

**Ines Roth**

Input Consulting Stuttgart

## Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten

Ein Branchenbericht auf Basis des  
DGB-Index Gute Arbeit



# Arbeitsberichterstattung aus der Sicht der Beschäftigten

Gute Arbeit basiert auf den Partizipationsansprüchen der Beschäftigten und ihren Teilhaberechten in Sachen Arbeitsgestaltung. Als Gute Arbeit kann nur dann eine Tätigkeit abhängig Beschäftigter qualifiziert werden, wenn diese selbst sie als gut einschätzen. Darum ist es unerlässlich, ihr Urteil über die Arbeitsbedingungen zu erheben und ihre Ansprüche an die Qualitätsstandards zu ermitteln.

Aktivitäten zur Humanisierung der Arbeit haben in Deutschland eine lange Tradition, die öffentliche Arbeitsberichterstattung auf der Basis von Beschäftigtenumfragen jedoch ist eine junge Disziplin. Auf bundesweit repräsentativer Ebene begann sie 2007 mit der ersten Beschäftigtenumfrage zur Ermittlung des DGB-Index Gute Arbeit. Der Grundgedanke dieser Arbeitsqualitäts-Prüfung, an deren Entwicklung ver.di einen erheblichen Anteil hatte, lautet: Was gut an den Arbeitsbedingungen ist und was schlecht, das können letztlich nur die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stichhaltig beurteilen. Denn die Beschäftigten sind die Hauptbetroffenen der Bedingungen, unter denen sie arbeiten, und sie kennen diese besser als Außenstehende.

In diesem Sinne hat die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft in den letzten Jahren die Ergebnisse von Beschäftigtenumfragen und den Verlauf von Verbesserungsprozessen, die durch die Erhebungen initiiert wurden, in verschiedenen Formaten öffentlich dokumentiert. Ein neuer Abschnitt begann im Dezember 2010 mit dem Start einer eigenen publizistischen Reihe zu den Arbeitsbedingungen im Dienstleistungs-Sektor: *Arbeitsberichterstattung aus der Sicht der Beschäftigten – Die ver.di-Reihe*. Die Publikationen, die unter diesem Titel erscheinen, bieten – themen-, gruppen- und branchenzentriert – Daten, Befunde und Argumente zur Arbeitswelt, die auf dem Urteil der Beschäftigten zur Qualität der Arbeit basieren. Die ver.di-Reihe fungiert als ein Service für gewerkschaftliche Öffentlichkeiten, für die Medien, die Arbeitswissenschaften und alle anderen Akteure, die sich mit der Gestaltung der Arbeit befassen.

Ergänzt wird die Reihe durch Materialien und Studien, die als Manuskriptdruck herausgegeben werden. Publiziert werden in dieser Form vor allem wissenschaftliche Beiträge zu Spezialfragen und für kleinere Fachöffentlichkeiten, Datenbände und Grundlagentexte, wobei die Autorinnen und Autoren durchaus mit je eigenen Stilmitteln arbeiten. Publiziert werden vorwiegend, aber nicht ausschließlich Texte, die im Auftrag von ver.di erarbeitet wurden. Ein Schwerpunkt liegt auf der Veröffentlichung von Grundaussagen, Materialien und Supplementbänden zu Themen, die auch in der ver.di-Reihe zur Sprache gebracht werden. ■

*Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bereich Innovation und Gute Arbeit  
Herausgeber der Reihe „Arbeitsberichterstattung aus der Sicht der Beschäftigten“*

## Die Autorin:

**Ines Roth** ist seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Input Consulting Stuttgart. Seither ist sie thematisch über unterschiedliche Projekte mit dem Thema Gute Arbeit befasst.  
E-Mail: roth@input-consulting.com

## Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten

Ein Branchenbericht auf Basis  
des DGB-Index Gute Arbeit

Studie im Auftrag der  
ver.di – Bundesverwaltung  
Ressort 13  
Bereich Innovation und Gute Arbeit

Autorin  
Ines Roth  
Input Consulting, Stuttgart  
[www.input-consulting.com](http://www.input-consulting.com)

Vorwort

## Der Druck muss raus!

Die Krankenhaus-Beschäftigten ächzen unter der Last ihrer Arbeit. Betroffen sind alle Berufsgruppen und Bereiche. Es werden immer mehr Patient/innen behandelt, ohne dass die Personalausstattung den Arbeitsaufgaben folgt. Zwischen 1994 und 2009 ist die Zahl der Fälle je Vollkraft um 25 % gestiegen. Mehr „Fälle, Fälle, Fälle“ ist die Strategie des Managements in praktisch allen Krankenhäusern. So wird versucht, die Einnahmen der Krankenhäuser zu steigern, um die fehlende Investitionsförderung der Länder und die unzureichende Finanzierung der Krankenhausbehandlung auszugleichen. Wenn dann eine Krankenhausleitung auf einer Betriebsversammlung von „gefühlter“ Belastung spricht, tobt der Saal.

ver.di hat eine Sonderauswertung der Ergebnisse des DGB-Index Gute Arbeit für die Krankenhaus-Beschäftigten erstellen lassen, differenziert nach Beschäftigtengruppen. Sie belegt, dass eines der größten Probleme die Arbeitsintensität ist. Wäre da nicht der gute soziale Kontakt im Kreis der Kolleg/innen, die Arbeit wäre kaum auszuhalten. Die Krankenhäuser fahren ihr Personal „auf Verschleiß“. Die Hälfte der Beschäftigten glaubt nicht, dass sie bis zur Rente durchhalten können. Die Ausbildungsqualität nimmt ab. In den Wirtschafts- und Versorgungsdiensten leiden die Kolleg/innen unter starker Verunsicherung über ihre Situation.

Ein großer Vorteil von Beschäftigtenumfragen, die mit dem DGB-Index Gute Arbeit durchgeführt werden, besteht darin, dass sie Vergleiche ermöglichen. Diese Möglichkeit bieten die Mitarbeiterbefragungen der Krankenhausunternehmen in der Regel nicht – deren Erkenntnisgehalt endet meist an der Tür des eigenen Krankenhauses oder Konzerns. Unsere Sonderauswertung zeigt, dass die Arbeit in Krankenhäusern von den Beschäftigten schlechter eingeschätzt wird als in anderen Branchen. Die Werte liegen deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt.

Das sind alarmierende Befunde. Bleiben die Arbeitsbedingungen so schlecht, werden die Krankenhäuser wachsende Probleme bekommen, Personal zu finden – und dies nicht nur bei Ärzt/innen, Funktionsdiensten und der Pflege am Bett, sondern auch in den anderen Berufsgruppen, ohne die kein Krankenhaus funktionieren kann.

ver.di hat deshalb die Kampagne „Der Druck muss raus!“ gestartet. Wir wollen, dass die Beschäftigten gesund bleiben in ihrer Arbeit, dass sie Energie und Lebensfreude für Freizeit, Freunde und Familie bewahren und ihre Arbeitsfähigkeit bis zur Rente erhalten können.

**Ellen Paschke**

Mitglied des ver.di Bundesvorstands

Leiterin des Fachbereichs Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung ..... 7

Teil I: Der Krankenhaussektor in Zahlen ..... 7

    I.1 Krankenhausfinanzierung ..... 7

    I.2 Strukturelle Merkmale der Krankenhausbranche ..... 11

    I.3 Beschäftigung und Arbeit im Krankenhaussektor ..... 13

        I.3.1 Beschäftigtenstruktur ..... 13

        I.3.2 Arbeitsvolumen ..... 15

        I.3.3 Einkommen ..... 18

        I.3.4 Arbeitszeiten ..... 18

    I.4 Zusammenfassung ..... 22

Teil II: Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern ..... 23

    II.1 Gesamtschau ..... 24

    II.2 Auswertung nach Berufsgruppen ..... 30

        II.2.1 Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst ..... 31

        II.2.2 Arbeitsbedingungen im Pflegedienst ..... 33

        II.2.3 Arbeitsbedingungen im Funktionsdienst ..... 38

        II.2.4 Arbeitsbedingungen im medizinisch-technischen Dienst ..... 40

        II.2.5 Arbeitsbedingungen im Verwaltungsdienst ..... 41

        II.2.6 Arbeitsbedingungen im Wirtschafts- und Versorgungsdienst ..... 43

    II.3 Weitere Befunde ..... 45

        II.3.1 Hinweise auf die Arbeitszufriedenheit in der Branche ..... 46

        II.3.2 Präsentismus ..... 49

        II.3.3 Arbeitsfähigkeit bis zum Ruhestand ..... 51

Teil III: Zusammenfassung ..... 53

    Literatur ..... 56

    Anhang ..... 60

        Anlage A Zusammensetzung der Berufsgruppen nach StBA ..... 60

        Anlage B Zusammensetzung der Datenbasis DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010 ..... 61

        Anlage C Der Aufbau des DGB-Index Gute Arbeit ..... 62

Vorbemerkung

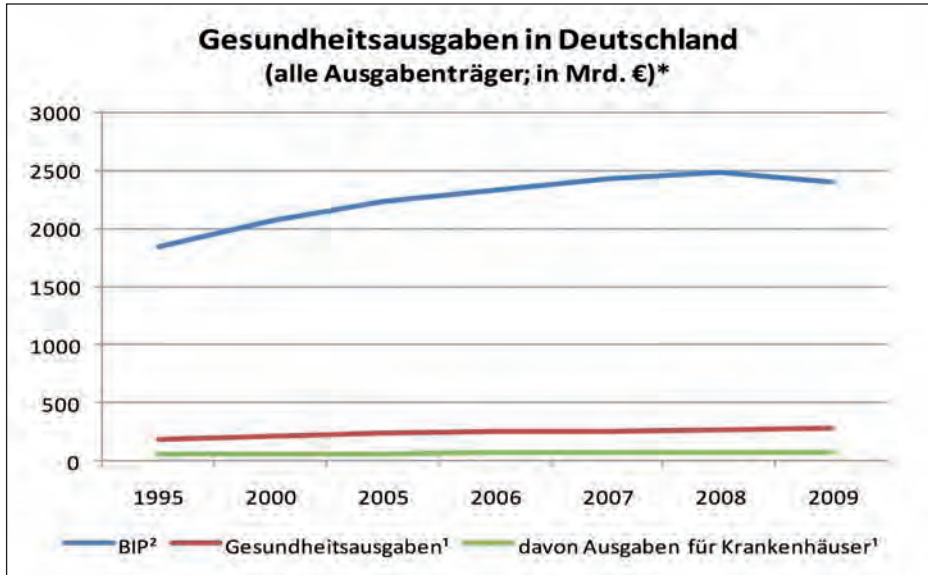
Bereits seit einigen Jahren ist die Krankenhausbranche in einem stetigen Wandel begriffen, der bis heute noch nicht abgeschlossen ist. Der wirtschaftliche Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, steigende Patientenzahlen und der fortschreitende Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung prägen das Gesicht des Sektors und beeinflussen nicht zuletzt auch die Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten. Diese zu beschreiben und zu analysieren, ist Gegenstand der vorliegenden Studie. Der erste Teil beschäftigt sich mit den Entwicklungen des Krankenhaussektors, die anhand des verfügbaren statistischen Materials nachvollzogen werden. Die Ausführungen beschränken sich dabei auf die Aspekte, von denen erwartet wird, dass sie unmittelbaren Einfluss auf die Arbeitssituation der Beschäftigten haben. Anschließend werden im zweiten Teil die Arbeitsbedingungen in der Branche unter Rückgriff auf wissenschaftliche Studien in diesem Themenfeld dargestellt und analysiert. Eine zentrale Quelle bilden dabei die Ergebnisse einer Befragung zur Arbeitssituation Krankenhausbeschäftigter mit Hilfe des DGB-Index Gute Arbeit. Eine Beschreibung des Instruments sowie der Datenbasis findet sich zu Beginn des zweiten Teils.

Teil I: Der Krankenhaussektor in Zahlen

I.1 Krankenhausfinanzierung

In den vergangenen Jahren sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland kontinuierlich gestiegen. 1995 beliefen sie sich auf 187,07 Mrd. Euro, 2009 lagen sie bereits bei 278,35 Mrd. Euro (Statistisches Bundesamt 2011a). Dies entspricht einer Steigerung von 49 % innerhalb von 14 Jahren. Die Ausgaben für Krankenhäuser erhöhten sich im selben Zeitraum um 40% von 50,81 Mrd. Euro auf knapp 71 Mrd. Euro (ebd.).

Abb. 1.1 Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland



\* Berücksichtigte Ausgabenträger sind öffentliche Haushalte, gesetzliche und private Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte und private Organisationen.  
¹ Statistisches Bundesamt 2011a: Gesundheit. Ausgaben 1995 bis 2009  
² in Preisen, Quelle: Statistisches Bundesamt (Genesis online)  
Eigene Darstellung

Setzt man die Gesundheitsausgaben in Relation zur Wirtschaftsleistung in Deutschland, so zeigt sich, dass deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 10,12% im Jahr 1995 auf 10,66% im Jahr 2008 leicht gestiegen ist. Im Jahr 2009 erhöhte sich der Gesundheitskostenanteil am BIP jedoch erstmals seit 1995 um knapp einen Prozentpunkt auf 11,61%, was zum einen auf die erneut gestiegenen Ausgaben (+5,2%) von 2008 auf 2009 zurückzuführen ist, zum anderen aber auch mit dem Rückgang der Wirtschaftsleistung in Folge der Konjunkturkrise zusammenhängt. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Ausgaben für Krankenhäuser, deren Anteil am BIP von 1995 bis 2008 von 2,75% sogar leicht auf 2,69% gesunken ist, bevor er in 2009 auf 2,96% zunahm.

Tab. 1.1 Gesundheitsausgaben in Deutschland (alle Ausgabenträger)

| Gesundheitsausgaben in Deutschland (alle Ausgabenträger)* |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                                                           | 1995  | 2000  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  |
| Gesundheitsausgaben gemessen am BIP (in %)                | 10,12 | 10,32 | 10,73 | 10,58 | 10,45 | 10,66 | 11,61 |
| Ausgaben für Krankenhäuser gemessen am BIP (in %)         | 2,75  | 2,72  | 2,76  | 2,74  | 2,65  | 2,69  | 2,96  |

\* berücksichtigte Ausgabenträger sind öffentliche Haushalte, gesetzliche und private Krankenversicherung, soziale Pflegeversicherung, gesetzliche Unfall- und Rentenversicherung, Arbeitgeber, private Haushalte und private Organisationen.  
Quellen: Statistisches Bundesamt 2011a: Gesundheit. Ausgaben 1995 bis 2009; Statistisches Bundesamt (GENESIS online), eigene Berechnungen und Darstellung

Die Finanzierung der rund 278 Mrd. Euro hohen Ausgaben für die Krankenversorgung in Deutschland ist eine große Herausforderung für die Sozialversicherungssysteme. Seit den frühen 1970er Jahren werden die Krankenhäuser über ein duales System finanziert: die laufenden Ausgaben decken weitgehend die Krankenkassen, Investitionskosten übernehmen die Bundesländer (Böhlke / Schulten 2008).

Dabei tragen die gesetzlichen Krankenkassen rund 82% der Ausgaben für Krankenhäuser, die stationäre Krankenversorgung machte im Jahr 2009 35% ihrer Ausgaben aus, ein Anteil der seit 1995 nahezu unverändert geblieben ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Rund 10% ihrer Kosten können die Krankenhäuser durch Erstattungen der Privaten Krankenversicherung decken. Die Entwicklung der Anteile aller Kostenträger an den Gesamtausgaben für Krankenhäuser seit 1995 ist folgender Tabelle zu entnehmen.

Tab. 1.2 Anteile der Kostenträger an den Gesamtausgaben für Krankenhäuser in Deutschland

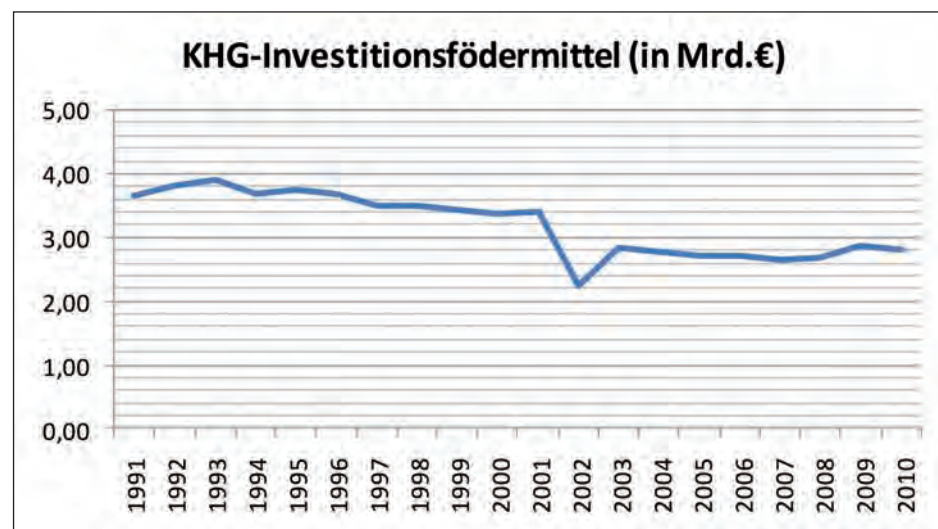
| Anteile der Kostenträger an Gesamtausgaben für Krankenhäuser in Deutschland (in %) |       |       |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                                                                                    | 1995  | 2000  | 2005  | 2009  |
| Öffentlicher Haushalt                                                              | 0,99  | 1,16  | 0,87  | 0,51  |
| Gesetzliche Krankenversicherung                                                    | 82,52 | 81,99 | 81,88 | 82,48 |
| Gesetzliche Unfallversicherung                                                     | 1,58  | 1,47  | 1,33  | 1,3   |
| Private Krankenversicherung                                                        | 9,73  | 9,83  | 10,12 | 10,27 |
| Arbeitgeber                                                                        | 3,61  | 3,62  | 3,57  | 3,55  |
| Private Haushalte / Private Organisationen ohne Erwerbszweck                       | 1,57  | 1,93  | 2,23  | 1,9   |
| Gesamt                                                                             | 100   | 100   | 100   | 100   |

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Um die Krankenversicherungsbeiträge angesichts steigender Gesundheitskosten stabil zu halten, wurde bereits 1993 durch das Bundesministerium für Gesundheit eine Deckelung der Krankenhausbudgets eingeführt (vgl. etwa Böhlke / Schulten 2008), die die jährlichen Budgeterhöhungen für Krankenhäuser an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen bindet. Die Deckelung war eigentlich als Sofortmaßnahme gegen überproportionale Steigerungen der Krankenhauskosten vorgesehen und sollte ursprünglich 1995 enden (Simon 2008a). Sie wurde jedoch niemals aufgehoben und in modifizierter Form bis heute beibehalten.

Ab 2003 erfolgte ein tief greifender Systemwechsel in der Finanzierung des Krankenhausbetriebes. Für die Zahlung von Tagessätzen in Abhängigkeit von der stationären Verweildauer der Patientinnen und Patienten wurden Fallpauschalen eingeführt, die eine pauschale Vergütung in Abhängigkeit von Diagnose und Therapie vorsehen (Diagnosis-Related-Groups, kurz: DRGs). Ziel war es, die Qualität, die Transparenz und die Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung zu verbessern (Fürstenberg et al. 2011). Simon (2008b) zufolge führte die Einführung des DRG-Systems zu einer Umverteilung der Mittel im Krankenhausbereich mit der Folge, dass es unter den Krankenhäusern „Gewinner“ und „Verlierer“ gibt. Die Einrichtungen, deren Fallkosten über dem Landesdurchschnitt liegen, müssen teils erhebliche Budgeteinbußen hinnehmen. Damit wird letztlich dem „Markt“ überlassen, welche Häuser überleben und welche geschlossen werden, und das dürften mitnichten immer die Kliniken sein, die nicht gebraucht werden. Es spricht manches dafür, dass vor allem kleine Krankenhäuser, die ausschließlich Leistungen der Grundversorgung vorhalten, eher zu den „Verlierern“ gehören. Werden diese geschlossen bzw. sehen diese sich gezwungen, „unrentable“ Abteilungen abzustoßen, hat dies einen weitreichenden Einfluss auf die Versorgungslandschaft – die Wege werden länger, nicht nur für den Rettungsdienst, auch für die Erkrankten selbst sowie für deren Angehörige. Die Finanzsituation der Krankenhäuser wird zudem durch fehlende Investitionsmittel weiter verschärft. Seit 1993 zieht sich die Mehrheit der Bundesländer kontinuierlich aus der Investitionsfinanzierung zurück: Betragen die Investitionsfördermittel im Jahr 1991 insgesamt 3,64 Mrd. Euro, sind sie bis 2010 um ca. 830 Mio. Euro auf nunmehr 2,81 Mrd. Euro gesunken (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2011).

**Abb. 1.2** Entwicklung der KHG-Investitionsfördermittel 1991 - 2010



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft 2011, eigene Darstellung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007, S. 45) stellte fest, dass „seit dem Jahr 1991 ... die bereinigten Kosten der Krankenhäuser nominal um rund 52% gestiegen (sind), während die Länder die öffentliche Investitionsförderung nach § 9 KHG um mehr als 25% reduziert haben (Stand: 2006). Offenbar gelingt es der öffentlichen Hand kaum noch, die vorhandene Krankenhausstruktur mit ausreichend Investitionsmitteln zu versorgen.“

Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft beträgt der öffentliche Investitionsstau bei den Krankenhäusern mittlerweile mehr als 50 Mrd. Euro. Allein zwischen 2000 und 2008 nahmen die Krankenhausfördermittel der Länder um ca. 700 Mio. Euro von 3,4 Mrd. Euro auf 2,7 Mrd. Euro ab, das ist ein Rückgang um 21% (Blum et al. 2010).<sup>1</sup> Zwar stellte die Bundesregierung 2009 durch das Konjunkturförderprogramm einmalig 200 Mio. Euro zur Verfügung, aber es kann dennoch bezweifelt werden, dass die öffentlichen Fördermittel den Investitionsbedarf in den Krankenhäusern zu decken vermögen. Ein klares Indiz dafür ist die Tatsache, dass 2009 weniger als die Hälfte der Krankenhausinvestitionen (46%) aus öffentlichen Fördermitteln stammten. Simon (2008a, S. 50) vermutet, dass „Einsparungen bei den Personalkosten auch vorgenommen werden, um längst überfällige Investitionen finanzieren zu können.“

## I.2 Strukturelle Merkmale der Krankenhausbranche

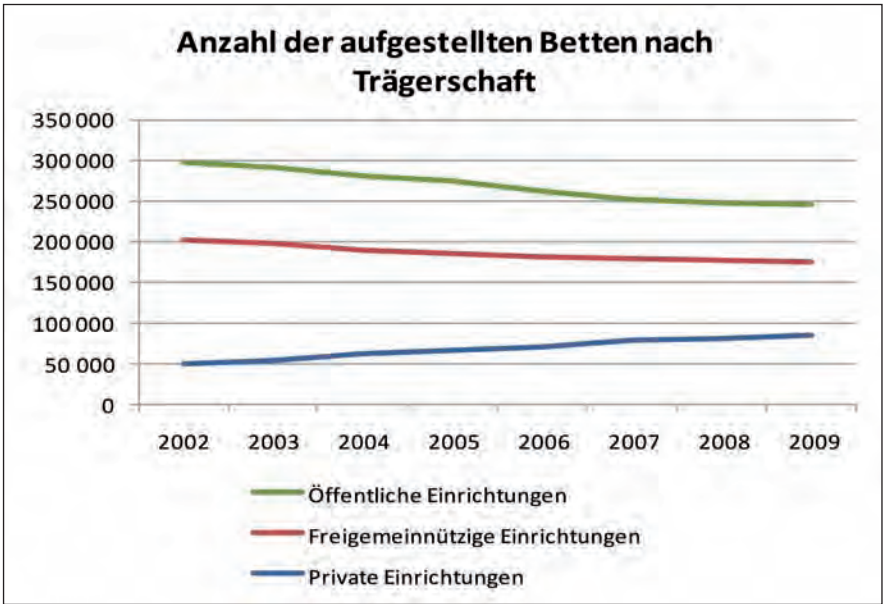
Mit der Zahl der Krankenhäuser nahm auch die Anzahl der Betten in den vergangenen Jahren kontinuierlich ab: Während 1994 2.337 Krankenhäuser 618.176 Betten zur Verfügung stellten, waren es 2009 2.084 Krankenhäuser mit insgesamt 503.341 Betten.<sup>2</sup> Interessant erscheint in diesem Zusammenhang der Blick auf die Entwicklung der Anzahl der Betten nach Trägerschaft, der einen Trend hin zur Privatisierung der Krankenhausversorgung erkennen lässt.

Lag der Anteil der Betten in öffentlichen Einrichtungen 2002 noch bei 54%, so nahm er bis 2009 um acht Prozentpunkte auf nunmehr 46% ab. Private Einrichtungen konnten hingegen ihren Anteil von 9% im Jahr 2002 auf 18% in 2009 verdoppeln. Seit 2007 ist eine deutliche Verlangsamung der Entwicklung erkennbar, die darauf hinweisen könnte, dass sich die Branche inzwischen konsolidiert hat.

<sup>1</sup> Die folgenden Daten sind dem Krankenhaus Barometer 2010 des Deutschen Krankenhaus Instituts entnommen (Blum et al. 2010).

<sup>2</sup> Wenn nicht anders gekennzeichnet, gehen die folgenden Angaben auf Daten des Statistischen Bundesamtes (2011b) zurück.

Abb. 1.3 Anzahl der aufgestellten Betten nach Trägerschaft



Quelle: Statistisches Bundesamt 2011b, eigene Darstellung

Trotz des Rückgangs der Anzahl der Krankenhäuser und Betten in den vergangenen Jahren stieg die Anzahl der Fälle zwischen 1994 und 2009 von 15,4 Mio. auf 17,8 Mio. um 13%, wobei die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus von durchschnittlich 12 Tagen im Jahr 1994 auf 8 Tage im Jahr 2009 um 33% sank (Statistisches Bundesamt 2011c).

Tab. 1.3 Ausgewählte strukturelle Merkmale der Krankenhausbranche

| Ausgewählte strukturelle Merkmale der Krankenhausbranche |                      |                      |                                  |                            |                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|
|                                                          | Häuser <sup>1)</sup> | Betten <sup>1)</sup> | Fälle <sup>2)</sup><br>(in Tsd.) | Verweildauer <sup>2)</sup> | Vollkräfte <sup>1)</sup> |
| 1994                                                     | 2337                 | 618176               | ~15498                           | 12,0                       | 880150                   |
| 2009                                                     | 2084                 | 503341               | ~17817                           | 8,0                        | 807874                   |
| Veränderung                                              | -10,8%               | -18,6%               | +13,0%                           | -33,3%                     | -8,2%                    |

<sup>1)</sup> Statistisches Bundesamt 2011b  
<sup>2)</sup> Statistisches Bundesamt 2011c  
Eigene Berechnungen und Darstellung

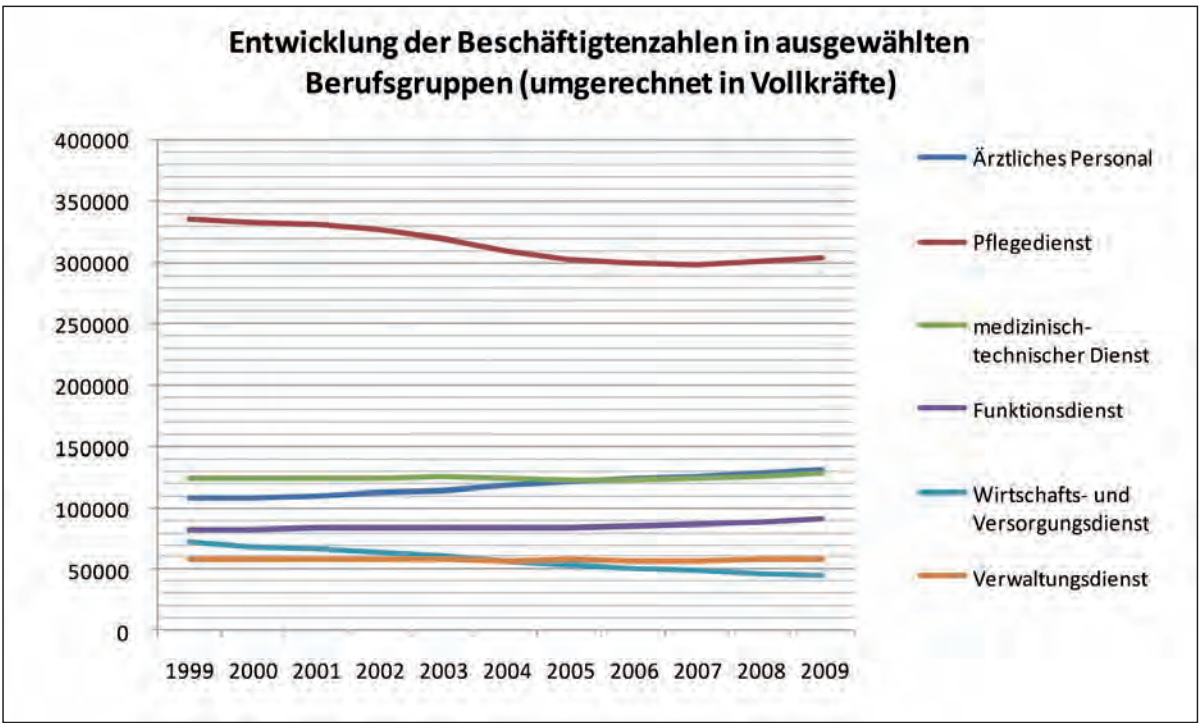
I. 3 Beschäftigung und Arbeit im Krankenhaussektor

I.3.1 Beschäftigtenstruktur

Die steigenden Fallzahlen führten jedoch nicht zu einer Erhöhung des Krankenhauspersonals. Im Gegenteil sank die Anzahl der Vollkräfte von 880.150 im Jahr 1994 auf 807.874 im Jahr 2009 um 8,2% (vgl. Tabelle 1.3). Simon (2008a) sieht in den Maßnahmen zur Reduktion der Personalkosten eine häufig verfolgte Strategie zur Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens, schließlich machen Personalkosten zwei Drittel der Krankenhauskosten aus. Dabei setzen die Krankenhäuser sowohl auf der Mengen- als auch auf der Preisebene an, beispielsweise in Form von Auslagerungen bestimmter Bereiche, durch den Abschluss von Haustarifverträgen, die Umwandlung unbefristeter in befristete Arbeitsverhältnisse, den schrittweisen Abbau von Stellen, indem freie Stellen dauerhaft nicht wiederbesetzt werden (ebd.).

Die Berufsgruppen waren jedoch in unterschiedlichem Maß vom Personalabbau der vergangenen Jahre betroffen (vgl. Abbildung 1.4).

Abb. 1.4 Entwicklung der Beschäftigtenzahlen in ausgewählten Berufsgruppen (Vollkräfte)



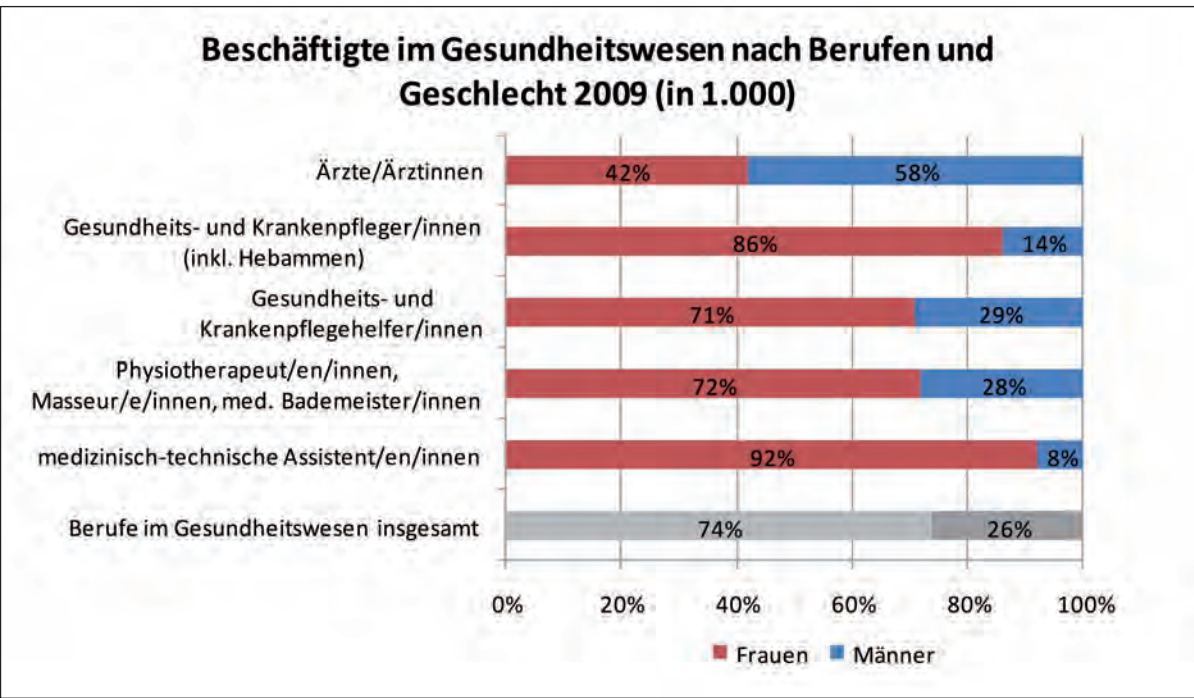
Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (Jahrgänge 1999 bis 2009), eigene Darstellung

Im Bereich des Pflegediensts wurden zwischen 1999 und 2009 mit einer Reduktion der Vollkräfte um rund 31.000 absolut gesehen die meisten Arbeitsplätze abgebaut (-9%).

Relativ betrachtet waren die Veränderungen im Wirtschafts- und Versorgungsdienst noch größer, der Personalbestand wurde in diesem Bereich um rund 38% von 71.539 auf nunmehr 44.286 Vollkräfte reduziert. Dagegen erfolgte im ärztlichen Dienst eine Aufstockung des Personals um rund 22% von ehemals 107.900 im Jahr 1999 auf 131.227 Vollkräfte im Jahr 2009. Ein Zuwachs an Personal ist ebenfalls im Funktionsdienst (+11%) sowie im medizinisch-technischen Dienst (+4%) zu verzeichnen. Im Verwaltungsdienst blieb die Anzahl der Vollkräfte dagegen konstant.

Eine Besonderheit des Gesundheitswesens ist die vergleichsweise hohe Frauenquote. Während in Deutschland 2009 insgesamt 47% der abhängig Beschäftigten weiblich waren (Statistisches Bundesamt 2011d), lag der Frauenanteil im Gesundheitswesen bei 74%, im Krankenhaussektor bei 75% (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011). Allerdings zeichnen sich starke Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ab. Überdurchschnittlich hoch war der Anteil der Frauen unter den medizinisch-technischen Assistent/en/innen (92%) und unter den Gesundheits- und Krankenpfleger/innen (86%). Der ärztliche Bereich wies dagegen mit 42% den vergleichsweise geringsten Anteil weiblicher Beschäftigter auf (ebd.).

Abb. 1.5 Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen und Geschlecht (2009)

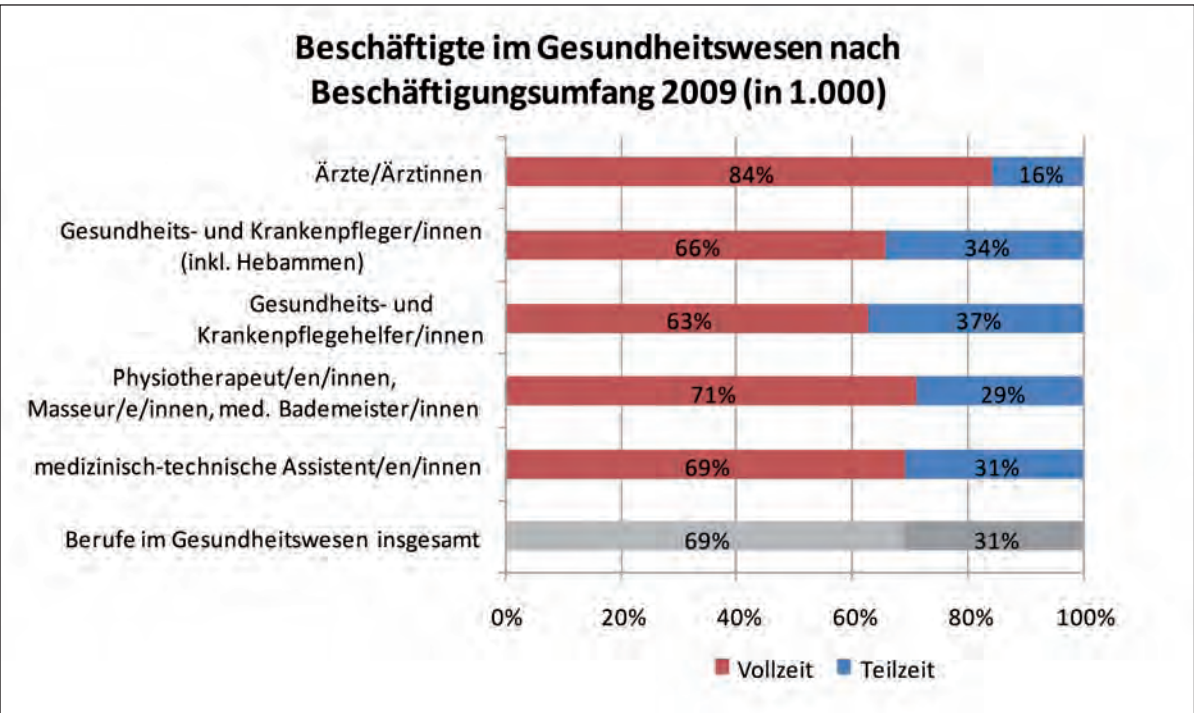


Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

Typisch für das Gesundheitswesen ist des weiteren die relativ hohe Teilzeitquote, die 2009 bei 31% lag (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Bei genauer Betrachtung ist dieser Wert im Wesentlichen auf die hohe Teilzeitquote unter den Frauen zurückzuführen.

Mehr als jede dritte Frau, die im Gesundheitswesen tätig ist, arbeitet in Teilzeit (38%), hingegen ist es bei den Männern nur gut jeder Zehnte (11%) (ebd.). Die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen erweisen sich im Zusammenhang mit dem Beschäftigungsumfang als weniger gravierend. Der Anteil Teilzeitbeschäftigter liegt meist zwischen 29% und 37%, einzige Ausnahme bilden die Ärztinnen und Ärzte, denn hier sind über 80% der abhängig Beschäftigten in Vollzeit angestellt (ebd.).

Abb. 1.6 Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Beschäftigungsumfang (2009)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Darstellung

I.3.2 Arbeitsvolumen

Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser führte, wie in Abschnitt I.3.1 aufgezeigt, zu einer Reduktion des Personalbestands zwischen 1994 und 2009 um rund 8% (Statistisches Bundesamt 2011b, eigene Berechnung). Gleichzeitig jedoch erhöhte sich in diesem Zeitraum der „Patientendurchlauf“ kontinuierlich, weil die Fallzahlen angestiegen und die durchschnittliche Verweildauer deutlich gesunken sind (Statistisches Bundesamt 2011c). Demnach müssen mit weniger Personal mehr Fälle betreut werden: Versorgte 1994 eine Vollkraft durchschnittlich knapp 18 Patientinnen und Patienten, kamen 2009 22 Fälle auf eine Vollkraft.

Tab. 1.4 Entwicklung der Personalbelastungszahl: 1994 und 2009

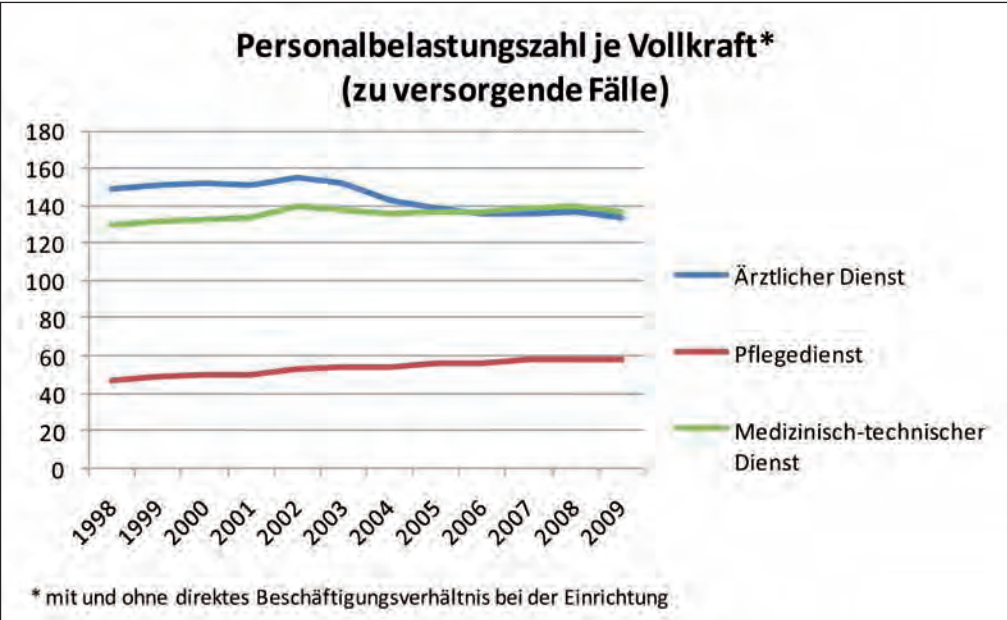
| Entwicklung der Personalbelastungszahl |                                   |                          |                     |
|----------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|
|                                        | Fälle <sup>1)</sup><br>(in 1.000) | Vollkräfte <sup>2)</sup> | Fälle/<br>Vollkraft |
| 1994                                   | ~15498                            | 880150                   | 17,6                |
| 2009                                   | ~17817                            | 807874                   | 22,1                |
| Veränderung                            | +13,0%                            | -8,2%                    | +25,6%              |

<sup>1)</sup> Statistisches Bundesamt 2011c  
<sup>2)</sup> Statistisches Bundesamt 2011b  
Eigene Berechnungen und Darstellung

2009 musste demnach jede/r Beschäftigte fast 26% mehr Patientinnen und Patienten versorgen als 1994. Doch es sind nicht nur mehr Fälle, die inzwischen durch die Beschäftigten betreut werden müssen, in den vergangenen Jahren stieg überdies auch die Anzahl der multimorbiden und pflegeintensiven Personen, so dass sich das tatsächliche Arbeitsaufkommen nur unzureichend über diese Zahl abbilden lässt.

Allerdings waren nicht alle Berufsgruppen in der gleichen Weise von diesen Veränderungen betroffen. Die unterschiedlichen Entwicklungen der Beschäftigtenzahlen in den Berufsgruppen führen natürlich auch dazu, dass sich die Personalbelastungszahlen<sup>3</sup> über die vergangenen Jahre ebenfalls entsprechend gewandelt haben (vgl. Abbildung 1.7).

Abb. 1.7 Personalbelastungszahl je Vollkraft (zu versorgende Fälle)

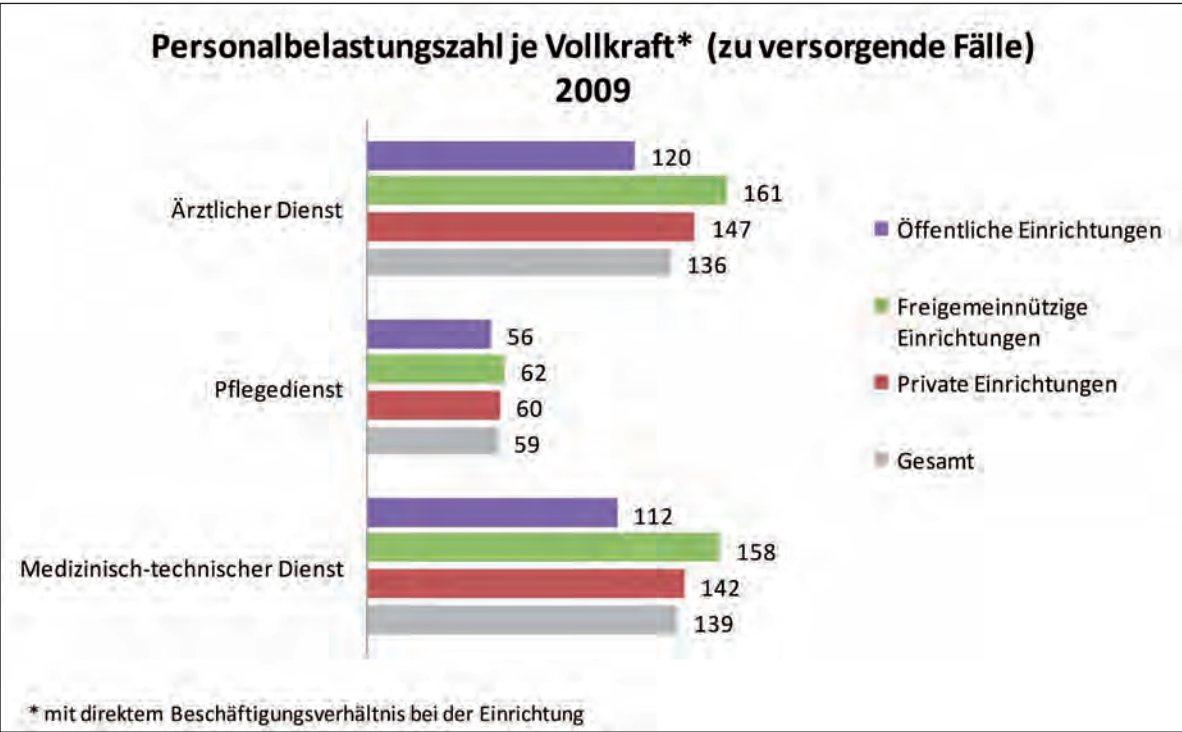


Quelle: Statistisches Bundesamt Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Ausgaben 1998 bis 2009, eigene Darstellung

<sup>3</sup> Die Personalbelastungszahlen, die vom Statistischen Bundesamt jährlich im Rahmen der Veröffentlichungsreihe „Grunddaten der Krankenhäuser“ Fachserie 12 Reihe 6.1.1 herausgegeben werden, beziehen sich auf das vollstationäre Leistungsgeschehen, ambulante und teilstationäre Leistungen finden bei der Berechnung keine Berücksichtigung. Zur Berechnung werden die zu betreuenden Fälle durch die Anzahl der Vollkräfte dividiert. So ergibt sich die Anzahl der Fälle, die eine Vollkraft durchschnittlich im Berichtsjahr zu betreuen hatte.

So ist die Anzahl der zu versorgenden Fälle durch den ärztlichen Dienst deutlich gesunken (von 149 in 1998 auf 134 in 2009), während sie im Pflegedienst stark zugenommen hat (von 47 in 1998 auf 58 in 2009). Im medizinisch-technischen Dienst erhöhte sich die Personalbelastungszahl von 129 Fällen im Jahr 1998 auf 137 Fälle in 2009. Interessante Unterschiede in den Personalbelastungszahlen ergeben sich zudem bei einer Differenzierung nach Trägerschaft der Einrichtungen. Demnach erweisen sich im Jahr 2009 die Personalbelastungszahlen in allen betrachteten Berufsgruppen in freigemeinnützigen Einrichtungen<sup>4</sup> als relativ am Höchsten (vgl. Abbildung 1.8). In öffentlichen Einrichtungen dagegen haben die Vollkräfte im Durchschnitt deutlich weniger Fälle zu betreuen, auch im Vergleich zu Beschäftigten in Häusern in privater Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2011b). Allerdings bleibt anzumerken, dass die Personalbelastungszahlen nicht in allen öffentlichen Einrichtungen gleich hoch sind. Nicht selten reichen die Zahlen öffentlicher Krankenhäuser in privatrechtlicher Form an den Durchschnitt der privat geführten Häuser heran. Die dennoch im Vergleich öffentlicher Einrichtungen mit Häusern in anderer Trägerschaft niedrigeren Belastungszahlen sind vor allem auf die öffentlichen Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Form zurückzuführen (Statistisches Bundesamt Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Ausgaben 1998 bis 2009).

Abb. 1.8 Personalbelastungszahl je Vollkraft nach Trägerschaft (2009)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2011b, eigene Darstellung

<sup>4</sup> Nach der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts sind freigemeinnützige Träger „Träger der freien Wohlfahrtspflege (einschließlich der Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts). Dies sind: Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland sowie die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

### I.3.3 Einkommen

In den vergangenen Jahren hat sich die Tariflandschaft der Krankenhausbranche stark ausdifferenziert. Der finanzielle Druck auf die Kliniken führte unter anderem in vielen Krankenhäusern zu Bemühungen um Kostensenkungen im personellen Bereich. Auf betrieblicher Ebene äußerten sich diese häufig in Auslagerungen nicht-medizinischer Aufgaben wie der Essensversorgung oder der Reinigung mit dem Ziel der Tarifaabsenkung der dort Beschäftigten, oder aber die Bereiche wurden gänzlich in Tochtergesellschaften ohne Tarifbindung ausgegliedert. Für die betroffenen Beschäftigten bedeutet das nicht selten hohe Einkommenseinbußen durch den Wegfall von Urlaubs- und Weihnachtsgeld und ein insgesamt niedrigeres Gehaltsniveau. So existieren neben dem TVöD (Tarifvertrag öffentlicher Dienst) in der Krankenhausbranche Dienstvereinbarungen und Haustarifverträge bzw. es gelten für manche Berufsgruppen Tarifverträge anderer Wirtschaftszweige wie beispielsweise die der Leiharbeitsbranche. Gleichzeitig treten in Konkurrenz zu ver.di verstärkt Gewerkschaften auf, die mit den Arbeitgebern zum TVöD abweichende Tarifregelungen vereinbaren wie beispielsweise der dem Christlichen Gewerkschaftsbund angehörende Deutsche Handels- und Industrieangestellten-Verband (DHSV) oder der Marburger Bund für den ärztlichen Bereich.

Die Folge dieser Entwicklung ist, dass der Wirkungsbereich des TVöD immer weiter erodiert und einer Vielfalt an Regelungen Platz macht, die das Treffen zuverlässiger Aussagen zur Einkommenssituation im Krankenhausbereich stark erschweren.

### I.3.4 Arbeitszeiten

Die Zerklüftung der Tariflandschaft führt natürlich auch dazu, dass es schwierig ist, die durchschnittliche vertraglich festgelegte Arbeitszeit im Krankenhausbereich festzustellen. Nicht nur von Haus zu Haus, sondern auch zwischen den Berufsgruppen können diese stark variieren. Der folgende Abschnitt beschränkt sich daher auf die Darstellung des Arbeitszeitgesetzes (ArbZG), das in der Regel die Grundlage der Arbeitszeitvereinbarungen bildet.<sup>5</sup>

Die werktägliche Arbeitszeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darf nach dem Arbeitszeitgesetz acht Stunden nicht überschreiten. Eine Verlängerung auf zehn Stunden ist dann möglich, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden nicht überschritten werden (§ 3 ArbZG). Davon abweichend erlauben Sonderregelungen eine werktägliche Arbeitszeit von über zehn Stunden, „wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt“ und ein Ausgleichszeitraum in einem Tarifvertrag, einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung festgelegt wird (§ 7 Abs. 1 Nr. 1 ArbZG).

<sup>5</sup> Vom ArbZG ausgenommen sind nach § 18 beispielsweise „leitende Angestellte im Sinne des § 5 Abs. 3 des Betriebsverfassungsgesetzes sowie Chefarzte“ (§ 18 Abs. 1 Nr. 1), „Leiter öffentlicher Dienststellen und deren Vertreter“ ebenso wie „Arbeitnehmer im öffentlichen Dienst, die zu selbständigen Entscheidungen in Personalangelegenheiten befugt sind“ (§ 18 Abs. 1 Nr. 2).

§ 7 Abs. 2a ArbZG ermöglicht zudem eine Verlängerung der werktäglichen Arbeitszeit über acht Stunden auch ohne Ausgleich, wenn regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst geleistet wird.

Ähnliche Regelungen gelten bei Nacht- und Schichtarbeit. Auch hier sind acht Stunden als Höchstgrenze für werktägliche Arbeit festgelegt. Die Arbeitszeit kann dann auf zehn Stunden verlängert werden, wenn innerhalb eines Kalendermonats oder innerhalb von vier Wochen eine durchschnittliche Arbeitszeit von acht Stunden nicht überschritten wird (§ 6 Abs. 2 ArbZG). Auch im Rahmen von Nacht- und Schichtarbeit sind Sonderregelungen aufgrund eines Tarifvertrags, einer Betriebs- oder Dienstvereinbarung möglich und erlauben die Ausweitung der werktäglichen Nacht- und Schichtarbeit auf über zehn Stunden, „wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst fällt“ (§ 7 Abs. 1 Nr. 4 ArbZG).

Das Arbeitszeitgesetz legt eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden fest (§ 5 Abs. 1 ArbZG). Diese kann in bestimmten Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen auf zehn Stunden verkürzt werden, wenn innerhalb eines Kalendermonats oder innerhalb von vier Wochen für einen Ausgleich gesorgt wird (§ 5 Abs. 2 ArbZG).

Die Arbeitszeitgestaltung wird in Krankenhäusern vor allem dann zum Problem, wenn der Freizeitausgleich für überlange wöchentliche Arbeitszeiten erst nach einigen Wochen erfolgt und eine körperliche Erholung folglich nur stark zeitlich verzögert stattfinden kann, während die Beschäftigten in der Zwischenzeit häufig zusätzlich noch durch Nacht- und Schichtarbeit belastet werden. Der Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und langen Arbeitszeiten ist wissenschaftlich nachgewiesen: Häufige Symptome sind Schlafstörungen, Rückenschmerzen und Herzbeschwerden (Wirtz et al. 2008), die mit steigender wöchentlicher Arbeitszeit zunehmen. Schichtarbeit verstärkt noch die negativen Effekte langer Arbeitszeiten (ebd.).

### **Arbeitszeit in der Praxis**

#### *Arbeitszeitumfang*

Die Beschäftigung mit den Arbeitszeitregelungen Vollzeitbeschäftigter darf nicht darüber hinweg täuschen, dass gerade in Branchen mit großen Frauenanteilen die Teilzeitquoten vergleichsweise hoch sind – schließlich arbeitet inzwischen jede zweite erwerbstätige Frau in Teilzeit (Wanger 2011).

Die Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 ergab für den Krankenhaussektor eine Frauenquote von 73%.<sup>6</sup> Doch während 84% der männlichen Krankenhausbeschäftigten in Vollzeit arbeiteten, waren bei den Frauen nur 55% vollzeitbeschäftigt.

<sup>6</sup> Für die erweiterte Stichprobe „Krankenhäuser“ wurden Daten zweier Befragungswellen kumuliert. Zunächst besteht der Datensatz aus Daten befragter Arbeitnehmer/innen, die bei der DGB-Index-Gute-Arbeit-Befragung im Frühjahr 2010 im Krankenhaussektor tätig waren. 2010 wurde neben der regulären Stichprobe im Rahmen der DGB-Index-Gute-Arbeit-Befragung über alle Branchen hinweg auch eine erweiterte Stichprobe gezogen, die ausschließlich Beschäftigte im Krankenhaussektor umfasste. Aufgrund geringer Fallzahlen wurden schließlich die Daten aus 2010 um Daten von Beschäftigten des Krankenhaussektors ergänzt, die bei der Index-Befragung im Frühjahr 2009 erhoben wurden. Insgesamt liegt den folgenden Analysen eine Datenbasis von 395 Beschäftigten aus dem Krankenhaussektor zugrunde. Anlage B beinhaltet eine tabellarische Darstellung der Datengrundlage.

**Tab. 1.5** Arbeitszeitumfang in der Krankenhausbranche Arbeitszeitumfang in der Krankenhausbranche

| Arbeitszeitumfang in der Krankenhausbranche |                                     |                                               |                                        |        |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|--------|
|                                             | Vollzeit<br>(38h/Woche<br>und mehr) | Lange Teilzeit<br>(30 bis unter<br>38h/Woche) | Teilzeit<br>(weniger als<br>30h/Woche) | Gesamt |
| Männer                                      | 84%                                 | 9%                                            | 7%                                     | 27%    |
| Frauen                                      | 55%                                 | 16%                                           | 29%                                    | 73%    |
| Gesamt                                      | 63%                                 | 14%                                           | 23%                                    | 100%   |

Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Weniger als die Hälfte der befragten Teilzeitbeschäftigten im Krankenhausbereich sind mit ihrem momentanen Arbeitszeitumfang zufrieden (44%), 50% der Teilzeitbeschäftigten würden gerne mehr arbeiten, wenn sie die Wahl hätten. Unter den Beschäftigten in langer Teilzeit stellt sich die Situation etwas anders dar. Hier zeigen sich gut 46% der befragten Beschäftigten im Krankenhaussektor zufrieden, während ein Viertel der Befragten ihren Arbeitszeitumfang gerne erhöhen würde.

Diese Ergebnisse entsprechen in weiten Teilen den Befunden einer Studie, die sich mit den Beschäftigungswünschen von teilzeitarbeitenden Frauen auseinandersetzt (Wanger 2011).<sup>7</sup> Demnach würde die Hälfte der Frauen in Teilzeit ihren Arbeitszeitumfang gerne ausweiten, regulär teilzeitbeschäftigte<sup>8</sup> Frauen durchschnittlich um vier Wochenstunden, geringfügig beschäftigte Frauen<sup>9</sup> um neun Stunden (ebd.). Die Gründe, weshalb die betroffenen Frauen ihre Wünsche in ihrer derzeitigen Situation nicht realisieren können, sind sowohl privater als auch betrieblicher Art.

Die Unternehmen schätzen die Teilzeitarbeit aufgrund ihres Flexibilisierungs- und Produktivitätspotenzials, für die Beschäftigten können größere individuelle Freiräume ausschlaggebend sein, die sich im Privatleben zum Beispiel für die Betreuung der Kinder oder pflegebedürftiger Familienangehöriger nutzen lassen.

Noch immer sind es fast ausschließlich Frauen, die ihre Erwerbsarbeit aufgrund familiärer Verpflichtungen unterbrechen bzw. im Umfang reduzieren - das nicht selten auf Dauer (ebd.) und auch nicht immer „freiwillig“.

Teilzeitarbeit wird in wissenschaftlichen Fachkreisen nicht nur hinsichtlich möglicher „ungenutzter Potenziale“ für den sich durch die demografische Entwicklung ausdünnenden Arbeitsmarkt diskutiert (Wanger 2011), sondern auch im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen im Arbeitsumfang reduzierten Arbeitsverhältnissen und potenzieller Prekaritätsrisiken, die sich in einem geringeren Einkommen, einer schlechteren sozialen Sicherung und in Benachteiligungen bei Qualifizierungsprozessen niederschlagen können (Keller / Seifert 2006).

<sup>7</sup> Unter „teilzeitarbeitend“ sind hier die Beschäftigten gefasst, die weniger als ein Vollzeitbeschäftigter arbeiten, d.h. wird eine Dreiteilung wie in Tabelle 1.5 beschrieben, zugrunde gelegt, fallen unter „Teilzeit“ auch diejenigen, die in langer Teilzeit arbeiten.

<sup>8</sup> Darunter fallen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und Beamte in Teilzeit.

<sup>9</sup> Hierunter werden Frauen gefasst, deren Einkommen 400 Euro nicht überschreitet, oder die Ein-Euro-Jobs haben.

Neben den Bemühungen, das Berufs- und das Privatleben besser zu vereinen, zielt die Reduktion der Arbeitszeit im Krankenhausbereich durch die Beschäftigten nicht selten auch auf den Erhalt der eigenen Gesundheit ab. Unsere Begleitstudien<sup>10</sup> zur Arbeitssituation in Krankenhäusern haben ergeben, dass vor allem Beschäftigte im Pflegedienst häufig den Arbeitsumfang verringern, um die mit der Tätigkeit einhergehende Arbeitsbelastung zu reduzieren. Diese Einschätzung wird durch Ergebnisse des Pflegethermometers 2009 bestätigt. Demnach gibt mehr als ein Viertel der befragten Pflegekräfte (28,1%) an, eine Reduzierung des Stellenanteils aufgrund von Überforderung anzustreben (Isfort / Weidner 2010).

*Häufigkeit von Sonderformen der Arbeit*

Anhand der Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 zur Qualität der Arbeitsbedingungen im Krankenhaussektor lässt sich die Verbreitung von Sonderformen der Arbeit sehr gut nachvollziehen. Demnach arbeitet über die Hälfte der Krankenhausbeschäftigten häufig am Wochenende, knapp 40% der Befragten leisten häufig Nacht- bzw. Abendarbeit (vgl. Tabelle 1.6).

Selbstverständlich ist der Krankenhausbetrieb auf die permanente Anwesenheit des „weißen Bereichs“ (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsdienst) angewiesen, um die Patientenversorgung rund um die Uhr aufrecht erhalten zu können. Folglich sind die Vertreterinnen und Vertreter dieser Berufsgruppen angehalten, überdurchschnittlich häufig am Wochenende bzw. abends und nachts zu arbeiten, und damit auch stärker dem Risiko gesundheitlicher und sozialer Beeinträchtigungen ausgesetzt. Beschwerden im Zusammenhang mit Nachtarbeit können Schlafstörungen, Beschwerden des Magen-Darm-Trakts, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen sein (Beermann 2008). Potenzielle soziale Beeinträchtigungen kommen noch hinzu. Sie entstehen dadurch, dass sich die gesellschaftlichen und sozialen Tätigkeiten in der Regel auf die Abendstunden und das Wochenende konzentrieren, Schichtarbeiter/innen zu diesen Zeiten aber häufig arbeiten müssen, und es in der Folge schwierig wird, den familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Anforderungen gleichermaßen gerecht zu werden (ebd.).

<sup>10</sup> Die Auswertung der Branchendaten wurde unter anderem durch Gespräche mit Beschäftigten, Betriebsräten, Personalvertreter/innen und Vertreter/innen der Krankenhausleitung begleitet.

Tab. 1.6 Sonderformen der Arbeit

| Verbreitung von Sonderformen der Arbeit im Krankenhaussektor (in %) |        |                                |                        |
|---------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------|------------------------|
|                                                                     | Gesamt | Weißer Bereich<br>(ÄD, PD, FD) | MTD/ Verwaltungsdienst |
| <b>Wochenendarbeit</b>                                              |        |                                |                        |
| nie/selten Sa und So                                                | 37,1   | 18,7                           | 71,4                   |
| oft/immer Sa und So                                                 | 59,7   | 79,6                           | 23,1                   |
| oft/immer Sa oder So                                                | 3,2    | 1,7                            | 5,5                    |
| Summe                                                               | 100    | 100                            | 100                    |
| <b>Nacht- (NA) und Abendarbeit (AA)</b>                             |        |                                |                        |
| nie/selten NA und AA                                                | 41,9   | 19,2                           | 78,4                   |
| oft/immer NA und AA                                                 | 39,8   | 59,4                           | 9,1                    |
| oft/immer NA oder AA                                                | 18,3   | 21,4                           | 12,5                   |
| Summe                                                               | 100    | 100                            | 100                    |

Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

*Tatsächliche Arbeitszeiten Krankenhausbeschäftigter*

Der tatsächliche Arbeitsumfang Krankenhausbeschäftigter liegt meist deutlich über der vereinbarten Arbeitszeit. So weisen Ergebnisse der Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 darauf hin, dass lediglich 28% der Beschäftigten in der Regel keine Überstunden leisten. 30% der Beschäftigten arbeiten bis zu drei Stunden in der Woche länger als vereinbart, bei weiteren 18% liegt die Mehrarbeit bei vier bis sechs Stunden und immerhin jede/r Sechste arbeitet 10 Stunden und mehr zusätzlich. Insgesamt werden im Durchschnitt 4,26 Wochenstunden über die vertragliche Arbeitszeit hinaus gearbeitet.

**I.4 Zusammenfassung**

Die gesellschaftliche und individuelle Bedeutung der Krankenhausbranche – für die stationäre Therapie und Pflege erkrankter Menschen und als Arbeitgeberin von rund 1,2 Mio. Beschäftigten – dürfte unbestritten sein.

In den vergangenen Jahren unterlag die Branche jedoch zahlreichen Umbrüchen, die eine Eindämmung der Gesundheitskosten zum Ziel hatten und die Krankenhäuser unter massiven finanziellen Druck setzen. Eine der zentralsten Maßnahmen war die Einführung der Budgetdeckelung 1993, die die jährliche Budgeterhöhungen für Krankenhäuser an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen gekoppelt hat. Eigentlich war sie als Sofortmaßnahme gegen drohende Kostensteigerungen der Krankenkassen gedacht und sollte 1995 enden. Doch sie begrenzt bis heute zusammen mit den Fallpauschalen als „gedeckeltes DRG-System“ die Einnahmemöglichkeiten der Krankenhäuser.

Die Mittelknappheit der Krankenhäuser hat weitreichende Folgen für die Branche und die hier arbeitenden Menschen. Die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer und die Erhöhung der Fallzahlen bei parallelem Personalabbau in den vergangenen Jahren gehen mit einer steigenden Arbeitsintensität in Form von Arbeitsverdichtung und erhöhtem Zeitdruck bei Krankenhausbeschäftigten einher. Als besonders betroffen erweist sich der Pflegedienst, da die Personaleinsparungen hauptsächlich auf dem Rücken der dort Beschäftigten realisiert wurden. Neben der Betrachtung der Entwicklung der Personalbelastung ergeben sich auch beim Blick auf die Trägerschaften der Kliniken interessante Unterschiede. Im Vergleich zu öffentlichen Einrichtungen haben die Beschäftigten im Pflegedienst, im ärztlichen Dienst und im medizinisch-technischen Dienst in freigemeinnützigen und privaten Einrichtungen mehr Patientinnen und Patienten zu betreuen als in öffentlichen Einrichtungen.

In der Krankenhausarbeit kommt die Arbeitszeitgestaltung häufig als wesentliches Belastungsmoment der Beschäftigten hinzu. Lange Arbeitszeiten, nicht selten in Kombination mit Schicht- und Wochenendarbeit, erhöhen das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen betroffener Beschäftigter und erschweren die Vereinbarkeit von Privat und Berufsleben. Noch immer reduzieren meist Frauen ihren Arbeitsumfang unter anderem deshalb, um den familiären Anforderungen gerecht werden zu können. Das ist hinsichtlich möglicher Prekaritätsrisiken nicht unproblematisch. Die Ergebnisse des ersten Analyseteils weisen auf eine tendenziell eher schwierige Arbeitssituation der Beschäftigten hin. Wie sie selbst ihre Arbeitsbedingungen beurteilen und wie ihre Arbeitssituation in der wissenschaftlichen Welt wahrgenommen wird, ist Gegenstand des folgenden zweiten Teils.

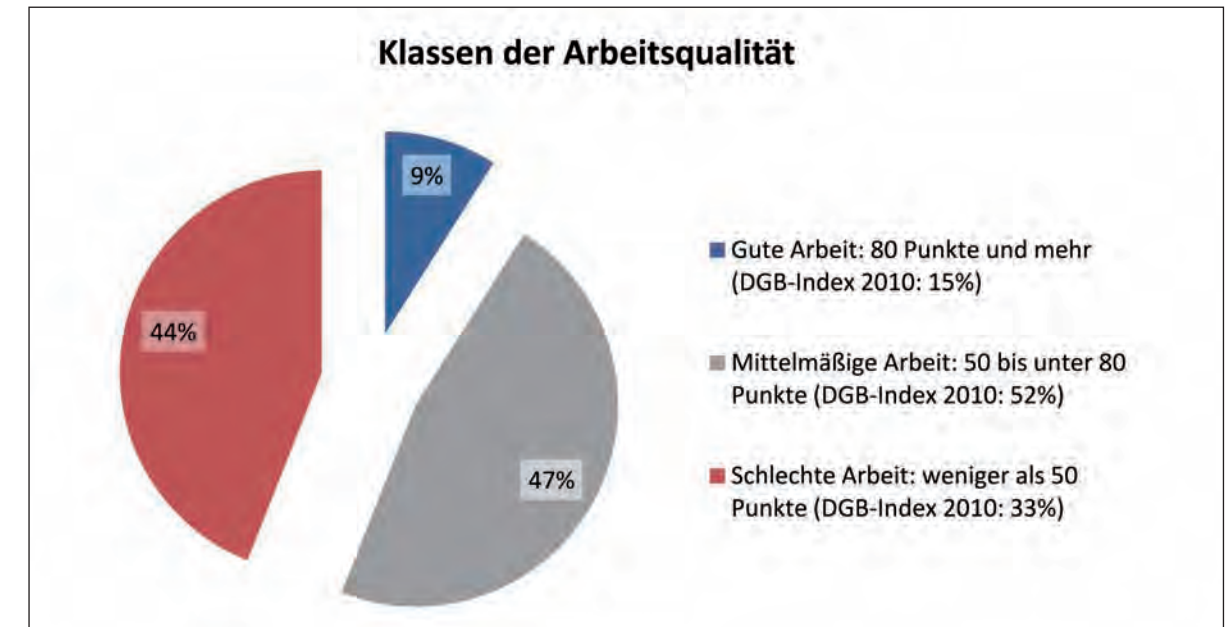
**Teil II: Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern**

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit der Frage, wie es um die Qualität der Arbeitsbedingungen in den deutschen Krankenhäusern bestellt ist. Es gibt eine Fülle an wissenschaftlichen Publikationen, die sich mit den Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern beschäftigen. Die Studien thematisieren meist die Arbeitssituation bestimmter Beschäftigtengruppen oder greifen einzelne Aspekte wie beispielsweise die Weiterbildung heraus (vgl. etwa für Ärzte: Encke 2009, Resch / Hagge 2003; für den Pflegedienst: Braun et al. 2011, Giesenbauer / Glaser 2006; für Weiterbildung Pflege: Blättner et al. 2005). Das ist angesichts der Komplexität des „Organismus Krankenhaus“ kaum verwunderlich, die einen umfassenden und erschöpfenden Gesamtüberblick über die Arbeitsbedingungen in der Krankenhausbranche schier unmöglich macht. Auf eine dieser Studien wurde bereits im Zusammenhang mit Daten zu Einkommen und Arbeitszeit hingewiesen: Die Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 zu den Arbeitsbedingungen im Krankenhaussektor, deren Ergebnisse im Folgenden eine zentrale Stellung einnehmen werden.

### Der DGB-Index Gute Arbeit

ist ein arbeitswissenschaftliches Analyseinstrument, das auf der Basis von 31 Fragen, die wiederum zu 15 Arbeitsdimensionen zusammengefasst werden, die Qualität der Arbeitsbedingungen erhebt. Es werden sowohl Ressourcen wie Qualifizierungsmöglichkeiten und Betriebskultur, als auch Belastungen und die Sicht auf das Einkommen und die beruflichen Zukunftsaussichten abgefragt. Verbunden sind die Fragen zusätzlich mit der Aufforderung, ggf. das Maß der aus geringen Ressourcen, hohen Belastungen, niedrigem Einkommen und fehlenden Zukunftsperspektiven resultierenden Belastungen anzugeben. Aus den Antworten der Beschäftigten zur Arbeitsqualität in den jeweiligen Dimensionen ergeben sich Werte zwischen 0 und 100 Punkten. Werte zwischen 80 und 100 Punkte kennzeichnen eine „Gute Arbeit“, die in hohem Maße entwicklungs- und lernförderlich sowie belastungsarm ist. „Schlechte Arbeit“ mit Indexwerten zwischen 0 und 50 ist dagegen durch hohe Belastungen gekennzeichnet, die Beschäftigten verfügen hier nur über geringe oder keinerlei entwicklungs- und lernförderliche Ressourcen. Die zwischen diesen beiden Polen liegende Qualität von Arbeit wird mit einem Indexwert zwischen 50 und 80 Punkten als mittelmäßig eingestuft. Hier werden die Arbeitsbedingungen zwar eher selten als belastend wahrgenommen, es bestehen aber auch kaum Entwicklungs- und Einflussmöglichkeiten bei der Arbeit. Im Anhang in Anlage C findet sich eine Aufstellung der Arbeitsdimensionen, weitere Ausführungen sind dem Grundlagenpapier von Fuchs (2006) zu entnehmen. Informationen zum DGB-Index Gute Arbeit finden sich auch auf der Webseite [www.dgb-index-gute-arbeit.de](http://www.dgb-index-gute-arbeit.de).

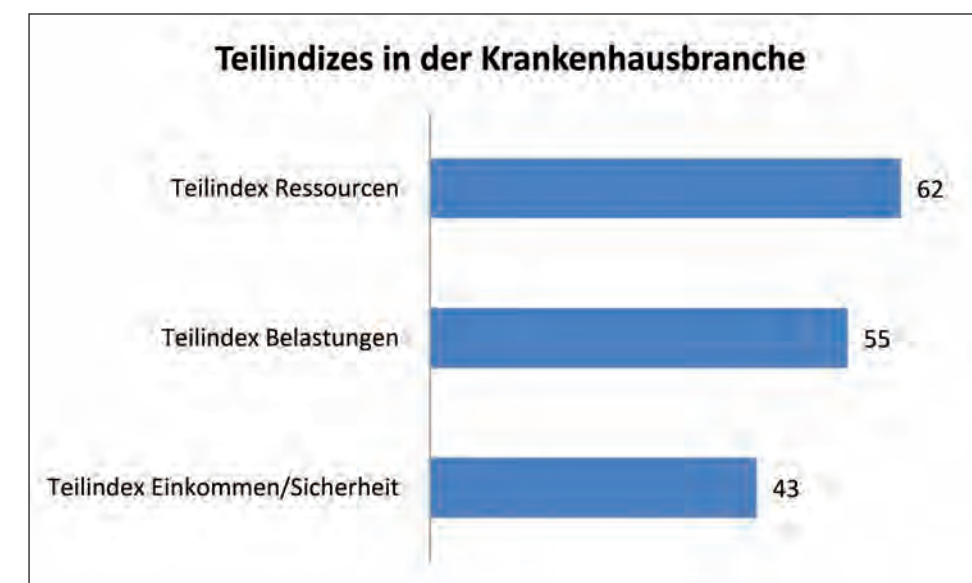
Abb. 2.1 Klassen der Arbeitsqualität



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung Krankenhäuser (KH) 2009/2010, Input Consulting

Woran es bei den Arbeitsbedingungen im einzelnen „krankt“, zeigt die Betrachtung der drei Teilindizes des DGB-Index Gute Arbeit: In Krankenhäusern werden die Arbeitsbelastung, aber auch das Einkommen und die beruflichen Zukunftsaussichten/Sicherheit negativ beurteilt, während Aspekte, die „Ressourcen“ in der Arbeit beschreiben, in der Summe eher eine mittelmäßige Bewertung erreichten.

Abb. 2.2 Teilindizes in der Krankenhausbranche



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

## II.1 Gesamtschau

Nach den Ergebnissen der Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 zur Arbeitssituation in deutschen Krankenhäusern beurteilen die Beschäftigten die Qualität ihrer Arbeitsbedingungen insgesamt als eher mittelmäßig bis schlecht. 47% der Befragten beurteilen ihre Arbeit mit einem mittelmäßigen Indexwert zwischen 50 und 80 Punkten, und 44% der befragten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kommen bei der Bewertung ihrer Arbeitsbedingungen auf einen Index-Wert von unter 50 Punkten. Ein solch schlechter Indexwert wird erreicht, wenn die Befragten ihre Arbeitsbedingungen als sehr belastend beschreiben, diese kaum Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten bieten und zudem die beruflichen Perspektiven von hohen Unsicherheiten gekennzeichnet sind. Der Anteil von Beschäftigten mit schlechten Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern liegt deutlich über dem Durchschnitt. Bei der branchenübergreifenden Gesamtbefragung des DGB-Index Gute Arbeit im Jahr 2010 erreichten 33% der Arbeitsplätze aus Sicht der Beschäftigten einen Indexwert von weniger als 50 Punkten. Nur 9% der Befragten im Krankenhaussektor beschreiben ihre Arbeitsqualität so positiv, dass daraus mehr als 80 Punkte und somit die Klassifizierung als „gute Arbeit“ resultiert. Bei der bundesweiten Erhebung des Jahres 2010 ist der Anteil von Beschäftigten mit guten Arbeitsbedingungen mit 15% deutlich höher.

Von den Dimensionen, die dem Teilindex „Ressourcen“ zugeordnet werden, erhielt der „Sinngehalt der Arbeit“ mit Abstand den höchsten Wert (90 Punkte). Es ist kaum verwunderlich, dass nahezu alle Beschäftigten die Frage danach, ob sie meinen, ihre Arbeit sei für die Gesellschaft wichtig, als zutreffend beantworten. Gerade auch für Ärztinnen/Ärzte und das Pflegepersonal, die in engem Kontakt zu den Patientinnen und Patienten stehen, ist die Möglichkeit, anderen Menschen zu helfen, eine starke Motivation, diesen Beruf zu ergreifen. Diese Motivation kann helfen, auftretende Belastungen teilweise zu kompensieren, birgt aber gerade bei „Helfer-Berufen“ gleichzeitig die Gefahr, die individuellen Grenzen zu ignorieren, um dem eigenen Anspruch an die Arbeit gerecht werden zu können (Rieder 2003). Als wesentliche Ressource in der Krankenhausarbeit erwies sich neben der Sinnhaftigkeit der Arbeit vor allem auch die Kollegialität, die mit durchschnittlich 74 Indexpunkten in den oberen Bereich „mittelmäßiger Arbeit“ fiel. Demnach können sich die Befragten größtenteils darauf verlassen, dass sie Hilfe und Unterstützung von ihren Kolleginnen und Kollegen bekommen, wenn sie diese benötigen. Soziale Unterstützung wird in der Arbeitswissenschaft als eine zentrale Ressource bei der Bewältigung von Stress, für die Prävention von Krankheiten und Befindungsstörungen verstanden (vgl. etwa Udris et al. 1992).

Ungeachtet dessen legt jedoch die in Form von Expertengesprächen durchgeführte Begleitstudie nahe, dass sich die gute Zusammenarbeit hauptsächlich auf den engeren Kollegenkreis beschränkt, wohingegen es zwischen den verschiedenen Berufsgruppen nicht zuletzt durch Schwierigkeiten, die den berufsstrukturellen Wandel in den vergangenen Jahren begleiten (siehe hierzu auch Abschnitt II.2.2), zu interprofessionellen Spannungen kommen kann. Die schlechteste Bewertung innerhalb der Dimensionen im Teilindex „Ressourcen“ bekamen Aufstiegsmöglichkeiten mit durchschnittlich 42 Punkten. Die Beschäftigten zeigen sich demnach größtenteils skeptisch hinsichtlich der Frage, ob sie meinen, in ihrer Klinik Karrieremöglichkeiten zu haben.

Von den Dimensionen, die unter „Belastungen“ zusammengefasst sind, erreicht keine mehr als 60 Indexpunkte (unterer Bereich in der Klassifikation „mittelmäßiger Arbeit“). Gerade was die Gestaltung der „emotionalen Anforderungen“ (59) wie der „körperlichen Anforderungen“ (58) anbelangt, erweisen sich die Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor häufig als problematisch. Emotionale Anforderungen in personenbezogenen Dienstleistungen erwachsen aus der Notwendigkeit, „situations- und regelgerechte Gefühle gegenüber Kunden/Klienten zu zeigen“ (Büssing / Glaser 1993, S.165), auch wenn diese im Widerspruch zu den erlebten Gefühlen stehen. Nerdinger und Röper (1993) führen als Beispiel die Arbeitssituation von Krankenhausbeschäftigten an, von denen erwartet wird, dass sie den Patienten gegenüber ausschließlich neutrale oder positive Gefühle zeigen, um den Heilungsprozess nicht negativ zu beeinträchtigen. Der mit der Gefühlskontrolle verbundene Aufwand kann für die Beschäftigten als Beanspruchung wirken und unter bestimmten Voraussetzungen zu negativen Beanspruchungsfolgen wie Selbstentfremdung und Burnout führen (ebd.).

Im DGB-Index Gute Arbeit ist der Dimension „emotionale Anforderungen“ neben der Notwendigkeit, die eigenen Gefühle zurückhalten zu müssen, auch die Frage danach zugeordnet, ob die Beschäftigten sich in der Arbeit herablassend und/oder unwürdig behandelt fühlen.

Unter „körperliche Anforderungen“ werden im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit schwere körperliche Tätigkeiten, Lärm und einseitig körperlich belastende Arbeit gefasst. Es ist angesichts des Aufgabenzuschnitts in Krankenhäusern kaum verwunderlich, dass viele Beschäftigte häufig diesen Anforderungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Unterschiede ergeben sich erwartungsgemäß hinsichtlich der Einsatzfelder. Schwere körperliche Arbeit durch Heben oder Schieben müssen vor allem Beschäftigte im Pflegedienst und im Wirtschafts- und Versorgungsdienst leisten, sie sind zusätzlich durch langes Stehen oder permanentes Gehen einseitig körperlicher Belastung ausgesetzt, während im Verwaltungsdienst die für die Büroarbeit typische einseitige körperliche Belastung durch langes Sitzen und Zwangshaltungen durch Computerarbeit im Mittelpunkt steht.

Deutlich schlechter als die emotionalen und körperlichen Anforderungen schneidet im DGB-Index Gute Arbeit die Dimension „Arbeitsintensität“ ab. Mit durchschnittlich 45 Punkten weist die Dimension einen Wert auf, der angesichts der erforderlichen Qualität bei der Arbeit am Patienten und dem damit gefährdeten (gesundheitlichen) Wohlbefinden der Beschäftigten großen Anlass zur Sorge gibt. Die Begleitstudie legt nahe, dass sich die Kliniken dieses Problems durchaus bewusst sind und versuchen, durch die Optimierung von Ablaufprozessen bzw. durch die Einführung neuer Berufsgruppen, die Situation zu entspannen. Häufig bleibt der erwartete Erfolg aus, weil in der Regel viele verschiedene Veränderungsprozesse angestoßen werden, statt sich auf einige wesentliche zu konzentrieren und diese konsequent umzusetzen. Auch die Einführung neuer Beschäftigtengruppen, die von vielen Kliniken als Ausweg aus dem Dilemma zwischen Kostendruck auf der einen und der notwendigen Entlastung der Pflege auf der anderen Seite gesehen wird, ist in vielerlei Hinsicht problematisch (weitere Ausführungen siehe Abschnitt II.2.2).

Abb. 2.3 DGB-Index Gute Arbeit – Ergebnisse für den Krankenhaussektor

| DGB-Index Gute Arbeit - Ergebnisse für den Krankenhaussektor 2009/10 |    |                            |
|----------------------------------------------------------------------|----|----------------------------|
| Qualifizierungs- & Entwicklungsmöglichkeiten                         | 56 | „Ressourcen“               |
| Möglichkeiten für Kreativität                                        | 59 |                            |
| Aufstiegsmöglichkeiten                                               | 42 |                            |
| Einfluss- & Gestaltungsmöglichkeiten                                 | 51 |                            |
| Informationsfluss                                                    | 63 |                            |
| Führungsqualität                                                     | 62 |                            |
| Betriebskultur                                                       | 52 |                            |
| Kollegialität                                                        | 74 |                            |
| Sinngehalt der Arbeit                                                | 90 |                            |
| Arbeitszeitgestaltung                                                | 61 |                            |
| Arbeitsintensität                                                    | 45 | „Belastungen“              |
| Emotionale Anforderungen                                             | 59 |                            |
| Körperliche Anforderungen                                            | 58 |                            |
| Berufliche Zukunftsaussichten & Arbeitsplatzsicherheit               | 51 | „Einkommen und Sicherheit“ |
| Einkommen                                                            | 36 |                            |

Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Den insgesamt schlechtesten Wert erreicht die Dimension „Einkommen“ aus dem Bereich **„Einkommen und Berufliche Zukunftsaussichten/Arbeitsplatzsicherheit“**. Mit 36 Punkten wird das Einkommen demnach von nahezu allen Beschäftigten weder als angemessen noch als ausreichend angesehen. Einzige Ausnahme bildet der ärztliche Dienst, in dem diese Dimension einen Wert im unteren Bereich „mittelmäßiger Arbeit“ erreicht (weitere Ausführungen siehe Abschnitt II.2.1). In Verbindung mit den hohen Belastungen verstärken die schlechten Verdienstmöglichkeiten die Gefahr, dass betroffene Beschäftigte ihre Arbeit als frustrierend erleben. Gerade bei Pflegefachkräften, die in der Regel zusätzlich noch eine hohe Verantwortung für das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten tragen, kann eine als unzureichend empfundene monetäre Anerkennung ihrer Arbeitsleistung die Motivation und Freude an der Arbeit negativ beeinträchtigen.

Die Arbeitssituation, wie sie sich gegenwärtig in der Pflege darstellt, beeinträchtigt stark die Attraktivität des Krankenhaussektors als potenziellem Arbeitsfeld. Es kann angesichts des bevorstehenden Renteneintritts der „Baby-Boom Generation“ und der Tatsache, dass nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern auch die Beschäftigten selbst immer älter werden, für den Personalbestand im Gesundheitswesen fatale Folgen haben, wenn es nicht gelingt, junge Menschen für Gesundheitsberufe zu gewinnen (Kommission der Europäischen Gemeinschaft 2008). Und es muss eine entsprechende Ausbildung bereitgestellt werden.

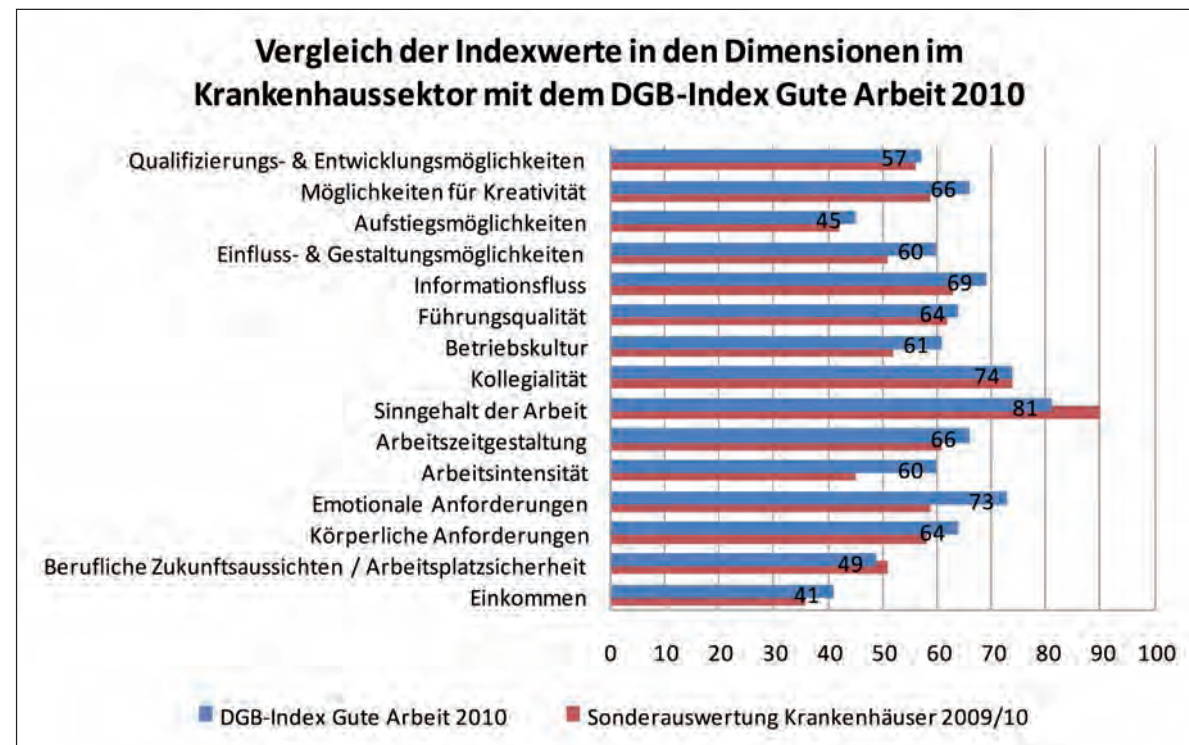
In den vergangenen zehn Jahren sank die Anzahl der Ausbildungsplätze in der Gesundheits- und Krankenpflege kontinuierlich: Wurden 1999 74.152 Ausbildungsplätze von den Krankenhäusern angeboten, waren es 2009 noch 66.447 und damit gut 11% weniger als noch 1999 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, eigene Berechnungen).

Die Krankenhauslandschaft war in den vergangenen Jahren vielfältigen Veränderungen ausgesetzt. Zusammenschlüsse bisher selbstständiger Kliniken, Kooperationen und Auslagerungen von Bereichen, die von den Klinikleitungen nicht dem Kerngeschäft der Krankenhäuser zugerechnet werden wie beispielsweise der Wirtschafts- und Versorgungsdienst oder Laborleistungen, hatten häufig eine Reduktion der Kernbelegschaft zur Folge. Beschäftigte wurden in Tochtergesellschaften ausgelagert oder entlassen. Diese Veränderungen, ebenso wie das Wissen um die schwierige finanzielle Lage der Kliniken können unter den Beschäftigten schließlich Verunsicherungen hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft auslösen. Vermutlich liegt darin einer der Hauptgründe für das mittelmäßige Abschneiden der Dimension „Berufliche Zukunftsaussichten / Arbeitsplatzsicherheit“, die mit durchschnittlich 51 Punkten bewertet wurde. Die Begleitstudie hat ergeben, dass die Auswirkungen betrieblicher Umbruchsituationen vor allem dann deutlich reduziert werden können, wenn klinikintern ausreichend kommuniziert wird. Optimalerweise betrifft dies nicht nur Informationen über Ziele laufender Maßnahmen, sondern beinhaltet auch die langfristige strategische Ausrichtung des Hauses. Die Klinikleitung sorgt so nicht nur für Informationstransparenz, sondern kann gleichzeitig das Vertrauen der Beschäftigten in die Fähigkeiten des Managements stärken.

Ein Vergleich der Bewertungen der Arbeitsbedingungen im Krankenhaussektor mit den Daten des DGB-Index Gute Arbeit 2010<sup>11</sup>, zeigt, dass die Beschäftigten im Krankenhaussektor ihre Arbeitsbedingungen in den meisten Bereichen schlechter bewerten als der Durchschnitt aller Beschäftigten in Deutschland (vgl. Abbildung 2.4). Nur eine Dimension schneidet deutlich besser ab. Der Sinngehalt der Arbeit wird über alle Branchen hinweg mit durchschnittlich 81 Punkten als „gut“ bewertet. Im Krankenhaus wird dieses Ergebnis noch übertroffen.

<sup>11</sup> Es werden im Folgenden die Ergebnisse des aktuellsten Erhebungsjahrs (2010) zum Vergleich herangezogen, weil aggregierte Daten für 2009/2010 nicht vorliegen.

**Abb. 2.4** Vergleich der Indexwerte in den Dimensionen im Krankenhaussektor mit dem DGB-Index Gute Arbeit 2010



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Demgegenüber sind für den Krankenhaussektor in einigen Bereichen deutlich schlechtere Bewertungen zu konstatieren als im Durchschnitt aller Beschäftigten in der deutschen Wirtschaft. Dies betrifft vor allem die Belastungen, denen sich die Beschäftigten in der Arbeit ausgesetzt sehen. Besonders offensichtlich sind die höhere Arbeitsintensität und die hohen emotionalen Anforderungen, die auch die damit verbundenen Belastungen mit einschließen. Eine etwas geringere Diskrepanz ergibt sich für die Dimension „körperliche Anforderungen“. Im Bereich der Ressourcen schneiden die Dimensionen „Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten“ sowie „Betriebskultur“ merklich schlechter ab.

## II.2 Auswertung nach Berufsgruppen

Die Analyse der Arbeitssituation Krankenhausbeschäftigter legt die Vermutung nahe, dass die Berufsgruppenzugehörigkeit ein zentrales Unterscheidungskriterium bei der Bewertung der Arbeitsbedingungen darstellt. Im Krankenhaussektor unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen in den vorhandenen Ressourcen, den körperlichen und emotionalen Anforderungen und teilweise auch in der Einkommenssituation sowie den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten entlang der Tätigkeitsfelder stark voneinander.

Aus diesem Grund befasst sich folgender Abschnitt intensiv mit den Spezifika der „typischen“ Krankenhausberufe, indem darin die Dimensionswerte der einzelnen Berufsgruppen mit den Werten des Krankenhaussektors insgesamt („Branche“) verglichen werden.<sup>12</sup>

### II.2.1 Arbeitsbedingungen im ärztlichen Dienst

Von den 15 Arbeitsdimensionen bewertet die Berufsgruppe „ärztlicher Dienst“ acht besser und sieben schlechter als die Branche. Am schlechtesten im Vergleich zur Gesamtheit aller Berufsgruppen in der Branche schneiden die folgenden Dimensionen ab:

- Emotionale Anforderungen (-12 Punkte)
- Arbeitszeitgestaltung (-12 Punkte)
- Möglichkeiten für Kreativität (-10 Punkte)

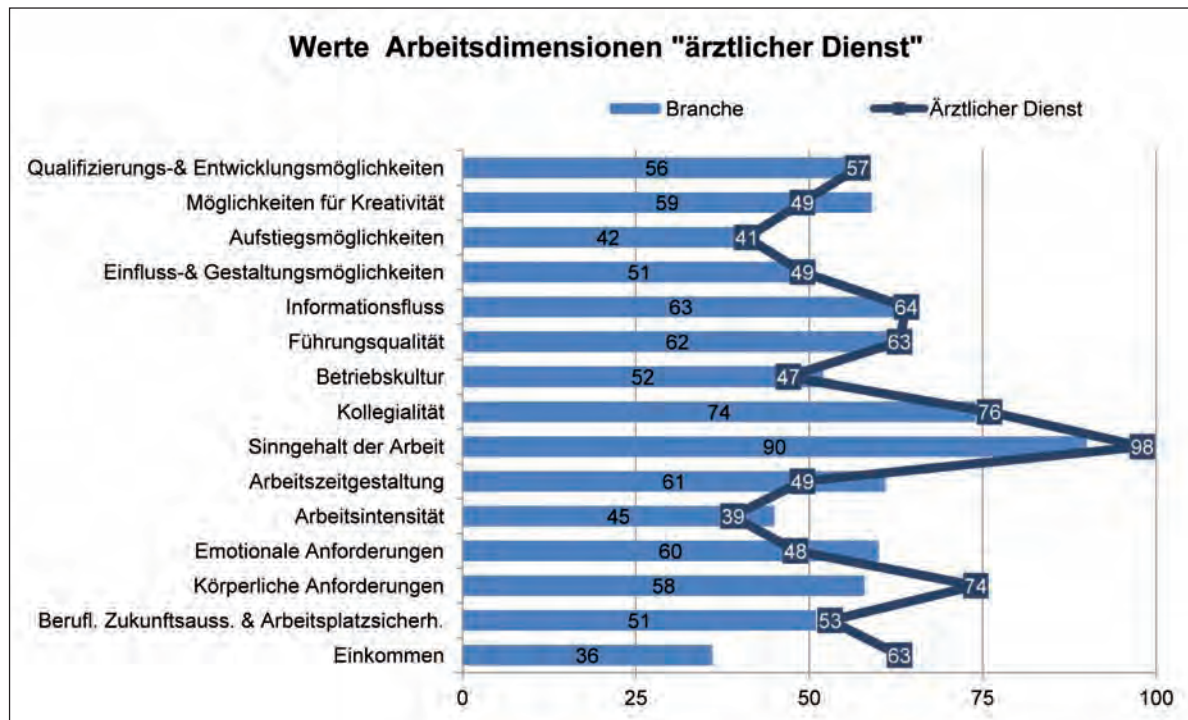
Aufgrund des permanenten Kontakts zu kranken Menschen ist leicht nachvollziehbar, dass Ärztinnen und Ärzte in hohem Maße emotional gefordert werden. So geben 41% der Befragten im ärztlichen Dienst an, dass ihre Arbeit in (sehr) hohem Maße von ihnen verlangt, ihre Gefühle zu verbergen.

Neben hohen emotionalen Anforderungen zeichnet sich die Arbeitssituation der Ärztinnen und Ärzte zusätzlich durch eine große Unzufriedenheit mit der Arbeitszeit aus: So gaben 76% der Befragten im ärztlichen Dienst an, dass sie sich nicht oder nur in geringem Maße auf die Planung ihrer Arbeitszeit verlassen können, und für 69% ist kein bzw. kaum ein selbstbestimmter Überstundenausgleich möglich. Ärztinnen und Ärzte stehen damit vor der Herausforderung, unter diesen schwierigen Umständen Privatleben und berufliche Anforderungen zu vereinbaren. Nicht nur die Unzuverlässigkeit und Fremdbestimmtheit in der Arbeitszeitplanung lassen Familie und Privatleben stark in den Hintergrund treten. Die Arbeitszeitmodelle an sich, die in der Regel neben Schichtdienst auch Bereitschafts- und Rufdienst beinhalten, erschweren zusätzlich eine zuverlässige Freizeitplanung.

Die Arbeitsabläufe im Krankenhaus sind stark strukturiert bzw. formalisiert und bieten daher nur wenige Möglichkeiten, selbst gestaltend in die Arbeitsorganisation einzugreifen. Daher ist es kaum verwunderlich, dass 66% der Ärztinnen und Ärzte angeben, ihre eigenen Ideen gar nicht bzw. nur in geringem Maße in die Arbeit einbringen zu können. Die Umsetzung neuer Ideen ist mit einer Unterbrechung der Routine verbunden. Dieser Einschnitt wirkt sich zunächst negativ auf die Zeitressourcen aus und führt zu einer Erhöhung der Arbeitsmenge. Vor allem angesichts der ohnehin schon sehr knappen Zeitressourcen kann sich dieser Mechanismus im Klinikbetrieb als wesentliches Hemmnis jedweder Veränderung und Innovation erweisen.

<sup>12</sup> Aufgrund geringer Fallzahlen in den Berufsgruppen sind die Ergebnisse für den ärztlichen Dienst (n=30), den medizinisch-technischen Dienst (n=34) und den Wirtschafts- und Versorgungsdienst (n=39) nur begrenzt belastbar.

**Abb. 2.5** Werte Arbeitsdimensionen „ärztlicher Dienst“



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

In folgenden Dimensionen stellt sich die Situation des ärztlichen Dienstes besser als im Branchendurchschnitt dar:

- Einkommen (+27 Punkte)
- Körperliche Anforderungen (+16 Punkte)
- Sinngehalt der Arbeit (+8 Punkte)

Es ist kaum verwunderlich, dass die Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Branche deutlich zufriedener mit ihren Einkommensverhältnissen sind. Im Krankenhaus werden Beschäftigte im ärztlichen Dienst seit jeher besser vergütet als die Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen. Diese Einkommenskluft scheint sich derzeit weiter zu vergrößern. Die berufliche Stellung im Krankenhausgefüge und der Mangel an Krankenhausärztinnen und -ärzten stärken vor allem in ländlichen Gegenden die Verhandlungsmacht des ärztlichen Dienstes gegenüber den Klinikleitungen, während andere Berufsgruppen häufiger Lohnreduzierungen in Folge des Ausstiegs ihrer Klinik aus den tarifvertraglichen Regelungen oder der Auslagerung ihrer Tätigkeit in Tochtergesellschaften mit niedrigerem Lohnniveau hinnehmen müssen. Insgesamt dürfte sich auch die Budgetdeckelung negativ auf die Lohnentwicklung im nicht-ärztlichen Bereich niederschlagen. So ist nicht auszuschließen, dass eine Einkommenserhöhung bei Ärztinnen und Ärzten eine Stagnation der Löhne in anderen Bereichen zur Folge hat.

Insgesamt zeigen sich die befragten Klinikärztinnen und -ärzte relativ zufrieden mit der Einkommenshöhe: 79% der befragten Beschäftigten im ärztlichen Dienst gaben an, gut bzw. sehr gut von ihrem Gehalt leben zu können.

Gefragt nach den körperlichen Anforderungen im ärztlichen Dienst gaben 89% der Ärztinnen und Ärzte an, nie bzw. nur in geringem Maße körperlich schwer arbeiten zu müssen. 72% der befragten Beschäftigten im ärztlichen Dienst sind kaum durch einseitige körperliche Belastungen wie ständiges Stehen, Sitzen oder ungünstige Körperhaltungen beansprucht. Bezüglich der körperlichen Anforderungen fällt die Beurteilung im ärztlichen Dienst im Vergleich zu anderen Berufsgruppen – insbesondere zum Pflegedienst – also deutlich günstiger aus.

Für die Dimension „Sinngehalt der Arbeit“ ist mit 98 von 100 möglichen Punkten ein sehr gutes Ergebnis zu konstatieren, das aufgrund der unmittelbaren Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte, durch ihre berufliche Tätigkeit Menschen in ihrer Krankheit zu helfen, nicht überrascht.

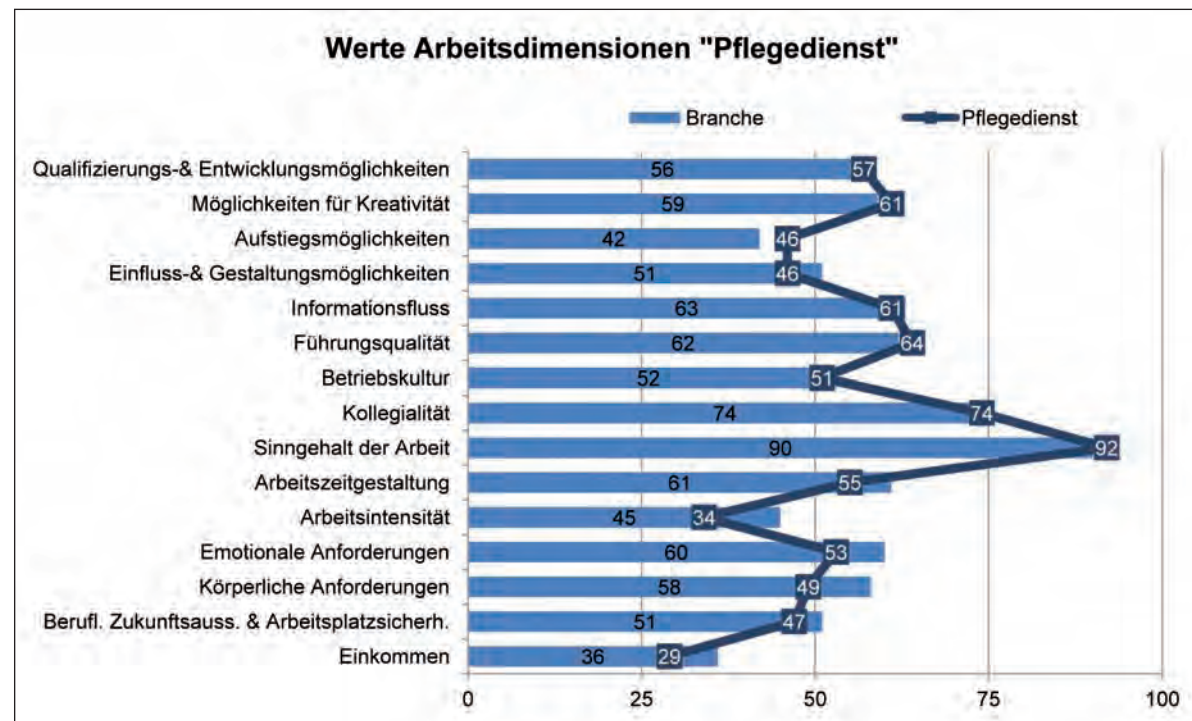
## II.2.2 Arbeitsbedingungen im Pflegedienst

In der Berufsgruppe „Pflegedienst“ schneiden im Vergleich zur Branche fünf Arbeitsdimensionen besser und neun Arbeitsdimensionen schlechter ab. Deutlich schlechter wurden vor allem die folgenden Dimensionen bewertet:

- Arbeitsintensität (-11 Punkte)
- Körperliche Anforderungen (-9 Punkte)
- Emotionale Anforderungen (-7 Punkte)

Der Blick auf die Übersicht aller 15 Arbeitsdimensionen zeigt, dass es sich bei den drei genannten Dimensionen um den kompletten Bereich der abgefragten Belastungen handelt (vgl. Abbildung 2.6).

Abb. 2.6 Werte Arbeitsdimensionen „Pflegedienst“



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Das heißt, dass sich die Berufsgruppe Pflegedienst im Vergleich zu den anderen Beschäftigtengruppen in Kliniken in überdurchschnittlich hohem Maße Belastungen ausgesetzt sieht. Eines der größten Probleme in der Pflege ist die hohe Arbeitsintensität, die nicht nur die Qualität der Patientenversorgung, sondern vor allem auch die Gesundheit und die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten negativ beeinflusst. Der Anteil der Pflegedienstbeschäftigten, die angaben, in (sehr) hohem Maß Arbeitshetze und Zeitdruck ausgesetzt zu sein, liegt der Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 zufolge bei 61%. Die Gründe für die Arbeitsintensität werden in der Fachliteratur in unterschiedlichen Entwicklungen gesehen. Die tendenziell kürzere *Aufenthaltsdauer* (Büssing / Glaser 2003, Müller 2009) und *die steigende Anzahl an polymorbiden Patienten* im Krankenhaus führen zu einem Anstieg der Pflegeintensität und Pflegekomplexität stationärer Patientinnen und Patienten (Schubert et al. 2005). Parallel wurde in der Pflege, wie in Abschnitt I.3.1 ausgeführt, in den vergangenen Jahren *kontinuierlich Personal abgebaut*, während die Größe der Stationen tendenziell zugenommen hat (Braun et al. 2011), so dass weniger Pflegekräfte mehr Menschen zu versorgen hatten. Der Personalabbau wurde im Kontext der DRG-Einführung beschleunigt, aber nicht ausgelöst. Er begann in der Pflege bereits 1995 (Isfort / Weidner 2009). 2009 waren ca. 50.000 weniger Vollzeitkräfte in der Pflege beschäftigt und rund 1 Million mehr Patienten zu versorgen.

Parallel findet eine *Transformation des Pflegeberufs* statt. Das Pflegepersonal muss nicht nur vermehrt administrative Aufgaben übernehmen (PIQUE 2009, S. 32). Es werden ohne eine entsprechende Aufstockung des Personals häufig ärztliche Tätigkeiten auf den „kostengünstigeren“ Pflegedienst verlagert, so dass sich auch dadurch die Arbeit der Pflegekräfte immer weiter verdichtet (Simon 2008b; Braun et al. 2011). Was auf der einen Seite also als Chance im Sinne einer Stärkung der Position der Pflege begriffen werden kann, wird dann zur Belastung, wenn eine Erweiterung des Tätigkeitsfelds stattfindet, ohne dass an anderer Stelle die Arbeitslast reduziert wird. Zudem müssen die Beschäftigten befähigt werden, den neuen Aufgaben fachlich gerecht zu werden. Dies setzt eine entsprechende Einweisung bzw. Qualifizierung ebenso voraus wie eine formale Kompetenzzuschreibung, um die Beschäftigten vor versicherungsrechtlichen Problemen zu schützen. Auch müsste sich das erweiterte Aufgabenfeld im Einkommen der Fachkräfte und in der Personalbemessung widerspiegeln. Das ist in der Regel allerdings nicht der Fall. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass es durch die Übernahme berufsferner Tätigkeiten zur Vernachlässigung der eigentlichen pflegerischen Aufgaben kommt. Ein Hinweis darauf ist die Zunahme des Anteils an Pflegekräften, die nach eigenen Aussagen im Rahmen ihrer Arbeitszeit keine ordentliche Grundpflege mehr leisten können (Braun et al. 2011). Im Klinikablauf ist es durch das häufige Eintreten unvorhersehbarer Ereignisse nicht möglich, standardisierte Tätigkeitsabläufe kontinuierlich aufrecht zu erhalten. Im Rahmen der Begleitstudie wurde jedoch deutlich, dass es in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen häufig auch im Normalbetrieb zu Abstimmungsproblemen kommt, die eine Unterbrechung der Tätigkeit notwendig machen.

Eine dauerhaft erhöhte Arbeitsintensität kann als einer der wichtigsten Stress auslösenden Faktoren (Beermann et al. 2001) zu starken gesundheitlichen und emotionalen Beeinträchtigungen der Betroffenen führen. Hierzu zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Störungen des Verdauungssystems, die Schwächung des Immunsystems sowie psychische Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen, Ängste, Depressionen und Gereiztheit (ebd.). Neben negativen Auswirkungen für die Betroffenen selbst, haben diese Beeinträchtigungen auch für die Klinik und die Patientinnen und Patienten unerwünschte Folgen. Zum einen steigt die Anzahl der krankheitsbedingten Arbeitsausfälle. Zum anderen wächst die Gefahr, dass die Beschäftigten durch Stress und mangelnde Konzentrationsfähigkeit vermehrt Fehler machen bzw. aufgrund der hohen Arbeitsdichte Abstriche bei der Patientenversorgung vornehmen müssen. Beim DGB-Index Gute Arbeit gaben 48% der befragten Beschäftigten im Pflegedienst an, in hohem Maße oder sehr hohem Maße Abstriche bei der Qualität der Arbeit machen zu müssen, um das Arbeitspensum bewältigen zu können. Für 71% von ihnen stellt diese Anforderung eine „starke Belastung“ bzw. „sehr starke Belastung“ dar. Das Pflege-Thermometer 2009 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Isfort / Weidner 2010) gibt detailliert Aufschluss über Auswirkungen von Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung auf die Qualität der Patientenversorgung. Demnach werden von den Pflegekräften nicht nur Abstriche in berufsfernen Bereichen wie der Dokumentation vorgenommen, sondern auch in Kernbereichen pflegerischer Aufgabenfelder.

Die folgende Aufstellung zeigt die Bereiche, in denen mindestens ein Drittel der befragten Pflegekräfte angibt, in den vergangenen sieben Arbeitstagen mindestens manchmal die aufgeführte Tätigkeit nicht durchgeführt zu haben.

Tab. 2.1 Patientensicherheit

| Patientensicherheit                                                                                                                                         |          |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| „Wie oft ist es in Ihren letzten sieben Arbeitstagen vorgekommen, dass...“                                                                                  | häufiger | oft   |
| ... verwirrte Patienten (z.B. Demenz) nicht ausreichend beobachtet werden konnten?                                                                          | 36,1%    | 24,6% |
| ... verwirrte Patienten nicht ausreichend beobachtet werden konnten und aus diesem Grunde freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt werden mussten?         | 25,5%    | 11,7% |
|                                                                                                                                                             | manchmal | oft   |
| ... Sie in ihrer Mobilität oder Beweglichkeit eingeschränkte oder immobile Patienten nicht so oft wie notwendig mobilisieren konnten?                       | 27,6%    | 29,7% |
| ... Sie Patienten nicht die notwendige emotionale und psychosoziale Unterstützung und Begleitung anbieten konnten (z.B. Umgang mit Unsicherheit und Angst)? | 31,1%    | 23,1% |
| ... Sie bei Patienten die durchgeführte Pflege nicht genügend dokumentieren und evaluieren konnten?                                                         | 29,6%    | 18,1% |
| ... Sie mit Patienten und/oder Angehörigen ein notwendiges Gespräch nicht führen konnten?                                                                   | 31,2%    | 14,2% |
| ... Sie Patienten nicht so häufig überwachen konnten wie es ärztlich verordnet war?                                                                         | 24,7%    | 9,6%  |
| ... Sie in ihrer Mobilität oder Beweglichkeit eingeschränkte oder immobile Patienten nicht so oft wie notwendig umlagern konnten?                           | 25,0%    | 8,5%  |

Quelle: dip 2010, eigene Darstellung

In der Regel geht die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf den Pflegedienst auch mit einer Ausdifferenzierung innerhalb der Gruppe der Pflegenden einher. Pflegeassistentpersonal und Servicekräfte werden dem Pflegedienst an die Seite gestellt und sollen Tätigkeiten übernehmen, die auf den ersten Blick keiner besonderen fachlichen Ausbildung bedürfen wie Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme und bei der Körperpflege oder Hol- und Bringendienste. Problematisch ist diese Entwicklung, wenn die Stellen für Hilfspersonal nicht zusätzlich geschaffen, sondern über eine Absenkung der Fachkräftequote realisiert werden.

Eine Entlastung des Pflegefachpersonals ist dann nicht mehr zu erwarten. Neben Fragen der Personalbemessung erweist sich der Einsatz von Hilfspersonal auch in anderer Hinsicht als schwierig. Allein die Frage, welche Arbeitsschritte bei welchen Patientinnen und Patienten ohne fachliches Wissen durchgeführt werden können, ist nicht pauschal zu beantworten (ver.di 2009) und bedarf immer wieder aufs Neue einer Bewertung und Entscheidung. Das kostet Zeit – ganz abgesehen von der Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals durch die diensthabenden Pflegefachkräfte. Zudem ist der Einsatz des Hilfspersonals allzu oft nicht richtig strukturiert. Es fehlt häufig an eindeutigen Rollendefinitionen. Wichtige Informationen können verloren gehen, weil die Informationsweitergabe stark von der Einbindung in das Team abhängt (Stemmer / Böhme 2008). Außerdem bleibt zu bedenken, dass sich ein ganzheitlicher Aufgabenzuschnitt positiv auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten im Sinne erweiterter Ressourcen und Handlungsspielräume auswirkt. Dieser wäre jedoch durch eine Zerstückelung der Patientenversorgung mit unterschiedlichen Zuständigkeiten nicht mehr möglich. Auch aus Patientensicht ist der Einsatz von Hilfspersonal nicht unproblematisch, denn Patientenwünschen sich in der Regel einen festen Ansprechpartner. Mit der Zunahme der Anzahl zuständiger Personen ist dies jedoch nur noch schwer zu realisieren (Braun et al. 2011).

Der Aufgabenzuschnitt im Pflegedienst legt nahe, dass die Tätigkeit mit hohen körperlichen Anforderungen verbunden ist. Patientinnen und Patienten müssen gehoben, geschoben, gelagert und mobilisiert werden. 60% der Beschäftigten im Pflegedienst arbeiten nach den Ergebnissen der Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 in (sehr) hohem Maße körperlich schwer. Zudem führt die Arbeit häufig zu einseitiger körperlicher Belastung z.B. durch eine ungünstige Körperhaltung etwa bei der Hilfestellung zur Essensaufnahme oder durch ständiges Stehen. Die körperlichen Anforderungen gehen häufig mit negativen Beanspruchungsfolgen einher, auch wenn einige Arbeitgeber ernsthaft darum bemüht sind, diesen durch entsprechende Maßnahmen wie Trainings zur körperschonenden Mobilisation von Patientinnen und Patienten entgegen zu wirken. Oftmals erweisen sich solche Hilfestellungen und Hilfsmittel in der Praxis aufgrund des ohnehin bereits sehr engen Zeitkorsetts jedoch als wenig praktikabel und finden daher zu selten Anwendung. Die Folgen der hohen körperlichen Anforderungen sind überproportional häufig Rücken- und Nackenschmerzen bei Pflegedienstbeschäftigten (Grabbe et al. 2005).

Ebenso wie im ärztlichen Dienst müssen im Pflegedienst die Beschäftigten ihre Gefühle gegenüber Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen und den Kolleginnen / Kollegen kontrollieren. Demnach geben 49% der befragten Beschäftigten an, in (sehr) hohem Maße ihre Gefühle in der Arbeit verbergen zu müssen. Ein Drittel von ihnen empfindet dies als (sehr) stark belastend, weitere 49% geben an, dadurch mäßig belastet zu sein.

Die einzige nennenswerte positive Abweichung vom Branchenschnitt ist die Bewertung der Dimension „Aufstiegsmöglichkeiten“ (+4), alle anderen positiven Abweichungen betragen nicht mehr als zwei Punkte. Aus einer positiven Abweichung lässt sich nicht auf ein absolut positives Ergebnis schließen.

Schließlich geben auch im Pflegedienst 82% der befragten Beschäftigten an, kaum berufliche Aufstiegschancen zu haben. Dass dieses Ergebnis sich dennoch positiv von den Ergebnissen in anderen Berufsgruppen wie dem medizinisch-technischen Dienst oder der Verwaltung abhebt, kann zum Teil dadurch erklärt werden, dass es unterhalb der höchsten Führungsebene im Pflegedienst vergleichsweise mehr Führungspositionen sowie mehr Weiterbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten gibt.

Zusammengenommen zeigen die Befunde für den Pflegedienst, dass die Belastungen reduziert werden müssen, um eine gute Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten und den Beschäftigten die Möglichkeit zu geben, bis zum Rentenalter ihren Beruf auszuüben.

### II.2.3 Arbeitsbedingungen im Funktionsdienst

Aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der Berufsgruppe „Funktionsdienst“ lassen sich die tätigkeitsbezogenen Unterschiede und Besonderheiten bei den Arbeitsbedingungen nur schwer analysieren und interpretieren.<sup>13</sup> Zum „Funktionsdienst“ gehören in Krankenhäusern das medizinische Personal, das nicht auf den Klinikstationen tätig ist, wie das OP-Fachpersonal, die Hebammen, der angestellte Rettungsdienst und klinikinternes Personal für die Kinderbetreuung.<sup>14</sup>

Die Berufsgruppe Funktionsdienst beurteilt zwei Arbeitsdimensionen schlechter und 10 Arbeitsdimensionen besser als die anderen Berufsgruppen in Krankenhäusern. In zwei Arbeitsdimensionen werden identische Werte erzielt. Bei den zwei Dimensionen mit deutlich schlechteren Ergebnissen im Vergleich zur Branche handelt es sich um die Folgenden:

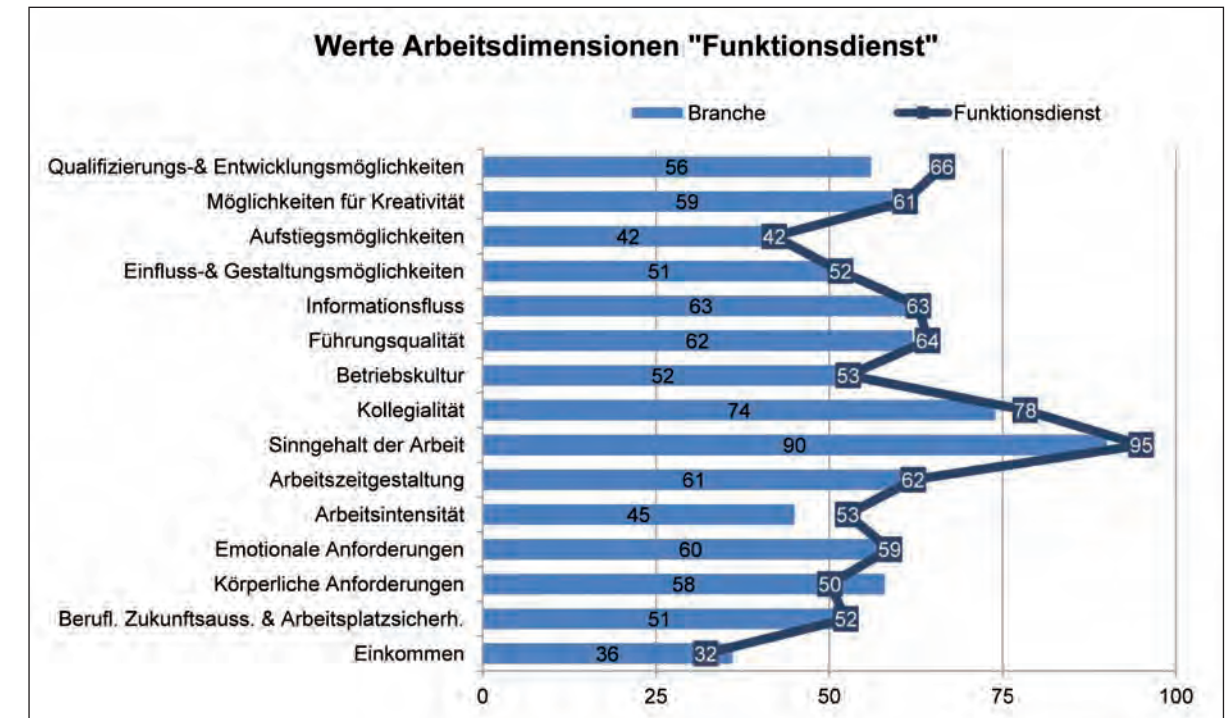
- Körperliche Anforderungen (-8 Punkte)
- Einkommen (-4 Punkte)

Die Arbeitsbedingungen im Funktionsdienst werden im Vergleich zu den Berufsgruppen in Krankenhäusern insgesamt überdurchschnittlich gut bewertet. Die Ausnahme stellen die körperlichen Anforderungen dar, die wie im Pflegedienst auch überdurchschnittlich stark ausgeprägt sind. Dementsprechend gaben sehr viele Beschäftigte des Funktionsdienstes an, in (sehr) hohem Maße körperlich schwer arbeiten zu müssen (66%). Knapp jede/r Zweite sieht sich in (sehr) hohem Maße einseitig durch die Arbeit belastet (49%). Was die Einkommensdimension betrifft, sprechen die Zahlen für sich: 91% der Befragten im Funktionsdienst halten ihr Einkommen für wenig bis überhaupt nicht angemessen, und 88% gehen davon aus, dass die spätere Rente einmal gerade so oder gar nicht ausreichen wird.

<sup>13</sup> Eine Differenzierung war aufgrund der Fallzahlen (n=70) nicht möglich.

<sup>14</sup> Die Einteilung der Berufsgruppen orientiert sich an der Krankenhaus-Buchführungsverordnung-KHBV (Bundesministerium der Justiz).

Abb. 2.7 Werte Arbeitsdimensionen „Funktionsdienst“



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Von den 10 Dimensionen, die besser abschneiden als in der Branche, heben sich die folgenden drei besonders ab:

- Qualifizierungs- & Entwicklungsmöglichkeiten (+10 Punkte)
- Arbeitsintensität (+8 Punkte)
- Sinngehalt der Arbeit (+5 Punkte)

Vor allem was die Entwicklungsmöglichkeiten betrifft, stellen die Befragten des Funktionsdienstes ihrem Arbeitsumfeld ein positives Zeugnis aus. So gaben 71% an, dass die Arbeit es ihnen in (sehr) hohem Maße ermöglicht, ihr Wissen und Können weiterzuentwickeln. Auch den Sinngehalt der Arbeit betreffend, äußern sich die Beschäftigten sehr positiv. Für 99% der Befragten im Funktionsdienst ist ihre Arbeit in (sehr) hohem Maße für die Gesellschaft nützlich. Im Vergleich zur Gesamtheit der befragten Beschäftigten in der Branche bewerten die Mitarbeiter im Funktionsdienst die Dimension „Arbeitsintensität“ ebenfalls etwas besser. Auch wenn immerhin zwei Drittel der befragten Beschäftigten im Funktionsdienst angeben, in (sehr) hohem Maße in der Arbeit gehetzt zu sein, so liegt der Anteil derjenigen, die aufgrund des Zeitdrucks Abstriche in der Arbeit vornehmen müssen, mit 17% vergleichsweise niedrig. Zu den etwas besseren Werten dieser Dimension trägt auch der Umstand bei, dass mehr als jede/r zweite Befragte (53%) meint, nur in geringem Maße oder überhaupt nicht durch unerwünschte Unterbrechungen bei der Arbeit gestört zu werden.

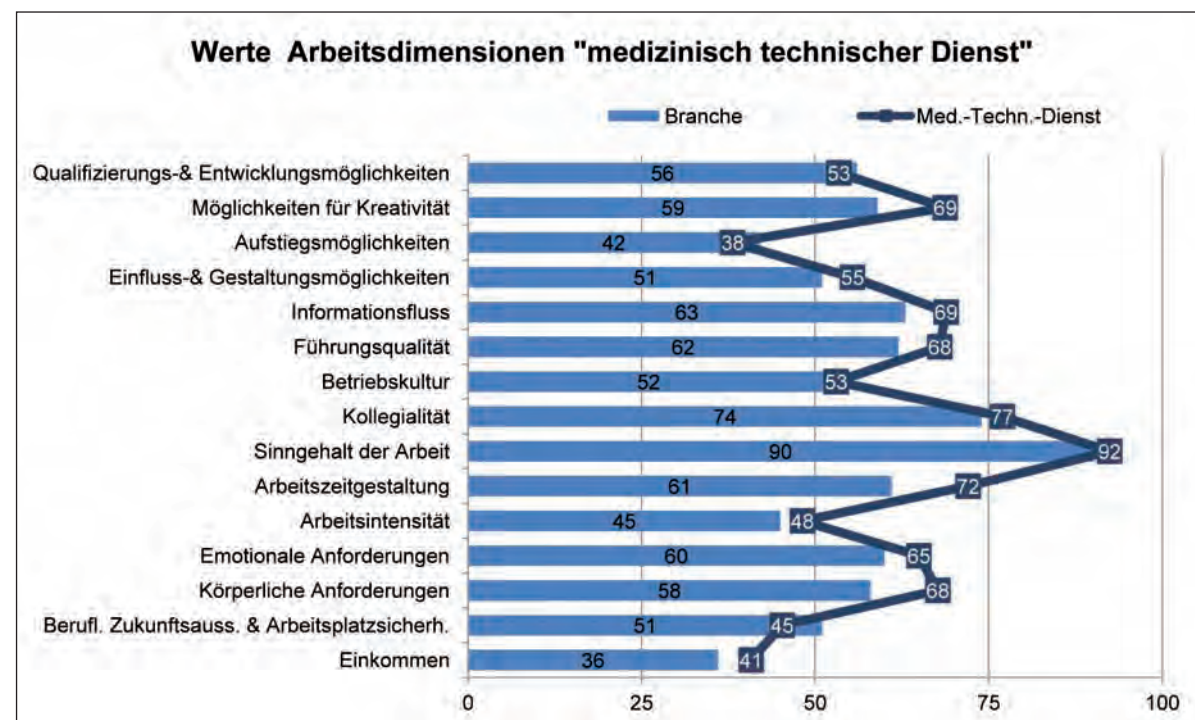
## II.2.4 Arbeitsbedingungen im medizinisch-technischen Dienst

Ähnlich wie der Funktionsdienst ist auch die Berufsgruppe „medizinisch-technischer Dienst“ aufgrund ihrer Heterogenität schwer fassbar. Der medizinisch-technische Dienst umfasst neben Laboranten auch Masseur, Logopäden und Krankengymnasten sowie medizinisch-technische Assistenten.<sup>15</sup> Die Beschäftigten dieser Berufsgruppe bewerten insgesamt nur drei der 15 Arbeitsdimensionen schlechter als die Branche. Die verbliebenen 12 Dimensionen schneiden allesamt besser ab. Bei den drei Dimensionen mit schlechteren Werten handelt es sich um die Bereiche:

- Berufliche Zukunftsaussichten & Arbeitsplatzsicherheit (-6 Punkte)
- Aufstiegsmöglichkeiten (-4 Punkte)
- Qualifizierungs- & Entwicklungsmöglichkeiten (-3 Punkte)

Lediglich 21% der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst gaben an, dass sie zu keinem Zeitpunkt Angst um ihre berufliche Zukunft verspüren. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass Auslagerungsüberlegungen zur Einsparung von Kosten häufig auch im Laborbereich ansetzen. Erwartungsgemäß ist das Ergebnis die Aufstiegschancen betreffend, noch eindeutiger: 97% der Befragten haben nach eigenem Bekunden kaum oder überhaupt keine Aufstiegschancen. Dieses Manko stellt jedoch für die meisten Befragten (81%) keine größere Belastung dar.

**Abb. 2.8** Werte Arbeitsdimensionen „medizinisch-technischer Dienst“



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

<sup>15</sup> Auch hier lassen die zu geringen Fallzahlen keine weitere Differenzierung nach Tätigkeiten zu.

Ähnlich verhält es sich mit den Qualifizierungsmöglichkeiten, bezüglich derer 74% der Befragten im medizinisch-technischen Dienst angaben, dass sie nur in geringem Maße oder überhaupt keine Unterstützung bei der Umsetzung ihrer Weiterbildungswünsche durch die Kliniken erhalten würden.

Insgesamt dominieren im medizinisch-technischen Dienst jedoch die positiven Abweichungen vom Branchenschnitt. Am deutlichsten wird dies in den Dimensionen:

- Arbeitszeitgestaltung (+11 Punkte)
- Möglichkeiten für Kreativität (+10 Punkte)
- Körperliche Anforderungen (+10 Punkte)

In allen drei Arbeitsdimensionen fallen die Unterschiede zum Branchenschnitt zweistellig aus, d.h. dass die Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst in diesen Bereichen über deutlich bessere Arbeitsbedingungen verfügen als ihre Kolleginnen und Kollegen in den anderen Berufsgruppen. So gaben 68% der zugehörigen Befragten an, dass ihre Bedürfnisse in (sehr) hohem Maße bei der Planung ihrer Arbeitszeit Berücksichtigung finden. Dass die geplante auch in (sehr) hohem Maße der tatsächlichen Arbeitszeit entspricht, bestätigen 76%. Die Mehrheit der Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst arbeitet nach eigenen Angaben kaum außerhalb normaler Arbeitszeiten (d.h. am Wochenende, nachts oder abends). Die Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst haben zudem große Freiräume zur Entfaltung ihrer Kreativität. So gaben knapp zwei Drittel (65%) der Befragten an, dass sie ihre eigenen Ideen in (sehr) hohem Maße in ihre Arbeit einbringen können. Auch die Bewertungen einiger Dimensionen im Bereich der Belastungen fallen im Vergleich zur Gesamtheit aller Beschäftigter der Branche etwas positiver aus, da beispielsweise 76% der im medizinisch-technischen Dienst Tätigen den eigenen Angaben zufolge nur in geringem Maße oder gar nicht körperlich schwer arbeiten müssen. 85% gaben an, dass sie selten bis nie lauten Geräuschen bzw. Lärm in ihrer Arbeitsumgebung ausgesetzt sind.

## II.2.5 Arbeitsbedingungen im Verwaltungsdienst

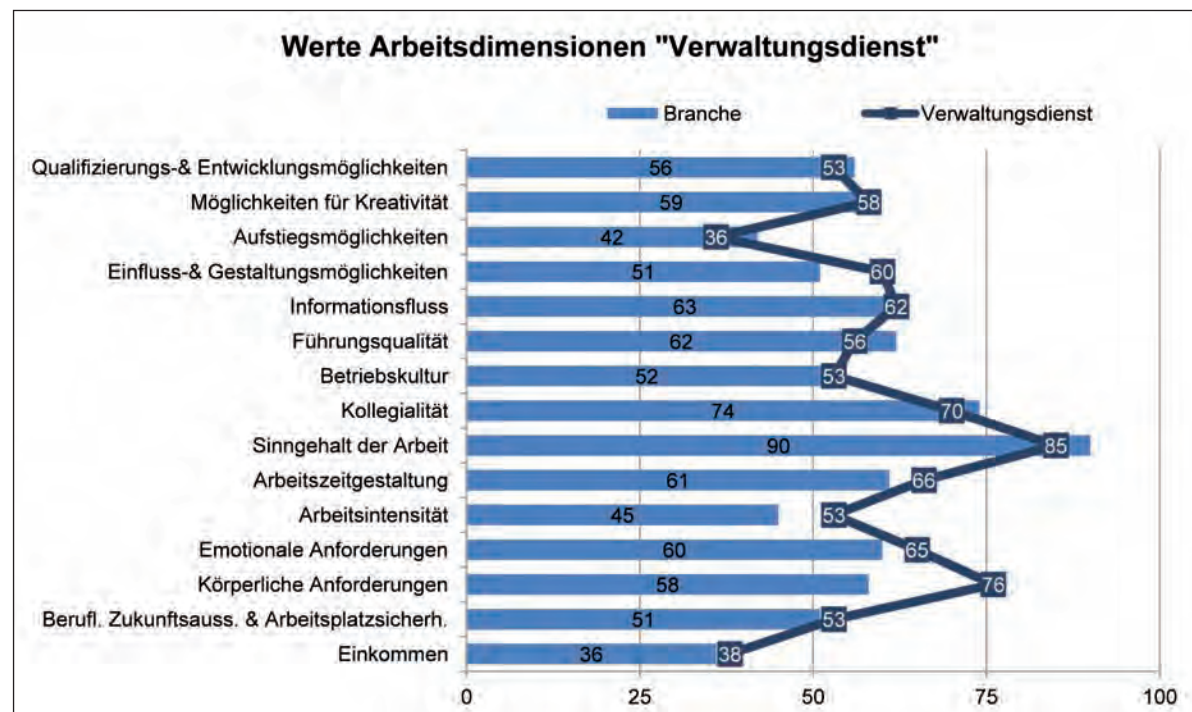
In der Berufsgruppe „Verwaltungsdienst“ stehen acht positive sieben negativen Abweichungen vom Branchenschnitt gegenüber. Am schlechtesten bewertet werden die Dimensionen:

- Aufstiegsmöglichkeiten (-6 Punkte)
- Führungsqualität (-6 Punkte)
- Sinngehalt der Arbeit (-5 Punkte).

Vergleichbar dem medizinisch-technischen Dienst gaben 93% der Befragten im Verwaltungsdienst an, dass sie nur in geringem Maße oder gar nicht über Aufstiegschancen verfügen. Dies hängt sicherlich zu einem großen Teil damit zusammen, dass es kaum Führungspositionen unterhalb der Geschäftsleitungsebene gibt.

Weiterhin schneidet die Dimension „Führungsqualität“ im Verwaltungsdienst vergleichsweise schlecht ab. 56% der Befragten äußerten sich dahin gehend, dass ihre Führungskräfte die Arbeit nur in geringem Maße bzw. überhaupt nicht gut planen. Fast die Hälfte aller Befragten im Verwaltungsdienst (46%) gaben an, von ihren jeweiligen Vorgesetzten wenig bis gar keine Wertschätzung entgegengebracht zu bekommen. Den Sinngehalt der Arbeit betreffend, kommen die Bewertungen der Beschäftigten im Verwaltungsdienst nicht ganz an die Spitzenwerte der weißen Berufe heran. So sind immerhin 10% unter ihnen, die ihrer Arbeit nur einen geringen bzw. gar keinen Nutzen für die Gesellschaft beimessen.

**Abb. 2.9** Werte Arbeitsdimensionen „Verwaltungsdienst“



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Im Vergleich zur Branche haben folgende Dimensionen besser abgeschnitten:

- Körperliche Anforderungen (+18 Punkte)
- Einfluss- & Gestaltungsmöglichkeiten (+9 Punkte)
- Arbeitsintensität (+8 Punkte)

Der deutlichste Unterschied zur Branche besteht in den geringeren körperlichen Anforderungen der Beschäftigten im Verwaltungsdienst. Die große Mehrheit der Befragten (86%) muss hier laut eigenen Angaben nie bzw. nur in geringem Maße körperlich schwer arbeiten. Dieser Befund ist ebenso naheliegend wie der, dass 93% der Beschäftigten in der Verwaltung selten bis nie Lärm und lauten Umgebungsgeräuschen ausgesetzt sind.

Dass die Dimension „körperliche Anforderungen“ dennoch lediglich im oberen Bereich „mittelmäßiger Arbeit“ angesiedelt ist, hängt mit der von 41% der befragten Verwaltungsmitarbeiter/innen konstatierten starken einseitigen körperlichen Belastung zusammen. Auch wenn die Beschäftigten nicht körperlich schwer arbeiten müssen, so sind sie dennoch den mit der Büroarbeit einhergehenden einseitigen Belastungssituationen ausgesetzt.<sup>16</sup> Hinsichtlich der Arbeitsgestaltung hat der Verwaltungsdienst bessere Möglichkeiten als in der Branche üblich. So gaben beispielsweise 64% der zugehörigen Befragten an, dass sie ihre Arbeit in (sehr) hohem Maße selbstständig planen und einteilen können. Ferner fällt die Intensität der Arbeit im Vergleich zur Branche merklich geringer aus. Rund zwei Drittel der Befragten im Verwaltungsdienst gaben an, dass sie sich selten bis nie in der Arbeit gehetzt fühlen (64%) oder bei der Erledigung ihrer Arbeitsaufgaben gestört (68%) werden. Weiterhin ist es für 85% der Verwaltungsangestellten selten bis nie erforderlich, aufgrund des Arbeitspensums Abstriche bei der Arbeitsqualität zu machen. Dennoch liegt der absolute Anteil der Verwaltungsbeschäftigten, der sich hoher Arbeitsintensität am Arbeitsplatz ausgesetzt sieht, bei gut einem Drittel.

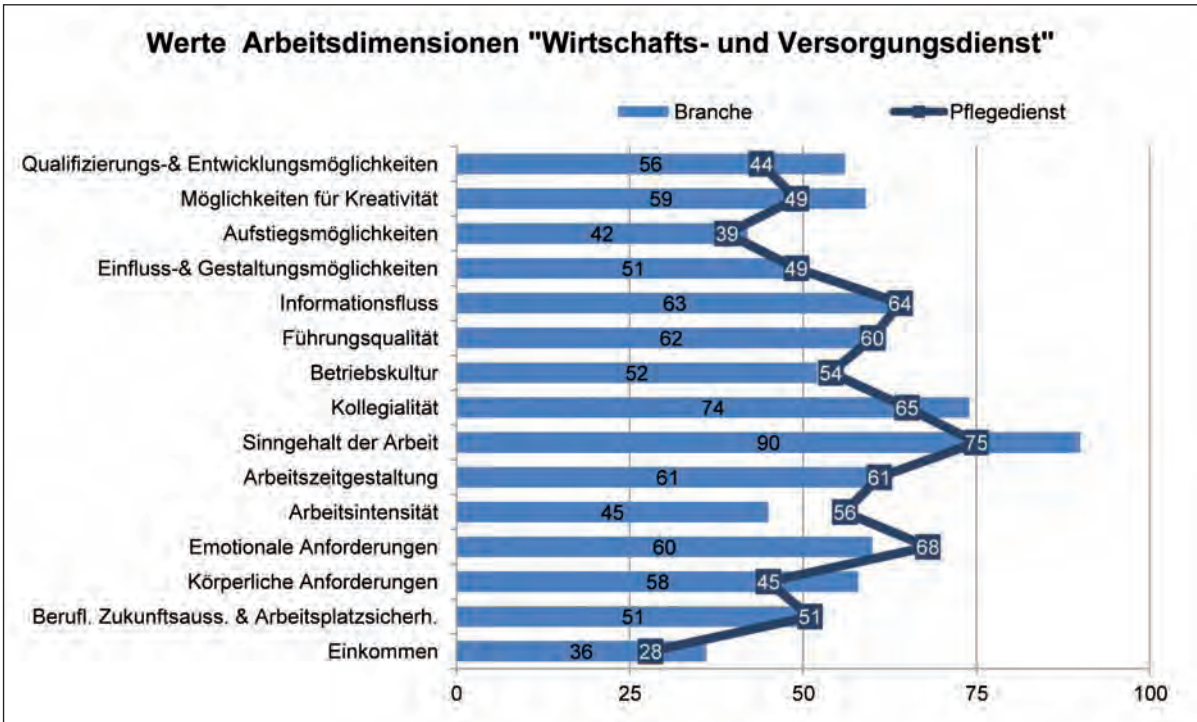
## II.2.6 Arbeitsbedingungen im Wirtschafts- und Versorgungsdienst

Die meisten unterdurchschnittlichen Werte hinsichtlich der Branche ergeben sich für die Berufsgruppe „Wirtschafts- und Versorgungsdienst“. Neun negative Abweichungen vom Branchendurchschnitt stehen lediglich vier positiven gegenüber. Weitere zwei Dimensionen entsprechen dem Durchschnittswert. In vier der schlechter bewerteten Dimensionen beträgt die Differenz mindestens 10 Punkte. Die vergleichsweise schlechtesten Ergebnisse liegen in den folgenden drei Dimensionen vor:

- Sinngehalt der Arbeit (-15 Punkte)
- Körperliche Anforderungen (-13 Punkte)
- Qualifizierungs- & Entwicklungsmöglichkeiten (-12 Punkte)

Unter den Beschäftigten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst ist der Anteil derer, die die eigene Arbeit als wenig bis gar nicht nützlich für die Gesellschaft ansehen, mit 23% relativ hoch. Aufgrund ihrer Tätigkeiten sind es vor allem die körperlichen Anforderungen, die die Beschäftigten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst belasten. Lediglich 11% der hier tätigen Befragten können von sich sagen, dass sie nie körperlich schwer arbeiten müssen. Nur 13% sind nie von einseitigen körperlichen Belastungen betroffen. Was die Qualifizierungs- und Entwicklungsmöglichkeiten betrifft, stellt sich die Situation ähnlich problematisch dar. So gaben 84% der Befragten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst an, dass sie weder ihr Wissen und Können in der Arbeit weiterentwickeln können noch seitens der Arbeitgeber in ihren Qualifizierungswünschen unterstützt werden.

Abb. 2.10 Werte Arbeitsdimensionen „Wirtschafts- und Versorgungsdienst“



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Bessere Arbeitsbedingungen im Vergleich zur Branche finden die Beschäftigten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst dagegen in den folgenden Dimensionen:

- Arbeitsintensität (+11 Punkte)
- Emotionale Anforderungen (+8 Punkte)

Das Aufgabenfeld im Wirtschafts- und Versorgungsdienst ist in weiten Teilen durch standardisierte Arbeitsabläufe gekennzeichnet und kaum auf die Zusammenarbeit mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Berufsgruppen angewiesen. Daher gaben 90% der Befragten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst an, selten bis nie bei der Arbeit gestört zu werden. Mit 46% ist aber der Anteil derjenigen, die in der Arbeit starker Hetze und Zeitdruck ausgesetzt sind, recht hoch. Der Umfang der Arbeitsmenge führt jedoch weit seltener dazu, dass sich die Beschäftigten zu Abstrichen bei der Arbeitsqualität gezwungen sehen (15%). Vergleichsweise positive Ergebnisse sind auch für den Bereich der emotionalen Anforderungen zu konstatieren. So werden 95% der Beschäftigten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst den eigenen Angaben zufolge selten bis nie herablassend oder unwürdig behandelt. Lediglich 18% sehen sich gezwungen, ihre Gefühle zu verbergen. Die Anforderung, die eigenen Gefühle kontrollieren zu müssen, tritt vor allem im direkten Kontakt mit Kunden, Patienten oder Klienten auf.

Die folgende Tabelle fasst abschließend zusammen, wie die Arbeits- und Einkommensbedingungen der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaussektor ausfallen.<sup>17</sup>

Tab. 2.2 Zusammenfassung der Teilindizes nach Berufsgruppen

| Zusammenfassung der Teilindizes nach Berufsgruppen |            |                        |
|----------------------------------------------------|------------|------------------------|
|                                                    | Ressourcen | Belastungen            |
|                                                    |            | Einkommen / Sicherheit |
| Ärztlicher Dienst                                  | -          | Ø                      |
| Pflegedienst                                       | Ø          | -                      |
| Funktionsdienst                                    | +          | Ø                      |
| medizinisch-technischer Dienst                     | ++         | Ø                      |
| Verwaltungsdienst                                  | -          | ++                     |
| Wirtschafts- und Versorgungsdienst                 | --         | Ø                      |

Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Die Arbeitsbedingungen des ärztlichen Dienstes sind in erster Linie durch die sehr guten Einkommensbedingungen und Berufsperspektiven gekennzeichnet. Für den Pflegedienst ist es typisch, dass die Belastungen für die Beschäftigten im Vergleich zur Branche sehr hoch ausfallen. Im Funktionsdienst entsprechen die Arbeits- und Einkommensbedingungen von allen Berufsgruppen am ehesten denen des gesamten Krankenhaussektors. Die Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst verfügen sowohl über eine vergleichsweise gute Ressourcenausstattung als auch über deutlich geringere Belastungen als in der Branche üblich. Deutlich weniger Belastungen als im Branchenschnitt kennzeichnen auch die Arbeitsbedingungen im Verwaltungsdienst. Schließlich kann für die Beschäftigten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst konstatiert werden, dass sie insgesamt über die schlechteste Ausstattung mit den zur Arbeit notwendigen Ressourcen verfügen.

II.3 Weitere Befunde

Neben den Fragen, aus denen sich der Indexwert errechnet, wurden den Beschäftigten einige weitere Fragen gestellt, aus denen sich zusätzliche Erkenntnisse zur Arbeitssituation im Krankenhaussektor ableiten lassen.

<sup>17</sup> Deutliches Übergewicht von Dimensionen mit überdurchschnittlichen Indexwerten > ++  
Geringfügiges Übergewicht von Dimensionen mit überdurchschnittlichen Indexwerten > +  
Dimensionen mit über- und unterdurchschnittlichen Indexwerten halten sich die Waage > Ø  
Geringfügiges Übergewicht von Dimensionen mit unterdurchschnittlichen Indexwerten > -  
Deutliches Übergewicht von Dimensionen mit unterdurchschnittlichen Indexwerten > --

II.3.1 Hinweise auf die Arbeitszufriedenheit in der Branche

Die Arbeitszufriedenheit hat einen unmittelbaren Einfluss darauf, mit welcher Einstellung die Beschäftigten an ihre Arbeit herangehen. Dies hat nicht zuletzt Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung in den Krankenhäusern und darauf, wie lange die Beschäftigten in ihren Berufen arbeiten.

Um die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Befragten abbilden zu können, wurden die Antworten auf Fragen nach der derzeitigen Arbeitssituation, nach den Veränderungsmöglichkeiten und nach der Absicht, den Arbeitgeber zu wechseln, zusammengefasst und in Anlehnung an Bruggemann et al. (1975) und Bruggemann (1976) wie folgt typisiert und operationalisiert (Fuchs 2006).

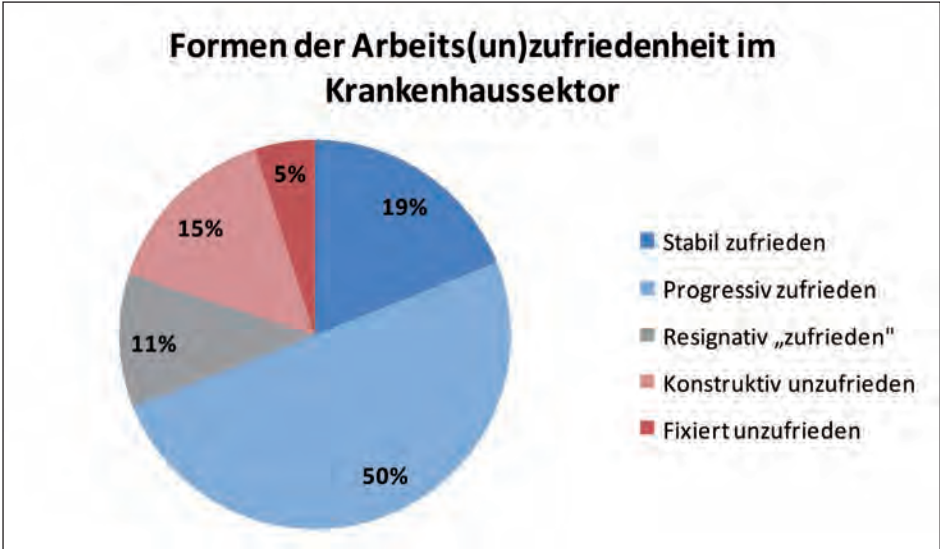
Abb. 2.11 Formen der Arbeits(un)zufriedenheit

| Formen der Arbeits(un)zufriedenheit |                                                                                                                        |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zustimmung zu den Aussagen:         |                                                                                                                        |
| Stabile Arbeitszufriedenheit        | ➤ Ich bin im Moment mit meiner Arbeitsstelle sehr zufrieden und hoffe, dass alles so bleibt wie es ist.                |
|                                     | ➤ Ich sehe im Moment nicht die Notwendigkeit, irgendetwas an meinem Arbeitsplatz zu verbessern.                        |
|                                     | ➤ Ich beabsichtige keinen Arbeitgeberwechsel.                                                                          |
| Progressive Arbeitszufriedenheit    | ➤ Ich kann mit meinem Arbeitsplatz zufrieden sein, aber ich möchte die Arbeitssituation noch weiter verbessern.        |
|                                     | ➤ Ich versuche selbst bzw. gemeinsam mit anderen, meine Arbeitssituation zu verbessern.                                |
|                                     | ➤ Ein Arbeitgeberwechsel ist möglich.                                                                                  |
| Resignative Arbeitszufriedenheit    | ➤ Früher wäre ich mit diesem Arbeitsplatz nicht zufrieden gewesen, aber man muss froh sein, überhaupt Arbeit zu haben. |
|                                     | ➤ Ich sehe derzeit keine Möglichkeiten, meine Arbeitssituation zu verbessern.                                          |
|                                     | ➤ Ein Arbeitgeberwechsel ist möglich.                                                                                  |
| Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit | ➤ Ich bin mit meiner Arbeitsstelle derzeit unzufrieden.                                                                |
|                                     | ➤ Ich versuche selbst bzw. gemeinsam mit anderen, meine Arbeitssituation zu verbessern.                                |
|                                     | ➤ Ein Arbeitgeberwechsel ist möglich.                                                                                  |
| Fixierte Arbeitsunzufriedenheit     | ➤ Ich bin mit meiner Arbeitsstelle derzeit unzufrieden.                                                                |
|                                     | ➤ Ich sehe derzeit keine Möglichkeiten, meine Arbeitssituation zu verbessern.                                          |

Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

19% der Beschäftigten waren zum Befragungszeitpunkt mit dem eigenen Arbeitsplatz „stabil zufrieden“. Ein Fünftel der Teilnehmer/innen zeigte sich demgegenüber unzufrieden mit der derzeitigen Arbeitssituation (15% konstruktiv unzufrieden + 5% fixiert unzufrieden). Fasst man die konstruktiv Unzufriedenen und die progressiv Zufriedenen (50%) zusammen, dann sind insgesamt knapp zwei Drittel aller Beschäftigten im Krankenhaussektor bereit, aktiv an einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen mitzuwirken.

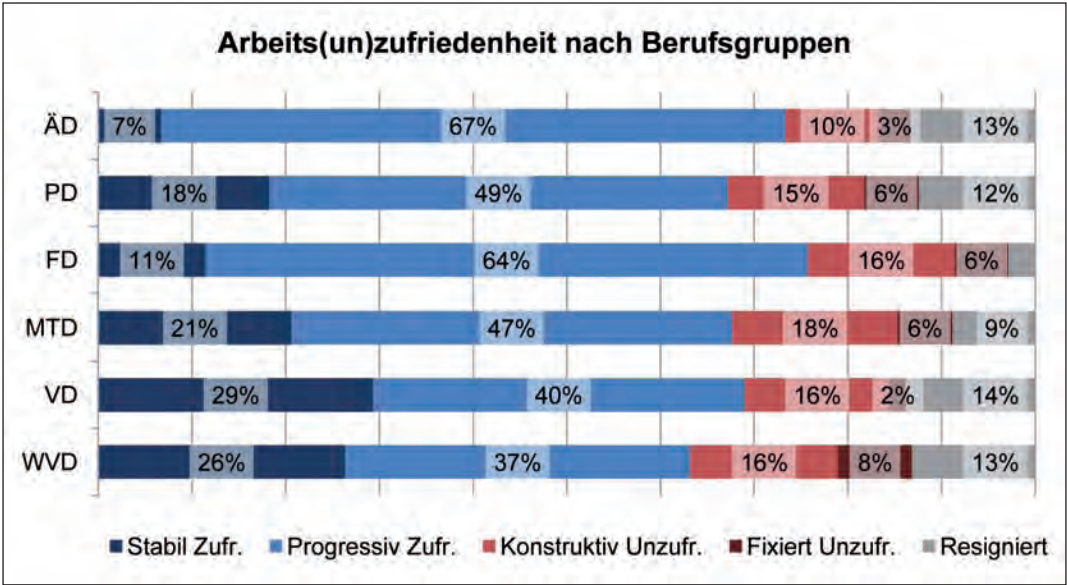
Abb. 2.12 Arbeits(un)zufriedenheit im Krankenhaussektor



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Es wird angenommen, dass auch die Arbeitszufriedenheit in den einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich ausfällt.

Abb. 2.13 Arbeits(un)zufriedenheit nach Berufsgruppen



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Zunächst macht die Grafik deutlich, dass in der Berufsgruppe **Verwaltungsdienst** die Anteile „stabiler Zufriedenheit“ am höchsten (29%) und die „fixierter Unzufriedenheit“ am geringsten (2%) ausfällt. Der Befund deckt sich mit den Ergebnissen der vorangegangenen Analyse, wonach der Verwaltungsdienst insbesondere durch unterdurchschnittliche Belastungen und durch eine vergleichsweise höhere Zufriedenheit mit der Einkommenssituation gekennzeichnet ist. Der dennoch relativ große Anteil resignierter Beschäftigter (14%) kann als ein weiterer Hinweis darauf gewertet werden, dass sich die Arbeitsbedingungen in der Verwaltung meist nur im Vergleich zu den Beschäftigten im weißen Bereich positiv abheben. Das absolute Ergebnis liegt jedoch nicht im Bereich „Gute Arbeit“.

Den geringsten Anteil an „stabil Zufriedenen“ weist die Berufsgruppe **ärztlicher Dienst** auf (7%). Gleichwohl haben hier 76% der Befragten ein Interesse an einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und sind bereit, sich aktiv daran zu beteiligen (progressive Arbeitszufriedenheit und konstruktive Unzufriedenheit). Dieser Befund deckt sich ebenfalls mit den zuvor gewonnenen Erkenntnissen, wonach im ärztlichen Dienst zwar außerordentlich gute Einkommensbedingungen bestehen, es aber gerade im Bereich der Ressourcen und der Arbeitsintensität deutliche Defizite bzw. Verbesserungsmöglichkeiten gibt.

Die größte Bereitschaft, für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen einzutreten, existiert bei den Beschäftigten des **Funktionsdienstes**. Hier beträgt der Anteil der progressiv Zufriedenen und der konstruktiv Unzufriedenen zusammengekommen 80%. 11% der Beschäftigten fallen schließlich in die Kategorie der stabilen Arbeitszufriedenheit, und mit nur 6% ist hier der Anteil resignierter Beschäftigter am geringsten.

Im **Wirtschafts- und Versorgungsdienst** findet sich trotz der schlechten Bewertungen im Bereich der körperlichen Anforderungen, des Einkommens und der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten mit 26% ein relativ hoher Anteil an stabil zufriedenen Beschäftigten. Weitere 53% der Beschäftigten sind zudem bereit, sich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen einzusetzen. Schließlich sind den Kategorien „progressive Arbeitszufriedenheit“ und „konstruktive Arbeitsunzufriedenheit“ über die Hälfte der Beschäftigten zuzuordnen.

### II.3.2 Präsentismus

Mit einiger Sicherheit kann davon ausgegangen werden, dass es negative Auswirkungen auf die zukünftige Gesundheit der Beschäftigten hat, wenn sie krank zur Arbeit gehen (Steinke / Badura 2011), vor allem wenn ihnen ein Arzt hiervon ausdrücklich abgeraten hat.<sup>18</sup> Präsentismus<sup>19</sup> ist in Deutschland relativ weit verbreitet. In entsprechenden Studien geben ca. drei Viertel der Befragten an, im Laufe eines Jahres mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen zu sein. Die Gründe für Präsentismus sind vielfältig und können sowohl im persönlichen Bereich (Alter, Geschlecht etc.) als auch im Arbeitsumfeld (Stress, Unternehmenskultur, Arbeitsplatzsicherheit) liegen. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis, dass der Beruf einen wesentlichen Einfluss darauf hat, wie „anfällig“ die Beschäftigten für Präsentismus sind. So sind es vor allem Beschäftigte in personenbezogenen Dienstleistungen, insbesondere Lehrer/innen sowie Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen, die eine erhöhte Neigung haben, auch krank arbeiten zu gehen. Die Gründe hierfür scheinen einerseits im sehr hohen Stellenwert sozialer Beziehungen in diesen Tätigkeitsfeldern zu liegen, andererseits aber auch im Zusammenhang mit einem Anstieg von arbeitsbezogenem Stress in diesen Arbeitsbereichen zu stehen.

Die Sonderauswertung zur Arbeitssituation Krankenhausbeschäftigter bestätigt diese Befunde: Auf die Frage, wie häufig die Beschäftigten in den vergangenen 12 Monaten krank zur Arbeit gegangen sind, gab nur jede/r fünfte Befragte an, dies nie getan zu haben. Mehr als jede/r Zweite dagegen ging trotz Erkrankung mindestens zweimal in den letzten 12 Monaten arbeiten, weitere 27% erschienen innerhalb eines Jahres einmal krank am Arbeitsplatz.

**Abb. 2.14** Krank zur Arbeit



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

<sup>18</sup> Ausgenommen hiervon sind natürlich manche Krankheiten, bei denen es für den Genesungsprozess vorteilhaft sein kann, wenn die Betroffenen arbeiten gehen (Steinke / Badura 2011). Die folgenden Ausführungen nehmen, wenn nicht anders ausgewiesen, auf Steinke und Badura 2011 Bezug.

<sup>19</sup> „Präsentismus“ ist ein Konzept, „welches das Verhalten von Menschen beschreibt, trotz Beschwerden oder eines schlechten Gesundheitszustands auch dann zur Arbeit zu erscheinen, wenn man eigentlich zu Hause bleiben sollte“ (Jansen 2011, S. 23).

Immerhin ist die Bereitschaft, sich Medikamente verschreiben zu lassen, um arbeiten gehen zu können, etwas geringer ausgeprägt. Über die Hälfte der Befragten gab an, dies in den vergangenen 12 Monaten nie getan zu haben. 18% der befragten Beschäftigten dagegen griffen einmal, weitere 25% mindestens zweimal zu Medikamenten, um arbeitsfähig zu sein.

**Abb. 2.15** Fit für die Arbeit



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Interessante Unterschiede im Umgang mit der eigenen Arbeitsunfähigkeit ergaben sich zwischen den Professionen. In der Grafik ist jeweils der Anteil derjenigen Befragten innerhalb der Berufsgruppen dargestellt, der mindestens zweimal in den vorangegangenen 12 Monaten krank zur Arbeit gegangen ist oder sich Medikamente verschreiben ließ, um fit für die Arbeit zu sein.

**Abb. 2.16** Krankheit und Berufsgruppen



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

Interessanterweise ist die Bereitschaft, krank zur Arbeit zu gehen bzw. sich Medikamente verschreiben zu lassen, im **Wirtschafts- und Versorgungsdienst** am größten. So gaben 62% der Befragten in dieser Berufsgruppe an, in den letzten 12 Monaten mindestens zwei Mal krank zur Arbeit gegangen zu sein. 33% ließen sich mindestens zweimal innerhalb der letzten 12 Monate ein Medikament verschreiben, um zur Arbeit gehen zu können. Eine Erklärung für diesen vergleichsweise hohen Anteil könnte darin bestehen, dass hier überdurchschnittlich viele Beschäftigte nur über befristete Arbeitsverträge verfügen.<sup>20</sup> Bei diesen Personen ist die Angst, den Arbeitsplatz z.B. aufgrund zu vieler Fehlzeiten zu verlieren, deutlich stärker ausgeprägt als bei Beschäftigten mit unbefristeten Verträgen.<sup>21</sup>

Im **ärztlichen Dienst und in der Pflege** ging mit 60% bzw. 55% ebenfalls eine Vielzahl der Beschäftigten in den letzten 12 Monaten mehrmals krank zur Arbeit. Ein Abgleich der Studienergebnisse zu den Gründen von Präsentismus (eine Übersicht findet sich bei Steinke / Badura 2011) mit unseren Befunden legt die Vermutung nahe, dass die hohen Anteile von Präsentisten in diesen beiden Berufsgruppen auf die Art der Tätigkeit (personennahe Dienstleistungen, hoher Sinngehalt in der Arbeit), auf die Rücksichtnahme auf Kolleginnen und Kollegen (große Kollegialität bei gleichzeitig hoher Arbeitsintensität) und möglicherweise auch auf das Pflichtbewusstsein der Beschäftigten zurückzuführen ist. Im ärztlichen Dienst könnte in diesem Zusammenhang auch das berufliche Selbstbild eine gewisse Rolle spielen.<sup>22</sup> Demnach fällt es Ärztinnen und Ärzten besonders schwer, sich eigene Erkrankungen einzugestehen und diese zu akzeptieren, weil es nicht ins Bild eines Arztes passt, der – im Unterschied zu seinen Patientinnen und Patienten – gesund zu sein hat (vgl. etwa Resch / Hagge 2003).

### II.3.3 Arbeitsfähigkeit bis zum Ruhestand

Insgesamt stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich aus der Arbeitsunzufriedenheit bzw. aus den teilweise schlechten Arbeitsbedingungen in der Branche ergeben können. Eine mögliche Antwort liefert die Frage danach, ob sich die Beschäftigten vorstellen können, ihre derzeitige Tätigkeit bis ins Rentenalter auszuüben. Lediglich 34% zeigen sich diesbezüglich optimistisch, dagegen gehen 52% der Befragten davon aus, das Rentenalter unter den gegebenen Anforderungen in der jetzigen Tätigkeit nicht zu erreichen, und die verbleibenden 14% können keine Einschätzung abgeben.

Die folgende Grafik stellt dieses Ergebnis differenzierter dar. Die gewählten Unterscheidungsmerkmale gehen auf die bisherigen Analysen und Interpretationen zurück. Bei den ersten beiden Balken der Grafik sind die Beschäftigten danach aufgeteilt, ob sie eher über viele (Indexwerte  $\geq 50$ ) oder eher über wenige Ressourcen (Indexwerte  $< 50$ ) verfügen.

<sup>20</sup> Der Anteil befristet Beschäftigter im Wirtschafts- und Versorgungsdienst beträgt 21% (Branche 12%).

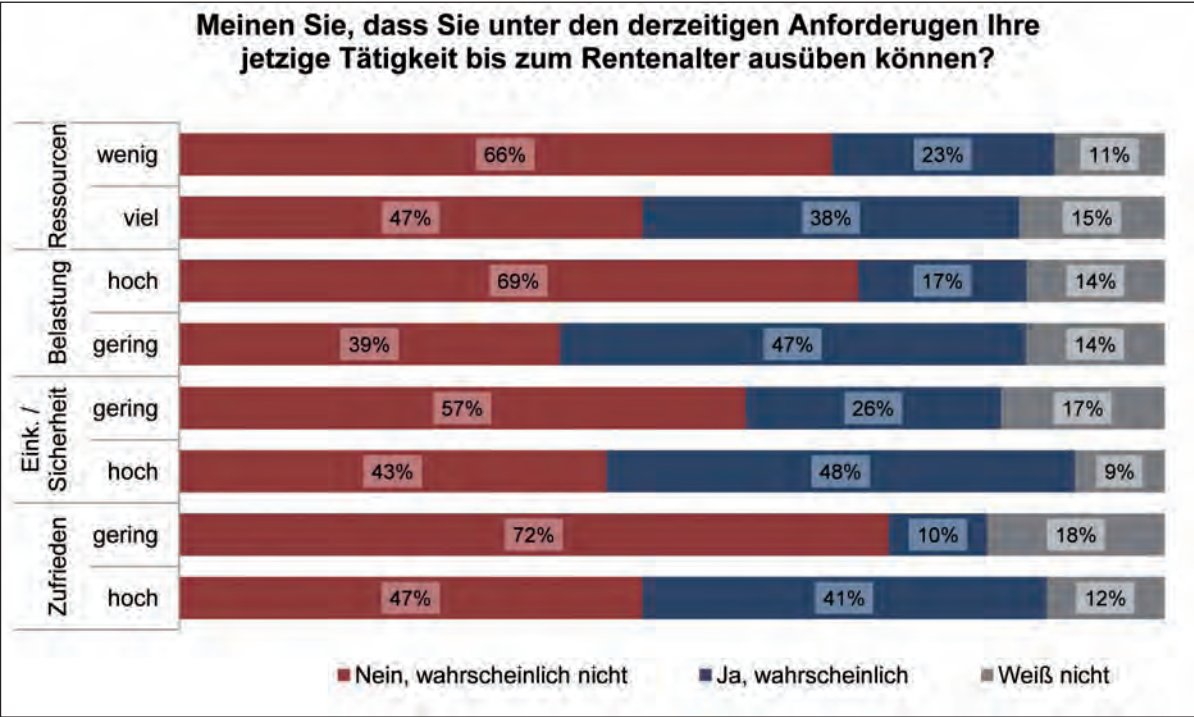
<sup>21</sup> Der formulierte Zusammenhang ist statistisch höchst signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit  $< 1\%$ ).

<sup>22</sup> Resch und Hagge (2003, S. 47f) benennen die „Immer währende Gesundheit“ als einen von mehreren Bestandteilen des ärztlichen Selbstbildes.

Von den Befragten mit wenigen Ressourcen gehen zwei Drittel davon aus, dass sie ihre momentane Tätigkeit nicht bis ins Rentenalter ausüben können. Bei den Befragten mit vielen Ressourcen fällt dieser Anteil mit 47% deutlich geringer aus.

Die Unterteilung nach dem Ausmaß der Belastungen zeigt ein ähnliches Bild. Von den Befragten mit hohen Belastungen (Indexwerte <50) gehen 69% davon aus, dass sie nicht bis zur Rente durchhalten. Der Anteilswert der Befragten mit geringen Belastungen beträgt demgegenüber 39%.

Abb. 2.17 Arbeitsfähigkeit bis zur Rente



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

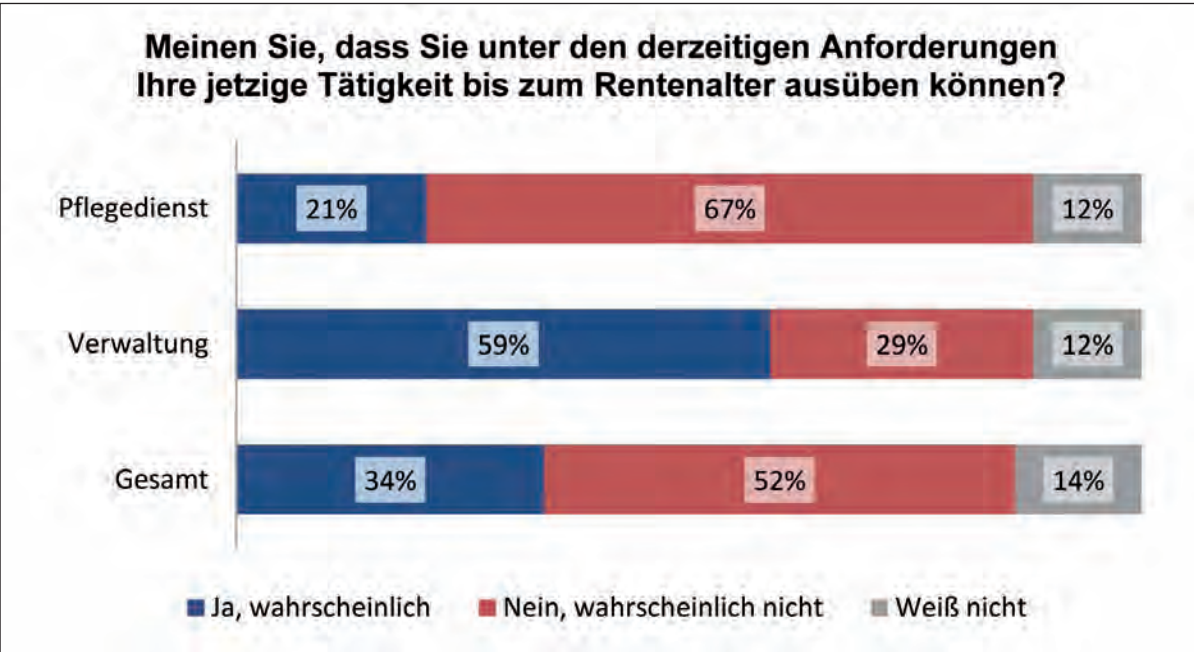
Das dritte Balkenpaar zeigt die Unterteilung der Beschäftigten danach, ob sie im Bereich Einkommen / Sicherheit eher in einer komfortablen (Indexwerte ≥50) oder weniger komfortablen Situation (Indexwerte <50) sind. Von den Befragten mit geringem Einkommen bzw. geringer Sicherheit sind 57% skeptisch, was das Ausüben ihrer derzeitigen Tätigkeit bis ins Rentenalter betrifft. Unter den Befragten mit hohem Einkommen bzw. hoher Sicherheit fällt dieser Anteil mit 43% deutlich kleiner aus.

Zuletzt stehen die Beschäftigten mit einer hohen Arbeitszufriedenheit denjenigen mit einer geringen Arbeitszufriedenheit gegenüber.<sup>23</sup> Knapp drei Viertel (72%) der Befragten mit geringer Arbeitszufriedenheit gehen nicht davon aus, ihre jetzige Tätigkeit bis ins Rentenalter ausüben zu können. Und selbst unter den zufriedenen Arbeitnehmer/innen im Krankenhaussektor teilt knapp jede/r Zweite (47%) diese Einschätzung.

<sup>23</sup> Für diese Unterteilung wurden die stabil und progressiv Zufriedenen sowie die konstruktiv und fixiert Unzufriedenen zusammengefasst.

Unterschiede in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bis zur Rente ergeben sich auch in der Differenzierung nach Berufsgruppen. Besonders deutlich werden sie im Vergleich der Pflege und der Verwaltung. Im Pflegedienst ist der Anteil der Beschäftigten, die davon ausgehen, bis zum Rentenalter ihrer derzeitigen Tätigkeit nachgehen zu können, mit 21% deutlich geringer als in der Verwaltung, wo 59% der Beschäftigten sich diesbezüglich zuversichtlich zeigen.

Abb. 2.18 Arbeitsfähigkeit bis zur Rente und Berufsgruppen



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010, Input Consulting

### Teil III: Zusammenfassung

44% schlechte und nur 9% gute Arbeit, das ist die Bilanz der Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit 2009/2010 für die Krankenhausbeschäftigten. Es ist erstaunlich und erfreulich zugleich, dass sich die Mehrheit der Beschäftigten dennoch nicht resignierend mit der Situation abfindet. Im Gegenteil sind knapp zwei Drittel der befragten Krankenhausmitarbeiter/innen bereit, sich aktiv an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu beteiligen. Weitere 19% zeigen sich bereits heute mit ihrer Arbeitssituation alles in allem zufrieden.

Ein wesentliches Motivationsmoment dürfte darin zu finden sein, dass die meisten Beschäftigten ihrer Arbeit einen hohen gesellschaftlichen Wert zusprechen und ihre Tätigkeit als sinnvoll begreifen. Des Weiteren wird die Arbeit im Krankenhaus bei den meisten der befragten Beschäftigten von guten sozialen Kontakten im Kollegenkreis begleitet, so dass sie sich der Hilfe und Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen bei Bedarf sicher sein können. Beide Aspekte des Arbeitserlebens dürften vor allem auch bei der Arbeit im Krankenhaus angesichts der recht hohen arbeitsimmanenten Belastungen als Puffer wirken.

Eines der größten Probleme im Krankenhausbereich stellt die Arbeitsintensität dar. Im Zuge der Einführung des DRG-Systems verkürzten sich die Liegezeiten stark, während sich die Patientenfallzahlen erhöhten. Gleichzeitig hatte die finanzielle Mittelknappheit zur Folge, dass trotz der steigenden Anforderungen in vielen Bereichen kein Personal aufgebaut, sondern häufig sogar noch abgebaut wurde. So hat sich die Situation für nahezu alle Beschäftigtengruppen im Klinikbereich deutlich verschärft und schlägt sich in nahezu durchgängig schlechten Bewertungen der Dimension „Arbeitsintensität“ nieder. Hinzu kommt vor allem in den patientennahen Tätigkeiten die Anforderung, in der Interaktion mit kranken Menschen die eigenen Gefühle beherrschen zu müssen, um den Heilungsprozess nicht zu gefährden (Nerdinger / Röper 1993). Einen Niederschlag dieses Belastungsmoments findet sich in der vergleichsweise schlechten Bewertung der Dimension „emotionale Anforderungen“ in diesen Berufsgruppen. In vielen Bereichen wie dem Pflegedienst und dem Wirtschafts- und Versorgungsdienst ist die Tätigkeit noch zusätzlich durch starke körperliche Anforderungen wie schwere körperliche Arbeit und einseitige körperliche Belastungen geprägt.

Die hohen Anforderungen finden mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes jedoch kaum Niederschlag in einer entsprechenden finanziellen Entlohnung. So schneidet die Dimension „Einkommen“ in der Sonderauswertung Krankenhäuser denn auch im nicht-ärztlichen Bereich mit durchschnittlich 33 von 100 Punkten ab, im ärztlichen Dienst kommt diese Dimension dagegen auf durchschnittlich 63 Punkte. Es ist der Begleitstudie zufolge nicht auszuschließen, dass die Einkommenslücke zwischen den Klinikärzten und dem nicht-ärztlichen Personal negative Auswirkungen auf den sozialen Frieden in den Kliniken und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen haben kann. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Beschäftigten in nicht-ärztlichen Bereichen das Gefühl haben, finanzielle Zugeständnisse an die Ärzteschaft erfolgten auf ihre Kosten.

Die vielfach schlechten Arbeitsbedingungen, besonders die mit der Arbeit verbundenen Belastungen, lassen es für jede/n zweiten befragten Beschäftigten unwahrscheinlich erscheinen, unter den derzeitigen Anforderungen bis zur Rente durchhalten zu können – ein deutliches Warnsignal. Schließlich treten vor allem in Bereichen, in denen die körperlichen und / oder psychischen Belastungen hoch sind, gehäuft Arbeitsunfähigkeit und gesundheitlich bedingte Leistungseinschränkungen auf, die sich nur durch ein entsprechendes betriebliches Gesundheitsmanagement begrenzen lassen. Die steigende Arbeitsintensität ebenso wie der Druck auf die Löhne und das damit häufig verbundene relativ niedrige Lohnniveau vieler Krankenhausbeschäftigter sind meist Ausdruck einer starken Unterfinanzierung der Kliniken, deren zentrale Überlebensstrategie in der Eindämmung und Senkung der Kosten zu bestehen scheint. So kam es in den vergangenen Jahren vermehrt zu Auslagerungen von Tätigkeiten, die nicht zum Kerngeschäft der Krankenhäuser gerechnet werden wie beispielsweise Reinigung und Küche oder zur Ausgliederung in Tochtergesellschaften, in denen keine Tarifbindung besteht.

Wenig verwunderlich ist es daher, dass sich die Beschäftigten im Wirtschafts- und Versorgungsdienst im Rahmen der Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit zur Arbeitssituation Krankenhausbeschäftigter 2009/2010 als stark verunsichert erweisen. Die qualitative Begleitstudie ergab überdies, dass in den Kliniken vermehrt über Optimierungsmöglichkeiten von Arbeitsabläufen (z.B. auch durch den Einsatz von IT) nachgedacht wurde, um die Produktivität zu erhöhen und die Beschäftigten zu entlasten – nicht immer mit Erfolg. Auch wenn die Krankenhäuser vor der Herausforderung standen, ihr wirtschaftliches Überleben in einem zunehmenden Wettbewerb zu sichern, so gelang es den Kliniken unterschiedlich gut, den Beschäftigten trotz der Umstrukturierungen eine gewisse Sicherheit zu vermitteln. Dies äußerte sich in relativ großen Differenzen bei der Bewertung der Dimensionen „Betriebskultur“ und „Berufliche Zukunftsaussichten / Arbeitsplatzsicherheit“. Entscheidend war u.a. der Grad an Transparenz bei der Planung und Umsetzung der Veränderungsprozesse und den damit verbundenen, auch längerfristigen (strategischen) Zielen ebenso wie ein zielgerichtetes, strukturiertes Vorgehen. Leider scheinen Kliniken es selten zu verstehen, die Expertise der Beschäftigten zu nutzen und sie in die Veränderungsprozesse einzubinden – nicht nur, um vom Wissen der Beschäftigten zu profitieren - sondern auch, um durch Beteiligung die Akzeptanz in der Belegschaft zu erhöhen.

Es ist kaum davon auszugehen, dass in den kommenden Jahren der finanzielle Druck auf die Branche nachlassen wird. Gleichzeitig jedoch zeigen die bisherigen Ausführungen auch, dass die Lage vieler Krankenhausbeschäftigter angesichts der hohen Belastungen und meist eher niedrigen finanziellen Vergütung als äußerst kritisch bezeichnet werden kann. Das lässt nur den einen Schluss zu: Die Arbeitsbedingungen im Krankenhaussektor müssen verbessert werden, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der dort Beschäftigten zu erhalten und eine gute Patientenversorgung gewährleisten zu können. Denn nur gesunde und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Lage, ihre Arbeitsaufgabe umfassend und zufriedenstellend zu erfüllen. Die Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten darf nicht auf Kosten der Gesundheit Krankenhausbeschäftigter erfolgen.

## Literatur

**Arbeitszeitgesetz (ArbZG):** v. 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170, 1171), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes v. 15. Juli 2009 (BGBl. I S. 1939).

**Beermann, B. / Ertel, M. / Freude, G. / Höpfner, I. / Heinze, W. / Junghanns, G. / Kamps, H.-H. / Koßmann, J. / Kuhn, K. / Lazarus, H. / Müller-Arnecke, H. / Richter, G. / Tatusch, W. / Ullsperger, P. / Weißgerber, B. / Zeller, I. (2001):** Stress im Betrieb? Handlungshilfen für die Praxis.

**Beermann, B. (2008):** Nacht- und Schichtarbeit – ein Problem der Vergangenheit? Blättner, B. / Michelsen, K. / Sichtung, J. / Stegmüller, K. (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. Dortmund, Berlin, Dresden.

**Blättner, B. / Michelsen, K. / Sichtung, J. / Stegmüller, K. (2005):** Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. Dortmund, Berlin, Dresden.

**Blum, K. / Löffert, S. / Offermanns, M. / Steffen, P. (2010):** Krankenhaus Barometer 2010. Quelle (Stand 10.05.2011): <http://www.dki.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202010.pdf>

**Böhlke, N. / Schulten, T. (2008):** Unter Privatisierungsdruck. In: Hans Böckler Stiftung (Hrsg.): Mitbestimmung. Ausgabe 06/2008: Arbeiten in der Gesundheitsbranche. Wo bleibt die Menschlichkeit? S. 24-27.

**Braun, B. / Buhr, P. / Klinke, S. / Müller, R. / Rosenbrock, R. (2009):** Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität. In: Rau, F. / Roeder, N. / Hensen, P. (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart, S. 61-73.

**Braun, B. / Buhr, P. / Klinke, S. / Müller, R. / Rosenbrock, R. (2011):** Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008. artec-paper Nr. 173.

**Bruggemann, A. / Groskurth, P. / Ulich, E. (1975):** Arbeitszufriedenheit. Bern.

**Bruggemann, A. (1976):** AZK – Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit. Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 30, S. 71-75.

**Büssing, A. / Glaser, J. (1993):** Interaktionsarbeit. Konzept und Methode der Erfassung im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 53 (25 NF) 1993/3, S. 164-173.

**Büssing, A. / Glaser, J. (2003):** Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In: Ulich, E. (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 111-150.

**Bundesministerium der Justiz (o. J.):** Krankenhaus-Buchführungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1045), die zuletzt durch Artikel 13 Absatz 1 des Gesetzes vom 25. Mai 2009 (BGBl. I S. 1102) geändert worden ist (online: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khbv/gesamt.pdf> - aufgerufen am 31.01.2011).

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2011):** KHG-Investitionsförderung im Jahr 2010. [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/56/aid/8278/title/KHG-Investitionsfoerderung\\_im\\_Jahr\\_2010](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/56/aid/8278/title/KHG-Investitionsfoerderung_im_Jahr_2010) (aufgerufen 29.08.2011)

**Encke, A. (2009):** Zwischenbilanz aus der Sicht der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. In: Rau, F. / Roeder, N. / Hensen, P. (Hrsg.): Auswirkungen der DRG Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart, S. 37-40.

**Fuchs, T. (2006):** Was ist Gute Arbeit? Anforderungen aus Sicht von Erwerbstätigen. Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Untersuchung, INQA-Bericht Nr. 19, Dortmund/Berlin/Dresden.

**Fürstenberg, T. / Laschat, M. / Zich, K. / Klein, S. / Gierling, P. / Nolting, H.-D. / Schmidt, T. (2011):** G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK).

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes:** (online: <http://www.gbe-bund.de/> aufgerufen am 31.01.2011 und 15.08.2011).

**Giesenbauer, B. / Glaser, J. (2006):** Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle. In: Böhle, F. / Glaser, J. (Hrsg.): Interaktion in der Arbeit – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden, S. 59-83.

**Grabbe, Y. / Nolting, H.-D. / Loos, S. (2005):** DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems.

**Isfort, M. / Weidner, F. (2009):** DRG-Einführung in der pflegewissenschaftlichen Betrachtung. In: Rau, F. / Roeder, N. / Hensen, P. (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart, S. 74-88.

**Isfort, M. / Weidner, F. (2010):** Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus (online: [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip\\_Pflege-Thermometer\\_2009.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf) - aufgerufen am 31.01.2011).

**Jansen, M. (2011):** Krank arbeiten statt gesund pflegen. Präsentismus im Krankenhaus. Bern.

**Keller, B. / Seifert, H. (2006):** Atypische Beschäftigungsverhältnisse: Flexibilität, soziale Sicherheit und Prekarität. In: WSI Mitteilungen 5/2006, S. 235-240.

**Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2008):** Grünbuch über Arbeitskräfte des Gesundheitswesens in Europa. Brüssel.

**Müller, M.-L. (2009):** Zwischenbilanz aus Sicht des Deutschen Pflegerats. In: Rau, F. / Roeder, N. / Hensen, P. (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart, S. 32-36.

**Nerdinger, F. W. / Röper, M. (1993):** Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 53 (25 NF) 1993/3, S. 187-193.

**PIQUE (2009):** Privatisation of public services and the impact on quality, employment and productivity (PIQUE). Summary report. Vienna.

**Resch, M. / Hagge, M. (2003):** Ärztesundheit – ein lang vernachlässigtes Thema. In: Ulich, E. (Hrsg.): Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S. 37-57.

**Rieder, K. (2003):** Seiner eigenen Identität verhaftet sein. Zum Machttypus der Subjektivierung in der Krankenpflege. In: Moldaschl, M. / Voß, G. G. (Hrsg.): Subjektivierung von Arbeit. München und Mering, S. 193-210.

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):** Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Kurzfassung. <http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf> (aufgerufen am 31.01.2011)

**Schubert, M. / Schaffert-Witvliet, B. / De Geest, S. (2005):** Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ergebnisse von Patienten und Pflegefachpersonen. Eine Literaturübersicht. In: Pflege 2005; 18: 320-328.

**Simon, M. (2008a):** Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme. Studie für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

**Simon, M. (2008b):** Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Hannover.

**Statistisches Bundesamt (2011a):** Gesundheit. Ausgaben 1995 bis 2009. Fachserie 12 Reihe 7.1.2.

**Statistisches Bundesamt (2011b):** Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser. 2009. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.

**Statistisches Bundesamt (2011c):** Krankenhäuser. Einrichtungen, Betten, Patientenbewegung. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Content100/KrankenhaeuserJahre,templateId=renderPrint.psml> (aufgerufen am 22.08.2011)

**Statistisches Bundesamt (2011d):** Mikrozensus. Abhängige Erwerbstätige. Deutschland, Jahre, Beschäftigungsumfang, Geschlecht. [https://www.genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=3B83CE8CB186201865BF3DEE877C4845.tomcat\\_GO\\_1\\_1?operation=abruftabellenVerzeichnis](https://www.genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=3B83CE8CB186201865BF3DEE877C4845.tomcat_GO_1_1?operation=abruftabellenVerzeichnis) (aufgerufen am 23.08.2011)

**Steinke, M. / Badura, B. (2011):** Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung.

**Stemmer, R. / Böhme, H. (2008):** Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. In: Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008, Heft 3, S. 197-215.

**Udris, I. / Kraft, U. / Mussmann, C. / Rimann, M. (1992):** Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: Psychosozial 15. Jg. Heft IV (Nr. 52), S. 9-22.

**Ver.di (2009):** Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe. Beschluss des Bundesfachbereichsvorstands Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen vom 30. April 2009.

**Wanger, S. (2011):** Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit. Viele Frauen würden gerne länger arbeiten. IAB-Kurzbericht 9/2011.

**Wirtz, A. / Nachreiner, F. / Beermann, B. / Brenscheidt, F. / Siefer, A. (2008):** Lange Arbeitszeiten und Gesundheit. <http://www.baua.de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel20.,xv=vt.pdf> (abgerufen am 31.08.2011)

Anhang

Anlage A Zusammensetzung der Berufsgruppen nach StBA

| Zusammensetzung der Berufsgruppen |                       |                                                                     |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Berufsgruppe                      | Schlüssel (StBA 1992) | Berufsbezeichnung (Stat. BA 1992)                                   |
| Ärztlicher Dienst                 | 841                   | Ärzt/e/innen                                                        |
|                                   | 842                   | Zahnärzt/e/innen                                                    |
| Pflegedienst                      | 853                   | Krankenschwestern/-pfleger, Hebammen/Entbindungspfleger             |
|                                   | 854                   | Helfer/innen in der Krankenpflege (inkl. Sanitäter)                 |
| Medizinisch-Technischer Dienst    | 851                   | Heilpraktiker/innen                                                 |
|                                   | 852                   | Masseur/e/innen, Med. Bademeister/innen und Krankengymnast/en/innen |
|                                   | 855                   | Diätassistent/en/innen, Ernährungsfachleute                         |
|                                   | 857                   | Medizinisch-technische Assistenten/innen und verwandte Berufe       |
|                                   | 844                   | Apotheker/innen                                                     |
|                                   | 885                   | Apothekenhelfer/innen                                               |
|                                   | 856                   | Sprechstundenhelfer/innen                                           |
|                                   | 857                   | Medizinallaborant/en/innen                                          |
|                                   | 861                   | Sozialarbeiter/innen, Sozialpfleger/innen                           |
| Verwaltung                        | 782                   | Schreibkräfte, Textverarbeitungsfachleute                           |
|                                   | 783                   | Datentypist/en/innen                                                |
|                                   | 784                   | Bürohilfskräfte                                                     |
|                                   | 823                   | Bibliothekar/e/innen, Archivar/e/innen, Museumsfachleute            |
|                                   | 751                   | Unternehmer/innen, Geschäftsführer/innen, Bereichsleiter/innen      |
|                                   | 753                   | Wirtschaftsprüfer/innen, Steuerberater/innen                        |
|                                   | 762                   | Leitende Verwaltungsfachleute                                       |
|                                   | 771                   | Kalkulator/en/innen, Berechner/innen                                |
|                                   | 772                   | Buchhalter/innen                                                    |
|                                   | 773                   | Kassierer/innen                                                     |
|                                   | 774                   | Datenverarbeitungsfachleute                                         |
|                                   | 781                   | Bürofachkräfte                                                      |

Anlage B Zusammensetzung der Datenbasis DGB-Index Gute Arbeit, Sonderauswertung KH 2009/2010

| Prozentwerte senkrecht                  | Gesamt | Frauen | Männer |
|-----------------------------------------|--------|--------|--------|
| Basis (n, ungewichtet)                  | 395    | 287    | 108    |
| Alter (gruppiert)                       |        |        |        |
| bis 25 Jahre                            | 5      | 5      | 6      |
| 26 bis 35 Jahre                         | 18     | 16     | 23     |
| 36 bis 45 Jahre                         | 25     | 25     | 26     |
| 46 bis 55 Jahre                         | 37     | 39     | 31     |
| 56 Jahre und älter                      | 5      | 15     | 14     |
| Summe                                   | 100    | 100    | 100    |
| Berufsgruppe (gruppiert)                |        |        |        |
| Ärztlicher Dienst                       | 8      | 6      | 11     |
| Pflegedienst                            | 35     | 41     | 18     |
| Funktionsdienst/med.-techn. Dienst      | 26     | 22     | 39     |
| Verwaltung                              | 15     | 16     | 13     |
| Wirtschafts- und Versorgungsdienst      | 10     | 9      | 12     |
| Sonstige                                | 6      | 6      | 7      |
| Summe                                   | 100    | 100    | 100    |
| Beschäftigungsumfang                    |        |        |        |
| Vollzeit (38h/Woche und mehr)           | 63     | 55     | 84     |
| lange Teilzeit (30 bis unter 38h/Woche) | 14     | 16     | 9      |
| Teilzeit (unter 30h/Woche)              | 23     | 29     | 7      |
| Summe                                   | 100    | 100    | 100    |
| Beschäftigungsverhältnis                |        |        |        |
| befristet                               | 12     | 11     | 15     |
| unbefristet                             | 88     | 89     | 85     |
| Summe                                   | 100    | 100    | 100    |

| Aufbau des DGB-Index Gute Arbeit                       |    |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------|----|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Qualifizierungs- & Entwicklungsmöglichkeiten           | 1  | Teilindex Ressourcen               | Was steht Mitarbeiter/innen zur Verfügung, um die Arbeitsaufgaben zu bewältigen und in welchem Maß können Sie Einfluss nehmen?<br><br>Ressourcen sind Teil des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung. |
| Möglichkeiten für Kreativität                          | 2  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Aufstiegsmöglichkeiten                                 | 3  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Einfluss- & Gestaltungsmöglichkeiten                   | 4  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Informationsfluss                                      | 5  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Führungsstil                                           | 6  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Betriebskultur                                         | 7  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Kollegialität                                          | 8  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Sinngehalt der Arbeit                                  | 9  |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Arbeitszeitgestaltung                                  | 10 |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Arbeitsintensität                                      | 11 | Teilindex Belastungen              | Welche wirken von außen auf den Menschen und was bewirken sie - als Beanspruchung - beim Einzelnen?                                                                                                              |
| Emotionale Anforderungen                               | 12 |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Körperliche Anforderungen                              | 13 |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |
| Berufliche Zukunftsaussichten / Arbeitsplatzsicherheit | 14 | Teilindex Einkommen und Sicherheit | Wie sicher ist der Arbeitsplatz? Ist das Einkommen angemessen?                                                                                                                                                   |
| Einkommen                                              | 15 |                                    |                                                                                                                                                                                                                  |

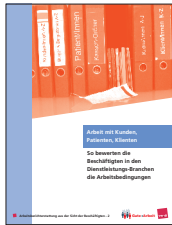
Bereits erschienen: Arbeitsberichterstattung aus der Sicht der Beschäftigten – die ver.di-Reihe.



Nr. 1  
Arbeitsbedingungen in Dienstleistungs-Branchen. Wie die Beschäftigten die Gestaltung der Arbeit beurteilen.  
Dezember 2010



Nr. 3  
Arbeit in Bibliotheken. Wie die Beschäftigten die Qualität der Arbeitsbedingungen in Öffentlichen und Wissenschaftlichen Bibliotheken beurteilen.  
Juni 2011



Nr. 2  
Arbeit mit Kunden, Patienten, Klienten. So bewerten die Beschäftigten in den Dienstleistungs-Branchen die Arbeitsbedingungen.  
Februar 2011



Nr. 4  
Arbeitssetze. So beurteilen die Beschäftigten die Situation in den Dienstleistungs-Branchen  
Juli 2011

Arbeitsberichterstattung aus der Sicht der Beschäftigten – Studien und Materialien



In der Abteilung »Materialien und Studien« der ver.di-Reihe veröffentlicht:  
  
Dr. Dietmar Dathe unter Mitarbeit von Franziska Paul (WZB): Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastungen aus der Sicht von Beschäftigten im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen. Eine Analyse mit dem DGB-Index Gute Arbeit.  
März 2011

Arbeitsberichterstattung aus der Sicht der Beschäftigten – Daten zu Taten



Daten zu Taten  
  
Gemeinsam für Gute Arbeit! Wie Beschäftigte ihre Arbeitsbedingungen beurteilen und verändern  
September 2011

Sämtliche Publikationen zum Download unter [www.verdi-gute-arbeit.de](http://www.verdi-gute-arbeit.de)

Gute Arbeit braucht Organisation:  
[www.verdi-gute-arbeit.de](http://www.verdi-gute-arbeit.de)

Informationen, Praxisberichte, Termine, Wandzeitungen zum Download bietet die Website der ver.di-Initiative. Zum Download sind dort etliche Materialien eingestellt, u.a. die ver.di-Publikationsreihe »Arbeitsbedingungen in Dienstleistungs-Branchen«.

## Das Recht auf Gute Arbeit – der ver.di-Grundsatz

Der Mensch hat ein Recht auf Gute Arbeit. Ein Recht auf eine Arbeit, in der er Wertschätzung und Respekt erfährt. Ein Recht auf Arbeitsbedingungen, die er auch als abhängig Beschäftigter mitgestalten kann. Ein Recht auf eine Arbeitsgestaltung, durch die seine Gesundheit und seine Persönlichkeit gefördert werden. Ein Recht auf ein Arbeitsentgelt, das seiner Leistung gerecht wird und ihm ein Leben in Würde ermöglicht.

Das Recht auf Gute Arbeit hat ver.di in ihrer Grundsatzerklärung 2010 geltend gemacht. Zentral ist der Gedanke: Was gut an den Arbeitsbedingungen ist und was schlecht, das können letztlich nur die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst stichhaltig beurteilen. Denn die Beschäftigten sind die Hauptbetroffenen der Bedingungen, unter denen sie arbeiten, und sie kennen diese besser als Außenstehende.



# Gemeinsam für GUTE ARBEIT

### ■ Impressum

Dezember 2011

**Herausgeber:**

Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft  
Bereich Innovation und Gute Arbeit  
Paula-Thiede-Ufer 10  
10179 Berlin  
[www.verdi-gute-arbeit.de](http://www.verdi-gute-arbeit.de)  
[kontakt@verdi-gute-arbeit.de](mailto:kontakt@verdi-gute-arbeit.de)

**Druck:**

Alsterpaper, Hamburg

**V.i.S.d.P.:**

Anke Thorein