

Arbeitspapier **306**

306

Christoph Bräutigam | Michaela Evans

Josef Hilbert | Fikret Öz

Arbeitsreport Krankenhaus

Arbeitspapier Nr. 306

Christoph Bräutigam / Michaela Evans

Josef Hilbert / Fikret Öz

Arbeitsreport Krankenhaus

Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser

Bräutigam, Christoph, Pflegewissenschaftler, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen. Arbeitsschwerpunkte: Arbeitsgestaltung und Qualifizierung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, intra- und interprofessionelle Kooperation, Professionalisierung der Pflege.

Evans, Michaela, Sozialwissenschaftlerin, Projektgruppenleiterin am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen. Arbeitsschwerpunkte: Arbeit und Qualifizierung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft; Steuerung, Regulierung, Arbeitgeberorganisationen, Gewerkschaften und Verbände in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.

Hilbert, Josef, PD Dr., Soziologe und Gesundheitsökonom, Geschäftsführender Direktor, Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen. Arbeitsschwerpunkte: Trendmonitoring in der Gesundheitswirtschaft, Alternde Gesellschaften, Gesundheitswirtschaft und Strukturpolitik.

Öz, Fikret, Sozialwissenschaftler, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen. Arbeitsschwerpunkte: Industrie- und Arbeitsmarktforschung, Evaluation und Innovationsforschung, quantitative und qualitative Analysen.

Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon (02 11) 77 78-194
Fax (02 11) 77 78-4194
E-Mail: Dorothea-Voss@boeckler.de

Redaktion: Dr. Dorothea Voss, Leiterin Referat Zukunft des Wohlfahrtsstaats,
Abteilung Forschungsförderung

Bestell-Nr.: 11306

Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf
Düsseldorf, August 2014
€ 15,00

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Kurzfassung	8
1 Die „Arbeitswelt Krankenhaus“ als Forschungsfeld	9
2 Arbeitsgestaltung und Gesundheitsfacharbeit im Krankenhaus	13
3 Untersuchungsfeld, Fragestellung und Methodik.....	19
3.1 Das Profil der „Arbeitswelt Krankenhaus“	26
4 Ergebnisse des „Arbeitsreport Krankenhaus“	31
4.1 Qualifikation, Fort- und Weiterbildung	31
4.2 Arbeitsgestaltung	37
4.3 Zukunftserwartungen	54
5 Diskussion und Ausblick	59
6 Literatur.....	63
Über die Hans-Böckler-Stiftung	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Methodisches Vorgehen „Arbeitsreport Krankenhaus“	22
Abbildung 2:	Altersstruktur der Beschäftigten (n=2467).....	27
Abbildung 3:	Verdienstabstand zwischen Männer und Frauen in den ausgewählten Berufsgruppen (in Prozent).....	30
Abbildung 4:	Können Sie Ihre beruflichen Qualifikationen umsetzen (alle Berufe, n=2332)?	32
Abbildung 5:	Ziele der Fort- und Weiterbildung (alle Berufe)	32
Abbildung 6:	Ziele der Fort-/Weiterbildung: „Ich wollte mehr verdienen“ (Angaben in %, n=1506)	33
Abbildung 7:	Ziele der Fort-/Weiterbildung: „Ich wollte meine berufliche Position verbessern.“ (Angaben in %, n=1575).....	34
Abbildung 8:	Ziele der Fort-/Weiterbildung: „Ich wollte meine Arbeitsauf- gaben besser bewältigen können.“ (Angaben in %, n=1562)	34
Abbildung 9:	Unterstützung durch Arbeitgeber bei Fort- und Weiterbildung in der Pflege (n=1700)	35
Abbildung 10:	Unterstützung durch Arbeitgeber bei Fort- und Weiterbildung im Ärztlichen Dienst (n=196).....	36
Abbildung 12:	Bewertung der Arbeitssituation insgesamt.....	38
Abbildung 13:	Information und Einbindung der Beschäftigten (alle Berufe).	39
Abbildung 14:	„Meine Vergütung entspricht nicht meinen Leistungen.“...39	
Abbildung 15:	„Durch meine Arbeit kann ich meine Rente nicht sichern.“ ...40	
Abbildung 16:	„Kommt es vor, dass Sie Ihre Pause nicht nehmen können?“..40	
Abbildung 17:	Wie zufrieden sind Sie mit.....	41
Abbildung 18:	Veränderungen am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten in der Pflege.....	42
Abbildung 19:	Veränderungen am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten im ärztlichen Dienst	43

Abbildung 20: „Meine Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten 5 Jahren verbessert.“	44
Abbildung 21: Aufgabenspektrum des Pflegedienstes (n=1839)	45
Abbildung 22: Aufgabenspektrum des ärztlichen Dienstes (n=202)	45
Abbildung 23: Geschlechtsspezifisches Portfolio von Aufgaben und Tätigkeiten im Krankenhaus.....	46
Abbildung 24: Veränderungen im eigenen Arbeitsbereich nach Aufgaben .	47
Abbildung 25: Spektrum der aus dem ärztlichen Dienst übernommenen Aufgaben des Pflegedienstes (n=1375)	48
Abbildung 26: Spektrum der vom Pflegedienst an andere Dienste abgegebenen Aufgaben (n=713)	49
Abbildung 27: „Welche Berufsgruppen haben auf Ihrer Station/in Ihrer Abteilung zusätzliche Aufgaben übernommen?“ (Pflegedienst, n=1839)	49
Abbildung 28: Gewünschte Abgabe und Übernahme nach Aufgabenfeldern (Pflegedienst)	50
Abbildung 29: Gewünschte Abgabe und Übernahme nach Aufgabenfeldern (ärztlicher Dienst).....	51
Abbildung 30: „Ich bin mit der jetzigen Aufgabenverteilung zufrieden“ (alle Berufe; n=2198).....	51
Abbildung 31: Effekte der veränderten Aufgabenverteilung (alle Berufe) .	52
Abbildung 32: „Durch die Aufgabenverteilung habe ich heute deutlich weniger Zeit für meine eigentlichen Aufgaben.“	52
Abbildung 33: Die Aufgabenverteilung führt zu Verbesserungen für die Patient(inn)en (alle Berufe; n=1467)	53
Abbildung 34: Gibt es Aufgaben, die insgesamt auf der Station/ im Bereich vernachlässigt werden? (alle Berufe, n=2141)	53
Abbildung 35: Vernachlässigte Aufgaben im eigenen Arbeitsbereich	54
Abbildung 36: „Ich werde mehr Verantwortung übernehmen.“	55
Abbildung 37: „Ich werde mehr Spielräume für Entscheidungen haben.“ .	55
Abbildung 38: „Ich werde eine bessere Vergütung erhalten.“	56

Abbildung 39: „Ich werde an strategischen Entscheidungen, die meinen Arbeitsplatz betreffen, besser beteiligt werden.“ (alle Berufe, n=2186)	56
Abbildung 40: „Glauben Sie, durch einen Wechsel des Krankenhauses Ihre Arbeitsbedingungen verbessern zu können?“	57
Abbildung A1: Haben Sie zuvor eine andere berufliche Ausbildung absolviert?	68
Abbildung A2: Gibt es einen zusätzlichen Bedarf an Fort- und Weiterbildung?	68
Abbildung A3: „Ich habe genug Zeit für meine Arbeit.“ (alle Berufe, n=2437)	69
Abbildung A4: „Die Verantwortung in meinem Aufgabenbereich ist in den letzten Jahren gestiegen.“	69
Abbildung A5: „Reicht Ihrer Ansicht nach die Qualifikation der Berufe,..... an die Sie Aufgaben abgegeben haben, aus?“	70
Abbildung A6: Gewünschte Abgabe und Übernahme weiterer Aufgaben (alle Berufe)	70
Abbildung A7: „Meine Arbeitsbelastung wird sinken.“ (alle Berufe, n=2242)	71
Abbildung A8: „Ich werde mehr Zeit für meine Kernaufgaben haben.“ (alle Berufe, n=2242)	71
Abbildung A9: Aktive Berufsjahre der Beschäftigten und Beschäftigungsdauer beim jetzigen Arbeitgeber	72
Abbildung A10: Zielvereinbarungen für das Aufgabengebiet nach Berufsgruppen.....	72
Abbildung A11: Technische Unterstützung am Arbeitsplatz	73
Abbildung A12: Bauliche Veränderungen am Arbeitsplatz	73

Vorwort

Mehr Gesundheit wagen! Das könnte die Überschrift über die allermeisten Entwürfe und Programme zum demographischen Wandel und zur Zukunft des Gesundheitswesens sein. Gesundheit genießt überall eine wachsende Wertschätzung und wird sowohl als sozialpolitische Verantwortung als auch als Voraussetzung und Treiber für wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit gesehen. Beim Blick in den konkreten Arbeitsalltag zeigen sich bei der Zukunftsbranche Gesundheit jedoch Schatten. Die Arbeit in vielen Gesundheitsberufen und Gesundheitseinrichtungen gilt als so unattraktiv, dass vielerorts bereits ein Fachkräftemangel beklagt wird. In Zukunft, da sind sich vorliegende Studien einig, ist mit einer Verschärfung der Engpässe zu rechnen.

Der hier vorgelegte Arbeitsreport stellt die Frage in den Mittelpunkt, welche Auswirkungen neue und veränderte Anforderungen auf betrieblicher Ebene auf den inhaltlichen Zuschnitt, die Organisation und die Entwicklungsperspektiven von Gesundheits(fach)arbeit im betrieblichen Kontext haben. Mit Mitteln der Hans-Böckler-Stiftung und in enger fachlicher Zusammenarbeit mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di sowie der Friedrich-Ebert-Stiftung konnte eine bundesweite online-Befragung durchgeführt werden, die das Zusammenspiel von Arbeitsgestaltung und deren Auswirkungen auf Gesundheitsarbeit in den Blick nimmt. Die Studie konzentriert sich damit auf das Innenleben der Krankenhäuser aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – auf ihre Qualifikationen und deren Bedeutung im Alltag, auf neue Wege der Aufgabenteilung und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchien, auf die Arbeitsplatzgestaltung sowie – last but not least – auf die Zukunftshoffnungen und -erwartungen.

Mit der hier vorgelegten ersten Auswertung des Arbeitsreports Krankenhaus sind vor allem zwei Hoffnungen verbunden: Zum einen, dass er dazu beiträgt, den Themen Arbeit und Qualifizierung bei den Diskussionen um die Zukunft der Gesundheit mehr Aufmerksamkeit zu verschaffen. Zum anderen, dass Fragen der Gestaltung von Arbeit, Organisation und Technik und bessere Konzepte für „gute Arbeit“ eine der wichtigsten Zukunftsbaustellen für eine erfolgreiche Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen sein müssen.

Severin Schmidt,
Gesprächskreis Sozialpolitik,
Friedrich-Ebert-Stiftung

Dr. Dorothea Voss
Forschungsförderung
Hans-Böckler-Stiftung

Herbert Weisbrod-Frey
Fachbereich Gesundheit
Ver.di

Kurzfassung

Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen erfordert es, das Zusammenspiel von Patienteninteressen, Mitarbeiterinteressen und Wirtschaftlichkeit stärker in den Blick zu nehmen. Und es bedeutet, die Konsequenzen der Reorganisationsprozesse der vergangenen Jahre zu thematisieren.

Wichtige Ergebnisse auf den Punkt gebracht:

- Die Beschäftigten in den Krankenhäusern sehen sich nicht auf der Sonnenseite des Arbeitslebens. Arbeitsbedingungen, Vergütung und Wertschätzung werden insbesondere in der Pflege als unangemessen erlebt. Große Skepsis herrscht auch bei den Zukunftserwartungen.
- Die Beschäftigten haben ein hohes Interesse am Patientenwohl und die Identifikation mit den sozial- und gesundheitspolitischen Zielen und Aufgaben der Krankenhäuser ist hoch. Die Arbeitsbedingungen verhindern zunehmend ein Erreichen dieser Ziele und eine ausreichende Versorgung. Insbesondere die Interaktionsanteile der Arbeit bleiben auf der Strecke. Die Beschäftigten sind wenig zuversichtlich, dass sich die Lage zukünftig verbessern wird, sowohl mit Blick auf die Arbeitsbedingungen als auch mit Blick auf die Versorgung der Patienten.
- Der in Fachkreisen viel diskutierte Ruf nach einer neuen Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen - insbesondere zwischen Pflege, Medizin und Assistenzdiensten - ist in den Kliniken längst Alltag, allerdings ohne positive Effekte für Beschäftigte und Patienten. Experimentiert wird nach wie vor überwiegend mit der Verschiebung einzelner Tätigkeiten zwischen Medizin und Pflege sowie dem Einsatz von Assistenz- und Servicediensten. Eine echte Reorganisation der Aufgabenkomplexe ist selten.
- Die Beschäftigten zeigen hohes Engagement bei der Fort- und Weiterbildung, werden dabei aber vielfach von den Arbeitgebern nur unzureichend unterstützt. Das Engagement führt zwar zu steigender Verantwortung, zahlt sich jedoch selten durch finanzielle Gratifikation oder Verbesserung der beruflichen Position aus.
- Die Beschäftigten sehen nur wenig Spielräume und Autonomie bei der Gestaltung des eigenen Arbeitsplatzes und fühlen sich bei strategischen Entscheidungen des Krankenhauses unzureichend informiert und beteiligt. Dies konterkariert Professionalisierung in ihren Zielen.

1 Die „Arbeitswelt Krankenhaus“ als Forschungsfeld

Die Fachkräftesicherung ist eine zentrale Gestaltungsaufgabe in Deutschland. Derzeit findet sich kaum eine Branche, in der Unternehmen nicht über bereits vorhandene oder drohende Engpässe bei qualifizierten Fachkräften klagen. Von einem allgemeinen Fachkräftemangel zu sprechen, greift jedoch zu kurz. Sowohl über das quantitative Ausmaß, als auch über die Interessenlagen einzelner Akteure oder über tragfähige Handlungsstrategien existieren durchaus unterschiedliche Auffassungen.¹ Unstrittig ist jedoch, dass für spezifische Fachqualifikationen und Regionen bereits heute Fachkräftengpässe bestehen.² Das Gesundheitswesen ist ohne Zweifel ein Beschäftigungsfeld, das in der Fachkräftesicherung vor enormen Herausforderungen steht. Auf Basis vorliegender Prognosen wird die gesellschaftliche Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in den kommenden Jahren weiter steigen.³ Dies hat Auswirkungen sowohl auf die quantitative Nachfrage nach Fachkräften („Köpfe“) als auch auf die Nachfrage nach spezifischen Qualifikations- und Kompetenzprofilen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fasst die zentralen Herausforderungen wie folgt zusammen:

„Eine hinreichende Verfügbarkeit von fachlich gut qualifiziertem Personal stellt eine zentrale Voraussetzung für einen zielführenden Qualitätswettbewerb dar. [...] Zugleich schrumpft das Fachkräftepotenzial, weil es seinerseits durch den Geburtenrückgang und die demographische Alterung beeinflusst wird. Zu erwarten ist, dass sich diese Entwicklung weiter fortsetzen wird, obschon die Gesundheits- und Pflegebranche zunehmend als Wachstumsmarkt und „Beschäftigungsmotor“ Aufmerksamkeit findet. Die Fachkräftesicherung wird daher auch künftig ein wichtiges Thema bleiben. Die Sicherung eines ausreichenden Fachkräftepotenzials im Gesundheitswesen ist schon heute nicht durchgängig gewährleistet. [...] In der Pflege stellt der Fachkräftemangel bzw. der „Pflegenotstand“ schon seit den 1960er Jahren ein zyklisch wiederkehrendes Thema dar. Seit einiger Zeit zeichnet sich der Mangel jedoch verschärft ab. Besonders macht er sich im Krankenhausbereich bemerkbar, wo sich in den vergangenen Jahren in der Pflege trotz der Arbeitsverdichtung – anders als bei den Ärzten – ein gravierender Personalabbau vollzogen hat.“⁴

Gesundheitsarbeit prägt in erheblichem Maße die Dienstleistungsökonomie und die Wirtschaft in Deutschland insgesamt. Rund sechs Millionen Menschen finden derzeit in der Gesundheitswirtschaft eine Beschäftigung, davon haben 1,1 Millionen Beschäftigte einen Arbeitsplatz im bundesdeutschen Krankenhaussektor.⁵ Es liegen mehrere

1 Vgl. u.a. Helmrich/Zika (2010); Mesaros/Vanselow/Weinkopf (2009)

2 Vgl. Heidemann (2012)

3 Vgl. Rothgang et al. (2012); Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2010)

4 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), S. 34

5 www.gbe-bund.de [Zugriff am 31.7.2013BMWi (2013)]

Studien vor, die Aussagen zum akuten Fachkräftebedarf der Krankenhäuser treffen, jedoch mit durchaus unterschiedlichen Zugängen.⁶ Während die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di von rund 70.000 fehlenden Vollzeitstellen allein in der Pflege in deutschen Krankenhäusern spricht⁷, argumentiert eine Studie des Deutschen Krankenhausinstituts [DKI], dass rund 37,2 % der Krankenhäuser derzeit mit akuten Stellenbesetzungsproblemen in der Pflege zu kämpfen haben. Die Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen können nach Aussagen der Studie im Durchschnitt 5,6 Vollkraftstellen nicht besetzen. Für den ärztlichen Dienst geben 74,4 % der Krankenhäuser an, akute Stellenbesetzungsprobleme zu haben. Hier bleiben derzeit im Durchschnitt 3,5 Vollkraftstellen in den Einrichtungen unbesetzt.⁸

Projektionen zur künftigen Entwicklung des Fachkräftebedarfs im Gesundheitswesen kommen trotz konzeptioneller und methodischer Unterschiede einstimmig zu dem Ergebnis, dass enorme Anstrengungen nötig sein werden, um den Fachkräftebedarf der Branche einlösen zu können.⁹ Der Rückgang des gesellschaftlichen Erwerbspersonenpotenzials¹⁰, die Alterung des Arbeitskräfteangebots aber auch Begrenzungen vorhandener Ausbildungsmöglichkeiten stellen wichtige Ursachen für die prognostizierte weitere Verknappung des Fachkräfteangebots im Gesundheitswesen dar. Gesundheitseinrichtungen stehen im Wettbewerb um qualifizierte Fachkräfte: mit anderen Branchen, untereinander und in Teilen sogar innerhalb der eigenen Organisation. In der Folge droht sich die bereits heute angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt für zentrale Berufsgruppen des Krankenhaussektors, insbesondere in Pflege und Medizin, zukünftig weiter zu verschärfen.

Doch wie kann es gelingen, das Gesundheitswesen mit Blick auf die Anforderung der Fachkräftesicherung zukunftsfähig aufzustellen? Der Terminus „Gute Arbeit“ fasst zentrale Zielvorstellungen für die Suche nach der Zukunft der Arbeit zusammen: „Gute Arbeit“ kann definiert werden als Arbeit, die umfassende soziale und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet, kaum negative Belastungen hat und durch ein angemessenes Einkommen und relative berufliche Zukunftssicherheit charakterisiert ist.¹¹

Publikationen, die sich mit der „Zukunft der Arbeit“ beschäftigen, haben derzeit branchenübergreifend Hochkonjunktur.¹² Ob Arbeitgeberverbände, Berufsverbände, Gewerkschaften, Wissenschaft oder Politik – Einigkeit besteht darin, dass zeit-

6 Vgl. u.a.; Blum et al. (2011); Isfort/Weidner (2010)

7 Stellungnahme von ver.di (2013) zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 12. Juni 2013

8 Vgl. Blum et al. (2011), S. 6ff.

9 Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit (2012), S. 38. Die Studien unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich der berücksichtigten Versorgungseinrichtungen, Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus sowie der Annahmen zur künftigen Morbiditätsentwicklung.

10 Vgl. Fuchs et al. (2011)

11 Fuchs (2006) zitiert nach: Lesch et al. (2013).

12 Robert Bosch Stiftung (2013)

nah Maßnahmen zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen eingeleitet werden müssen. Deren Wirksamkeit wird letztlich entscheidend davon abhängen, in welche Arbeitswelt(en) die Beschäftigten einmünden, unter welchen Bedingungen eine existenzsichernde Beschäftigung möglich ist, wie es um die objektive und subjektiv empfundene Arbeitsqualität der Beschäftigten bestellt ist und welche Perspektiven der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung existieren.

Die Suche nach tragfähigen Strategien der Fachkräftesicherung lenkt somit den Blick auf das Innenleben der Arbeitswelt „Krankenhaus“. Die vorliegende Studie basiert auf der konzeptionellen Überlegung, dass Veränderungen der Arbeitswelt Krankenhaus sich an der Schnittstelle veränderter Arbeitsorganisation und Prozessgestaltung sowie neuer Arbeitsfelder, Kooperationsroutinen und letztlich Berufszuschnitten der am Arbeitsprozess beteiligten Berufsgruppen identifizieren, beschreiben und analysieren lassen. *Sie stellt die Frage in den Mittelpunkt, welche Auswirkungen neue und veränderte Anforderungen auf betrieblicher Ebene auf den inhaltlichen Zuschnitt, die Organisation und die Entwicklungsperspektiven von Gesundheits(fach)arbeit im betrieblichen Kontext haben.*

Der erste Zugang adressiert klassische *arbeitssoziologische Fragestellungen*: Was sind relevante Momente und Dimensionen der Arbeitsprozesse im Krankenhaus? Wie präsentieren und verändern sich Kooperation und Arbeitsteilung zwischen den am Arbeitsprozess beteiligten Berufsgruppen? Welche Anforderungen an Qualifikationen, Formen und Techniken der Arbeit entstehen durch betriebliche Reorganisationsprozesse? Der zweite Zugang greift demgegenüber stärker *berufs- und professionssoziologische Themenstellungen* auf: Wie verändern sich Anforderungen an die Gesundheitsfachberufe? Zeichnet sich eine Transformation vom „Beruf“ zur „Profession“ in den Handlungskontexten und Arbeitsroutinen der Organisation Krankenhaus ab? Inwiefern wird Expertenhandeln durch die Arbeits- und Prozessgestaltung im Krankenhaussektor unterstützt oder gar konterkariert? Der vorliegende „Arbeitsreport Krankenhaus“ versteht sich als explorative Studie, die diese beiden Perspektiven integriert aufgreift.

Die Autoren danken zum einen der Hans-Böckler-Stiftung für ihre fachliche und inhaltliche Unterstützung, zum anderen auch den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Krankenhäusern, die die Mühe auf sich genommen haben, den nicht ganz kurzen Fragebogen zu beantworten. Gleichzeitig freuen sie sich auf kontroverse, aber bestimmt auch zukunfts- und gestaltungsorientierte Diskussionen über die Ergebnisse des Reports.

2 Arbeitsgestaltung und Gesundheitsfacharbeit im Krankenhaus

Krankenhäuser modernisieren ihre baulichen Strukturen, sie entwickeln ihr Leistungsportfolio wettbewerbsorientiert weiter und konzentrieren ihre Kompetenzen mittels neuer organisatorischer Lösungen (z.B. Aufbau von Kompetenzzentren). Zunehmend prägen auch Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung, der Rehabilitation oder der Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen die Leistungsstrukturen und -prozesse.¹³ Der demographische Wandel befördert eine Ausweitung diagnostischer und therapeutischer Leistungen; Multimorbidität, chronische Erkrankungen sowie Pflegebedürftigkeit verändern Arbeitsprozesse und stellen neue Anforderungen an die Arbeits(platz)gestaltung. Die Suche nach einer neuen Aufgabenverteilung zwischen Pflege und Medizin, veränderte Berufs- und Aufgabenprofile sowie neue Berufsbilder begleiten diese Entwicklungen.¹⁴ Technik nimmt ebenfalls Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsplätze. Das Spektrum ist vielfältig: Technische Lösungen spielen in den Bereichen Dokumentation, Logistik oder Facilitymanagement eine bedeutende Rolle. Die Telemedizin schafft neue Möglichkeiten der Diagnose, Behandlung und Begleitung von Patientinnen und Patienten und der Einsatz von Technik kann zudem zur Entlastung von körperlich anstrengenden Tätigkeiten, z. B. in der Pflegearbeit, beitragen. In Anbetracht dieser kurzen Aufzählung ist es nicht weiter verwunderlich, dass Arbeitsplätze im Krankenhaussektor seit einigen Jahren unter einem erheblichen Veränderungsdruck stehen, der auch neue Anforderungen an die Arbeitsgestaltung sowie die Qualifikationen und Kompetenzen zentraler Berufsgruppen stellt.

Die konkrete Ausgestaltung der Arbeitsplätze hat einen entscheidenden Einfluss auf die *Arbeitsqualität* der Beschäftigten. Vorliegende Erkenntnisse zum Innovationsverhalten von Krankenhäusern deuten darauf hin, dass der Steigerung der Patientenzufriedenheit, der Wirtschaftlichkeit sowie der Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation im Reorganisationsprozess oberste Priorität eingeräumt werden. Die Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und der Arbeitsqualität werden hingegen als nachrangige Innovationsfelder wahrgenommen.¹⁵

„Arbeitsqualität“ ist ein ebenso mehrdimensionales wie mehrdeutiges Konstrukt. Gemeinsam ist den meisten Konzeptionen, dass sie sowohl *objektive Rahmenbedingungen* von Arbeit (z.B. Beschäftigungsbedingungen, Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitszeiten) als auch *subjektive Einschätzungen* von Beschäftigten hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit als relevante Dimensionen berücksichtigen. Neben den zur Verfügung stehenden Ressourcen (z.B. Aufstiegs-, Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten), wird „Arbeitsqualität“ vielfach entlang der Faktoren Arbeits-

¹³ Blum et al. (2012a)

¹⁴ Bräutigam/Evans/Hilbert (2013)

¹⁵ Blum et al. (2012a), S.48f.

platzsicherheit und Beschäftigungsstabilität, Arbeitsinhalte und Autonomie der Arbeitsplatzgestaltung sowie körperliche und physische Belastungen, Betriebsklima oder Karrieremöglichkeiten operationalisiert. Einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsqualität hat zudem die *Wertorientierung* der Beschäftigten.¹⁶ Dies korrespondiert mit einem *evaluativen Konzept von Arbeitsqualität* einerseits sowie mit einem *relationalen Konzept von Arbeitsqualität* andererseits.¹⁷ Vorliegende Längsschnittanalysen zeigen, dass branchenübergreifend nicht nur Veränderungen der objektiven Rahmenbedingungen von Arbeitsplätzen einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsqualität haben, sondern auch, dass sich die Wahrnehmung der Beschäftigten hinsichtlich ihrer Arbeitsqualität sowie ihre Wertorientierungen (z.B. Bedeutung der Einkommenshöhe, Aufstiegsmöglichkeiten, Möglichkeiten des selbständigen Arbeitens etc.) im Zeitverlauf verändern und verschieben können.¹⁸ In der Literatur ist dieser arbeitsbezogene Wertwandel unter dem Stichwort „*Generation Y*“ für das Gesundheitswesen etwa für Ärztinnen und Ärzte beschrieben worden.¹⁹

In kaum einem Bereich sind wirtschaftliche und soziale Leistungsfähigkeit so eng miteinander verknüpft wie im Gesundheitswesen. Wie Menschen gesundheitlich versorgt, gepflegt, betreut und auch in schwierigen Lebenssituationen professionell begleitet werden können, hängt unmittelbar mit der Gestaltung der Arbeit und der Arbeitsplätze zusammen. Wirtschaftliche und soziale Leistungsfähigkeit sind kein Gegensatz, sondern insbesondere in personenbezogenen Dienstleistungen untrennbar miteinander verbunden. Es liegen zahlreiche Studien vor, die empirische Daten zu Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern liefern. Die Studien beziehen sich u.a. auf psychische und physische Belastungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen, auf die spezifischen Arbeitsbedingungen unterschiedlicher Berufsgruppen wie Pflege und Medizin, auf Langzeiteffekte des DRG-Systems für den Wandel der Arbeit in Pflege und Medizin oder die Auswirkungen der jeweiligen Arbeitssituation auf Pflege- und Patientenergebnisse. Viele Arbeitsplätze sind demnach durch unzureichende Organisationsstrukturen, atypische und unverlässliche Arbeitszeiten, hohe psychische und physische Belastungen, durch administrative Tätigkeiten, wenig Planbarkeit und Beeinflussung der Arbeitsaufgaben, einen unzureichenden Arbeitsschutz, eine hohe Differenz von zeitlichen Anforderungen und Ressourcen sowie durch eine Zunahme objektiver Belastungen und subjektiver Stresswahrnehmung gekennzeichnet.²⁰

16 Hauff/Kirchner (2013)

17 Ebd. (2013): „Arbeitsqualität“ als evaluatives Konzept bezieht sich auf das Match zwischen den wahrgenommenen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sowie den arbeitsorientierten Werten der Beschäftigten. „Arbeitsqualität“ als relationales Konzept meint in Ergänzung hierzu, dass sich Arbeitszufriedenheit als alleiniger Indikator für Arbeitsqualität nur bedingt eignet. Die Messung der Arbeitszufriedenheit kann jedoch hilfreich sein, um den Einfluss verschiedener Dimensionen der Arbeitsqualität zu validieren. So können die jeweiligen Dimensionen der Arbeitsqualität die Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichem Ausmaß beeinflussen.

18 Ebd. (2013)

19 Vgl. Amtsberg/Seifert (2013)

20 Vgl. u.a. Lohmann-Haislah (2012); Zander et al. (2011); Braun et al. (2010); Isfort/Weidner (2010); BGW (2007); Simon et al. (2005).

Diese Diagnose ist keineswegs neu, jedoch steigt die Brisanz der Erkenntnisse nicht zuletzt in Anbetracht des skizzierten Fachkräftebedarfs der Branche. Die Ergebnisse der international beachteten „RN4Cast“-Studie²¹ verweisen u.a. darauf, dass zwischen der „Qualität der Arbeit“ und der Versorgungsqualität in Krankenhäusern statistisch signifikante Zusammenhänge bestehen. Krankenhäuser mit guten Arbeitswelten erzielen international signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich des Outcome, der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Wirtschaftlichkeit als Krankenhäuser mit unzureichenden Arbeitswelten.

Arbeitsplätze im Krankenhaus verändern sich nicht nur hinsichtlich ihrer Arbeitsgestaltung und Prozessorganisation. Auch Aufgaben und Tätigkeiten sowie dafür erforderliche Qualifikationen und Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen unterliegen einem Wandel. Krankenhäuser sind nach klassischer Auffassung Expertenorganisationen, die sich durch Wissensintensität, professionelle Autonomie und Kontrolle in komplexen Handlungskontexten auszeichnen. Expertenorganisationen ist gemein, dass nur begrenzte Möglichkeiten einer übergreifenden organisatorischen Steuerung existieren. Vielmehr sind es nach klassischer Auffassung die Experten selbst, die Strukturen und Arbeitsprozesse lenken. In diesem Zusammenhang beschreibt etwa Mintzberg (1992), dass die Standardisierung der Ausbildung der Professionellen *den zentralen Koordinationsmechanismus* für Expertenorganisationen darstellt.²² Arbeit im Krankenhaus wird i.d.R. auf Basis berufsformig organisierter Qualifikationen und Kompetenzen erbracht. Eine zentrale Rolle spielen hierbei die Medizin und die Gesundheitsfachberufe in Pflege, Physiotherapie, Ergo- und Logopädie, die medizinisch-technischen Assistenzberufe sowie die sozialen Berufe (z.B. Sozialarbeiter und -arbeiterinnen). Im deutschen Verständnis sind „Beruf“ und „Facharbeit“ vielfach eng miteinander verknüpft. Gemeint sind Tätigkeiten auf mittlerem Qualifikationsniveau, wobei die zur Berufsausübung erforderlichen Qualifikationen und Kompetenzen im Rahmen einer Berufsausbildung erworben und in der beruflichen Fort- und Weiterbildung ausgebaut werden. In dieser Lesart ist der Begriff der „Facharbeit“ mit dem Terminus der *Berufsfachlichkeit* verknüpft, die u.a. auch qualifizierte Dienstleistungsarbeit kennzeichnet. Köhler/Schröder (2013) fassen in Anlehnung an Brater (2010) die konstituierenden Bestimmungsmerkmale von Facharbeit wie folgt zusammen: 1. Arbeitsorganisation mit spezifischen Aufgabenbündeln mittleren Komplexitätsniveaus, die sich durch Vielfalt und Integration von planenden und ausführenden Tätigkeiten auszeichnen, 2. eine auf praktische Aufgaben bezogene und systematisierte Sammlung von praktischem Erfahrungswissen und theoretischem Wissen, 3. mittlere Qualifikationsniveaus zwischen Einfacharbeit einerseits und akademisch strukturierter Arbeit für Hochqualifizierte andererseits, und 4. eine mehr oder weniger starke Standardisierung der Wissensbestände und Institutionalisierung des Faches²³.

21 Vgl. Aiken et al. (2012)

22 Vgl. Mintzberg (1992)

23 Köhler/Schröder (2013)

Arbeit im Krankenhaus kann zunächst als qualifizierte Dienstleistungsarbeit insofern gefasst werden, als dass in der Ausbildung spezifische Qualifikationen erworben und berufsförmig verdichtet werden. Es liegen für einzelne Berufsgruppen spezifische Aufgabenbündel vor, die sowohl durch planende als auch durch ausführende Tätigkeiten charakterisiert werden können und für deren Erledigung praktisches und theoretisches Wissen gleichermaßen erforderlich sind.

Gesundheitsarbeit befindet sich jedoch im Wandel und oszilliert derzeit zwischen den Polen „Beruf“ und „Profession“. Sowohl die Pflege als auch die therapeutischen Gesundheitsfachberufe (und neuerdings auch die Rettungssanitäter) haben einen Pfad der Professionalisierung beschritten, der sich in höherwertigen Berufsabschlüssen (Akademisierung), neuen Aufgaben und Tätigkeiten sowie der Suche nach erweiterten Handlungsspielräumen ausdrückt. Eine Profession ist u.a. dadurch gekennzeichnet, dass der Arbeit wissenschaftliche Grundlagen und Qualitätsstandards zugrunde liegen. Während der Begriff der „Profession“ sich als ein „Spezialfall“ von Berufen darstellen lässt, zielt der Begriff der „Professionalität“ demgegenüber auf die *praktische Befähigung zur iterativen Problemlösung*, die auch koordinierende und steuernde Aufgaben im Gesamtarbeitsprozess umfasst.²⁴ Gesundheitsarbeit stellt sich dementsprechend als Summe situativ-personenbezogener Aufgaben sowie organisatorisch übergreifender Aufgaben dar. Fachlichkeit ist in dieser Lesart eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für Problemlösungskompetenz. Vielmehr unterstellt die Debatte um Professionelles Handeln die *Notwendigkeit* erweiterter Anforderungen an die Aufgabenfelder, erweiterte Tätigkeitsprofile sowie die Gestaltung und Steuerung der organisatorischen Rahmenbedingungen durch die Gesundheitsfachberufe selbst. Nicht allein der *institutionelle Ausbildungskontext* oder das *Ausbildungsniveau*, sondern vielmehr die *Ausbildungsnormierung* und die für die ausgeübte Tätigkeit *erforderlichen Wissensbestände* konstituieren Facharbeit. Facharbeit wird in Deutschland noch primär mit Blick auf die duale Berufsausbildung und damit hinsichtlich eines spezifischen *institutionellen Ausbildungskontextes* debattiert. Dieses institutionelle Gefüge trifft auf zentrale Gesundheitsfachberufe zunächst nicht zu. Hier bestimmen nach wie vor fachschulische und neuerdings auch akademische Qualifizierungswege das Ausbildungsgeschehen. Legt man jedoch die *Ausbildungsnormierung* und die *erforderlichen Wissensbestände* dem Verständnis von „Facharbeit“ zugrunde, dann lässt sich die Arbeit der Gesundheitsfachberufe entlang der vorab dargestellten Kriterien von „Facharbeit“ einerseits und entlang der Anforderungen der praktischen Berufsausübung im Sinne professionellen Handelns andererseits, durchaus als Facharbeit charakterisieren.²⁵

24 Birken (2012), S.327

25 Baethge (2011) betont demgegenüber, dass sich Dienstleistungstätigkeiten primär nicht den Facharbeiterberufen, sondern stärker den traditionellen Professionen annähern. Begründet wird dies mit der spezifischen Verbindung von Kompetenz und funktionaler Definition (Vgl. Baethge 2011). Hierzu sei jedoch erwähnt, dass vorliegende Studien darauf hingewiesen haben, dass das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden im Krankenhaussektor zunehmend den ungünstigen betrieblichen Rahmenbedingungen angepasst wird (Braun et al. 2010).

Seit einigen Jahren hat sich in Deutschland die Diskussion um die Aufgabenverteilung im Gesundheitssystem spürbar verstärkt. Insbesondere die Ausführungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2007 haben die Bedeutung der Thematik herausgestellt.²⁶ „*Neue Arbeitsteilung*“ gilt als konzeptioneller Rahmen zum einen für neue Kompetenz- und Prozesszuschnitte zwischen etablierten Berufen des Krankenhauses (z.B. Medizin/Pflege), zum anderen für eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung gesundheitsbezogener Berufe sowie die Schaffung neuer Berufe, vor allem im Bereich „Assistenz“ und „Service“. Vor dem Hintergrund verkürzter Liegezeiten in den Krankenhäusern, des Bedeutungsgewinns multimorbider Krankheitsbilder im demographischen Wandel und der steigenden Herausforderungen an die Anschlussversorgung der Patient(innen)en, bedeutet die Forderung nach einer neuen Arbeitsteilung auch zu thematisieren, wie die verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu einer Verbesserung der Versorgungskontinuität beitragen können. Neue Arbeitsteilung hieße demnach zu überprüfen, wie auf Basis der Überwindung bestehender Professionsgrenzen und -hierarchien eine integrierte und multiprofessionelle Versorgung im Rahmen kooperativer (statt ko-operativer) Arbeitskonzepte realisiert werden kann. Dabei geht es weniger um das Aushandeln einzelner Tätigkeiten als vielmehr darum, den bisherigen „monoprofessionellen Integrationsversuchen“²⁷ durch neue Kooperationsroutinen und -kulturen zu begegnen.

Die Reorganisation beruflicher Qualifikations- und Kompetenzprofile sowie von Prozess- und Aufgabenzuschnitten vollzieht sich im Spannungsfeld heterogener Erwartungen und Interessen. Viele reden mit: Das Management möchte Effizienzreserven heben und wirtschaftlich arbeiten, die Patientinnen und Patienten möchten möglichst gut versorgt werden, Vertreter der Berufsgruppen setzen auf neue Aufgaben und autonomere Arbeit. Die Beschäftigten möchten ihre erworbenen Qualifikationen im Arbeitsalltag einsetzen können, sich weiterentwickeln und berufliche Aufstiegsoptionen nutzen können. In der Arbeits(platz)gestaltung im Krankenhaus bündeln sich diese heterogenen Erwartungen und Interessen. Die Debatte zur Modernisierung des Gesundheitswesens setzt derzeit vor allem bei der Neuaushandlung berufsspezifischer Tätigkeiten an, in der Hoffnung, hierdurch neue Wege der Arbeitsorganisation und Arbeitskultur forcieren zu können. Nicht allein das professionelle Selbstverständnis, sondern die Bereitschaft zum kooperativen Prozessmanagement kann aus dieser Perspektive die Grundlage einer neuen Arbeitsteilung bilden. Auf diesem Weg gibt es Hindernisse, wie Nassehi (2008) treffend formuliert: „Die Sichtbarkeit der Macht, mit der der Arzt praktisch ausgestattet ist, ist weniger die Sichtbarkeit des professionellen Habitus, sondern die Organisation des Krankenhauses“.²⁸

26 SVR (2007)

27 Schaeffer/Ewers (2006), S. 206

28 Nassehi (2008), S. 389

Mit der Debatte um *Gesundheitsarbeit als interaktive Arbeit* wird der Blick auf die besonderen Herausforderungen des „*service encounter*“²⁹ für Arbeitsgestaltung, Dienstleistungs-³⁰ und Arbeitspolitik eröffnet. Im Kern geht es um die Gestaltung der Gesundheitsfacharbeit im Spannungsfeld betrieblicher Reorganisationsanforderungen einerseits sowie den Interessenslagen der beteiligten Akteure andererseits (v.a. Berufsgruppen, Patientinnen und Patienten, die Krankenhäuser als Arbeitgeber). Aktuelle Debatten zur „Zukunft der Facharbeit“ in Deutschland befürchten eine Erosion des stabilisierenden Potenzials von „Beruflichkeit“ derart, dass berufliche Qualifikationen nur noch bedingt in der Lage sind, ihren Beitrag zur Sicherung gleichzeitiger Flexibilität und Stabilität von Arbeitsmärkten und betrieblichen Organisationen zu gewährleisten. Ursächlich hierfür sind u.a. defizitäre Infrastrukturen beruflicher Bildung im betrieblichen Kontext, eine unzureichende, kurzfristige Planung und Organisation von Arbeitsprozessen in turbulenten und unsicheren Umwelten sowie eine zunehmende Differenzierung von Beschäftigungsbedingungen innerhalb und zwischen Branchen.³¹ Die Herausforderungen standardisierter und transparenter Bildungsabschlüsse angesichts einer sich überaus dynamisch entwickelnden Bildungswirtschaft im Gesundheitswesen³², volatile Berufs- und Karrierewege³³, hoher Kostendruck³⁴, hochverdichtete Arbeitsprozesse in unsicheren Umwelten ebenso wie eine Differenzierung der Arbeitsbedingungen lassen sich auch für den Krankenhaussektor aufzeigen. Insofern stellt sich die Frage nach dem stabilisierenden Potenzial berufsförmig organisierter Gesundheitsfacharbeit im Kontext betrieblicher Reorganisationsprozesse auch für den Krankenhaussektor.

Belastbare empirische Daten zum Reorganisationsgeschehen der Arbeitswelt Krankenhaus an der Schnittstelle von Arbeitsgestaltung und Gesundheitsfacharbeit stellen bislang eine Forschungslücke dar. Der vorliegende Bericht will dazu beitragen, diese Lücke zu schließen. Der „Arbeitsreport Krankenhaus“ untersucht Arbeitsplätze in deutschen Krankenhäusern aus Perspektive der Beschäftigten. Es wird untersucht, welche Erfahrungen Beschäftigte mit neuen Konzepten der Arbeitsgestaltung haben, wie sie diese erleben und bewerten – auch im Hinblick auf die zentrale Anspruchsgruppe der Patientinnen und Patienten. Ein Fokus der Untersuchung liegt zudem auf der Frage, ob die Arbeitsgestaltung aus Perspektive der Beschäftigten darauf ausgerichtet ist, den spezifischen Anforderungen interaktiver Gesundheitsfacharbeit gerecht zu werden. Kann das stabilisierende Potenzial der Gesundheitsfacharbeit im betrieblichen Kontext abgerufen werden? Welchen Beitrag leistet die betriebliche Arbeitsgestaltung im Krankenhaussektor zur Sicherung von Gesundheitsfacharbeit? Wo droht das stabilisierende Potenzial von Gesundheitsfacharbeit an der Arbeitsgestaltung zu scheitern? Der „Arbeitsreport Krankenhaus“ versteht sich als wissenschaftlicher Beitrag zur Debatte um die „innere Verfasstheit“ und Dynamik der Arbeitsgestaltung im Krankenhaussektor.

29 Dunkel/Wehrich (2012), S. 34

30 Vgl. ebd., S.32

31 Vgl. Voss-Dahm et al. (2011)

32 Vgl. Bräutigam/Evans/Hilbert (2013)

33 Ebd. Bräutigam/Evans/Hilbert (2013)

34 Vgl. Augurzky et al. (2013)

3 Untersuchungsfeld, Fragestellung und Methodik

Zielgruppe der Befragung waren Beschäftigte aller Berufsgruppen auf bettenführenden Normalstationen in deutschen Krankenhäusern. Die Untersuchung fokussierte die Stationsebene, weil davon ausgegangen werden kann, dass sich Reorganisationsprozesse an der Schnittstelle von Arbeitsgestaltung und gesundheitsbezogener Facharbeit in der Ausgestaltung von Arbeitsplätzen auf den Stationen konkretisieren. Das Untersuchungsfeld „Krankenhaus“ wurde ausgewählt, da (1.) der Krankenhaussektor eine hohe sozialpolitische, wirtschafts-, beschäftigungs- und standortpolitische Bedeutung innehat, (2.) der Krankenhaussektor auf einzelbetrieblicher Ebene ein breites Spektrum gesundheitsbezogener Berufe und Qualifikationen inkorporiert, (3.) der Krankenhaussektor seit einigen Jahren unter einem erheblichen Reorganisationsdruck steht, (4.) in den vergangenen Jahren zahlreiche neue Service-, Helfer- und Assistenzberufe und -qualifikationen speziell für den Krankenhaussektor entwickelt wurden, deren Relevanz für die betriebliche Praxis bislang nicht herausgearbeitet wurden. Untersucht wurden die Auswirkungen betrieblicher Reorganisationsprozesse auf die Arbeitsgestaltung einerseits sowie auf die gesundheitsbezogene Facharbeit andererseits. Es sollte erfasst werden, welche konkreten Erfahrungen die Beschäftigten mit veränderten Qualifikations- und Kompetenzzuschnitten sowie mit Formen neuer Arbeitsteilung zwischen etablierten und „neuen“ Gesundheitsberufen haben. Darüber hinaus sollte geklärt werden, ob die konzeptionellen Debatten unter Experten, Verbänden und Krankenhausmanagern³⁵ die tatsächlichen Gegebenheiten, Probleme und Herausforderungen neuer Arbeitskonzepte, erweiterter Kompetenzprofile, neuer Berufsbilder und Teamstrukturen in Krankenhäusern hinreichend und zuverlässig abbilden und wo sich weitergehende Handlungserfordernisse identifizieren lassen. Folgende Forschungsfragestellungen lagen dem „Arbeitsreport Krankenhaus“ zugrunde:

- Wie kann das Profil des Arbeitsplatzes „Krankenhaus“ beschrieben werden?
- Über welche Qualifikationen verfügen die Beschäftigten?
- Wie engagieren sich die Beschäftigten bei der Fort- und Weiterbildung und wie werden sie durch ihre Arbeitgeber dabei unterstützt?
- Erfolgt eine arbeitsplatznahe Anpassung beruflicher Kompetenzen und Qualifikationen?
- Welche Berufsgruppe übernimmt im Arbeitsprozess welche Aufgaben und Tätigkeiten?
- Hat sich das Aufgaben- und Tätigkeitsprofil der Beschäftigten in den vergangenen Jahren verändert?
- Wie ist die Arbeits- und Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen geregelt?
- Welche Berufsgruppe koordiniert und steuert welche Arbeitsprozesse?
- Wie bewerten die Beschäftigten ihre Arbeitsplätze hinsichtlich der vorhandenen Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeiten?

35 VPU (2007); Offermanns/Bergmann (2008); Offermanns/Bergmann (2010); DBfK (2011).

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aktuellen Debatten zur neuen Arbeitsteilung in zentralen Gesundheitsfachberufen und den Möglichkeiten der Einrichtungen zur Durchführung innovativer Modellvorhaben war es Ziel der Untersuchung, empirische Erkenntnisse zum Zusammenhang betrieblicher Reorganisation, Arbeitsgestaltung und gesundheitsbezogener Facharbeit im Krankenhaussektor zu gewinnen. Die Erkenntnisse des „Arbeitsreport Krankenhaus“ sollen dazu beitragen:

- Arbeitsplätze im Krankenhaussektor in ihrem Profil zu erfassen, zu beschreiben und zu analysieren,
- Hinweise zur Verbesserung der Arbeitsqualität zu erhalten,
- valide Daten zur Arbeitsteilung und berufsgruppenbezogenen Qualifikations- und Kompetenzentwicklung zu erheben sowie
- Empirie zur Konzeption und Durchführung von innovativen Modellvorhaben an der Schnittstelle von Arbeitsgestaltung und Gesundheitsfacharbeit im Krankenhaussektor bereitzustellen.

Der „Arbeitsreport Krankenhaus“ versteht sich zudem als Instrument, mit dem sich Reorganisationsprozesse im Krankenhaussektor in ihren Auswirkungen auf Arbeitsgestaltung und Facharbeit in einer (berufsgruppenbezogenen) Querschnitts- und perspektivisch in der Längsschnittanalyse nachzeichnen lassen.

Die Untersuchung wurde komplementär zu einer Expertise angelegt, die im Zeitraum Juni 2012 bis Februar 2013 im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) zum Themenfeld „Berufsbilder im Gesundheitssektor“ durchgeführt wurde. Gegenstand dieses Projekts war es, die Entwicklung und Funktion gesundheitsbezogener Berufsbilder und Arbeitskonzepte in Krankenhäusern aus qualitativer Perspektive zu eruieren, zu beschreiben und zu analysieren. Die Untersuchung zeigt, dass sich – parallel zum dynamischen Reorganisationsprozess der Krankenhauslandschaft selbst – in den letzten Jahren eine differenzierte Bildungswirtschaft mit neuen Berufen, Qualifikations- und Kompetenzprofilen entwickelt hat.³⁶ Auf betrieblicher Ebene zeigten sich zum einen Passungs- und Einmündungsprobleme neuer Berufe, Qualifikations- und Kompetenzprofile in die betriebliche Praxis. Zum anderen wurde deutlich, dass die zunehmende Ausdifferenzierung der Bildungslandschaft im Gesundheitswesen mit einer wachsenden Unübersichtlichkeit beruflicher Abschlüsse einhergeht, die die in der Vergangenheit bereits beschriebene Zersplitterung und Fragmentierung der beruflichen Bildung im Gesundheitswesen³⁷ weiter befördert.

Die Erstellung des „Arbeitsreports Krankenhaus“ umfasste folgende Arbeitsschritte: Im Rahmen einer vorab durchgeführten *Literaturrecherche* wurde zunächst Fachliteratur zur Thematik zusammengetragen. Zur Verdichtung der Forschungsfragestellung und zur Ableitung der Untersuchungskategorien und -items wurde diese insbesondere zu den Themenfeldern „Neue Berufe und Kompetenzprofile im Gesundheitswesen“, „Professi-

36 Bräutigam/Evans/Hilbert (2013).

37 Becker (2008).

onalisierung und Kompetenzentwicklung in Gesundheitsfachberufen“, „Konzepte neuer Arbeitsteilung“, „Arbeitskonzepte im Gesundheitswesen“ und „Arbeitsbelastung in Gesundheitsfachberufen“ gesichtet und mit Blick auf die Forschungsfragestellung ausgewertet. Aus den analytischen Vorarbeiten wurden im nächsten Schritt *Befragungskategorien und -items* hergeleitet. Der auf dieser Basis entwickelte Fragebogen umfasste insgesamt 77 *Fragen und 303 Items*, die sich entlang der folgenden Themenblöcke aufspannten:

- Themenblock 1 – Allgemeine Angaben zur Person und Institution: Ein Schwerpunkt lag hier auf der Erfassung objektiver Rahmenbedingungen der Arbeitsplätze. Erfasst wurden neben personenbezogenen Daten (u.a. Geschlecht, Alter, Zahl der aktiven Berufsjahre) auch Daten aus dem Bereich Arbeitszeit, Einkommen (Brutto- und Nettoverdienst) und Dauer der Beschäftigung beim jetzigen Arbeitgeber sowie Strukturdaten des Krankenhauses (Träger, Bettenzahl, Bundesland).
- Themenblock 2 – Angaben zu Qualifikation, Fort- und Weiterbildung: Hierbei fand der Umgang mit und der Einsatz von innovativen Qualifizierungen und Abschlüssen, die in den letzten Jahren entstanden sind und aufgegriffen wurden, besondere Berücksichtigung. Erfasst wurden zudem Angaben zur Berufsausbildung und zur Berufsbiographie, zur Fort- und Weiterbildungsplanung, zu den Motiven und Zielen beruflicher Fort- und Weiterbildung sowie zur Unterstützung der Qualifizierungsaktivitäten durch den Arbeitgeber.
- Themenblock 3 – Angaben zum Aufgabengebiet und zum Arbeitsplatz: Dieser Themenblock fokussierte Aspekte der organisatorischen und hierarchischen Einbettung des Arbeitsplatzes in das Organisationsgefüge Krankenhaus, berufsgruppenspezifische Aufgabenprofile, organisatorische Rahmenbedingungen der Aufgabenerledigung (z.B. Zielvereinbarungen), Maßnahmen der baulichen, organisatorischen und technischen Reorganisation der Arbeitsplätze. Erfasst wurden darüber hinaus Aspekte der Teamstruktur und -kultur. Im Mittelpunkt standen zudem die Konsequenzen von Aus- und Weiterbildungsaktivitäten für die betriebliche Arbeitsgestaltung.
- Themenblock 4 – Angaben zur Zusammenarbeit im Arbeitsbereich: Die Erhebung von Erfahrungen der Beschäftigten mit neuen Wegen interprofessioneller Zusammenarbeit und Arbeitsgestaltung stand im Mittelpunkt dieses Themenblockes. Erfasst wurden Veränderungen des Aufgabenspektrums und Verschiebungen der Aufgabenbereiche zwischen den Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus, die Relevanz und Zuordnung steuernder und koordinierender Aufgaben im Arbeitsprozess sowie Passgenauigkeit der vorhandenen Qualifikationen mit den Arbeitsaufgaben und den ausgeübten Tätigkeiten. Berücksichtigung fanden sowohl die eigenen Aufgaben der Befragten als auch diejenigen Aufgabenbereiche, die zwischen den Berufsgruppen im Reorganisationsprozess umverteilt wurden.
- Themenblock 5 – Abschließende Fragen zur Arbeitssituation: Der abschließende Themenblock fokussierte auf ausgewählte Dimensionen der Arbeits(platz)qualität sowie auf zukünftige Entwicklungsperspektiven der Arbeitsplätze aus Beschäftigtensicht.

Neben Fragestellungen mit Einfachnennungen fanden auch Fragestellungen mit Mehrfachantworten sowie offene Antwortkategorien in der Fragebogenkonstruktion Berücksich-

tigung. Ergänzend zu den objektiven Dimensionen zielte die Befragung vor allem auf die Erfassung subjektiver Bewertungen und Einstellungen der Beschäftigten zu einzelnen Themenkomplexen. Dies konkretisierte sich beispielsweise in Antwortkategorien zum „Zufriedenheitsgrad“, zum „Zielerreichungsgrad“ oder zum „Zustimmungsgrad“, die jeweils in einer 5er-Skala abgebildet wurden. Der Fragebogen wurde anschließend einem Expertenkreis zum Feedback vorgelegt und modifiziert. Das Expertenfeedback diente zum einen der *Diskussion und Validierung des Erhebungsinstruments* und zum anderen als *Plattform mit Multiplikatorfunktion* für die Erhebung selbst. Die Auswahl und Ansprache der Experten erfolgte in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber. Im Vorfeld der Durchführung der Online-Befragung wurde, begleitet durch den Expertenkreis, ein Pretest durchgeführt.

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen „Arbeitsreport Krankenhaus“



Quelle: IAT (Institut Arbeit und Technik, Westfälische Hochschule Gelsenkirchen, Bocholt, Recklinghausen)

Bei der Entwicklung wurde insbesondere auf die Anschlussfähigkeit an das Instrument „LOHNSPIEGEL“³⁸ geachtet. Die Entwicklung des Erhebungsinstruments erfolgte in enger Abstimmung mit Experten vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut [WSI] in der Hans-Böckler-Stiftung.³⁹ Zu einigen exemplarischen Ergebnissen des Arbeitsreports wird in den Kapiteln 3 und 4 ein „Blick in den LohnSpiegel“ geworfen.

38 <http://www.lohnspiegel.de/main>.

39 Dr. Reinhard Bispinck und Fikret Öz, Mitarbeiter am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der HBS. Fikret Öz ist gleichzeitig am Institut Arbeit und Technik tätig [Anmerk. d. Verf.].

Der LohnSpiegel

Der LohnSpiegel ist eine fortlaufende Online-Erhebung, an der sich die Besucher/innen der Webseite freiwillig und anonym beteiligen können. Das deutsche Projekt ist Bestandteil des internationalen Wage-Indicator-Netzwerkes, an dem Projekte aus insgesamt 80 Ländern mit gleicher Zielsetzung beteiligt sind. Das Projekt „Lohn-Spiegel“ wird vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut der Hans-Böckler-Stiftung (WSI) durchgeführt.

Wie die meisten Online-Befragungen sind die Daten des LohnSpiegels nicht vollständig repräsentativ für die Gesamtbevölkerung, d.h. dass die Daten in Hinblick auf einige sozialstrukturelle Faktoren von den Verteilungen in der Gesamtbevölkerung abweichen können (Bispinck et al. 2010).

Ein großer Vorteil des LohnSpiegels ist, dass sowohl ein differenzierender und vergleichender Blick in die verschiedenen Berufsgruppen geworfen werden kann als auch Quervergleiche mit anderen Berufsgruppen und Branchen möglich sind. Der LohnSpiegel ist überdies aufgrund der selbstberichteten Einkommen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Lage, Differenzen zwischen tatsächlich gezahlten Löhnen im Vergleich zu Tarifabsprachen sichtbar zu machen.

Die Ergebnisse des Lohnspiegels bestärken zum einen die Erkenntnis, dass sich Angaben und Veränderungen der „Arbeitswelt Krankenhaus“ erst auf Ebene einzelner Berufe, Aufgaben- und Tätigkeitsfelder sinnvoll und valide nachzeichnen lässt. Zum anderen ist es notwendig, Erkenntnisse zum Reorganisationsgeschehen der Krankenhäuser an der Schnittstelle von Qualifikation und Arbeitsgestaltung an den Entwicklungen anderer Branchen zu spiegeln. Erst über einen entsprechenden Vergleich lassen sich Aussagen darüber treffen, ob und inwiefern es sich bei den skizzierten Ergebnissen und Einschätzungen der Beschäftigten in der „Arbeitswelt Krankenhaus“ um branchentypische Entwicklungen handelt. Des Weiteren wäre es sinnvoll, Daten zur subjektiven Arbeitszufriedenheit an den Wertorientierungen, Lebenseinstellungen und Präferenzen der Beschäftigten zu spiegeln. So sind Aussagen zur Zufriedenheit mit der Verdienstsituation allein nur begrenzt aussagekräftig. Eine geringe oder im Zeitverlauf sinkende Zufriedenheit muss nicht allein Ausdruck einer unzureichenden Lohnhöhe sein, sondern kann auch auf eine Präferenzverschiebung hinsichtlich der erwünschten Gratifikation zurückgeführt werden. Hier bietet das Instrument „LohnSpiegel“ interessante Perspektiven für Querschnitts- und Längsschnittanalysen. Die Stärken des Instruments „LohnSpiegel“ liegen zweifelsohne in seiner breiten empirischen Basis, der fortlaufenden Datenerhebung sowie im berufsgruppenspezifischen Zugriff. Der „Arbeitsreport“ fokussiert komplementär hierzu auf die Erfassung des Reorganisationsgeschehens auf Ebene einzelner Aufgaben und Tätigkeiten der in den Arbeitsprozess involvierten Berufsgruppen. Aus einer systematischen Integration und inhaltlichen Abstimmung der Instrumente „Lohn-Spiegel“ und „Arbeitsreport“ können zukünftig wertvolle Beiträge für eine vergleichende und internationale Arbeits- und Dienstleistungsforschung gewonnen werden.

Die Befragung wurde als *bundesweite Online-Erhebung* durchgeführt. Die Durchführung erfolgte im Zeitraum *Oktober 2012 bis Februar 2013* über die eigens hierfür eingerichtete Internetseite <http://www.iat.eu/krankenhausarbeit>. Die grundlegende Voraussetzung zur Teilnahme an der Befragung waren ein Internetzugang sowie Kenntnisse der Internetnutzung. Es wurde keine Zufallsauswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorgenommen, sondern sie entschieden sich selbst aktiv und freiwillig für die Teilnahme an der Befragung. Hierdurch waren prinzipiell Mehrfachteilnahmen möglich, die in der Folge zu einer Verzerrung der Daten hätten führen können. Hinzu kommt, dass die Tendenz zum Abbruch der Befragung bei Online-Befragungen häufig höher als bei schriftlichen Erhebungen ist. Insgesamt haben 3.331 Personen an der Befragung teilgenommen. Es wurden nur diejenigen Fragebögen in die Auswertung einbezogen, bei denen mehr als 75 % der gestellten Fragen beantwortet wurden. Im Ergebnis liegen dem „Arbeitsreport Krankenhaus“ 2.507 Datensätze zugrunde, die in die Auswertung eingeflossen sind. Die realisierte Stichprobe lässt sich wie folgt darstellen:

Tabelle 1: Ausgewählte Eckdaten der realisierten Stichprobe zum „Arbeitsreport Krankenhaus“

Kategorie	Häufigkeit der Nennungen	Gültige Prozent
Berufsgruppen		
<i>Pflegeberufe</i>	1.900	75,8
<i>Ärztin/Arzt</i>	205	8,2
<i>Sonstige Berufe</i>	402	16,0
<i>Gesamt</i>	2.507	100,0
Geschlecht		
<i>weiblich</i>	1.576	62,9
<i>männlich</i>	872	34,8
<i>Fehlende Angaben</i>	59	
Trägerschaft		
<i>öffentlich</i>	1.486	62,4
<i>freigemeinnützig</i>	477	20,1
<i>privat</i>	416	17,5
Einrichtungsgröße		
<i>bis 99 Betten</i>	86	3,7
<i>100-199 Betten</i>	256	11,0
<i>200-499 Betten</i>	822	35,3
<i>500-799 Betten</i>	464	19,9
<i>800 oder mehr Betten</i>	701	30,1
Bundesländer (Schwerpunkte)		
<i>Nordrhein-Westfalen</i>	566	23,2
<i>Baden-Württemberg</i>	469	19,2
<i>Bayern</i>	383	15,7
<i>Berlin</i>	201	8,2
<i>Hessen</i>	195	8,0

Quelle: IAT

Die Übersicht der realisierten Stichprobe zeigt, dass die Befragung insbesondere Beschäftigte des Pflegedienstes erreicht hat. Demgegenüber ist die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte, gemessen an ihrem Beschäftigtenanteil in Krankenhäusern bundesweit, unterdurchschnittlich in der Befragung vertreten. Unter den „Sonstigen Berufen“ sind die therapeutischen Berufe (v.a. Physio-, Logo- und Ergotherapie), die Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sowie die Medizinischen Fachangestellten in der Befragung die am stärksten besetzten Berufsgruppen. Die ausgewerteten Antwortdatensätze zeigen, dass zwei Drittel der Befragten weiblichen Geschlechts sind. Betrachtet man die Verteilung der Antwortdatensätze nach Bundesländern, so lag der Schwerpunkt der Befragung in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Hessen. Mit einem Anteil von 62,5 % waren Beschäftigte aus Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft, gemessen an dem Anteil auf Bundesebene, gegenüber freigemeinnützigen und privaten Trägern überrepräsentiert. Bei den Einrichtungsgrößenklassen der Häuser zeigt die Stichprobe eine gute Übereinstimmung mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes.⁴⁰

Ein erfolgskritischer Punkt bei Online-Befragungen besteht darin, die Zielgruppe mobilisieren zu können. Grundgesamtheit der Befragung bildeten die Beschäftigten auf bettenführenden Normalstationen in Krankenhäusern in Deutschland. Die *Ansprache der Zielgruppe* erfolgte über verschiedene Kanäle: So wurde die Befragung bei einschlägigen Berufs- und Interessensverbänden bekannt gemacht, medial (z.B. Fachpublikationen, Internetforen) beworben und es wurden zudem Einrichtungen gezielt angesprochen. Die *Stichprobenqualität bei Online-Befragungen* ist grundsätzlich kritisch einzuschätzen. Durch die gewählten Wege der Mobilisierung sowie durch die organisatorische Umsetzung der Befragung (geringe technische Voraussetzungen zur Beantwortung, längere Erhebungsphase, Erinnerungsmails) konnten im Ergebnis zwar zufriedenstellende Teilnehmerzahlen erreicht werden. Allerdings kommt es bei diesem Vorgehen auch zu einer *Auswahlverzerrung*, die durch die spezifische Themenstellung der Befragung zusätzlich verstärkt wird. Insbesondere bei Befragungen zur „Arbeitszufriedenheit“ besteht das Risiko, dass sich unzufriedene Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen tendenziell häufiger mitteilen als Beschäftigte, die mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Durch die gewählten Mobilisierungskanäle wurden mit hoher Wahrscheinlichkeit bestimmte Beschäftigtengruppen besser erreicht als andere. Dies zeigte sich u.a. daran, dass geringer qualifizierte Beschäftigte (z.B. Servicehelfer und -helferinnen) über die gewählten Ansprachewege kaum erreicht wurden. Gegenüber einer schriftlichen Befragung bot die Online-Befragung unter Abwägung der Vor- und Nachteile dennoch den Vorteil einer schnelleren Durchführbarkeit, der geringeren Erhebungskosten sowie der breiteren Möglichkeiten der Bewerbung. Zwar können die

40 Grundlage bilden die Angaben des Statistischen Bundesamtes (Hrsg.) „Grunddaten der Krankenhäuser 2012 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (2013). Nach Angaben der Krankenhausstatistik verteilen sich die Vollkräfte nach Trägerschaft der Krankenhäuser insgesamt wie folgt: Öffentliche Träger 54,8 %, freigemeinnützige Träger 30,1 % sowie private Träger 15,1 %. Die Verteilung der VK-Beschäftigungsanteile nach Größenklassen stellt sich in der amtlichen Statistik wie folgt dar: KH bis 99 Betten 4,3%, KH mit 100 – 199 Betten 10,5 %, KH mit 200 – 499 Betten 34,7 %, KH mit 500 – 799 Betten 18,6 % sowie KH mit 800 oder mehr Betten 31,9 %.

erhobenen Daten keine Repräsentativität beanspruchen; dennoch zeichnen sie ein erstes Profil der „Arbeitswelt Krankenhaus“ sowie der arbeitsplatzbezogenen Reorganisationsprozesse, die in den vergangenen Jahren die Arbeitsplätze in Krankenhäusern geprägt haben. Die erhobenen Daten wurden mit dem Programm SPSS ausgewertet und die Ergebnisse entlang der vorab skizzierten Forschungsfragestellungen in Form des vorliegenden Forschungsberichts zusammengefasst.

3.1 Das Profil der „Arbeitswelt Krankenhaus“

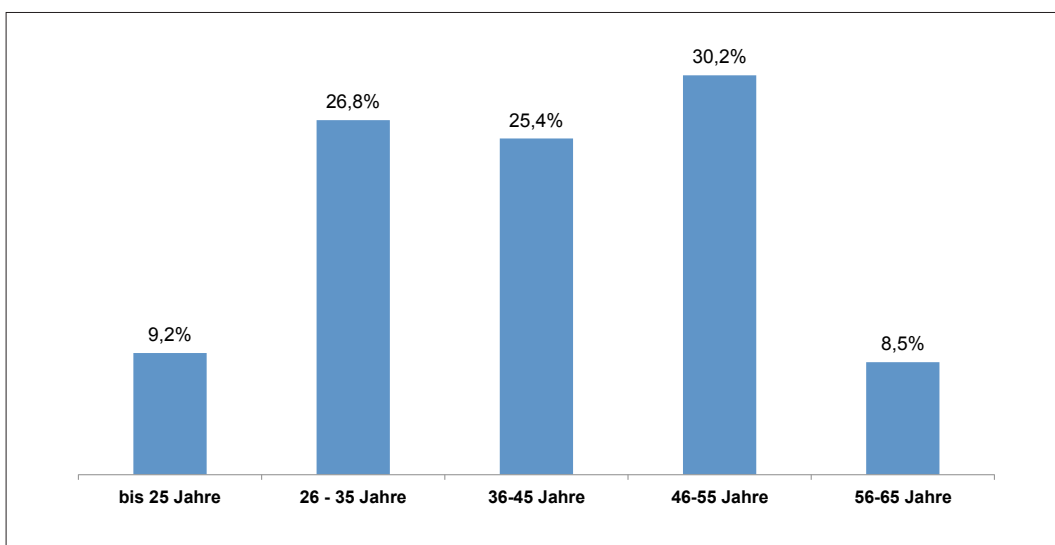
Die Arbeitswelt Krankenhaus ist nach wie vor in erheblichem Umfang durch weibliche Erwerbsarbeit geprägt. Dies spiegelt sich in der Geschlechterverteilung der Befragung wieder, an der 62,9 % Frauen teilnahmen. Während auf der einen Seite die Konsequenzen und Herausforderungen einer „Feminisierung der Medizin“ debattiert werden, wird in der Pflege vielerorts darüber diskutiert, wie das Berufsfeld stärker für Männer erschlossen und attraktiver gestaltet werden kann. In Anbetracht der jüngsten Debatten um einen Fachkräftemangel in zentralen Berufsgruppen erfahren unter dem Stichwort „Diversity-Management“ und „Generation Y“ genderspezifische Strategien der Personalgewinnung und -entwicklung sowie integrierte Konzepte einer „gender-sensiblen“ Personalarbeit im Krankenhaus⁴¹ Aufmerksamkeit.⁴²

Ältere Beschäftigte prägen zunehmend die Personalstrukturen in Krankenhäusern. In den kommenden Jahren wird in Anbetracht dessen die Auseinandersetzung mit lebensphasengerechten Arbeitskonzepten, Arbeitsplätzen und Tätigkeitsprofilen an Bedeutung gewinnen. Die Ursachen für das „*Double Aging*“, insbesondere in der Krankenhauspflege, sind nicht zuletzt in einer Reduzierung von Ausbildungskapazitäten, einem Stellenabbau in der Vergangenheit sowie einem Mangel an geeigneten Bewerberinnen und Bewerbern zu suchen.⁴³ Die vorliegenden Ergebnisse zur Altersstruktur der Beschäftigten zeigen, dass der demographische Wandel die Krankenhäuser längst erreicht hat (s. Abbildung 2). Die Verteilung der Befragten entlang der Alterskategorien weist aus, dass 30,2 % der Befragten der Alterskategorie „46-55 Jahre“ zuzuordnen sind. Addiert man die Anteile der Alterskategorie „56-65 Jahre“ hinzu, so sind derzeit beinahe 40 % der Befragten älter als 45 Jahre.

41 Das Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule führt derzeit (2012-2015) in diesem Zusammenhang das Projekt „klinikPROgender“ durch (www.klinikprogender.de).

42 MGEPA (2011)

43 Simon (2011)

Abbildung 2: Altersstruktur der Beschäftigten (n=2467)

Quelle: IAT

Angaben zum monatlichen Nettoverdienst können gegenüber den Angaben zum monatlichen Bruttoverdienst realistischere Aussagen dazu liefern, wie viel finanzielle Mittel den Beschäftigten im Krankenhaussektor aus der Erwerbsarbeit tatsächlich zur Verfügung stehen (Tabelle 2). Hier entfällt der Median der Einkommensverteilung bei den Pflegeberufen auf die Verdienstkategorie „1.500 € bis unter 2.000“. Es zeigt sich eine hohe Relevanz niedrigerer Einkommen: Insgesamt 22,9 % der befragten Pflegenden gaben an, weniger als 1.500 € monatlichen Nettoverdienst zu realisieren. Ob es sich hierbei um klassische Zuverdienermodelle, um freiwillige oder unfreiwillige Teilzeitarbeit handelt, kann an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden. Familienformen oder Gründe für Teilzeitarbeit wurden in der Befragung nicht gesondert erfasst. Hier wäre in einem nächsten Schritt eine Vertiefung sicherlich sinnvoll. Für die „Sonstigen Berufe“ zeigt sich die Relevanz niedrigerer Einkommen gegenüber der Pflege noch deutlicher: Insgesamt 39,4 % der Befragten erzielen einen Nettoverdienst unter 1.500 €. Die Daten des Arbeitsreports legen zum einen nahe, Erwerbstätigkeit im Krankenhaus, bei welcher niedrigere Einkommen erzielt werden, verstärkt in den Blick zu nehmen. Zum anderen zeigen die Daten, dass eine Begrenzung der Debatten zur Einkommenslage im Gesundheitswesen auf die Pflegeberufe zu kurz greift. Hier gilt es, die Entwicklungstrends sowohl innerhalb als auch zwischen einzelnen Berufsgruppen des Krankenhauses (vor allem mit Blick auf die Service-, Helfer- und Assistenzberufe), aber auch zwischen Teilbranchen des Gesundheitswesens insgesamt, deutlicher herauszuarbeiten.

Tabelle 2: Nettoverdienst der Beschäftigten nach Berufsgruppen

Nettoverdienst (in €)	Pflegerberufe		Ärzte		Sonstige Berufe	
	gültige Prozent	kumulierte Prozent	gültige Prozent	kumulierte Prozent	gültige Prozent	kumulierte Prozent
weniger als 500 €	1,1	1,1	0,5	0,5	1,4	1,4
500 € bis unter 1.000 €	6,2	7,3	0,0	0,5	13,8	15,2
1.000 € bis unter 1.500 €	15,6	22,9	1,0	1,5	24,2	39,4
1.500 € bis unter 2.000 €	50,0	72,9	1,0	2,5	36,3	75,7
2.000 € bis unter 2.500 €	21,7	94,6	4,7	7,2	18,1	93,8
2.500 € bis unter 3.000 €	4,0	98,6	13,1	20,3	3,6	97,4
3.000 € bis unter 3.500 €	0,9	99,5	21,5	41,8	0,5	97,9
3.500 € bis unter 4.000 €	0,1	99,6	14,7	56,5	1,2	99,1
4.000 € bis unter 4.500 €	0,2	99,8	6,8	63,3	0,2	99,3
4.500 € bis unter 5.000 €	0,1	99,9	12,6	75,9	0,2	99,5
5.000 € oder mehr	0,1	100,0	24,1	100,0	0,5	100,0

Quelle: IAT

Blick in den LohnSpiegel 1:**Einkommen und Gender Pay Gap**

Im Durchschnitt verdienen „Krankenpflegeschwestern/-pfleger“ ohne Berücksichtigung von Weihnachts-, Urlaubsgeld und anderen Sonderzahlungen monatlich 2.742 € (Männer) / 2.513 (Frauen) (Basis: 40 Wochenstunden; s. Tabelle 3). Pflegeberufe mit einer Fachweiterbildung realisieren deutlich höhere Einkommen als „Pflegeberufe insgesamt“. So beträgt der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst von „Operationsschwestern/-pflegern“ 3.533 (Männer) € / 3.247 (Frauen), für „Anästhesieschwestern/-pfleger“ weisen die Daten des „LohnSpiegels“ ein durchschnittliches Bruttomonatseinkommen von rund 3.355 € (Männer) / 3.117 (Frauen) aus. „Stationsleiter/-innen in der (Kinder-)Krankenpflege“ realisieren einen durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst von 3.266 € (Männer) / 2.909 € (Frauen). Mit steigender Berufserfahrung und höherem Ausbildungsabschluss steigt tendenziell das Einkommen. Beschäftigte in „Pflegeberufen insgesamt“ verdienen in den neuen Bundesländern im Durchschnitt rund 19 % weniger als ihre Kollegen/-innen in den alten Bundesländern (Bispinck et al. (2013).

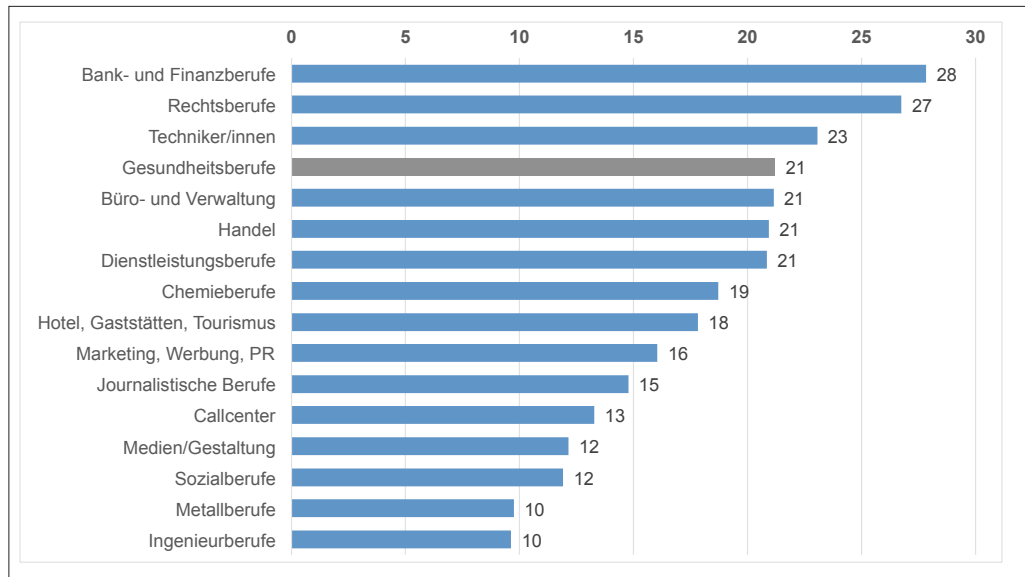
Tabelle 3: Monatslöhne in den Gesundheits- und Pflegeberufen (in €, 40 Stundenwoche)

	Männer				Frauen			
	Mittelwert	Perzentil 25	Median	Perzentil 75	Mittelwert	Perzentil 25	Median	Perzentil 75
Arzt/Ärztin	5.437	4.088	4.640	5.786	4.490	3.780	4.191	4.666
Krankenschwester,-pfleger	2.742	2.376	2.965	3.157	2.513	2.086	2.489	2.814
Anästhesieschwester, -pfleger	3.355	2.775	3.240	3.877	3.117	2.786	3.155	3.441
Operationsschwester/-pfleger	3.533	2.957	3.372	4.163	3.247	2.873	2.991	3.497
Helfer/in in der Krankenpflege	1.953	1.513	1.751	2.052	1.831	1.436	1.663	1.950
Psychiatrieschwester/-pfleger	2.965	2.537	2.821	3.358	2.744	2.367	2.763	2.967
Altenpfleger/-in	2.318	1.934	2.243	2.570	2.347	1.817	2.264	2.548
Altenpflegehelfer/-in	2.150	1.485	1.728	2.234	1.919	1.509	1.649	1.975
Stationsleiter/-in Krankenpflege	3.266	2.975	3.262	3.655	2.909	2.431	2.953	3.337

Quelle: WSI-Lohnspiegel (2009-2013)

Der geschlechtsspezifische Verdienstabstand (gender pay gap) fällt in den dargestellten Berufen sehr unterschiedlich aus. In allen Berufsgruppen (Ausnahme: Altenpfleger) verdienen Männer im Durchschnitt jedoch mehr als ihre Kolleginnen. Im Vergleich der Berufsgruppen zeigt sich, dass dies auch für die Gesundheitsberufe insgesamt zutrifft (s. Abbildung 3), bei denen Frauen 21 Prozent weniger verdienen als Männer. Die überaus große Bandbreite der Unterschiede belegt, dass der ausgeübte Beruf zu den wichtigen Faktoren bei der Erklärung der Verdienstunterschiede zwischen Frauen und Männern in Deutschland zählt. Auch in typischen Frauenberufen des Gesundheitswesens verdienen Frauen jedoch weniger als ihre männlichen Kollegen, so dass gängige Erklärungsmuster wie typische Frauen- oder Männerberufe hier nur bedingt tragfähig sind.

Abbildung 3: Verdienstabstand zwischen Männer und Frauen in den ausgewählten Berufsgruppen (in Prozent)



Quelle: WSI-Lohnspiegel (2009-2013)

4 Ergebnisse des „Arbeitsreport Krankenhaus“

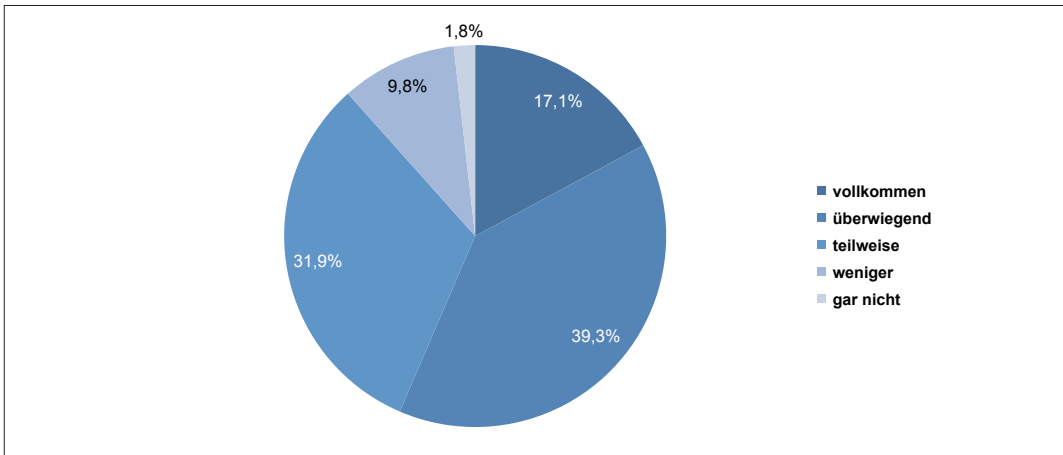
Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse vorgestellt. Die Darstellung beginnt mit einer Aufarbeitung zentraler Ergebnisse zum Themenkomplex „Qualifikation, Fort- und Weiterbildung“ (Kapitel 4.1). Insbesondere werden Resultate zur Verwertbarkeit beruflicher Qualifikationen im Arbeitsprozess sowie zu Motiven, Strukturen und zur Zielerreichung beruflicher Fort- und Weiterbildung aus Sicht der Beschäftigten vorgestellt. Die Ausgestaltung und Re-Organisation der Arbeitsplätze der Beschäftigten stehen anschließend im Mittelpunkt (Kapitel 4.2). In diesem Kapitel wird ein Profil der Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen gezeichnet. Dieses wird durch Aussagen zu Kooperationsstrukturen, der Umverteilung von Aufgaben sowie der Bewertung ihrer Folgen ergänzt. Abschließend wird aufgezeigt, wie die Beschäftigten die zukünftige Entwicklung ihrer Arbeitsplätze einschätzen und wo sie Herausforderungen der Weiterentwicklung der Arbeitsgestaltung sehen (Kapitel 4.3).

4.1 Qualifikation, Fort- und Weiterbildung

Der Einstieg in die Arbeitswelt Krankenhaus erfolgt nicht grundsätzlich im Rahmen einer beruflichen Erstausbildung. 22,9 % der Befragten haben vor ihrer jetzigen beruflichen Tätigkeit im Krankenhaus bereits eine andere Berufsausbildung absolviert (siehe Abbildung A1 im Anhang). Eine zentrale Dimension zur Beschreibung von Arbeitsplätzen ist die Organisation des Fort- und Weiterbildungsgeschehens. Fachweiterbildung, Leitungsweiterbildung und pädagogische Weiterbildung sowie diverse pflegepraktische Fort- und Weiterbildungen bestimmen das Qualifizierungsgeschehen in der Pflege. Bisher eher ergänzend finden sich pflegebezogene Studiengänge sowie berufsbegleitende wissenschaftliche Weiterbildungen zum Beispiel in den Bereichen Gesundheitsökonomie oder Public Health. Die berufliche Nachqualifizierung (3-jährige Ausbildung nach Helferausbildung) zu einem höherwertigen Berufsabschluss spielt in den Einrichtungen hingegen kaum eine Rolle. Angesichts der aktuellen Fachkräftediskussion überrascht dieses Ergebnis (ohne Abbildungen).

Mit Blick auf die vorhandenen Qualifikationen war die Frage interessant, ob diese im Arbeitsalltag umsetzbar sind (Abbildung 4). 31,9 % der Befragten gaben hierzu an, dass sie ihre vorhandenen Qualifikationen nur teilweise einsetzen können. Insgesamt 11,6 % der Befragten entschieden sich hier für die Antwortkategorien „weniger“ und „gar nicht“. Mehr als 56 % der Befragten können ihre vorhandenen Qualifikationen und Kompetenzen im Arbeitsalltag „vollkommen“ und „überwiegend“ einsetzen. Es scheint demzufolge in nicht unerheblichem Umfang Passungsprobleme zwischen Ausbildungs- und Qualifizierungsangeboten einerseits und dem konkreten Berufsalltag andererseits zu geben.

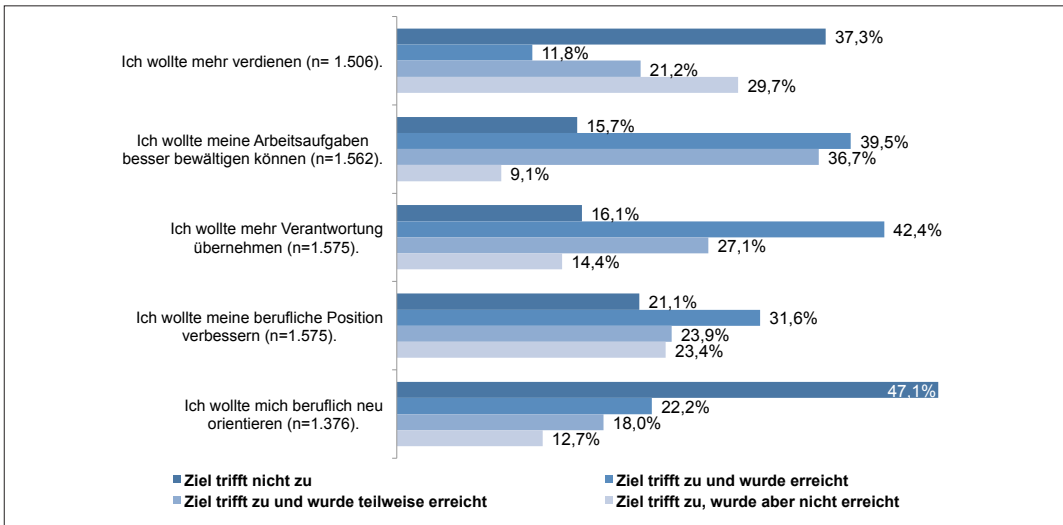
Abbildung 4: Können Sie Ihre beruflichen Qualifikationen umsetzen (alle Berufe, n=2332)?



Quelle: IAT

Was erwarten die Beschäftigten von einer Fort- oder Weiterbildungsmaßnahme? Es ist nicht primär ein höherer Verdienst oder eine berufliche Neuorientierung, sondern insbesondere eine bessere „Bewältigung der Arbeitsaufgaben“, die „Übernahme von mehr Verantwortung“ sowie die „Verbesserung der beruflichen Position (Aufstieg)“ (siehe Abbildung 5). Während die Ziele einer besseren Bewältigung von Arbeitsaufgaben sowie die Übernahme von Verantwortung vielfach erreicht werden, scheint sich die Verbesserung der beruflichen Position durch Bildungsmaßnahmen ebenso wie eine Erhöhung des Verdienstes wesentlich schwieriger zu gestalten. Ausgehend von diesen Ergebnissen ist insbesondere vor dem Hintergrund neuer Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für zentrale Berufsgruppen des Krankenhaussektors verstärkt danach zu fragen, ob und inwieweit diese von den Beschäftigten auch im gewünschten Sinne im Arbeitsalltag verwertet werden können.

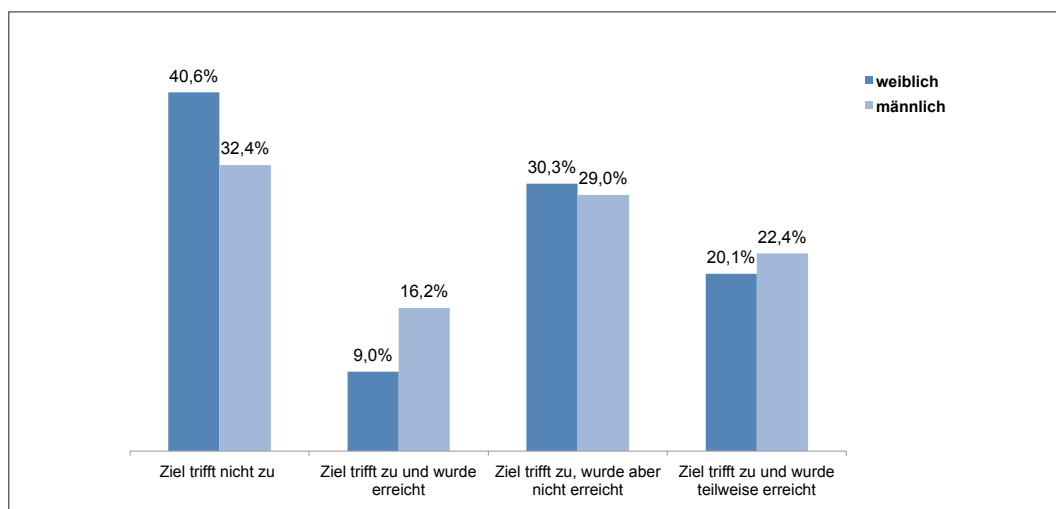
Abbildung 5: Ziele der Fort- und Weiterbildung (alle Berufe)



Quelle: IAT

Ein Schwerpunkt des Arbeitsreports lag zum einen auf der Frage, welche Ziele seitens der Beschäftigten in der Fort- und Weiterbildung eine Rolle spielen. Zum anderen wurde untersucht, ob diese Ziele im Berufsalltag auch erreicht werden konnten. So ist, wie Abbildung 6 zeigt, das Motiv „Ich wollte mehr Geld verdienen“ bei beiden Geschlechtern durchaus kein Leitziel für Fort-/Weiterbildung. Gleichwohl zeigen die Daten, dass für männliche Beschäftigte gegenüber weiblichen Beschäftigten dieses Ziel eine höhere Relevanz besitzt. Deutliche Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Beschäftigten zeigen sich allerdings bei der Frage, ob die mit der Fort-/Weiterbildung avisierten Ziele im Berufsalltag auch tatsächlich erreicht werden konnten.

Abbildung 6: Ziele der Fort-/Weiterbildung: „Ich wollte mehr verdienen“ (Angaben in %, n=1506)

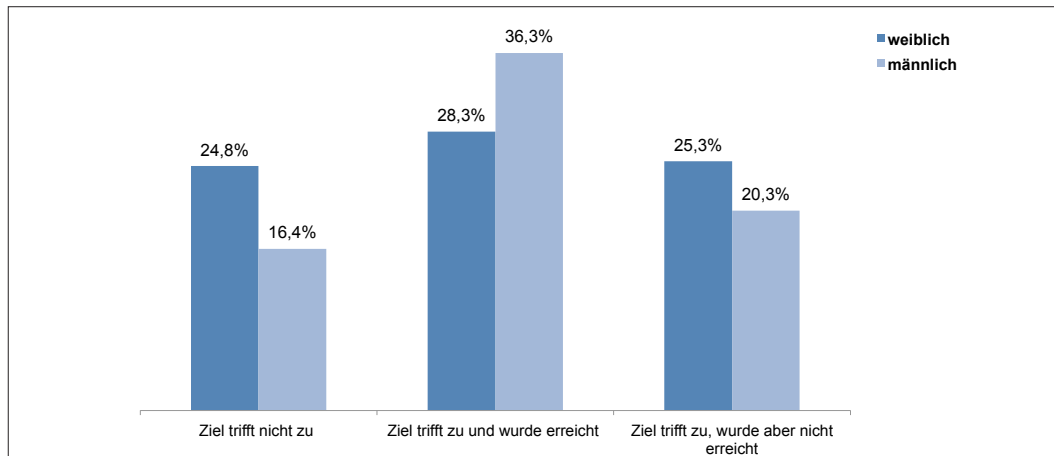


Quelle: IAT

Während 9,0 % der Frauen hier angaben, durch Fort-/Weiterbildung mehr Geld verdienen zu wollen und dieses Ziel nach eigenen Angaben auch erreicht wurde, waren es bei den Männern hingegen 16,2 %. Insgesamt gaben bei beiden Geschlechtern 30,3 % (weiblich) bzw. 29,0 % (männlich) an, dass diese Orientierung zwar zielführend war, jedoch nicht erreicht werden konnte. Auf die Antwortkategorie „Ziel trifft zu und wurde teilweise erreicht“ entfielen mit 20,1 % (weiblich) bzw. 22,4 % (männlich) ebenfalls hohe Anteile. Insgesamt scheint sich aus Sicht der Beschäftigten das Fort-/Weiterbildungsengagement nicht ohne Weiteres auch in einem höheren Einkommen widerzuspiegeln. Wenn dies jedoch der Fall ist, scheinen männliche Beschäftigte hier ihre Ziele eher erreichen zu können. Ergänzend muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die gezeigten Antworten alle Berufsgruppen inkludieren, d.h. eine Verschränkung geschlechts- und berufsgruppenspezifischer Disparitäten in der Gratifikation erfolgreich abgeschlossener Fort-/Weiterbildung ist wahrscheinlich.

Auch die Ergebnisse zum Ziel „Ich wollte meine berufliche Position verbessern“ zeigen deutliche geschlechtsspezifische Disparitäten sowohl in der Relevanz des Ziels als auch hinsichtlich der Zielerreichung (s. Abbildung 7).

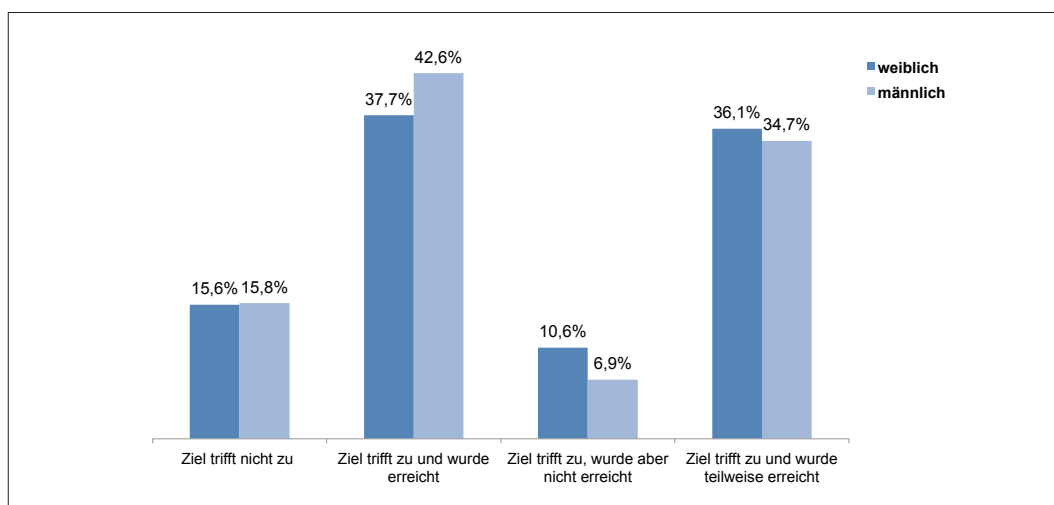
Abbildung 7: Ziele der Fort-/Weiterbildung: „Ich wollte meine berufliche Position verbessern.“ (Angaben in %, n=1575)



Quelle: IAT

Einer der wichtigsten Ziele der Fort-/Weiterbildung aus Sicht der Beschäftigten besteht darin, die Arbeitsaufgaben besser bewältigen zu können. 37,7 % der weiblichen und 42,6 % der männlichen Beschäftigten gaben in der Befragung an, dass dieses Ziel für sie zutreffend sei und auch erreicht wurde (s. Abbildung 8). Auch hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Zielerreichung: So gaben 10,6 % der weiblichen Befragten an, dass dieses Ziel für ihre Fort-/Weiterbildung zwar zutreffend war, jedoch nicht erreicht werden konnte. Bei den männlichen Befragten entfiel auf diese Antwortkategorie ein Anteil von 6,9 %. In der Antwortkategorie „Ziel trifft zu und wurde teilweise erreicht“ stimmten 36,1 % der weiblichen Beschäftigten und 34,7 % der männlichen Beschäftigten dieser Aussage zu.

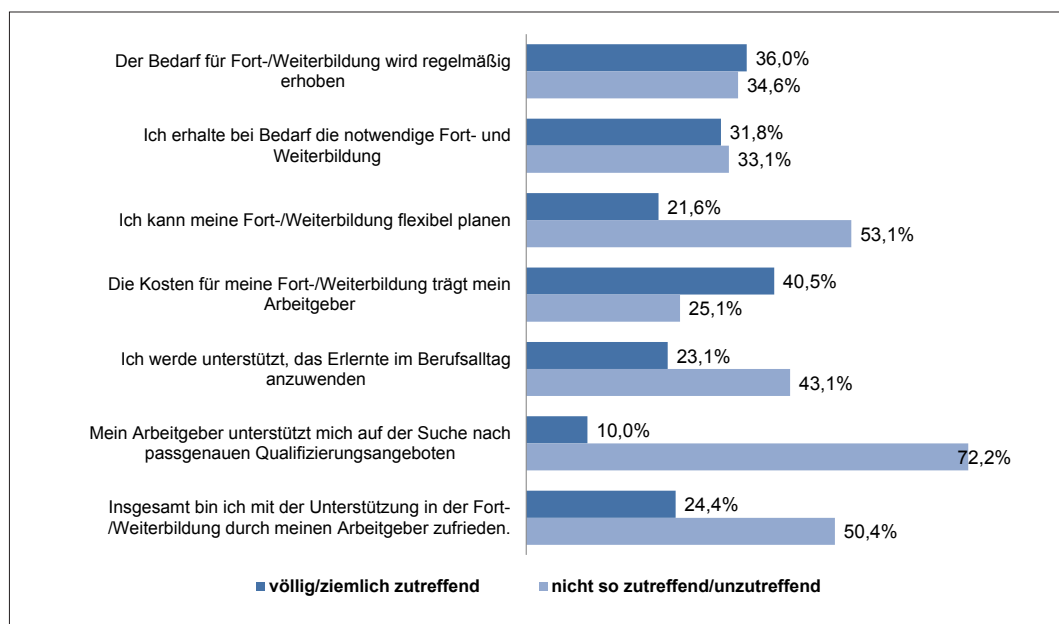
Abbildung 8: Ziele der Fort-/Weiterbildung: „Ich wollte meine Arbeitsaufgaben besser bewältigen können.“ (n=1562)



Quelle: IAT

Abbildung 9 weist die Ergebnisse zur Unterstützung der Beschäftigten durch den Arbeitgeber in der Fort- und Weiterbildungsplanung zunächst für die Beschäftigten in der Pflege aus. Die Ergebnisse zeigen, dass in der systematischen und regelmäßigen Erhebung des Fort-/Weiterbildungsbedarfes Herausforderungen liegen. Die flexible Planung der Fort- und Weiterbildung gestaltet sich aus Sicht der Beschäftigten schwierig. Die Beschäftigten bewerten die Aussage „Ich werde unterstützt, das Erlernete im Berufsalltag anzuwenden“ eher kritisch. Auch die Unterstützung durch den Arbeitgeber auf der Suche nach passgenauen Qualifizierungsangeboten wird skeptisch bewertet. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Arbeitsbedingungen vor Ort, mangelndes Interesse der Arbeitgeber oder andere Faktoren vielfach eine systematische und regelmäßige Auseinandersetzung mit dem Fort- und Weiterbildungsbedarf einerseits und der Anwendung des Erlerneten andererseits faktisch konterkarieren. Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten werden seitens der Arbeitgeber zwar teilweise (mit)finanziert; der Bedarf hierfür wird jedoch nur selten systematisch erhoben.

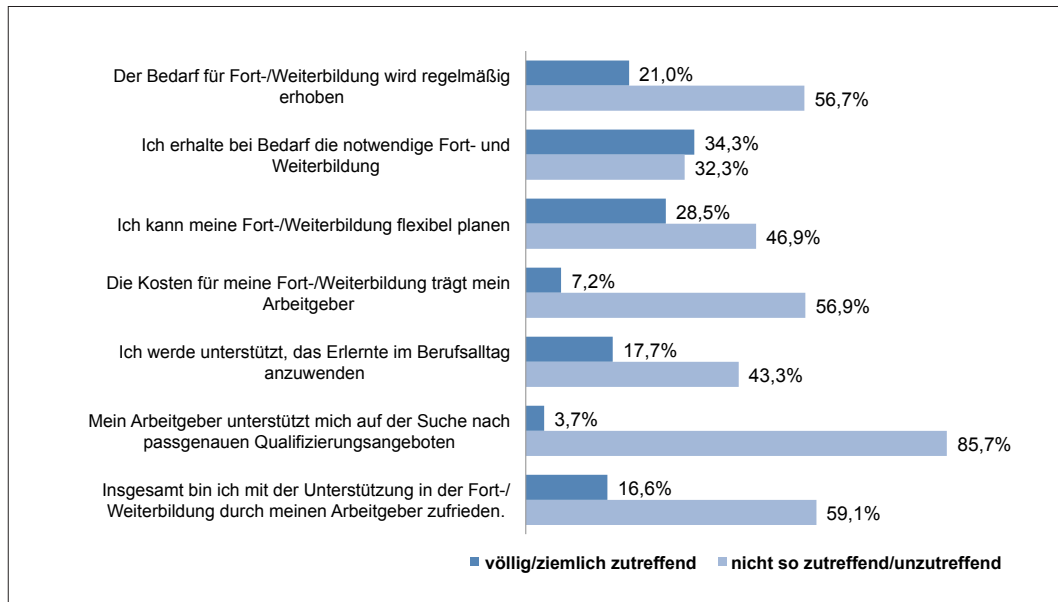
Abbildung 9: Unterstützung durch Arbeitgeber bei Fort- und Weiterbildung in der Pflege (n=1700)



Quelle: IAT

Für die Ärztinnen und Ärzte lässt sich hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung ein etwas anderes Bild zeichnen (Abbildung 10). Hier zeigen die Ergebnisse zunächst, dass die Fort- und Weiterbildung in hohem Maße individuell, d.h. durch die Beschäftigten selbst, organisiert wird. Trotz der vielfältigen Debatten um Arbeitgeberattraktivität finden Ärztinnen und Ärzte in ihrem Berufsalltag eher wenig Unterstützung – sowohl bei der systematischen Erhebung ihres Fort- und Weiterbildungsbedarfs als auch bei der Suche nach passgenauen Qualifizierungsangeboten.

Abbildung 10: Unterstützung durch Arbeitgeber bei Fort- und Weiterbildung im Ärztlichen Dienst (n=196)



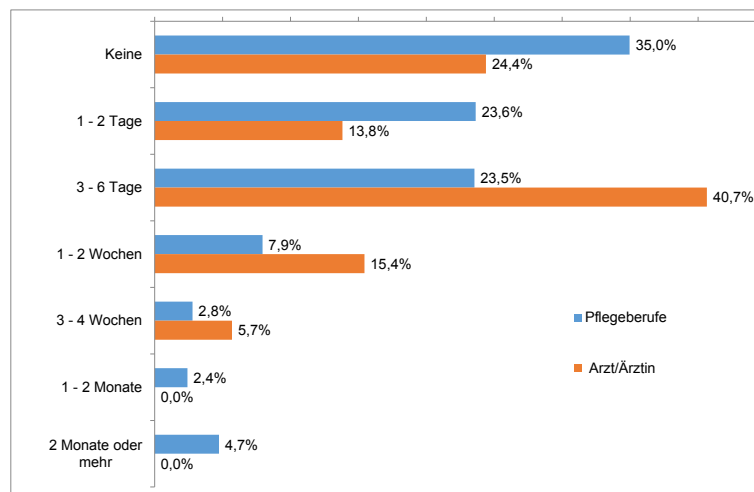
Quelle: IAT

Immerhin 73,1 % der Befragten aller Berufe sehen derzeit zudem einen weiteren Bedarf an Fort- und Weiterbildung, um die Arbeitsaufgaben besser erledigen zu können, 71,3 % der Befragten haben diesen Bedarf auch bereits gegenüber ihrem Vorgesetzten/Arbeitgeber kommuniziert (Abbildung A2 im Anhang).

Blick in den LohnSpiegel 2: Weiterbildung

Während in der Pflege mehr als jede/-r dritte Befragte angibt, in den letzten 12 Monaten keine Weiterbildung erhalten zu haben, sind es mit 24,4 % in der Berufsgruppe der Ärzte deutlich weniger (s. Abbildung 11). 40,7 % der Befragten in der Berufsgruppe „Arzt/Ärztin“ geben an, in den letzten 12 Monaten 3-6 Tage Weiterbildung erhalten zu haben, in der Berufsgruppe der „Pflegeberufe“ waren es mit 23,5 % deutlich weniger Beschäftigte, die sich in dieser Kategorie verorten konnten. Langandauernde Weiterbildung (1-2 Monate, 2 Monate und mehr) ist für beide Berufsgruppen laut LohnSpiegel derzeit eher die Ausnahme.

Abbildung 11: In welchem Umfang haben Sie in den letzten 12 Monaten vom Unternehmen bezahlte beziehungsweise zur Verfügung gestellte Weiterbildung erhalten?



Quelle: WSI-Lohnspiegel (2009-2013)

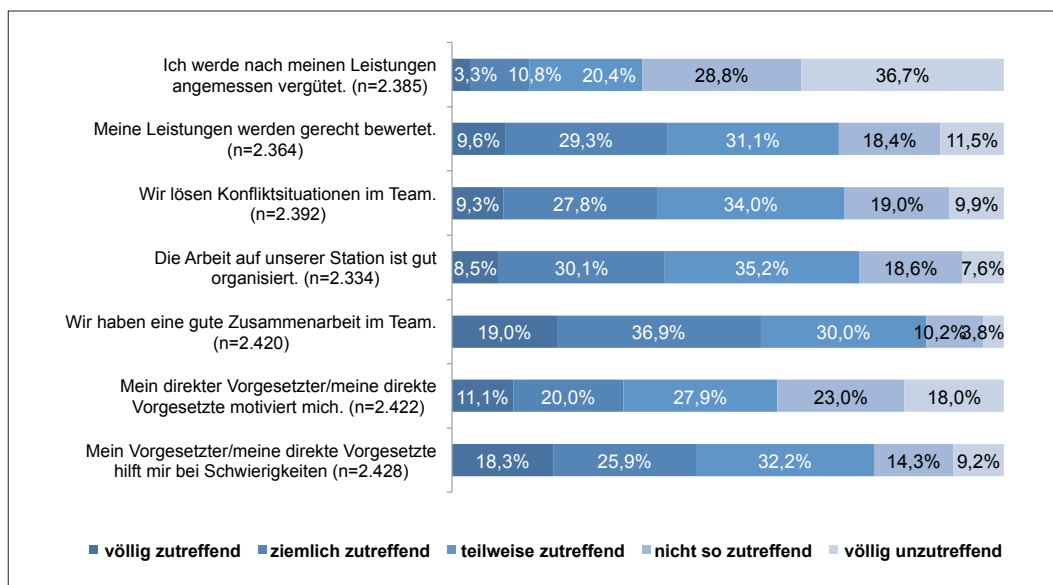
4.2 Arbeitsgestaltung

4.2.1 Bewertung der gegenwärtigen Arbeitssituation allgemein

Wie bewerten die Beschäftigten berufsübergreifend ihre Arbeitssituation insgesamt? Als zentrale Kategorien zur Operationalisierung der Arbeitssituation wurden die Themen „Vergütung“, „Leistungsgerechtigkeit“, „Teamkultur“, „Arbeitsorganisation“ sowie „Führung“ gewählt. Die Ergebnisse zeichnen auf den ersten Blick ein eher widersprüchliches Bild. Kritisch bewerten die Beschäftigten vor allem ihre Vergütungssituation sowie die Motivation durch Führungskräfte. So gaben 65,5 % der Befragten an, dass sie die Aussage „Ich werde nach meinen Leistungen angemessen vergütet“

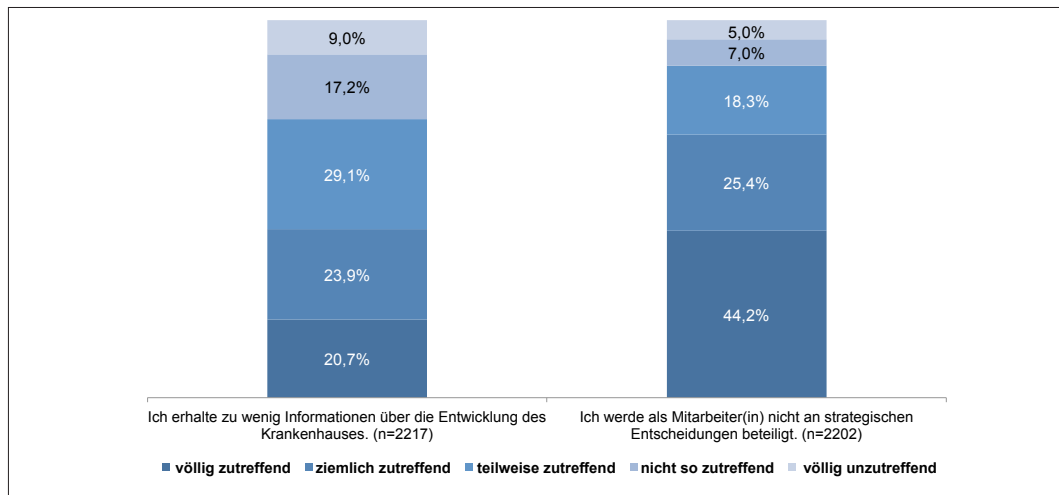
mit „völlig unzutreffend“ bis „nicht so zutreffend“ bewerten. Lediglich 14,1 % der Befragten schätzen diese Aussage als „völlig zutreffend“ bzw. „ziemlich zutreffend“ ein. 41,0 % der Befragten bewerten zudem die Motivation durch ihre Führungskräfte als eher kritisch. Hier entfielen 18,0 % bzw. 23,0 % der Antworten zur Aussage „Mein direkter Vorgesetzter/meine direkte Vorgesetzte motiviert mich“ auf die Kategorien „völlig unzutreffend“ und „nicht so zutreffend“. Deutlich positiver wurden demgegenüber die Aussagen „Meine Leistungen werden gerecht bewertet“ und „Mein/e direkte/r Vorgesetzte/r hilft mir bei Schwierigkeiten“ eingeschätzt. Die Aussagen zur Arbeitsorganisation auf den Stationen lassen in der Tendenz auf eine eher zwiespältige Einschätzung schließen: Insgesamt 38,6 % der Befragten halten die Aussage „Die Arbeit auf unserer Station ist gut organisiert“ für „völlig zutreffend“ und „ziemlich zutreffend“. 26,2 % gaben an, dass Sie die Organisation der Arbeit in ihrem direkten Umfeld als unzureichend einschätzen („völlig unzutreffend“ und „nicht so zutreffend“). Während die Zusammenarbeit im Team von den Beschäftigten tendenziell positiv bewertet wird, scheinen Herausforderungen der Teamarbeit insbesondere im Umgang mit Konfliktsituationen zu liegen (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Bewertung der Arbeitssituation insgesamt



Quelle: IAT

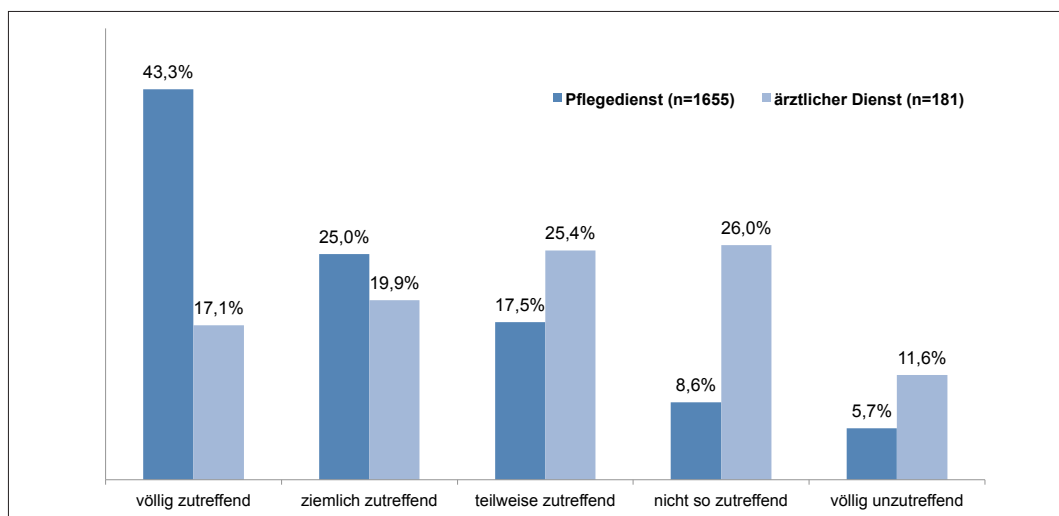
Die Einschätzungen hinsichtlich der Informationen über und der Einbindung in strategische Entwicklungen des eigenen Krankenhauses unterscheiden sich kaum nach Berufen. Fast 75 % der Beschäftigten erhalten nach eigener Einschätzung zumindest „teilweise“ nicht genügend Informationen über die Entwicklung des Hauses und ebenso bestätigt die große Mehrheit, an strategischen Entscheidungen nicht beteiligt zu sein (Abbildung 13).

Abbildung 13: Information und Einbindung der Beschäftigten (alle Berufe)

Quelle: IAT

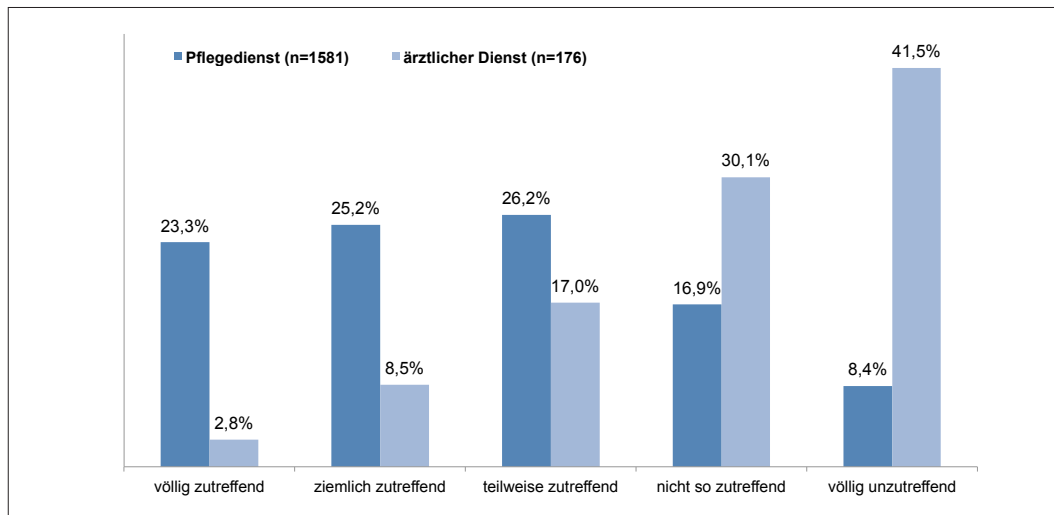
Die Sorge um den Arbeitsplatz ist bei allen Berufen nur gering ausgeprägt. Der Aussage „Ich habe Sorge um meinen Arbeitsplatz“ stimmen lediglich 15,1 % „völlig“ oder „ziemlich“ zu, 14,5 % „teilweise“, aber 70,5 % halten sie für „ziemlich unzutreffend“ oder „völlig unzutreffend“ (n=2219). Insbesondere unter den Ärztinnen und Ärzten besteht wenig Sorge um den Arbeitsplatz (ohne Abbildung).

Deutliche Unterschiede bestehen demgegenüber bei der Einschätzung der Vergütung. Hier sind deutlich mehr Pflegende als Befragte des ärztlichen Dienstes der Ansicht, dass die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung nicht gegeben sei (Abbildung 14). Auch liegt der Anteil derjenigen, die befürchten, ihre Rente durch ihre jetzige Arbeit nicht sichern zu können, in der Pflege mit 48,5 % („völlig/ziemlich zutreffend“) wesentlich höher als in der Vergleichsgruppe, die nur zu 11,3 % zustimmt (Abbildung 15).

Abbildung 14: „Meine Vergütung entspricht nicht meinen Leistungen.“

Quelle: IAT

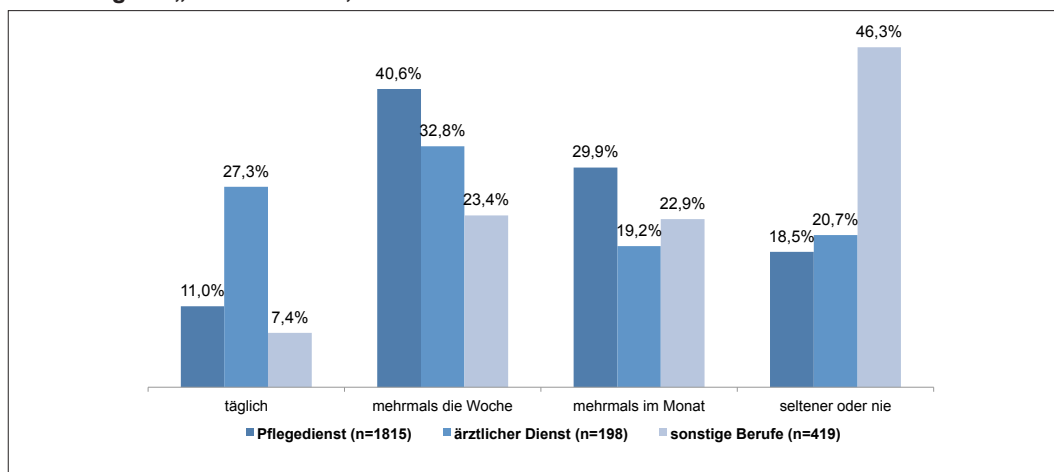
Abbildung 15: „Durch meine Arbeit kann ich meine Rente nicht sichern.“



Quelle: IAT

Die Arbeitsbedingungen werden von den Befragten aller Berufe kritisch gesehen. Ein entscheidender Aspekt ist der empfundene Zeitmangel. Nur eine Minderheit gibt an, genug Zeit für die Arbeit zu haben (Abbildung A3 im Anhang). Einen deutlichen Hinweis auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in Krankenhäusern liefert auch die Frage nach der Einhaltung der Arbeitspausen. Insbesondere bei den beiden größten Diensten werden die Pausenregelungen eher selten eingehalten. Jeweils rund 80 % können mindestens „mehrmals im Monat“ ihre Pause nicht nehmen, bei den Ärztinnen/Ärzten sogar mehr als ein Viertel „täglich“. Bei den sonstigen Berufen stellt sich die Situation günstiger dar, allerdings können auch hier mehr als 20 % der Befragten täglich oder mehrmals in der Woche ihre Pause nicht nehmen (Abbildung 16).

Abbildung 16: „Kommt es vor, dass Sie Ihre Pause nicht nehmen können?“

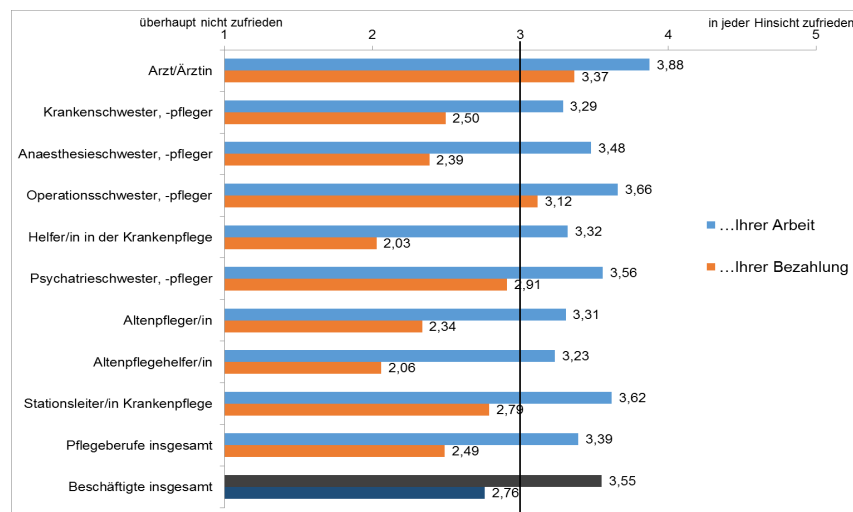


Quelle: IAT

Blick in den Lohnspiegel 3: Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit: Beschäftigte in Pflegeberufen sind gegenüber Beschäftigten aller Berufsgruppen des „LohnSpiegels“ mit ihrer Arbeit sowie mit ihrer Bezahlung insgesamt unzufriedener (s. Abbildung 17). Auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht zufrieden) bis 5 (in jeder Hinsicht zufrieden) beträgt der Wert für die Arbeitszufriedenheit im Durchschnitt der Pflegeberufe für die genannten Dimensionen 3,39. Für die Beschäftigten insgesamt ergibt sich ein Wert von 3,55. Zwischen den Berufen zeigen sich deutliche Unterschiede: So sind die „Operationsschwester/-pfleger“ mit ihrer Bezahlung zufriedener (3,12) als die „Anästhesieschwester/-pfleger“ (2,39) sowie die „Krankenschwestern/-pfleger“ (2,50). Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen: Hier sind es vor allem die Berufe der Altenpflege, bei den auf Basis der Selbstausskunft der Beschäftigten geringere Werte hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit erzielt werden.

Abbildung 17: Wie zufrieden sind Sie mit....

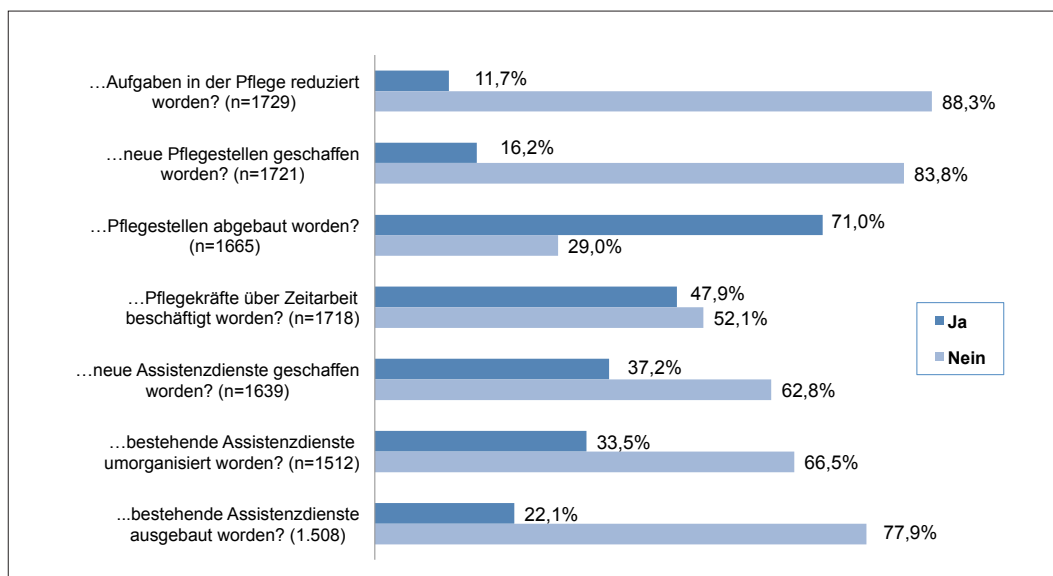


Quelle: WSI-Lohnspiegel (2009-2013)

4.2.2 Veränderungen der Arbeitssituation in den letzten Jahren

Arbeitsplätze im Krankenhaus haben in den vergangenen Jahren deutliche Veränderungen erfahren. Abbildung 18 fasst zentrale Entwicklungen aus Sicht der Beschäftigten in der Pflege zusammen. Während auf der einen Seite weiterhin Stellen in der Pflege abgebaut wurden, gaben lediglich 11,0 % der Befragten an, dass sich auch ihre Aufgaben auf den Stationen in den vergangenen Jahren reduziert haben. 71,0 % der befragten Pflegenden berichten über einen Stellenanbau in der Pflege noch in den vergangenen Jahren, während nur rund 16,2 % einen Ausbau der Pflegestellen auf ihren Stationen konstatieren. Die Daten zeichnen eine Reorganisation des Arbeitsplatzes Krankenhaus, die sich primär als Reorganisation der Beschäftigungsstrukturen und Berufsprofile vollzogen hat. 47,9 % der Befragten gaben an, dass auf ihren Stationen in den vergangenen Jahren Personal über Zeitarbeit beschäftigt wurde. Die Ergebnisse legen zudem die Hypothese nahe, dass Krankenhausarbeit auf den Stationen ein Experimentierfeld für Assistenzdienste ist: 37,2 % der befragten Pflegekräfte gaben an, dass auf ihren Stationen neue Assistenzdienste geschaffen wurden, 33,5 % berichteten über die Umorganisation bestehender Assistenzdienste und 22,1 %, dass bestehende Assistenzdienste auf ihren Stationen ausgebaut wurden.

Abbildung 18: Veränderungen am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten in der Pflege

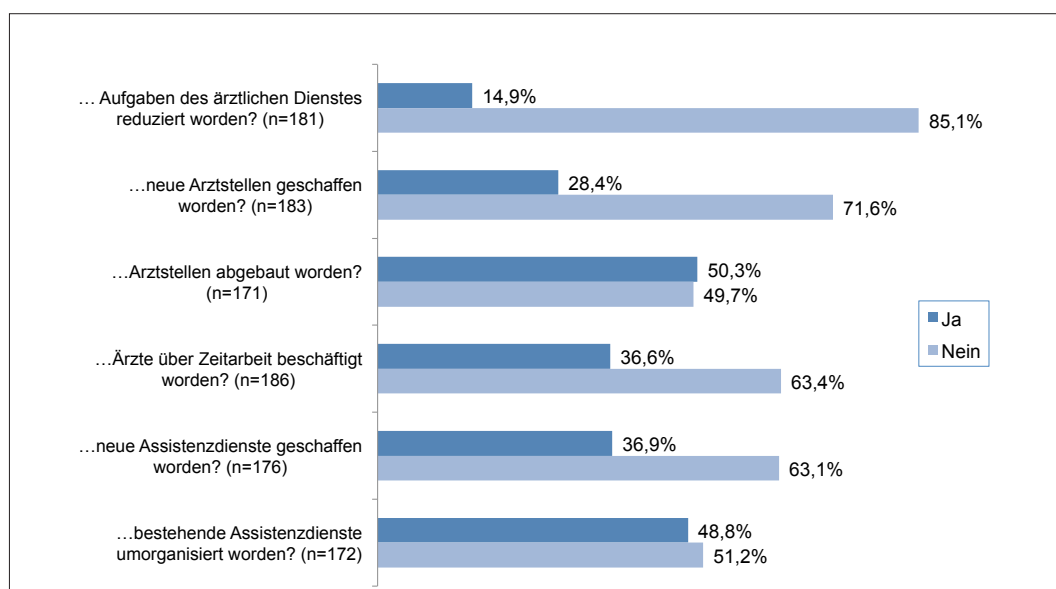


Quelle: IAT

Wie die Ergebnisse in Abbildung 19 zeigen, kann auch der ärztliche Dienst über entsprechende Veränderungen am Arbeitsplatz berichten. In der Tendenz lassen sich im Vergleich zu den Arbeitsplätzen in der Pflege durchaus ähnliche Entwicklungen nachzeichnen: So berichten auch die befragten Ärztinnen und Ärzte, wenn auch in geringerem Umfang, über einen Abbau von Arztstellen, wobei die Aufgaben nicht reduziert wurden. Der Einsatz von Leiharbeit ist nicht nur in der Pflege sondern auch

im ärztlichen Dienst verbreitet. So gaben 36,6 % der befragten Ärztinnen und Ärzte an, dass in ihrem Aufgabenbereich in den vergangenen Jahren Kolleginnen/Kollegen über das Instrument „Leiharbeit“ beschäftigt wurden. Auch beim Einsatz von Assistenzdiensten zeigt sich ein ähnlich experimentierfreudiges Bild wie in der Pflege. Die vorliegenden Daten legen den Schluss nahe, dass die vielfach öffentlich vorgenommene Darstellung „Abbau von Arbeitsplätzen in der Pflege“ und „Ausbau von Stellen im Ärztlichen Dienst“ den Reorganisationsprozessen aus Sicht der Beschäftigten nur bedingt gerecht wird. Auch der ärztliche Dienst berichtet über arbeitsplatzbezogene Reorganisationen, die sich über den Einsatz von Leiharbeit sowie den Aus- und Umbau assistierender Dienste vollzogen hat.

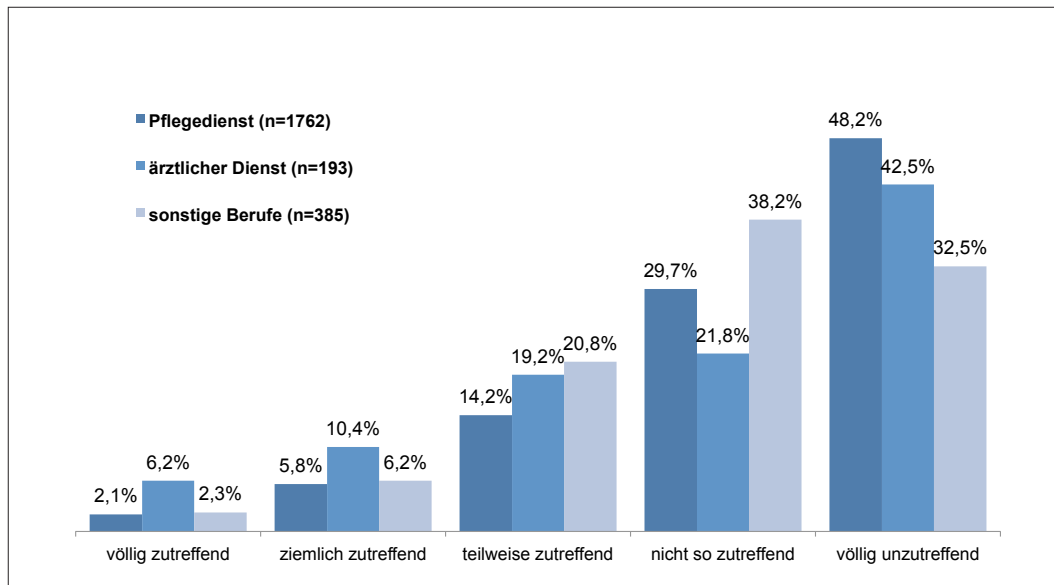
Abbildung 19: Veränderungen am Arbeitsplatz aus Sicht der Beschäftigten im ärztlichen Dienst



Quelle: IAT

Nach Ansicht von rund 80 % der Befragten ist ihre Verantwortung in den vergangenen Jahren deutlich gewachsen, wobei sich Unterschiede zwischen Pflege und ärztlichem Dienst zeigen; mehr als 50 % der Pflegenden stimmen der Aussage uneingeschränkt zu (Abbildung A4 im Anhang). Nur eine Minderheit der Befragten bestätigt eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den vergangenen fünf Jahren, wobei die Pflegenden deutlich kritischer antworten als die Mediziner(innen) und die sonstigen Berufe (Abbildung 20):

Abbildung 20: „Meine Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten 5 Jahren verbessert.“



Quelle: IAT

4.2.3 Fokus: Veränderungen der Aufgabenteilung

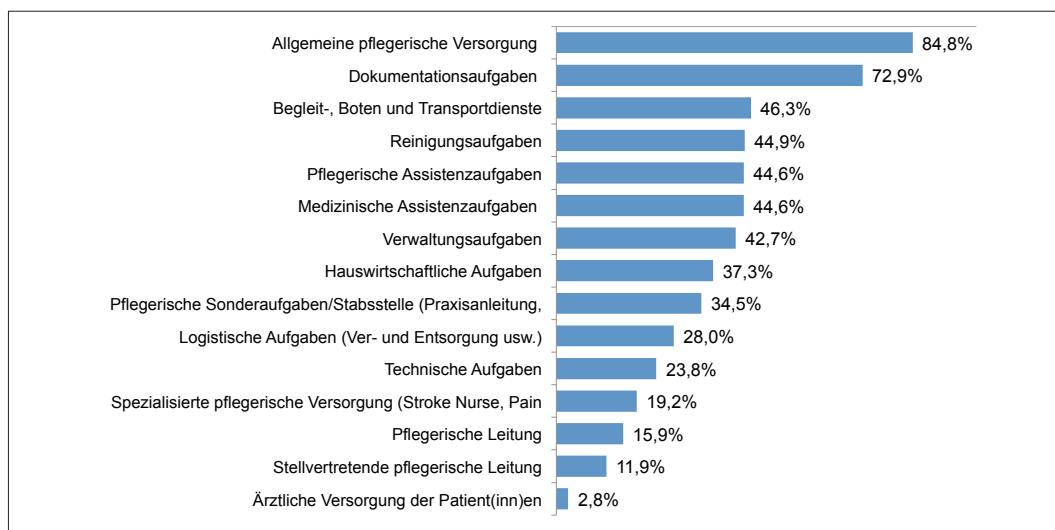
Eines der wesentlichen Untersuchungsfelder der Befragung ist die Verteilung der Teilaufgaben der Gesamtversorgung unter den beteiligten Berufen und Diensten. Hier stehen zunächst der Pflegedienst und der ärztliche Dienst im Fokus der Betrachtung. Welche Aufgabenprofile beschreiben die Befragten aus ihrer Sicht? Welche Veränderungen der Aufgabenverteilung können identifiziert werden und wie sind die Effekte der Entwicklungen der vergangenen Jahre auf die Versorgung und die Beschäftigten zu beschreiben? Diese und weitere vertiefende Fragen stehen im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts.

Das Aufgabenspektrum der Pflegenden stellt sich differenziert dar (siehe Abbildung 21). Neben den dominierenden Aufgabengebieten der pflegerischen Versorgung und der (zum großen Teil darauf bezogenen) Dokumentation finden sich diverse verbreitete Zuständigkeiten unterschiedlicher Qualität. Differenziert man zwischen patientennahen und patientenfernen Aufgaben⁴⁴, dann fällt auf, dass ein großer Teil der Befragten aus dem Pflegedienst auch für Aufgaben der zweiten Kategorie zuständig ist. So nennen jeweils rund 40 % die Aufgabengebiete Transport, Reinigung, Verwaltungsaufgaben und Hauswirtschaft als Anteile ihres Arbeitsspektrums. Hinzu kommen noch logistische und technische Aufgaben, die von rund einem Viertel der Pflegenden als zu ihrem Aufgabenspektrum gehörig genannt werden. Auch wenn die einzelnen Aufgaben hier nicht hinsichtlich ihres Anteils an der Gesamtarbeitszeit quantifizierbar sind, wird deutlich, dass ein erheblicher Teil des Aufgabenspektrums der Pflegenden abseits der Arbeit mit

⁴⁴ vgl. Offermanns/Bergmann 2010

den Patientinnen/Patienten liegt. Gleichzeitig beklagen die Befragten im Pflegedienst die mangelnde Zeit, die sie für diese Kernaufgaben zur Verfügung haben (s.u.)

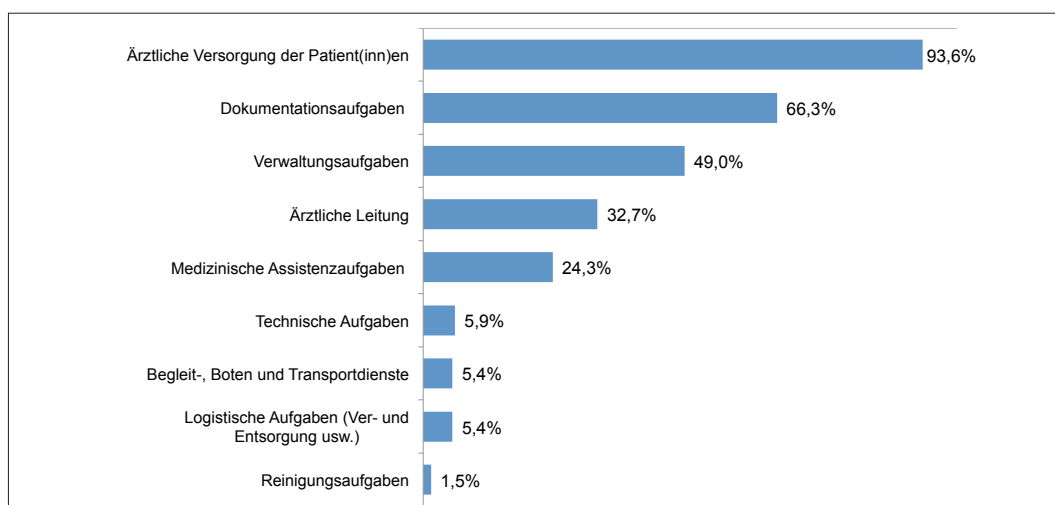
Abbildung 21: Aufgabenspektrum des Pflegedienstes (n=1839)



Quelle: IAT

Bei den Befragten des ärztlichen Dienstes stellt sich das Aufgabenspektrum übersichtlicher dar (Abbildung 22). Auch hier dominieren die allgemeine Versorgung und die Dokumentation, gefolgt von Verwaltungsaufgaben sowie Leitungs- und Assistenzaufgaben. Im Gegensatz zum Pflegedienst spielen Transporte, Logistik oder Reinigungsaufgaben kaum eine Rolle. Ärztinnen und Ärzte sind somit deutlich weniger mit Organisations-, Koordinations- und Unterstützungsaufgaben befasst als die Beschäftigten des Pflegedienstes.

Abbildung 22: Aufgabenspektrum des ärztlichen Dienstes (n=202)

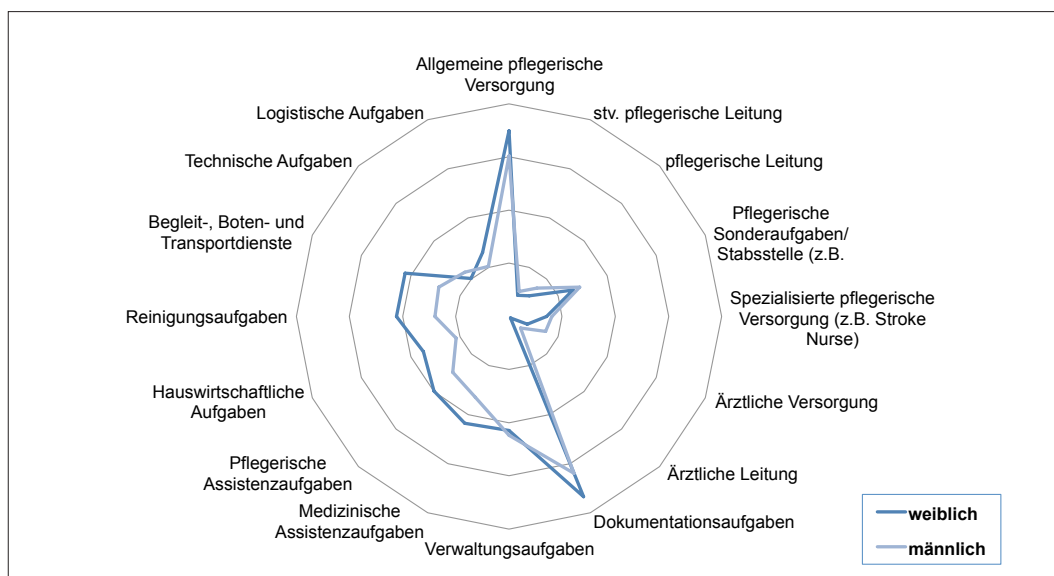


Quelle: IAT

Die geschlechtsspezifische Darstellung des Portfolios von Aufgaben und Tätigkeiten im Krankenhaus kann Aufschluss über die Arbeitswelt der Beschäftigten jenseits eines berufsgruppendifinierten, und damit vielfach geschlechtsspezifischen Zugriffs geben. Abbildung 23 zeigt das Portfolio von Tätigkeiten und Aufgaben der Beschäftigten im Krankenhaus nach Geschlecht. Die äußeren Ringe stehen für eine höhere Relevanz, die inneren für eine geringere Relevanz der jeweiligen Aufgabe/Tätigkeit im Berufsalltag der Beschäftigten. Alle aufgeführten Aufgaben sind für Männer wie für Frauen im Berufsalltag relevant, jedoch in beachtenswert unterschiedlichem Ausmaß. So sind insbesondere Leitungsaufgaben in Pflege und Medizin für Männer im Krankenhaus derzeit von höherer Relevanz als für Frauen. Ebenfalls stärker durch männliche Erwerbsarbeit geprägt sind technische Aufgaben, pflegerische Sonderaufgaben sowie spezialisierte pflegerische Tätigkeiten.

Demgegenüber sind Assistenz Tätigkeiten in Medizin und Pflege, hauswirtschaftliche Aufgaben, Reinigungsaufgaben wie auch Dokumentationsaufgaben in höherem Maße durch weibliche Erwerbsarbeit geprägt. Das Portfolio weiblicher Erwerbsarbeit im Krankenhaus ist insgesamt breiter gefasst und vielseitiger. Demgegenüber realisieren Männer ein engeres und spezialisiertes Portfolio an Aufgaben und Tätigkeiten, das insbesondere auch Leitungs- und Führungsaufgaben umfasst. Ob aktuelle Entwicklungen in der beruflichen Bildung im Krankenhaussektor (Bräutigam/Evans/Hilbert 2013) tatsächlich dazu beitragen, neue Berufs- und Karriereperspektiven für Frauen zu eröffnen und tradierte Geschlechterrollen in der Krankenhausarbeit aufzubrechen, kann angesichts dieser Ergebnisse hinterfragt werden. Vielmehr zeichnet sich ab, dass die aktuellen Entwicklungen dazu beitragen, auf Basis „moderner“ und „modernisierter“ Berufsbilder tradierte Geschlechterverhältnisse im Arbeitsprozess zu reproduzieren und zu verfestigen.

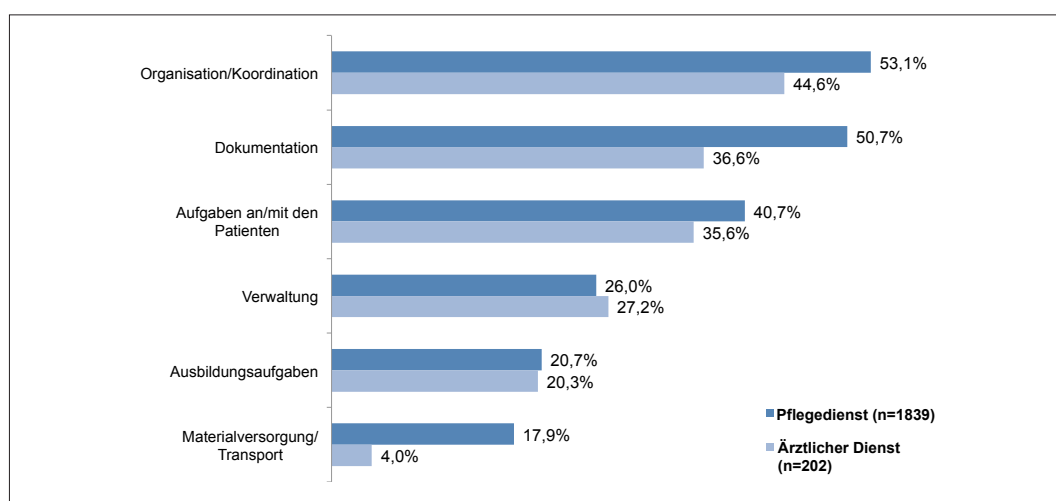
Abbildung 23: Geschlechtsspezifisches Portfolio von Aufgaben und Tätigkeiten im Krankenhaus



Quelle: IAT

Für die Mehrzahl der Befragten in beiden Diensten hat es in den letzten Jahren deutliche Veränderungen im persönlichen Aufgabenbereich gegeben, 69,7 % der Pflegenden und 63,4 % der Befragten aus dem ärztlichen Dienst bestätigen dies. Veränderungen sind vor allem in den Bereichen Organisation und Koordination, Dokumentation und Patientenversorgung zu verzeichnen. Auch die Veränderungen bei Verwaltungsaufgaben und Ausbildung sind beachtlich. Insgesamt sind beide Dienste in vergleichbarem Ausmaß betroffen, die Pflege in den meisten Bereichen allerdings stärker. Von Veränderungen bei der Logistik berichtet fast ausschließlich der Pflegedienst (Abbildung 24).

Abbildung 24: Veränderungen im eigenen Arbeitsbereich nach Aufgaben

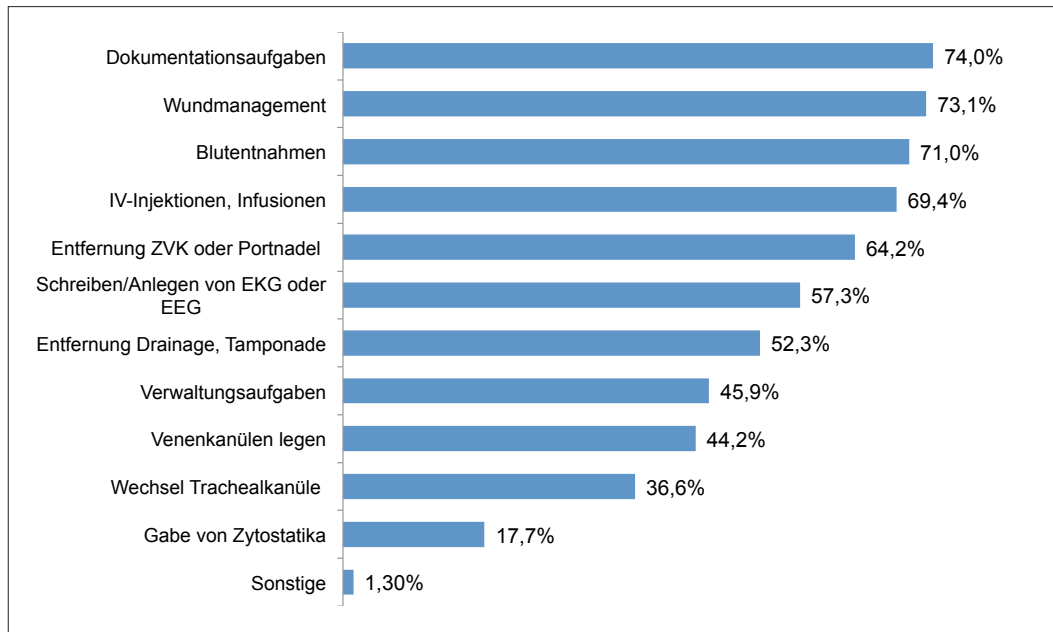


Quelle: IAT

Im Zusammenhang mit diesen Veränderungen ist die Frage von großem Interesse, ob und welche Aufgaben zwischen den verschiedenen Berufen und Diensten des Krankenhauses verschoben worden sind. Daher wurde detailliert erhoben, welche Aufgaben vom Pflegedienst bzw. ärztlichen Dienst übernommen worden sind und welche Aufgaben an andere Dienste abgegeben worden sind. 78,6 % der befragten Pflegenden (n=1749) geben an, vom ärztlichen Dienst Tätigkeiten übernommen zu haben, lediglich 14,8 % verneinen dies. 47,2 % haben auch von anderen Diensten Aufgaben übernommen (bei 29,6 % „nein“ und 23,3 % „weiß nicht“), insbesondere von der Verwaltung. Von den Befragten des ärztlichen Dienstes (n=185) geben 62,7 % an, Aufgaben von anderen Diensten übernommen zu haben (bei 17,8 % „nein“ und 19,5 % „weiß nicht“), auch hier dominiert die Verwaltung.

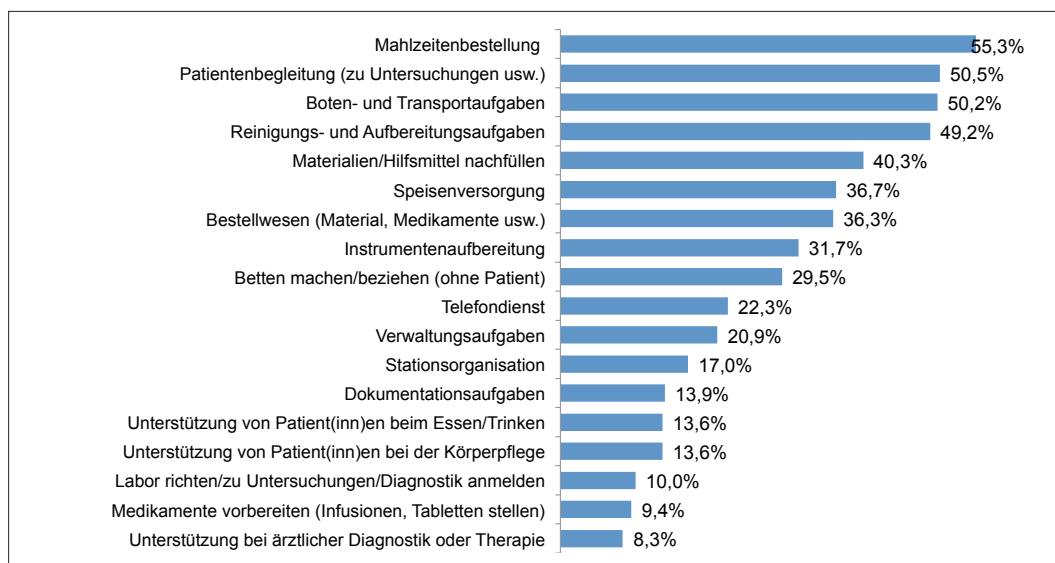
In der Pflege ist das Spektrum der aus dem ärztlichen Dienst übernommenen Aufgaben breit. Von den Pflegenden, die Aufgaben vom ärztlichen Dienst übernommen haben, werden neben diversen Tätigkeiten im Rahmen von Diagnostik und Therapie mehrheitlich auch Dokumentation und „Verwaltungsaufgaben“ genannt (Abbildung 25). Insgesamt handelt es sich zu einem erheblichen Anteil um patientennahe Einzeltätigkeiten. Die Frage, ob auch steuernde und koordinierende Aufgaben an die Pflege übergegangen sind, bejahen aber immerhin 45,1 % der befragten Pflegenden (ohne Abbildung).

Abbildung 25: Spektrum der aus dem ärztlichen Dienst übernommenen Aufgaben des Pflegedienstes (n=1375)



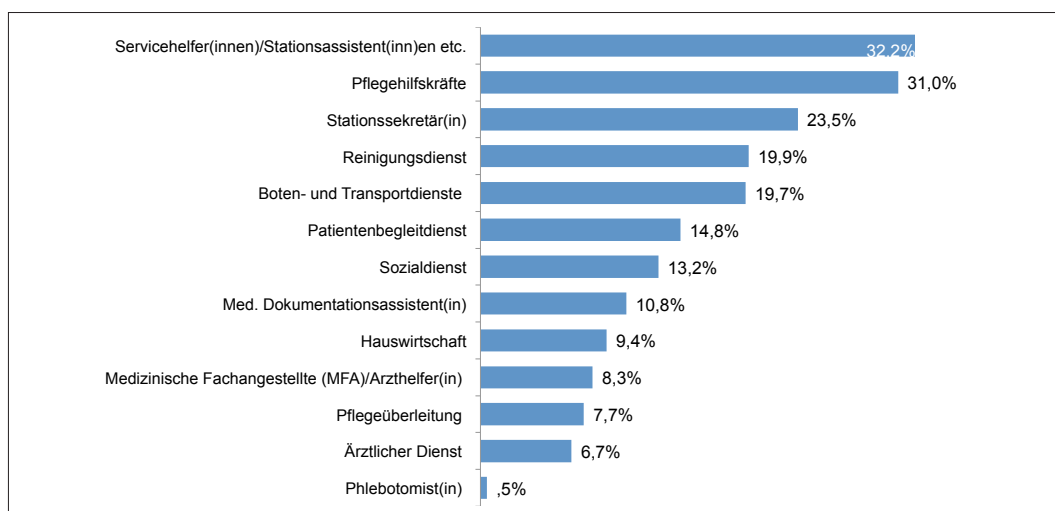
Quelle: IAT

43,5 % der Pflegenden (n=1638) geben an, dass der Pflegedienst auf der eigenen Station/Abteilung Aufgaben an andere Dienste übertragen habe, 48,2 % verneinen dies (bei 8,2 % „weiß nicht“). Bei den abgegebenen Aufgaben handelt es sich um ein breites Spektrum unterschiedlicher Tätigkeiten (Abbildung 26). Es finden sich sowohl patientennahe wie patientenferne Aufgaben. Häufig genannt werden die Mahlzeitenbestellung/Speisenversorgung der Patienten, die Begleitung von Patienten sowie verschiedene Aufgaben der Logistik und Reinigung. Dies bedeutet auch: Von einer *flächendeckenden* Abgabe bspw. der Mahlzeitenbestellung oder der Transportaufgaben in deutschen Krankenhäusern ist gegenwärtig nicht auszugehen. Bezogen auf alle Pflegenden bestätigen lediglich rund 20 % diese Verlagerungen. Nur selten wird die Unterstützung von Patienten bei Körperpflege oder beim Essen/Trinken genannt. Von allen Befragten des Pflegedienstes bestätigen lediglich rund 5 % die Abgabe dieser „klassischen“ pflegerischen Kernaufgaben.

Abbildung 26: Spektrum der vom Pflegedienst an andere Dienste abgegebenen Aufgaben (n=713)

Quelle: IAT

Auf die Frage „Welche Berufsgruppen haben auf Ihrer Station/Ihrer Abteilung zusätzliche Aufgaben übernommen?“ werden von den befragten Pflegenden zu jeweils mehr als 30 % Servicehelferinnen/Stationsassistentinnen etc. und Pflegehilfskräfte genannt. Hierbei bleibt unklar, welche Qualifikationen sich hinter der Bezeichnung „Pflegehilfskräfte“ verbergen. Vermutlich sind sowohl Gesundheits- und Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen) bzw. Pflegeassistenten gemeint als auch Personen ohne formale Qualifikation. Insgesamt ist das Spektrum derjenigen Dienste/Berufe, die Aufgaben von anderen übernommen haben, aber deutlich vielfältiger, wie Abbildung 27 verdeutlicht:

Abbildung 27: „Welche Berufsgruppen haben auf Ihrer Station/in Ihrer Abteilung zusätzliche Aufgaben übernommen?“ (Pflegedienst, n=1839)

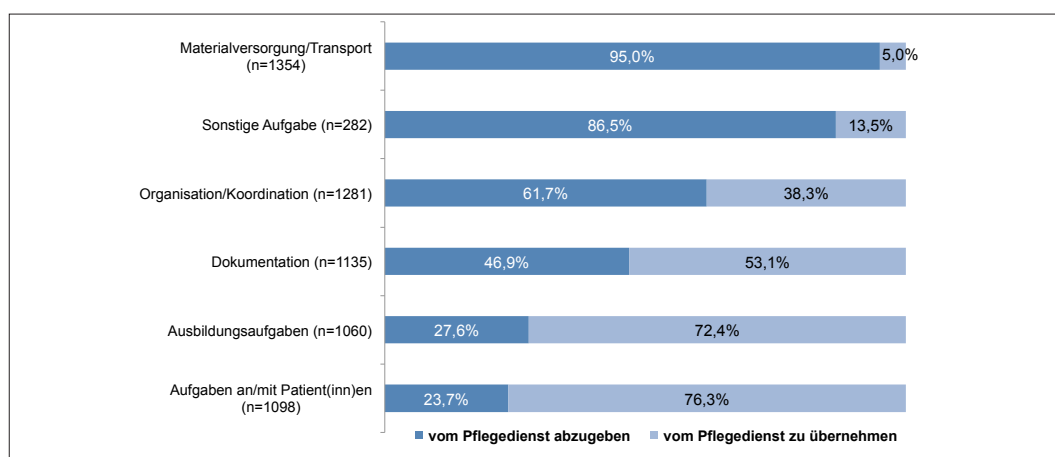
Quelle: IAT

Der ärztliche Dienst hat Aufgaben auch an andere Dienste als den Pflegedienst abgegeben. Genannt werden vor allem medizinische Dokumentationsassistentinnen, Stationsassistentinnen und der Sozialdienst (ohne Abbildung).

Zu der Frage, ob die Qualifikation der Berufe, an die Aufgaben abgegeben wurden, zur Übernahme der Aufgaben ausreichend sei, ergibt sich ein relativ positives Bild, wobei sich der Pflegedienst deutlich kritischer äußert als der ärztliche Dienst (Abbildung A5 im Anhang). So halten nur 15,5 % der Pflegenden die Qualifikation für „vollkommen ausreichend“ im Vergleich zu 30,7 % der Befragten des ärztlichen Dienstes.

Angesichts der umfassenden Veränderungen stellt sich die Frage, wie die Beschäftigten der Krankenhäuser den Stand der Umsetzung und die Effekte dieser Entwicklungen einschätzen. Hinweise darauf ergeben sich durch die Einschätzung der Befragten zu weiterem Veränderungsbedarf. Berufsübergreifend sieht die große Mehrheit die Notwendigkeit zur Abgabe weiterer Aufgaben an andere Dienste, um die eigene Arbeit besser erledigen zu können. Umgekehrt lehnen es mehr als 80 % der Befragten ab („völlig zutreffend“, „ziemlich zutreffend“), weitere Aufgaben zu übernehmen (Abbildung A6 im Anhang). An dieser Stelle lohnt sich allerdings eine genauere Betrachtung: Sowohl der Pflegedienst als auch der ärztliche Dienst differenzieren trotz dieses Meinungsbildes deutlich nach unterschiedlichen Aufgabenfeldern und sind durchaus bereit, Aufgaben zu übernehmen. Rund drei Viertel der befragten Pflegenden sprechen sich für die Übernahme weiterer Tätigkeiten in der direkten Patientenversorgung und bei der Ausbildung des beruflichen Nachwuchses aus. Eine knappe Mehrheit votiert für die Übernahme von Dokumentationsaufgaben, was angesichts der häufig geäußerten Belastung durch Dokumentation („Schreibtischarbeit“) überrascht. Mehrheitlich sprechen sich die Pflegenden dagegen für die Abgabe von organisatorischen Aufgaben, „Sonstigen Aufgaben“⁴⁵ und Logistik aus (Abbildung 28).

Abbildung 28: Gewünschte Abgabe und Übernahme nach Aufgabenfeldern (Pflegedienst)

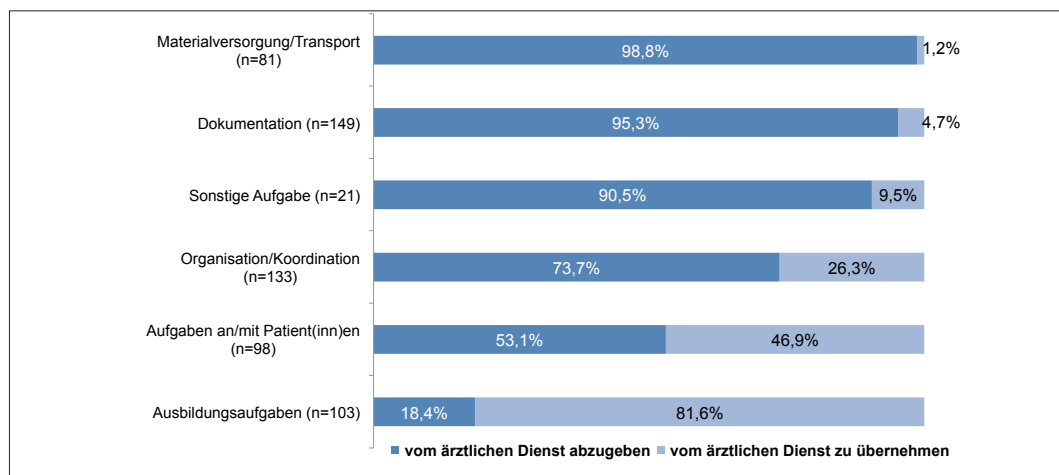


Quelle: IAT

⁴⁵ Dahinter verbirgt sich eine Vielzahl von unterschiedlichsten Tätigkeiten, insbesondere aus den Bereichen ärztliche Tätigkeiten, Sekretariat, Reinigung, Kommunikation u.v.a.m.

Bei der selben Frage setzen die befragten Ärztinnen und Ärzte andere Akzente. Auch hier sind patientenbezogene Aufgaben und Ausbildung die wichtigsten zu übernehmenden Bereiche, allerdings mit einem deutlichen Schwerpunkt beim zweiten Feld. In den weiteren Aufgabenbereichen votieren die Befragten überwiegend für die Abgabe an andere Dienste. Extreme Ablehnung zeigt sich im Gegensatz zur Beantwortung durch den Pflegedienst bei Dokumentationsaufgaben, von denen über 95 % der Befragten des ärztlichen Dienstes meinen, dass sie abgegeben werden sollten (Abbildung 29).

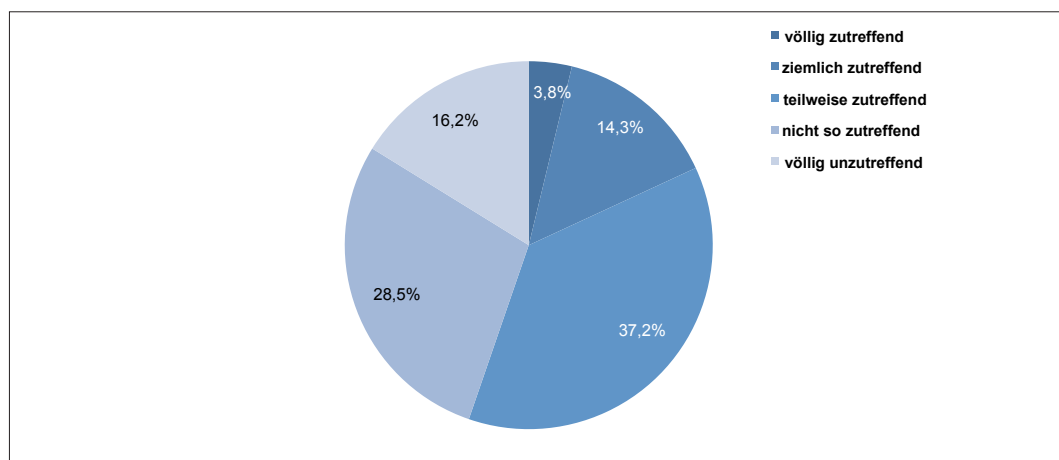
Abbildung 29: Gewünschte Abgabe und Übernahme nach Aufgabenfeldern (ärztlicher Dienst)



Quelle: IAT

Insgesamt äußert sich nur eine Minderheit von rund 18 % der Befragten aus allen Berufen/Diensten zufrieden mit der derzeitigen Aufgabenverteilung auf der eigenen Station, während knapp 45 % die Aussage „Ich bin mit meiner jetzigen Aufgabenverteilung zufrieden“ (Abbildung 30) mit „nicht so zutreffend“ und „völlig unzutreffend“ kommentieren.

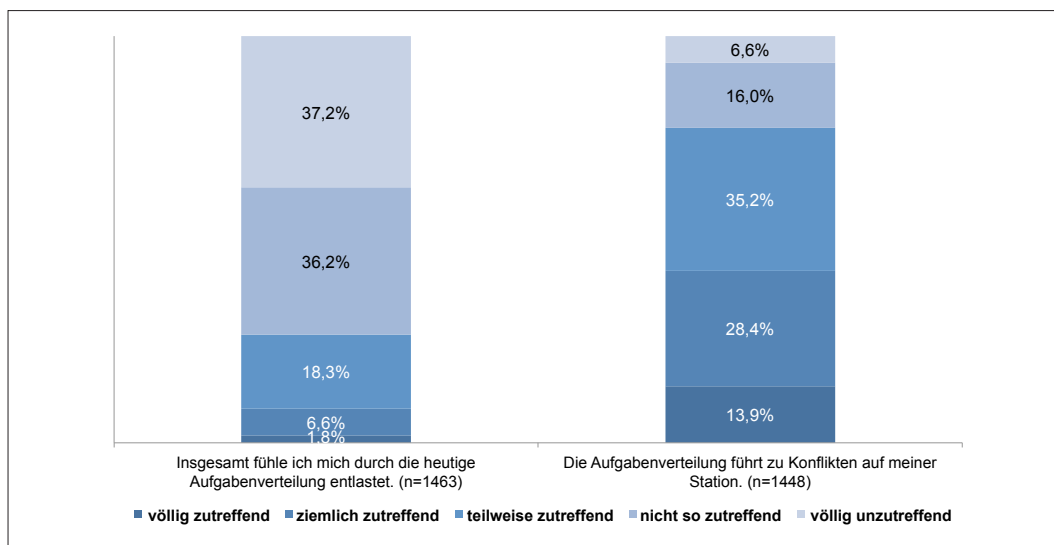
Abbildung 30: „Ich bin mit der jetzigen Aufgabenverteilung zufrieden“ (alle Berufe; n=2198)



Quelle: IAT

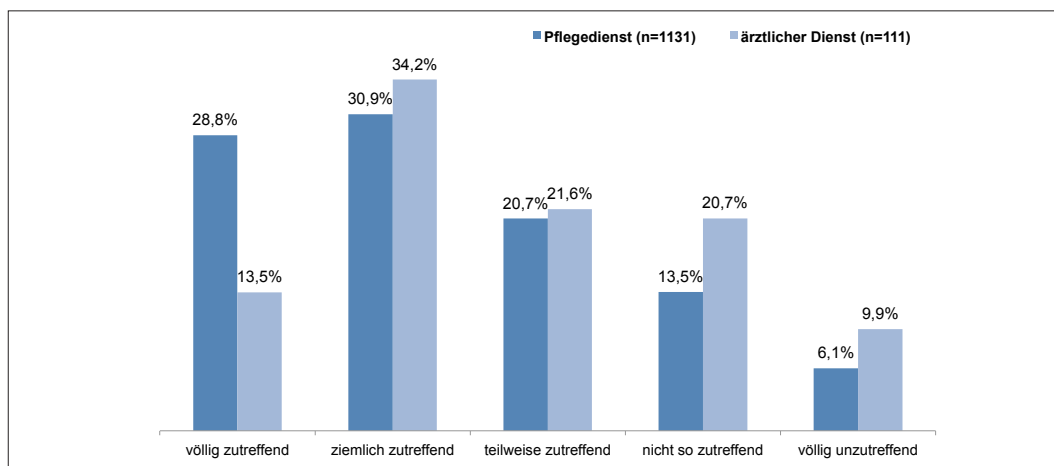
In den Bereichen, in denen es in den vergangenen Jahren Veränderungen der Aufgabenverteilung gegeben hat, fühlen sich die Befragten nur zu einem geringen Teil entlastet und mehr als drei Viertel schätzen ein, dass die momentane Aufgabenverteilung zu Konflikten auf Stationsebene führt (Abb. 31). Die Differenzen nach Berufen bzw. Diensten sind hier nur gering ausgeprägt. Unterschiedliche Einschätzungen zwischen dem pflegerischen und dem ärztlichen Dienst finden sich bei der Frage danach, welche Auswirkungen die Veränderungen auf die zeitlichen Ressourcen für die Kernaufgaben haben. Dies sehen die Ärztinnen und Ärzte positiver als die Pflegenden, der ärztliche Dienst hat anscheinend von den Veränderungen stärker profitiert (Abb. 32):

Abbildung 31: Effekte der veränderten Aufgabenverteilung (alle Berufe)



Quelle: IAT

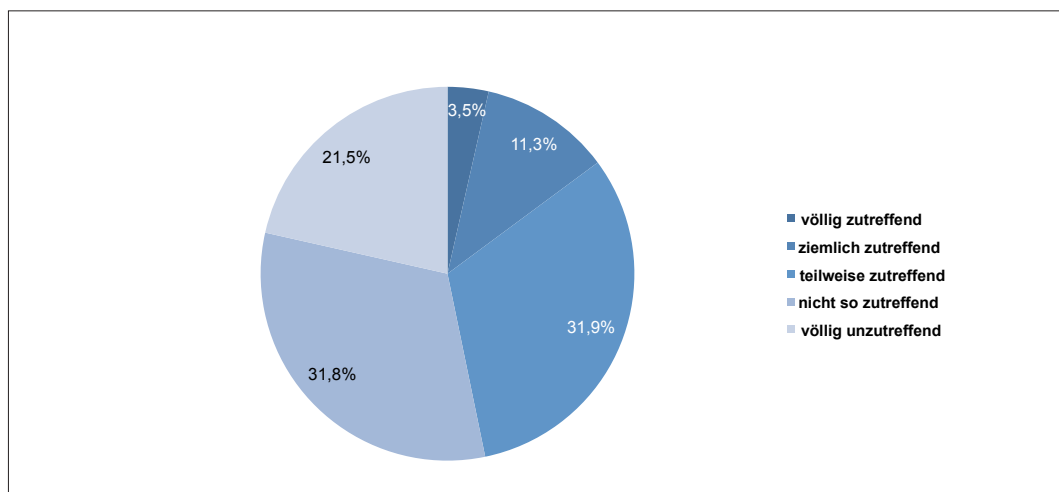
Abbildung 32: „Durch die Aufgabenverteilung habe ich heute deutlich weniger Zeit für meine eigentlichen Aufgaben.“



Quelle: IAT

Auch hinsichtlich der Auswirkungen geänderter Aufgabenverteilung auf die Patientinnen und Patienten zeigen sich überwiegend kritische Einschätzungen: Von den Befragten aller Berufe, die von Veränderungen während der vergangenen Jahre berichten, schätzt nur eine Minderheit von knapp 15 % („völlig zutreffend“/„ziemlich zutreffend“) ein, dass die heutigen Regelungen zu Verbesserungen für die Patient(inn)en führen. Mit deutlich über 50 % wird diese Aussage abgelehnt (Abb. 33).

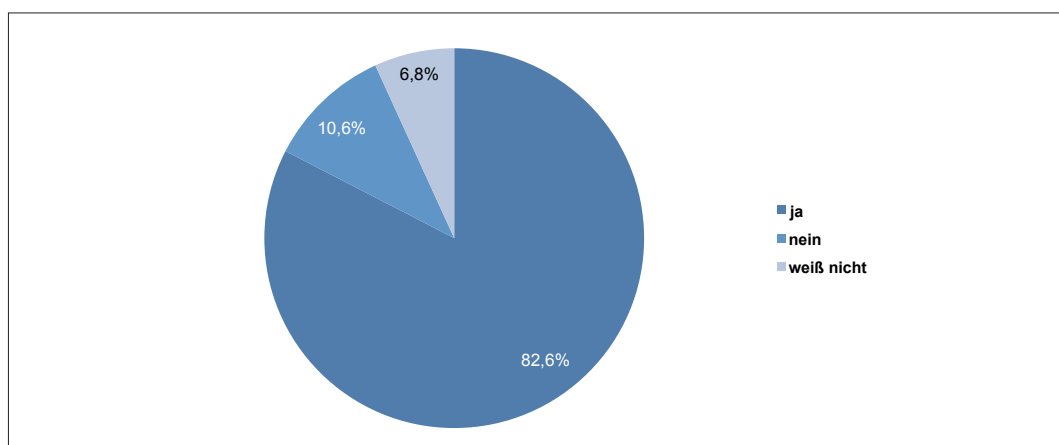
Abbildung 33: Die Aufgabenverteilung führt zu Verbesserungen für die Patient(inn)en (alle Berufe; n=1467)



Quelle: IAT

Hinsichtlich der Gesamtbeurteilung sind einige auffallend kritische Einschätzungen zu konstatieren. So sind berufsübergreifend 82,6 % der Befragten der Ansicht, dass es insgesamt Aufgaben gibt, die vernachlässigt werden (Abb. 34). Diese Aussage trifft beim Pflegedienst auf besonders hohe Zustimmung.

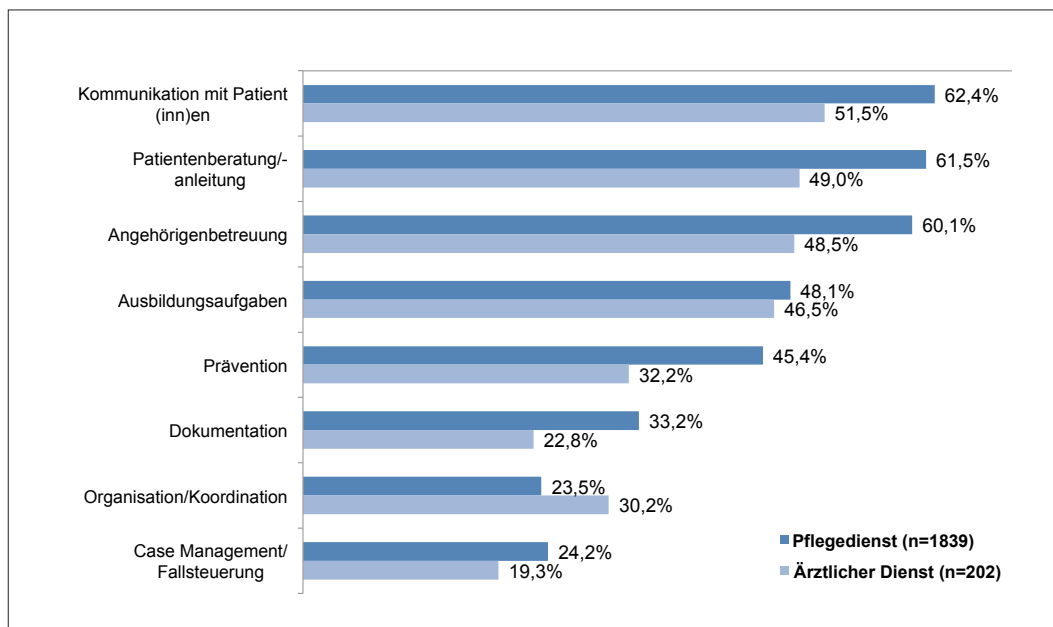
Abbildung 34: Gibt es Aufgaben, die insgesamt auf der Station/ im Bereich vernachlässigt werden? (alle Berufe, n=2141)



Quelle: IAT

Entscheidend ist an dieser Stelle, die Art der vernachlässigten Aufgaben aus Sicht der Beschäftigten in den Blick zu nehmen. Dabei zeigt sich zunächst, dass die Pflegenden in allen Kategorien außer „Organisation/Koordination“ höhere Zustimmungsraten äußern als die Mediziner(innen). Dennoch ergibt sich eine für beide Gruppen fast gleiche Rangfolge der Nennungen. Die am häufigsten genannten vernachlässigten Aufgaben betreffen den Kernbereich der Patientenversorgung sowie die Ausbildung: Kommunikation, Betreuung und Beratung von Patienten und Angehörigen werden von rund 60 % der Pflegenden und 50 % der Ärztinnen/Ärzte als vernachlässigt bezeichnet. Es sind also insbesondere die interaktionsintensiven Anteile der Arbeit, die als defizitär eingeschätzt werden (Abb. 35). Insgesamt entsteht zu den Effekten der Umverteilung von Aufgaben unter den beteiligten Berufen und Diensten aus Sicht der Befragten ein teils sehr kritisches Bild:

Abbildung 35: Vernachlässigte Aufgaben im eigenen Arbeitsbereich

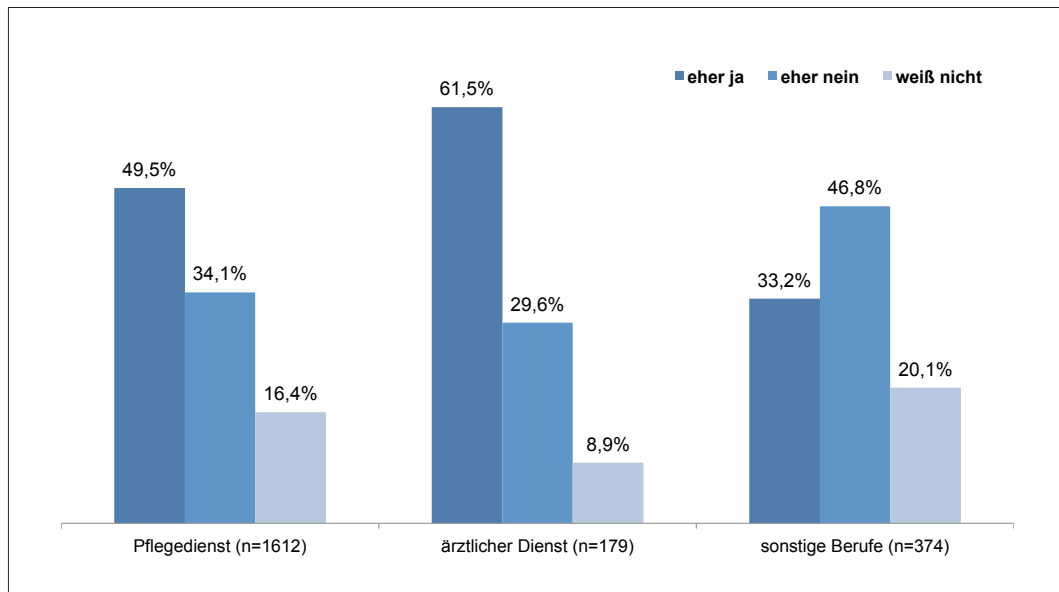


Quelle: IAT

4.3 Zukunftserwartungen

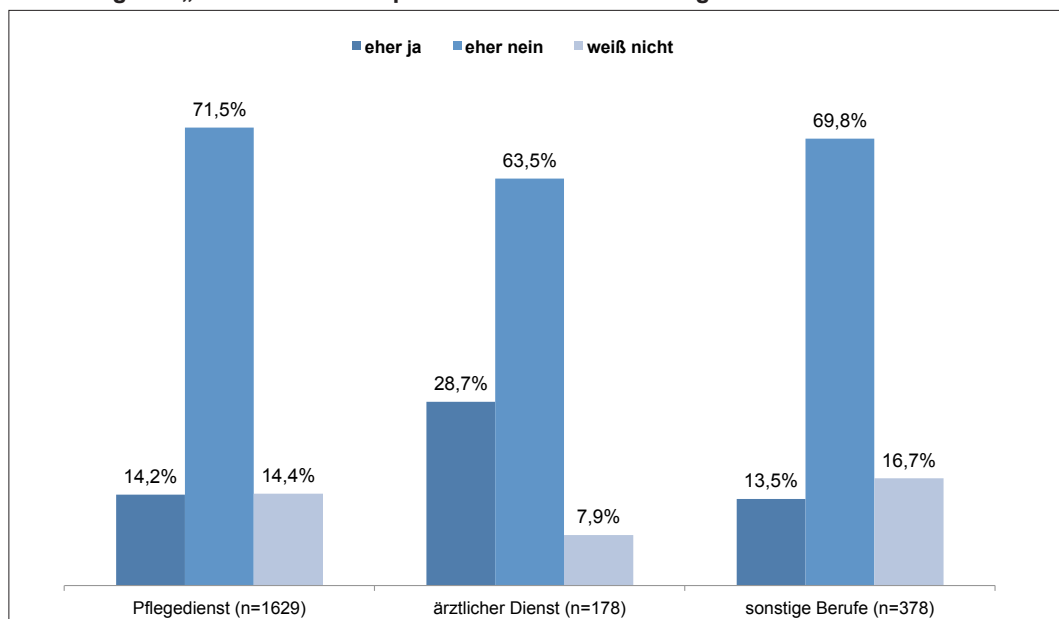
Die zukünftige Entwicklung der Arbeit wird von der großen Mehrheit der Befragten skeptisch betrachtet. Verbesserungen erwarten die Beschäftigten kaum. So gehen rund 90 % der Befragten aller Berufe davon aus, dass ihre Arbeitsbelastung nicht sinken wird und sie nicht mehr Zeit für ihre Kernaufgaben haben werden (Abbildungen A7 bzw. A8 im Anhang). Auch vermutet ein großer Teil der Befragten, zukünftig noch mehr Verantwortung zu übernehmen, gleichzeitig aber nicht mehr Entscheidungsspielraum zu haben (Abbildungen 36 bzw. 37).

Abbildung 36: „Ich werde mehr Verantwortung übernehmen.“



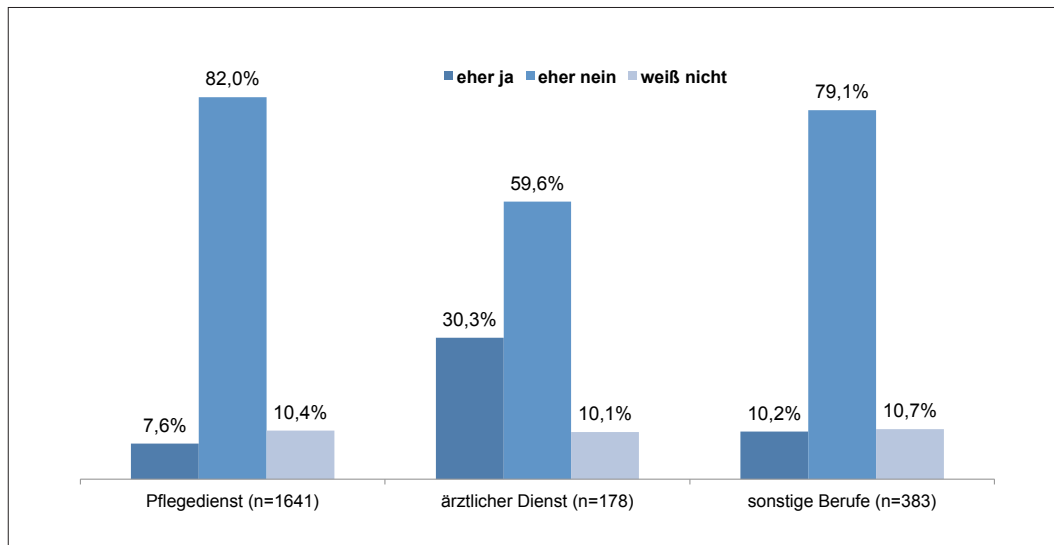
Quelle: IAT

Abbildung 37: „Ich werde mehr Spielräume für Entscheidungen haben.“



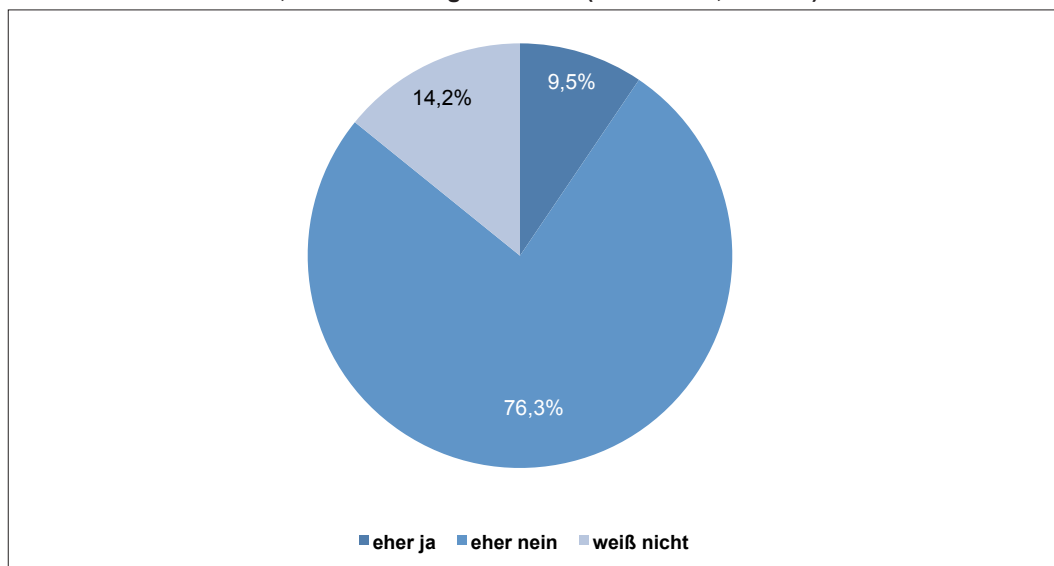
Quelle: IAT

Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Einschätzung zur künftigen Entwicklung der eigenen Vergütung. Hier gehen die Pflegenden weit überwiegend davon aus, dass sich die Vergütung zukünftig nicht verbessern werde (82,0 %). Optimistischer sind die Befragten des ärztlichen Dienstes, bei denen rund 30 % von einer Verbesserung ausgehen (Abbildung 38).

Abbildung 38: „Ich werde eine bessere Vergütung erhalten.“

Quelle: IAT

Ebenfalls pessimistisch ist die Prognose zur künftigen Beteiligung an strategischen Entscheidungen. Die gegenwärtige Beteiligung wird als gering eingeschätzt (s.o.). Vor diesem Hintergrund werden keine Verbesserungen erwartet: Weniger als 10 % der Befragten aller Berufe erwarten, künftig besser an Entscheidungen beteiligt zu werden, die den eigenen Arbeitsplatz betreffen (Abbildung 39).

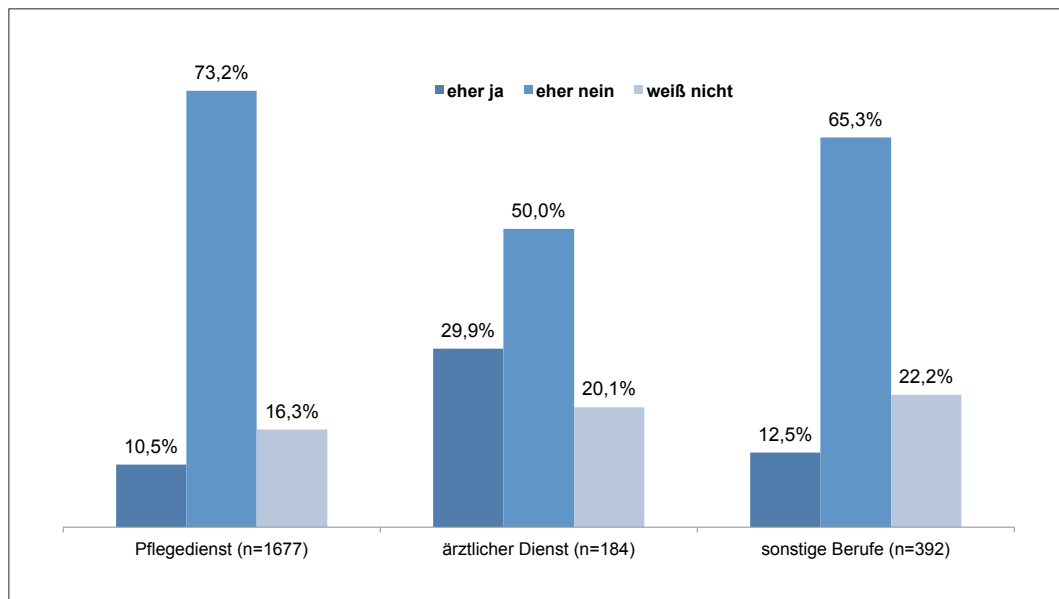
Abbildung 39: „Ich werde an strategischen Entscheidungen, die meinen Arbeitsplatz betreffen, besser beteiligt werden.“ (alle Berufe, n=2186)

Quelle: IAT

Angesichts der tendenziell negativen Einschätzung sowohl der gegenwärtigen Arbeitsbedingungen als auch der Zukunftserwartungen ist schließlich von Interesse,

ob die Beschäftigten die Möglichkeit sehen, ihre Arbeitsbedingungen durch einen Wechsel des Arbeitgebers zu verbessern. Auch hier sind die Befragten überwiegend skeptisch; nur eine Minderheit geht davon aus, durch den Wechsel des Krankenhauses für sich Verbesserungen erzielen zu können (Abbildung 40). Insbesondere gilt dies für den Pflegedienst.

Abbildung 40: „Glauben Sie, durch einen Wechsel des Krankenhauses Ihre Arbeitsbedingungen verbessern zu können?“



Quelle: IAT

5 Diskussion und Ausblick

Die hier vorgelegte explorative Untersuchung thematisiert die Arbeitssituation in deutschen Krankenhäusern. Dieses Thema ist von hoher Relevanz. Grundsätzlich muss bereits heute von Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Stellen mit geeigneten Fachkräften zumindest in der Medizin und der Pflege ausgegangen werden. Auch wenn sich diese Tatsache noch nicht flächendeckend zeigt, sondern sich regional und auch von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich darstellt, wird sich die Lage bereits in den kommenden Jahren angesichts der Nachwuchssituation, der Veränderungen des Morbiditätsspektrums mit den begleitenden Ausweitungen bei diagnostischen und therapeutischen Leistungen vor dem Hintergrund der bekannten demographischen Veränderungen allen Prognosen zufolge deutlich verschärfen. Damit ist die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung – also die Erfüllung des zentralen Auftrags der Krankenhäuser – zunehmend infrage gestellt. Auch mit Blick auf das Outcome der Versorgung kann als empirisch belegt gelten, dass ein signifikanter Zusammenhang zur Arbeitsqualität der Beschäftigten besteht: Gute Arbeitsqualität führt zu besseren Ergebnissen für Patientinnen und Patienten. Und schließlich ist auch unabhängig von solchen Argumenten die Tatsache, dass heute rund 1,1 Millionen Personen in deutschen Krankenhäusern beschäftigt sind, Anlass genug, sich mit deren Arbeitssituation zu befassen.

Von besonderem Interesse war dabei die Integration einer arbeitssoziologischen und einer berufssoziologischen Perspektive, d.h. die Betrachtung der Arbeitsgestaltung einerseits, der Entwicklung von Facharbeit andererseits sowie insbesondere des Zusammenhangs beider Dimensionen. Dieser Zusammenhang ist angesichts der in den letzten Jahren im Krankenhaus zu beobachtenden Veränderungsprozesse zunehmend von Bedeutung. Ziel der Krankenhäuser müsste es sein, passend qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl mit den passenden Aufgaben zu betrauen und dabei „Gute Arbeit“ für gute Patientenergebnisse zu bieten. Unter „Guter Arbeit“ wird eine Arbeit verstanden, die umfassende soziale und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet, kaum negative Belastungen hat und durch ein angemessenes Einkommen und relative berufliche Zukunftssicherheit charakterisiert werden kann. Wie sind die Ergebnisse der Online-Befragung vor dem Hintergrund der Studienlage und dieser Anforderungen einzuordnen?

Die Ergebnisse der repräsentativen Umfrage für das Krankenhaus Barometer 2012 des Deutschen Krankenhaus Instituts⁴⁶ zeigen die Selbsteinschätzung der Krankenhausleitungen hinsichtlich der zwischen 2010 und 2012 umgesetzten Veränderungen. Jeweils mehr als drei Viertel der Kliniken geben an, Maßnahmen zur Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit/Mitarbeiterbindung, zur Optimierung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Mitarbeitergruppen, zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit oder zur Steigerung der medizinisch-pflegerischen Versorgungsqualität umgesetzt zu haben.

⁴⁶ Blum et al. (2012).

Die Ergebnisse des Arbeitsreports Krankenhaus bilden die Sicht der Beschäftigten ab und lassen aus dieser Perspektive starke Zweifel daran aufkommen, dass diese Veränderungen erfolgreich sind. Weder die Zufriedenheit oder die Qualität der Organisation noch die Verbesserung der Patientenversorgung sind aus ihrer Perspektive zufriedenstellend. Die Einschätzungen der Krankenhausleitungen und die der Beschäftigten auf den Stationen zeichnen sehr unterschiedliche Bilder.

Die Ergebnisse legen nahe, die Auswirkungen des drastischen Stellenabbaus in der Pflege und des parallel dazu verlaufenen starken Ausbaus der Stellen im ärztlichen Dienst differenziert zu betrachten und nicht dazu zu nutzen, die Berufsfelder gegeneinander auszuspielen. Auch wenn bei verschiedenen Einzelfragen die Einschätzung der Pflegenden tendenziell kritischer ausfällt, zeigt sich, dass auch im ärztlichen Dienst sowie in anderen Berufen die Arbeitssituation als unbefriedigend eingeschätzt wird. Auch hinsichtlich der unzureichenden Zeit für Kernaufgaben wie Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Angehörigenbetreuung oder Ausbildung des beruflichen Nachwuchses sind die Einschätzungen der Berufsgruppen nah beieinander. Ähnliches gilt für die Einschätzung der Vernachlässigung wesentlicher Aufgabenfelder, die Qualität der Organisation, die mangelnde Einbeziehung in strategische Entscheidungen oder die Auswirkungen der bisherigen organisatorischen Veränderungen auf die Qualität der Versorgung. Insbesondere die aus Sicht der Professionellen wie der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen entscheidenden Interaktionsanteile der klinisch tätigen Berufe sind es, denen sich die Beschäftigten nur unter großen Schwierigkeiten widmen können.

Es fragt sich, ob es noch angebracht ist, das Krankenhaus als „Expertenorganisation“ zu verstehen oder ob diese Vorstellung nicht bereits von aus betriebswirtschaftlichen Zwängen erwachsenden Mechanismen überlagert wird. Der vielfach debattierte Trend zur Professionalisierung mehrerer Fachberufe wird begleitet von der Tatsache, dass die allgegenwärtige Arbeitsverdichtung aus Sicht der Beschäftigten auf den Stationen zunehmend das *professionelle Arbeiten* verhindert. Insofern konterkariert die klinische Realität die Professionalität auf der Handlungsebene. Statt Professionalisierung droht eine schleichende Deprofessionalisierung von Gesundheitsfacharbeit im betrieblichen Kontext, neue Qualifikationen und Kompetenzen drohen durch eine unzureichende Arbeitsgestaltung blockiert zu werden. Diese Ergebnisse legen es nahe, den Folgen und Spielräumen der Reorganisationsprozesse in deutschen Krankenhäusern an der Schnittstelle von Arbeitsgestaltung und Gesundheitsfacharbeit mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Die hier vorgelegte Untersuchung liefert empirische Daten zu der in vielen Beiträgen diskutierten Neuordnung von Aufgaben zwischen den beteiligten Berufen und Diensten. Beispielsweise sind die Ergebnisse im Kontext der im „Pflegethermometer 2009“⁴⁷ erhobenen Einschätzungen von Pflegenden zu ihrem gewünschten Tätigkeitsprofil von Interesse. Nach wie vor ist der Pflegedienst in vielen Kliniken für logistische und hauswirtschaftliche Aufgaben – beispielsweise Botendienste, Reinigungsarbeiten oder Entsorgung – zuständig,

47 Isfort/Weidner (2010).

während gleichzeitig die Zeit für Zuwendung zum Patienten und andere Kernaufgaben von der großen Mehrheit als unzureichend bewertet wird. Im „Pflegethermometer“ lehnten die Befragten die – nach den Ergebnissen des hier vorgelegten Krankenhausreports – immer noch weit verbreiteten Reinigungs- und Transportaufgaben tendenziell ab. Die Abgabe von direkt patientenunterstützenden Aufgaben, wie der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, wurde dort weitgehend abgelehnt – übrigens im Gegensatz zur Ansicht vieler Pflegedienstleitungen⁴⁸ –, was der Arbeitsrealität offenbar auch entspricht. Die hier vorgelegten Daten erlauben eine differenzierte Betrachtung des Themas. Die Entlastung des Pflegedienstes von patientenfernen Tätigkeiten ist insgesamt bei weitem noch nicht systematisch und flächendeckend umgesetzt. Die Befragungsergebnisse zeigen zudem, dass es sich bei der Verlagerung von Aufgaben aus dem ärztlichen Dienst in den pflegerischen Zuständigkeitsbereich in vielen Fällen eher um Einzeltätigkeiten wie Blutentnahmen oder Injektionen handelt als um die Übertragung von Aufgabenkomplexen. Diese Tendenz ist vor dem Hintergrund der hierzu vorliegenden Literatur⁴⁹ kritisch einzuschätzen. Es gilt die von Stemmer 2011 formulierte Erkenntnis: *„Gerade in dem Bereich der Neuverteilung von Aufgaben, der die Chance inhaltlicher und struktureller Veränderungen böte, um die professionelle Rolle der Pflege im Krankenhaus zu stärken und damit die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, wird diese nicht aufgegriffen.“*⁵⁰ Der im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits 2007 aufgestellten Forderung der sachgerechten interdisziplinären Kooperation der Berufe zur Verbesserung der Patientenversorgung wird auf diese Weise kaum entsprochen. Die Praxis *„hängt quantitativ und qualitativ erheblich hinter den Einsichten zu ihrer Notwendigkeit und den Absichten sie umzusetzen her“*.⁵¹

Angesichts der als kritisch einzuschätzenden Ergebnisse und der zu erwartenden Verschärfung der Lage sind weitere Forschungsanstrengungen notwendig, die insbesondere gestaltungsorientiert ausgerichtet werden sollten. Die wissenschaftliche Debatte zur Messung von Arbeitsqualität und Arbeitszufriedenheit verweist auf die Schwierigkeiten, hier zu validen Ergebnissen und Einschätzungen aus Beschäftigtensicht zu gelangen. Objektive Rahmenbedingungen von Arbeitsqualität, subjektive Arbeitszufriedenheit und Wertorientierungen der Beschäftigten können unterschiedlich gewichtet sein und sind im Zeitverlauf nicht notwendigerweise konstant.

Der vorliegende Arbeitsreport hatte nicht zum Ziel, diese Komplexität abzubilden. Er versteht sich in seinen Ergebnissen vielmehr als eine Momentaufnahme, die erste Aussagen und Hypothesen zur Veränderungen der Arbeitsgestaltung im Zusammenspiel mit Gesundheitsfacharbeit generiert. Es ist angedacht, den Arbeitsreport unter Berücksichtigung der oben genannten Dimensionen zukünftig weiterzuentwickeln und thematisch zu fokussieren.

48 Offermanns/Bergmann (2010).

49 Stemmer et al (2008); Sachverständigenrat Gesundheit (2007); Isfort (2012).

50 Stemmer (2011), S. 302.

51 Braun (2011), S. 319.

6 Literatur

Augurzky, Boris/Krolop, Sebastian/Hentschker, Corinna/Pilny, Adam/ Schmidt, Christoph M.: Krankenhaus Rating Report 2013 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse. Heidelberg, 2013.

Aiken, Linda H. et al.: Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ – British Medical Journal 2012; 344: e1717. Unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/> [17.11.2013].

Amtsberg Gerlind/Seifert, Jutta: Neue Ansprüche der Generation Y an die Berufspolitik und das Personalmanagement. In: Passion Chirurgie, September, 3/09, 2013.

Baethge, Martin: Die Arbeit in der Dienstleistungsgesellschaft. In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden, 2011, S.35- 61.

Becker, Wolfgang: Gesundheits- und Pflegeberufe – Arbeit und Ausbildung zwischen Veränderungsdruck und Reformstau. In: Matzick, Sigrid (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung, 2008, Seite 213-228.

BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007, Hamburg, 2007.

Birken, Thomas: Professionalität in der interaktiven Arbeit. In: Dunkel, Wolfgang/Weirich, Margit (Hrsg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen, Wiesbaden, 2012, Seite 323-337.

Blum, Karl/Borchers, Uwe/Evans, Michaela/Löffert, Sabine: Innovationspanel Klinikwirtschaft NRW 2010/2011. Ergebnisse einer Befragung nordrhein-westfälischer Krankenhäuser zu ihren Modernisierungsthemen und -projekten im Jahr 2010 / 2011. Düsseldorf, 2012a.

Blum, Karl/Löffert, Sabine/Offermanns, Matthias/Steffen, Petra: Krankenhaus Barometer – Umfrage 2011, Düsseldorf, 2011.

Blum, Karl/Löffert, Sabine/Offermanns, Matthias/Steffen, Petra: Krankenhaus Barometer – Umfrage 2012, Düsseldorf, 2012.

BMWi – Bundesministerium für Wirtschaft: Gesundheit als volkswirtschaftlicher Produktionsfaktor. In: Monatsbericht 6/2013 Berlin, 2013.

Bräutigam, Christoph/Evans, Michaela/Hilbert, Josef: Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik. In: WISO Diskurs, Mai 2013.

Brater, Michael: Berufliche Bildung. In: Böhle, Fritz/Voß, Günter G./Wachtler, Günther: Handbuch Arbeitssoziologie, Wiesbaden, 2010, Seite 805-837.

Braun, Bernard: Wunsch und Wirklichkeit der berufsgruppenübergreifenden Kooperation im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft, 16. Jg. 2011, Heft 4, Seite 303-322.

Braun, Bernard/Müller, Rolf: Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, St. Augustin, 2006.

Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler — Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern, 2010.

Braun, Bernard/Darmann-Finck, Ingrid/Stegmüller, Klaus/Greiner, Agnes-Dorothee/Siepmann, Maren: Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern. Gutachten im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, Wiesbaden, 2013.

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (Hrsg.): Auf den Zuschnitt kommt es an... Skill Mix auf Krankenstationen. Eine Bewertung aus der Sicht der Praxis, Berlin, 2011.

Dunkel, Wolfgang/Wehrich, Margit (Hrsg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen, Wiesbaden, 2012.

Evans, Michaela/Bräutigam, Christoph/Hilbert, Josef: Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft. Von heimlichen Helden und blinden Flecken. In: WISO Diskurs, Oktober 2011.

Fuchs, Tatjana: Der DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsqualität aus Sicht von Beschäftigten. URL: www.gew-berlin.de/public/media/GuteArbeitAbschlussbericht.pdf 2006 [10.12.2013].

Fuchs, Johann/Söhnlein, Doris/Weber, Brigitte: Projektion des Arbeitskräfteangebots bis 2050. Rückgang und Alterung sind nicht mehr aufzuhalten. IAB-Kurzbericht 16/2011.

Hauff, Sven/Kirchner, Stefan: Wandel der Arbeitsqualität. Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen zwischen 1989 und 2006 in einer evaluativ-relationalen Perspektive. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 42, Heft 4, 4. August 2013, Stuttgart, 2013, Seite 337-355.

Heidemann, Winfried: Zukünftiger Qualifikations- und Fachkräftebedarf. Handlungsfelder und Handlungsmöglichkeiten. Ein Überblick, Düsseldorf, 2012.

Helmrich, Robert/Zika, Gerd: BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in den Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025. In: Helmrich, Robert/Zika, Gerd (Hrsg.): Beruf und Qualifikation in der Zukunft, Gütersloh, 2010.

Isfort, Michael/Weidner, Frank: Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus, Köln, 2010.

Isfort, Michael: Neuausrichtung von Tätigkeiten im Krankenhaus. Von Kooperation und Konfusion... In: KU Gesundheitsmanagement, Nr. 3, 2012, Seite 35-38.

Köhler, Christoph/Schröder, Stefan: Facharbeit. In: Hirsch-Kreinsen, Hartmut/Minssen, Heiner (Hrsg.): Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie, Berlin, 2013, Seite 207 ff.

Lesch, Hagen/Schäfer, Holger/Schmidt, Jörg: Gute Arbeit oder zufrieden mit der Arbeit? Konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde für Deutschland. In: Sozialer Fortschritt 5/2013, Berlin, Seite 139-148.

Lohmann-Haislah, Andrea: Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund, 2012.

Mesaros, Leila/Vanselow, Achim/Weinkopf, Claudia: Fachkräftemangel in KMU – Ausmaß, Ursachen und Gegenstrategien. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. In: Wiso Diskurs: Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, November 2009, Berlin, 2009.

MGEPA – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen: Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2011, Situation in Ausbildung und Beschäftigung, Düsseldorf, 2011.

Mintzberg, Henry: Structure in fives: Designing effective organization. Upper Saddle River, NJ., 1992.

Mühge, Gernot/Schmierl, Klaus/Struck, Olaf (Hrsg.): Qualifizierte Facharbeit im Spannungsfeld von Flexibilität und Stabilität, Wiesbaden, 2011, Seite 7-21.

Nassehi, Armin: Organisation, Macht, Medizin. Diskontinuitäten in einer Gesellschaft der Gegenwart. In: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden, 2008, Seite 379-397.

Offermanns, Matthias/Bergmann, Karl-Otto: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf, 2008.

Offermanns, Matthias/Bergmann, Karl-Otto: Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf, 2010.

Robert BoschStiftung: Die Zukunft der Arbeitswelt. Auf dem Weg ins Jahr 2030. Bericht der Kommission Zukunft der Arbeitswelt, Stuttgart, 2013.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Unger, Rainer: Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Gütersloh, 2012.

Stemmer, Renate: Zur Situation der Pflege im Krankenhaus. In: Pflege & Gesellschaft, 16. Jg. 2011, Heft 4, Seite 293-303.

Stemmer, Renate/Haubrock, Manfred/Böhme, Hans: Gutachten zu den zukünftigen Handlungsfeldern in der Krankenhauspflge, Mainz, 2008.

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten, Bonn, 2007.

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten, Bonn, 2012.

Schaeffer/Ewers (2006) Schaeffer, D.; Ewers, M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. Pflege & Gesellschaft. 11: S. 197-209.

Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika/Büscher, Andreas/Müller, Bernd Hans: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Wuppertal, 2005. Unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de>.

Simon, Michael: Fachkräftemangel – die Situation des Pflegepersonals in Deutschland. Vortrag auf der Jahrestagung der Landesvereinigung für Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen am 27. Juni 2011. Unter: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Simon-Fachkraeftemangel.pdf> [22.03.2013].

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Heft 2/Ausgabe 2010, Wiesbaden, 2010.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Grunddaten der Krankenhäuser 2012 – Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden, 2013.

Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am Mittwoch, 12. Juni 2013, Berlin, 2013.

Voss-Dahm, Dorothea/Bosch, Gerhard/Mühge, Gernot/Schmierl, Klaus/Struck, Olaf.: Stützen für qualifizierte Facharbeit: Ansätze zum Ausgleich von Stabilität und Flexibilität im Betrieb und auf dem Arbeitsmarkt. In: Voss-Dahm, D./Mühge, G./Schmierl, Klaus/Struck, Olaf (Hrsg.): Qualifizierte Facharbeit im Spannungsfeld von Flexibilität und Stabilität, Wiesbaden, 2011, Seite 7-21.

VPU - Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätsklinika in Deutschland e.V.: Übernahme ärztlicher Tätigkeiten. Praktische und rechtliche Grenzen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten, o.O., 2007.

Zander, Britta/Dobler, Lydia/Busse, Reinhard: Studie spürt Gründen für Burnout nach. Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. In: Pflegezeitschrift, Jg. 64, Heft 2, 2011, Seite 98-101.

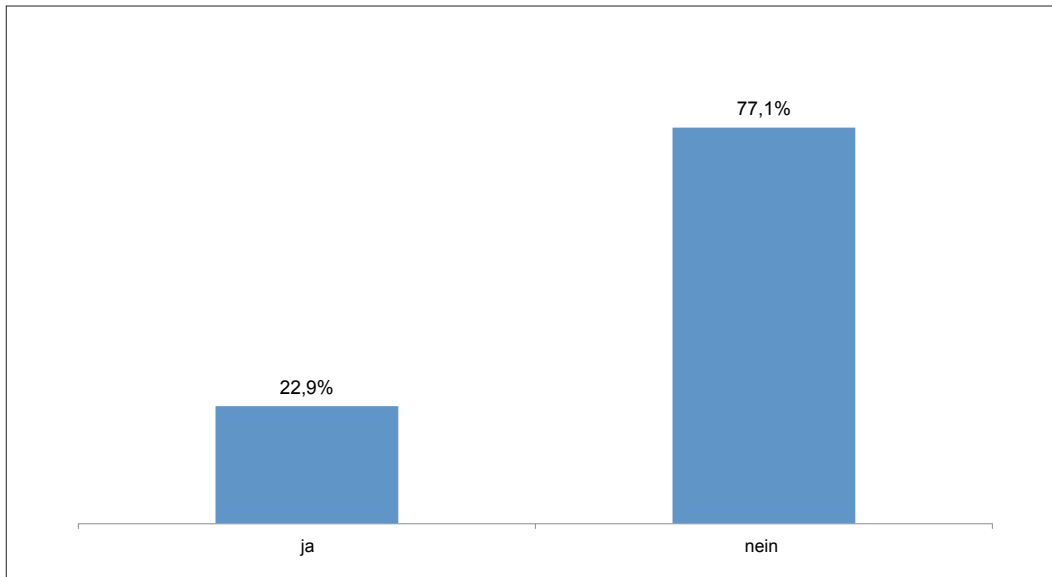
Internetquellen:

www.gbe-bund.de [Zugriff am 31.7.2013]

<http://www.lohnspiegel.de>

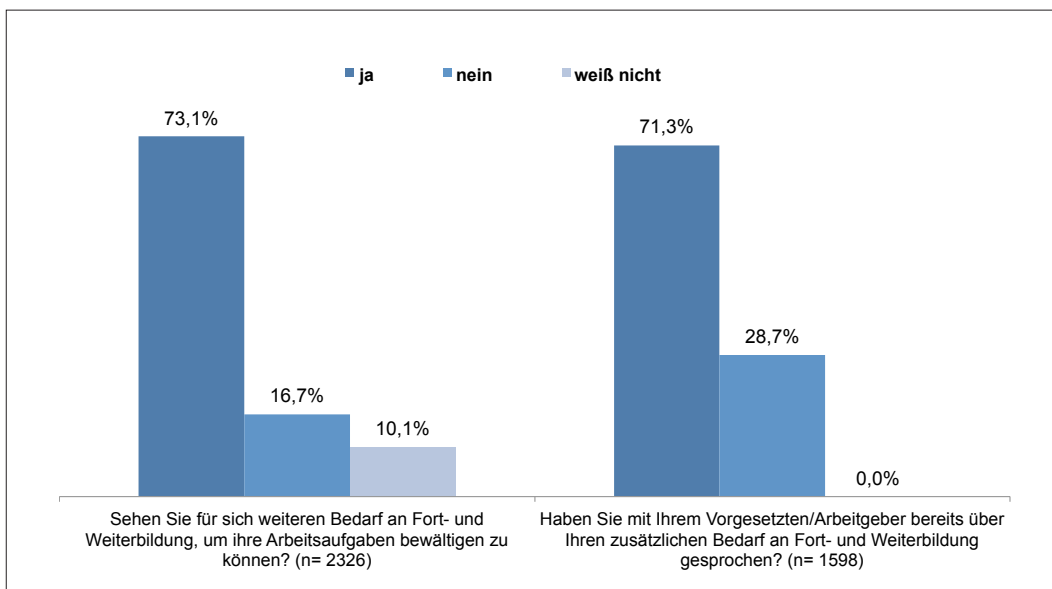
Anhang

Abbildung A1: Haben Sie zuvor eine andere berufliche Ausbildung absolviert? (n=2376)



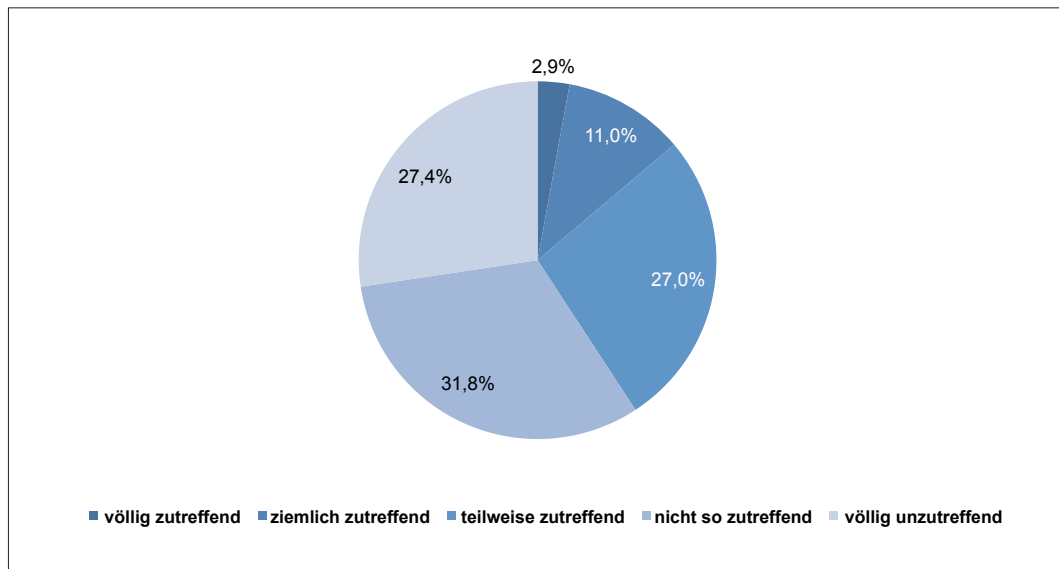
Quelle: IAT

Abbildung A2: Gibt es einen zusätzlichen Bedarf an Fort- und Weiterbildung?



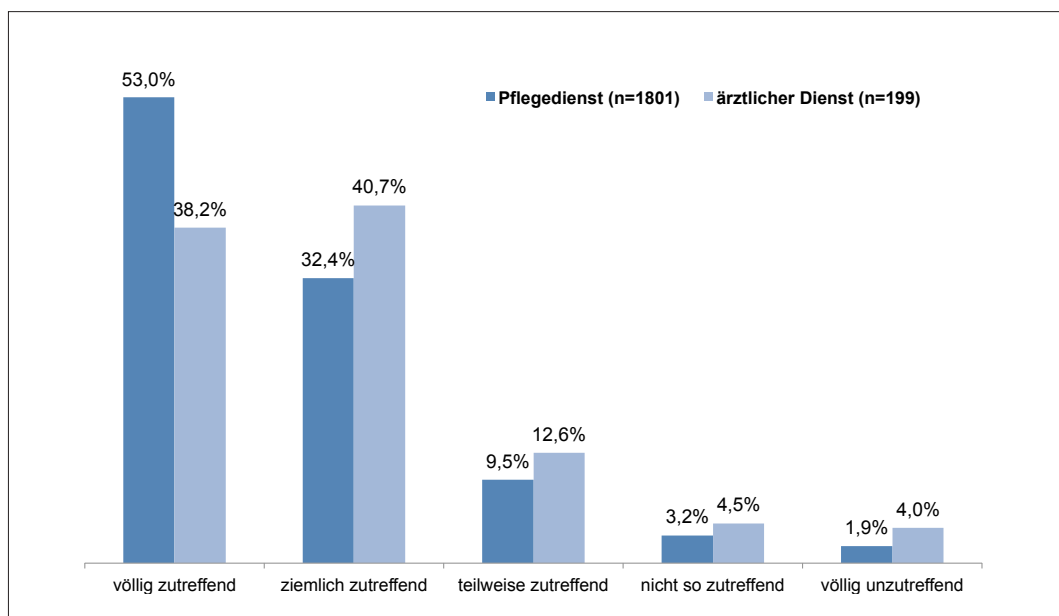
Quelle: IAT

Abbildung A3: „Ich habe genug Zeit für meine Arbeit.“ (alle Berufe, n=2437)



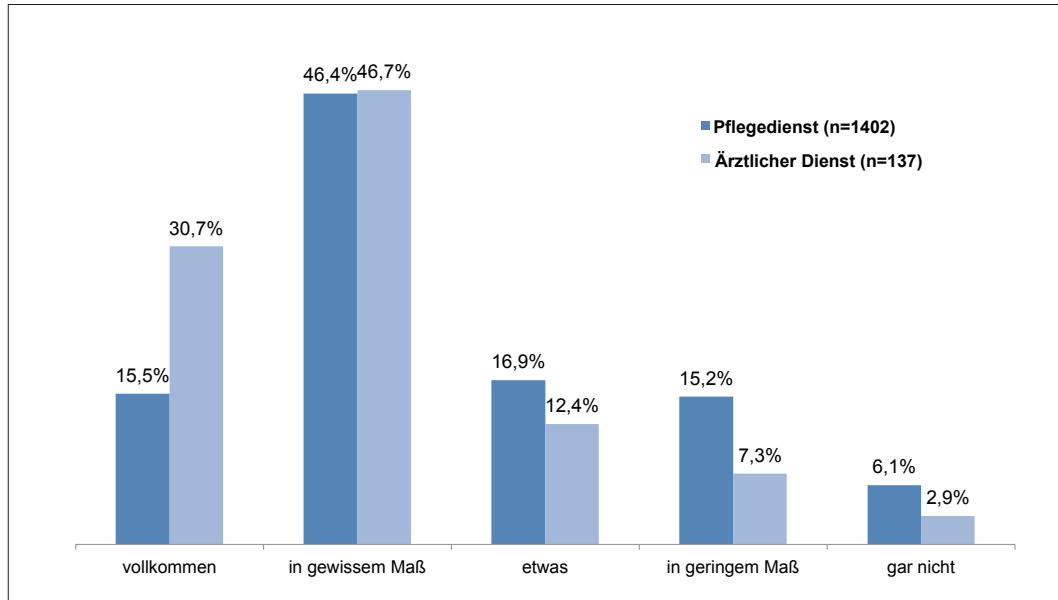
Quelle: IAT

Abbildung A4: „Die Verantwortung in meinem Aufgabenbereich ist in den letzten Jahren gestiegen.“



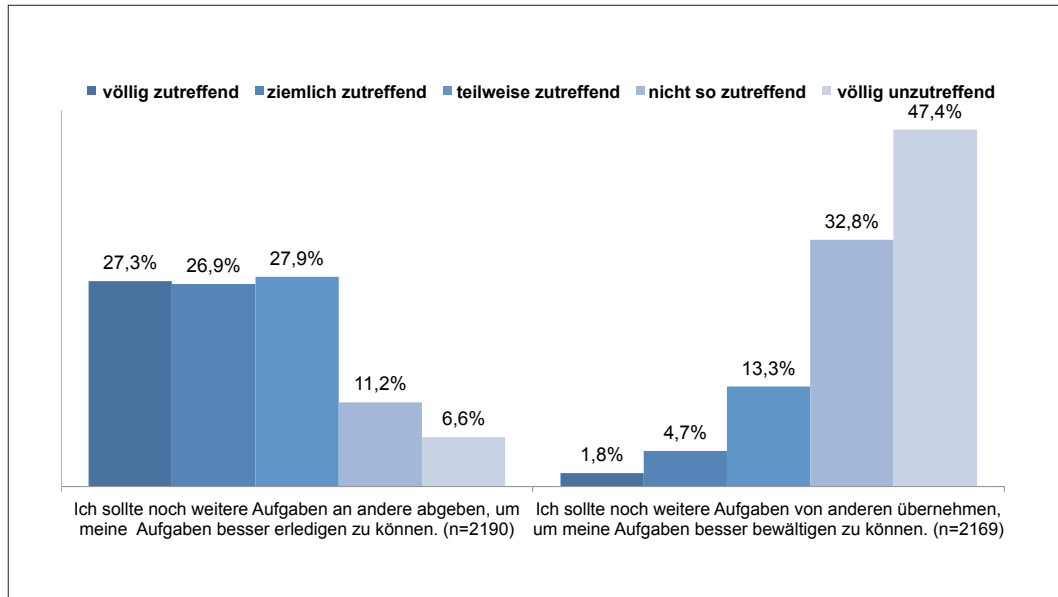
Quelle: IAT

Abbildung A5: „Reicht Ihrer Ansicht nach die Qualifikation der Berufe, an die Sie Aufgaben abgegeben haben, aus?“



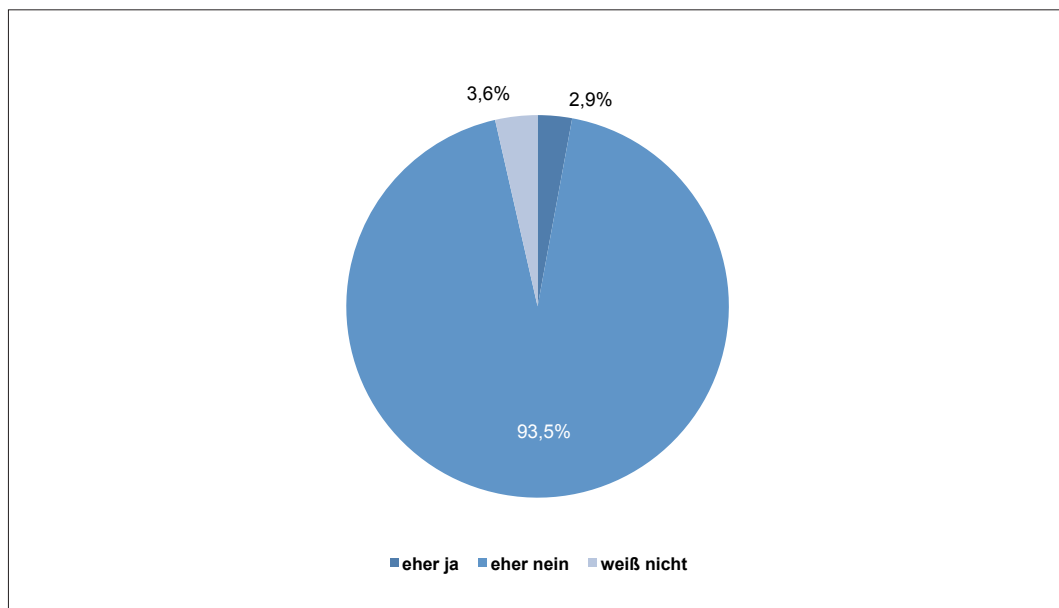
Quelle: IAT

Abbildung A6: Gewünschte Abgabe und Übernahme weiterer Aufgaben (alle Berufe)



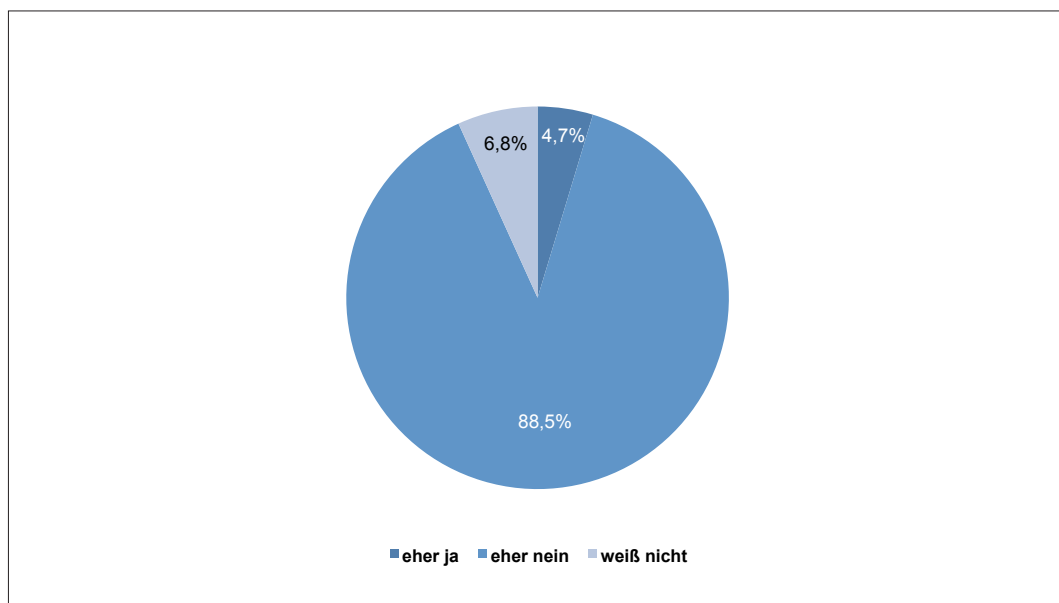
Quelle: IAT

Abbildung A7: „Meine Arbeitsbelastung wird sinken.“ (alle Berufe, n=2242)



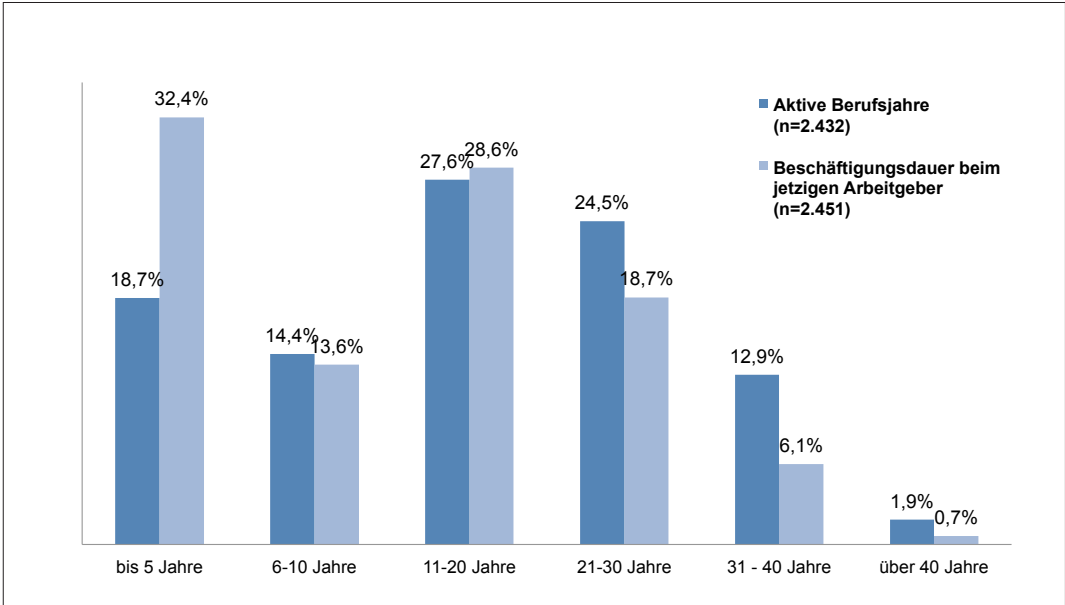
Quelle: IAT

Abbildung A8: „Ich werde mehr Zeit für meine Kernaufgaben haben.“ (alle Berufe, n=2242)



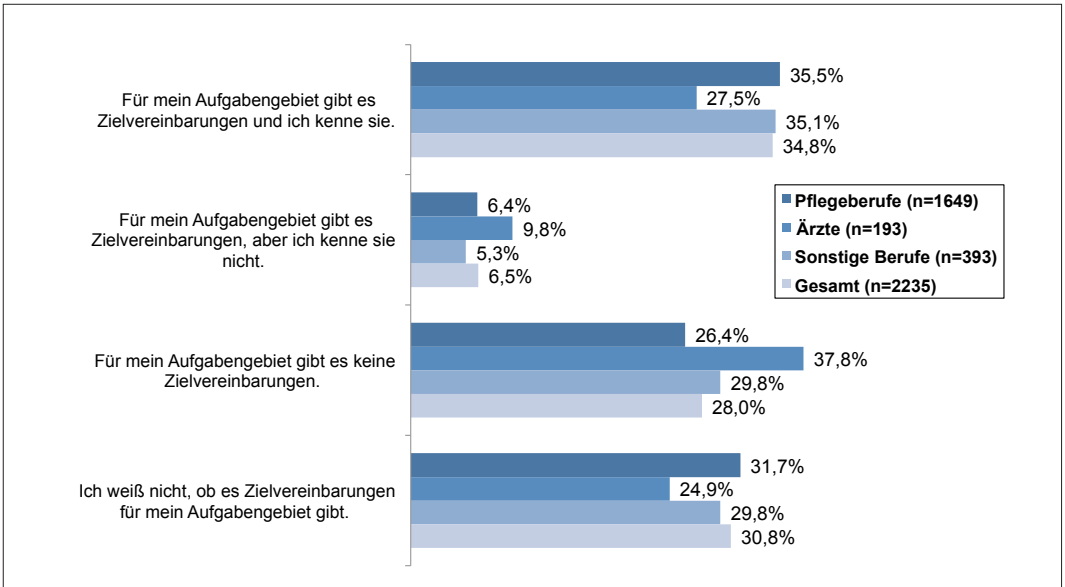
Quelle: IAT

Abbildung A9: Aktive Berufsjahre der Beschäftigten und Beschäftigungsdauer beim jetzigen Arbeitgeber



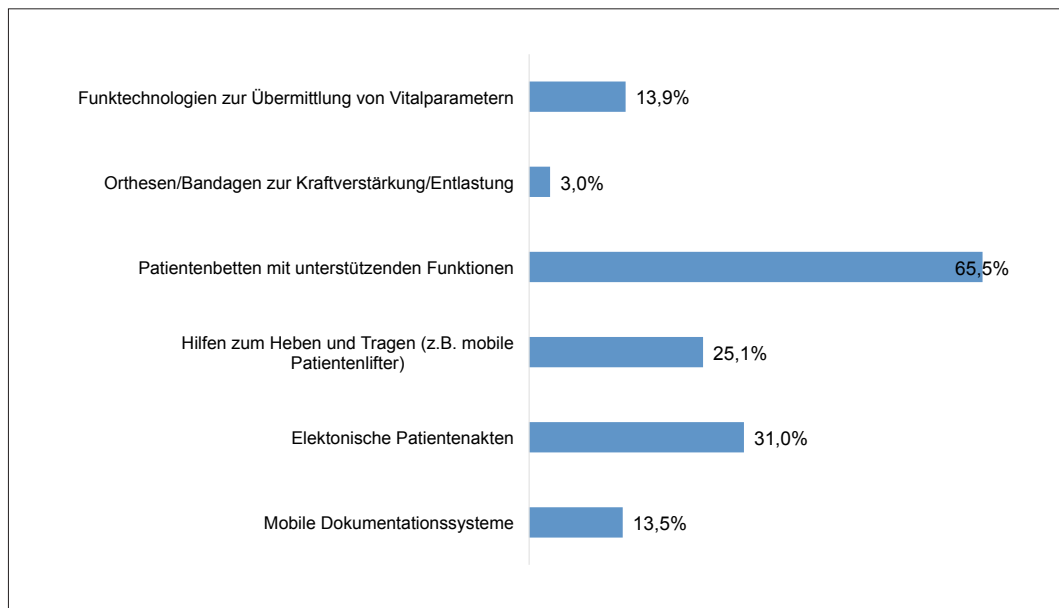
Quelle: IAT

Abbildung A10: Zielvereinbarungen für das Aufgabengebiet nach Berufsgruppen



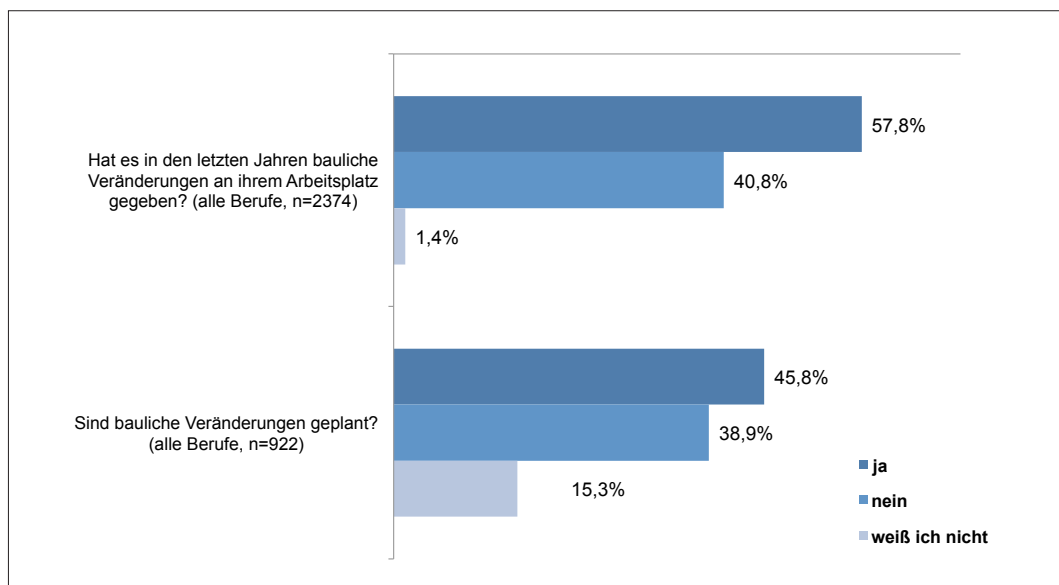
Quelle: IAT

Abbildung A11: Technische Unterstützung am Arbeitsplatz



Quelle: IAT

Abbildung A12: Bauliche Veränderungen am Arbeitsplatz



Quelle: IAT

Über die Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßige Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39 Telefon: 02 11/77 78-0
40476 Düsseldorf Telefax: 02 11/77 78-225



www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung**

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

