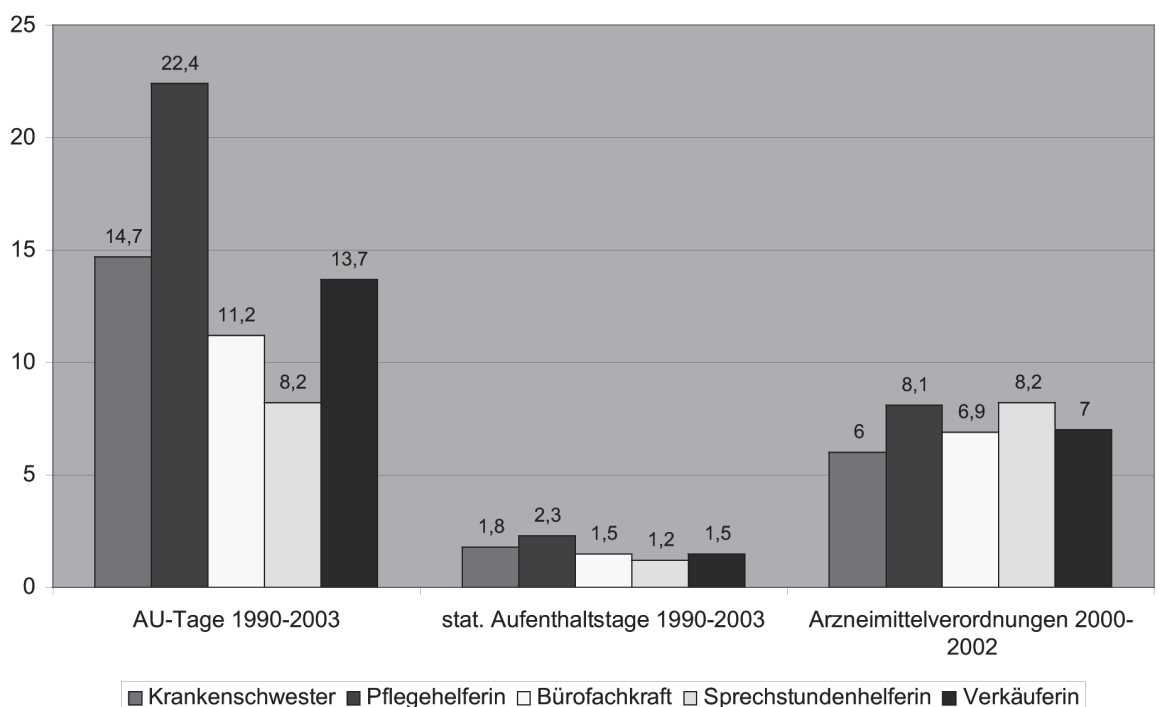


Abb. 2: Erkrankungsrisiken von Krankenschwestern und Pflegehelferinnen im Vergleich mit anderen Berufen 1990–2003

bei allen gemessenen medizinischen Leistungen zu höheren Werten. Eine höhere Bildung führt allgemein zu einer geringeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Dieser Effekt bleibt auch unter Kontrolle des Alters erhalten. Die Nationalitäten und die Kalenderjahre haben je nach medizinischer Leistung unterschiedliche Effekte.

Unser Hauptaugenmerk liegt aber auf dem Berufsvergleich. Sind Pflegekräfte in besonderem Maße gesundheitlich belastet? Die Vergleiche mit anderen Berufen, in denen Frauen auch sehr häufig vertreten sind, haben ergeben, dass es in ganz besonderer Weise die Pflegehelferinnen sind, die sich von den anderen Berufsgruppen unterscheiden. Sie haben sowohl bei den AU-zeiten als auch bei den Zeiten der stationären Aufenthalte die höchsten Werte. Dieses Ergebnis bleibt auch unter Kontrolle der anderen Variablen erhalten. Bei den Arzneimittelverordnungen ragen allerdings die Sprechstundenhelferinnen heraus (s. Abb. 3). In Zahlen dargestellt bedeutet dies: Unter Kontrolle der anderen Effekte (Alter, Bildung, ...) haben Pflegehelferinnen 9,2 AU-Tage pro Jahr mehr zu verzeichnen als weibliche Bürofachkräfte. Krankenschwestern haben aber beispielsweise 0,9 Arzneimittelverordnungen weniger als weibliche Bürofachkräfte. Ob die relativ hohe Zahl der Arzneimittelverord-

nungen für die Sprechstundenhelferinnen eine Folge der größeren Nähe zu niedergelassenen Ärzten ist, kann nicht geklärt werden, könnte aber eine plausible Erklärung sein. Nach den Sprechstundenhelferinnen folgen aber schon wieder die Pflegehelferinnen. Die Krankenschwestern sind bei den AU-Zeiten und bei den Zeiten der stationären Aufenthalte am zweitmeisten betroffen. Arzneimittelverordnungen nehmen sie eher unterdurchschnittlich in Anspruch.

Pflegehelferinnen haben deutlich mehr AU-Tage, stationäre Aufenthaltstage und Arzneimittelverordnungen als Krankenschwestern. Sowohl für eine Beschreibung der Situation der Pflegekräfte in Krankenhäusern als auch für Überlegungen zu Gesundheitsförderungsprogrammen ist es daher unbedingt ratsam, diese beiden Berufsgruppen zu differenzieren.

Abschließend zeigt die Abbildung 4 noch die krankheitsspezifischen Erkrankungsrisiken weiblicher Pflegekräfte und vergleicht ihre Intensität mit der von Frauen in anderen Berufsgruppen.

Bei allen 5 qualitativ wie quantitativ relevanten Krankheitsarten haben die Pflegekräfte mehr AU-Tage zu verzeichnen als die Vergleichsgruppen Bürofachkräfte und Sprechstundenhelferinnen. Bei den Muskel- und Skeletterkrankungen ist der »Vorsprung« von Krankenschwestern und

Pflegehelferinnen am größten. Bei dieser Erkrankungsgruppe zeigt sich aber auch ein erheblicher Unterschied zwischen den beiden Pflegeberufen. Pro Jahr sind Pflegehelferinnen wegen einer Erkrankung des Muskel- und Skeletapparats rund doppelt so lange arbeitsunfähig wie Krankenschwestern. Hervorstechend ist allerdings auch ein relativ deutlich höherer Wert bei den Verletzungen und Vergiftungen (2,3 AU-Tage) für die Pflegehelferinnen. Dieser Wert liegt rund doppelt so hoch wie in den Vergleichsberufen.

Wenn es gravierende Belastungs-Banspruchszusammenhänge in bestimmten Berufen gäbe, müssten sie sich auch an besonders vielen AU-Tagen mit speziellen Diagnosen erkennen lassen. Die bei den Pflegekräften häufigeren Diagnosen aus dem psychischen Bereich und bei den Krankheiten des Skeletts, der Muskulatur und des Bindegewebes lassen sich wohl teilweise auf die emotionale Belastung und auf die schwere körperliche Tätigkeit zurückführen. Bezeichnenderweise ist die Betroffenheit der Pflegehelferinnen aber nicht nur bei den Diagnose-Hauptgruppen am höchsten, die fast schon automatisch mit dem Pflegeberuf insgesamt assoziiert wird. Die Betroffenheit ist für die Pflegehelferinnen über alle Diagnose-Hauptgruppen hinweg am höchsten.

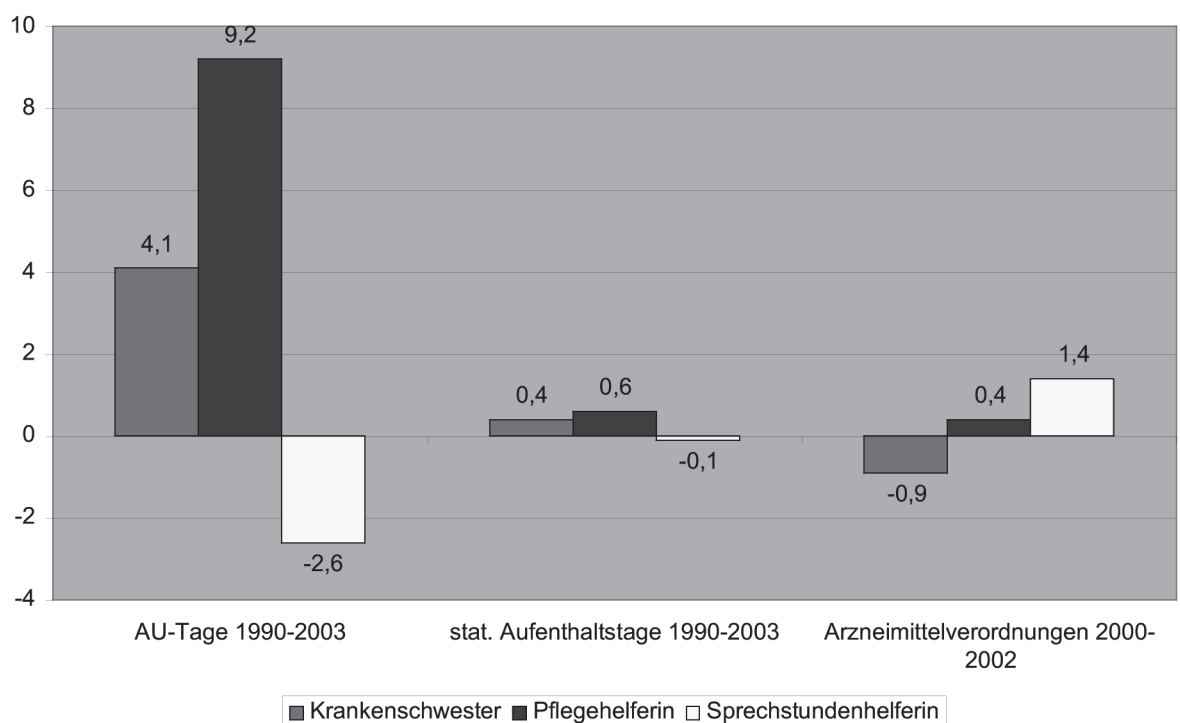


Abb. 3: Erkrankungsrisiken von Krankenschwestern, Pflegehelferinnen und Sprechstundenhilfen im Vergleich mit Bürofachkräften 1990–2003 – unter Kontrolle der Alters-, Nationalitäts- und Bildungseffekte

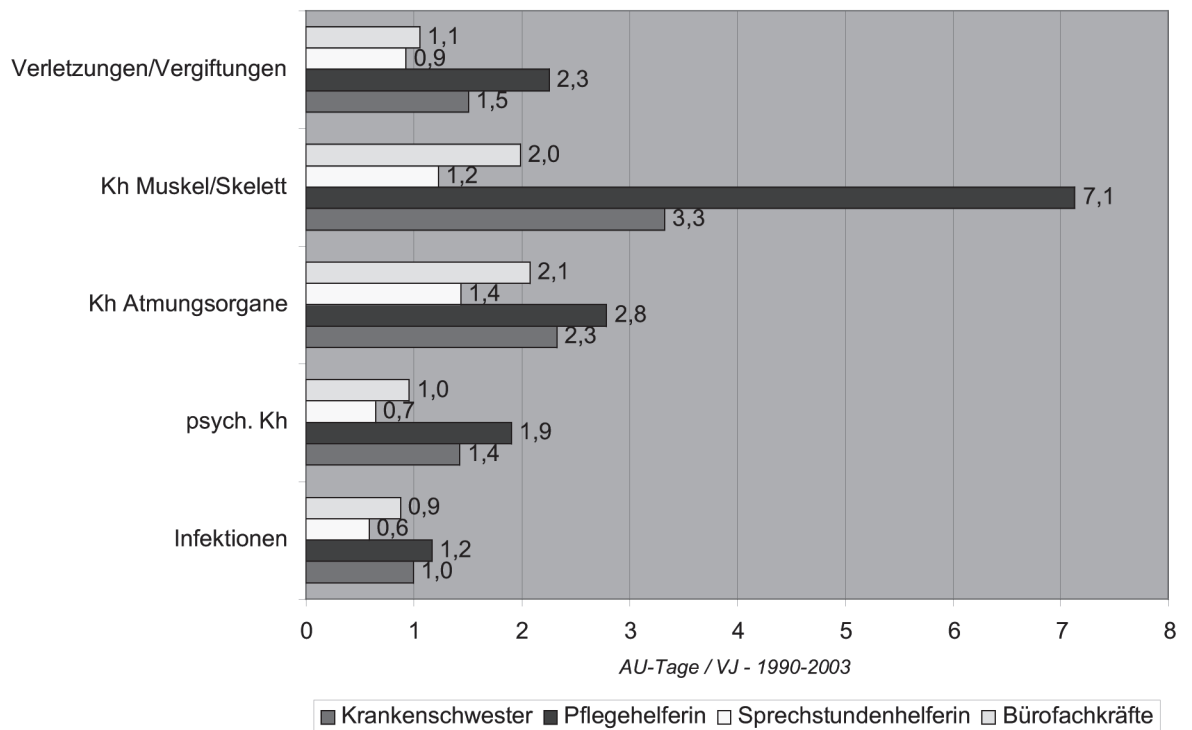


Abb. 4: AU-Tage pro Versichertenjahr nach Krankheitsarten für Krankenschwestern, Pflegehelferinnen, Sprechstundenhelferinnen und weiblichen Bürofachkräften 1990–2003

Viele hohe Belastungen und trotzdem gesund und zufrieden? Zur Existenz und Bedeutung von entlastenden Ressourcen für die Pflegekräfte-Gesundheit

Bisher zeigten sich für die weiblichen Pflegekräfte im Vergleich mit Frauen aus anderen Berufsgruppen eine größere Anzahl und Fülle belastender Arbeitsbedingungen. Die Fülle ergibt sich aus einer konstant existenten Kombination von physischen, organisatorischen und psychosozialen oder psychomentalen Faktoren. Als mögliche Folge zeigen einige Indikatoren im Berufsgruppenvergleich überdurchschnittliche Erkrankungsrisiken für Pflegekräfte. Differenziert man die Pflegekräfte, zeigt sich aber, dass streng genommen und durchgängig nur die Pflegehelferinnen überdurchschnittliche Erkrankungsrisiken haben und die Risiken von Krankenschwestern teilweise deutlich unter dem Niveau ihrer Berufskolleginnen oder sogar unter dem Niveau anderer Berufsgruppen liegen. Dieses differenzierte Bild wird durch die Beobachtung abgerundet, dass Krankenschwestern und Pflegehelferinnen in der IAB/BiBB-Befragung im Vergleich mit anderen Frauenberufen sogar eine geringere Unzufriedenheit mit ihrer Berufstätigkeit artikulierten.

Leider wird viel zu wenig und bisher nur in wenigen qualitativen Studien (z.B. Höppner 2004; Flieder 2002) darüber nachgedacht, warum viele Pflegekräfte trotz aller Belastungen überhaupt gesund bleiben und ihren Beruf auch häufig bis zur Altersrente ausüben. Zunächst noch sehr abstrakt spielt die hohe »Sinnstiftung« durch den Pflegeberuf eine entscheidende Rolle, die zunehmenden Belastungen eher kompensieren zu können als dies Verkäuferinnen und Frauen in anderen Berufen möglich ist.

Schon etwas konkreter spielen in unserer Pflegekräfte-Befragung jeweils bei mehr als zwei Drittel der befragten Pflegekräfte die konkrete Vielfalt, Autonomie und intersubjektive Bestätigung in der individuellen Pflegetätigkeit, die Weiterbildungsmöglichkeiten in dieser Art von Tätigkeit und die gleichzeitige soziale Unterstützung im »Pflegeteam« positive, entlastende und letztlich gesundheitserhaltende oder -fördernde Rollen.

Ein entlastender Zusammenhang lässt sich mit Hilfe einer Regressionsanalyse

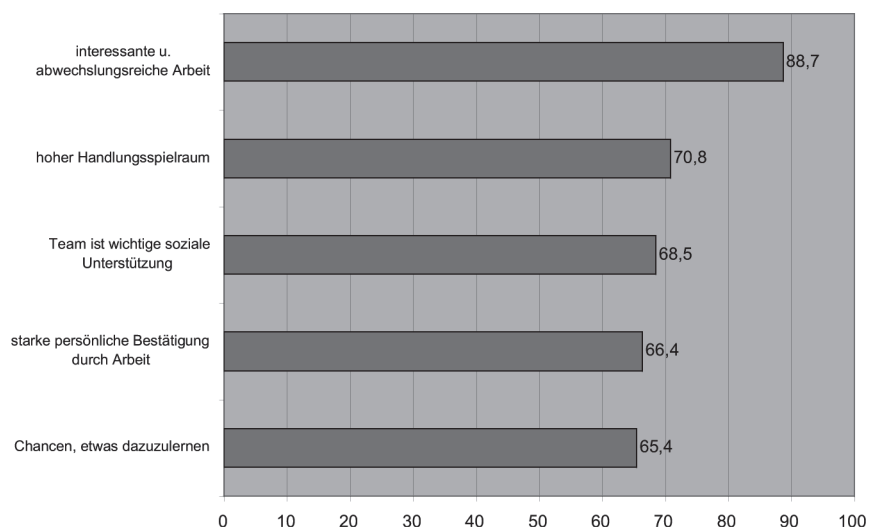


Abb. 5: Positive Arbeitsbedingungen (»immer« oder »häufig«) als Gesundheitsressourcen bei Pflegekräften (in Prozent) 2003

bereits zwischen der subjektiven Belastungswahrnehmung und positiven beruflichen Ressourcen der Pflegekräfte identifizieren und quantifizieren: Eine starke berufliche Orientierung der Pflegekräfte verringert die Wahrscheinlichkeit, eine hohe Arbeitsbelastung zu empfinden, um 5%. Einen zentralen Einfluss auf die empfundene Höhe der Arbeitsbelastung und damit auf einen potenziellen Einflussfaktor auf gesundheitliche Folgen haben auch die Kooperationsbeziehungen im persönlichen Arbeitsbereich der Krankenschwestern und -pfleger. Diejenigen Pflegekräfte, die sehr gute Kooperationsbeziehungen in ihren Krankenhäusern und Arbeitsbereichen vorfinden, haben eine um 23% geringere Wahrscheinlichkeit, eine hohe Arbeitsbelastung wahrzunehmen, als diejenigen Schwestern und Pfleger, die eher nicht so gute Kooperationsbeziehungen haben. Und zum Schluss spielt auch noch die Autonomie eine sehr wichtige empirisch spürbare Rolle in der Bewertung der Arbeitsbelastung durch Pflegekräfte (Büssing / Glaser 2003). Krankenschwestern und -pfleger, die in ihrer Arbeitseinteilung einen hohen Handlungsspielraum haben, haben eine um 8% geringere Wahrscheinlichkeit, hohe Arbeitsbelastungen wahrzunehmen als ihre Kollegen mit weniger Handlungsspielraum. Im Vergleich zu den anderen in die Analyse einbezogenen individuellen Ressourcen sind »sehr gute Kooperationsbeziehungen« für die Wahrnehmung von hohen Arbeitsbelastungen der wichtigste kompensierende Faktor.

Diese Ergebnisse einer quantitativen statistischen Analyse der Befragungsdaten werden an wichtigen inhaltlichen Punkten durch die Ergebnisse einer auf qualitativen Interviews von Pflegekräften beruhenden Analyse bestätigt. Als »effizienteste Ansätze einer Gesundheitsförderung für Krankenschwestern in ihrem unmittelbaren Arbeitsbereich« (Höppner 2004, 144) nannten die interviewten Krankenschwestern eine konstruktive Konfliktbewältigung, optimale Teamfunktionen, eine positive Teamatmosphäre, eine qualifizierte Leitung und Bedingungen am Arbeitsplatz, die ihre Pflegefähigkeit unterstützen.

Berufsausstieg in der Krankenpflege

Die vorangegangenen Abschnitte haben die Arbeitsbelastungen, die Morbiditätsin-

dikatoren, berufliche Zufriedenheit und arbeitsbedingte Ressourcen der Krankenpflegekräfte dargestellt. Über die bisher untersuchten Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit wird auch häufig ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Berufswechsel betont (z. B. Buchanan / Considine 2002; Hasselhorn et al. 2005). Aber auch außerhalb der Pflegewissenschaften wird eine geringere Stabilitätsquote bei Gesundheitsdienstberufen behauptet (Cramer 1986: 251). Zusammen mit einer rückläufigen Zahl von Auszubildenden und damit einem wachsenden Rekrutierungsproblem in Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft (von Bandemer et al. 2004) könnte dies zu erheblichen Engpässen in der Versorgung im Krankenhaus führen.

Obwohl also die meisten Studien einen Zusammenhang von »schlechten« Arbeitsbedingungen und Fluktuation bei den Krankenpflegekräften als gesichert sehen, gibt es aber auch zunehmend Zweifel an einer insgesamt besonders hohen Fluktuation. Diese werden vor allem durch die regelmäßige methodische Beschränktheit der Untersuchungen genährt. Die Methoden die angewandt wurden, sind Befragungen von ausgeschiedenen Pflegekräften nach dem Grund der Beendigung ihrer Berufstätigkeit oder gezielte Befragungen von Pflegekräften nach ihren Wechselabsichten. Was dabei fehlt, sind Vergleichswerte⁶. Flieder (2002) bemängelt an den verschiedenen Studien, dass mitunter Betriebszugehörigkeit statt Berufszugehörigkeit untersucht wird, dass durch Beschränkungen auf die versicherungspflichtig Beschäftigten Verzerrungen entstehen, dass einzelne Studien schon auf Grund der Fallzahlen nicht repräsentativ sind und dass insbesondere der Geschlechteraspekt nicht genug berücksichtigt wird.

Entsprechend der Annahmen von Fiedler, die Verweildauern im Beruf bei den Krankenschwestern seien meist unterschätzt worden, kommen die wenigen Studien, welche die berufliche Mobilität der Pflegekräfte mit der anderer Berufsgruppen verglichen haben, zu weitaus moderateren Ergebnissen. Geschlechtsspezifisch mit anderen Berufen verglichen haben Krankenpflegekräfte eine relativ geringe berufliche Mobilität. Krankenschwestern neigen weniger dazu, ihren Beruf zu verlassen als Frauen in ausgewählten Vergleichsberufen (Voges 2002, 187f; Braun et al. 2004). Auch wenn die Arbeitsbelastungen vielleicht im

Vordergrund der Diskussion um den »vorzeitigen« Berufsausstieg stehen, so sind doch familiäre Ereignisse der vorwiegende Grund einer Beendigung der Berufstätigkeit (ohne Autor 1994). Die familiären Ereignisse führen aber bei Krankenschwestern zu relativ kurzen Unterbrechungszeiten. Sie bleiben ihrem Beruf auch nach einer zeitweiligen Unterbrechung weiterhin treu (Born 2000). Sie kehren in der Regel nach einem eventuellen Mutterschaftsurlaub wieder in ihren Beruf zurück. Die insgesamt verbrachte Zeit im Ausbildungsberuf ist bei Krankenschwestern nicht kürzer, sondern deutlich länger als in den Vergleichsberufen⁷.

Zur objektiv besseren Möglichkeit, die berufliche Mobilität bei den Krankenpflegekräfte zu bewerten, wollen wir ebenfalls Erwerbsverläufe von Krankenschwestern mit denen von Frauen in anderen Berufen vergleichen. Wir werfen einen Blick darauf, inwieweit die Berufstätigkeit aus unterschiedlichsten Gründen aufgegeben wird und inwieweit ein Berufswechsel stattfindet. Inwieweit besteht also bei den Erwerbstätigen weiterhin der Wunsch, erwerbstätig zu sein, wobei gleichzeitig der aktuelle eigene Beruf nicht mehr leistbar oder befriedigend erscheint? Ist diese Einstellung wirklich bei den Krankenschwestern vermehrt zu finden oder wechseln sie genauso oft oder gar weniger als andere Erwerbstätige ihren Beruf?

Die Routinedaten der GEK bilden wiederum die Datenbasis für die Analysen. Für die Untersuchung berücksichtigen wir den Zeitraum 1.1.1990–31.12.2003. Für diesen Zeitraum wurden 369.035 erwerbstätige und bei der GEK versicherte Frauen in die Analysen einbezogen. Die Altersbegrenzung liegt bei 16–65 Jahren. Diese 369.035 Frauen hatten in den Jahren 1990–2003 insgesamt 539.300 registrierte Erwerbsepisoden⁸. Unter Erwerbsepisoden werden hier durchgängige Zeiten gleicher beruflicher Tätigkeit verstanden. Die registrierten Episoden können beendet werden durch die Auflösung der Mitgliedschaft oder durch Beendigungsgründe, die ein Ende der Berufstätigkeit anzeigen (z. B. Verrentung, Tod, Berufswechsel). Im Beobachtungszeitraum finden 346.080 Episoden ein solches Ende. Tabelle 1 zeigt zunächst die möglichen Zielzustände und deren Anzahl in den Daten.

Der Zielzustand 1 ist dabei der Ausgangszustand, in einer bestimmten Erwerbstätigkeit zu sein. Hat z.B. eine Krankenschwester

Nr.	Mögliche Zielzustände	Anzahl
0	Berufsausstieg (inklusive Berufswechsel 9, ohne Auflösung der Mitgliedschaft 2)	213.327
1	gleiche Tätigkeit am Ende der Episode bzw. des Splitts	5.704.424
2	Auflösung der Mitgliedschaft	132.753
9	Berufswechsel	70.024

Tab. 1: Zielzustände einer beruflichen Tätigkeit in den Jahren 1990–2003

eine Erwerbsepisode von 1991–2000, dann wird diese Episode jeweils zu den Jahreswechseln gesplittet. Der einzelne Split des Jahres 1991 erhält dann den Zielzustand 1, weil die Episode im Jahr 1992 weiter läuft.

Für 70.024 Episoden folgte innerhalb der nächsten 31 Tage nach Beendigung einer Erwerbstätigkeit in einem anderen Beruf (definiert durch die dreistellige Klassifikation der Berufe [Bundesanstalt für Arbeit 1988]). Die anderen Übergänge wurden über den Zustand des nachfolgenden Tages nach dem Ende einer Erwerbsepisode definiert. Insgesamt wurden 132.753 Episoden durch einen Kassenwechsel beendet. Ob hier nun ein wirkliches Ende der Berufstätigkeit vorliegt, lässt sich nicht abschätzen. Zu 213.327 Episoden wurde ein Berufsausstieg in Form von Übergang in die Rente, Familienversicherung, Tod, Arbeitslosigkeit oder anderes festgestellt.

In den nachfolgenden Analysen werden die Verweilzeiten der Krankenschwestern im Beruf mittels Übergangsratenmodellen (zur Methodik siehe Blossfeld et al. 1986) mit den Verweilzeiten in anderen Berufen verglichen. Diese Vergleichsberufe sind Bürofachkräfte, Pflegehelferin, Zahnärztin, Augenoptikerin, Verkäuferin, Sprechstundenhelferin und sonstige Berufe. Die Berufe Bürofachkraft, Zahnärztin, Sprechstundenhelferinnen und Augenoptikerin gehören zu den Berufen mit relativ geringen beruflichen Belastungen (Braun / Müller 2005; Hanßen-Pannhausen 2004) und daher auch mit sehr geringen Fehlzeiten (Vetter et al. 2005). Die Frauen in diesen Berufsgruppen, aber auch die Verkäuferinnen verzeichnen deutlich weniger Arbeitsunfähigkeitstage als Krankenpflegekräfte. Krankenpflegekräfte liegen mit den Arbeitsunfähigkeitszeiten deutlich höher und können mit Arbeitskräften mit schwereren handwerklichen Tätigkeiten wie Werkzeugmachern oder Elektroinstallateuren und -monteuren verglichen werden. Helfer in der Pflege liegen noch weiter darüber. In Anlehnung an die These, dass

Arbeitsbelastungen die treibenden Faktoren für einen Berufsausstieg sind, müssten demnach die Vergleichsberufe eine geringere berufliche Mobilität aufweisen als Krankenschwestern.

Die nachfolgenden Analysen berücksichtigen neben dem Beruf auch weitere Faktoren, wie Alter, (Aus-)Bildungsabschluss, Jahr und Nationalität. Eine höhere Übergangsratenrate ist damit gleichzusetzen, dass ein Zustand im Durchschnitt schneller verlassen wird bzw. dass im Durchschnitt kürzere Verweildauern im Ausgangszustand vorliegen. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer höheren (sta-

tistischen) Neigung, den Ausgangszustand zu verlassen.

Ergebnisse der Analyse der beruflichen Mobilität

Als erstes wird ein Modell berechnet, das allgemein den Mobilitätsunterschied zwischen den verschiedenen Berufsgruppen misst. Im Ratenmodell mit allen Zielzuständen außer Kassenwechsel (Tabelle 2) werden alle Übergänge – ob in Rente, Berufswechsel, Tod, Familienversicherung – zusammen als Zielzustand des Modells gefasst. Nicht berücksichtigt ist das Erlöschen der Mitgliedschaft auf Grund von Kassenwechsel, weil hier nicht deutlich wird, ob der Beruf wirklich verlassen wird. Berechnet man das Modell aber testhalber auch mal inklusive dieses Übergangstyps treten keine gravierenden Unterschiede auf. Als zweites wird ein Modell dargestellt, das nur den Berufswechsel als Übergang misst. In den Modellen werden jeweils die relativen Risiken sowie der t-Wert (Koeffizient/ Error) ausgegeben.

Variable	alle Zielzustände außer Kassenwechsel		nur Berufswechsel	
	R,Risk	C/Error	R,Risk	C/Error
Konstante	0,00	-393,35	0,00	-243,41
Jahr (0 = 1990, ..., 13 = 2003)	1,07	98,50	1,11	83,28
Alter in Jahren	0,99	-62,78	0,96	-100,11
Pflegehelferin	2,56	32,26	3,74	27,57
Bürofachkraft	1,40	15,24	1,34	7,77
Zahnärztin	1,13	5,55	0,91	-2,52
Augenoptikerin	1,05	1,80	0,93	-1,78
Verkäuferin	2,27	36,05	2,42	22,57
Sprechstundenhelferin	1,22	7,89	1,30	6,17
Sonstige Tätigkeiten	2,04	33,38	2,71	27,32
Europa / Amerika	0,97	-2,43	1,13	6,14
Sonstige Nationen	1,11	3,95	1,03	0,76
ohne Berufsausbildung	1,68	71,98	1,59	41,32
Abitur mit Berufsausbildung	0,51	-30,11	0,61	-14,27
Fachhochschule oder Universität	0,51	-30,32	0,60	-14,01
Ausbildung unbekannt	4,16	271,34	2,87	114,16
Krankenschwester mit Abitur	1,32	3,62	1,09	0,69
Pflegehelferin mit Abitur	2,73	12,51	1,72	4,15
Bürofachkraft mit Abitur	1,69	21,13	1,49	9,62
Zahnärztin mit Abitur	1,38	5,51	1,34	2,80
Augenoptikerin mit Abitur	1,31	3,63	0,82	-1,28
Verkäuferin mit Abitur	2,49	17,44	2,33	10,15
Sprechstundenhelferin mit Abitur	1,83	5,99	1,61	3,05
Sonstige Tätigkeiten mit Abitur	1,63	28,15	1,21	7,05

Anmerkung: Referenzkategorien: Krankenschwestern; Deutsche; Haupt- oder Realschule mit Berufsausbildung

Tab. 2: Übergangsratenmodelle des Berufsausstiegs

Im Vergleich der Berufsgruppen unter Kontrolle der anderen Variablen zeigen sich die höchsten Übergangsraten bei den Pflegehelferinnen, den Verkäuferinnen und den Frauen in sonstigen Berufen. Dies stellt sich in beiden Modellen so dar. Für Pflegehelferinnen werden also die durchschnittlich kürzesten Erwerbsepisoden gemessen.

Für die Pflegehelferinnen wird im ersten Modell ein ca. zweieinhalbfaches Risiko des Berufsaustritts verglichen mit den Krankenschwestern gemessen. Für die Verkäuferinnen ist das Risiko ca. 2,3 Mal so hoch wie für die Krankenschwestern. Aber auch die relativen Risiken aller anderen Vergleichsberufe sind größer als 1. Das bedeutet, sie haben alle eine höhere Übergangsrate als die Referenzkategorie, die Krankenschwestern. Die Augenoptikerinnen sind diejenigen, die nach den Krankenschwestern durchschnittlich am längsten in ihrem Beruf verweilen – oder anders ausgedrückt, sie sind diejenigen, die nach den Krankenschwestern die geringste Übergangsrate zur Beendigung der Erwerbsepisode haben. Etwas höher liegt das Risiko schon für Bürofachkräfte, Zahntechnikerinnen und Sprechstundenhelferinnen. Für alle Berufsgruppen werden statistisch sehr signifikante Unterschiede zu den Krankenschwestern gemessen – ausgenommen die Augenoptikerinnen.

Beim Blick auf den Berufswechsel als alleinigen Endzustand werden ebenfalls für die Pflegehelferinnen die höchsten Übergangsraten gemessen. Die Neigung zu einem Berufswechsel ist ca. 3,7-mal so groß wie bei den Krankenschwestern. Verkäuferinnen und den Frauen in sonstigen Berufen haben wiederum die nächsthöheren Übergangsraten. Einzig Zahntechnikerinnen und Augenoptikerinnen zeigen sich leicht signifikant stabiler in ihrem Beruf als Krankenschwestern.

Insgesamt kann also von einem krankenflegetpezifischen vorzeitigen Berufsausstieg keine Rede sein. Ganz im Gegenteil stellen sich Krankenschwestern als eine Berufsgruppe dar, die sehr mit ihrer Tätigkeit verwachsen ist. Auffällig hohe Wechsel- und Beendigungsneigungen sind hingegen bei den Pflegehelferinnen festzustellen.

Was lässt sich sonst noch feststellen?

- Die Zahl der Berufsausstiege steigt seit 1990 jährlich etwas an.
- Mit steigendem Alter sinkt die Neigung insbesondere zu einem Berufswechsel.
- Die Nationalität hat zwar mitunter einen

leicht signifikanten Effekt, sie stellt sich aber zumindest in dieser groben Kategorisierung als weniger stark erklärende Größe dar, als man es erwarten könnte.

■ Besonders diejenigen, die (noch) ohne Berufsausbildung sind oder von denen keine Informationen über die Bildungsabschlüsse vorliegen, neigen mehr zur Auflösung ihres Berufsverhältnisses. Dahinter verbergen sich einerseits der Übergang von Berufsausbildung in Nicht-Erwerbstätigkeit oder andere Berufstätigkeit und andererseits die schlechtere Position der geringer qualifizierten Arbeitnehmer auf dem gegenwärtigen Arbeitsmarkt.

■ Wenn bei Abiturientinnen die Berufsausbildung erst einmal abgeschlossen ist und sie in einem Beruf arbeiten, unterscheiden sich die Neigungen, den Beruf zu beenden in den meisten Vergleichsberufen nicht von denjenigen, die eine Berufsausbildung, aber kein Abitur haben. Das Abitur kommt nur in den relativ geringer qualifizierten Berufen Verkäuferin und Pflegehelferin besonders zum Tragen. Hier schimmern also individuelle ökonomische Kalküle und die Möglichkeiten der Umsetzung durch.

Fazit und Ausblick

Um Missverständnissen und Fehlinterpretationen vorzubeugen und in gewissem Umfang Quantitäten darstellen zu können, haben wir die Arbeitsbelastungen, die Morbidität und die berufliche Mobilität jeweils im Berufsvergleich dargestellt. Damit wird die Wertigkeit der Werte für die Krankenschwestern deutlicher. Zudem haben wir in den Analysen den Geschlechteraspekt und eine Reihe weiterer Kontrollvariablen berücksichtigt, um zu vermeiden, möglicherweise einen versteckten Alterseffekt statt eines Berufseffekts zu messen.

Unsere Studien zeigen ebenso wie viele andere Studien eine hohe Arbeitsbelastung bei Pflegekräften. Dies stellt sich auch im Vergleich zu anderen Berufen so dar. Pflegehelferinnen erweisen sich dabei aber als besonders belastet. Krankenschwestern erfahren ebenfalls mehr Arbeitsbelastungen als Augenoptikerinnen, Verkäuferinnen, Bürofachkräfte oder Sprechstundenhelferinnen.

Trotz der erfahrenen höheren Arbeitsbelastung ist die Unzufriedenheit mit dem Beruf bei den Krankenschwestern nicht höher als in den Vergleichsberufen. Ver-

käuferinnen und Frauen in anderen Berufen sind durchschnittlich deutlich unzufriedener als Frauen in den Pflegeberufen.

Die geringere Unzufriedenheit der Pflegekräfte scheint zumindest zu einem Teil damit verbunden zu sein, dass es in diesem Beruf auch spezifische gesundheitsfördernde Ressourcen und besondere Anerkennung gibt. Die besondere Sinnhaftigkeit dieses Berufs, gut laufende Zusammenarbeit im Team als auch unter den Professionen, die interessante und abwechslungsreiche Arbeit und der hohe Grad an Eigenverantwortung sind dabei wesentliche Faktoren.

Trotz der positiven Ressourcen, die der Pflegeberuf zu bieten hat, und der relativ geringen Unzufriedenheit mit dem Beruf bleibt aber die höhere Arbeitsbelastung bestehen. Diese wirkt sich neben anderen Faktoren dann doch negativ auf die Indikatoren der Morbidität aus. So beobachten wir unter den Pflegekräften in unserem Berufsvergleich die relativ viele AU-Tage und stationäre Aufenthaltstage. Dabei stellt sich erneut das zu differenzierende Bild dar, dass Pflegehelferinnen deutlich mehr betroffen sind als Krankenschwestern. Bei den Arzneimittelverordnungen erweisen sich die Krankenschwestern dann als unterdurchschnittlich betroffen, während die Pflegehelferinnen gleich nach den Sprechstundenhelferinnen die zweitmeisten Verordnungen erhalten.

Die insgesamt als hoch zu bewertenden Arbeitsbelastungen und die gesundheitlichen Folgen werden oftmals als ursächlich für eine angeblich hohe Fluktuation unter den Pflegekräften genannt. Wir sind der Frage nachgegangen, ob es denn wirklich eine erhöhte Fluktuation unter den Pflegekräften gibt.

Die vorliegende Studie stellt für Krankenschwestern keine erhöhte Mobilität fest. Gesundheitliche Belastungen und kritisierte Arbeitsbedingungen haben einen geringeren Mobilitätseffekt als oftmals beschrieben. Frauen in anderen Berufen haben eine deutlich höhere Mobilität als Krankenschwestern. Eine undifferenzierte Dramatisierung der Mobilität mit der Begründung der zu hohen Belastungen und der zu schlechten Organisation im Krankenhaus ist daher nicht angebracht. Bei der Betrachtung der Helferinnen in der Pflege stellt sich das schon anders dar. Die Pflegehelferinnen haben eine höhere Fluktuationsrate als Kranken-

schwwestern und auch als die anderen Vergleichsberufe.

Es gibt eine Reihe von Faktoren, die für die Gesamtfluktuation in einem Krankenhaus eine Rolle spielen. Sicherlich wird die Arbeitsbelastung auch ein Grund sein; aber er wird nicht der wesentliche Grund sein. Die wesentlicheren Faktoren sind vielmehr der Anteil der männlichen Pflegekräfte, der Anteil der Pflegehelferinnen und die Altersverteilung der Pflegekräfte.

Dennoch darf jetzt nicht einfach geschlossen werden, eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hätte nur unwesentliche Folgen. Die Arbeitsbedingungen haben sehr wohl Auswirkungen auf die Arbeitsbelastungen und damit auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte am Arbeitsplatz, was wiederum Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hat. Die Versorgungsqualität könnte insbesondere dann sinken, wenn nicht nur einzelne Arbeitsbedingungen belastender werden, sondern außerdem die bisher entlastend und folgenmindernd wirkenden speziellen Ressourcen der Pflegearbeit geringer werden. Letztlich wird sich dann auch eine Wirkung auf die Neigung zum Berufsausstieg einstellen.

Vor diesem Hintergrund wollen wir abschließend noch einen Blick auf die ersten Erfahrungen und Erwartungen der Pflegekräfte bezüglich der DRG-Einführung werfen. Wir stellen uns die Frage: Wirken DRG belastungserhöhend und/oder ressourcenmindernd? In einer Art »worst-case-Szenario« werden zwei sich negativ verstärkende Teilwirkungen der Einführung von DRG auf die Arbeitsqualität und Gesundheit der Pflegekräfte prognostiziert: Die wichtigsten bisherigen Belastungsschwerpunkte nehmen an Bedeutung zu und gleichzeitig werden die kompensierenden und entlastenden Wirkungen der professionellen und sozialen Ressourcen gemindert oder einige der Ressourcen verschwinden sogar.

Ohne dass dies gegenwärtig irgend jemand abschließend bewerten kann, wollen wir lediglich auf einige Pro- und Contra-Fakten aus unserem Studienmaterial hinweisen, deren weitere Entwicklung prozessnah beobachtet werden muss:

■ Zu den Hauptzielsetzungen der DRG gehört eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer in Krankenhäusern. Dies führt zunächst einmal rein quantitativ zu einer Leistungsverdichtung, die u.a. den

vorhandenen Zeitdruck weiter erhöhen dürfte.

■ Wesentliche Instrumente und Methoden, Patienten in kürzerer Zeit und möglichst ohne Qualitätsverluste behandeln zu können, sind die Standardisierung und Strukturierung von Behandlungsabläufen z.B. durch Clinical Pathways. Glaubt man den Wahrnehmungen der Pflegekräfte liegt der größte Teil der dazu notwendigen Lern-, Qualifizierungs- und Umorientierungsaktivitäten noch vor ihnen: Nur 42,2 Prozent der Pflegekräfte sagten, in ihrem Krankenhaus gäbe es strukturierte Behandlungsverläufe wie etwa Clinical Pathways oder Case-Management. 31% verneinten deren Existenz und 26,8% wussten darüber nichts zu sagen. Hier wird es also zunächst für rund die Hälfte der Pflegekräfte noch zu einer sehr intensiven und unter erheblichem Zeitdruck stehenden Lern- und Trainingsphase kommen. An deren Anfang und sie begleitend stehen notwendige Verunsicherungsschübe und Brüche mit bisherigen Pflegeroutinen. Zu den qualitativen Effekten, die in unserem Zusammenhang wichtig sind, gehören die Relativierung der dominant individuellen und an den Einzelschicksalen von Patienten orientierten Handlungsweise von Pflegekräften und die Zunahme einer relativen Ignoranz der Besonderheiten von Patienten. Gemessen am bisherigen professionellen Selbstverständnis stellt dies nicht nur eine Art De-Professionalisierung der Pflegekräfte dar, sondern mindert auch eine wichtige gesunderhaltende und gesundheitsfördernde Ressource.

■ Eine Folge der Umsetzung von DRG ist die Konzentration und Spezialisierung auf ausgewählte Leistungen, die krankenhaus- oder abteilungsspezifisch in einer als qualitätsgewährleistend verstandenen Mindestmenge erbracht werden. Dies kann zu einer Abnahme der inhaltlichen Fülle des erforderlichen Wissens und erforderlicher Weiterbildungsaktivitäten führen. Die Breite und der Abwechslungsreichtum der Pflege Tätigkeit gehören aber zu ihren wichtigsten entlastenden Ressourcen.

■ Zu den Arbeitsbedingungen, die sich Ende 2003 in der Wahrnehmung der Pflegekräfte mit der damaligen Einführung der DRG in relativ wenigen Krankenhäusern verschlechtert hatten, zählen auch solche, die zu den entlastenden Ressourcen gerechnet werden können: Rund 30% der Pflegekräfte meinten, der Umgang mit Patienten verschlechtere sich mit der DRG-

Einführung und knapp 25% sehen eine Verschlechterung in der Kooperation mit den Ärzten. Bei der immer wieder hervorgehobenen Ressource des »Teamzusammenhalts« von Pflegekräften, sahen vergleichsweise wenige Befragte, nämlich 10,4% eine Verschlechterung durch DRG.

Korrespondenzadresse

*Dr. Bernard Braun
Zentrum für Sozialpolitik der
Universität Bremen
bbraun@zes.uni-bremen.de*

*Rolf Müller
Zentrum für Sozialpolitik der
Universität Bremen
rmint@zes.uni-bremen.de*

Anmerkungen

- 1) Nachzulesen in Braun et al. 2004
- 2) In dem Forschungsprojekt »Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System« sind neben dieser Art Startbefragung zwei weitere inhaltlich identische Befragungen vorgesehen, mit denen dann festgestellt werden kann, ob und wie sich die DRG-Einführung auf die Arbeits- und Versorgungsqualität im Krankenhaus auswirkt oder nicht.
- 3) Hier handelt es sich um eine zuletzt 1999 durchgeführte bundesweite und bevölkerungsrepräsentative Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der (damaligen) Bundesanstalt für Arbeit und des Bundesinstituts für berufliche Bildung (BiBB) unter fast 30.000 Arbeitnehmern.
- 4) Wegen der Untersuchung von DRG-Folgen als einer wichtigen arbeitsorganisatorischen Rahmenbedingung der Arbeit im Krankenhaus konzentrieren wir uns auf die Erhebung von Arbeitsbedingungen organisatorischer und psychomentaler Art und vernachlässigen die Abfrage physischer Arbeitsbedingungen.
- 5) Zu den in der IAB-BiBB-Untersuchung abgefragten Belastungen gehören vor allem schwere Lasten heben, viele Arbeiten gleichzeitig, Termindruck, sich ständig wiederholende Tätigkeiten, Unterbrechungen und Arbeiten an der Leistungsgrenze.
- 6) Zur weiteren Kritik an bisherigen Feststellungen einer angeblich besonders hohen Fluktuation siehe auch Flieder (2002, 22ff).
- 7) Hierbei handelte es sich um die am meisten durch Frauen ausgewählten Ausbildungsberufe.
- 8) Diese werden zu analytischen Zwecken weiter in noch mehr so genannte Splits unterteilt.

Literatur

- Albrecht, H.; Büchner, E.; Engelke, D. R. (1982): Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern. Berlin.
- Bartholomeyczik, S. (1987): Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern – Ergebnisse einer Untersuchung. Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 40. Jg., Beilage Heft 1.
- Behrendorf, B.; Menke, R.; Lühring, E. (1987): Analyse der Ursachen der geringen beruflichen Verweildauer von weiblichen Krankenpflegepersonen – Endbericht. Hannover: Institut für Entwicklungsplanung und Strukturfor-schung.
- Blossfeld, H.-P.; Hamerle, A.; Mayer, K. U. (1986): Ereignisanalyse. Statistische Theorie und Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Frankfurt a. M./ New York.
- Born, C.: Erstausbildung und weiblicher Lebenslauf. Was (nicht nur) junge Frauen bezüglich der Berufswahl wissen sollten. In: Heinz W. R. (Hrsg.). (2000): Übergänge. Individualisierung, Flexibilisierung und In-stitutionalisierung des Lebensverlaufs. 3. Beiheft zur Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation. Weinheim: 50–65.
- Braun, B.; Müller, R. (2005): Belastungs- und Gesundheitssituation der Berufsgruppe Bürofachkräfte. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 35. St. Augustin.
- Braun, B.; Müller, R.; Timm, A.; (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 32. St. Augustin.
- Buchanan, J.; Considine, G. (2002): »Stop telling us to cope!« NSW Nurses explain why they are leaving the profession. Sydney: University of Sydney: 29.
- Bundesanstalt für Arbeit (1988): Klassifizierung der Berufe. Nürnberg.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1989): Angebot und Bedarf an Pflegepersonal bis zum Jahre 2010. Bonn.
- Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.) (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen.
- Chambliss, D. (1996): Beyond caring: hospitals, nurses, and the social organization of ethics. London/Chicago.
- Cramer, U. (1986): Zur Stabilität von Beschäftigung. Erste Ergebnisse der IAB-Stichprobe aus der Beschäftigtenstatistik. Sonderdruck aus: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Stuttgart.
- Engstler, H. (1999): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Flieder, M. (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt a. M.
- Hanßen-Pannhausen, R. (2004): IGACheck – Profildatenbank. Branchen- und berufsgruppenbezogene Anforderungen, Belastungen und Gefährdungen. Essen, Dresden.
- Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P.; Büscher, A.; Stelzig, St.; Kümmerling, A.; Müller, B. H. (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, H.-M.; Müller, B.H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: 135–146.
- Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P.; Müller, B. H. (2003): Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. In: Gesundheitswesen; 64: 40–46.
- Herschbach, P. (1991): Eine Untersuchung zur psychischen Belastung von Krankenschwestern und -pfleger. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift; 6: 434–438.
- Höppner, H. (2003): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Empfehlungen für ressourcenorientierte Interventionen in Krankenhäusern. In: Topan, A.; Höppner, H. (Hrsg.): Krankenhaus im Wandel. Rahmenbedingungen und Steuerungsinstrumente, Freiburg i. B.: 203–225.
- Höppner, H. (2004): Gesundheitsförderung von Krankenschwestern. Frankfurt/Main.
- Müller, B. (2000): Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In: Teske, U.; Witte, B. (Hrsg.). Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Bd. 1. Hamburg: 109–161.
- Müller, R.; Sommer, T.; Timm, A. (1999): Nichteheleliche Lebensgemeinschaft oder Ehe? Einflüsse auf die Wahl der Partnerschaftsform beim ersten Zusammenzug im Lebenslauf. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft; 24, 4: 449–472.
- Nolting, H.-D.; Berger, J.; Fütterer, B.; Schiffhorst, G.; Kordt, M. (2000): Die DAK-BGW-Studie zu den Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Pflegekräften in Akutkrankenhäusern. In: DAK, BGW (Hrsg.). DAK-BGW Gesundheitsreport 2000 Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland. Hamburg: 9–99.
- ohne Autor (1994): Großer Pflegekräftebedarf. In: Bundesarbeitsblatt: 9–12.
- Pröll, U.; Streich, W. (1984): Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz – Forschung – Fb 386. Dortmund.
- Rolland, S.; Rosenow, C. (2004): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002. In: Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz – Instrumente und Konsequenzen. Stuttgart, New York: 291–310.
- Simoens, S.; Scott, A.; Sibbald, B.; Bojke, C.; Gravelle, H. (2002): Job satisfaction, intentions to quit, and the retention of GPs in England and Scotland. HERU Discussion Paper 01/02.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen (2004): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. 2002. Fachserie 12, Reihe 6.1. Wiesbaden.
- Vetter, C.; Küsgens, I.; Schumann, A. (2004): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2003. In: Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg: 269–476.
- Voges, W. (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Wiesbaden.
- von Bandemer, S.; Evans, M.; Hilbert, J. (2004): Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide? In: Institut für Arbeit und Technik (Hrsg.): Jahrbuch 2003/2004. Gelsenkirchen.
- Weinmann, J. (2004): Personalstrukturen und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitssektor. In: Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg: 5–20.
- Wenderlein, F. U.; Schochat, T. (2003): Betriebsbedingte Belastungen bei Pflegekräften – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten. Eine empirische Studie an 861 Probanden. Zeitschrift für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin, 38: 262–269.