

13 Mitarbeiterzufriedenheit und Pflegequalität

Thorsten Körner und Reinhard Busse

13.1 Einführung

Mit der Einführung von prospektiven Budgets, leistungs- und ergebnisorientierten Fallpauschalen und verpflichtendem Qualitätsmanagement kommt es zu wichtigen Änderungen in der täglichen klinischen Arbeit. Es wird davon ausgegangen, dass der Wettbewerb unter den Krankenhäusern zunimmt, dass Kapazitäten abgebaut und Arbeitsabläufe verdichtet werden (Schmitz 2000). Mit dem allgemeinen pauschalierten Vergütungssystem für die stationäre Versorgung gemäß §17b KHG werden sowohl Dokumentation als auch Qualitätssicherung weiter in Charakter und Umfang verändert (Sangha 2000). Der Erlös wird sich nach dokumentierten Leistungen und Fällen richten. Qualitätssicherungsmaßnahmen werden vor allem dazu dienen, unerwünschten Effekten des neuen Vergütungssystems entgegenzuwirken (Lauterbach und Lungen 2000). Dies alles muss wegen möglicher Auswirkungen auf Patienten und Mitarbeiter kritisch begleitet werden (Busse und Schwartz 1997). Eine Vorstellung, was geschehen kann und mit welchen Auswirkungen gerechnet werden muss, liefert der internationale Vergleich: In anderen Ländern haben die oben geschilderten Veränderungen der Rahmenbedingungen der stationären Versorgung früher begonnen und sind entsprechend weiter fortgeschritten (Aiken et al. 1997).

In Zeiten einer Pflegepersonalverknappung in den USA wurden Krankenhäuser untersucht, die besser als andere in der Lage waren, ihr Personal zu halten und neues anzuziehen (Kramer und Schmalenberg 1988). Gemeinsamkeiten dieser "magnet hospitals" waren u. a. eine geringe Personalfuktuation, Stellenschlüssel, die von den Pflegekräften als adäquat wahrgenommenen wurden, flexible Arbeitszeiten, starke und sichtbare Führungskräfte in der Pflege, Anerkennung einer guten Pflegepraxis, ein kooperatives Management mit offener Kommunikation, gute Zusammenarbeit mit Ärzten sowie berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (Sovie 1984). In weiteren Untersuchungen wurde aufgedeckt, dass in diesen Krankenhäusern die diagnosespezifische Mortalität von Patienten geringer war (Aiken et al. 1994).

Aus dieser Erkenntnis wurde geschlossen, dass es Organisationsmerkmale geben müsse, die Krankenhäuser sowohl zu beliebten Arbeitsplätzen als auch zu Zentren herausragender Versorgung machen (Aiken und Patrician 2000). In früheren Studien sind bereits Zusammenhänge zwischen der Personalausstattung in der Pflege und der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse bei Patienten im Sinne von falscher Medikation, Stürzen, dem Auftreten von Dekubiti und Patientenbeschwerden beobachtet worden (Blegen et al. 1998): Ein hoher Anteil von Pflegefachkräften am Pflegepersonal erwies sich als günstig. In einer anderen Studie wurden positive Effekte des Personalschlüssels und des höheren Spezialisierungsgrades in der Pflege auf die Verweildauer und die Mortalität von Patienten nachgewiesen (Czlapinski und Diers 1998). Schließlich wurde der Einfluss der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Versorgungsqualität aufgezeigt (Leveck und Jones 1996).

Die Aussagekraft all dieser Studien ist indes begrenzt, weil sie sich nur auf eng umschriebene Gruppen von Krankenhäusern innerhalb eines Landes (zumeist der USA) beziehen. Eine weitere methodische Einschränkung der Aussagekraft liegt darin begründet, dass es sich um Querschnittstudien handelt, der Krankenhaussektor sich aber ständig verändert, was sich als weiterer, ggf. wirkungsstarker Faktor auf die Mitarbeiterzufriedenheit und die Pflegequalität auswirkt.

Es wurde daher ein internationales Projekt unter Leitung von Linda Aiken gestartet, das erstens mehrere Länder mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen und in unterschiedlichen Phasen einer Reform im Krankenhaussektor einschließt (USA, Kanada, Schottland, England und Deutschland) und zweitens längsschnittlich angelegt ist (Aiken et al. 2001). Im Mittelpunkt steht die Frage, ob die in Einzelstudien aufgezeigten günstigen Organisationsmerkmale von Krankenhäusern regelhaft wirken. Folgende Parameter wurden als besonders relevant erachtet: Mitarbeiterzufriedenheit, Sicherheit (z. B. Nadelstichverletzungen), emotionaler Burnout, Personalfluktuaton sowie patientenbezogene Outcomes wie Mortalität oder Failure to Rescue (d.h. Mortalität bei Patienten mit Komplikationen).

Eine Voraussetzung für die Studie war, dass Pflegepersonal in einheitlicher Weise befragt, Patientendaten erfasst und ausgewertet und Informationen über die betroffenen Krankenhäuser erhoben werden (Aiken und Fagin 1997). Dies stellte angesichts verschiedener Sprachen, Kodierungs- und Vergütungssysteme eine wesentliche, inzwischen aber überwiegend überwundene Hürde dar. Durch die einheitliche Datenerhebung und parallele Auswertung in den fünf Ländern ist nunmehr ein internationaler Vergleich möglich. Im Folgenden wird kurz die Datenerhebung in Deutschland beschrieben, anschließend werden die Pflegepersonal-bezogenen Daten im internationalen Vergleich aufgeführt.

13.2 Methodik des Hospital-Reform-Outcomes-Projektes in Deutschland

Im Rahmen des vom BMBF geförderten deutschen Studienteils des "Hospital-Reform-Outcomes"-Projekts (Förderkennzeichen 01EG9811) wurden – nach der Gewinnung von teilnahmebereiten Krankenhäusern und auf der Grundlage eines internationalen Konsens – Daten zu drei verschiedenen Komplexen aus drei verschiedenen Quellen erhoben. Die Daten wurden zur Auswertung zusammengeführt, um die Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen der stationären Versorgung und der Pflegearbeit und den Patientenergebnissen darzustellen (siehe Tabelle 13-1):

1. *Krankenhauscharakteristika*: Mit einem Fragebogen, der an die Krankenhausdirektionen geschickt wurde, wurden ausgewählte Strukturmerkmale der teilnehmenden Krankenhäuser erfasst.
2. *Klinische Patientendaten*: Aus den Dokumentationssystemen der teilnehmenden Krankenhäuser wurden die Patientendaten zur Ermittlung der Output-Indikatoren Fälle, Pflagetage, Diagnosen und Prozeduren, der nicht diagnosebezogenen Outcome-Indikatoren Mortalität und Aufenthaltsdauer (mit Alters- und Geschlechtsadjustierung) und der diagnosebezogenen Outcome-Indikatoren Mortalität und Aufenthaltsdauer gewonnen.
3. *Pflegeorganisation und -qualität*: Auf der Basis von Vorstudien in den USA (Havens und Aiken 1999) und nach einer Pilotstudie in Deutschland (Koerner et al. 1999) wurden die Fragebögen zur Pflegebefragung entwickelt.

Tabelle 13-1: Datenquellen

13.2.1 Krankenhauscharakteristika

Der siebenseitige Fragebogen ist in die Abschnitte Klinikprofil, Personalversorgung, Daten zu operativen und nichtoperativen Stationen und Pflege in der Klinik gegliedert. Er erfasst Angaben zu Bettenzahl, Umsatz, Stellenschlüssel, Personalfluktuation, eingesetzten Technologien, Pflegestandards und Qualitätsmanagement. Vier Wochen nach Aussendung der Bögen wurden die Krankenhäuser telefonisch an die Abgabe erinnert. 22 von 25 Krankenhäusern (88 %) schickten die Bögen ausgefüllt zurück. Die 29 deutschen Studienkrankenhäuser hatten 110 bis 947 Betten. Der Mittelwert lag mit 387 Betten über dem Bundesdurchschnitt (268 Betten). Der Personalschlüssel der Krankenhäuser bezogen auf die Pflege betrug zwischen 0,3 und 1 Pflegekraft pro Krankenhausbett, im Mittel 0,6 Pflegekräfte pro Bett. Die Belegungsquote von 82,6 % entsprach ungefähr dem Bundesdurchschnitt von 80,4 %. Die Trägerschaft bezogen auf die Betten war 63,8 % öffentlich, 29,5 % freigemeinnützig und 6,7 % privat (Bundesdurchschnitt: 53,5 %, 37,9 % bzw. 6,8 %).

13.2.2 Klinische Patientendaten

Der erhobene Datenkranz umfasste die Art der Aufnahme und Entlassung der Patienten, demografische Angaben, die Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD9 und die Prozeduren nach OPS 301 sowie Angaben zu Fallpauschalen und Sonderentgelten. Von 29 deutschen Krankenhäusern, die an der Pflegebefragung teilnahmen, lieferten 25 Patientendaten für die Jahre 1997 bis 2000 aus Datenschutzgründen in aggregierter und anonymisierter Form. Patienten unter 20 Jahren sowie psychiatrische (ICD9 290-319) und geburtshilfliche Fälle (ICD9 650-669) waren ausgeschlossen worden. Es standen so beispielsweise für das Jahr 1999 275.080 Fälle für die Analyse zur Verfügung. Für alle Krankenhäuser zusammen und für jedes einzelne Krankenhaus wurden die 25 häufigsten Prozeduren und Diagnosen zusammengestellt. Es wurden diagnose- und prozeduren-spezifische Aufenthaltsdauern und Mortalitätsraten berechnet. Die diagnoseunabhängige Mortalität und die Aufenthaltsdauer wurde alters- und geschlechtsadjustiert und krankenhausbefragungsbezogen dargestellt (Details siehe Körner und Busse 2001).

13.2.3 Pflegebefragung

Zur Pflegebefragung wurde eine Übersetzung des englischen Originals verwendet, das zuvor in einer Pilotstudie getestet worden war (Koerner et al. 1999). Wichtigste Bestandteile des Instruments sind der Nurse Work Index (NWI) (Kramer und Schmalenberg 1988) in seiner revidierten Fassung (Aiken und Patrician 2000) und das Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach und Jackson 1986).

Insgesamt nahmen aus den 29 Krankenhäusern 2.708 Pflegefachkräfte an der Befragung teil. Die Antwortrate lag bei 42 %, was dem Rücklauf der Pilotstudie entsprach.

Der Bogen ist in sechs Abschnitte mit insgesamt 109 Items gegliedert. Die Beantwortungszeit wurde nicht systematisch erfasst, aber mit ungefähr 20 Minuten angegeben. Der Fragebogen besteht aus sechs Abschnitten:

1. Beschäftigungsmerkmale und Arbeitsbereich (10 Items);
2. Organisation und Pflegepraxis: Fragen zu organisatorischen Rahmenbedingungen und zur Pflegepraxis;
3. Emotionale und psychosoziale Belastung (Maslach Burnout Inventory: 22 Items): Fragen zu arbeitsbezogenen Gefühlen und Gedanken;
4. Arbeitsplatzmerkmale und Pflegequalität (16 Items): Fragen zur Einschätzung des eigenen Arbeitsplatzes und der Pflegequalität;
5. Letzte Schicht (4 Items): Fragen zur Arbeitssituation und zur Patientenbetreuung während der letzten gearbeiteten Schicht;
6. Angaben zur Person (6 Items): Fragen zur Demografie, zur Familiensituation und zum Ausbildungshintergrund.

13.2.3.1 Nurse Work Index

Der des Nurse Work Index (NWI) enthält 51 Items, die als Antwortmöglichkeit eine vierstufige Likert-Skala anbieten. Die Antworten geben den Grad der Übereinstimmung von "ganz und gar nicht" bis "voll und ganz" an. Zur Auswertung wurden die Items so kodiert, dass die höchste Übereinstimmung mit "4" bewertet wurde. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wurden diese Ergebnisse auf eine Skala von 0 bis 100 transformiert. Das Instrument wies in einer Validierungsstudie gute psychometrische Eigenschaften auf. Der Cronbach-alpha-Wert für den gesamten NWI betrug 0,96, für die aggregierten Subskalen 0,84 bis 0,91 (Aiken und Patrician 2000).

In Anlehnung an die internationalen Vorarbeiten wurde für die deutsche Pflegebefragung eine Analyse der sechs Faktoren "Anerkennung der Pflege", "Adäquate Ressourcen", "Zusammenarbeit mit Ärzten", "Pflegermanagement", "Pflegepraxis" und "Weiterbildung" durchgeführt.

13.2.3.2 Maslach Burnout Inventory

Das Maslach Burnout Inventory wurde zur Erfassung von Stressreaktionen bei Menschen in helfenden Berufen entwickelt (Maslach und Jackson 1986). Das Instrument wurde ins Deutsche übersetzt und in dieser Fassung validiert (Büssing und Perrar 1992). Es umfasst 22 Items mit Antwortmöglichkeiten für den Grad der Zustimmung auf einer siebenstufigen Likert-Skala. Die 22 Items sind auf drei Skalen verteilt:

1. Emotionale Erschöpfung,
2. Persönliche Erfüllung und
3. Depersonalisation.

Nur für die beiden ersteren Skalen gelten die psychometrischen Eigenschaften als ausreichend (Büssing und Perrar 1992). Die interne Konsistenz der Skalen wurde mit einem Cronbach alpha für "Emotionale Erschöpfung" von 0,89, für "Persönliche Erfüllung" von 0,63 und für "Depersonalisation" von 0,53 angegeben.

13.3 Ergebnisse zu Mitarbeiterzufriedenheit und Pflegequalität im internationalen Vergleich

Gemeinsam ist den Gesundheitssystemen der untersuchten Länder die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der Krankenhauspatienten in unterschiedlichem Ausmaß bei steigenden Fallzahlen pro Bett. Die in Deutschland zu beobachtende Zunahme der Gesamtfallzahl ist auf die anderen Studienländer nicht übertragbar. Noch immer gibt es eine hohe Kapazitäten in Deutschland, auch wenn seit 1991 die Zahl der Betten in den alten Bundesländern um 14,4 % und in den neuen Bundesländern um 23,7 % abgenommen hat. Die durchschnittliche Verweildauer ist um 24,4 % respektive 34,8 % gefallen und die absolute Zahl der Fälle um 8,4 % respektive 29 % angestiegen.

Die Patientenfluktuation pro Bett hat in den 90er Jahren in unterschiedlichem Ausmaß zugenommen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in den USA und Kanada in besonderem Maße Krankenhauskapazitäten abgebaut und Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert wurden (Sochalski et al. 1997; Shamian und Lightstone 1997). In Großbritannien hat sich in den 90er Jahren der Druck auf den stationären Sektor durch den *NHS and Community Care Act* mit marktwirtschaftlichen Elementen, Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor, Bettenabbau und verkürzten Liegezeiten erhöht (Harrison 1997). Die Auswirkungen der NHS-Reform durch die Labour-Regierung ab 1997 sind noch in der Entfaltung begriffen. Sie zielen auf Rückbau der marktwirtschaftlichen Elemente im NHS und auf eine größere Verteilungsgerechtigkeit, die Unterstützung unterprivilegierter Bevölkerungsgruppen und die größere Betonung von Qualität und Outcomes der Versorgung ab (Robinson und Dixon 1999).

Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im stationären Sektor in Deutschland ist uneinheitlich: Die Zahl der in Krankenhäusern beschäftigten Ärzte hat von 1991-98 um 10,5 % zugenommen, die Zahl der Pflegefachkräfte überschritt ihr Maximum 1995. Sie hatte in den vier vorangegangenen Jahren, hauptsächlich durch die Pflegepersonalregelung von 1993 bis 1995, um 10,2 % zugenommen und fiel anschließend bis 1998 um 2,4 %. Die Zahl der übrigen im Krankenhaus Beschäftigten fiel durchgängig von 1991-98 um insgesamt 6,2 %.

Der Personalabbau war in Kanada am ausgeprägtesten (Shamian und Lightstone 1997). In den übrigen Ländern wurde bei insgesamt etwa gleichbleibender Zahl an Krankenhausarbeitsplätzen die Zahl der Pflegefachkräfte in einem Umfang erhöht, der die Zunahme der Fallzahlen und der zunehmenden Komplexität der Krankenhaufälle nicht kompensierte (Sochalski et al. 1997).

Im Rahmen der Pflegebefragung wurden sieben Gruppen aus fünf Ländern und insgesamt 43.357 Pflegefachkräfte aus 711 Krankenhäusern befragt. In den USA waren alle Krankenhäuser in Pennsylvania und in Kanada alle Krankenhäuser der Provinzen Ontario, British Columbia und Alberta eingeschlossen. In Schottland wurden alle Krankenhaus trusts kontaktiert. In England und Deutschland wurden jeweils Krankenhausstichproben ausgewählt, weil es keine nationale Datenbasis für Krankenhausentlassungen gibt. In Pennsylvania wurde die Hälfte der in diesem Staat registrierten Pflegefachkräfte in Krankenhäusern wegen der Pflegebefragung angeschrieben. In Alberta wurden alle registrierten Pflegefachkräfte kontaktiert, während in Ontario, British Columbia und Schottland repräsentative Stichproben gezogen wurden. In England und Deutschland wurden die Pflegekräfte der teilnehmenden Krankenhäuser in die Pflegebefragung eingeschlossen. Die Rücklaufquote lag zwischen 42 und 53 %.

Wegen der unterschiedlichen Ausbildungssysteme der einzelnen Länder war die internationale Projektgruppe übereingekommen, die Befragung auf Pflegefachkräfte zu beschränken. Die ant-

wortenden Pflegefachkräfte waren im Mittel 35,3 Jahre alt (Bundesdurchschnitt 34,1), zu 83,5 % Frauen (Bundesdurchschnitt 84 %) und zu 71,8 % vollzeitbeschäftigt mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 34,7 Stunden und monatlich 10 Überstunden. Bei den deutschen Pflegefachkräften war der Anteil der Männer und der Vollzeitbeschäftigten wesentlich höher als im internationalen Durchschnitt. Das mittlere Alter der deutschen Pflegefachkräfte lag unter dem internationalen Durchschnitt (siehe Tabelle 13-2).

Tabelle 13-2:

Demografie und Beschäftigungsverhältnis der befragten Pflegefachkräfte in fünf Ländern

Die deutschen Pflegefachkräfte waren im Durchschnitt mit ihrem Arbeitsplatz zufriedener als die Befragten in den übrigen Ländern. Der Anteil der unter 30-Jährigen war in den europäischen Ländern höher als in Kanada und den USA, wo besonders die jüngeren Pflegefachkräfte vom stationären Kapazitätsabbau betroffen waren. In allen Ländern fällt auf, dass gerade die jüngeren Pflegefachkräfte den Wunsch äußerten, ihren Beruf innerhalb des nächsten Jahres zu wechseln. Die Angaben zum Burnout lassen auf geringere psychosoziale Erschöpfung bei den deutschen Pflegefachkräften schließen, denn der Anteil der Befragten mit "hohem Burnout" lag in den übrigen Ländern deutlich höher (siehe Tabelle 13-3).

Tabelle 13-3:

Burnout, Arbeitsplatzzufriedenheit und Berufswechselabsicht bei den befragten Pflegefachkräften

Im Gegensatz zu der generellen Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz steht eine durchweg positive Einschätzung der Qualität der ärztlichen Versorgung, der Kompetenz der Pflegefachkräfte und der Zusammenarbeit zwischen Pflege und ärztlichem Personal (siehe Tabelle 13-4).

Tabelle 13-4: Kompetenz und Arbeitsbeziehungen

Kritischer wird die Personalausstattung in der Pflege eingestuft. Nur etwa ein Drittel der Befragten gab an, dass es ausreichend Personal gibt, um eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten oder auch nur um die anfallende Arbeit zu schaffen. Die Versorgung mit Hilfspersonal wurde besser eingestuft und in Deutschland von über der Hälfte der Befragten als ausreichend erachtet (Tabelle 13-5).

Tabelle 13-5: Personalausstattung

Besonders kritisch äußerten sich die Pflegefachkräfte in den USA und Kanada über die Unterstützung durch die Krankenhausverwaltung, während sie ihre Bezahlung mehrheitlich für angemessen hielten. Die deutschen Pflegefachkräfte sahen sich am wenigsten an politischen Entscheidungen innerhalb des Krankenhauses beteiligt. Dafür stuften sie die Anerkennung der Pflege innerhalb des Krankenhauses, die Gestaltung der eigenen Arbeitszeit und die Aufstiegschancen am besten ein (siehe Tabelle 13-6). Insgesamt gab es im Ländervergleich bei der Einstufung von Bezahlung, Aufstiegschancen und Arbeitszeiteinteilung auffällig große Unterschiede.

Tabelle 13-6: Personalmanagement

Eine Reihe von Fragen wurden in England und Schottland ausgelassen, so dass hier nur der Vergleich mit den USA und Kanada möglich ist. Die deutschen Pflegefachkräfte gaben hinsichtlich von Veränderungen der Pflegepraxis im vergangenen Jahr seltener an, mehr Patienten versorgen zu müssen. In den USA und Kanada war dies offenbar ein deutlicherer Trend. Auch gaben die deutschen Pflegefachkräfte seltener an, dass die Zahl der Führungskräfte in der Pflege abgenommen hat (siehe Tabelle 13-7). Dies könnte auf die weiter fortgeschrittenen Umstrukturierungen des stationären Bereichs in den USA und Kanada hinweisen.

Tabelle 13-7:

Angaben der Befragten zu Veränderungen in der Pflegepraxis im vergangenen Jahr in drei Ländern

Die Erledigung nichtpflegerischer Tätigkeiten – wie Essen verteilen und abräumen und Patiententransport innerhalb der Klinik – wurden von deutschen Pflegefachkräften häufiger genannt als in den USA und Kanada. Dies weist auf die stärker ausgeprägte Aufgabenaufteilung zwischen Pflegefachkräften und Hilfspersonal in diesen beiden Ländern hin (siehe Tabelle 13-8).

Tabelle 13-8:

Angaben der Befragten zu nichtpflegerischen Tätigkeiten und unerledigten Pflegetätigkeiten in der letzten Arbeitsschicht

Zu den Aufgaben, die in der letzten gearbeiteten Schicht nicht erledigt werden konnten, zählten in Deutschland seltener Pflegeplanung und Tätigkeiten der Grundpflege wie Mundhygiene und Hautpflege, dafür aber öfter Gespräche mit Patienten und Angehörigen. (Dies könnte daran liegen, dass für Ersteres von Seiten des Pflegepersonals seltener eine Notwendigkeit gesehen wird.) In allen drei Ländern wurde nur selten die Vorbereitung von Patienten und ihren Familien auf die Entlassung aufgeschoben (siehe Tabelle 13-9).

Tabelle 13-9:

Anteil der Befragten, die über notwendige, aber nicht erledigte Pflegetätigkeiten berichteten

Es ist möglicherweise ein kulturelles Phänomen, dass die deutschen Pflegefachkräfte nur zu 11,7 % eine herausragende Versorgungsqualität auf ihrer Station angaben, während dies in den englischsprachigen Ländern etwa dreimal häufiger vorkam. Im Gegensatz dazu stand der deutlich niedrigere Anteil derjenigen, die eine Verschlechterung der Pflegequalität im vergangenen Jahr angaben und die positive Einschätzung der Entlassungsvorbereitung der Patienten (siehe Tabelle 13-10). Die kritische Beurteilung dieser Punkte in den USA und Kanada könnte eine Reaktion auf die starke Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer von Patienten sein.

Tabelle 13-10: Einschätzung der Pflegequalität durch Pflegefachkräfte in fünf Ländern

Die Befragten in den USA und Kanada gaben sehr viel häufiger an, dass es zu Fehlern in der Behandlung von Patienten, wie falschen Medikamentenverabreichungen und Stürzen mit Verletzungen sowie zu Beschwerden von Patienten und Angehörigen und zu Beschimpfungen von Pflege-

kräften kam (siehe Tabelle 13-11). Dies wurde von den Wissenschaftlern aus Pennsylvania dahingehend interpretiert, dass die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen in der Pflege zu einem unbefriedigenden Klima für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter führen und so zu den oben beschriebenen Burnoutscheinungen und zur Häufung von Fehlern beitragen (Aiken et al. 2001).

Tabelle 13-11:

Anteil der Befragten, die angaben, dass folgende Zwischenfälle nicht selten vorkamen

13.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Pflegebefragung weisen auf verbesserungswürdige Rahmenbedingungen der stationären Versorgung und auf einige unbefriedigende Zustände für Mitarbeiter hin, die negative Konsequenzen auch für Patienten und Angehörige haben, da die Versorgung insbesondere vom Einsatz der pflegerisch und ärztlich Tätigen in den Krankenhäusern abhängt. Diese Ergebnisse ergänzen die Ergebnisse anderer Studien, wonach Reformen des Gesundheitswesens zu erhöhter Unzufriedenheit von Beschäftigten in Gesundheitsberufen führen können (Davidson et al. 1997; Burdi und Baker 1999). In den USA und Kanada, wo die Umstrukturierung des stationären Sektors weiter als in den anderen Ländern fortgeschritten ist, haben die Krankenhäuser inzwischen Probleme, ausreichend Pflegefachkräfte zu rekrutieren. Die ungünstigen Arbeitsbedingungen scheinen insbesondere jüngere Pflegefachkräfte zu einem Arbeitsplatzwechsel zu bewegen. Dies wird durch die erweiterten Beschäftigungsmöglichkeiten von Pflegefachkräften außerhalb von Krankenhäusern verstärkt (Aiken et al. 2001). Solche internationalen Erfahrungen mit unerwünschten Effekten von Veränderungen im stationären Bereich sollten bei den bevorstehenden Krankenhausreformen in Deutschland berücksichtigt werden.

Das Befragungsinstrument in seiner deutschen Übersetzung wurde von den Pflegefachkräften gut akzeptiert und konnte mit angemessenem Aufwand beantwortet werden. An der Befragung beteiligten sich bundesweit 2.709 Pflegefachkräfte aus 29 Krankenhäusern. Die demografischen Daten der befragten Mitarbeiter lagen im Bundesdurchschnitt. Im internationalen Vergleich fiel der höhere Anteil männlicher Pflegefachkräfte und das relativ niedrige Alter der Befragten auf. In kleineren Krankenhäusern wurden weniger Burnoutscheinungen angegeben. In größeren Krankenhäusern wurden die Möglichkeiten zur beruflichen Fort- und Weiterbildung besser eingestuft. Gute Ergebnisse für den Nurse Work Index korrelierten mit einem geringen Burnout. Die Befragungsergebnisse bestätigen Hypothesen zur Bedeutung unterstützender Organisationsmerkmale für die Versorgungsqualität und die Arbeitssituation in der Pflege. Mit den eingesetzten Fragebögen steht ein validiertes Instrumentarium für die Pflegeforschung in Deutschland zur Verfügung.

13.5 Literaturverzeichnis

- Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty A, Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 2001; 20(3): 43-53.
- Aiken LH, Fagin CM. Evaluating the consequences of hospital restructuring. *Medical Care* 1997; 35: OS1-OS4.
- Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nursing Research* 2000; 49: 146-53.
- Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care* 1994; 32: 771-87.
- Aiken LH, Sochalski J, Lake ET. Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care* 1998; 35: OS6-18.
- Blegen M, Goode C, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research* 1998; 47: 43-50.
- Burdi MD, Baker LC. Physicians' perceptions of autonomy and satisfaction in California. *Health Affairs* 1999; 18(4): 134-45.
- Busse R, Schwartz F. Financing reforms in the German hospital sector: from full cost cover principle to prospective case fees. *Medical Care* 35: OS40-OS49.
- Büssing A, Perrar K-M. Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica* 38 1992; (4): 328-53.
- Czlapinski C, Diers D. The effect of staff nursing on length of stay and mortality. *Medical Care* 1998; 36: 1626-38.
- Davidson H, Folcarelli P, Crawford, Duprat L, Clifford J. The effects of health care reform on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Medical Care* 1997; 35: 634-645.
- Harrison A. Hospitals in England: Impact of the 1990 National Health Services reforms. *Medical Care* 1997; 350: OS50-OS61.
- Havens DS, Aiken LH. Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration* 1999; 29: 14-20.
- Körner T, Busse R. Reformen im Krankenhaus: Wie können Effekte von Reformen auf Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenoutcomes erfaßt und analysiert werden? *Arbeit und Sozialpolitik* 2001; 55(3/4): 17-27.
- Körner T, Müller-Mundt G, Busse R. Erfolgsfaktor Pflegepersonal. *Gesundheit und Gesellschaft* 1999; 2: 22-3.
- Kramer M, Schmalenberg C. Magnet hospitals: institutions of excellence. *Journal of Nursing Administration* 1988; 18: 13-24.
- Lauterbach K, Lungen M. Was hat Vergütung mit der Qualität zu tun? In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H, Hrsg. *Krankenhausreport 2000*, Stuttgart, New York: Schattauer 2000; 115-26.
- Leveck M, Jones C. The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing and Health* 1996; 19: 331-43.

- Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Manual, 2. Aufl. 1986; Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Robinson R, Dixon A. Health Care Systems in Transition: United Kingdom, Kopenhagen: European Observatory on Health Care Systems 1999.
- Sangha O. Begleitende Strukturmaßnahmen eines DRG-Vergütungssystems in Deutschland. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H, Hrsg. Krankenhausreport 2000. Stuttgart, New York: Schattauer 2000; 87-97.
- Schmitz J. Reform der Vergütung aus medizinisch-ärztlicher Sicht In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H, Hrsg. Krankenhausreport 2000. Stuttgart, New York: Schattauer 2000; 195-205.
- Shamian J, Lightstone E. Hospital restructuring initiatives in Canada. Medical Care 1997; 35: OS62-OS69.
- Sochalski J, Aiken LH, Fagin CM. Hospital restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: an outcomes research agenda. Medical Care 1997; 35: OS13-OS25.
- Sovie M. The economics of magnetism. Nursing Economics 1984; 2: 85-92.