



Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern

Untersuchung im Rahmen des Projekts «Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich (VAP)»

Synthesebericht

Im Auftrag der
Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF)

Kilian Künzi
Marianne Schär Moser

Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS)
Büro für arbeits- und organisationspsychologische Forschung und Beratung
(büro a&o)

Bern, März 2002

Vorwort

Der vorliegende Synthesebericht präsentiert die Resultate der grossangelegten Untersuchung zur Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern, welche als Teil des Projektes «VAP» (Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern) der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) zwischen Dezember 2000 und Februar 2002 realisiert wurde. Ziel der Untersuchung war die breit abgestützte Erfassung der Arbeitssituation des Pflegepersonals und die Identifikation von Problemfeldern und -ursachen. Die Untersuchung wurde im Auftrag der GEF durch das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) und das Büro für arbeits- und organisationspsychologische Forschung und Beratung (büro a&o) als Arbeitsgemeinschaft realisiert.

Ausgehend von Themenkreisen und Fragestellungen, welche sich aus einer Voruntersuchung¹ ergaben, wurde mit insgesamt neun Erhebungen und Analysen die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern beleuchtet. Damit konnte die unseres Wissens bisher umfassendste Analyse zur Arbeitssituation des Pflegepersonals in einem Schweizer Kanton realisiert werden. Sie erfasst die Personalsituation (Stellen, Personen, Fluktuation), die Lohnsituation, die Arbeitssituation der Pflegenden allgemein (Belastungen, Zufriedenheit usw.), die Zeitverwendung in der Pflege, Aspekte in Zusammenhang mit der Pflegequalität, die Ausbildungssituation in der Praxis sowie Verbesserungsmassnahmen aus Sicht der Betroffenen aus verschiedenen Perspektiven.

Mit diesem Synthesebericht und den im Rahmen der Untersuchung erarbeiteten Teilberichten liegt eine äusserst vielfältige, quantitative und qualitative Beschreibung der Arbeitsverhältnisse im Pflegebereich vor, die zahlreiche interessierende Phänomene greifbarer macht und als Grundlage für zielgerichtete Interventionsmassnahmen beigezogen werden kann.

Wir haben uns nun länger als ein Jahr aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln mit der Arbeitssituation im Pflegebereich befasst. In diesem langen Prozess der Realisierung der Untersuchung in einem derart komplexen Gegenstandsfeld haben uns eine ganze Reihe von Personen und Institutionen in vielfältiger Weise unterstützt und damit zum Gelingen des ehrgeizigen Vorhabens beigetragen. Ihnen allen möchten wir an dieser Stelle ganz herzlich danken.

Wir danken der Gesundheits- und Fürsorgedirektion für die gute Zusammenarbeit und dem GEF-internen Projektausschuss für die Begleitung und Unterstützung bei der Realisierung der Untersuchung. Ein grosses Dankeschön auch an den externen Projektleiter, Winfried Kramny, der uns als unsere primäre Ansprechperson immer mit Rat und Tat zur Seite stand.

Ein besonderer Dank gilt den Mitgliedern der Expert/innengruppe, welche die Untersuchung mit ihrem Expert/innenwissen von Anfang an tatkräftig unterstützt haben und uns bei der Erarbeitung der Erhebungsinstrumente und der Planung der Erhebungen wertvolle Hinweise gaben. Ruth Aebi, Barbara Dätwyler, Bettina Dauwalder, Magdalena Fankhauser, Manfred Gilgen, Doris Messerli, Jean-Paul Weiler und Max Züricher haben wesentlich dazu beigetragen, dass das Wissen aus der Pflege- und Spitalpraxis für unsere Untersuchung genutzt werden konnte. Für ihre Zeit und ihr Engagement danken wir ihnen herzlich.

¹ Künzi, K. & Schär Moser, M. (2000). Voruntersuchung im Rahmen des Projekts «VAP» (Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich). Unveröffentlichter Bericht zuhanden der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.

Dank gebührt auch einer ganzen Reihe von Personen aus verschiedenen Institutionen und Verbänden im Pflegebereich im Kanton Bern, welche uns im Sinne von «Gewährsleuten in der Praxis» als Ansprechpersonen zur Verfügung standen und mit manchem guten Rat weitergeholfen haben.

Die Grundlage der vorliegenden Untersuchung bildet eine ganze Fülle von Daten, welche wir nur dank der grossen Bereitschaft und Mithilfe einer Vielzahl von Institutionen und Personen erheben konnten. Institutionen im Pflegebereich im Kanton Bern und ihre Mitarbeiter/innen haben für uns (in zum Teil aufwendiger Kleinarbeit) Daten zusammengetragen, Fragebogen verteilt und ausgefüllt, Adressen vermittelt und auf Nachfragen immer wieder geduldig geantwortet. Pflegende haben für uns Fragebogen ausgefüllt, uns Interviews gewährt und ihre Arbeitstage dokumentiert. Verantwortliche aus ausgewählten Institutionen in sieben weiteren Kantonen haben für uns Lohndaten zusammengetragen. Ihnen allen möchten wir ganz herzlich danken. Ohne ihre Bereitschaft und Mithilfe wäre diese Untersuchung nicht möglich gewesen.

Im Namen des ganzen Projektteams

Bern, im Februar 2002

Kilian Künzi, Projektleiter

Marianne Schär Moser, Co-Projektleiterin

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Inhaltsverzeichnis	III
Zusammenfassung	V
Einleitung	1
Teil I: Gesamtanlage der Untersuchung	2
1 Ausgangslage und Fragestellungen	2
1.1 Ausgangslage	2
1.2 Fragestellungen und Erhebungen	3
1.3 Konkretes Vorgehen	4
2 Die wichtigsten Begriffe	5
2.1 Pflegeinstitutionen	5
2.2 Pflegepersonal	6
2.3 Praxisjahre im Pflegebereich	7
2.4 Verwendete Lohnbegriffe	8
Teil II: Ergebnisse der Erhebungen/Analysen	9
3 Auswertung von Routinestatistiken	9
4 Stellen und Löhne im Pflegebereich im Kanton Bern	17
5 Interkantonaler Lohnvergleich	23
6 Schriftliche Befragung von Pflegenden	28
7 Mündliche Befragung von Pflegenden	35
8 Schriftliche Befragung von Institutionsleitungen	39
9 Zeitverwendungsanalyse bei Pflegenden	46

10	Metaevaluation von Qualitätsberichten nach «Methode Q»	52
Teil III: Beantwortung der Fragestellungen		58
11	Personalsituation	58
12	Stellenwechsel, Berufsausstieg, Absenzen	63
13	Pflegeintensität/-komplexität, Pflegebedarf	66
14	Pflegequalität, Zeitverwendung, Zeitbedarf	67
15	Lohnsituation	71
16	Arbeitssituation, Belastung, Zufriedenheit	74
17	Ausbildungssituation in der Praxis	77
18	Massnahmen aus Sicht der Betroffenen	79
Literaturverzeichnis		81

Zusammenfassung

Der vorliegende Synthesebericht ist eine zusammenfassende Darstellung der Resultate der im Rahmen des Projektes «VAP» (Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich) der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern realisierten Untersuchung zur Arbeitssituation im Pflegebereich.

Er präsentiert die Gesamtanlage der Untersuchung, fasst die Schlussberichte der einzelnen Untersuchungen bzw. Analysen zusammen und weist die wichtigsten Ergebnisse für jeden übergeordneten Fragebereich aus. Diese übergeordneten Fragebereiche waren der Ausgangspunkt für die gesamte Anlage der Untersuchung. Sie wurden in einer Voruntersuchung (Künzi & Schär Moser, 2000) identifiziert und lagen der Konzeption der Hauptuntersuchung zu Grunde. Die Arbeiten begannen im Dezember 2000 und werden mit diesem Synthesebericht im März 2002 abgeschlossen.

Die einzelnen Untersuchungsteile

Im Rahmen der Hauptuntersuchung wurden insgesamt neun Erhebungen bzw. Analysen durchgeführt:

■ **Routinestatistiken** (Baustein 1): Mit der Analyse von statistischen Daten, welche von verschiedenen Stellen routinemässig gesammelt werden, können anhand von Kennzahlen verschiedene Entwicklungen im öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Pflegebereich im Kanton Bern nachgezeichnet werden.

■ **Stellen und Löhne** (Baustein 2): In einer Vollerhebung wurden in den Pflegeinstitutionen im Kanton Bern die aktuelle Anzahl der im Pflegebereich arbeitenden Personen, die Stellen sowie die bezahlten Löhne erhoben (Stand Januar 2001).

■ **Interkantonaler Lohnvergleich** (Baustein 2s): Um für den Akutbereich über Lohndaten aus anderen Kantonen zu verfügen, wurde in ausgewählten Akutspitäler der Kantone AG, SO, FR, NE, LU, VD und ZH Lohndaten erhoben (Löhne Juli 2001) und mit der Situation im Kanton Bern verglichen.

■ **Schriftliche Befragung von Pflegenden** (Baustein 4): In einer schriftlichen Befragung erhielt eine repräsentative Stichprobe von Pflegenden des Kantons Bern Gelegenheit, sich zur eigenen Arbeitssituation zu äussern (Rücklauf 1'954).

■ **Mündliche Befragung von Pflegenden** (Baustein 5): Um die Arbeitssituation der Pflegenden zu veranschaulichen und Problemlagen nachvollziehbar abzubilden, wurden Interviews mit 30 zufällig ausgewählten Pflegenden durchgeführt.

■ **Schriftliche Befragung von Geschäfts- und Pflegedienstleitungen** (Bausteine 3 und 7): In einer Vollerhebung wurden die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen der Institutionen im Kanton Bern zu ihrer Sicht auf die Problemlage im Pflegebereich befragt (Rücklauf 283 Geschäftsleitungen und 158 Pflegedienstleitungen). Integriert in die Befragung wurde die Erhebung der Fluktuation des Pflegepersonals.

■ **Zeitverwendungsanalyse bei Pflegenden** (Baustein 6a): Als Grundlage für die Zeitverwendungsanalyse dokumentierten 830 Pflegenden während fünf Tagen ihren Arbeitsalltag. Dabei interessierte einerseits die Aufteilung der verwendeten Zeit, andererseits die Einschätzung des zusätzlichen Zeitbedarfs für eine den eigenen Qualitätsstandards angepasste Pflege.

■ **Metaevaluation von Qualitätsberichten nach «Methode Q»** (Baustein 6b): Die «Methode Q» ist ein Instrument für die Qualitätsmessung in der Pflege. Aufgrund einer qualitativen Metaevaluation der bisher im Kanton Bern erhobenen Qualitätsberichte wurden Stärken und Verbesserungspotentiale der Pflege im Kanton Bern identifiziert (realisiert durch Concret AG und Onion Unternehmensberatung).

Die wichtigsten Resultate

Die Untersuchung war von insgesamt acht Fragenkomplexen geleitet, welche vor dem Hintergrund aller erhobenen Daten beantwortet werden. Die wichtigsten Resultate sind im Folgenden nach den einzelnen Fragebereichen geordnet in sehr knapper Form dargestellt.

Personalsituation

Im Kanton Bern arbeiten gut 17'000 Personen auf gut 11'000 Vollzeitstellen in der Pflege. Jeweils 43 Prozent der Stellen sind im Akut- bzw. Langzeitbereich angesiedelt, 6 Prozent in psychiatrischen Kliniken und 9 Prozent in der Spitex.

In den öffentlichen Spitälern und den Krankenheimen wurden in den 1990er Jahren mit Ausnahme des Inselspitals überall Pflegestellen abgebaut. In der gleichen Zeitspanne hat die Zahl der Stellen für Ärzt/innen und Personen in MTT-Berufen zugenommen.

In praktisch allen Institutionstypen und Pflegebereichen gibt es einen Stellenbesetzungsbedarf beim diplomierten Personal. Beim Hilfspersonal ohne Ausbildung in Pflege zeigt sich hingegen eine Stellenüberbesetzung. Die Rekrutierung von diplomiertem Personal stellt für die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen ein Problem dar.

Nach Ansicht der grossen Mehrheit der Pflegenden ist die Personalsituation in der eigenen Institution problematisch. Personalmangel und daraus resultierende Phänomene wie Zeitruck oder Abstriche bei der Qualität der Arbeit erweisen sich als starke Belastungsquellen. Auch die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen räumen dem Personalmangel sowie dem zu knappen Personalbestand aufgrund des Spardrucks allerhöchste Priorität unter allen Problemen im Pflegebereich ein.

Gemäss den Daten der Zeitverwendungserhebung hätte es im Kanton Bern (ohne Inselehospital, Pflegemanagement und Spezialfunktionen) rund 380 zusätzliche Pflegestellen benötigt, damit die Pflegenden ihre Arbeit persönlichen Qualitätsstandards entsprechend hätten verrichten können. Könnten sämtliche bewilligten Vollzeitstellen besetzt werden, würde sich der Bedarf an zusätzlichen Stellen um rund 100 verringern.

Stellenwechsel, Berufsausstieg, Absenzen

Die Pflegenden im Kanton Bern verfügen über durchschnittlich 10 Jahre Berufserfahrung und arbeiten seit rund 5 Jahren an ihrer aktuellen Stelle.

Die Fluktuationsraten in der Pflege sind in der Mitte der 1990er Jahre konjunkturbedingt gesunken und danach wieder angestiegen. Im Jahr 2000 lagen sie je nach Pflegebereich zwischen 17 Prozent (Spitex) und 22 Prozent (öffentliche Institutionen im Akutbereich), also deutlich über jener der Berner Kantonsverwaltung (12%). Dies war jedoch bereits zu Beginn der Beobachtungsperiode (1996) so. Seither haben sich die Fluktuationsraten in etwa parallel entwickelt.

Die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen schätzen die Fluktuationsraten in ihren Institutionen je nach Pflegebereich und Funktion unterschiedlich ein. Als Kündigungsgründe stehen für sie private Aspekte im Vordergrund. Berufsausstiege werden von den Geschäftsleitungen nicht als bedeutender Kündigungsgrund erachtet, die Pflegedienstleitungen vor allem im Akutbereich sind in diesem Punkt anderer Ansicht.

Die Pflegenden im Kanton Bern äussern insgesamt eine recht hohe Fluktuationsabsicht. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Stellenwechsel

innerhalb der Pflege vollziehen würde, ist aber hoch.

Geschäfts- und Pflegedienstleitungen im öffentlichen Akutbereich sowie in Kranken- und regionalen Pflegeheimen stellen zunehmende Krankheitsausfälle beim Pflegepersonal fest.

Die Pflegenden im Kanton Bern sind in niedrigerem bis mittlerem Masse von Burnout betroffen.

Pflegeintensität/-komplexität, Pflegebedarf

Die Zahl von stationären und teilstationären Patient/innen ist gestiegen. In der Spitex hat die Zahl der Hausbesuche und der erfassten (nicht aber der verrechneten) Arbeitsstunden zugenommen. Diese Entwicklungen weisen auf eine Zunahme des Pflegebedarfs im Kanton Bern hin.

Die verfügbaren statistischen Indikatoren lassen auch auf einen Anstieg der Pflegeintensität schliessen. Die Pflegenden berichten ebenfalls von einer erhöhten Pflegeintensität und -komplexität. Sowohl sie als auch die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen gehen zudem davon aus, dass die Ansprüche der Patient/innen und ihrer Angehörigen gestiegen sind.

Pflegequalität, Zeitverwendung, Zeitbedarf

Die Pflegenden wie auch die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen gehen davon aus, dass sich die Pflegequalität in den letzten Jahren generell nicht verschlechtert hat. Dennoch wird dieser Themenkreis kritisch betrachtet.

Eine Mehrheit der Pflegenden vertritt die Meinung, dass die Pflegequalität in ihrem Arbeitsbereich eingeschränkt ist. Eine beachtliche Minderheit berichtet gar von eigentlichen Mängeln in der Pflege. Auch die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen berichten von Einschränkungen, und Mängeln bei der Pflegequalität und haben in ihren Betrieben mit Engpässen zu kämpfen.

Die Pflegenden im Kanton Bern fühlen sich für ihre Aufgaben mehrheitlich genügend qualifiziert. Eine Minderheit fühlt sich zuweilen aber inhaltlich überfordert und mehrere Pflegende beobachten Kolleg/innen, welche Dinge tun (müssen), für die sie eigentlich zuwenig ausgebildet sind.

Viele Pflegende können nicht mehr so pflegen, wie es ihrem Verständnis von «guter Pflege» entspricht. Sie müssen – primär aus Zeitgründen – Abstriche bei ihren persönlichen Qualitätsstandards machen.

Sowohl Diplomierte wie in noch ausgeprägterem Masse auch Hilfspersonen verwenden den grössten Teil ihrer Arbeitszeit für Tätigkeiten in direk-

tem Kontakt mit Patient/innen (49% bzw. 57%). Beim Hilfspersonal stehen daneben vor allem hauswirtschaftliche Tätigkeiten an (24%), bei den Diplomierten sind es Tätigkeiten ohne direkten Kontakt, aber mit direktem Bezug zu Patient/innen (22%) sowie administrative Arbeiten (14%). Weil zu wenig Zeit zur Verfügung steht, können die Pflegenden ihre Tätigkeiten nicht überall gemäss eigenen Qualitätsstandards verrichten. Insgesamt am meisten Abstriche müssen im Bereich «Gespräch/Betreuung» gemacht werden, aber auch die Tätigkeitsbereiche «Ernährung/Ausscheidung», «Körperpflege/Kleiden» und «Bewegung» sind stark betroffen. Beim diplomierten Personal fallen immerhin 10 Prozent der fehlenden Zeit in den Pflegebereich «Behandlung».

Die Metaanalyse der Qualitätsberichte nach «Methode Q» zeigt, dass die patient/innenbezogene Pflegequalität in den untersuchten Stationen gut ist. Allerdings arbeiten die Pflegenden nach einem recht individuellen Berufsverständnis und entsprechenden Qualitätsvorstellungen. Nicht selten stehen sie bei der Arbeit in einem Spannungsfeld von inadäquaten Rahmenbedingungen (z.B. personellen Ressourcen) und persönlichem beruflichen Anspruchsniveau.

Lohnsituation

Die Grundlöhne der Pflegeangestellten unterscheiden sich je nach Funktion stark. Pflegenden in hauptsächlicher Leitungsfunktion erzielen einen durchschnittlichen monatlichen Grundlohn (Stand Januar 2001) von rund 6'400 Franken, diplomierte Pflegenden aller verschiedener Diplombildungen kommen im Schnitt auf 5'100 Franken und Pflegepersonal ohne spezifische Ausbildung auf 3'900 Franken. Dabei gibt es Unterschiede zwischen den Institutionstypen. Insgesamt betrachtet, liegen die Löhne in der Psychiatrie am oberen, jene im Langzeitbereich am unteren Ende der Skala.

In den öffentlichen Spitälern und Krankenhäusern ist der Besoldungsaufwand für alle Berufsgruppen bis Mitte der 90er Jahre stark gestiegen. Seither war er für das Pflegepersonal im engeren Sinn rückläufig, bei den andern medizinischen Fachbereichen (inkl. spezialisiertes Pflegepersonal) und den Ärzt/innen stieg er weiter an.

Die Pflegenden selber erachten ihren Lohn mehrheitlich als zu tief, dies sowohl gemessen an ihrer Leistung als auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Die Geschäftsleitungen empfinden die Anfangslöhne knapp als gerecht, jene für Pflegenden mit Berufserfahrung aber als un-

gerecht. Die Pflegedienstleitungen schätzen die Situation noch negativer ein. Allerdings wird sowohl von den Pflegenden als auch vom Kader ein Ausbau von Stellen als wichtiger erachtet als die Anhebung der Löhne.

Die Berner Löhne für den Akutbereich liegen im Vergleich mit den im interkantonalen Lohnvergleich (Stand Juli 2001) beigezogenen Kantonen im unteren Drittel. Dabei sind die Anfangslöhne als relativ hoch, die Löhne für erfahrene Mitarbeitende hingegen als relativ tief einzustufen.

Arbeitssituation, Belastung, Zufriedenheit

Die Arbeitssituation der Pflegenden zeichnet sich – mit Ausnahme jener des pflegerischen Hilfspersonals – durch hohe Anforderungen an die Qualifikation und eine sehr hohe Verantwortung aus. Dagegen sind der Tätigkeitsspielraum der Arbeit und die Partizipationsmöglichkeiten als tief einzustufen.

Bei den allgemeinen Arbeitsbelastungen ist für die Pflegenden vor allem die quantitative Überforderung ein Problem. Bei den pflegespezifischen Belastungen, welche allgemein als recht hoch zu bezeichnen sind, stehen der Personalmangel und damit verbundene Phänomene wie Zeitdruck, lange Arbeitszeiten etc. im Vordergrund. An zweiter Stelle folgen Belastungen im Umgang mit Patient/innen. Aus Sicht der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen ist Zeitdruck die grösste Belastung für ihr Pflegepersonal.

Die Pflegenden sind insgesamt mit ihrer Arbeitssituation recht zufrieden, allerdings sind sie auch leicht resigniert. Die Hälfte der Pflegenden kann als stabilisiert zufrieden, ein Drittel als resigniert und ungefähr ein Sechstel als unzufrieden bezeichnet werden. Die Zufriedenheit des Pflegepersonals weist eine eher negative Entwicklung in Richtung mehr Unzufriedenheit auf.

Ausbildungssituation in der Praxis

Aufgrund der vorhandenen statistischen Daten lässt sich kein Einbruch bei der Anzahl Schüler/innen bzw. bei den ausgestellten Diplomen in den Pflegeberufen feststellen. Auch die Zahl der Ausbildungsabbrüche ist nicht angestiegen. Pflege ist allerdings ein Frauenberuf geblieben: Der verstärkte Einbezug von Männern ist weder in der Ausbildung noch im Erwerbsleben gelungen.

Die Pflegenden und die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen schätzen die Attraktivität des Pflegeberufs kritisch ein. Die Befragten gehen davon aus, dass der Pflegeberuf insbesondere für junge Leute nicht mehr attraktiv ist, wenn

die Löhne nicht angehoben werden. Massnahmen zur Hebung der Attraktivität des Berufs werden deshalb im Hinblick auf eine Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich als wichtig erachtet.

Die Ausbildungssituation in der Praxis wird von Pflegenden und Pflegeschüler/innen kritisch eingeschätzt: Mangelnde Zeit für eine angemessene Betreuung, Einsatz der Schüler/innen als vollwertige Arbeitskräfte und Überforderung mit der jetzigen Betreuungssituation sind die primären Problempunkte.

Massnahmen aus Sicht der Betroffenen

Die befragten Pflegenden sowie Geschäfts- und Pflegedienstleitungen sind sich in Bezug auf die wichtigsten Verbesserungsmaßnahmen einig: Als absolut wichtigste Verbesserungsmaßnahme wird eine Aufstockung des Pflegepersonalbestandes verlangt. Neben mehr Personal stehen für die Befragten eine bessere Bezahlung der Pflegenden sowie organisatorische Verbesserungen im Vordergrund.

Einleitung

Der vorliegende Synthesebericht schliesst eine umfassend angelegte Untersuchung im Rahmen des Projektes «Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern (VAP)» der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern ab. Ausgangspunkt war das Anliegen, die Arbeitssituation des Pflegepersonals breit abgestützt zu erfassen und Problemfelder und -ursachen zu identifizieren.

Nach mehr als einem Jahr Forschungsarbeit soll dieser Synthesebericht die durch verschiedene Erhebungen und Analysen gewonnene Erkenntnisse zur Arbeitssituation des Pflegepersonals im Kanton Bern zusammenfassen. Er ergänzt und verschmilzt, er verkürzt aber auch acht Schlussberichte von einzelnen Untersuchungen, hinter denen wiederum grosse Datenmengen stehen.

Der Synthesebericht ist wie folgt aufgebaut:

In einem ersten Teil werden die Gesamtanlage der Untersuchung VAP erläutert (Kapitel 1) und die wichtigsten Begriffe geklärt (Kapitel 2).

In einem zweiten Teil werden die einzelnen Erhebungen und Analysen vorgestellt: Eine systematische Auswertung aller bereits verfügbaren Routinestatistiken (Kapitel 3) ermöglicht für den öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Pflegebereich einen Überblick zur Entwicklung des Pflegepersonalbestandes, der Pflegeintensität, der Personalkosten sowie der Ausbildungssituation anhand von statistischen Kennzahlen. Eine Vollerhebung der Stellen und Löhne bei allen Pflegeinstitutionen gibt Einblick in die Personal- und Lohnsituation in der Pflege im Kanton Bern (Kapitel 4). Die Lohnerhebung wird ergänzt durch einen interkantonalen Lohnvergleich (Kapitel 5), in welchen ausgewählte Akutspitäler aus den Kantonen Aargau, Solothurn, Freiburg, Neuenburg, Luzern, Waadt und Zürich einbezogen sind. Die Wahrnehmung der eigenen Arbeitssituation durch die Pflegenden selber wird aus den Resultaten einer grossangelegten schriftlichen (Kapitel 6) sowie einer vertiefenden mündlichen Befragung (Kapitel 7) ersichtlich. Eine schriftliche Befragung der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen (Kapitel 8) hat diesen die Möglichkeit gegeben, die Arbeitgeber/innensicht auf die Probleme im Pflegebereich zum Ausdruck zu bringen. Zusätzlich sind in dieser Befragung der Institutionsleitungen Fluktuationsraten und Kündigungsgründe erhoben worden sowie Engpässe im Betrieb, die aufgrund der Arbeitssituation im Pflegebereich entstehen. Die Zeitverwendungsanalyse (Kapitel 9), für welche 830 Pflegendе insgesamt gut 4'000 Arbeitstage protokolliert haben, liefert nicht nur Aufschluss darüber, wie die vorhandene Arbeitszeit eingesetzt wird, sondern auch, für was sie fehlt. Eine Metaevaluation bestehender Qualitätsberichte nach «Methode Q» (Kapitel 10), welche die Firma Concret AG in Zusammenarbeit mit der Onion Unternehmensberatung ausgeführt hat, zielt darauf Stärken und Verbesserungspotenziale der Pflege im Kanton Bern zu identifizieren.

Die vielfältig differenzierten Daten erschweren mitunter die Gesamtschau. Deshalb sind in einem dritten Teil dieses Syntheseberichts die wichtigsten Resultate aus allen Erhebungen bzw. Analysen fokussiert auf die übergreifenden Fragestellungen, welche den Ausgangspunkt der Gesamtuntersuchung bildeten, zusammengezogen (Kapitel 11 bis 18).

Teil I: Gesamtanlage der Untersuchung

1 Ausgangslage und Fragestellungen

1.1 Ausgangslage

Der vorliegende Synthesebericht schliesst eine breite Untersuchung im Rahmen des Projektes «VAP» (Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern) der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) ab. Ausgangspunkt der Forschungsarbeiten war das Anliegen, die Arbeitssituation des Pflegepersonals detailliert empirisch zu erfassen, Problemfelder und -ursachen zu identifizieren und gesicherte Fakten zu vermitteln. «Vor dem Hintergrund der stetig zunehmenden Unzufriedenheit im Kreise des Pflegepersonals betreffend seiner Arbeitssituation aber auch wegen der zum Teil unterschiedlichen Analysen zur aktuellen Situation der Pflege will die GEF die Probleme im Pflegebereich und deren Ursachen im Kanton Bern genau erfassen.» (Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern an den Regierungsrat vom 14.12.2000, S. 1).

Aufgrund der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes wurde ein zweistufiges Vorgehen mit einer Vor- und Hauptuntersuchung gewählt. Mit der Durchführung der Vorstudie wurde die Arbeitsgemeinschaft BASS (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien) und büro a&o (Büro für arbeits- und organisationspsychologische Forschung und Beratung) beauftragt. Die Voruntersuchung konnte Ende August 2000 abgeschlossen werden (Künzi & Schär Moser, 2000). Sie beinhaltete ein Konzept für die Durchführung einer Hauptuntersuchung. Im September 2000 fand eine Vernehmlassung des Voruntersuchungsberichts statt. Dabei konnten sich die betroffenen Verbände und andere Stellen zu den in der Hauptuntersuchung geplanten Analysen äussern². Im Anschluss daran beauftragte die GEF dieselbe Arbeitsgemeinschaft mit der Durchführung der Hauptuntersuchung. Die Arbeiten begannen im Dezember 2000.

Aufgrund aktueller Entwicklungen entschied sich die GEF, im Rahmen des Projektes VAP bereits im Frühjahr 2001 ein Massnahmenpaket vorzulegen, zu einem Zeitpunkt also, in welchem noch keine definitiven Resultate der Untersuchung vorlagen. Dafür wurden eine Reihe von Zwischenauswertungen insbesondere im Lohnbereich nötig, welche der GEF konsolidierte Schätzungen ermöglichten. Von der nun vorliegenden Hauptuntersuchung erwartet die GEF «eine solide Datenbasis, aufgrund derer die in dieser Vorlage vorgeschlagenen Massnahmen validiert, bei Bedarf korrigiert, ergänzt und differenziert umgesetzt werden könnten.» (Vortrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion an den Regierungsrat zu Handen des grossen Rates vom 27. April 2001, S. 3).

² Getan haben dies SBGRL (Schweiz. Berufsverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege, Sektion BE/VS), SBK (Schweiz. Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger, Sektion Bern), VBA (Verband Bernischer Alterseinrichtungen), VBK (Verband Bernischer Krankenhäuser), VBSG (Verband der Bernischen Schulen im Gesundheitswesen), VPLB (Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter des Kantons Bern), VPOD (Verband des Personals öffentlicher Dienste), Kantonale Kommission für das Pflegewesen, Mitglieder der Expert/innengruppe VAP, GEF, FIN (Finanzdirektion des Kantons Bern).

1.2 Fragestellungen und Erhebungen

Aufgrund der Ergebnisse der Vorstudie standen für die Hauptuntersuchung zur Arbeitssituation im Pflegebereich folgende Fragebereiche im Vordergrund:

- **Personalsituation in den Pflegeinstitutionen:** Anzahl Pflegestellen, Anzahl unbesetzter Stellen, Einschätzung der Personalsituation durch die Betroffenen
- **Stellenwechsel, Berufsausstiege und krankheitsbedingte Absenzen der Pflegenden:** Fluktuationsraten, Fluktuationsabsicht, belastungsbedingte Berufsausstiege
- **Pflegeintensität und -komplexität, Pflegebedarf:** Veränderung von Pflegeintensität und -komplexität, Entwicklung des Pflegebedarfs
- **Pflegequalität, Zeitverwendung und -bedarf in der Pflege:** Beurteilung der Pflegequalität durch die Betroffenen, Verwendung der Arbeitszeit nach verschiedenen Tätigkeitskategorien, weggelassene Pflegehandlungen, Zeitbedarf
- **Lohnsituation in der Pflege:** Löhne der Pflegenden, Beurteilung der Lohnsituation durch die Betroffenen
- **Merkmale der Arbeitssituation der Pflegenden, Belastungen und Zufriedenheit:** Allgemeine Beschreibung der Arbeitssituation der Pflegenden aus subjektiver Sicht, Arbeitszufriedenheit und ihre Entwicklung, Ausmass der Arbeitsbelastungen
- **Die Ausbildungssituation von Pflegeschüler/innen in der Praxis³:** Entwicklung der Anzahl Pflegeschüler/innen, Beurteilung der Ausbildungssituation in der Praxis
- **Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich aus Sicht der Betroffenen.**

Zur Beantwortung der mit diesen Themenbereichen verbundenen konkreten Fragen wurden folgende Erhebungen bzw. Analysen realisiert:⁴

- **Auswertung von Routinestatistiken** (Baustein 1): Routinemässig erhobene, bereits vorliegende Statistiken mit relevanten Daten wurden auf Kennzahlen und Indikatoren hin untersucht.
- **Stellen und Löhne im Pflegebereich im Kanton Bern** (Baustein 2): In einer Vollerhebung wurden in allen Institutionen im Kanton Bern, in welchen Pflegenden beschäftigt sind, die aktuelle Anzahl der besetzten sowie unbesetzten Pflegepersonalstellen nach Ausbildung/Funktion sowie sämtliche Löhne erhoben.
- **Interkantonaler Lohnvergleich** (Baustein 2s): Um Vergleichszahlen zumindest für den Akutbereich aus anderen Kantonen zur Verfügung zu haben, wurden in 7 Kantonen (AG, SO, FR, NE, LU, VD, ZH) exemplarisch Lohndaten erhoben.
- **Erhebung von Institutionsdaten zur Personalfluktuations** (Baustein 3): Integriert in die Befragung der Geschäftsleitungen (Baustein 7) wurden die Daten zur Fluktuation des Pflegepersonals in den Institutionen erhoben.

³ Dieser Fragebereich war ursprünglich mit zwei Fragebereichen (Begleitung und Unterstützung sowie allgemeine Probleme in der Praxisausbildung) abgedeckt. Während der Realisierung der Untersuchung geriet die Frage der Praxisausbildung wegen parallel laufenden Massnahmen im Ausbildungsbereich in den Hintergrund. In zeitlich später durchgeführten Erhebungsteilen wurde dieser Aspekt deshalb nicht mehr aufgenommen und der Fragebereich zusammengefasst.

⁴ Die ursprünglich vorgesehene schriftliche Befragung von Patient/innen in Akutspitälern (Baustein 8) wurde von der Auftraggeberin sistiert und daher nicht realisiert. Zeitlich später in die Untersuchung integriert wurde der interkantonale Lohnvergleich (Baustein 2s).

■ **Schriftliche Befragung von Pflegenden** (Baustein 4): Mit einer breit angelegten schriftlichen Befragung wurde die Einschätzung der Arbeitssituation durch die Betroffenen selber erhoben (Arbeitsbelastungen, Arbeitszufriedenheit, Fluktuationsabsicht, Einschätzung der Pflegequalität etc.).

■ **Mündliche Befragung von Pflegenden** (Baustein 5): Zur Vertiefung des Bildes, welches sich durch die schriftliche Befragung (Baustein 4) ergab, wurde eine mündliche Befragung von 30 Pflegenden zu ihrer Arbeitssituation durchgeführt.

■ **Zeitverwendungsanalyse bei Pflegenden** (Baustein 6a): Mittels einer Zeitverwendungserhebung wurde untersucht, wie Pflegende ihre Zeit einsetzen, ob sie Pflegehandlungen aus Zeitgründen weglassen mussten und falls ja, welche und wie viel Zeit zusätzlich nötig gewesen wäre, damit die an den Beobachtungstagen ausgeführten Pflegehandlungen den subjektiven Qualitätsstandards genügt hätten.

■ **Metaevaluation von Qualitätsberichten nach «Methode Q»** (Baustein 6b): Die Firma Concret AG vergibt Gütesiegel für Qualität im Pflegebereich. In einer qualitativen Metaanalyse der Qualitätsberichte, welche im Rahmen der bisher im Kanton Bern durchgeführten Erhebungen entstanden sind (Erhebungseinheit Station, 62 Berichte), wurden qualitätsrelevante Merkmale untersucht.⁵

■ **Schriftliche Befragung von Geschäfts- und Pflegedienstleitungen** (Baustein 7): Zur Erhebung der Sicht der Arbeitgebenden und des Pflegemanagements auf die Arbeitssituation des Pflegepersonals und die Pflegequalität in der eigenen Institution wurden in einer Vollerhebung Geschäfts- und Pflegedienstleitungen befragt.⁶

1.3 Konkretes Vorgehen

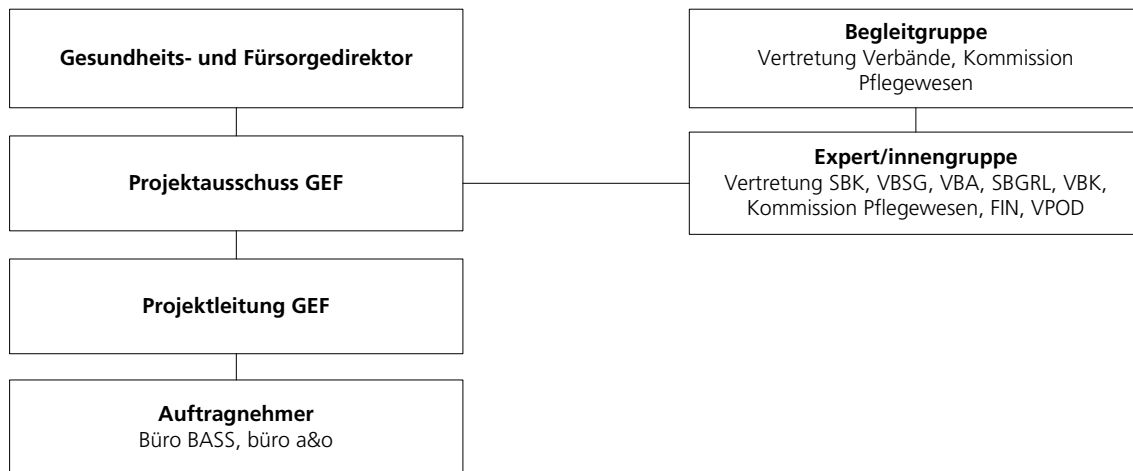
Mit den Arbeiten an der Hauptuntersuchung wurde Ende Dezember 2000 begonnen. Im Vordergrund stand zunächst die Analyse der Routinestatistiken (Baustein 1) sowie die Erhebung von Stellen und Löhnen (Baustein 2), welche beide Grundlagen für das durch die GEF im Frühjahr 2001 vorgelegte Massnahmenpaket im Rahmen des Projektes VAP liefern sollten. Die dazu nötigen Zwischenauswertungen wurden vorgezogen. Als Ausgleich wurde die schriftliche Befragung von Geschäfts- und Pflegedienstleitungen zeitlich nachgestellt (Bausteine 3 und 7). Die schriftliche und mündliche Befragung der Pflegenden (Bausteine 4 und 5) sowie die Metaanalyse der Qualitätsberichte nach «Methode Q» (Baustein 6b) konnten wie vorgesehen durchgeführt und bis Sommer 2001 abgeschlossen werden. Die Realisierung der Zeitverwendungsanalyse bei Pflegenden (Baustein 6a) hingegen erwies sich in der Vorbereitung als aufwändiger als angenommen, so dass sie erst im Herbst 2001 erfolgen konnte. Verzögerungen ergaben sich weiter dadurch, dass ein interkantonaler Lohnvergleich (Baustein 2s) neu in die Studie integriert wurde. Deshalb konnte die Gesamtuntersuchung erst im Februar 2002 abgeschlossen werden. Die Schlussberichte der einzelnen Erhebungen wurden der Auftraggeberin jedoch laufend abgegeben.

Bei der gesamten Durchführung der Studie wurden die Forscher/innen durch Vertreter/innen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, eine Expert/innengruppe mit Vertreter/innen aus der Pflege- und Spitalpraxis sowie einen externen Projektleiter begleitet. Eine breitere Begleitgruppe wurde regelmässig über vorliegende Resultate informiert. Die Projektorganisation ist in **Abbildung 1** dargestellt.

⁵ Durchgeführt von der Firma Concret in Zusammenarbeit mit der Onion Unternehmensberatung.

⁶ Auf die vorgesehene Befragung der Pflegeschulleitungen wurde verzichtet (vgl. Fussnote 3).

Abbildung 1: Projektorganisation



2 Die wichtigsten Begriffe

2.1 Pflegeinstitutionen

Die Pflegeinstitutionen (d.h. Betriebe, die eine Pflegeabteilung haben resp. Pflegepersonal beschäftigen) wurden grundsätzlich nach der in **Tabelle 1** aufgeführten Kategorisierung (nach **Institutionstypen**) gruppiert. Je nach Fragestellung wurden aus den Institutionstypen zusammenfassende Gruppen gebildet.

Der Institutionstyp gibt grundsätzlich auch darüber Auskunft, welcher **Pflegebereich** betroffen ist: (a) Akutspitalbereich, (b) psychiatrische Kliniken, (c) Langzeitbereich oder (d) ambulante Pflege

Tabelle 1: Kategorisierung der Pflegeeinrichtungen

A Spitäler - Krankenhäuser (Akutbereich)	
1	Medizinisches Zentrum bzw. Universitäts-/Inselspital
2	Regionalspitäler
3	Bezirksspitäler
4	Andere Akutspitäler (= private Akutspitäler)
5	Spezialkliniken/Medizinische Rehabilitationskliniken
B Psychiatrische Kliniken	
6	Psychiatrische Kliniken
C Krankenhäuser, C-Stationen, Alters- und Pflegeheime, Behindertenheime (Langzeitbereich)	
7	Krankenhäuser (Liste KKC)
8	C-Stationen in Bezirks-, Regionalspitälern
9	Dezentrale Pflegestationen
10	Regionale Pflegeheime (Grossheime)
11	Lokale Alters- und Pflegeheime / private Alters- und Pflegeheime
12	Wohnheime für Behinderte/Invalide etc.
D Ambulante Pflegeeinrichtungen	
13	Spitex-Organisationen
14	Mütter- und Väterberatungen

Quelle: Diverse Adress- und Institutionenlisten der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) sowie der kantonalen Koordinationsstelle für Chronischkranke und Betagte (KKC)

Ein weiteres Differenzierungsmerkmal auf der Institutionsebene bilden die **Beiträge der öffentlichen Hand**. Hier kann zwischen (a) öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Institutionen sowie (b) privaten Institutionen unterschieden werden.⁷

2.2 Pflegepersonal

Das Pflegepersonal wurde in der Untersuchung breit erfasst (vgl. die Pflegeinstitutionen in Tabelle 1). Eine Einschränkung beim Begriff erfolgte dahingehend, dass es sich um «Pflegepersonal im Pflegebereich» handeln musste. Da in mehreren Teilen der Untersuchung eine Verknüpfung mit Gehaltsklassen angestrebt wurde, lehnt sich die Kategorisierung an das Gehaltssystem BERESUB (Kantonales Gehaltssystem für den subventionierten Bereich) an. Die Personen wurden primär nach ihrer Funktion/Tätigkeit zugeordnet. Zusatzausbildungen wurden nur dann berücksichtigt, wenn diese in der Funktion/Tätigkeit in Erscheinung traten. Die grundsätzlich verwendete 14er-Typologie ist in **Tabelle 2** dargestellt.

Folgende Personengruppen wurden explizit **ausgeschlossen**:

- Auszubildende in der Praxis und andere Praktikant/innen⁸
- via Temporärfirmen vermittelt/bezahltes Personal (Temporärpersonal)
- medizinisch-technische Berufe (Labor, Röntgen etc.), Ausnahme: TOA
- therapeutische Berufe (Physio-, Ergo-, Aktivierungstherapie etc.)
- Personal in reiner Lehrtätigkeit
- ausschliesslich in der Administration Tätige (Buchhaltung, Rechnungswesen etc.)
- rein in Hauswirtschaft/Reinigung Beschäftigte.

Je nach Fragestellung wurden - wie bei den Institutionstypen - auch bei den Personalkategorien zusammenfassende Gruppen gebildet.

Im Rahmen des interkantonalen Lohnvergleichs (Baustein 2s) wurden als Erweiterung ebenfalls die medizinisch-technischen und die medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen (MTT) miteinbezogen. Die entsprechende Kategorisierung ist im Bausteinbericht ersichtlich.

⁷ Dabei geht es nicht um eine Unterscheidung der Rechtsform. Beispielsweise sind die meisten Spitex-Organisationen privatrechtlich als Vereine organisiert, erhalten jedoch als öffentlich-subventionierte Betriebe Beiträge der öffentlichen Hand.

⁸ Eine Ausnahme bildet hier die schriftliche Befragung der Pflegenden (Baustein 4), in welcher Pflegeschüler/innen in der Praxis ebenfalls mitberücksichtigt wurden.

Tabelle 2: Kategorisierung des Pflegepersonals

Code	Bezeichnung, Kategorie	Umschreibung
1	Pflegepersonal in hauptsächlicher Leitungsfunktion	Dipl. Pflegepersonal in hauptsächlich leitender Funktion (Kader), Pflegemanagement: Leiter/in Fachbereich, (Stv.) Pflegedienstleiterin/-leiter, Pflege(fach)expertin/-experte, HöFa II, Hygieneschwester/-pfleger, Leiter/in Spitex-Dienst (Höheres Fachdiplom Spitex-Leitung), Leiter/in Pflege und Betreuung, Bereichsleiter/in, Oberschwester/-pfleger; Oberhebamme, Leitende Hebamme, Leitende/r Schwester/Pfleger, Leitung Rettungsdienst, Stationsleiterin/-leiter mit Pflorgeteam ab 5 Personen.
2	Dipl. Pflegepersonal mit Zusatzausbildung/Spezialisierungen IPS, OPS, Anästhesie etc. Dipl. Pflegepersonal mit Höherer Fachausbildung (diverse HöFa) Spitex: mit HöFa/Zusatzausbildung (GES, Spitex, Mütter- und Väterberatung) plus Leitungsfunktion in fachlichen Belangen oder Alleinverantwortung	2a: IPS, 2b: OPS 2c: Stv. Stationsleiterin/-leiter; Höhere Fachausbildung in Pflege, Stufe 1 und 2, Hebamme HöFa I, Höhere Fachausbildung in Spitex-Pflege, Mütter- und Väterberatung etc. Zusatzausbildung/Spezialisierung für Notfall, Anästhesie, Hämodialyse, Geriatrie/Gerontologie, Gemeindepsychiatrie, Gesundheitsschwester/-pfleger GES etc.
3	Dipl. Krankenschwester/Krankenpfleger DN II mit besonderen Funktionen oder Gruppenleitung Spitex: mit HöFa/Zusatzausbildung (GES, Spitex, Mütter- und Väterberatung) ohne Leitungsfunktion in fachlichen Belangen oder Alleinverantwortung	Krankenpflegeaufgaben mit Zusatzaufgaben von ausserordentlich hoher Anforderung/Verantwortung, Gruppenleiter/in mit 2-4 Mitarbeitenden sowie bis 2 Schülerinnen/Schülern.
4	Dipl. Krankenschwester/Krankenpfleger DN II, AKP, KWS, PsyKP, GKP, IKP	Dipl. Krankenschwester/-pfleger Diplomniveau II, Allgemeine Krankenpflege (AKP), Kinderkranken-, Wochen- und Säuglingspflege (KWS), Psychiatrische Krankenpflege (PsyKP), Gemeindegrenzenpflege (GKP, Sarner Ausbildung), Integrierte Krankenpflege IKP.
5	Dipl. Krankenschwester/Krankenpfleger DN I	Dipl. Krankenschwester/-pfleger DN I; Dipl. Krankenschwester/-pfleger ohne Registrierung SRK (ausländisches Diplom).
6	Krankenpflegerin/Krankenpfleger FA SRK, PKP, KIP	Krankenschwester/Krankenpfleger mit Fähigkeitsausweis SRK, Praktische Krankenpflege (PKP), Alterskrankenpflegerin/-pfleger, Kinderpflege KIP.
7	Dipl. Hebamme	
8	Dipl. Technische Operationsassistent TOA	
9	Dipl. Rettungssanitäterin/-sanitäter IVR	
10	Dipl. Betagtenbetreuerin/-betreuer VBA, FA SODK	Dipl. Betagtenbetreuerin/-betreuer VBA, FA SODK.
11	Dipl. Hauspflegerin/-pfleger FA BIGA	Hauspflegerin/-pfleger mit kantonalem Diplom/FA BIGA.
12	Pflegeassistentin/Pflegeassistent	Pflegeassistentin FA SRK, SA SDK; Spitalgehilfin.
13	Pflegehelferin/Pflegehelfer SRK (Grundkurs)	Grundpflegekurs SRK, Haushelfer/in mit Pflegekurs SRK.
14	Pflegerisches Hilfs- und Betreuungspersonal ohne Ausbildung in Pflege Hotelfachangestellte, die am Patientenbett arbeiten	14a: Pflegehilfspersonal, Betreuerin/Betreuer mit pflegerischen Aufgaben, Schwesternhilfe/Hilfspfleger, Haushelferin/Haus helfer ohne Ausbildung 14b: Hotelfachangestellte, die am Patientenbett arbeiten (z.B. Essen bringen, Diät bestellen etc.)

Quelle: Interviews mit Verbandsvertretungen; H+-Spitalstatistiken (1996); BSV-Spitex-Statistik (2000); BFS (1997): Krankenhausstatistik; und weitere Unterlagen

2.3 Praxisjahre im Pflegebereich

Der Begriff «Praxisjahre im Pflegebereich» ist vor allem in Zusammenhang mit der Lohnerhebung von Bedeutung. Im Kontext der Gehaltshöhe taucht oft die Frage nach den mit dem Lohn einhergehenden Berufserfahrungsjahren auf. Verschiedene Gehaltssysteme sehen unter Voraussetzung angemessener Leistungen des Personals grundsätzlich Erfahrungsaufstiege vor. Um die Kosten abschätzen zu können, die durch eine Anhebung der Löhne auf bestimmte Gehaltssystem-Niveaus entstehen würden, wurde angestrebt, für jede Person neben dem Lohn und anderen Merkmalen auch die Anzahl Jahre Berufspraxis zu erheben.

Aus erhebungstechnischen Gründen wurden die Praxisjahre als Anzahl Kalenderjahre erfasst, welche eine Person seit Abschluss ihrer Ausbildung (z.B. 1. Diplom) im Pflegebereich gearbeitet hat, unabhängig vom Beschäftigungsgrad (aber ohne Vollzeit-Ausbildungsjahre).⁹

2.4 Verwendete Lohnbegriffe

Für die Untersuchung der Löhne im Pflegebereich werden zwei Lohnbegriffe verwendet: Grundlohn und Bruttolohn.

Grundlohn (AHV-Grundlohn)

Der «100%-AHV-Grundlohn» ist die wichtigste Lohngrösse in der Untersuchung. Der Terminus orientiert sich an den Begrifflichkeiten des Kantons Bern bzw. der bernischen Gehaltsklassentabellen BEREBE und BERESUB (Gehaltssystem für Kantonspersonal resp. kantonales Gehaltssystem für den subventionierten Bereich). Es handelt sich um einen Brutto-Monatslohn ohne 13. Monatsgehalt und ohne Sozialzulagen sowie ohne Zulagen für spezielle Arbeitszeitformen oder andere Zuschläge. Der AHV-Grundlohn wurde für die Auswertungen auf eine Vollzeitstelle (100%-Grundlohn) und eine 42-Stundenwoche standardisiert.¹⁰ Analog wurde mit Personen verfahren, welche im Stundenlohn angestellt sind. Für die Hochrechnung der Stundenlöhne (angegeben ohne Feiertags-, Ferienanteil und ohne Anteil 13. Monatslohn) auf eine Vollzeitstelle wurde gemäss Handhabung im bernischen Lohnsystem eine Monatsstundenzahl von 182 zu Grunde gelegt.

Bruttolohn (AHV-Bruttolohn)

Der AHV-Bruttolohn unterscheidet sich vom AHV-Grundlohn insbesondere dadurch, dass hier sämtliche AHV-pflichtigen Zulagen, z.B. für spezielle Dienstformen, Schicht- oder Nachtarbeit, Pikettdienst und allfällige einmalige Zahlungen enthalten sind. Nicht eingeschlossen sind auch hier Sozialzulagen, 13. Monatslohn sowie Verdienst aus Überstunden. Für die Auswertungen wurde der AHV-Bruttolohn wie der Grundlohn auf eine Vollzeitstelle (100%-AHV-Bruttolohn) hochgerechnet und auf eine 42-Stundenwoche standardisiert. Neben dem Vergleich der indexierten Grundlöhne bieten die AHV-Bruttolöhne ein weiteres Element im Lohnvergleich. Die Auswertung soll dem Umstand Rechnung tragen, dass unterschiedliche Regelungen in der Zulagenentrichtung bestehen respektive der Lohnanteil (Differenz Grundlohn zu AHV-Bruttolohn), der durch die AHV-pflichtigen Zulagen entsteht, je nach Institution und Funktion unterschiedlich hoch ausfallen kann.¹¹

⁹ Da es in der Analyse um einen horizontalen Vergleich zwischen den verschiedenen Institutionen bzw. Funktionen ging, spielt es untergeordnete Rolle, ob der Beschäftigungsgrad bei den Praxisjahren mitberücksichtigt wird. Wichtiger ist, dass eine einheitliche Erfassung vorliegt.

¹⁰ Unterschiedliche Ferien- oder Feiertagsregelungen konnten nicht mitberücksichtigt werden. Ebenfalls im Grundlohn mitberücksichtigt wurden sogenannte Funktionszulagen (Zulagen für zusätzliche, auch vorübergehende Aufgaben wie z.B. Geräte- oder Materialverantwortung). In den meisten Gehaltssystemen sind Funktionszulagen direkt im Grundlohn enthalten.

¹¹ Der AHV-Bruttolohn wurde bei Personen im Stundenlohn nicht ausgewertet.

Teil II: Ergebnisse der Erhebungen/Analysen

In Teil II des Syntheseberichts werden die Resultate aus allen Erhebungen bzw. Analysen zusammenfassend dargestellt. Eine auf die Fragen der Untersuchung bezogene vergleichende Darstellung der Resultate aller Erhebungen erfolgt in Teil III.

3 Auswertung von Routinestatistiken¹²

Fragestellung und Datengrundlage

Die Auswertung der routinemässig von verschiedenen Stellen gesammelten Statistiken ermöglicht die Beantwortung von Fragen zur Entwicklung des Personalbestandes, der Pflegeintensität, der Personalkosten sowie der Situation im Ausbildungsbereich anhand von statistischen Kennzahlen. In den Statistiken sind nur **öffentliche bzw. öffentlich-subventionierte Institutionen** erfasst (mit Ausnahme der Alters- und Pflegeheime)¹³.

Begriffe

Die in den Routinestatistiken verwendeten Kategorisierungen stimmen nur teilweise mit der für die Untersuchung gewählten breiten Definition von «Pflegepersonal» überein. Bei der Auswertung werden je nach Fragestellung bzw. vorhandenen Daten die folgenden Kategorien unterschieden:

■ **Pflegepersonal im engeren Sinne (i.e.S.):** Dieses umfasst alle Stellen, die gemäss H+/VESKA-Kontenplan im Besoldungskonto 31 «Pflegepersonal» erfasst sind. Die Stellen sind weiter unterteilt nach Funktion und Ausbildung in die Kategorien: Pflegedienstleitung, Krankenschwestern und -pfleger (AKP, KWS, PSY, Stationsschwestern), Pfleger/innen FA SRK, Pflegeassistent/innen und pflegerisches Hilfspersonal.

■ **Pflegende mit Zusatzausbildung:** Anästhesie, IPS, OPS, Gebärsaal, Notfallstation und Hämodialyse. (diese Stellen sind nebst den medizinisch-technischen und den medizinisch-therapeutischen Berufen in Konto 32 «Personal anderer medizinischer Fachbereiche» erfasst).

■ **Pflegepersonal im weiteren Sinne (i.w.S.):** Dies entspricht der weit gefassten Definition von Pflegepersonal im Rahmen dieser Untersuchung und enthält das «Pflegepersonal i.e.S.» plus die «Pflegerinnen mit Zusatzausbildung».

In den vom Verband Bernischer Altersheime (VBA) für den Langzeitbereich erhobenen Daten ist das Pflege- und Betreuungspersonal gemeinsam in einer Kategorie aufgeführt. In den Spitex-Statistiken ist das

¹² Silvia Strub & Kilian Künzi, Büro BASS (Baustein 1)

¹³ Ausgewertet wurden folgende Statistiken:

■ Stationärer Bereich: GEF: Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1986-1998; H+: Spitalstatistiken. Administrative Statistik 1987-1996; VBA: Kenndaten 1990-1999; KKC: Jahresauswertungen 1990-1999.

■ Spitex: GEF: Statistik über die Hilfe und Pflege zu Hause im Kanton Bern 1997-1999; BSV: Spitex-Statistik 1997-1999.

■ Ausbildung: GEF: Schulen für Spitalberufe im Kanton Bern. Betriebliche Kennzahlen 1990-1996 (1999); SRK: Statistik Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen 1990/1995-2000.

gesamte Spitex-Personal nach Ausbildung und nach Funktion erfasst. Unter «Pflegepersonal» versteht die Spitex-Statistik alle in der Pflege und Hilfe (Hauswirtschaft) tätigen Personen.

Entwicklung in den Pflegeinstitutionen

In den Auswertungen zeigen sich einige Trends, die im Kanton Bern für alle Institutionstypen gleichermaßen gelten, wie beispielsweise die zunehmende Professionalisierung beim Pflegepersonal oder die Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patient/innen in Heimen und Spitälern. Bei anderen Entwicklungen hingegen unterscheiden sich die Institutionstypen. In vielen Bereichen reichen die verfügbaren Statistiken nur bis 1998. Ganz aktuelle Veränderungen können also nicht erfasst werden.

Stellen und Besoldungsaufwand

In den öffentlichen Spitälern und Krankenheimen wurden in den 1990er Jahren überall ausser im Inselspital **Pflegestellen** abgebaut. Die Zahl der Stellen hat sich von 1992 bis 1998 um insgesamt 7 Prozent verringert. Im Bereich der öffentlichen Spitäler und Krankenhäuser hat einerseits in den 1990er Jahren ein starker Stellenabbau beim Hilfs- und Assistenzpersonal stattgefunden. Andererseits fand eine Verlagerung von allgemein ausgebildetem Personal (AKP, PKP etc.) hin zu spezialisiertem Personal (IPS, OPS, Anästhesie etc.) statt. Vor dieser Zeit allerdings war die Entwicklung gegenläufig. Von 1986 bis 1991 hat die Zahl der Pflegestellen in diesen Institutionen zugenommen. Insgesamt waren 1998 noch zirka 8 Prozent mehr Pflegestellen vorhanden als 1986. Im Akutbereich kann diese Entwicklung mit den Trends bei anderen medizinischen Berufsgruppen verglichen werden: Die Zahl der Stellen von Ärzt/innen hat von 1986 bis 1998 um 30 Prozent zugenommen, jene der medizinisch-therapeutischen Berufe um 20 Prozent.

Im Spitex-Bereich zeigt die nur für 1997 bis 1999 verfügbare Stellenentwicklung für Pflege und Hilfe keinen eindeutigen Trend. Wie sich die Zahl der Stellen in den Alters- und Pflegeheimen, Regionalheimen und übrigen Heimen entwickelt hat, lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht beantworten.

In den öffentlichen Spitälern und Krankenheimen ist in allen medizinischen Bereichen der **Besoldungsaufwand** bis Mitte der 1990er Jahre stark angestiegen, wobei die Zunahme beim Pflegepersonal i.e.S. am stärksten war. Ab 1995 verlief die Entwicklung unterschiedlich: Beim Pflegepersonal i.e.S. ging der gesamte Besoldungsaufwand bis 1998 um 20 Millionen Franken zurück. Bei den anderen medizinischen Fachbereichen (medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Berufe sowie Pflegepersonal mit Zusatzausbildungen) stieg er weiter. Auch bei den Ärzt/innen stieg der Aufwand bis 1996, sank dann bis 1998 aber leicht. Wird das durchschnittliche Gehalt pro Personalkategorie berechnet, hat sich der Abstand zwischen dem Pflegepersonal i.e.S. und den Ärzt/innen in absoluten Zahlen weiter vergrössert. Anteilsmässig hat das Pflegepersonal i.e.S. gegenüber den Ärzt/innen jedoch leicht aufgeholt: Das Durchschnittsgehalt des Pflegepersonals i.e.S. entsprach 1986 47 Prozent eines durchschnittlichen Gehalts der Kategorie Ärzt/innen, 1998 waren es 56 Prozent. Bei diesen Vergleichen ist jedoch zu beachten, dass diese Werte nur eine sehr beschränkte Aussagekraft haben, da sich nicht nur die Löhne, sondern auch die Zusammensetzung des Personals nach Funktion (und dementsprechend nach Lohnhöhe) innerhalb der einzelnen Berufskategorien über die Zeit verändert haben. Beim Pflegepersonal zum Beispiel hat der Anteil des ausgebildeten Personals stark zugenommen.

Weitere strukturelle Indikatoren

Für die **öffentlichen Spitäler und Krankenhäuser** im Kanton Bern lässt sich die Entwicklung einer Reihe weiterer struktureller Indikatoren aufzeigen.

Die Zahl der **Betten** hat in den 1990er Jahren in den Akutspitälern (inkl. Psychiatrie) um 20 Prozent abgenommen. In den Krankenheimen ist die Bettenzahl nach einer starken Zunahme Ende der 1980er Jahre stabil geblieben.

Die Zahl der **stationären Patient/innen** ist in den meisten Bereichen angestiegen: im Insepsital und in der Psychiatrie hat die Zahl der Patient/innen bis 1998 stetig zugenommen. In den Krankenheimen wurde das Maximum ebenfalls 1998 erreicht, wobei in den 1990er Jahren nur noch geringe Zunahmen zu verzeichnen waren. In den Regional- und Bezirksspitalern wurde die Höchstzahl bei den stationären Patient/innen bereits Mitte der 1990er Jahre erreicht, wobei hier dem darauf folgenden Rückgang der starke Zuwachs bei den **teilstationären Patient/innen** gegenüber steht. Die Entwicklung bei den **ambulanten Patient/innen** kann wegen der uneinheitlichen Erfassung nur separat pro Institution betrachtet werden. Es zeigt sich, dass diese Entwicklung uneinheitlich verlaufen ist: während in den meisten Bezirksspitalern die Zahl der ambulanten Patient/innen seit Beginn der 1990er Jahre zugenommen hat, lässt sich für die Regionalspitäler, das Insepsital und die Psychiatriekliniken kein eindeutiger Trend feststellen.

Die Zahl der verrechneten **Pflegetage** ist im gesamten Akutbereich seit Ende der 1980er Jahre rückläufig. In den Krankenheimen ist die Zahl der verrechneten Pflegetage bis 1994 stark angestiegen und seither etwas zurückgegangen.

Im **ambulanten Bereich** (Spitex) sind als einziger weiterer struktureller Indikator die Arbeitsstunden zwischen 1997 und 1999 erfasst. Ihre Gesamtzahl hat in dieser Zeit zugenommen, die Zahl der verrechneten Stunden ist jedoch zurückgegangen. Es wurden deutlich weniger Stunden für hauswirtschaftliche (nicht von den Krankenversicherern bezahlte) Leistungen erbracht. Die Zahl der Pflegestunden nach KLV ist hingegen leicht gestiegen. 1999 wurden vom Spitex-Personal rund 7 Prozent mehr Einsätze (Hausbesuche) absolviert als 1997 bzw. 1998.

Pflegeintensität

Die Pflegeintensität kann aufgrund der vorhandenen Daten nur indirekt erfasst werden. Die nachfolgenden Kennzahlen und Quotienten deuten auf eine allgemeine Zunahme der Pflegeintensität in den 1990er Jahren hin, am Deutlichsten in den Bereichen Psychiatrie, Regional- und Bezirksspitalern und in den Krankenheimen sowie in der Spitex.

Die **durchschnittliche Aufenthaltsdauer** der Patient/innen hat in den vergangenen Jahren vor allem im Akutbereich, aber z.T. auch im Langzeitbereich deutlich abgenommen. Am stärksten fällt die Verkürzung in der Psychiatrie aus, wo sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer seit 1986 um fast die Hälfte verringert hat. Die in den vergangenen Jahren gesunkene durchschnittliche Aufenthaltsdauer kann indirekte Hinweise auf eine Zunahme der Pflegeintensität liefern, wenn davon ausgegangen wird, dass die ersten Tage, welche Patient/innen in einer Pflegeinstitution verbringen, am meisten Betreuung verlangen und dass die für die Entlassung notwendigen Pflegeleistungen in einem kürzeren Zeitabschnitt erfolgen müssen. In den Alters- und Pflegeheimen kann die gesunkene effektive Aufenthaltsdauer der verstorbenen Heimbewohner/innen darauf hinweisen, dass der Eintritt in ein Heim später und bei erhöhter Pflegebedürftigkeit erfolgt.

Die **Bettenauslastung** hat im Laufe der 1990er Jahre im gesamten Akutbereich zugenommen, vor allem in der Psychiatrie und den Regional- und Bezirksspitalern. 1998 betrug die Bettenbelegung in den Regional- und Bezirksspitalern über 85 Prozent; in der Psychiatrie erreichte sie im selben Jahr mehr als 90 Prozent. Im Langzeitbereich ist die Bettenauslastung im Allgemeinen sehr hoch und liegt in den Krankenheimen

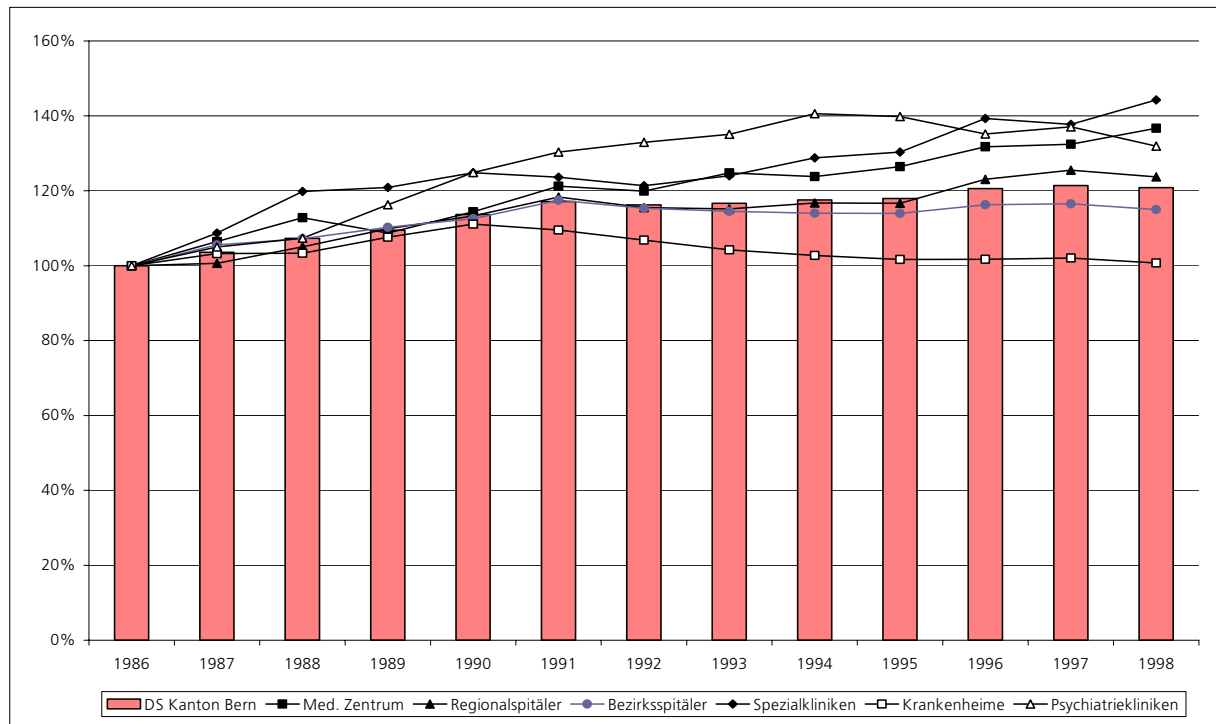
men bei 97 Prozent, in den Regionalheimen bei 95 Prozent und in den lokalen Alters- und Pflegeheimen bei 98 Prozent.

Die **Häufigkeit einer Bettenneubenutzung** (Patient/innenrotation) hat in den vergangenen Jahren in den öffentlichen Spitälern und Krankenheimen klar zugenommen, am stärksten in den Psychatriekliniken. Wird zusätzlich zu den stationären Patient/innen die steigende Zahl der teilstationären Patient/innen in die Berechnung mit einbezogen, fällt die Zunahme seit 1995 in den Akutspitälern noch deutlicher aus. In den Regionalspitälern hat sich seit 1986 die Häufigkeit einer Bettenneubenutzung unter Einbezug der teilstationären Patient/innen mehr als verdoppelt.

Einen weiteren Anhaltspunkt bezüglich Pflegeintensität liefert im Langzeitbereich die Einteilung der Bewohner/innen in **Pflegestufen** (bezogen auf die Pflegebedürftigkeit). Bei der Aufteilung der Bewohner/innentage nach den vier Pflegestufen des BAK-Systems zeigt sich eine Verschiebung von den niedrigeren zu den höheren Pflegestufen (und somit zu zunehmendem Pflegebedarf) im gesamten Langzeitbereich, v.a. aber in den Krankenheimen und in den Alters- und Pflegeheimen.

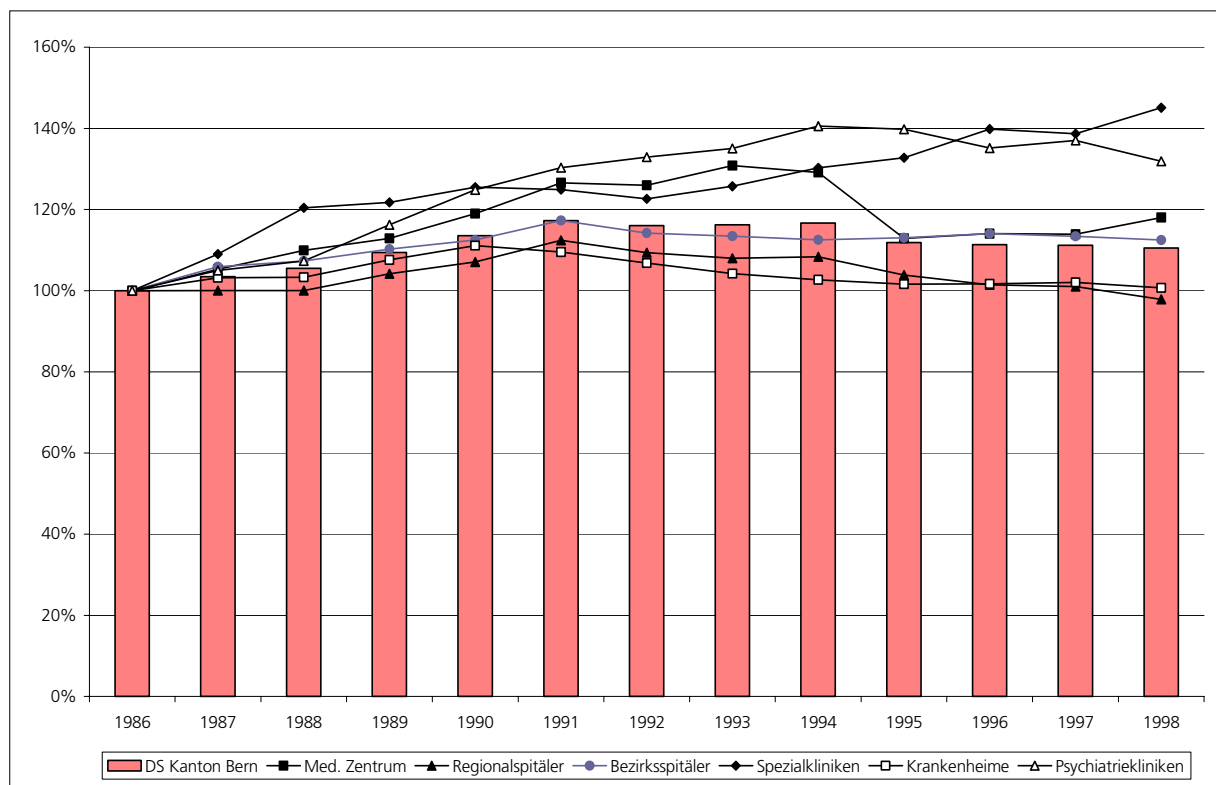
Pflegepersonal pro «effektiv belegtes Bett»: Der Indikator «effektiv belegte Betten» entspricht dem Total der pro Tag verrechneten Pfl egetage und gilt somit als Mass für die Zahl der gleichzeitig zu betreuenden Betten bzw. darin liegenden Patient/innen. Eine Verringerung der Anzahl Pflegestellen pro 100 effektiv belegte Betten bedeutet eine Zunahme der Pflegeintensität, falls der durchschnittliche Pflegeaufwand pro Pfl egetag gleich geblieben ist oder zugenommen hat (z.B. wegen zunehmender Komplexität der Fälle oder in Folge der gesunkenen Aufenthaltsdauer). Nachdem sich die Zahl der Pflegestellen i.w.S. pro effektiv belegte Betten Ende der 1980er Jahre erhöht hatte, ist im Laufe der 1990er Jahre in allen Bereichen (ausser in den Spezialkliniken und im Inselspital) eine Abnahme der Pflegestellen pro effektiv belegte Betten festzustellen (vgl. **Abbildung 2** und **Abbildung 3**). In den Psychatriekliniken ist der Anteil der Stellen pro effektiv belegte Betten ab 1994 deutlich gesunken. In den Krankenheimen hat der Quotient seit Beginn der 1990er Jahre kontinuierlich abgenommen und beinahe das Niveau von 1986 erreicht. In den Bezirksspitalern hat sich die Zahl der Pflegestellen pro effektiv belegte Betten leicht verringert und lag 1998 unter dem Niveau von 1991. Wenn wir für die Berechnungen nur das Pflegepersonal i.e.S. berücksichtigen, zeigt sich auch in den Regionalspitälern, dass die Zahl der Pflegestellen i.e.S. pro effektiv belegte Betten abgenommen hat. Im Gegensatz dazu haben die Pflegestellen pro 100 effektiv belegte Betten in den Regionalheimen bis 1998 und den Alters- und Pflegeheimen bis 1999 mehr oder weniger stetig zugenommen, was vor allem bei den Alters- und Pflegeheimen im Zusammenhang mit der Zunahme der höheren Pflegestufen zu sehen ist.

Abbildung 2: Stellen Pflegepersonal i.w.S. pro 100 effektiv belegte Betten, indexiert



Quelle: GEF (1987-1999): Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1986-1998; eigene Berechnungen

Abbildung 3: Stellen Pflegepersonal i.e.S. pro 100 effektiv belegte Betten, indexiert



Quelle: GEF (1987-1999): Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1986-1998; eigene Berechnungen

Personal pro Patient/in (Bewohner/in): Mit Hilfe des Quotienten Pflegestellen pro 100 stationäre Patient/innen wird ausgedrückt, wie viele volle Stellen über das ganze Jahr gesehen für 100 Patient/innen zur Verfügung stehen. Die Berechnungen zeigen, dass die Zahl der Pflegestellen pro 100 Patient/innen im gesamten Akutbereich (mit Ausnahme der Spezialkliniken) seit 1991 deutlich abgenommen hat – in den Regional- und Bezirksspitalern sowie in der Psychiatrie sogar bis unter das Niveau von 1986 (vgl.

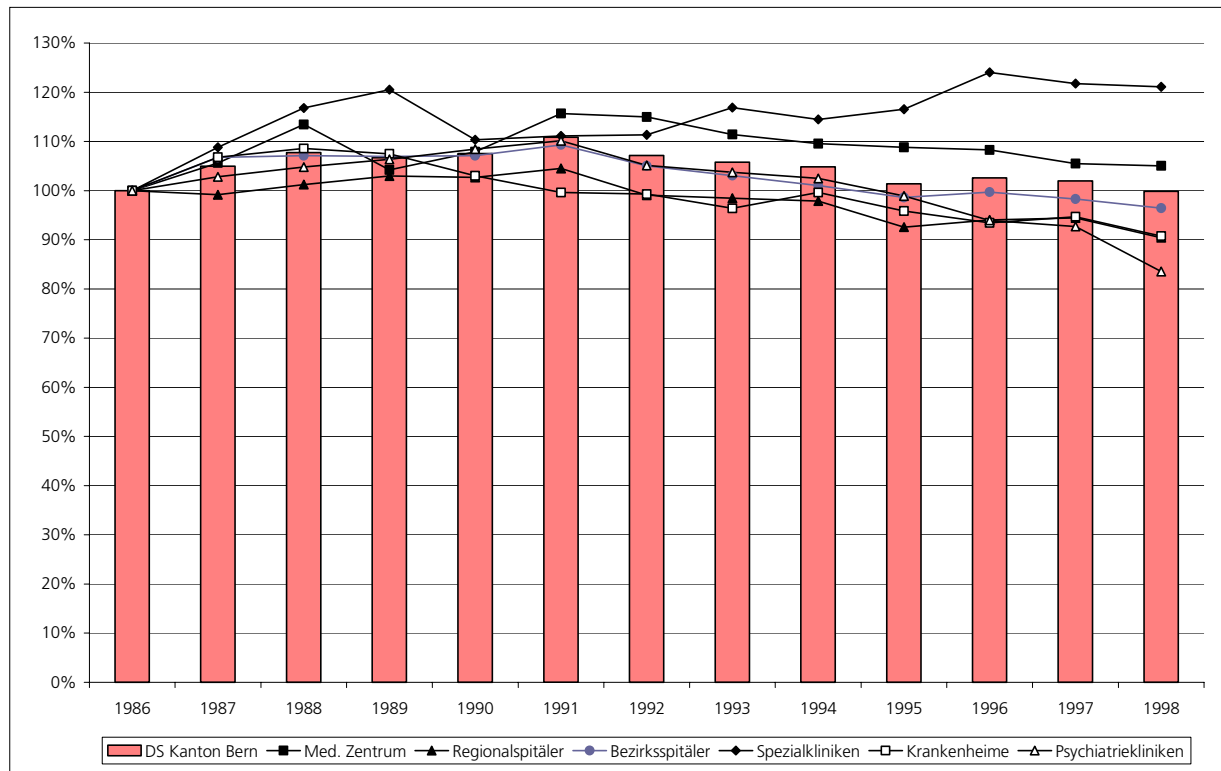
Abbildung 3 und **Abbildung 4**). Wird die Zahl der teilstationären Patient/innen miteinbezogen, fällt die Verringerung des Pflegepersonalbestandes pro 100 Patient/innen noch deutlicher aus. Als Vergleichsgrösse kann die Zahl der Ärzt/innenstellen pro 100 Patient/innen im Akutbereich beigezogen werden. Grob lässt sich sagen, dass sich die Zahl der Pflegestellen analog zu den stationären Patient/innen entwickelt hat, während die Stellen der Ärzt/innen näherungsweise entsprechend dem Total der Patient/innen (also stationäre und teilstationäre) zugenommen haben. Im Langzeitbereich unterscheidet sich die Pflegestellenzahl pro Patient/in in den Krankenheimen wiederum von derjenigen in den Alters- und Pflegeheimen und den Regionalheimen. Die Zahl der Pflegestellen pro 100 Bewohner/innen hat in den Krankenheimen seit Ende der 1980er Jahre kontinuierlich abgenommen, dies bei einem steigenden Anteil von Bewohner/innen mit Pflegestufe 2 und 3, was auf eine zunehmende Pflegeintensität in den 1990er Jahren hindeutet. In den lokalen Alters- und Pflegeheimen hat das Verhältnis Pflegestellen zu Bewohner/innen bis 1996 leicht zugenommen und sich dann auf einem (im Vergleich zu 1996) etwas tieferen Niveau eingependelt; gleichzeitig hat aber der Anteil Bewohner/innentage der höheren Pflegestufen 2 und 3 bis 1999 zugenommen, was insbesondere ab 1996 eine Zunahme der Pflegeintensität in den Alters- und Pflegeheimen vermuten lässt. In den Regionalheimen hat die Zahl der Pflegestellen im Verhältnis zu den Bewohner/innen bis 1998 zugenommen bei etwa gleichbleibender Verteilung der Bewohner/innen nach Pflegestufen. 1999 hat sich das Verhältnis Pflegestellen zu Bewohner/innen auch in den Regionalheimen verringert. Im Spitex-Bereich ist die durchschnittliche Anzahl Einsätze (Hausbesuche) pro Stelle zwischen 1997 und 1999 angestiegen und der durchschnittlich verrechnete Zeitaufwand pro Einsatz gesunken, was zusammen mit dem erhöhten Zeitaufwand für Wegzeiten und infrastrukturelle Tätigkeiten auf eine Intensivierung der Arbeit hindeuten kann.

Entspricht die Entwicklung in den Pflegeinstitutionen dem schweizerischen Mittel?

Für den **stationären Bereich** sind anhand der H+-Statistik nur sehr grobe Vergleiche möglich, da die H+-Daten der Institutionen sehr lückenhaft und nicht validiert sind (insbesondere beim Personal). Die Zahlen zeigen sowohl für die Aufenthaltsdauer wie auch für die Quotienten Pflegepersonal pro 100 effektiv belegte Betten und Pflegepersonal pro 100 Austritte (Patient/innen), dass die Entwicklung im Kanton Bern mit derjenigen in der gesamten Schweiz vergleichbar ist.

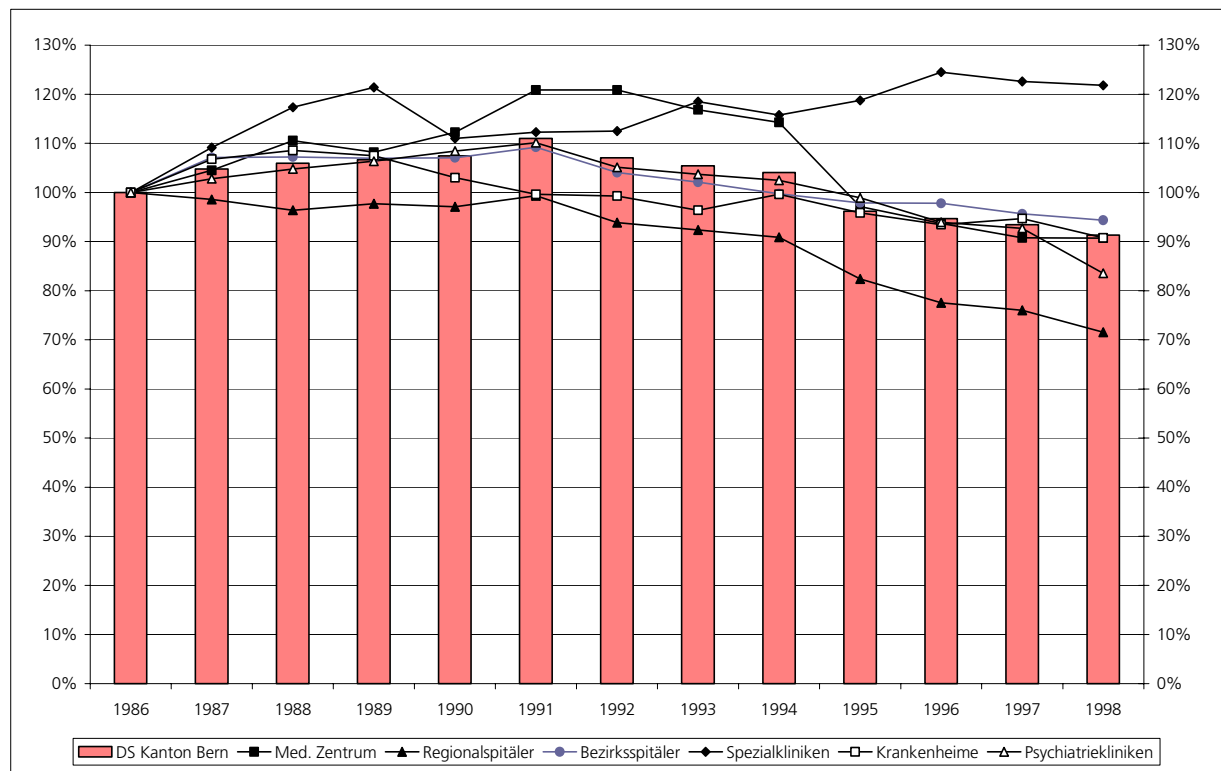
Auch für die **Spitex** entspricht die Entwicklung im Kanton Bern, insbesondere beim Personal, weitgehend dem schweizerischen Durchschnitt: Sowohl im Kanton Bern wie in der gesamten Schweiz hat die Zahl der Stellen in der Spitex von 1997 bis 1999 leicht zugenommen. Der Stellenzuwachs ist auf die Bereiche Leitung und Administration zurückzuführen, deren Volumen auch bei den Arbeitsstunden zunimmt, während die Stellenzahlen für Pflege und Hilfe (bzw. Hauswirtschaft) leicht abgenommen haben. Die Zahl der Pflege- und Betreuungsstellen pro Klient/in liegt in Bern über dem schweizerischen Durchschnitt. In Bern werden aber auch mehr Arbeitsstunden pro Klient/in geleistet.

Abbildung 4: Stellen Pflegepersonal i.w.S. pro 100 stationäre Patient/innen, indexiert



Quelle: GEF (1987-1999): Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1986-1998; eigene Berechnungen

Abbildung 5: Stellen Pflegepersonal i.e.S. pro 100 stationäre Patient/innen, indexiert



Quelle: GEF (1987-1999): Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1986-1998; eigene Berechnungen

Entwicklung im Ausbildungsbereich

Im Ausbildungsbereich zeigt sich bei der Auswertung der Daten ein wenig einheitliches Bild. Ein genereller Mangel an Neueintritten oder eine Zunahme von vorzeitigen Austritten lassen sich bei den Pflegeberufen nicht feststellen.

Anzahl Schüler/innen und Diplomierte: Im Kanton Bern hat das Total der Schüler/innen in den Pflegeberufen ab 1996 zugenommen, so dass im Jahr 2000 die höchsten Schüler/innenzahlen zu verzeichnen waren. Diese Entwicklung ist vor allem durch die Zunahme bei den DN II-Programmen (sowie bei den Hebammen und der neuen Ausbildung in Rettungssanität) bedingt, während die Schüler/innenzahlen bei den Pflegeassistent/innen deutlich und bei den DN I leicht zurückgegangen sind.

Das Total der ausgestellten Diplome und Fähigkeitsausweise hat im Kanton Bern in den Pflegeberufen 1996 den Höchstwert erreicht und danach bis 1999 abgenommen (dies entgegen dem gesamtschweizerischen Trend). Für das Jahr 2000 war wieder eine leichte Zunahme bei den Diplomiertenzahlen zu verzeichnen, mit einem Höchstwert bei den DN I-Abschlüssen. Abgenommen haben insbesondere die erfolgreichen Abschlüsse bei den Pflegeassistent/innen, aber bis 1999 auch beim Diplom-Niveau II (inkl. AKP, PSY, GKP). Weshalb die erfolgreichen DN II-Abschlüsse im Kanton Bern trotz steigenden Schüler/innenzahlen und weniger vorzeitigen Austritten abgenommen haben, ist anhand der Daten nicht zu beantworten. Zum Vergleich die Entwicklung in der übrigen Schweiz: In den Pflegeberufen ist die gesamte Zahl der Schüler/innen von 1990 bis 2000 kontinuierlich angestiegen (mit einem kleinen Rückgang Mitte der 1990er Jahre). Der Höchstwert wurde mit knapp 15'000 Schüler/innen im Jahr 2000 erreicht. Die Zahl der Ausbildungsabschlüsse mit Diplom bzw. Fähigkeitsausweis hat von 1995 bis 1998 leicht abgenommen, seither aber wieder zugenommen und (anders als im Kanton Bern) im Jahr 2000 mit 4'200 Abschlüssen den höchsten Wert erreicht.

Neueintritte: Im Jahr 2000 haben sowohl im Kanton Bern wie auch in der Schweiz am meisten Schüler/innen eine Ausbildung in einem Pflegeberuf begonnen. Es lässt sich also kein genereller Mangel an Neueintritten feststellen. Allerdings gibt es im Kanton Bern (im Gegensatz zur gesamten Schweiz) Unterschiede zwischen den verschiedenen Ausbildungen: Das Maximum im Jahr 2000 ist vor allem durch die neue Ausbildung der Rettungssanitäter/innen zu erklären. Bei den Pflegeassistent/innen und beim Diplom-Niveau I haben die Neueintritte analog zur Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze bis 1999 abgenommen und sind erst im Jahr 2000 wieder leicht gestiegen. Bei den DN II hat die Zahl der Neueintritte 1999 einen deutlichen Einbruch erlitten im Vergleich zum Höchstwert von 1998, sich aber im Jahr 2000 wieder teilweise erholt.

Vorzeitige Austritte: Im Wesentlichen hat sich die Zahl der Austritte in den Pflegeberufen parallel zu den Schüler/innenzahlen entwickelt (Anteil Austritte 10 bis 13 Prozent). Im Kanton Bern ist kein Anstieg der vorzeitigen Austritte zu verzeichnen; die Austrittsrate war 1996 am höchsten (in absoluten Zahlen und im Verhältnis zu den Schüler/innen). Die vorzeitigen Austritte sind im Kanton Bern seither leicht zurückgegangen und liegen im Verhältnis zur Anzahl Schüler/innen leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt. Gesamtschweizerisch gesehen war die höchste Zahl an Ausbildungsabbrüchen und -unterbrüchen bei den Pflegeberufen im Jahr 2000 zu verzeichnen. Diese Zahlen sind aber nur bedingt aussagekräftig, da darin nicht nur die «echten» Ausbildungsabbrüche enthalten sind, sondern auch Austritte wegen Schulwechsel, Wiederholung einer Klasse oder Unterbruch der Ausbildung. Im Jahr 2000 waren bei den Pflegeberufen (aber auch bei den anderen Berufsgruppen) nur knapp die Hälfte aller vorzeitigen Austritte und Abschlüsse ohne Diplom «echte» Austritte. Von den «echten» Austritten waren jeweils weniger als 5 Prozent Aus-

tritte wegen nicht bestandener Abschlussprüfung. Beinahe 60 Prozent der Ausgetretenen haben «andere» Gründe angegeben, während zirka 20 Prozent der Austritte «wegen Nichteignung» und 21 Prozent (Kanton Bern) bzw. 13 Prozent (Schweiz) der Austritte «aus gesundheitlichen Gründen» erfolgt sind.

Bei den **medizinisch-therapeutischen Berufen** sieht die Entwicklung ähnlich aus wie bei den Pflegeberufen: Am meisten Schüler/innen waren ebenfalls 2000 zu verzeichnen, während die Zahl der erfolgreichen Ausbildungsabschlüsse 1999 den Höchstwert erreichte und 2000 etwas tiefer lag. Bei den **medizinisch-technischen Berufen** hingegen hat die Zahl der Schüler/innen ab 1997 zwar abgenommen, die Zahl der Diplome ist aber (nach einem Rückgang von 1995 bis 1997) wieder steigend.

Gelingt die Rekrutierung von Männern? Der prozentuale Anteil von Männern in den vom SRK geregelten Gesundheitsberufen war zwischen 1985 und 1994 relativ stabil (zwischen 7.5 und 10 Prozent) und hat sich ab 1995 leicht erhöht. Ende der 1990er Jahre lag der Männeranteil bei den Abschlüssen mit Diplom (bzw. Fähigkeitsausweis) im Durchschnitt bei 13 Prozent. Allerdings gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen: In den Pflegeberufen ist der Männeranteil Mitte der 1990er Jahre leicht angestiegen, von 9.5% (1994) auf 12.8% (1996), seither aber wieder etwas gesunken auf 11.5% (1999). In den medizinisch-technischen Berufen und den medizinisch-technischen Berufen ist der Anteil der Männer traditionellerweise höher als in den Pflegeberufen, in den letzten Jahren ist er aber ebenfalls leicht rückläufig.

Weitere Ausbildungen im Pflegebereich: Betagtenbetreuer/innen VBA: Die Zahl der Schüler/innen in der zweijährigen Grundausbildung betrug im Kanton Bern Ende der 1980er Jahre jeweils rund 30 und stieg stark an bis auf 60 Schüler/innen (1991). Nach einem Einbruch 1993 bis 1995 erholte sich die Schüler/innenzahl wieder und lag im Jahr 2000 bei 58 Neueintritten. Die Entwicklung der Zahl der Abschlüsse mit Fähigkeitsausweis verläuft analog. Hauspfleger/innen: Die Zahl der Schüler/innen und Abschlüsse an der Schule für Hauspflege in Bern ist über die Jahre «immer etwa konstant» (22 bis 24 erfolgreiche Abschlüsse pro Halbjahr, plus alle zwei Jahre «nochmals so viele»).

4 Stellen und Löhne im Pflegebereich im Kanton Bern¹⁴

Ausgangslage und Fragestellung

Die Erhebung der Stellen und Löhne im Pflegebereich, die im Januar 2001 durchgeführt wurde, hatte zum Ziel, sich einen differenzierten Überblick über die «Pflegetandschaft» im Kanton Bern, d.h. über die aktuelle Anzahl der im Pflegebereich arbeitenden Personen, die vorhandenen Stellen sowie über die im Pflegebereich bezahlten Löhne zu verschaffen («Wer pflegt wo in welcher Funktion und welchen Strukturen zu welchem Lohn?»). Die Erhebung sollte unter anderem eine Grundlage zur Abschätzung von Kosten liefern, welche bei Lohn- oder Stellenmassnahmen entstehen.

Die Auftraggeberin hat im Frühjahr 2001 eine Zwischenauswertung der verfügbaren Daten verlangt, auf deren Basis bereits ab 1. Juli 2001 Lohnanpassungen eingeleitet wurden. Die im nachfolgend ausgewiesenen Gehaltshöhen stellen die konsolidierten Ergebnisse auf dem **Stand** des Erhebungszeitpunkts, d.h. des Monats **Januar 2001** dar.

¹⁴ Kilian Künzi, Heidi Stutz, Silvia Strub & Susanne Schmutz, Büro BASS (Baustein 2)

Methoden und Datengrundlagen

Die Daten wurden mit zwei schriftlichen Fragebogen und mit Hilfe elektronischer Datenträger im Rahmen einer **Vollerhebung** bei den Personalverantwortlichen sämtlicher potentieller Pflegeeinrichtungen des Kantons erfasst. Die Institutionen zeigten eine sehr hohe Teilnahmebereitschaft. Auf der Ebene der Betriebe wurde ein auswertbarer Rücklauf von 75 Prozent (407 Betriebe), auf der Ebene der Personen von über 90 Prozent erreicht. Dies entspricht auswertbaren Lohndaten von 16'500 Pflegeangestellten. Bei einem hohen Anteil von 78 Prozent der Individualdaten (bei 12'770 Personen) waren Angaben zu den in Zusammenhang mit der Lohnfrage wichtigen Praxisjahren vorhanden.

Anzahl Personen und Stellen

Laut den verfügbaren Daten verteilen sich in der Pflege im Kanton Bern 17'376 Personen auf 11'315 Vollzeitstellen in rund 407 Institutionen. Von den insgesamt 11'315 Vollzeitstellen fallen jeweils 43 Prozent auf den Akut- und den Langzeitbereich, auf die psychiatrischen Kliniken 6 Prozent und auf die ambulante Pflege 9 Prozent. Werden Personen als Basis genommen, zeigt sich, dass im Langzeitbereich mehr Pflegenden arbeiten als im Akutbereich (43% gegenüber 39%). 5 Prozent der Pflegeangestellten sind in psychiatrischen Kliniken und 13 Prozent in der ambulanten Pflege tätig.

Im Akutbereich sind gut 7 Prozent der Stellen mit Pflegemanagement, 72 Prozent mit diplomiertem Personal und 21 Prozent mit Hilfspersonal besetzt. Im Langzeitbereich fallen ebenfalls 7 Prozent der Pflegestellen auf das Pflegemanagement; der Anteil an Stellen für pflegerisches Hilfspersonal (58%) ist jedoch grösser als der Anteil an Stellen für diplomiertes Personal (36%). In den psychiatrischen Kliniken ist der Anteil von Pflegestellen im Pflegemanagement mit 12 Prozent am grössten: Der Anteil an Stellen für diplomiertes Pflegepersonal beträgt 72 Prozent, derjenige an Stellen für Hilfspersonal lediglich 16 Prozent. Die Pflegestellen der ambulanten Pflege verteilen sich auf 5 Prozent Pflegemanagement, 57 Prozent für diplomierte Pflegenden und 38 Prozent für Pflegenden in Hilfsfunktionen.

Differenziert nach Institutionen lassen sich folgende Vollzeitstellenzahlen (besetzte Stellen) festhalten: Inselspital 1'617 (14.3%), Regionalspitäler 1'529 (13.5%), Bezirksspitäler 616 (5.4%), Privatspitäler 883 (7.4%), Spezialkliniken 262 (2.3%), psychiatrische Kliniken 675 (5.4%), Krankenhäuser 991 (7.4%), C-Stationen von Regional- und Bezirksspitälern 369 (3.3%), Dezentrale Pflegestationen 39 (0.3%), Regionale Pflegeheime (Grossheime) 668 (5.9%), Lokale Alters- und Pflegeheime 2'617 (23.1%), Behindertenheime 131 (1.2%), Spitex-Einrichtungen 926 (8.2%) sowie Mütter- und Väterberatungsstellen 37 (0.3%).

In praktisch allen Institutionstypen und Pflegebereichen ist ein **Stellenbesetzungsbedarf** an diplomiertem Personal auszumachen. Am gravierendsten ist dieser Bedarf im Akutbereich der öffentlichen Institutionen. Das Universitätsspital ausgenommen, konnten zum Erhebungszeitpunkt 135 bewilligte Vollzeitstellen für diplomierte Pflegenden nicht besetzt werden. Dabei werden insbesondere diplomierte Pflegenden mit Leitungsfunktionen und/oder Spezialisierungen oder besonderen Funktionen gesucht. Eine Stellenüberbesetzung beim Hilfspersonal in den Institutionen des öffentlichen Akutbereichs lässt vermuten, dass personelle Engpässe beim diplomierten Personal mit dem vermehrten Einsatz von Hilfspersonal aufgefangen werden, sofern eine Substitution möglich ist. Auch im öffentlichen Langzeitbereich und in der ambulanten Pflege ist beim diplomierten Pflegepersonal eine Stellenunterbesetzung (81 bzw. 30 Stellen) auszumachen; beim Hilfspersonal hingegen ist eine Stellenüberbesetzung festzustellen. Im Akutbereich besteht auch bei den privaten Institutionen ein Bedarf an diplomiertem Personal (36 Stellen). Im privaten Langzeitbereich dagegen ist der zusätzliche Bedarf an diplomiertem Personal vergleichsweise gering (6 Stellen).

Arbeits- und Entlohnungsstrukturen

Beim überwiegenden Teil der Institutionen (84%) ist die **wöchentliche Arbeitszeit** auf 42 Stunden festgelegt. Bei nur wenigen (4%) liegt sie darunter. Eine gewisse Verbreitung (11%) findet die 43-Stundenwoche.

In gut 9 von 10 Betrieben wird der **13. Monatslohn** gewährt. Die Betriebe, die ihrem Pflegepersonal keinen 13. Monatslohn gewähren, verteilen sich auf einige Institutionen im Privatspitalbereich sowie auf öffentliche Langzeitinstitutionen und ambulante Pflegeeinrichtungen.

Den direkt über 20-jährigen Mitarbeitenden gewähren 91 Prozent der Institutionen 4 **Ferienwochen**, die restlichen zumeist 5 Wochen. Direkt über 50-jährige Angestellte erhalten in den allermeisten Betrieben (93%) 5 Ferienwochen.

In der Mehrzahl der Institutionen ist die Entlohnung des Pflegepersonals in einem **Gehaltssystem** geregelt. Mit 61 Prozent entlohnt der grösste Anteil der Betriebe sein Pflegepersonal nach den Systemen des Kantons Bern BERESUB und BEREBE. Bei 6 Prozent der Einrichtungen ist das Arbeitsverhältnis zusätzlich durch einen Gesamtarbeitsvertrag geregelt. 5 Prozent der Betriebe benutzen das Gehaltssystem des Verbands Bernischer Krankenhäuser (VBK). 29 Prozent geben an, dass sie ein anderes System verwenden.

Die Arbeit im Pflegebereich ist naturgemäss durch **Nacht-, Wochenend-, Feiertags- oder Pikettdienst** geprägt. Die meisten Betriebe entschädigen diese speziellen Arbeitszeitformen durch Zeitgutschriften und/oder Zulagen. Nachtdienst wird in 73 Prozent der Betriebe speziell entschädigt, Wochenend- und Feiertagsdienst in 87 Prozent. Weniger verbreitet ist eine einsatzunabhängige Entgeltung für Pikettdienst. Öffentliche Institutionen entschädigen die besprochenen Arbeitszeitformen tendenziell eher als private. Eine gewisse Relevanz in Zusammenhang mit der Lohnfrage haben ebenfalls Zulagen, die ein Betrieb über die obligatorischen Kinderzulagen hinaus für die Betreuung von Kindern gewährt. 217 (56%) der Betriebe im Pflegebereich entrichten eine entsprechende Betreuungszulage (zumeist 320 Franken, abhängig vom Beschäftigungsgrad), 174 (44%) – überwiegend private Institutionen – tun dies nicht.

Persönliche und berufliche Merkmale der Pflegenden

Das **Durchschnittsalter** der Pflegenden in den Berner Gesundheitsbetrieben beträgt 41.3 Jahre. Im Akutspitalbereich sind im Schnitt eher jüngere Pflegenden tätig. Hier ist die Altersgruppe der unter 30-Jährigen mit Abstand am stärksten vertreten (22%). Im Bereich der Langzeitpflege und insbesondere der ambulanten Pflege liegt das durchschnittliche Alter höher. In den psychiatrischen Kliniken ist die Altersgruppe der unter 30-Jährigen vergleichsweise klein (11%). Im Schnitt ist das Personal in Leitungsfunktionen am ältesten. Das Hilfspersonal weist in der Regel ein höheres Durchschnittsalter auf als das diplomierte Pflegepersonal. Sehr deutlich ist dies im Bereich der ambulanten Pflege.

Pflegeberufe werden nahezu ausschliesslich von **Frauen** ausgeübt. Insgesamt nur 8.7 Prozent der Pflegenden sind Männer. Dabei ist ihr Anteil in Leitungspositionen (17.7%) oder in Funktionen mit Spezialausbildung (14.0%) höher als bei den übrigen Pflegefunktionen. Insbesondere der Bereich der ambulanten Pflege ist praktisch vollständig in Frauenhand. Der weitaus höchste Männeranteil findet sich bei Pflegenden in psychiatrischen Kliniken (30.5%). Ein Vergleich mit der Untersuchung von Güntert et. al (1989, 24) zeigt, dass in der Verteilung der Geschlechter seit 1987 keine wesentlichen Änderungen stattgefunden haben. Eine zunehmende Rekrutierung von männlichem Pflegepersonal ist nicht erfolgt.

Der **Ausländer/innenanteil** beträgt 10.5 Prozent. Überdurchschnittlich hoch ist er in den Spezialkliniken (18.4%), im Inselspital (15.6%), in den psychiatrischen Kliniken (13.3%) wie auch in den grossen Langzeitinstitutionen (12.4%). Im Bereich der ambulanten Pflege sind hingegen kaum ausländische Pflegenden im Einsatz. Der Anteil an ausländischem Personal ist bei Pflegenden mit Spezialausbildung (16.2%), bei DN II mit Ausbildungsverantwortung oder Gruppenleitung (15%), aber auch beim Pflegepersonal ohne Ausbildung (14.4%) vergleichsweise hoch.

Rund 75 Prozent der Pflegenden stehen in einem **Arbeitsverhältnis** mit einem bestimmten Beschäftigungsgrad, 25 Prozent sind im Stundenlohn angestellt. Gering ist der Anteil an Stundenlöhner/innen in den Akutspitälern (14.1%) und insbesondere in den psychiatrischen Kliniken (7.5%). Im Langzeitbereich beträgt er 28.5 Prozent, wobei vor allem die lokalen Alters- und Pflegeheime viel Personal (33.6%) im Stundenlohn beschäftigen. Im Unterschied zu den anderen Institutionstypen ist im Bereich der ambulanten Pflege die Mehrzahl der Pflegenden (57.3%) als Stundenlöhner/innen tätig. Bei privaten Betrieben sind Stundenlohnstellen tendenziell verbreiteter als bei öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten.

Pflegeberufe werden in der Regel als Teilzeit- und nicht als Vollzeitbeschäftigung ausgeübt. Der durchschnittliche **Beschäftigungsgrad** beträgt 65.4 Prozent. Am höchsten ist er in den psychiatrischen Kliniken (78.4%), gefolgt von den Akutspitälern (72.1%) und den Langzeitinstitutionen (63.2%). Die tiefsten durchschnittlichen Pensen finden sich bei Pflegenden der ambulanten Betriebe (45.4%). Ein Vergleich mit der Studie von Güntert et al. (1989, 28) deutet darauf hin, dass sich der durchschnittliche Beschäftigungsgrad beim Pflegepersonal seit 1987 um rund 10 Prozentpunkte reduziert hat.

Im Mittel (Median) aller Pflegepersonen beträgt das **Dienstalalter** 4.8 Jahre. Einzelne Pflegenden arbeiteten zum Erhebungszeitpunkt bereits 35 bis 40 Jahre an ihrer gegenwärtigen Stelle. Bei Pflegenden im Akutspitalbereich (5.2 Jahre) liegt die Betriebszugehörigkeit leicht über dem Gesamttotal, bei Pflegenden in psychiatrischen Kliniken leicht darunter (4.3 Jahre). Rund 19 Prozent der Pflegenden sind erst seit einem Jahr oder kürzer an ihrer gegenwärtigen Stelle, die grösste Gruppe (33%) zwischen 2 und 5 Jahren. In den Akutspitälern und insbesondere in den psychiatrischen Kliniken fällt der Anteil an Pflegenden, die bereits 11 und mehr Jahre an ihrer gegenwärtigen Stelle arbeiten, am höchsten aus (27 bzw. 30%). Die nach Funktionen tiefste mittlere Stellendauer weist das diplomierte Pflegepersonal auf (insbes. DN II/AKP etc. und DN I/FA SRK mit je 3.8 Jahren), während das pflegerische Hilfspersonal im Schnitt wiederum etwas länger im aktuellen Betrieb tätig ist (4.9 Jahre).

Die **Berufserfahrung** bzw. die Anzahl **Praxisjahre** der Pflegenden streut zwischen 0 und 45 Jahren. Das Mittel (Median) liegt bei 10 Jahren. Zwischen den verschiedenen Institutionstypen ergeben sich keine auffallenden Unterschiede. Pflegenden in Leitungsfunktionen haben erwartungsgemäss eine höhere Anzahl Erfahrungsjahre als diplomierte Pflegenden (17 Jahre gegenüber 11 Jahren). Diese wiederum haben im Schnitt mehr Erfahrungsjahre als pflegerische Hilfspersonen (7 Jahre).

Die Löhne im Pflegebereich

Insgesamt lässt sich festhalten, dass der überwiegende Teil der Pflegenden entsprechend ihren Funktionen nach Klassen «korrekt» bzw. gemäss den **Gehaltstabellenvorgaben** eingereiht sind. Eine relativ breite Streuung ergibt sich bei den Funktionskategorien «Betagtenbetreuung/Hauspflege» und «Pflegende ohne Ausbildung». Insgesamt 2'000 Personen (1'460 Stellen) waren zum Erhebungszeitpunkt in sogenannten Anlaufstufen ihres jeweiligen Gehaltssystems eingereiht.

Die Auswertung der Lohndaten zeigt, dass die **Grundlöhne** (AHV-Bruttolöhne ohne Zulagen für Nacht-, Wochenenddienst etc.) der Pflegeangestellten stark nach Funktion streuen – Pflegepersonal ist «nicht gleich Pflegepersonal» (**Tabelle 3**). So erzielen Pflegeangestellte in hauptsächlicher Leitungsfunktion einen durchschnittlichen monatlichen Grundlohn von etwa 6'400 Franken, während diplomierte Krankenschwestern aller verschiedener Diplomausbildungen im Mittel rund 5'100 Franken erhalten. Pflegepersonal ohne spezifische Ausbildung erreicht einen Durchschnittslohn von ca. 3'900 Franken. Dabei ergeben sich Unterschiede nach Institutionstyp: Die Leitungslöhne sind durchschnittlich im Inselspital am höchsten (Median: 6'775 Fr.), gefolgt von jenen in Privatspitälern (Median: 6'540 Fr.) und psychiatrischen Kliniken (Median: 6'444 Fr.). Ebenfalls über dem Mittel liegen sie in den Regionalspitälern.

Tabelle 3: Monatliche Grundlöhne (Median in Fr.) ausgewählter Funktionen, Stand Januar 2001

	Akutspitäler	Psych. Kliniken	Langzeit	Ambul. Pflege	Total
Leitung	6'559	6'444	6'008	6'000	6'361
DN II / AKP etc.	5'191	5'532	5'089	5'323	5'243
DN I / FA SRK	4'654	4'745	4'621	4'883	4'676
Pflegeassistent/-hilfe SRK	4'007	3'669	3'884	3'897	3'890
Total	5'125	5'387	4'122	4'348	4'665

Quelle: Lohnerhebung. Im Total sind sämtliche Pflegefunktionen enthalten

Beim diplomierten Pflegepersonal sind die mittleren Löhne in den beiden Institutionstypen Inselspital und psychiatrische Kliniken am höchsten (Median: rd. 5'530 Fr.). Nur leicht darunter liegen die Gehälter in den Privatspitälern (Median: 5'369 Fr.). An vierter Stelle folgen die Regionalspitäler (Median: 5'244 Fr.). Die mittleren Diplomiertenlöhne an den Bezirksspitälern und im ambulanten Bereich liegen nur noch knapp über der 5'000er-Marke. Im Langzeitbereich sind die Löhne für das diplomierte Personal generell etwas tiefer. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass weniger DN II und mehr DN I/FA SRK im Einsatz stehen (z.B. lokale Alters- und Pflegeheime: Median: 4'763 Fr.). Bei den Hilfspersonallöhnen fallen die Unterschiede kleiner aus als bei den anderen Kategorien. Werden die Löhne nach den einzelnen Pflegefunktionen und Institutionen differenziert ausgewiesen, ergibt sich folgendes Bild: Am höchsten sind die Durchschnittsgehälter (arith. Mittel) bei den Funktionen «Dipl. Krankenschwester/-pfleger DN II/AKP etc.» (5'436 Fr.) und beim Hilfspersonal ohne Ausbildung in Pflege (4'177 Fr.) in der Psychiatrie. Ebenfalls noch vorne liegen die psychiatrischen Kliniken bei den Löhnen für Diplomierte mit Spezialausbildungen (5'916 Fr.) und – mit Einschränkungen – bei der Kategorie «Leitung» (6'817 Fr.). Die höchsten Durchschnittsgehälter für DN II mit besonderen Funktionen (Gruppenleitung/Ausbildungsverantwortung) werden hingegen im Akutspitalbereich erreicht (6'006 Fr.). Ebenfalls führend ist der Akutspitalbereich bei den Löhnen für Pflegeassistent/Pflegehilfe SRK (3'966 Fr.). Während im Langzeitbereich bei keiner Funktion eine im Vergleich zu den anderen Bereichen höchste Gehaltshöhe zu finden ist, werden die «DN I/FA SRK» im ambulanten Bereich im horizontalen Vergleich am höchsten entlohnt (4'870 Fr.). Ebenfalls nur wenig hinter den jeweiligen Spitzenpositionen liegen die Löhne der ambulanten Betriebe auch bei den Kategorien «DN II/AKP etc.» (5'308 Fr.), «DN II mit bes. Funktionen» (5'806 Fr.) oder «Pflegeassistent/-hilfe SRK» (3'897 Fr.). Werden nur die öffentlichen/öffentlich-subventionierten Betriebe betrachtet, wird deutlich, dass die durchschnittlichen Pflegegehälter an den psychiatrischen Kliniken in der Regel höher als an anderen Institutionstypen sind. Werden die psychiatrischen Kliniken bei gewissen Funktionskategorien als Referenzgrösse beigezogen, besteht in den anderen Institutionstypen ein Nachholbedarf.

Insgesamt rund 2'000 Pflegenden (rd. 1'350 Vollzeitstellen) arbeiten in Institutionen mit einer **Gesamtarbeitsvertragsregelung**. Diese Regelungen sind insbesondere im Akutspitalbereich zu finden. Die Auswertung des Strukturmerkmals GAV- respektive Nicht-GAV-Spital hat gezeigt, dass zwischen den mittlere-

ren Löhnen von Pflegenden in Akutspitälern mit Gesamtarbeitsvertrag gegenüber Pflegenden in Akutspitälern ohne Gesamtarbeitsvertrag insgesamt keine nennenswerten Differenzen bestehen.

Eine Unterscheidung nach den soziostrukturellen Merkmalen **Geschlecht** und **Nationalität** zeigt, dass die mittleren Löhne des männlichen Pflegepersonal insgesamt leicht höher als jene des weiblichen Personals sind. Die Nationalitätenunterschiede sind eher kleiner als die geschlechtsspezifischen. Lediglich bei den Hilfsfunktionen weist das ausländische Personal gegenüber dem schweizerischen einen etwas tieferen Lohn auf.

Die Untersuchung des **Zulageneffekts** macht deutlich, dass von den AHV-pflichtigen Zulagen für Nacht-, Wochenend-, Feiertags- und Pikettdienst insgesamt ein Lohneffekt von rund 6.5 Prozent ausgeht, d.h. der AHV-Bruttolohn inkl. AHV-pflichtige Zulagen liegt im Schnitt 6.5 Prozent über dem Grundlohn (arith. Mittel). Unbedeutend ist der Zulageneffekt im ambulanten Bereich, vergleichsweise bedeutend hingegen in Langzeitinstitutionen oder psychiatrischen Kliniken (rd. 7.5% des Grundlohnes).

Eine Überprüfung der Zusammenhänge zwischen der Höhe des Grundlohnes der Pflegenden und deren **Berufserfahrung**, Alter und Dienstalter brachte folgende Ergebnisse: Die Berufserfahrungsjahre gelten als wichtigstes Kriterium in Bezug auf die Lohnhöhe innerhalb der jeweiligen Funktion. Die mittleren Löhne nehmen mit der Anzahl Praxisjahre in der Regel zu.

Die Auswertung der **Verläufe der Grundlöhne** einiger ausgewählter Funktionen differenziert nach der Anzahl Berufspraxisjahre und nach Institutionstyp, ergab folgendes Bild: Bei den Krankenschwestern/-pflegern DN II/AKP etc. im Akutbereich beträgt der durchschnittliche Anfangslohn 4'700 Franken und steigt dann mit der wachsenden Zahl von Praxisjahren bis zu 5'400 Franken bei etwa 12 bis 13 Praxisjahren an (**Abbildung 6**).

Abbildung 6: Monatliche Grundlöhne (Median) von dipl. Krankenschwestern/-pflegern DN II/AKP etc. nach Berufspraxisjahren und Institutionstyp



Quelle: Lohnerhebung (N = 3'478 Pflegenden DN II/AKP/KWS/PsyKP etc.)

Danach verharrt er auf dieser Höhe. Ein ähnlicher Verlauf zeigt sich bei den Krankenschwestern/-pflegern DN II/AKP etc. in psychiatrischen Kliniken, wobei die Löhne auf einem höheren Niveau liegen. Im Langzeitbereich variieren die Gehälter stärker als in den übrigen Bereichen. Generell sind die DN II/AKP etc.-Löhne hier eher tiefer. Relativ flach verläuft des Lohnwachstum der DN II/AKP etc. im Bereich der ambulanten Pflege. Allerdings ist hier das Anfangsniveau bis 3 Berufspraxisjahre hoch und mit demjenigen im Psychatriebereich vergleichbar. Insgesamt lässt sich bei den DN II/AKP etc. über alle Institutionstypen eine Zunahme der Löhne bei steigender Anzahl Berufspraxisjahren feststellen. Die Steigerung erreicht jedoch nach rund 12 Praxisjahren einen Plafond. Dieses strukturelle Problem lässt sich durch eine generelle Lohn-erhöhung unabhängig von den Praxisjahren nicht beheben.

Auch bei den diplomierten Pflegenden mit Spezialisierungen/Zusatzausbildungen steigen die Löhne in der Regel mit wachsender Berufserfahrung; der Plafonds ist hier mit etwa 11 Jahren erreicht. Bei der Funktionsgruppe DN I/FA SRK lässt sich ein eher flacher Lohnverlauf feststellen. Die mittleren Anfangslöhne sind in allen Pflegebereichen in etwa gleich hoch. Nach einem kurzen Ansteigen verharrten sie relativ lange auf einem Niveau von 4'500 Franken. Ähnlich wie bei den DN I/FA SRK ist der Verlauf der monatlichen Grundlöhne bei Pflegeassistentinnen/-assistenten und Pflegehelfer/innen SRK ebenfalls flach. Nach einem mittleren Anfangsgehalt von rund 3'500 Franken findet ein Anstieg vor allem während der ersten 6 Praxisjahre statt, dann verharrt der Lohn zwischen 3'900 und 4'100 Franken.

Erwartungsgemäss korreliert die Anzahl pflegerischer Berufserfahrungsjahre positiv mit der Lohnhöhe. Über alle Pflegenden erreicht die Assoziation jedoch nur eine mittlere Stärke ($r=0.48$). Wird nach Pflegefunktionen differenziert, ist der **Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Lohn** bei den Krankenschwestern/-pflegern DN II/AKP etc. am deutlichsten ($r=0.55$). Bei allen anderen Funktionen ist eher von einem geringen positiven Zusammenhang zu sprechen; am schwächsten ist er bei den Betagtenbetreuer/innen und Hauspfleger/innen ($r=0.32$). Welches der drei Merkmale Berufserfahrung, Alter und Dienstalder «erklärt» die Lohnhöhe am besten? Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen haben gezeigt: Auch wenn der positive Zusammenhang nur mittelstark ($r=0.48$) ist, erklärt insgesamt über alle Pflegenden die Berufserfahrung die Lohnhöhe am besten. Die beiden anderen Merkmale Alter und Dienstalder weisen jeweils deutlich geringere Erklärungskraft auf ($r=0.11$ bzw. 0.23). Dieser Befund gilt für das Total aller Institutionstypen und – wenn auch in abgeschwächter Form – für das Total der verschiedenen Funktionskategorien. Insbesondere bei Pflegenden im Langzeitbereich und in der ambulanten Pflege liefern die Berufserfahrungsjahre einen gegenüber dem Alter oder dem Dienstalder höheren Korrelationswert. Im Akutspitalbereich hingegen ergeben sich bei der Variable Alter in den Funktionskategorien des leitenden und diplomierten Pflegepersonals Zusammenhangsstärken, die durchaus mit jenen der Variable Berufserfahrung vergleichbar sind.

5 Interkantonaler Lohnvergleich¹⁵

Ausgangslage und Fragestellung

Mit der interkantonalen Lohnerhebung wurde das Ziel verfolgt, für den Akutbereich über Lohndaten aus Nachbarkantonen oder Kantonen mit vergleichbaren Verhältnissen in der Spitalversorgung zu verfügen.

¹⁵ Kilian Künzi, Büro BASS (Baustein 2s)

Vor diesem Hintergrund wurden mit dem im Kanton **Bern** im Januar 2001 verwendeten Lohnerhebungsinstrument in einem oder mehreren Akutspitälern der Kantone **Aargau, Solothurn, Freiburg, Neuenburg, Luzern, Waadt und Zürich** Vergleichsdaten erhoben.

Methoden und Datengrundlagen

Die interkantonale Lohnerhebung führte das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS im Spätsommer 2001 durch (Stichdatum der erhobenen Löhne: Monat Juli). Dabei wurde bei von den zuständigen Gesundheitsdirektionen als repräsentativ betrachteten Institutionen eine Vollerhebung der individuellen Löhne des Pflege- und MTT-Personals angestrebt. Als Erhebungsinstrument diente ein kurzer Fragebogen mit einem vorbereiteten elektronischen Datenträger.

Erhoben wurden zwei Lohnarten: (a) Grundlohn (AHV-Grundlohn) und (b) Bruttolohn (AHV-Bruttolohn). Der Grundlohn unterscheidet sich vom Bruttolohn im Wesentlichen dadurch, dass er die AHV-pflichtigen Zulagen für Nacht-, Wochenendarbeit etc. nicht enthält.

Die Institutionen zeigten eine hohe Teilnahmebereitschaft. Eingegangen sind aus den angefragten Kantonen insgesamt 8'105 Personendaten aus elf Institutionen. Aus dem Kanton Bern wurden zum Vergleich Daten von 5'083 Personen aus ebenfalls elf Akut-Institutionen beigezogen. Die Datenqualität der Grundlöhne kann – auch wenn gewisse Unsicherheiten darüber bestehen, ob die vorgegebene Begriffsdefinitionen eingehalten wurden – als gut bezeichnet werden. Nicht sämtliche angefragten Institutionen bzw. Kantone waren in der Lage, Angaben zu den Praxisjahren zu liefern. Bei fehlenden Praxisjahrsdaten musste jeweils das Alter der betreffenden Personen als Vergleichsbasis beigezogen werden.

Im Unterschied zu einigen bestehenden Lohnvergleichen handelt es sich bei den erhobenen Daten nicht um potentielle Gehälter, die aus Gehaltssystemen von Institutionen oder Kantonen entnommen werden (z.B. potentielles Minimal- oder Maximalgehalt, Vergleich der in Tabellen bestehenden Anfangsgehälter), sondern um **empirisch erhobene Individualdaten** effektiv ausbezahlter Löhne.

Für den Kanton Bern werden grundsätzlich zwei Zeitpunkte dargestellt: Stand Januar 2001 (Stichdatum der kantonalen Lohnerhebung) sowie Stand Juli 2001 (Stichdatum der interkantonalen Erhebung). Die Werte von Juli 2001 entsprechen einer Schätzung der Auswirkungen der bis Ende Juli im Kanton Bern ergriffenen Lohnmassnahmen. Als Grundlage dienten entsprechende Unterlagen der GEF.

Arbeits- und Entlohnungsstrukturen

Beim überwiegenden Teil der untersuchten Kantone beträgt die **wöchentliche Arbeitszeit** im Pflege- und MTT-Bereich 42 Stunden. Der **13. Monatslohn** wird in sämtlichen Kantonen gewährt. Die Anzahl **Ferienwochen** für «direkt über 20-Jährige» und für «direkt über 50-Jährige» beträgt 4 respektive 5 Wochen. Spezielle Arbeitszeitformen wie **Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst und z.T. auch Pikettdienst** werden zumeist durch Zeitgutschriften und/oder Zulagen entschädigt. Nachtdienst wird in den meisten Kantonen mit Zulagen ohne Zeitgutschrift abgegolten. Eine zusätzliche Zeitgutschrift gewähren die Kantone Luzern, Zürich und Bern. Wochenend- und Feiertagsdienst wird in der Regel nur mit einer Zulage und ohne Zeitgutschrift entschädigt. Eine besondere Regelung hat der Kanton Neuenburg, wo dem Pflegepersonal generell für unregelmässigen Dienst ein Aufschlag von 5 Prozent des Grundlohnes gewährt wird; hinzu kommen monatliche Beiträge von 200 bis 300 Franken für «inconvénient de service». Die Angaben der Entschädigungen für Pikettdienst sind schwierig zu interpretieren. Bei der Hälfte der antwortenden Kantone ist für Pikettdienst neben der Entrichtung einer Zulage pro Stunde auch eine Ent-

schädigung in Form von Zeitgutschriften vorgesehen, bei der anderen Hälfte wird Pikettdienst mit einer Zulage ohne Zeitgutschrift abgegolten. Die Bezahlung einer monatlichen Betreuungs- und/oder Familienzulage zusätzlich zur gesetzlichen Kinderzulage kennen die Kantone Freiburg, Neuenburg, Luzern und Bern. In Bezug auf die Arbeits- und Entlohnungsstrukturen gehört der Kanton Bern im interkantonalen Vergleich insgesamt zu den «grosszügigeren» Kantonen. Erwähnenswert ist insbesondere die vergleichsweise hohe Betreuungszulage.

Die Gehälter der Pflege- und MTT-Angestellten sind in speziellen **Gehalts- oder Besoldungssystemen** geregelt. Die Grundlage bilden zumeist kantonale Gehaltsklassentabellen (Einreihungstabellen). Jede Stelle/Berufsfunktion ist einer bestimmten Gehaltsklasse zugeteilt bzw. in einer Klasse eingereiht. Ausgangspunkt ist ein Grundgehalt (Erfahrungsstufe 0). Der Gehaltsanstieg erfolgt innerhalb derselben Gehaltsklasse über eine verschieden grosse Anzahl von Gehaltsstufen. Mit einem Stufenanstieg sind oft Lohnkomponenten verknüpft. Hinsichtlich der Anzahl Gehaltsklassen und -stufen verfügt der Kanton Bern über eines der komplexesten Systeme.

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen im Pflege- und MTT-Bereich haben im Jahr 2001 die politischen Behörden nahezu sämtlicher Kantone **Lohnmassnahmen** beschlossen (Klassenaufstiege, einmalige Prämien, Gehaltsanpassungen etc.). Ein Grossteil der Beschlüsse ist im Frühjahr oder Sommer 2001 in Kraft getreten. Teilweise sind weitere Massnahmen für Anfang 2002 geplant. Starke Lohnerhöhungen ergaben sich insbesondere im Kanton Zürich (Urteil des Verwaltungsgerichts). Die im Kanton Bern ergriffenen Lohnmassnahmen bewegen sich in etwa im Rahmen der meisten anderen Kantone; als Besonderheit ist die befristete Zulage zu betrachten.

Soziostrukturelle Merkmale

Die untersuchten Personen haben im Schnitt ein **Alter** von 38.4 Jahren (Median: 37 Jahre). Das gegenüber den anderen Kantonen jüngste Durchschnittsalter weist mit rund 36 Jahren das Personal der berücksichtigten Institutionen der Kantone Aargau und Luzern auf. Im Schnitt jüngeres Personal ist in den Funktionen «dipl. med.-therapeutisches Personal» und «dipl. Pflegepersonal» tätig; älteres Personal findet sich beim leitenden Pflegepersonal und beim Pflegehilfspersonal. 91 Prozent des untersuchten Pflege- und MTT-Personals steht in einem **Arbeitsverhältnis** mit einem bestimmten Beschäftigungsgrad, 9 Prozent sind im Stundenlohn angestellt. Vergleichsweise gross fällt der Anteil an Stundenlöhner/innen in den untersuchten Zürcher, Luzerner und Berner Institutionen aus. Insgesamt resultiert ein durchschnittlicher **Beschäftigungsgrad** des Pflege- und MTT-Personals von 76 Prozent. Den höchsten Beschäftigungsgrad weist mit 86 Prozent die Stichprobe des Kantons Neuenburg auf, den tiefsten diejenige des Kantons Solothurn mit 71 Prozent. Pflegende in Leitungsfunktionen haben im Schnitt die höheren Beschäftigungsgrade als das andere Personal. Kleinere Pensen finden sich vor allem beim dipl. Pflegepersonal und beim medizinisch-therapeutischen Personal. Die Dauer der gegenwärtigen Anstellung bzw. das **Dienstalter** beträgt im Mittel (Median) über alle Funktionen 5 Jahre. Eher tief sind die mittleren Anstellungsdauern in den Stichproben der Kantone Zürich und Aargau, eher hoch in den Stichproben der Kantone Waadt und Solothurn. Vergleichsweise tiefe mittlere Stellendauern weist das dipl. Pflegepersonal auf, hohe in der Regel das leitende Pflegepersonal. Die Berufserfahrung bzw. die Anzahl **Praxisjahre** streut zwischen 0 und 45 Jahren. Der Median liegt bei 11 Jahren. Personen mit einer hohen Anzahl Praxisjahre finden sich insbesondere in der Stichprobe des Kantons Neuenburg. Eher wenig Berufserfahrungsjahre weist im Mittel das Personal in der Stichprobe des Kantons Aargau auf.

Einige der persönlichen und beruflichen Unterschiede, die in den verschiedenen kantonalen Stichproben festgestellt werden konnten – z.B. ein höheres Durchschnittsalter - können in der Lohnfrage die Gesamtmittelwerte verzerren. Daher sind differenzierte Betrachtungen nach Anzahl Berufserfahrungsjahre oder Alter der Betroffenen notwendig.

Die Löhne im Pflege- und MTT-Bereich

Je nach Kanton gehen von den AHV-pflichtigen Zulagen für Nacht-, Wochenend-, Feiertags- und Pikettendienst unterschiedlich grosse Effekte auf die Bruttolöhne aus (**Zulageneffekt**). Kaum Effekte lassen sich bei den gelieferten Lohndaten der Kantone Freiburg und Waadt feststellen. Effekte in vergleichbarer Grösßenordnung (im Schnitt 4 bis 6% des Grundlohns) ergeben sich in den Kantonen Aargau, Solothurn, Zürich und Bern. Gross sind die Lohnwirkungen der Zulagen im Falle des Kantons Luzern, insbesondere beim Pflegepersonal. Beim Kanton Neuenburg wurden die generellen Zulagen für unregelmässigen Dienst und «inconvenient de service» dem Grundlohn zugerechnet. In der Folge gehen von den zusätzlichen Zuschlägen kaum Effekte aus.

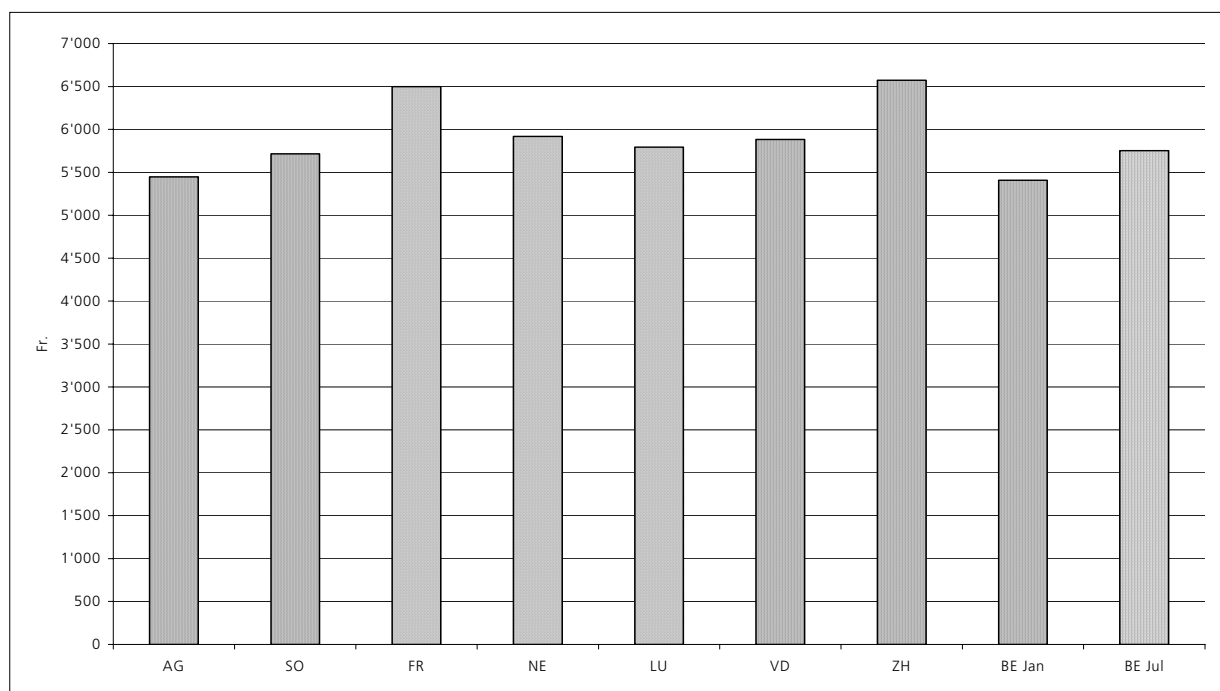
Eine **übersichtsartige Auswertung der Lohnmedianwerte nach Funktionen** hat gezeigt, dass die Löhne des «Pflegeleitungspersonals» nach Kanton stark differieren, wobei die grosse Streuung innerhalb der breit gehaltenen Kategorie Vergleiche erschwert. Hohe Mittelwerte ergeben sich insbesondere beim Leitungspersonal im Kanton Zürich (Grundlöhne: 7'983 Fr., Bruttolöhne: 8'229 Fr.). Auf etwa gleicher Höhe liegen die Leitungslöhne in den Kantonen Freiburg und Waadt, leicht darunter im Kanton Solothurn. Eher am unteren Ende der Rangreihenfolge stehen die Leitungslöhne im Kanton Bern (Grundlöhne Stand Juli 01: 6'797 Fr., Bruttolöhne: 6'971 Fr.). Bei den Gehältern der «Pflegerinnen mit Spezialisierung IPS/OPS/Anästhesie etc.» sind die Unterschiede zwischen den Kantonen geringer. Das Mittel schwankt zwischen Zürich, dem Kanton mit den höchsten Salären (Grundlöhne: 6'867 Fr., Bruttolöhne: 7'146 Fr.), und Solothurn und Bern (Stand Juli 01), den Kantonen mit den vergleichsweise tiefsten Löhnen (Grundlöhne: 6'183 Fr., bzw. 6'291 Fr., Bruttolöhne: 6'562 Fr. bzw. 6'435 Fr.). In ähnlichem Umfang wie beim spezialisierten Personal fallen die kantonsbezogenen Unterschiede beim dipl. Pflegepersonal aus. Wiederum liegen die Zürcher Mittelwerte an der Spitze (Grundlöhne: 6'207 Fr., Bruttolöhne: 6'371 Fr.). Nahe der 6'000-Frankenmarke bewegen sich die mittleren Gehälter im Kanton Freiburg und, falls primär die Bruttogehälter interessieren, der Kantone Luzern, Solothurn und Neuenburg. Die im Kanton Bern (Stand Juli 01) geschätzten Löhne liegen im guten Mittelfeld (Grundlöhne: 5'682 Fr., Bruttolöhne: 5'826 Fr.). Die Berner Grundlöhne sind insbesondere etwas höher als diejenigen in den Kantonen Aargau, Luzern und Waadt. Deutlich kleiner als bei den beiden anderen Funktionskategorien fallen die kantonalen Lohnunterschiede beim «Pflegehilfpersonal (Pflegeassistent/-hilfe SRK / Hilfspersonal oh. Ausbildung)» aus. Wiederum sind die mittleren Gehälter im Kanton Zürich am höchsten (Grundlöhne: 4'556 Fr., Bruttolöhne: 4'726 Fr.), am tiefsten sind sie in den Kantonen Bern (geschätzter Stand Juli 01: Grundlöhne: 4'057 Fr., Bruttolöhne: 4'280 Fr.) und Solothurn (Grundlöhne: 4'101 Fr., Bruttolöhne: 4'340 Fr.). Auch beim «medizinisch-technischen Personal» zahlt der Kanton Zürich im Mittel die höchsten Löhne (Grundlöhne: 6'356 Fr., Bruttolöhne: 6'524 Fr.). Vergleichsweise hoch sind die Gehälter ebenfalls in den Kantonen Freiburg und Waadt, bei Fokussierung auf die Bruttolöhne zudem im Kanton Solothurn (Bruttolöhne: 6'240 Fr.). Tendenziell etwas geringer als in den anderen Kantonen sind die Gehälter im Kanton Aargau (Grundlöhne: 5'334 Fr. Bruttolöhne: 5'380 Fr.). Die zuletzt gemachte Feststellung trifft nicht zu, wenn die Saläre des «medizinisch-therapeutischen Personals» betrachtet werden. Hinsichtlich dieser Kategorie liegen die Aargauer Gehälter im Mittelfeld (Grundlöhne: 5'248 Fr., Bruttolöhne: 5'248 Fr.). Die Spitzenlöhne stellt wie-

derum der Kanton Zürich (Grundlöhne: 6'388 Fr., Bruttolöhne: 6'591 Fr.). Vergleichsweise tiefe mittlere Löhne für das medizinisch-therapeutische Personal finden sich in den Kantonen Neuenburg und Solothurn.

Im Anschluss an die übersichtsartige Auswertung erfolgte eine detailliertere Untergliederung der Funktionen, wobei eine Unterscheidung der **Grundlöhne nach Berufserfahrungs- und nach Alterskategorien** vorgenommen wurde. Die ausgewiesenen Werte sind nicht im Detail kommentiert, sondern sollen dazu dienen, je nach interessierendem Personenkollektiv direkte Vergleiche anzustellen. Eine Auswertung der zahlenmässig am stärksten vertretene Funktionskategorie «dipl. Krankenschwestern/-pfleger DN II/AKP etc.» nach fünf ausgewählten Praxisjahr- und Altersgruppen (vgl. Beispiel in **Abbildung 7**) brachte folgende Resultate: Der Kanton Zürich steht sowohl bei den Anfangslöhnen wie auch bei den Löhnen für langjährige Mitarbeiter/innen tendenziell an der Spitze. Hohe Gehälter werden insgesamt – mit Ausnahme der moderaten Anfangslöhne – ebenfalls im Kanton Freiburg erreicht. Beachtliche Anfangslöhne verzeichnen neben Zürich die Kantone Solothurn, Neuenburg und Bern. Eher tief einzustufen sind die Anfangslöhne in den Kantonen Waadt, Luzern und Aargau. Sie liegen in etwa auf dem Niveau des Kantons Bern vor Einführung der VAP-Massnahmen. Eine teilweise andere Rangreihenfolge ergibt sich, wenn die Löhne erfahrener oder älterer Angestellter betrachtet werden. Hier übertreffen beispielsweise die Gehälter des Kantons Aargau diejenigen anderer Kantone wie Neuenburg, Solothurn und insbesondere Bern.

Eine Analyse des **Verlaufs der Grundlöhne** von «dipl. Krankenschwestern/-pfleger DN II/AKP etc.» nach differenzierten Praxis- und Altersjahren hat die bisherigen Resultate bestätigt und gezeigt, dass sich sowohl in den Kantonen Zürich, Freiburg, Waadt und Bern ein für Lohnentwicklungen typisches Phänomen beobachten lässt. Nach einem vergleichsweise steilen Lohnanstieg bis etwa 12 Praxis- respektive 35 Altersjahre verharrt der Lohn auf der erreichten Höhe.

Abbildung 7: Monatl. Grundlöhne (Median) von 35-jährigen dipl. Krankenschw./-pfl. DN II/AKP etc.



Quelle: Interkantonale Lohnerhebung, Lohnerhebung Kanton Bern (N = 276)

In einer weiteren Analyse sind die **Zusammenhänge zwischen den Variablen Praxisjahre, Alter und der Grundlohnhöhe** bei den verschiedenen Pflege- und MTT-Funktionskategorien mittels einfacher statistischer Verfahren untersucht worden. Hinsichtlich der Verknüpfung der Merkmale Praxisjahre und Alter mit der Grundlohnhöhe ergeben sich erwartungsgemäss starke positive Zusammenhänge. Ein gewisses Problem bei den Auswertungen bieten die je nach Funktion und Kanton teilweise geringen Fallzahlen, insbesondere bei den MTT-Berufen. Es zeigt sich, dass die Korrelationen zwischen der Berufserfahrung und der Lohnhöhe in der Regel etwas stärker ausfallen als diejenigen zwischen Alter und Lohnhöhe. Schliesslich wurde mittels einer einfachen linearen Regressionsrechnung auf der Basis der empirisch erhobenen Daten der «Einfluss» der Berufserfahrungsjahre oder des Alters auf die Grundlohnhöhe geschätzt. Aus den Modellschätzungen lassen sich Lohn Tabellen herstellen. Auch diese Resultate werden nicht im Detail kommentiert. Vergleiche können je nach interessierender Funktion und Praxisjahr- oder Alterskategorie direkt angestellt werden.

Eine kurze Evaluation des **Effekts der im Kanton Bern ergriffenen Lohnmassnahmen** hat folgende Ergebnisse ergeben: Massnahme 1 (Angleichung der an subventionierten Institutionen gezahlten Gehälter an diejenigen in kantonalen Institutionen) bewirkte beim Pflegepersonal im Akutbereich eine geschätzte Erhöhung der durchschnittlichen Grundlöhne von 3.5 Prozent. Von Massnahme 2 (befristete Zulage) dürfte eine Erhöhung von 2.4 Prozent ausgehen. Am stärksten profitierte von Massnahme 1 die Funktionskategorie «DN I/FA SRK», am schwächsten die Pflegeleitung. Bei den Funktionskategorien «Leitung», «Spezialisierung IPS/OPS etc.» sowie «DN II mit besonderen Funktionen» fällt der geschätzte Effekt von Massnahme 2 auf die durchschnittlichen Löhne tendenziell grösser aus als der Effekt von Massnahme 1, während sich bei den Funktionen «DN II/AKP etc.» und «DN I/FA SRK» Massnahme 1 eher stärker auswirkt als Massnahme 2. Aus der Untersuchung der Lohnverläufe nach Praxis- und Altersjahren wie auch aus den Korrelations- und Regressionsanalysen geht hervor, dass die ergriffenen Lohnmassnahmen den Zusammenhang zwischen den Strukturvariablen Praxis-/Altersjahre und der Lohnhöhe verstärkt haben.

Die Auswertungen haben insgesamt gezeigt, dass die im Kanton Bern entrichteten Grundlöhne im interkantonalen Vergleich im unteren Drittel liegen. Dabei sind die Anfangslöhne als relativ hoch einzustufen (oberes Drittel), die Löhne für erfahrene, langjährige Angestellte hingegen als relativ tief (unteres Viertel).

6 Schriftliche Befragung von Pflegenden¹⁶

Die Stichprobe

Im März 2001 wurden auf der Basis der vorhandenen Statistiken der Pflegestellen pro Institution sowie eigenen Schätzungen insgesamt 2'910 Fragebogen an 70 Pflegeinstitutionen des Kantons Bern verteilt, so dass ein repräsentatives Abbild der Pflegenden erreicht werden konnte. Ungefähr ein Sechstel aller Pflegenden des Kantons erhielt so die Gelegenheit, sich über seine Arbeitssituation zu äussern. Mit einem Rücklauf von 1'954 Fragebogen (66.8%) wurden die Erwartungen übertroffen.

¹⁶ Jürg Baillod, Marianne Schär Moser & Martin Stamatiadis, büro a&o (Baustein 4)

Beschreibung der Arbeitssituation

Die Arbeitssituation der Pflegenden des Kantons Bern zeichnet sich – mit Ausnahme des pflegerischen Hilfspersonals – durch sehr hohe Anforderungen an die **Qualifikation** und eine sehr hohe **Verantwortung** aus. Auch im Vergleich mit verschiedenen Studien mit zum Teil sehr hoch qualifizierten Personen sind die von den Pflegenden beschriebenen Anforderungen und die Verantwortung sehr hoch. Ebenfalls hoch eingeschätzt wird das Qualifikationspotential der Arbeit der Pflegenden. Einzig die Laufbahnmöglichkeiten werden als etwas problematisch angesprochen. Insbesondere für die ältesten und erfahrensten Pflegenden sowie für die Personen mit einem Beschäftigungsgrad unter 50 Prozent sind die Laufbahnmöglichkeiten ungenügend. Die **sozialen Aspekte** der Arbeit werden insgesamt als gut eingestuft. Insbesondere die soziale Unterstützung durch die Kolleginnen und Kollegen, aber auch das Verhalten der Vorgesetzten erhalten gute Noten. Einzig die konkrete Unterstützung durch die Vorgesetzten lässt in einigen Teilbereichen (insbesondere im Inselspital, bei den Personen, die alleine arbeiten sowie den Personen mit den höchsten Einkommen) etwas zu wünschen übrig.

Weniger positiv wird demgegenüber der **Tätigkeitsspielraum** in der Arbeit eingestuft. Insbesondere das eigene Arbeitstempo ist nur in relativ seltenen Fällen selbst bestimmbar. Relativ viele Pflegende geben auch zu Protokoll, dass ihnen genau vorgeschrieben ist, wie sie ihre Arbeit zu verrichten haben, dass für sie also kaum persönliche Spielräume bestehen. Am Kritischsten wird der Tätigkeitsspielraum im Inselspital eingestuft. Weitere kritische Untergruppen sind die jüngsten und unerfahrensten Personen sowie das pflegerische Hilfspersonal. Auch im Vergleich mit anderen Studien sind die Werte der Pflegenden eher niedrig. Die **mangelnden Partizipationsmöglichkeiten** sind für viele Pflegenden das Hauptproblem bei den hier analysierten Arbeitsaspekten. Recht häufig berichten die Pflegenden davon, dass sie vor vollendete Tatsachen gestellt werden oder dass nur eingeschränkte Mitsprache- und Mitentscheidungsmöglichkeiten bestehen. Besonders kritisch werden die Partizipationsmöglichkeiten von den Pflegenden aus dem Akutbereich, den dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben (Spezialisierung, HöFa, Ausbildungsverantwortung, Gruppenleitung), den dipl. Pflegenden DN II sowie der Altersgruppe der 30-39-Jährigen beurteilt. Im Vergleich mit anderen Studien sind die Werte der Pflegenden allerdings vergleichsweise positiv.

Zufriedenheitsaspekte

Die Pflegenden des Kantons Bern sind insgesamt recht zufrieden mit ihrer Arbeitssituation, gleichzeitig aber auch leicht resigniert. Im Verhältnis zu anderen Studien ist die Zufriedenheit relativ gering und die Resignation eher hoch. Die negativsten Werte zeigen in beiden Bereichen die Männer der Stichprobe. Weiter wenig zufrieden sind die Pflegenden aus den beiden Alterskategorien bis 39 Jahre, die dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben, die Pflegenden aus dem Inselspital, den Akutspitälern und Spezialkliniken sowie die «Vollzeitbeschäftigten»¹⁷. Besonders resigniert - allerdings auf tiefem Niveau - sind die ältesten Pflegenden, die Pflegenden mit besonders viel Berufserfahrung sowie jene aus den Institutionen der Langzeitpflege. Auf der Basis der vorgegebenen Zufriedenheitsformen kann ungefähr die Hälfte der Stichprobe als zufrieden, ein Drittel als resigniert und ungefähr ein Sechstel als unzufrieden bezeichnet werden.

Im Vergleich mit ihrer Arbeitssituation vor drei Jahren bezeichnen sich knapp zwei Fünftel als unzufriedener und nur knapp ein Drittel als zufriedener. Die Entwicklung ist also leicht negativ. Am negativsten wird die Entwicklung der Zufriedenheit bei den Personen, die bereits lange an ihrer Stelle arbeiten, den Pfl-

¹⁷ Als «Vollzeitbeschäftigte» werden Personen mit einem Beschäftigungsgrad von 90-100% bezeichnet.

genden des Akutbereichs, den Mitarbeiter/innen der Akutspitäler, Spezialkliniken und des Inselspitals sowie den dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben beurteilt. Sowohl die Allgemeine Zufriedenheit als auch die Resignation werden von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren bestimmt, die sich sowohl auf die Arbeitsaufgaben, auf die Arbeitsorganisation und das soziale Klima beziehen.

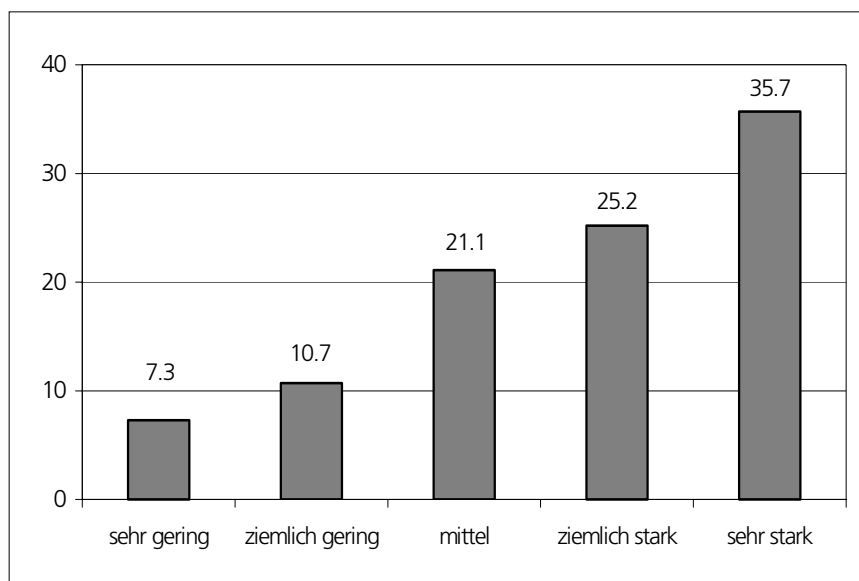
Allgemeine Arbeitsbelastungen

Von den allgemeinen Arbeitsbelastungen steht bei den Pflegenden des Kantons Bern eindeutig die **quantitative Überforderung**, also die mengenmässige Überlastung, im Vordergrund. Insbesondere im Inselspital, generell im Akutbereich, bei den Personen des Pflegemanagements, bei den dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben sowie bei den «Vollzeitbeschäftigten» sind die Anteile an Pflegenden, die unter Zeitdruck leiden, recht hoch. Auch im Vergleich mit anderen Studien ist der Wert der Pflegenden des Kantons Bern eher hoch. Belastungen durch qualitative Überforderung, das Sozialklima oder Vorgesetztenverhalten kommen demgegenüber deutlich weniger oft vor. Die vorliegenden Werte sind als mittel bis niedrig zu bezeichnen. Auch im Vergleich mit anderen Studien liegen die Werte etwa in der Mitte. Der einzige nennenswerte Problembereich im Rahmen dieser drei Aspekte stellen «Spannungen am Arbeitsplatz» dar. Dieser Problembereich kommt insbesondere in den psychiatrischen Kliniken und den Institutionen der Langzeitpflege gehäuft vor.

Pflegespezifische Belastungen

Die pflegespezifischen Belastungen sind in der Stichprobe der Berner Pflegenden insgesamt recht hoch. Am belastendsten erlebt werden der **Personalmangel** in der Pflege sowie die daraus resultierenden Phänomene wie Zeitdruck und lange Arbeitszeiten. Diese Aspekte stellen für mehr als die Hälfte der Befragten eine starke Belastung dar (vgl. **Abbildung 8**).

Abbildung 8: Personalmangel als Belastung



Quelle: Schriftliche Befragung der Pflegenden

In einigen Untergruppen wird der Personalmangel besonders stark als Belastung erlebt. Es sind dies vor allem die jüngeren Pflegenden, die Personen mit einem hohen Beschäftigungsgrad, die dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben sowie das Pflegepersonal aus dem Inselspital, den Akutspitälern und den Spezialkliniken.

Belastungen im Zusammenhang mit dem **Umgang mit den Patientinnen und Patienten** stehen an zweiter Stelle. Insbesondere die grosse Verantwortung für das Wohlergehen der Patient/innen wird von vielen Pflegenden als starke Belastung erlebt. Auch die körperlich schwere Arbeit, der Umgang mit «schwierigen» Patient/innen sowie schwerkranke und sterbende Patient/innen wirken für einen grossen Teil der Befragten belastend. Die beiden Untergruppen, die diesen Belastungskomplex am stärksten erleben, sind das Pflegepersonal in den Institutionen der Langzeitpflege sowie die jüngsten Pflegenden.

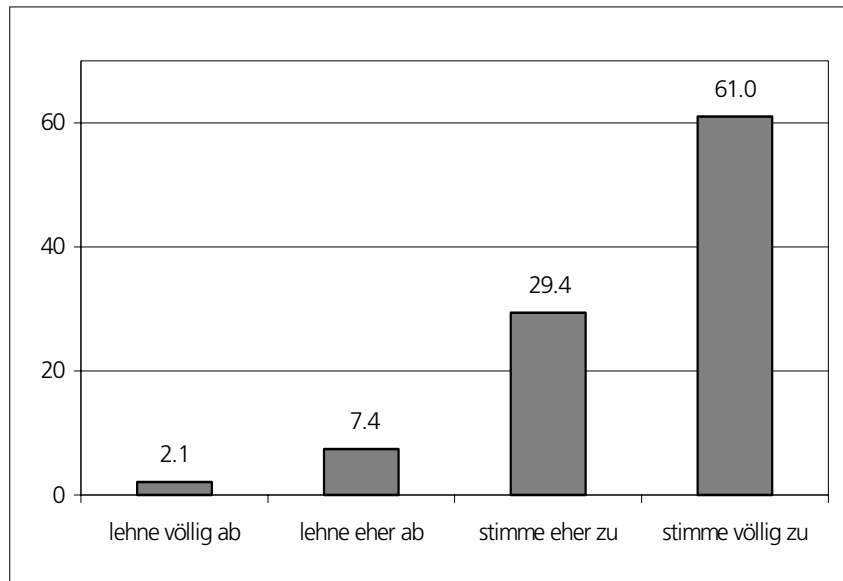
Mangelnde Anerkennung stellt demgegenüber nur für einen kleineren Teil der Befragten eine Belastung dar. Am stärksten empfunden wird das «Hierarchiedenken», die «mangelnde Anerkennung der erbrachten Leistung» sowie die «mangelnde gesellschaftliche Anerkennung». Eine relativ starke Belastung stellt dieser Komplex vor allem für die Pflegenden aus dem Inselspital sowie die dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben dar. Auch **organisatorische Probleme** stellen insgesamt eine mittlere Belastung dar. Relativ stark als Belastung erlebt werden dabei das «grosse Ausmass administrativer Arbeiten», die «häufigen Unterbrechungen des Arbeitsablaufes» und die «bürokratischen Regelungen, die einem das Leben erschweren». Andere Aspekte wirken deutlich weniger stark belastend. Am stärksten werden die organisatorisch bedingten Belastungen von den Pflegenden im Akutbereich, dem Pflegepersonal des Inselspitals, der Akutspitäler und Spezialkliniken, vom Pflegemanagement sowie den dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben erlebt. Ein weiterer Problembereich mit mittlerer Belastung stellt die ungenügende Balance zwischen dem Erwerbsleben und den ausserberuflichen Lebensbereichen dar. Unregelmässige Arbeitszeiten, zu wenig Zeit für Partnerschaft und Familie und zu wenig Zeit für Hobbys sind die am häufigsten genannten Belastungen.

Probleme im Team sind als Belastungen von untergeordneter Bedeutung. Von den Belastungen, die keiner Skala zugeordnet werden konnten, fallen vor allem zwei ins Gewicht: die grosse Tragweite von Fehlern sowie der unregelmässige Arbeitsanfall.

Entlöhnung

Die Ansichten der Pflegenden zur Lohnsituation in ihrem Beruf sind sehr kritisch. Sowohl der Vergleich mit anderen Berufsgruppen innerhalb des Gesundheitswesens als auch jener mit Berufsgruppen ausserhalb fallen klar negativ aus. Auch im Vergleich zur erbrachten Leistung erachtet die Mehrheit der Pflegenden den Lohn als ungerecht. Es erstaunt deshalb nicht, dass die Pflegenden auch mehrheitlich unzufrieden sind mit ihrem Lohn. Am stärksten äussern die dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben, die Männer, die Pflegenden im Akutbereich sowie das Pflegepersonal im Inselspital, in den Akutspitälern und den Spezialkliniken ihre Unzufriedenheit. Falls die Löhne in der Pflege nicht angehoben werden, befürchtet die überwiegende Mehrheit der Befragten, dass immer mehr Pflegenden aus dem Beruf aussteigen und dass die Gefahr besteht, dass die Pflegeberufe für junge Leute nicht mehr attraktiv sind (vgl. **Abbildung 9**). In zwei Zusatzfragen wird zudem die Bedeutung des Lohnes relativiert. Eine kleine Mehrheit gibt zu Protokoll, dass ihr eine interessante Arbeit wichtiger ist als ein hoher Lohn und eine klarere Mehrheit hält fest, dass ihr ein Ausbau der Anzahl Stellen in der Pflege wichtiger ist als die Erhöhung der Löhne.

Abbildung 9: Gefahr zunehmender Berufsausstiege bei einer fehlenden Lohnanhebung



Aussage: «Wenn die Löhne in der Pflege nicht angehoben werden, besteht die Gefahr, dass immer mehr Pflegendе aus ihrem Beruf aussteigen.»

Quelle: Schriftliche Befragung der Pflegenden

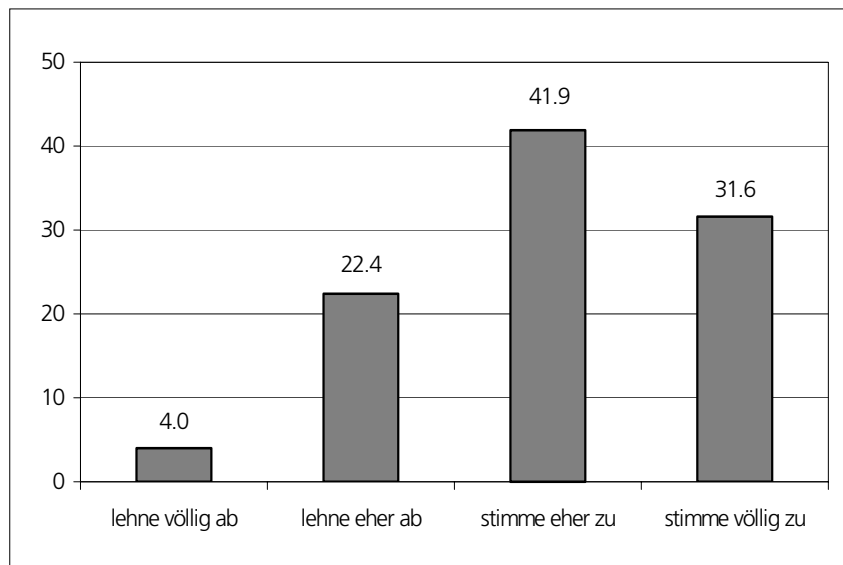
Pflegequalität

Auch die Aussagen zur Pflegequalität in ihrem eigenen Arbeitsbereich fallen sehr kritisch aus. Ausgangspunkt sind die grossmehrheitlich unterstrichenen Aussagen, wonach es heute mehr pflegeintensive Fälle gibt und die Ansprüche der Patient/innen gegenüber früher gestiegen sind. Die erste Aussage wird überdurchschnittlich stark von den Pflegenden aus den Institutionen der Langzeitpflege, von den dipl. Pflegenden DN I sowie vom Pflegemanagement unterstrichen, die zweite ebenfalls von den Pflegenden aus dem Pflegemanagement, den Pflegenden mit der grössten Berufserfahrung sowie jenen aus dem Akutbereich.

Die Mehrheit der Befragten vertritt die Auffassung, dass bei ihr die **Qualität der erbrachten Pflege** eingeschränkt ist. Sie befürchtet, dass sie in ihrem Stress die Bedürfnisse der Patient/innen gar nicht mehr richtig wahrnimmt, dass die Qualität unter dem Zeitdruck leidet und dass es so schnell mal Fehler gibt (vgl. **Abbildung 10**).

Ebenfalls mehr als die Hälfte der Befragten hält fest, dass sie eigentlich Dinge, die zu ihrem Aufgabenbereich gehört, weglassen muss und dass insgesamt zu wenig Zeit besteht, um mit den Patient/innen ein Gespräch zu führen. Zwar keine Mehrheit, aber immerhin mehr als 40 Prozent aller Befragten gibt an, dass sich bei ihnen die Qualität der Pflege in den letzten Jahren verschlechtert hat. Immerhin ein Viertel weist weiter darauf hin, dass es ihnen nicht gelingt, die Sicherheit ihrer Patient/innen zu gewährleisten. Die stärkste Einschränkung der Pflegequalität wird von den Pflegenden des Inselspitals angegeben. Ebenfalls sehr kritische Aussagen machen unter anderem die Pflegenden mit Spezialaufgaben, die Pflegenden aus dem Akutbereich, die «Vollzeitbeschäftigten» sowie die jüngeren Befragten.

Abbildung 10: Qualitätseinbusse wegen Zeitdruck



Aussage: »Die Qualität meiner Arbeit leidet unter dem ständigen Zeitdruck.«
 Quelle: Schriftliche Befragung der Pflegenden

Eigentliche Mängel in der Pflege werden von der Mehrheit der Befragten abgelehnt. Immerhin je ungefähr ein Drittel der Pflegenden hält aber fest, dass es bei ihnen in Drucksituationen schon vorkommen kann, dass Patient/innen «mit Medikamenten ruhig gestellt» werden, dass sie sich in ihrer Institution darauf beschränken müssen, dass ihre Patient/innen «warm haben, satt und sauber sind» und dass es bei ihnen immer wieder vorkomme, dass «Personen Dinge tun, für die sie nicht genügend ausgebildet sind». Diese eigentlichen Pflegemängel werden am stärksten von den Männern, den Pflegenden aus den Institutionen der Langzeitpflege und den psychiatrischen Kliniken angesprochen.

Zwei zusätzliche Einzelaussagen sind erwähnenswert: Eine überwältigende Mehrheit unterstützt die Aussage, wonach im Pflegeberuf viele teilzeitlich arbeiten, weil sie sonst die Belastungen nicht ertragen würden. Diese Aussage wird überdurchschnittlich häufig von den Pflegenden des Inselspitals, den Teilzeitbeschäftigten mit 50 und mehr Prozent sowie den besonders erfahrenen Pflegenden gemacht. Schliesslich hält eine Mehrheit der Pflegenden fest, dass sie zunehmend weniger Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben hat, weil sie viele berufsfremde Aufgaben übernehmen muss. Auch hier sind es wiederum die Pflegenden des Inselspitals, die diese Aussage am stärksten unterstützen. Ebenfalls überdurchschnittlich stark unterstützt wird sie von den dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben, dem Pflegemanagement und den dipl. Pflegenden DN II sowie den Mitarbeiter/innen der Akutspitäler und Spezialkliniken.

Ausbildungsqualität

Auch zur Ausbildungsqualität sind einige kritische Einschätzungen festzustellen. Zwar halten die Pflegenden und die Schüler/innen mit grosser Mehrheit fest, dass bei ihnen die Schüler/innen nur durch gut qualifizierte Personen betreut werden. Gleichzeitig geben aber auch mehr als zwei Drittel der Befragten zu, dass bei ihnen oft die Zeit fehle, die Schüler/innen angemessen zu betreuen. Mit Ausnahme der Pflegenden aus dem Spitex-Bereich stimmen alle untersuchten Untergruppen dieser Aussage mehrheitlich zu. Am klarsten unterstützt wird sie von den Pflegenden aus den Institutionen der Langzeitpflege. Ebenfalls eine

sehr klare Zustimmung erhält die Aussage «Bei uns werden die Schüler/innen eigentlich als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt». Auch hier sind es wiederum die Pflegenden aus den Institutionen der Langzeitpflege, die diesem Statement am stärksten zustimmen. Auch der Aussage «Ohne unsere Schüler/innen könnten wir den Arbeitsanfall kaum bewältigen» wird von zwei Dritteln der Pflegenden zugestimmt. Weiter verweist eine Mehrheit der Pflegenden darauf, dass viele Schüler/innen in der jetzigen Betreuungssituation überfordert sind. Auch diese Aussage wird mit Ausnahme der Pflegenden aus der Spitex und aus den privaten Institutionen von allen Untergruppen mehrheitlich unterstützt. Die Überforderungssituation der Schüler/innen wird insbesondere in den Institutionen der Langzeitpflege besonders stark angesprochen. Schliesslich verneint eine klare Mehrheit der Pflegenden die Aussage, wonach das Wissen, das die Schüler/innen aus der Schule mitbringen, nicht sehr viel bringe. Diese Aussage wird von allen Untergruppen klar abgelehnt, am stärksten von den Pflegenden der Spitex.

Verbesserungsvorschläge

Im Vordergrund der spontan geäusserten Massnahmen zur Verbesserung der eigenen Arbeitssituation steht eindeutig die Forderung nach **zusätzlichem Personal**. Beinahe die Hälfte aller Befragten nennen diese Massnahme an erster Stelle. Zum Teil wird die Forderung differenziert, indem zum Beispiel mehr qualifiziertes Personal oder mehr Stellen gewünscht werden. Am zweithäufigsten wird eine **bessere Bezahlung** erwähnt. Diese Forderung wird meist ohne zusätzliche Differenzierung erhoben. Am dritthäufigsten werden **organisatorische Verbesserungen** genannt. Im Vordergrund stehen dabei Verbesserungen im Bereich Kommunikation und Information sowie die Verringerung pflegefremder Arbeiten. Bereits deutlich seltener, aber immerhin je ungefähr von einem Sechstel der Befragten, werden Massnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit (im Team, mit den Vorgesetzten, den Ärzt/innen etc.), der Personalentwicklung (Weiterbildung der Pflegenden, Ausbildung der Schüler/innen, Coaching), der Arbeit an sich (weniger Zeitdruck, weniger Stress), der Arbeitszeitregelungen (bessere Einsatzpläne, regelmässige Arbeitszeiten) sowie zur Verbesserung des Images des Pflegeberufs gefordert.

Burnout

Die Pflegenden des Kantons Bern weisen insgesamt einen **niedrigen bis mittleren Grad von Burnout** auf. Immerhin sind mehr als ein Fünftel der Pflegenden als Personen mit einem hohen Grad emotionaler Erschöpfung und reduzierter Leistungsfähigkeit zu bezeichnen und ungefähr ein Zwölftel ist «depersonalisiert» (d.h. zum Beispiel, Menschen werden als unpersönliche Objekte behandelt). Im Vergleich mit verschiedenen Studien, deren Ergebnisse allerdings auseinander liegen, befinden sich die Werte der Pflegenden des Kantons Bern ungefähr in der Mitte.

Berufliche Zukunftspläne

Die Absicht, die Stelle zu wechseln, ist bei den Pflegenden des Kantons Bern insgesamt recht hoch. So geben beispielsweise mehr als zwei Fünftel der Befragten an, dass sie sich auf eine attraktive offene Stelle bewerben würden. Am stärksten ist die **Fluktuationsabsicht** bei den Männern, den jüngsten Pflegenden, den dipl. Pflegenden mit Spezialaufgaben, den Pflegenden zwischen 30 und 39 Jahren, den Pflegenden aus dem Akutbereich und den «Vollzeitbeschäftigten». Die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Stellenwechsel innerhalb des Pflegebereichs vollziehen würde, ist allerdings sehr gross.

7 Mündliche Befragung von Pflegenden¹⁸

Die Gesprächspartner/innen

Um Zusammenhänge und Hintergründe in der Arbeitssituation der Pflegenden zu veranschaulichen und Problemlagen plastisch und nachvollziehbar abzubilden, wurden als Vertiefung der schriftlichen Befragung der Pflegenden (Baustein 4) leitfadenbasierte, halbstandardisierte Interviews mit 30 zufällig ausgewählten Pflegenden zu verschiedenen Aspekten ihrer persönlichen Arbeitssituation durchgeführt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, anschliessend transkribiert und die Texte einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen. Befragt wurden 19 diplomierte Pflegende und 11 Hilfskräfte aus 14 Institutionen aus allen Pflegebereichen im Kanton Bern. Die Gesprächspartner/innen (28 Frauen und 2 Männer) unterscheiden sich hinsichtlich Alter, Arbeitsfeld, Berufserfahrung, Rahmenbedingungen der Arbeit etc. beachtlich. Damit wird es möglich, ein facettenreiches Bild der persönlichen Wahrnehmung der Arbeitssituation von Pflegepersonen in vielfältigen Arbeits- und Lebenssituationen zu zeichnen.

Allgemeine Aspekte der persönlichen Arbeitssituation

Die Gesprächspartner/innen arbeiten in verschiedenen Pflegebereichen und dort in ganz unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern – entsprechend mannigfaltig präsentiert sich ihr Arbeitsalltag. Dennoch sind sich die Befragten hinsichtlich der **«grössten Freuden bei der Arbeit»** erstaunlich einig: Für die grosse Mehrheit unter ihnen steht der Kontakt mit Patient/innen an absolut erster Stelle. Konkrete Arbeitsaufgaben – häufig auch sie direkt an Patient/innen – und die Arbeit im Team sind weitere häufig genannte Positivpunkte. Auch die Selbständigkeit und die Vielseitigkeit der Arbeit werden von mehreren Gesprächspartner/innen geschätzt. Bei den **grössten Belastungen bei der Arbeit** stehen Aspekte im Vordergrund, welche direkt oder indirekt mit der Personalsituation zusammenhängen: Das ständige «Gehetze», der Personalmangel und damit verbunden beispielsweise der hohe Arbeitsdruck, negative Auswirkungen auf die Pflegequalität, viel Wechsel im Team etc. belasten die Pflegenden am stärksten. Auch schwierige Patient/innensituationen und die unregelmässige Arbeitszeit sind mehrfach genannte Belastungen.

Rund die Hälfte der Gesprächspartner/innen bezeichnet ihre **Zufriedenheit** mit der aktuellen Arbeitssituation als gut oder relativ gut. Bei einem Viertel halten sich positive Aspekte (wie etwa ein gutes Team) und negative Punkte (vor allem die hohe Arbeitsbelastung) die Waage. Immerhin fünf Personen bezeichnen sich als eher oder ganz unzufrieden – sie bleiben vor allem den Patient/innen zuliebe an ihrer Stelle. Bei zwei Fünfteln der Befragten hat die Zufriedenheit in den letzten Jahren abgenommen – vor allem deshalb, weil die Arbeitssituation durch vermehrten Zeitdruck etc. schlechter geworden ist. Bei einem Drittel hat sich die Zufriedenheit nicht verändert. Ein Viertel der Pflegenden ist zufriedener geworden – mehrheitlich haben sie wesentliche Veränderungen ihrer Arbeitssituation erlebt (Funktionswechsel, neue Leitung etc.).

Spezifische Aspekte der persönlichen Arbeitssituation

Eine klare Mehrheit der Befragten erachtet die **Personalsituation** in ihrem Betrieb als kritisch (Beispielzitate vgl. **Tabelle 4**). Die Hälfte der Pflegenden gibt an, dass bei ihnen für die anfallenden Aufgaben klar zu wenig Leute zur Verfügung stehen und dass es nur mit Sondereinsätzen möglich ist, dafür zu sorgen, «dass es doch irgendwie läuft». Bei einem Fünftel hat es phasenweise – etwa bei hoher Bettenbelegung

¹⁸ Marianne Schär Moser, Martin Stamatidis & Jürg Baillod, büro a&o (Baustein 5)

oder hoher Pflegebedürftigkeit der Patient/innen – zuwenig Personal, bei einem weiteren Fünftel reicht der Personalbestand in «Normalsituationen» zwar aus, sobald aber Krankheiten beim Personal oder andere Zusatzbelastungen dazu kommen, wird der Zustand kritisch. Nur ein Fünftel der Gesprächspartner/innen ist generell der Ansicht, dass bei ihnen genügend Personal zur Verfügung steht. Die Mischung der verschiedenen Qualifikationsniveaus im Team erachtet eine Mehrheit der Befragten als gut. Immerhin ein Drittel würde sich eine andere Zusammensetzung – vor allem mehr besser qualifiziertes Personal – wünschen.

Tabelle 4: Zitate zur Frage der Ausstattung mit Personal

Interviewaussagen	
Zuwenig Personal	■ „Wir sind einfach wirklich nicht genug Leute. (...) Ich meine, unsere Direktion sagt uns, dass sie in Bern sagen, dass es nach den Pflegefällen, die sie deklariert hat, die richtige Menge Personal ist und dass wir längstens genügend Leute seien. Wir seien es, die uns nicht organisieren können, sagt sie immer. Aber wie sollen wir das machen? Ich meine, wie soll man das machen, wenn man am Morgen neun Toiletten machen muss mit den anderen Dingen daneben? Das geht einfach nicht. Es geht nicht.“
Phasenweise zuwenig Personal	■ „Sobald es jemanden von den Pensionären schlecht geht, haben wir zu wenig Personal. Dann brauchen sie viel mehr Pflege. (...) Wenn sie selbständig sind und es ihnen gut geht, dann sind wir genug und es geht gut. Aber wenn drei pflegebedürftig sind, dann haben wir zu wenig, das ist das Problem.“
Knapp genügend Personal	■ „Jetzt im Moment, ja. Aber ich würde sagen, nur dank den Schülerinnen. Wenn die nicht da sind, das merkt man sofort. Wenn die Schülerinnen da sind und nicht Schule haben, dann geht es eigentlich gut. (...) manchmal geht es dann wieder auf ihre Kosten, wenn dann die Schwestern zuwenig zu ihnen schauen können, weil sie einfach voll eingesetzt sind.“
Genügend Personal	■ „Ja, würde ich schon sagen. Wie gesagt, wenn jemand ausfällt, kommt einfach jemand etwas häufiger, der teilzeitlich arbeitet und so organisiert man sich das.“

Quelle: Interviews Baustein 5

Die **Zusammenarbeit im Team** erleben die Gesprächspartner/innen mehrheitlich positiv. Sie berichten allgemein von einer guten Stimmung und einer guten Kooperation. Ein Viertel von ihnen schätzt die Situation kritischer ein und thematisiert Spannungen und Probleme. Bei der Zusammenarbeit zwischen Hilfskräften und diplomiertem Personal sehen recht viele Gesprächspartner/innen heikle Aspekte, sei es, weil das Hilfspersonal als «Manövriermasse» eingesetzt wird bzw. Diplomierte ihre hierarchisch höhere Position ausnützen oder sei es, weil sich manche Hilfskräfte wegen mangelnder Qualifikation oder aus anderen Gründen eigentlich nicht für den Beruf eignen. Das Rapportwesen wird zwar von der Mehrheit der Befragten als gut und befriedigend erachtet. Zwei Fünftel berichten dagegen von Veränderungsbedarf: Zeitmangel, zu ausführliche oder zuwenig professionelle Rapporte und mangelnder Informationsfluss sind die zu lösenden Probleme. Die **Zusammenarbeit** sowohl mit den direkten **Vorgesetzten** als auch mit den Vorgesetzten höherer Hierarchiestufen ist für die Mehrheit der Gesprächspartner/innen positiv. Sie fühlen sich ernst genommen und unterstützt. Mehrere Personen sehen aber auch hier Verbesserungsmöglichkeiten und vereinzelte Pflegenden erachten die Zusammenarbeit gar als schlecht, weil Vorgesetzte nicht auf ihre Bedürfnisse eingehen und ihre Funktion nicht kompetent ausfüllen.

Die **Zusammenarbeit mit Ärzt/innen** ist für die Hälfte der Pflegenden, welche in ihrem Arbeitsalltag mit Ärzt/innen zu tun hat, unproblematisch und gut. Die andere Hälfte erlebt die Situation weniger positiv: (Manche) Ärzt/innen nehmen die Pflegenden nicht ernst, berücksichtigen sie nicht bei der Arbeitsplanung etc. Die **Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen** in der Institution wird mehrheitlich als befriedigend erlebt. Am häufigsten, aber insgesamt selten, wird von Problemen mit der Küche berichtet, welche auf spezifische Anforderungen in Bezug auf das Essen zuwenig eingeht.

Die **Lohnsituation** in der Pflege wird von den Befragten kritisch beurteilt: sie sind mit wenigen Ausnahmen klar der Ansicht, dass die Löhne in der Pflege den Anforderungen und Belastungen im körperlichen

und psycho-sozialen Bereich und der Verantwortung nicht entsprechen. Auch die Berufserfahrung wird zuwenig honoriert. Gut die Hälfte der Gesprächspartner/innen erachtet auch den eigenen Lohn als zu tief und gibt an, dass sie für ihre Leistungen damit schlecht entschädigt werden. Für ein Fünftel ist der Lohn persönlich kein wichtiges Thema: sie erachten ihn zwar auch als nicht unbedingt angemessen, für sie ist aber die Erhaltung der Pflegequalität ein viel brennenderes Anliegen. Ein Viertel der Pflegenden schliesslich ist mit ihrem Lohn zufrieden.

Die Befragten stellen mehrheitlich **Veränderungen bei den Patient/innen** fest, welche ihre Arbeitssituation beeinflussen. Vier Fünftel von ihnen berichten, dass die Pflegeintensität und -komplexität gestiegen ist: die Patient/innen werden älter und kränker, die Spitalaufenthalte kürzer, Heimübertritte erfolgen in schlechterem gesundheitlichen Zustand und Menschen brauchen aufgrund von komplexeren Lebenssituationen mehr Betreuung. Die grosse Mehrheit der Gesprächspartner/innen stellt auch erhöhte Ansprüche bei (einem Teil der) Patient/innen und Angehörigen fest. Man «will etwas für sein Geld», ist weniger bescheiden als früher, besser informiert und wagt sich, berechnete – oder auch unberechnete – Forderungen zu stellen.

Die Arbeit hat auch **Auswirkungen auf das Privatleben** der Pflegenden. Die Mehrheit der Befragten berichtet von negativen Folgen der unregelmässigen Arbeitszeiten auf Familie, Partnerschaft, Sozialleben, Freizeitgestaltung oder allgemein die Organisation des privaten Bereichs. Immerhin zwei Fünftel der Pflegenden sehen darin aber keine Nachteile und gehen davon aus, dass das «einfach zum Beruf gehört». Einige können der Schichtarbeit gar Vorteile abgewinnen. Alle Befragten berichten von belastenden Arbeitssituationen, welche sie manchmal «heim tragen». Zwei Fünftel unter ihnen können aber gut abschalten und erleben diesbezüglich keine Beeinträchtigung des Privatlebens. Zwei Fünftel brauchen regelmässig etwas mehr Zeit, bis sie sich nach der Arbeit auf die «andere Welt» des Privaten einlassen können. Bei einem Fünftel der Pflegenden schliesslich lassen sich weitergehende Auswirkungen auf das Privatleben und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens feststellen (z.B. Schlafprobleme).

Einschätzung der Pflegequalität in der eigenen Institution

Die Gewährleistung einer guten **Pflegequalität** ist allen Gesprächspartner/innen ein wichtiges Anliegen. Knapp zwei Drittel der Befragten erachten die Pflegequalität in der eigenen Institution insgesamt als gut oder recht gut – sie können dazu stehen, wie bei ihnen gepflegt wird. Viele von ihnen betonen aber, dass die Qualität nur dank einem grossen Einsatz, welcher die Pflegenden bis an die Grenze ihrer Kräfte führt, gesichert werden kann und machen sich deshalb Sorgen, wenn sie an die Zukunft denken. Ein gutes Drittel ist jetzt schon kritischer: Diese Personen bezeichnen die Pflegequalität zwar mehrheitlich als durchaus noch akzeptabel oder «den Umständen entsprechend recht gut», ihnen persönlich reicht dies aber nicht aus. Zeitdruck, zu wenig qualifiziertes Personal, fehlende Pflegeplanung und andere Probleme führen dazu, dass nicht immer so gepflegt wird bzw. werden kann, wie sie es gerne sähen. Für einzelne unter ihnen ist die Pflegequalität bereits heute zumindest phasenweise unter einem Minimalstandard, welchen sie noch akzeptieren können.

Anhand von **konkreten Beispielen** von Situationen, in welchen die Befragten oder ihre Kolleg/innen «Arbeiten nicht so verrichten konnten, wie es ihrem Verständnis von guter Pflege entspricht» und Situationen, in welchen Aufgaben aus Zeitgründen weggelassen werden mussten, wurde weiter auf die Frage der Pflegequalität eingegangen. Die Gesprächspartner/innen schildern eine Fülle derartiger Erfahrungen aus ihrem Pflegealltag (Beispielzitate vgl. **Tabelle 5**). Im Vordergrund steht der psycho-soziale Bereich: fehlende Zeit für Gespräche mit Patient/innen und Angehörigen, keine Möglichkeit für eine weitergehen-

de Betreuung und Probleme im Zusammenhang mit einem respektvollen Umgang mit Patient/innen sind für viele Pflegenden Aspekte, welche sie als Mängel in der Pflegequalität erleben. Die Abstriche sind für sie auch belastend – was angesichts der Tatsache, dass es genau dieser menschliche Aspekt ist, welcher für sie die wichtigste «Freude im Beruf» ist, kaum erstaunt. Ein zweiter grosser Bereich von Beispielen bezieht sich auf konkrete Pflegehandlungen im engeren Sinn. Die häufig berichteten Abstriche bei der Körperpflege werden mehrheitlich als nicht sehr gravierend erlebt. Die von einigen Pflegenden erlebten Mängel bei anderen Tätigkeiten im Bereich der Unterstützung der Patient/innen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens hingegen sind für sie äusserst folgenschwer. Auch Abstriche bei Pflgetätigkeiten im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen, von welchen rund ein Fünftel der Befragten berichtet, werden als gravierend erlebt. Gleich viele Personen erzählen von Mängeln bei Mobilisationen und allgemein im Bereich der Prävention sowie von der Unmöglichkeit, eine aktivierende Pflege zur Erhaltung der Eigenständigkeit der Patient/innen zu realisieren. Einzelpersonen erleben auch Mängel im Zusammenhang mit Ein- und Austritten von Patient/innen. Einige Personen berichten von Abstrichen bei administrativen Tätigkeiten. Sie sind davon überzeugt, dass dies die Pflegequalität negativ beeinflusst, machen die Abstriche aber lieber dort als direkt bei den Patient/innen. Recht viele Befragte erzählen auch von weggelassenen oder weniger gründlich gemachten Reinigungsarbeiten – hier zuwenig Zeit zu haben, ist für die meisten von ihnen nicht wirklich ein Problem.

Tabelle 5: Konkrete Alltagssituationen von Pflege unter den persönlichen Ansprüchen bzw. weggelassenen Aufgaben

Interviewaussagen	
Psycho-sozialer Bereich	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Zu einer guten Pflege gehört für mich auch, dass man sich Zeit für die Leute nimmt. (...) Es ist so wichtig für die alten Leute! Ja, einfach ein wenig Zuwendung, hie und da ein Gespräch. (...) Und eigentlich leiden dann einfach die Bewohner. Oder, gerade solche, die selten Besuch haben, immer alleine sind. Man merkt jeweils gerade, wie sie einfach traurig sind. Das ist schlimm, das tut einem schon weh.“ ■ „Eine andere Frau hat gesagt, sie habe so Angst vor dem Heimgehen. Und da habe ich gesagt ‚Das wird schon gehen‘. Und ich denke, wenn ich mehr Zeit gehabt hätte, hätte ich gesagt, ‚warum haben sie denn Angst? Müsste man noch etwas organisieren?‘ (...) Ich denke, das sind so Situationen, die ich täglich merke. Und das ist schlimm. Es macht mich auch traurig. Weil ich denke, genau diese Leute, die können ja nichts dafür, die brauchen etwas anderes von uns. Das sagen schon alle Verwandten, ‚es wird dann schon gehen‘.“ ■ „Oder wenn ich daran denke, dass jemand im Sterben ist und die Angehörigen nicht dort sein können, dann muss man sie manchmal sträflich vernachlässigen. Wir können nicht bei ihnen sein, sie sind dann einfach allein, wenn keine Angehörigen da sind.“
Konkrete Pflegehandlungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Wenn eine Person zweien das Essen eingeben muss. Manchmal geht man von einem Bett zu anderen, um das Essen einzugeben. Das ist für den Patienten sicher nicht angenehm, wenn er das merkt. Es ist für ihn auch ein Druck, er müsse möglichst schnell essen.“ ■ „Also an meinem letzten Arbeitstag habe ich einer Frau einen Urin-Katheter gesteckt, der ich vor zwei, drei Jahren nie einen Katheter gesteckt hätte. Dort hätte ich es früher mit einem Toiletentraining versucht, das braucht aber sehr viel Zeit. Oder sie regelmässig auf den Topf setzen, das braucht auch viel Zeit. Da haben wir beschlossen, einen Katheter zu legen, weil wir nicht so oft Zeit hätten, sie auf den Topf zu tun, weil sie dann viel im Nassen liegen müsste und dann die Gefahr eines Dekubitus zu gross wäre. (...) Und wenn wir mehr Zeit hätten, wäre das nicht nötig gewesen.“ ■ „Das gibt es zum Beispiel mit Leuten, die vielleicht noch gerne laufen würden oder wieder laufen lernen, dass man sagen muss: ‚Im Moment gerade einfach wirklich nicht, ich komme dann später‘ und wenn man dann später nicht Zeit hat und nicht gehen kann, dann kommt dann schon das schlechte Gewissen.“
Administrative Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Jetzt müssen wir jede Pflegehandlung erfassen und verantworten, in einem Code ausdrücken und die Zeit ergibt sich dann. Und da muss ich sagen, da mache ich es dann schon einfach manchmal Handgelenk mal Pi und gebe einfach Punkte. Und um sicher zu gehen, gebe ich dann einfach eher ein wenig zu viele Punkte ein. Das ist natürlich nicht systemkorrekt. (...) Für den Patienten selber ist das ja überhaupt kein Problem, es ist überhaupt keine Bedrohung.“
Reinigungsarbeiten	<ul style="list-style-type: none"> ■ „Da hat die Hygiene-Schwester nicht Freude. Aber wenn es nicht drin liegt, dann liegt es nicht drin. (...) es ist vielleicht ein Pflegeschrank nicht aufgefüllt, es ist ein Blutdruckautomat eine Woche lang nicht desinfiziert worden (...) Weil es schlichtweg nicht drin gelegen ist. Da kann ich gut damit leben. Für mich ist das auch nicht so wichtig, wichtiger ist, dass jeder das bekommen hat, was er braucht.“

Quelle: Interviews Baustein 5

Die Mehrheit der Gesprächspartner/innen muss keine **Aufgaben**, welche **über ihrem Qualifikationsniveau** liegen, übernehmen. Ein knappes Drittel berichtet davon, dass sie manchmal Aufgaben erledigen müssen, für welche sie sich zuwenig qualifiziert fühlen und die sie bisweilen überfordern. Einerseits betrifft das im psycho-sozialen Bereich den Umgang mit Patient/innen in schwierigen Situationen und andererseits konkrete Pflegeverrichtungen. Einige Personen in Führungsfunktionen fühlen sich für gewisse administrative Aufgaben zuwenig qualifiziert.

Insgesamt hat sich die **Pflegequalität** in der eigenen Institution **in den letzten Jahren** nach Ansicht der Hälfte der Befragten verschlechtert – Schuld daran ist der Personalmangel und alle damit verbundenen Folgen. Ein Drittel stellt keine Veränderungen der Qualität fest und betont, dass man sich bemüht, mit weniger Leuten dieselbe Arbeit gleich gut zu machen. Ein Fünftel schliesslich ist der Meinung, dass die Pflegequalität in der eigenen Institution in den letzten Jahren verbessert werden konnte, weil eine Professionalisierung stattgefunden hat.

Verbesserungsvorschläge

Die grosse Mehrheit der Befragten ist sich in Bezug auf die **wichtigste Massnahme zur Verbesserung der persönlichen Arbeitssituation** einig: Es braucht mehr Personal. Dabei geht es einerseits darum, mehr Stellen zu schaffen und andererseits unbesetzte Stellen wieder zu besetzen. Ein Ausbau beim Personal verbessert nicht nur die Situation der Pflegenden – er ist auch zur Sicherung bzw. Erhöhung der Pflegequalität unabdingbar. Eine zweite häufig gestellte und mit der Personalfrage eng verbundene Forderung sind Verbesserungen im Bereich der Personalentwicklung: Konkret geht es dabei um die Erhöhung der Attraktivität der Pflegeausbildung und die Förderung der Weiterbildung der Pflegenden. Auch mehr Lohn ist eine Verbesserungsmassnahme, die für rund die Hälfte der Gesprächspartner/innen wichtig ist: Damit könnten ihrer Ansicht nach sowohl die Fluktuation gesenkt und die Arbeitsmotivation erhöht als auch die Attraktivität des Berufs gehoben werden. Ebenfalls die Hälfte der Befragten erwartet sich von organisatorischen Verbesserungen positive Veränderungen. Einerseits wünschen sie sich bessere Leute in Leitungsfunktionen, andererseits die Behebung von Mängeln in der Arbeitsorganisation allgemein. Neben diesen vier Hauptaspekten werden weitere Verbesserungsvorschläge von jeweils einem Fünftel der Befragten genannt: Verbesserung der Zusammenarbeit, der Arbeitszeitgestaltung und des Images des Pflegeberufs.

8 Schriftliche Befragung von Institutionsleitungen¹⁹

Im April/Mai 2001 wurde eine schriftliche Befragung der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen der Akut- und Langzeitinstitutionen mit Pflegepersonal im Kanton Bern durchgeführt mit dem Ziel, die Sicht der Arbeitgebenden auf die Probleme im Pflegebereich darzustellen – dies in Analogie zur Befragung der Pflegenden selbst. Zentrale Bereiche der Befragung sind Schwierigkeiten bei der Pflegepersonalsuche, Fluktuation und Kündigungsgründe, die Lohnsituation, Zufriedenheit und Arbeitsbelastungen des Pflegepersonals, Beeinträchtigungen der Pflegequalität und Engpässe im Betrieb aufgrund der Schwierigkeiten im Pflegebereich, eine Einordnung und Gewichtung der Probleme sowie Verbesserungsvorschläge aus Betriebssicht.

¹⁹ Heidi Stutz & Kilian Künzi, Büro BASS (Bausteine 3 und 7)

Methoden und Datengrundlagen

Die schriftliche Befragung der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen ist eine Vollerhebung, wobei Kleinstinstitutionen sowie Mütter- und Väterberatungen ausgeschlossen wurden. Gefragt waren grösstenteils persönliche Einschätzungen, immer bezogen auf die eigene Institution und nicht auf die Lage im Allgemeinen. Die Befragung war anonym. Die Fragebogen gingen an 404 Geschäfts- und 276 Pflegedienstleitungen, von denen 283 (70%) bzw. 158 (57%) geantwortet haben. Der tiefere Rücklauf bei den Pflegedienstleitungen ist zu einem guten Teil darauf zurückzuführen, dass die Zahl der in hauptsächlicher Leitungsfunktion tätigen Pflegedienstleitungen in kleinen Institutionen beim Versand überschätzt wurde.

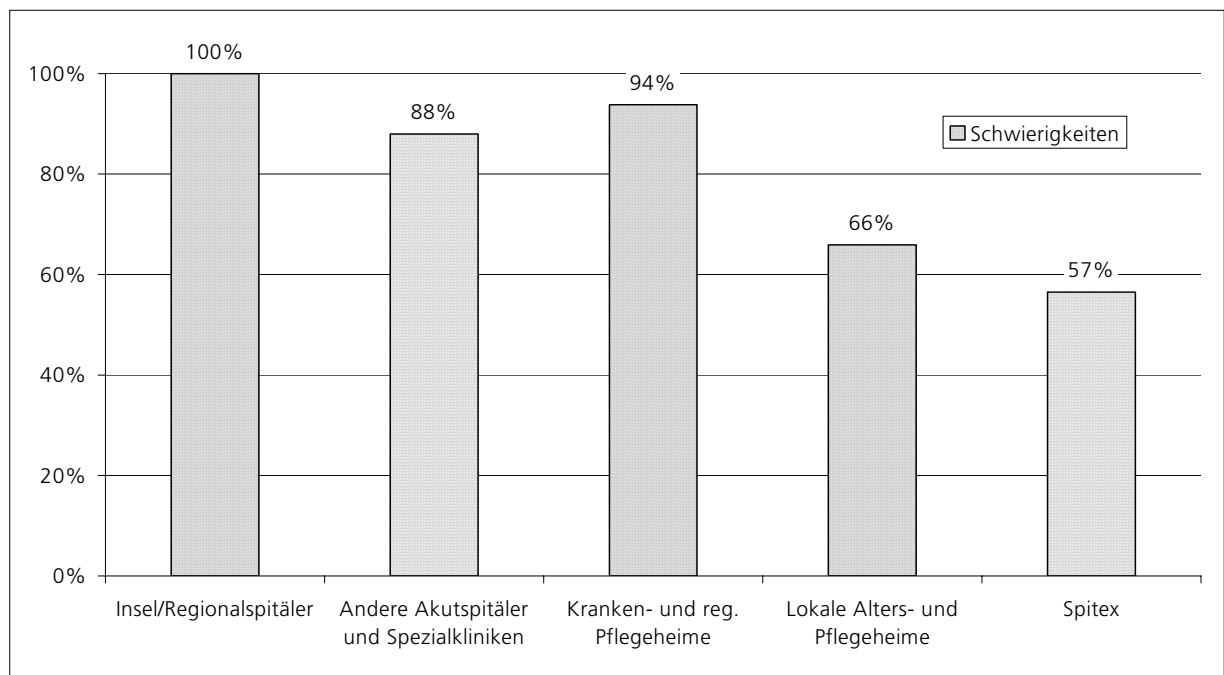
Vor allem die Antworten der einzelnen Geschäftsleitungen repräsentieren die Situation von sehr unterschiedlich vielen Pflegenden. Da es in dieser Befragung um Meinungs- und Einstellungsfragen geht, wurde trotzdem auf eine Gewichtung verzichtet. Die Antworten sind bis maximal auf die Stufe Akutbereich, Langzeitbereich und Spitex aggregiert. Zu Vergleichszwecken sind die Resultate in Prozentzahlen ausgedrückt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hinter den Prozentwerten unterschiedlich viele Betriebe stehen.

Die Ergebnisse der Befragung von Geschäfts- und Pflegedienstleitungen sind in der Auswertung auseinandergelassen. Die Antworten widersprechen sich jedoch kaum je diametral.

Personalmangel

Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung im Pflegebereich sind im Kanton Bern weit verbreitet (vgl. **Abbildung 11**): Zwischen 88 und 100 Prozent der Geschäftsleitungen aus Akutbereich sowie Kranken- und regionalen Pflegeheimen geben an, hier mit Problemen zu kämpfen. Bei den lokalen Alters- und Pflegeheimen sind es zwei Drittel, bei der Spitex etwas mehr als die Hälfte. Öffentliche Institutionen stossen tendenziell öfter auf Schwierigkeiten als private.

Abbildung 11: Institutionen mit Schwierigkeiten bei der Pflegepersonalsuche



Quelle: Schriftliche Befragung der Geschäftsleitungen (Gültige Antworten: Insel/Regionalspitäler 7, andere Akutspitäler und Spezialkliniken 26, Kranken- und regionale Pflegeheime 32, lokale Alters- und Pflegeheime 130, Spitex 69)

Geschäfts- und Pflegedienstleitungen identifizieren die gleichen Berufsgruppen als besonders schwierig zu findend. Im Akutbereich sind dies am häufigsten dipl. Krankenschwestern/-pfleger DN II, gefolgt von Pflegepersonal mit Zusatzausbildungen. Im Langzeitbereich stehen an erster Stelle dipl. Krankenschwestern/-pfleger DN I/FA SRK, gefolgt von DN II-Personal, das insbesondere Kranken- und regionale Pflegeheime suchen. Auch Schwierigkeiten, weniger qualifiziertes Personal zu finden, sind hier verbreiteter als im Akutbereich. Die Spitex stösst ebenfalls beim DN II-Personal auf die grössten Probleme. An nächster Stelle folgen dipl. Hauspfleger/innen, dann Pflegehelfer/innen noch vor DN I-Pflegenden.

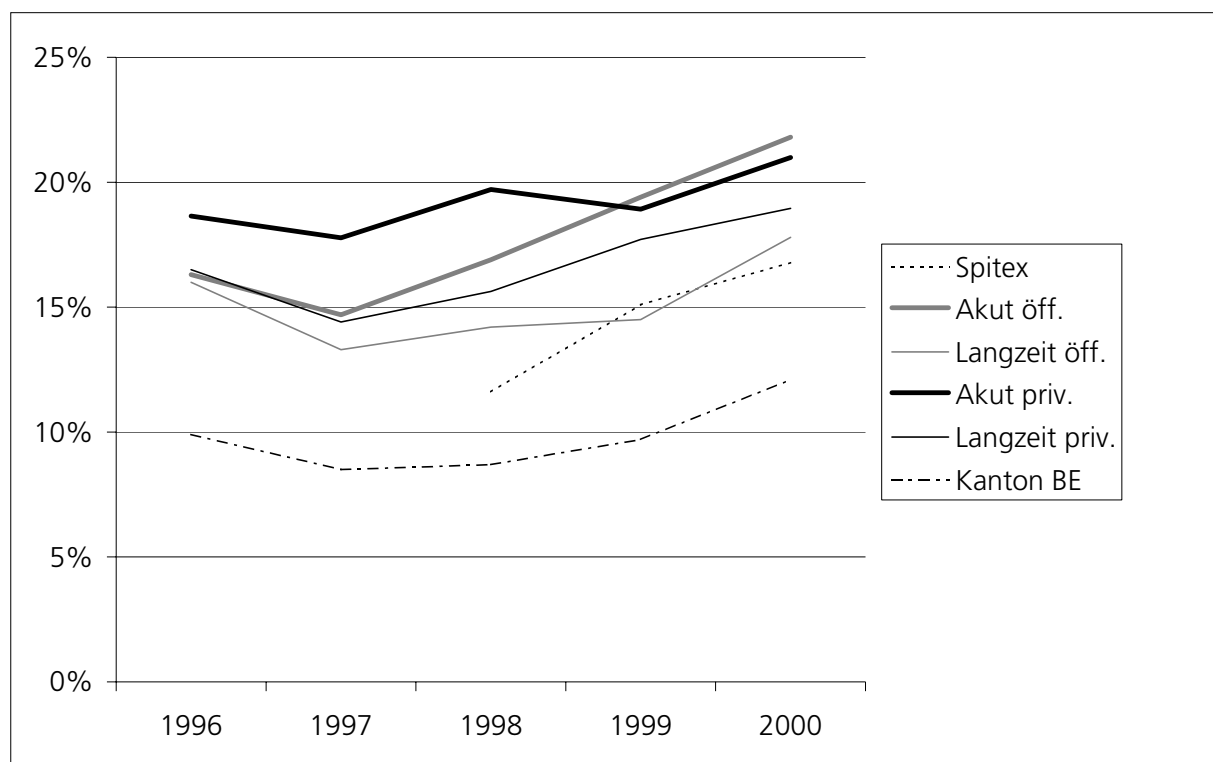
Für die Geschäftsleitungen liegt das Hauptproblem im ausgetrockneten Arbeitsmarkt. Die Pflegedienstleitungen machen deutlich häufiger auch geltend, bei den Lohnforderungen nicht mithalten zu können.

Personalfluktuaton und Kündigungsgründe

Die Fluktuationsraten (gemessen als Austrittsraten) lagen im Pflegebereich des Kantons Bern im Jahr 2000 zwischen 17 (Spitex) und 22 Prozent (öffentliche Institutionen im Akutbereich) wie in **Abbildung 12** dargestellt. Diese Raten liegen deutlich über jenen der Berner Kantonsverwaltung insgesamt (12%). Dies war jedoch bereits zu Beginn der Beobachtungsperiode im Jahr 1996 so. Seither haben sich die Fluktuationsraten in etwa parallel entwickelt.

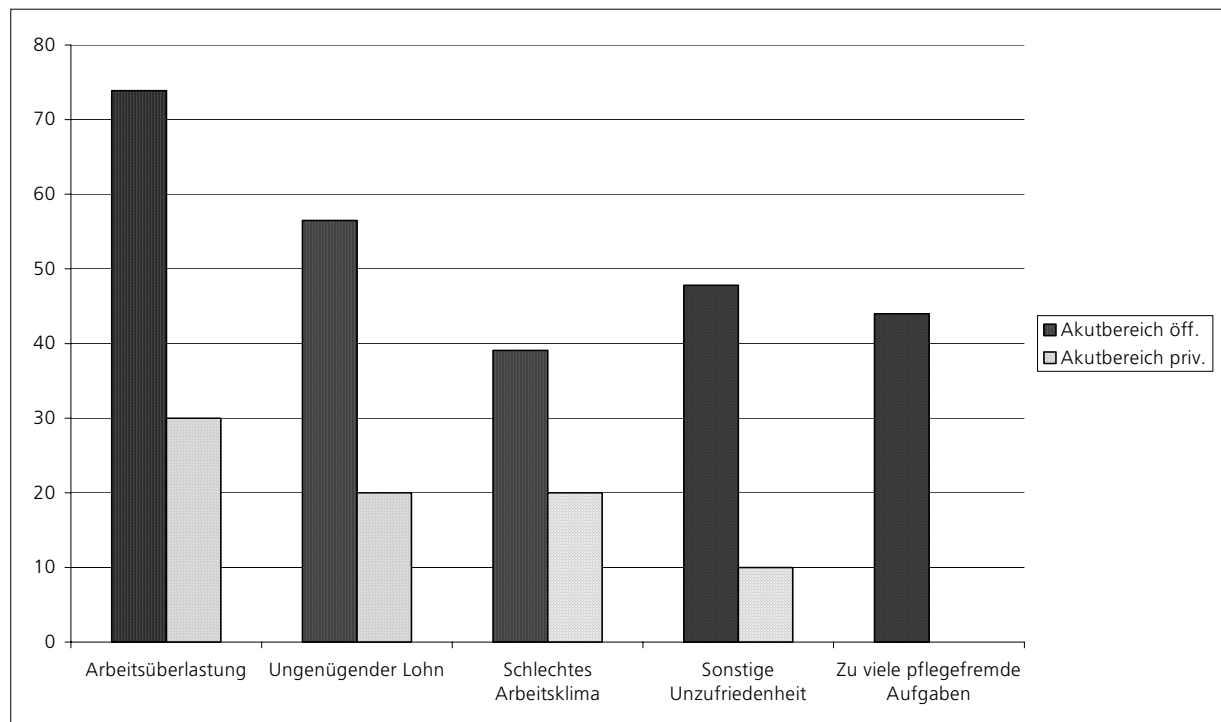
Der Anstieg bei den öffentlichen Institutionen des Akutbereichs erweist sich als überdurchschnittlich: Lag ihre Fluktuationsrate früher stets etwas unter jener der privaten Institutionen, so hat sich diese Tendenz nach 1998 umgekehrt. Nach Einschätzung der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen ist vor allem die Fluktuation beim diplomierten Personal im Akutbereich hoch.

Abbildung 12: Jährliche Fluktuationsraten



Quelle: Schriftliche Befragung der Geschäftsleitungen (Gültige Antworten: Akutbereich öff. 9-11, Akutbereich priv. 7-10, Langzeitbereich öff. 43-62, Langzeitbereich priv. 24-46, Spitex 35-46)

Abbildung 13: Bedeutende Kündigungsgründe in öffentlichen und privaten Akutbetrieben (in %)



Quelle: Schriftliche Befragung der Geschäftsleitungen (Gültige Antworten: Akutbereich öff. 21-23, Akutbereich priv. 7-9)

Um mehr über die Ursachen der relativ zahlreichen Pflegepersonalabgänge zu erfahren, wurden die Kündigungsgründe analysiert. Die Geschäftsleitungen nennen «Zugfaktoren» wie private/familiäre Gründe oder eine andere Stelle im Pflegebereich häufiger als bedeutenden Kündigungsgrund als den wichtigsten «Druckfaktor», nämlich Arbeitsüberlastung. Als nächstwichtigste «Druckfaktoren» geben sie ungenügende Löhne an sowie – zumindest im Akutbereich – sonstige Unzufriedenheit. «Klassische» Kündigungsgründe wie etwa ein schlechtes Arbeitsklima spielen daneben eine untergeordnete Rolle.

Die Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Institutionen sind bei privaten Gründen und «Zugfaktoren» nicht gross. Anders bei den «Druckfaktoren» (vgl. **Abbildung 13**): Öffentliche Institutionen im Akutbereich schätzen die fünf wichtigsten Druckfaktoren zu einem jeweils mindestens doppelt so hohen Prozentsatz als bedeutende Kündigungsgründe ein als private.

Entlöhnung

Auch die Geschäftsleitungen halten die Löhne, die sie den Pflegenden zahlen, nicht durchwegs für gerecht. Bejahen sie die Lohngerechtigkeit bei den Anfangslöhnen im Schnitt noch knapp, so beurteilen sie die Gehälter der langjährigen Mitarbeiter/innen in allen Institutionstypen – mit Ausnahme der privaten Institutionen – als ungerecht. Werden die Löhne nicht angehoben, so rechnen die Geschäftsleitungen – wiederum mit Ausnahme der privaten Institutionen – mit vermehrten Berufsausstiegen und befürchten, dass junge Leute Pflegeberufe gar nicht wählen. Trotzdem votieren sie, vor die Wahl gestellt zwischen «mehr Stellen» und «mehr Lohn», zu 80 Prozent für den Ausbau der Stellenzahl.

Die Pflegedienstleitungen schätzen die Lohngerechtigkeit im Pflegebereich als nicht gegeben ein. Sie stimmen mit den Geschäftsleitungen aber darin überein, dass mehr Stellen wichtiger sind als mehr Lohn.

Zufriedenheit und Arbeitsbelastungen

Die Einschätzungen der Geschäftsleitungen zur Entwicklung der Zufriedenheit ihres Pflegepersonals in den letzten drei Jahren liegen je nach Institutionstyp relativ weit auseinander. Im Langzeitbereich äussern sie sich tendenziell positiver als bei der Spitex und erst recht im Akutbereich. Innerhalb des Langzeitbereichs driften die Einschätzungen der Kranken- und regionalen Pflegeheime (Verschlechterung) und der lokalen Alters- und Pflegeheime (Verbesserung) auseinander. Die Geschäftsleitungen privater Institutionen äussern sich positiver als jene der öffentlichen. Die negativste Einschätzung stammt aus den öffentlichen Grossspitälern des Typs «Insel/Regionalspitäler».

Die Pflegedienstleitungen schätzen die Entwicklung der Zufriedenheit wesentlich negativer ein als die Geschäftsleitungen. Nur jene aus privaten Institutionen sehen eine Stagnation oder leichte Verbesserung. In allen anderen Institutionstypen gehen die Pflegedienstleitungen von einer abnehmenden Zufriedenheit des Pflegepersonals aus.

Um die Belastungssituation zu analysieren, wurden den Geschäfts- und Pflegedienstleitungen 16 Belastungsfaktoren zur Beurteilung vorgelegt. Jene fünf davon, die zum Themenbereich «personelle Unterbesetzung» gehören, erreichten insgesamt relativ hohe Werte. Als stärkste aller Belastungen resultiert Zeitdruck. Auch Personalmangel erreicht hohe Werte, allerdings nur bei den öffentlichen Institutionen. Allein die öffentlichen Institutionen im Akutbereich schätzen auch viele Überstunden, lange Arbeitsschichten und einen zu kleinen Anteil Diplomierter als relativ starke Belastungen ein. Die Gegensätze zwischen öffentlichen und privaten Betrieben sind aus der Sicht der Pflegedienstleitungen etwas kleiner als in den Augen der Geschäftsleitungen.

Von sieben organisatorisch-betrieblichen Belastungsfaktoren stehen ein hohes Ausmass administrativer Aufgaben sowie der unregelmässige Arbeitsanfall im Vordergrund. Als geringe Belastungen schätzen Geschäfts- wie Pflegedienstleitungen Führungsmängel, fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten sowie ungünstige Raumgestaltung und Infrastruktur ein. Arbeit auf Abruf und komplizierte Arbeitsabläufe erreichen mittlere Werte. Die vier Belastungen im Bereich der Zusammenarbeit (Wechsel im Team, mangelnde Anerkennung, Teamprobleme, Zusammenarbeit mit Ärzt/innen) scheinen alle keine grössere Rolle zu spielen.

Das Belastungsniveau ist nach Meinung der Geschäftsleitungen zwischen den verschiedenen Institutionstypen unterschiedlich hoch. Die höchsten Werte erreichen öffentliche Akutbetriebe und hier die Grossspitäler des Typs «Insel/Regionalspitäler». Die Pflegedienstleitungen stimmen damit weitgehend überein, schätzen den Belastungsgrad aber allgemein höher ein.

Pflegequalität

Die Geschäftsleitungen gehen bei der **Entwicklung der Pflegequalität** für die letzten drei Jahre eher von einer Verbesserung aus. Die Spitexleitungen äussern sich am positivsten, die Geschäftsleitungen aus dem Akutbereich am wenigsten positiv. Die Pflegedienstleitungen sind allgemein kritischer: Jene aus den öffentlichen Institutionen des Akutbereichs gehen gar eher von einer Verschlechterung aus.

Die relativ positiven Einschätzungen der Entwicklung der Pflegequalität bedeuten nicht, dass keine Probleme wahrgenommen werden. Dies zeigen die Stellungnahmen von Geschäfts- und Pflegedienstleitungen zu Aussagen im Zusammenhang mit der Pflegequalität. Zentral erscheint hier das Thema Zeitdruck: Die Geschäftsleitungen der öffentlichen Akutbetriebe bejahen, dass bei ihnen die Pflegequalität unter dem

Zeitdruck leide. Fast alle – ausser den Privaten – pflichten bei, dass bei ihnen die Zeit nur für Grund- und Behandlungspflege reiche. Dass ihr Pflegepersonal gezwungen sei, Dinge wegzulassen, die eigentlich zu seinen Aufgaben gehören, bestätigen allerdings nur öffentliche Institutionen aus dem Akut- und Langzeitbereich mehrheitlich. Allein Spitex und Private stimmen andererseits zu, dass ihr Pflegepersonal die Zeit habe, in Krisensituationen auf ein Gespräch mit Patient/innen einzugehen. Die öffentlichen Grossspitäler vom Typ «Insel/Regionalspitäler» lehnen diesen Punkt am stärksten ab.

Vor allem in öffentlichen Institutionen des Akutbereichs sind auch Engpässe aufgrund der Personalsituation im Pflegebereich weit verbreitet: 65 Prozent der Institutionen waren in den letzten zwei Jahren mitunter gezwungen, Betten zu schliessen, beim Typ «Insel/Regionalspitäler» gar 86 Prozent. In diesen öffentlichen Grossspitälern konzentrieren sich auch andere Engpässe: Über die Hälfte von ihnen musste ganze Abteilungen schliessen und Patient/innen teilweise zu früh nach Hause entlassen. Fast die Hälfte wies Notfälle häufiger weiter und 29 Prozent ihrer Geschäftsleitungen sagen aus, dass sie aufgrund der Personalsituation im Pflegebereich nicht mehr garantieren können, dass die nötige Behandlung ohne Zeitverzögerungen erfolgt, die zu gesundheitlichen Verschlechterungen führen können. Die Geschäftsleitungen der privaten Institutionen im Akutbereich kennen solche Sorgen nicht. Im Langzeitbereich konzentrieren sich die Engpässe bei den Kranken- und regionalen Pflegeheimen. Hier finden die Pflegenden zunehmend die Zeit nicht mehr, ihre Patient/innen auf die Toilette zu begleiten. Auch vermehrtes Fixieren und Einschliessen ist ein Thema. Die Geschäftsleitungen von Kranken- und regionalen Pflegeheimen schliessen zu 21 Prozent Zeitverzögerungen in der medizinischen Behandlung nicht aus, die zu gesundheitlichen Verschlechterungen führen können.

Gefragt, ob aufgrund von Stress und Überforderung beim Pflegepersonal vermehrt Fehler auftreten, zeichnen die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen ein differenziertes Bild. Es sind Fehler wie mangelhaftes Nachführen der Pflegedokumentation, mangelhafte Instruktion der Patient/innen oder das Vergessen wichtiger Termine, die am häufigsten vorkommen. Die grosse Mehrheit der Geschäftsleitungen bestätigt auch, dass Stress und Überforderung beim Pflegepersonal bei ihnen selten oder manchmal zu fehlerhafter Medikamentenabgabe oder Stürzen von Patient/innen führen. Übermedikalisierung erreicht im Akutbereich die nächsthöchsten Werte, Aggressionen gegen Patient/innen in Langzeitinstitutionen und bei der Spitex. Nur knapp die Hälfte aller Geschäftsleitungen geben an, dass Dekubiti bei ihnen nie vorkämen. Durch Mängel in der Pflege verursachte Akutsituationen kommen besonders in Spitälern vor. Die Pflegedienstleitungen sehen die genannten Fehler allgemein als häufiger an, die Reihenfolge ändert aber nicht.

Einordnung und Gewichtung der Probleme im Pflegebereich

«Die Arbeitssituation im Pflegebereich ist nicht unser grösstes Problem» – diese Aussage erreicht im Durchschnitt knappe Zustimmung. Doch hinter diesem Resultat stehen scharfe Gegensätze, die sich in den Extremwerten spiegeln: Die grösste Zustimmung stammt von den Geschäftsleitungen der privaten Institutionen im Akutbereich, die stärkste Ablehnung von den öffentlichen Grossspitälern des Typs «Insel/Regionalspitäler». Bei keinem Institutionstyp gehen die Leitungen davon aus, die Krise sei rein konjunktureller Art. Sind zusätzliche Finanzmittel für anderes dringender als für höhere Löhne des Pflegepersonals? Die Geschäftsleitungen fast aller Institutionstypen lehnen dies ab. Die Einschätzungen der Pflegedienstleitungen sind allgemein kritischer, stimmen im Grundmuster aber mit jenen der Geschäftsleitungen überein.

Würden zusätzliche Mittel die Personalsituation in der Pflege verbessern oder sind die erforderlichen Leute schlicht nicht vorhanden? «Insel/ Regionalspitäler» glauben am stärksten daran, ihre Situation mit mehr Mitteln verbessern zu können. Am kritischsten sind die privaten Akutbetriebe. Doch auch die Geschäftslei-

tungen im Langzeitbereich und hier vor allem in den lokalen Alters- und Pflegeheimen geben sich eher skeptisch.

Drei Aussagen zu Spar- und Umstrukturierungsmassnahmen zeigen, dass jene Betriebe, die am häufigsten Stellen abbauten, das Pflegepersonal am wenigsten so aufstocken konnten, wie es erforderlich gewesen wäre, und von grösseren Umstrukturierungen betroffen waren, tendenziell die gleichen sind, welche die grössten Probleme mit dem Pflegepersonal haben.

Das Krisensymptom zunehmender Krankheitsausfälle beim Pflegepersonal wird teilweise bestätigt, am deutlichsten von öffentlichen Akutbetrieben sowie Kranken- und regionalen Pflegeheimen. Private Institutionen stellen keine Zunahme fest. Dass sich Berufsausstiege häufen, lehnen Geschäfts- und Pflegedienstleitungen dagegen mehrheitlich ab. Berufsausstiege spielen auch bei den Kündigungsgründen und bei der Priorisierung der Probleme eine untergeordnete Rolle.

In ihrer Stellungnahme zu möglichen Massnahmen bejahen die Leitungen aller Institutionstypen, dass sie bereits heute grosse Anstrengungen unternähmen, um Mitarbeiterinnen in der Familienphase nicht zu verlieren. Die Aussage, Systeme der Leistungserfassung und Qualitätssicherung in der Pflege könnten als neue Massnahmen «viele Probleme lösen», stösst auf eher verhaltene Zustimmung. Sie ist bei der Spitex und bei den Pflegedienstleitungen etwas grösser als bei den Übrigen.

Bei der Gewichtung der Probleme stellen die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen vier Bereiche deutlich in den Vordergrund: Personalmangel, zu knapper Personalbestand, tiefe Löhne sowie die sinkende Attraktivität der Pflegeberufe.

Was hat davon allerhöchste Priorität? Hier gibt es markante Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionstypen sowie zwischen öffentlichen und privaten Betrieben. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Geschäftsleitungen tendenziell dem zu knappen Personalbestand aufgrund des Spardrucks höhere Priorität einräumen als dem Personalmangel. Beide Probleme sind aus ihrer Sicht dringlicher als die Lohnfrage, die aber durchaus auch als prioritäres Problem wahrgenommen wird. Die sinkende Attraktivität der Pflegeberufe rückt bei dieser Zuspitzung in den Hintergrund. Die Pflegedienstleitungen legen den Hauptakzent noch klarer auf den knappen Personalbestand aufgrund des Spardrucks. Als nächstes folgen auch für sie die tiefen Löhne und der Personalmangel.

Verbesserungsvorschläge der Betriebe

Die drei Massnahmenbereiche «mehr/genügend Personal», «bessere/angemessene Bezahlung» und an dritter Stelle «organisatorische Verbesserungen» stehen für die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen bei der Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich klar im Vordergrund.

Die Geschäftsleitungen der öffentlichen Institutionen im Akutbereich konzentrieren sich in hohem Mass auf die zwei ersten Massnahmenbereiche. Bei den privaten Akutspitälern und Spezialkliniken stehen bessere Bezahlung und Massnahmen auf dem Arbeitsmarkt im Vordergrund. Im Langzeitbereich steht die Erhöhung des Pflegepersonalbestands an erster Stelle, organisatorische Verbesserungen an zweiter. Die Spitexleitungen nennen angemessene Bezahlung sowie organisatorische Verbesserungen (bzw. den Abbau des administrativen Aufwands) am häufigsten. Sie streben auch Verbesserungen bei den Arbeitsmitteln (PC etc.) und den äusseren Rahmenbedingungen (Räume etc.) an und schlagen eine Reihe spitexspezifischer Massnahmen vor.

Gegenüber den bereits genannten treten andere Massnahmenbereiche in den Hintergrund. Bessere Arbeitsinhalte sind kein Thema, im Bereich der Zusammenarbeit scheinen Verbesserungen nicht vordringlich, im Bereich der Personalentwicklung konzentrieren sie sich auf (betriebliche) Weiterbildung. Ebenfalls deutlich weniger häufig sind Vorschläge in den Bereichen öffentliches Image/Anerkennung sowie Ausbildung. Dies mag jedoch auch mit der Fragestellung zu tun haben, die ausdrücklich auf konkrete Verbesserungen im eigenen Betrieb zielte.

9 Zeitverwendungsanalyse bei Pflegenden²⁰

Im Rahmen der Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks bei Pflegenden wurden im Herbst 2001 rund 1'000 Pflegende im Kanton Bern gebeten, während fünf Tagen ein Erhebungsheft zu führen und damit ihren Arbeitsalltag zu dokumentieren. Ziel war, das Zeitdruckproblem anhand konkreter Situationen zu erfassen und grössenordnungsmässig zu quantifizieren. Die Erhebung besteht aus zwei Teilen: Zum einen liefert sie Informationen über die Verteilung der Arbeitszeit auf acht Tätigkeitsbereiche. Zum anderen erfasst sie den zusätzlichen Zeitbedarf der Pflegenden, um eine nach ihrer Einschätzung angemessene Pflege leisten zu können. Die wichtigsten Erhebungsergebnisse sind in der zusammenfassenden **Tabelle 8** am Schluss dieses Kapitels dargestellt.

Die Stichprobe

909 Pflegende haben ein ausgefülltes Erhebungsheft zurückgeschickt (82% der Ausgangsstichprobe), in die Auswertungen eingegangen sind die Antworten von 830 Pflegenden (75% der Ausgangsstichprobe). Insgesamt wurden während 4'052 Arbeitstagen 32'794 Arbeitsstunden dokumentiert.²¹

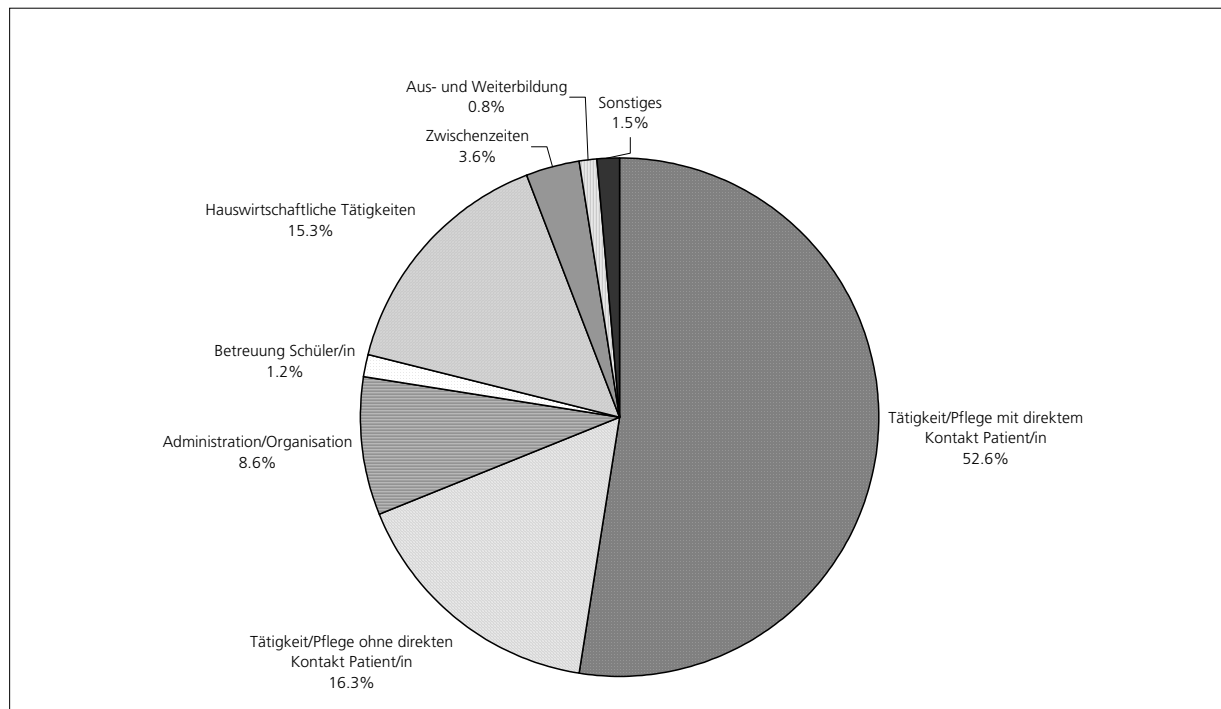
Die Verteilung der Arbeitszeit auf acht Tätigkeitsbereiche

Die Pflegenden waren aufgefordert, ihre Arbeit anhand einer Liste mit acht vorgegebenen Tätigkeitsbereichen zu protokollieren (vgl. **Abbildung 14**). Mehr als die Hälfte der Arbeitszeit (52.6%) wird auf Pflēgetätigkeiten mit direktem Kontakt zu den Patienten/innen verwendet, 16.3 Prozent für Pflegehandlungen bzw. Tätigkeiten mit unmittelbarem Bezug, aber ohne direkten Kontakt mit den Patienten/innen. Administrative oder organisatorische Arbeiten beanspruchen weitere knapp 9 Prozent der insgesamt geleisteten Arbeitszeit. Für hauswirtschaftliche Tätigkeiten wird im Durchschnitt über alle Pflegenden 15 Prozent der Arbeitszeit aufgewendet, wobei hier grosse Unterschiede zwischen den Pflegefunktionen auszumachen sind (dipl. Pflegepersonal: 7.8%, Hilfspersonal: 23.7% der Arbeitszeit). Das Hilfspersonal verwendet einen relativ grossen Anteil seiner Arbeitszeit auf die Pflege mit unmittelbarem Kontakt mit den Patienten/innen (56.9%). Das diplomierte Personal arbeitet demgegenüber etwas weniger direkt am Patient/innenbett (48.7%), ist stärker bei Tätigkeiten mit unmittelbarem Bezug, aber ohne direkten Kontakt zu den Patienten/innen engagiert (21.6%) und muss einen grösseren Anteil seiner Arbeitszeit für administrative und organisatorische Arbeiten aufwenden (13.6%).

²⁰ Susanne Schmugge & Kilian Künzi, Büro BASS (Baustein 6a)

²¹ Pro Person wurden im Durchschnitt 39.5 Stunden während 4.9 Arbeitstagen festgehalten.

Abbildung 14: Verteilung der Arbeitszeit auf acht Tätigkeitsbereiche



Quelle: Gewichtete Angaben von N=830 Pflegenden über insgesamt 32'794 Arbeitsstunden

Erlebter Zeitdruck: Überzeit

Die Pflegenden wurden nach Abschluss eines dokumentierten Arbeitstages gebeten anzugeben, ob für die ausgeführten Pflegehandlungen genügend Zeit zur Verfügung stand und für welche Pflegehandlungen wie viel Überzeit gemacht werden musste.²² 750 Pflegenden haben die Frage nach der während der dokumentierten Zeitspanne geleisteten Überzeit beantwortet.

Im Durchschnitt hat jede Pflegeperson 2.4 Prozent der von ihr insgesamt dokumentierten Arbeitszeit als Überstunden geleistet. Überdurchschnittlich viel Überzeit machen dipl. Pflegenden DN II mit besonderen Funktionen (5.3%), die Pflegenden des ambulanten Pflegebereichs (4%), der Bezirksspitäler (3.5%) sowie der Regionalspitäler (2.8%). Die Pflegenden der privaten Akutspitäler machen mit 0.8 Prozent der insgesamt geleisteten Arbeitszeit am wenigsten Überzeit.

Am meisten Überzeit (24%) wird für den Bereich Dokumentation aufgewendet. Pfl egetätigkeiten, die direkt am Patientenbett verrichtet werden (Mobilisation, Körperpflege, Ernährung und Ausscheidung), beanspruchen zusammen 25 Prozent, Pfl egetätigkeiten im Bereich Gespräch/Betreuung 10 Prozent der insgesamt geleisteten Überzeit.

²² Die Pflegenden sollten anhand einer Liste mit 12 Pflegehandlungskategorien identifizieren, in welchen Pflegebereichen Überzeit geleistet wurde, und wo, allenfalls trotz Überzeit, Pflegehandlungen aus Zeitnot abgekürzt oder weggelassen werden mussten. Die Pflegehandlungskategorien wurden verschiedenen Leistungserfassungssystemen entnommen. Die Fragen zum erlebten Zeitdruck wurden explizit nur für Pflegehandlungen gestellt und beziehen sich nicht auf sonstige Tätigkeitsbereiche.

Erlebter Zeitdruck: Zusätzlich benötigte Zeit

Im Anschluss an die protokollierte Arbeitsschicht wurden die Pflegenden gebeten anzugeben, ob sie (allenfalls trotz Überstunden) aus Zeitdruck Pflegehandlungen abkürzen oder weglassen mussten und wie viel Zeit sie zusätzlich benötigt hätten, um die abgekürzten bzw. weggelassenen Pflegehandlungen so durchführen zu können, wie es ihrer Auffassung von «angemessener Pflege» entspricht. Die Summe der Zeitangaben für aufgrund von Zeitdruck gemachten Abstriche wird als zusätzlich benötigte Zeit verstanden. 809 Pflegenden haben die Frage nach der während der dokumentierten Arbeitszeit zusätzlich benötigten Zeit beantwortet. Nach Ausschluss von extremen Werten sind die Angaben von 800 Befragten in die Analyse eingegangen.²³

Im Durchschnitt über alle Befragten hätte jede Pflegeperson pro Erhebungstag 22 Minuten (oder 4.5% der insgesamt geleisteten Arbeitszeit) zusätzlich benötigt, um eine nach ihrer Einschätzung angemessene Pflege machen zu können. Die diplomierten Pflegenden DN II mit besonderen Funktionen bekommen den Zeitdruck am stärksten zu spüren und würden mit 6.9 Prozent am meisten zusätzliche Zeit benötigen, um die anfallenden Pflegetätigkeiten angemessen ausführen zu können. Vergleichsweise gross ist der Umfang an zusätzlich benötigter Zeit auch beim diplomierten Pflegepersonal DN I (5.4%) und bei den Pflegeassistenten/innen und Pflegehelfern/innen (5%). Das Hilfspersonal ohne spezifische Ausbildung in Pflege benötigt mit 3 Prozent am wenigsten zusätzliche Zeit.

Die Pflegenden der Langzeitinstitutionen weisen den grössten Bedarf an zusätzlicher Zeit auf (5.6% der Arbeitszeit), während die Pflegenden der privaten Akutspitäler (1.2%) und des ambulanten Pflegebereichs (2.8%) mit der zur Verfügung stehenden Zeit am besten auszukommen scheinen.²⁴ Die öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Akutspitäler bewegen sich hinsichtlich der zusätzlich benötigten Zeit mit 4 bis 4.6 Prozent der geleisteten Arbeitszeit im Durchschnitt. Innerhalb des Akutbereichs ist es v.a. das diplomierte Personal, das zusätzliche Zeit benötigt (dipl. Personal: 4.4%, Hilfspersonal: 1.2%), während im Langzeitbereich auch das pflegerische Hilfspersonal einen vergleichsweise grossen zusätzlichen Zeitbedarf aufweist (dipl. Personal: 5.7%, Hilfspersonal 5.5%).

Der Zeitdruck wirkt sich in erster Linie auf den Pflegebereich Gespräch/Betreuung aus, auf den ein Drittel der insgesamt zusätzlich benötigten Zeit fällt. Überdurchschnittlich deutlich ist dieser Befund beim diplomierten Personal in den psychiatrischen Kliniken (51.9% der zusätzlich benötigten Zeit). Beim diplomierten Personal machen neben dem Bereich Gespräch/Betreuung (33.4%) Pflegehandlungen im Behandlungs- (10.1%) sowie Dokumentationsbereich (8.9%) jeweils überdurchschnittlich grosse Anteile an der insgesamt zusätzlich benötigten Zeit aus. Hervorzuheben sind die relativ häufigen zeitdruckbedingten Abstriche im Behandlungsbereich beim diplomierten Personal der Akutspitäler (12.8% der zusätzlich benötigten Zeit). Beim Hilfspersonal machen die Pflegehandlungskategorien Bewegung (16.7%), Körperpflege/Kleiden (27.6%), sowie Ernährung/Ausscheidung (11%) einen vergleichsweise grossen Anteil der insgesamt zusätzlich benötigten Zeit aus.

²³ Die Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit streuen stark: Ein Drittel der befragten Pflegenden ist mit der zur Verfügung stehenden Zeit ausgekommen und musste keinerlei zeitnotbedingte Abstriche bei der Pflegetätigkeit machen. Die Hälfte der Befragten hätte jeden Tag weniger als 15 Minuten zusätzlich gebraucht, um die anfallenden Pflegearbeiten bewältigen zu können. 1 Prozent der Befragten kommt bei den Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit auf mehr als 3 Stunden zusätzlich pro Arbeitstag. Dieses eine Prozent wurde für die weitere Analyse ausgeschlossen.

²⁴ Die Pflegenden des ambulanten Bereichs machen zugleich deutlich mehr Überzeit als die Pflegenden der anderen Institutionstypen. Es ist zu vermuten, dass im ambulanten Pflegebereich vom aufgrund der niedrigeren Arbeitspensen stärker ausnutzbaren Spielraum, die reguläre Arbeitszeit durch Überzeit auszudehnen, Gebrauch gemacht wird.

Der hochgerechnete Stellenbedarf in den repräsentierten Institutionen

Obwohl es nicht primäres Ziel der Erhebung war, können die Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit grössenordnungsmässig in Stellen ausgedrückt werden.²⁵ Die 800 Pflegenden, die Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit gemacht haben, repräsentieren 751 Vollzeitstellen. Diese 751 Vollzeitstellen waren nach Einschätzung der Pflegenden nicht ausreichend, um die bei 31'550 Stunden Arbeitszeit anfallenden Pflegearbeiten angemessen auszuführen. Aufgrund der Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit wurde ermittelt, dass es 4.6 Prozent mehr Zeit gebraucht hätte, um die anfallenden Pflegeleistungen während den dokumentierten Arbeitsstunden bewältigen zu können. Hochgerechnet auf die 8'179 in der Befragung repräsentierten Pflege-Vollzeitstellen,²⁶ hätte es während des Erhebungszeitraums im Kanton Bern rund 380 zusätzliche Pflege-Vollzeitstellen gebraucht, um alle Pflegeleistungen in einer nach Meinung der Pflegenden angemessenen Art und Weise erbringen zu können.

Tabelle 6: Hochrechnung der zusätzlich benötigten Zeit nach Institutionstyp

	Akutspitäler		Psych. Kliniken		Langzeitbereich		Spitex	Total
	Öfftl. Inst.	Priv. Inst.	Öfftl. Inst.	Priv. Inst.	Öfftl. Inst.	Priv. Inst.		
Stichprobe								
Anzahl Personen	176	46	43	3	343	44	84	800
Anzahl Stellen	169.8	43.2	41.8	2.9	330.2	38.8	65.8	751
Geleistete Arbeitszeit (Std.)	7'148.4	1'827.3	1'754.0	106.3	13'867.4	1'613.0	2'751.7	31'550
Benötigter Stellenanteil	4.0%	1.3%	4.4%	0.0%	5.5%	10.0%	2.9%	4.6%
Grundgesamtheit								
Anzahl Stellen	1'726	626	471	80	3'643	780	853	8'179
Stellenbedarf	69	8	21	0	200	78	25	380

Quelle: Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks, Erhebung der Stellen und Löhne. Es wurden so viele Daten wie möglich ausgewertet. Differenzen zwischen den einzelnen Zahlen und den Summenbildungen sind in fehlenden Datenangaben begründet.

Tabelle 7: Hochrechnung der zusätzlich benötigten Zeit nach Pflegefunktion

	Diplomiertes Personal		Hilfspersonal		Total
	Öfftl. Institutionen	Priv. Institutionen	Öfftl. Institutionen	Priv. Institutionen	
Stichprobe					
Anzahl Personen	336	62	299	35	800
Anzahl Stellen	326.7	56.1	272.8	31.4	751.2
Geleistete Arbeitszeit (Std.)	714.9	2'349.7	11'444.5	1319.6	31'550.0
Benötigter Stellenanteil	5.2%	3.5%	4.2%	8.3%	4.6%
Grundgesamtheit					
Anzahl Stellen	3'484	725	3'209	760	8'179
Stellenbedarf	181	26	136	63	380

Quelle: Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks, Erhebung der Stellen und Löhne. Es wurden so viele Daten wie möglich ausgewertet. Differenzen zwischen den einzelnen Zahlen und den Summenbildungen sind in fehlenden Datenangaben begründet.

²⁵ Die Angaben zum Stellenbedarf beziehen sich auf die in der Erhebung repräsentierten Institutionen während des Erhebungszeitraums (und nicht auf ein Arbeitsjahr o.ä.). Die relativen Dimensionen des aus den Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit abgeleiteten Stellenbedarfs sind aussagekräftiger als die absoluten Zahlen.

²⁶ Ausgenommen sind auf Institutionsebene das Inselspital, welches mit dem Hinweis auf ein teilweise eingeführtes Leistungserfassungssystem nicht an der Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks teilgenommen hat, sowie Kleinstinstitutionen mit weniger als 5 Pflegevollzeitstellen; auf Funktionsebene fehlen das Pflegemanagement sowie pflegerische Zusatz- und Spezialausbildungen wie IPS, OPS, TOA, Hebammen etc. Die in der Befragung abgebildete Grundgesamtheit im Kanton Bern umfasst gemäss Erhebung der Stellen und Löhne der Pflegenden im Kanton Bern (Kapitel 4 des Syntheseberichts) 8'179 Vollzeitstellen.

Wie aus **Tabelle 6** und **Tabelle 7** ersichtlich ist, konzentriert sich der Stellenbedarf auf den Langzeitbereich (insbesondere bei den privaten Langzeitinstitutionen ist er überdurchschnittlich gross) und betrifft bei den öffentlichen/öffentlich-subventionierten Institutionen in erster Linie das diplomierte Personal; bei den privaten Institutionen herrscht vor allem beim Hilfspersonal Knappheit. Vergleichsweise gross ist auch der Anteil zusätzlich benötigter Stellen in den psychiatrischen Kliniken. Der Stellenbedarf im Akutbereich fällt moderater aus. Bei diesen zusätzlich benötigten Stellen sind allenfalls nicht besetzte Pflegestellen eingeschlossen; werden diese mit den hier erhobenen Zahlen verrechnet, sinkt der Bedarf an neu zu schaffenden Stellen.

Zeitdruck und Qualität in der Pflege

Eine Pflegeleistung beansprucht eine gewisse Zeitspanne, wenn sie bestimmten Qualitätsstandards entsprechen (und in diesem Sinne «angemessen» sein) soll. Dabei ist es nicht zuletzt eine Frage der Interpretation, wie angemessene Pflege definiert werden soll. Bei der Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks wurde von der Annahme ausgegangen, angemessene Pflege bedeute, dass anstehende Pflegehandlungen i.d.R. innerhalb der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit durchgeführt werden können und die Pflegenden keine zeitdruckbedingten Einschränkungen machen müssen.

Aus der Erhebung geht hervor, dass zeitnotbedingte Einschränkungen in der Praxis vorkommen, jedoch nicht alle Pflegehandlungsbereiche im gleichen Ausmass von Einschränkungen betroffen sind. Es ist mitunter eine Frage des Standpunktes, welche Pflegehandlungskategorien als für die Qualität der Pflege sensible Bereiche angesehen werden. Die Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks zeigt, dass die Pflegenden den grössten Teil von zeitdruckbedingten Einschränkungen im Bereich Gespräch/Betreuung machen müssen. An zweiter Stelle folgen Pflegehandlungen, die im weitesten Sinne mit physischen Bedürfnissen der Patienten/innen zu tun haben (Mobilisation/Bewegung, Körperpflege, Ernährung/Ausscheidung). Pflegehandlungen aus dem Behandlungs-, Medikations- und Überwachungsbereich schliesslich folgen an dritter Stelle (Einschränkungen im Behandlungsbereich betreffen in erster Linie das diplomierte Personal der öffentlichen/öffentlich-subventionierten Akutspitäler sowie der Langzeitinstitutionen).

Tabelle 8: Verteilung der Arbeitszeit/Überzeit/zusätzlich benötigten Zeit nach Institutionstyp/Funktion

	Akutspitäler	Psychiatrische Klinken	Langzeit- institutionen	Ambulante Pflege	Gesamt
Verteilung der Arbeitszeit auf ausgewählte Tätigkeitsbereiche*					
Pflege mit direktem Kontakt					
Dipl. Pflegepersonal	45.2%	44.5%	54.8%	43.0%	48.7%
Hilfspersonal	45.1%	49.9%	62.1%	37.5%	56.9%
Tätigkeit/Pflege ohne direkten Kontakt					
Dipl. Pflegepersonal	24.2%	25.5%	21.4%	8.5%	21.6%
Hilfspersonal	10.3%	12.0%	11.1%	4.2%	10.5%
Administration/Organisation					
Dipl. Pflegepersonal	16.8%	13.9%	9.25%	17.8%	13.6%
Hilfspersonal	2.1%	4.7%	2.5%	11.0%	3.1%
Betreuung Schüler/in					
Dipl. Pflegepersonal	2.8%	1.2%	1.2%	1.9%	1.9%
Hilfspersonal	0.9%	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten					
Dipl. Pflegepersonal	5.5%	7.2%	9.1%	12.0%	7.8%
Hilfspersonal	38.0%	28.4%	19.4%	28.1%	23.7%
Zwischenzeiten					
Dipl. Pflegepersonal	3.0%	5.1%	2.2%	13.0%	3.9%
Hilfspersonal	1.8%	3.3%	2.3%	15.5%	3.2%
Aus-/Weiterbildung					
Dipl. Pflegepersonal	0.7%	1.1%	0.7%	1.3%	0.8%
Hilfspersonal	0.3%	0.0%	0.8%	3.2%	0.9%
N	240	55	450	87	830
Überzeit / Zusätzlich benötigte Zeit (in % der Arbeitszeit)					
Überzeit (in Prozent der Arbeitszeit)					
Dipl. Pflegepersonal	2.8%	1.8%	2.7%	4.6%	2.8%
Hilfspersonal	1.3%	1.0%	1.7%	3.4%	1.8%
N	234	48	385	85	750
Zusätzlich benötigte Zeit (in % der Arbeitszeit)					
Dipl. Pflegepersonal	4.4%	4.1%	5.7%	3.4%	4.8%
Hilfspersonal	1.2%	2.0%	5.5%	2.1%	4.3%
N	234	48	433	84	800
Zusätzlich benötigte Zeit nach ausgewählten Pflegehandlungen (in % der zus. benöt. Zeit)*					
Gespräch/Betreuung					
Dipl. Pflegepersonal	31.2%	51.9%	32.3%	27.5%	33.4%
Hilfspersonal	13.8%	21.8%	27.1%	36.9%	26.7%
Körperpflege/Kleiden					
Dipl. Pflegepersonal	12.5%	13.3%	17.4%	18.6%	15.4%
Hilfspersonal	32.6%	9.1%	27.9%	13.5%	27.6%
Bewegung					
Dipl. Pflegepersonal	12.6%	7.0%	12.5%	3.9%	11.4%
Hilfspersonal	22.0%	10.9%	16.5%	14.9%	16.7%
Ernährung/Ausscheidung					
Dipl. Pflegepersonal	8.3%	0.7%	8.2%	4.3%	7.3%
Hilfspersonal	24.1%	18.2%	10.7%	0.0%	11%
Überwachung/Medikation/Behandlung					
Dipl. Pflegepersonal	12.8%	4.3%	10.1%	3.0%	10.1%
Hilfspersonal	2.9%	0.0%	7.7%	0.0%	7.2%
Dokumentation					
Dipl. Pflegepersonal	7.1%	10.0%	9.8%	10.1%	8.9%
Hilfspersonal	0.9%	0.0%	4.9%	17.7%	5.2%
N	234	48	433	84	800

Quelle: Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks (Gültige N = Verteilung der Arbeitszeit: 830, Überzeit: 750 (total 726 Stunden Überzeit auf 29'652 Arbeitsstunden), zusätzlich benötigte Zeit: 800 (total 1'464 Stunden zusätzlich benötigte Zeit auf 31'550 Arbeitsstunden). *Es werden nur die wichtigsten Tätigkeitsbereiche/Pflegehandlungskategorien dargestellt, die Summenbildungen über das Total ergeben daher nicht 100%.

10 Metaevaluation von Qualitätsberichten nach «Methode Q»²⁷

Mit der Metaevaluation von Qualitätsberichten nach «Methode Q» sollte die Aufmerksamkeit auf die Qualität der Pflege gerichtet werden. Das Ziel der realisierten Studie bestand darin, fokussiert auf die konkrete Pflegepraxis Stärken und Verbesserungspotentiale der Pflege im Kanton Bern zu identifizieren.

Die «**Methode Q**» ist ein akkreditiertes Instrument für die Qualitätsmessung in der Pflege. Sie basiert auf aktuellen theoretischen Grundlagen der Pflege. Die «Methode Q» steht hier nicht als Beurteilungsinstrument der Pflegequalität im Vordergrund, sondern als Methode der qualitativen Datensammlung zum konkreten Inhalt der Pflege, als die sich die Qualitätsberichte auch verstehen lassen. Die «Methode Q» ist so angelegt, dass die Bewertung der Pflegequalität durch Expert/innen der Pflege vorgenommen wird. Die Pflege wird also aus intraprofessioneller Sicht beurteilt. Die Erhebungen fokussieren nicht nur auf die Pflegeleistungen, sondern auch auf den Pflegebedarf der Patienten. Aus der Analyse des Pflegebedarfs lässt sich das Spektrum des notwendigen Wissens und Könnens für gute Pflege ableiten.

Methodisches Vorgehen

Für die Metaanalyse der Qualitätsberichte wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt, welches die Inhalte der Qualitätsberichte im Hinblick auf tatsächliche und potentielle Problemfelder, die explizit oder implizit zur Sprache kommen, analysiert. Das Vorgehen war in folgende Schritte gegliedert:

■ **Auswahl und Aufbereitung des Datenmaterials:** Für die qualitative Metaanalyse standen insgesamt 62 Qualitätsberichte aus 13 Institutionen des Gesundheitswesens im Kanton Bern zur Verfügung. Die Berichte basieren auf Erhebungen, die in den Jahren 1997-2000 von der Firma Concret AG auf Auftragsbasis unter Anwendung der «Methode Q» vorgenommen wurden und beziehen sich jeweils auf einzelne Pflegestationen bzw. -abteilungen. Die Berichte wurden für die computergestützte qualitative Auswertung aufbereitet.

■ **Thematische Ordnung:** Die untersuchten Pflegestationen wurden zunächst hinsichtlich einer Reihe von Kriterien (Spitaltyp, Fachbereich etc.) Stationstypen zugeordnet. Der nächste Schritt diente der Identifikation von Problemfeldern. Die thematische Ordnung des Datenmaterials erfolgte bewusst nicht anhand der 20 Qualitätsindikatoren der «Methode Q», um der Fülle und Differenziertheit der auf die konkrete Pflegepraxis bezogenen Aussagen gerecht zu werden. Durch die Rekonstruktion der Bewertungen in den Qualitätsberichten wurden alle Aussagen entweder als positiv, negativ, neutral oder gemischt/unklar kategorisiert.

■ **Selektion und Verdichtung:** Die anschliessende an verschiedenen Leitfragen orientierte Selektion und Verdichtung des Materials war ein mehrstufiger Prozess, an dem alle Mitglieder des Forschungsteams partizipierten. Um der Fülle der in den Qualitätsberichten gefundenen Problemfelder einen überschaubaren Rahmen und eine nachvollziehbare Struktur zu geben, orientierte sich das Forschungsteam an den 9 Kriterien des EFQM-Modells (European Foundation for Quality Management, 1999). Diese Zuordnung erwies sich als hilfreich, obwohl durch den andersgelagerten Fokus der «Methode Q» nicht alle Kriterien vollumfänglich in den Daten abgedeckt sind. Im ganzen Forschungsprozess, spielte die konsensuelle Validierung im Projektteam eine wichtige Rolle.

²⁷ Hubert Studer, Barbara Dätwyler, Onion Unternehmensberatung; Ruth Schweingruber, Ursula Lädach & Christine Menzi-Kuhn, Concret AG (Baustein 6b). Die folgende Zusammenfassung der Studie wurde aus Teilen des von den Autor/innen verfassten Schlussberichts (Einleitung, methodischer Teil und Fazit zu den einzelnen Kapiteln) durch Kilian Künzi und Marianne Schär Moser als Autor/innen des Syntheseberichts zusammengestellt. Inhalte, Formulierungen und Sprachgebrauch wurden dabei nicht verändert.

■ **Verfassen des Forschungsberichts:** Im Forschungsbericht wurde jedem der neun EFQM-Kriterien ein eigenes Kapitel gewidmet, in welchem die qualitätsrelevanten Aspekte dargestellt und interpretiert werden. Jedes Kapitel beinhaltet auch ein zusammenfassendes Fazit und die Auflistung des Handlungsbedarfs auf fünf Ebenen (Pflegende, Station, Institution, Trägerschaft und Gesetzgeber).

Anmerkung zur Einordnung der Resultate: Die Resultate dieser Studie basieren auf Datenmaterial, das selektiv auf Auftragsbasis gewonnen wurde und deshalb in seinem Profil nicht den quantitativen Anteilen der verschiedenen Stationstypen im Kanton Bern entspricht. Stationen der Langzeitpflege sind in dieser Auswahl stark untervertreten. Die Frage, wie häufig die in dieser Studie identifizierten Problemfelder vorkommen und wie sie sich auf die einzelnen Stationstypen verteilen, ist sekundär. Das primäre Anliegen war eine Auslegeordnung qualitätsrelevanter Aspekte der Pflegepraxis. Die Überlegungen zum Handlungsbedarf sind als Anhaltspunkte zu betrachten, die einer gründlichen Diskussion bedürfen.

Ergebnisse

Aus **globaler Perspektive** betrachtet, zeichnet diese Untersuchung ein positives Bild: Die Pflegequalität im Kanton Bern ist, soweit sich das anhand der untersuchten 62 Qualitätsberichte nach «Methode Q» beurteilen lässt, gut. Die Pflegenden stellen gesamthaft eine fachlich und ethisch kompetente und engagierte Berufsgruppe dar. Dennoch gibt es in der Pflegepraxis und bei ihren Rahmenbedingungen Schwächen und somit auch Handlungsbedarf.

Kriterium 1; Führung: Aufgrund den der Messmethode Q zugrundeliegenden Theorien und des gewählten Fokus der Erhebungen werden in den Qualitätsberichten Aussagen zu Führung und Organisation nur dann gemacht, wenn ein Zusammenhang zur Pflegequalität offensichtlich ist. Strukturelle Vorgaben wie Leitlinien, Ziele, Standards werden zwar als hilfreich und fördernd empfunden, aber kaum je als aktiv gestaltbar wahrgenommen. Die Rolle und Aufgaben der Führungskräfte bei der Entwicklung und Umsetzung von Mission und Vision wird in der Pflege wenig reflektiert. Im Mittelpunkt steht das Kollektive und Partnerschaftliche, gewünscht werden flache Hierarchien, Teamentwicklung und der Aufbau einer Teamkultur. Es sind keine allgemeinen Aussagen darüber möglich, ob Probleme im Führungsbereich bestehen und inwiefern sie sich negativ auf die Pflegequalität auswirken.

Kriterium 2; Politik und Strategie : Die Politik und Strategie der Gesamtorganisation hat einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Pflegequalität. Fehlende Leitbilder können zu einer uneinheitlichen Pflegepraxis und zu divergierenden Anspruchsniveaus innerhalb einer Station führen und die Patienten verunsichern. Fehlende Richtlinien und Pflegestandards gefährden die Sicherheit und Qualität der Pflege und erschweren auch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Deshalb sollten bei ihrer Entwicklung die verschiedenen Berufsgruppen und Funktionsträger partizipieren. Zielkonflikte zwischen Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Pflege (vgl. Kriterium 8: Gesellschaftsbezogene Ergebnisse) und einer ganzheitlichen Pflege können mit der Formulierung von Leitbildern, Richtlinien und Pflegestandards geklärt und behoben werden. Auf diese Dokumente können sich die Pflegenden gegebenenfalls berufen, wenn sie die Qualität ihrer Arbeit durch einschneidende Sparmassnahmen bedroht sehen. Widersprüche zwischen den gegebenen Rahmenbedingungen und Organisationsformen auf der einen und Pflegeansprüchen auf der anderen Seite wirken sich ebenfalls negativ auf die Pflegequalität aus. Leitbilder und Richtlinien sollten in allen Institutionen des Gesundheitswesens vorhanden sein, umgesetzt werden und ihre Einhaltung sollte systematisch überprüft werden. Eine «unité de doctrine» ist eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Kriterium 3; Pflegende: Die Perspektive, aus der Pflegende und Ärzte den Patienten betrachten, ist unterschiedlich. Pflegende legen ihren Fokus auf die Reaktionen des Patienten, auf ein Gesundheitsproblem und seine Bewältigung. Sie haben sich in ihrer Ausbildung eine ganzheitliche Betrachtungsweise zu eigen gemacht, die zwingend ist für die heilende Wirkung der Pflege. Im Pflegealltag ist aber vor allem das medizinische Wissen erkennbar, die Pflegenden selber sind in erster Linie auf die Anforderungen im medizinisch-technischen Bereich fokussiert und folgen so der Perspektive der Ärzteschaft. Pflege-theorien und -modelle, die Grundlagen einer professionellen Pflege, sind entweder nicht bekannt oder kommen nicht oder kaum zum Ausdruck - was gerade für das Erkennen von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Elementen und Aspekten der Patientensituation sehr wichtig wäre. Die Anforderungen an die Pflege und die institutionellen Rahmenbedingungen unterliegen einer grossen Dynamik. Die Zunahme an Komplexität führt zu einer erhöhten Pflegeintensität, erfordert von den Pflegenden eine rasche Auffassungsgabe, Steigerung der Belastbarkeit und ein ständiges Aktualisieren theoretischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten. Die Berufserfahrung spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Für Pflegende mit wenig Berufserfahrung ist es schwieriger, die steigenden Anforderungen zu bewältigen. Darauf ist bei der Teamzusammensetzung zu achten.

Kriterium 4; Partnerschaften und Ressourcen: Das Pflorgeteam ist die Schnittstelle aller patientenbezogenen Dienste. Die Pflegenden übernehmen in der Regel die Verantwortung für die Koordination der interprofessionellen Zusammenarbeit, ohne dass dies explizit zu ihrem Auftrag gehört. Die teaminterne und klinikinterne Zusammenarbeit funktioniert recht gut, obwohl sie kaum aktiv gestaltet und strukturell geregelt ist. Die Zusammenarbeit zwischen Pflgeteams und die Zusammenarbeit mit externen Diensten ist kaum thematisiert. Das kann an der «Methode Q» selbst liegen, indem die Qualitätserhebung in der Station selbst stattfindet und die Schnittstellen in der Beobachtung wenig in Erscheinung treten. Ein anderer Grund besteht darin, dass die Zusammenarbeit in der Pflegedokumentation unzureichend dokumentiert ist. Ebenso die Zusammenarbeit mit Angehörigen. Art und Umfang sind abhängig vom individuellen Engagement der Betroffenen (Pflegende/Angehörige), denn sie ist kaum formalisiert und systematisch in den Pflegealltag integriert. Voraussetzung für alle Formen der Zusammenarbeit ist eine korrekte, vollständige und nachvollziehbare Pflegedokumentation. Sie dient in erster Linie der Aufzeichnung des Pflegeprozesses, aber auch zur Orientierung für andere Dienste. Die Pflegedokumentation kann auch ein Leistungsnachweis guter und wirkungsvoller Arbeit der Pflegenden sein. Die Pflegedokumentation ist eine Schwachstelle der Pflege. Diese Einschätzung betrifft sämtliche Pflegeeinheiten, ungeachtet der Disziplinen, Grösse und Institutionszugehörigkeit. Der Handlungsbedarf ist denn hier vordringlich. Bei den räumlichen Gegebenheiten ist auffallend, dass Pflegende diese als gegeben hinnehmen und im beruflichen Alltag Wege suchen, sich mit oftmals ungünstigen räumlichen Verhältnisse zu arrangieren, was viel Zeit und Energie braucht, die anderswo, bei der Betreuung der Patienten, sinnvoller eingesetzt werden könnten.

Kriterium 5; Prozesse: In den Prozessen widerspiegelt sich das pflegerische Tun, die konkrete Arbeit im Pflegealltag. Die vorgeschlagenen Qualitätsverbesserungsmassnahmen beziehen sich in erster Linie auf die Dokumentation und Optimierung von Prozessen. Die Patienten sollten nach fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten gepflegt werden, wobei den Bedürfnissen der Patienten selbst und dem interdisziplinären Kontext Rechnung zu tragen ist. Diese Anliegen stellen komplexe Anforderungen an die Pflegenden dar, denen sie in den meisten Fällen gerecht werden. Eine in der täglichen Praxis beobachtete Stärke der Pflegenden ist das Eingehen auf Patienten und ihre Bedürfnisse. Die Pflegenden geben der systematischen Datenerfassung allgemein zu wenig Gewicht. Sie holen sich die Informationen bei Bedarf

direkt beim Patienten. Da kommt zwar eine weitere Stärke, die Kommunikation, zum Ausdruck, gleichzeitig aber auch eine Schwäche (Dokumentation). Die Pflegenden bestätigen das Bild von «Macherinnen und Machern», die altbewährte Methode «ins Zimmer gehen – schauen – loslassen» ist noch stark verankert. Die Kombination mit professionellen Instrumenten ist noch mangelhaft. Die Pflegehandlungen werden in der Regel fachgerecht verrichtet. Der Pflegeprozess wird jedoch lückenhaft dokumentiert. Drei Gründe sind ersichtlich: Erstens wird das den Pflegenden zur Verfügung stehende Instrumentarium nicht oder nicht systematisch genutzt, d.h. Pflegenden führen Handlungen aus, zu denen sie entweder nicht genügend Informationen holen bei den Patienten, oder sie schreiben den Erfolg und die Wirkungen ihrer pflegerischen Tätigkeiten nicht nieder. Zweitens sind historisch gewachsene Gewohnheiten in der Krankenpflege den heutigen Verhältnissen zu wenig angepasst. Die Patienten werden erst ansatzweise als mündige Partner wahrgenommen und in die Pflegeplanung einbezogen, zum Beispiel im Rahmen neuerer Rapportformen (Übergaberapport am Krankenbett). Drittens sind bei der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedene Probleme noch nicht gelöst. Beispielsweise fehlt eine gemeinsame Informationsbasis, der Zugang zu patientenbezogenen Informationen ist ungeklärt und es existieren keine klaren und einheitlichen patientenbezogenen Zielsetzungen. Solche Mängel müssen durch die Pflegenden selbst, aber auch interdisziplinär und auf allen hierarchischen Ebenen identifiziert und behoben werden.

Kriterium 6; Patientenbezogene Ergebnisse: Die patientenbezogenen Ergebnisse werden in den Qualitätsberichten mehrheitlich positiv beurteilt. Die Patienten können als Laien zwar die Fachkompetenz der Pflegenden nicht beurteilen, scheinen ihr aber zu vertrauen. Neben den überwiegend fachlich korrekten und sorgfältig durchgeführten Pflegehandlungen tragen zu diesem guten Ergebnis auch die gute Beziehung zu den Pflegenden bei, deren Bemühungen, ihrem Berufsethos bezüglich Autonomie und Würde der Patienten stets Rechnung zu tragen. In welchem Masse sich die räumliche und technische Infrastruktur, sowie stationsübergreifende Angebote und Dienstleistungen der Institution auf die patientenbezogenen Ergebnisse auswirken, kann anhand der Qualitätsberichte nicht schlüssig beurteilt werden, da dazu nur wenige Aussagen vorliegen. Das Anspruchsniveau der Patienten wird sich in Bezug auf die Pflege selbst und ihre infrastrukturellen Rahmenbedingungen erhöhen. Die Erwartungen werden wachsen bezüglich der Fachkompetenz der Pflegenden, denn die Patienten sind dank umfassender medialer Vermittlung medizinischer Themen besser informiert. Sie werden in Zukunft einen höheren Raumbedarf geltend machen und mehr Privatsphäre fordern. Hinzu kommen Erwartungen bezüglich Wahlmöglichkeiten, Freizeitangeboten und dergleichen mehr. Gleichzeitig wird der Pflegebedarf auch quantitativ zunehmen (demografische Entwicklung). Es muss also davor gewarnt werden, die gegenwärtig guten Ergebnisse in die Zukunft zu projizieren. Allein das Erreichte zu bewahren, wird für alle Beteiligten keine geringe Aufgabe sein.

Kriterium 7; Pflegendenbezogene Ergebnisse: Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Belastung, Motivation, Arbeitsklima und Teamkultur. Einerseits ist immer wieder von hoher Belastung der Pflegenden die Rede und andererseits aber auch von einem guten Arbeitsklima und von engagierter und motivierter Arbeit im Pflegealltag. Man könnte hier einen Widerspruch vermuten, der sich bei genauerem Hinsehen allerdings auflöst. Abgesehen davon, dass eine laufende Pflegequalitätserhebung die Pflegenden dazu ermuntern könnte, positive Eigenschaften ihrer kollektiven Arbeit in den Vordergrund zu stellen und sich gleichzeitig dem Kanon der Pflegeprofession anzuschließen, dass trotz Unterbezahlung und wachsender Überlastung noch allorts engagierte Pflegearbeit geleistet wird, und dass die Einschätzung der Belastung auf Aussagen der Pflegenden, die Einschätzung von Motivation und Klima hingegen auf Einschätzungen der Beobachterinnen beruht, gibt es auch noch einen anderen Erklärungsansatz. Gut funktionierende

Teamarbeit in einem guten Klima, eine flexible, situationsgeleitete Arbeitsorganisation kann Belastungsspitzen brechen helfen. Und die Erfahrung, dass schwierige Situationen gemeinsam erfolgreich bewältigt werden können, ist dem Teamgeist und dem Gefühl der Zugehörigkeit der Pflegenden durchaus förderlich. Erst wenn überhöhte Belastung zu einem Dauerzustand wird, ist dieses Puffersystem gefährdet.

Kriterium 8; Gesellschaftsbezogene Ergebnisse: Es gibt keinen öffentlichen Konsens über das angestrebte Niveau der Pflegequalität. Die Personalsituation wird allgemein nicht als prekär angesehen, so lange die medizinische Grundversorgung gewährleistet ist. Welche Pflege den Patienten über die medizinisch indizierte Grundversorgung hinaus zukommen soll, ist eine Frage des Berufsethos und der Berufskennntnisse, die innerhalb der Pflegeprofession tradiert werden. Pflegende haben hohe Qualitätsansprüche. Schon in der Ausbildung wird den Lernenden ein Pflegeverständnis mit hohen Qualitätsansprüchen vermittelt. Es ist nicht klar, bis zu welchem Grad die ethische Grundhaltung der Pflegeprofession und das Fachwissen von den Entscheidungsträgern in der Politik und in den Institutionen anerkannt und unterstützt wird. Pflgeteams brauchen adäquate Rahmenbedingungen und ausreichende personelle Ressourcen, um eine angemessene Pflegequalität gewährleisten zu können. Die Pflegenden bringen zum Ausdruck, dass es auf verschiedenen Ebenen an personellen Ressourcen mangelt, den sie kollektiv auffangen, solange es geht, bevor er auch für die Patienten negative Konsequenzen hat. Die individuelle Belastung nimmt zu und die Arbeitsmotivation sinkt. Nicht zuletzt zum Schaden des Berufsbildes, der sich in zunehmenden Rekrutierungsproblemen manifestiert.

Kriterium 9; Schlüsselergebnisse: In Abgrenzung zum Kriterium 6: Patientenbezogene Ergebnisse und der damit verbundenen Perspektive der Leistungsempfänger, stellen die den Schlüsselergebnissen zugeordneten Themenbereiche klare Vorgaben und Ziele der Pflege dar. So ist die Wiedereingliederung der Patienten eine unbestrittene Zielsetzung der Behandlung, sowie die Leistungserfassung eine unbestrittene Vorgabe. Trotzdem zeigen sich bei diesem Kriterium gewisse Mängel in der Pflege: Wiedereingliederung und Selbständigkeit werden relativ einseitig somatisch interpretiert, bei den Kriterien Schmerzfreiheit und Sicherheit wird die Wirkung der Massnahmen zu wenig systematisch überprüft und bei den Themenbereichen Schmerzfreiheit und Leistungserfassung werden vorhandene Instrumente noch nicht optimal eingesetzt. Die patientenbezogenen Ergebnisse enthalten «weichere» Indikatoren der Pflegequalität wie Zufriedenheit der Patienten mit der Pflege, Befindlichkeit und ähnliches mehr. In diesem Bereich treten die Pflegenden mit einer starken Sozialkompetenz in Erscheinung – die Patienten werden als individuelle Persönlichkeiten wahr und ernst genommen und entsprechend gut betreut.

Wenn die Ergebnisse der Kriterien 6 und 9 vor dem Hintergrund der fünf Funktionen der Pflege²⁸ sozusagen als Gesamtergebnis der Pflege in einer Institution betrachtet werden, dann kann gesagt werden, dass die Funktionen 1-3 im allgemeinen gut bis sehr gut erfüllt werden. Hier sind die hohe Fachkompetenz v.a. im somatischen und eine hohe Sozialkompetenz im psychosozialen Bereich gemeint. Die Funktionen 4-5 werden weniger gut, weniger konstant und weniger systematisch erfüllt: auf der einen Seite sind es dieje-

²⁸ Das Gesamtangebot der Pflege in der Schweiz wird heute in fünf sich gegenseitig ergänzenden Funktionen der Gesundheits- und Krankenpflege zusammengefasst (Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK), (1992):

- Funktion 1: Unterstützung in und stellvertretende Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens.
- Funktion 2: Begleitung in Krisensituationen und während des Sterbens.
- Funktion 3: Mitwirkung bei präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen.
- Funktion 4: Mitwirkung an Aktionen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen einerseits sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit andererseits. Beteiligung an Eingliederungs- und Wiedereingliederungsprogrammen.
- Funktion 5: Mitwirkung bei der Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Pflege und bei der Entwicklung des Berufes. Mitarbeit an Forschungsprojekten im Gesundheitswesen.

nigen Bereiche der Pflege, die einer schlechter werdenden Ressourcenlage als erste zum Opfer fallen, auf der anderen Seite beharren die Pflegenden teilweise auch zu wenig nachdrücklich darauf.

Abschliessendes Fazit

Die Qualitätsberichte zeigen, dass die Patientinnen und Patienten überwiegend gute Pflege erhalten haben. Dieses Resultat deckt allerdings nicht den gesamten Bereich der qualitätsrelevanten Aspekte der Pflege ab. Vielmehr zeigen sich in der Studie zwei Tendenzen: Erstens arbeiten die Pflegenden zu einem grossen Teil nach wie vor nach einem relativ individuellen oder gar individualistischen Berufsverständnis und entsprechenden Qualitätsvorstellungen, die in der Regel auf einem hohen Niveau angesiedelt sind. Das bedeutet, dass für die meisten Pflegenden die direkte Betreuung der Patientinnen und Patienten erste Priorität hat und dass sie damit teilweise vorhandene Strukturdefizite kompensieren. Zweitens kann anhand mehrerer Kriterien ein Problemkomplex identifiziert werden, wonach die Pflegenden in den Institutionen in einem Spannungsfeld von inadäquaten Rahmenbedingungen (personelle Ressourcen, Organisationsstrukturen, Unternehmensphilosophie etc.) und dem beruflichen Anspruchsniveau («gute Pflegepraxis») arbeiten. Auf Seite der Pflegenden werden die Folgen dieses «Dauersparges» unter Aspekten wie Motivation, Belastung und Arbeitsklima thematisiert und mit Blick auf die Zukunft problematisiert. Inhaltlich ist eine Tendenz zur Vernachlässigung spezifischer Aufgaben (z.B. Pflegedokumentation oder nicht lebensnotwendige Aufgaben wie die Austrittsplanung) festzustellen. Auf Seite der Rahmenbedingungen zeigen die Resultate Defizite auf, welche der Pflegequalität abträglich sind: z. B. inkongruente oder nicht praktikable Leitbilder, unklare Pflegeaufträge, ungenügende personelle Ausstattung im Verhältnis zur steigenden Komplexität der Pflegesituationen, mangelhafte Rollen- und Aufgabendefinitionen für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Wenn das gute Resultat bei der patientenbezogenen Ergebnisqualität aufrecht erhalten werden soll, muss das Qualitätsniveau «gute Pflegepraxis» mit den Rahmenbedingungen und den Organisationsformen in Einklang sein oder in Einklang gebracht werden, wo dies nicht der Fall ist. Die Studie zeigt, dass Handlungsbedarf besteht und zwar auf allen Ebenen: Pflege (v.a. im Bereich der Struktur- und Prozessergebnisse), Station, Institution, Trägerschaft, Gesetzgeber.

Teil III: Beantwortung der Fragestellungen

Im folgenden dritten Teil dieses Syntheseberichts stehen die acht Fragestellungen, welche die Untersuchung insgesamt leiteten, im Blickfeld. Die konkreten Fragen, welche den Inhalt des jeweiligen Fragebereichs abdecken, sollen nun zusammenfassend vor dem Hintergrund der Gesamtheit aller erhobenen Daten beantwortet werden. Ziel ist es, die Orientierung in der riesigen Datenfülle zu erleichtern und eine auf konkrete Themenkreise bezogene Synthese zu ermöglichen. Bei den Resultaten ist jeweils ersichtlich, aus welchem Untersuchungsteil sie stammen; detaillierte Querverweise auf die entsprechenden Schlussberichte erfolgen aus Gründen der Übersichtlichkeit jedoch nicht. Bei der Darstellung wird eine Metaperspektive eingenommen, aus welcher die für die entsprechende Frage relevantesten Aspekte betrachtet werden. Auf Differenzierungen wird verzichtet – die detaillierten Resultate aller Bausteine sind in den entsprechenden Einzelberichten zu finden.

11 Personalsituation

Wie viele Pflegestellen gibt es im Kanton Bern? Wie viele Personen sind in der Pflege tätig? In welchen Funktionen? In welchen Institutionen?

Laut den Daten aus der Erhebung der Stellen und Löhne verteilen sich in der Pflege im Kanton Bern 17'376 Personen auf 11'315 Vollzeitstellen (besetzte Stellen, Stand Januar 2001) in rund 407 Institutionen mit Pflegepersonal. Von den insgesamt 11'315 Vollzeitstellen fallen jeweils 43 Prozent auf den Akut- und den Langzeitbereich, 6 Prozent auf die psychiatrischen Kliniken und 9 Prozent auf die ambulante Pflege. Wird die Anzahl Personen als Basis genommen, zeigt sich, dass im Langzeitbereich mehr Pflegende arbeiten als im Akutbereich (43% gegenüber 39%). 5 Prozent der Pflegeangestellten sind in psychiatrischen Kliniken und 13 Prozent in der ambulanten Pflege tätig.

Im Akutbereich sind gut 7 Prozent der Stellen mit Pflegemanagement, 72 Prozent mit diplomiertem Personal und 21 Prozent mit Hilfspersonal besetzt. Im Langzeitbereich fallen ebenfalls 7 Prozent der Pflegestellen auf das Pflegemanagement; der Anteil an Stellen für pflegerisches Hilfspersonal (58%) ist jedoch grösser als der Anteil an Stellen für diplomiertes Personal (36%). In den psychiatrischen Kliniken ist der Anteil von Pflegestellen im Pflegemanagement mit 12 Prozent am grössten: Der Anteil an Stellen für diplomiertes Pflegepersonal beträgt 72 Prozent, derjenige an Stellen für Hilfspersonal 16 Prozent. Die Pflegestellen der ambulanten Pflege verteilen sich auf 5 Prozent Pflegemanagement, 57 Prozent für diplomierte Pflegende und 38 Prozent für Pflegende in Hilfsfunktionen.

Differenziert nach Institutionen lassen sich folgende Vollzeitstellenzahlen (besetzte Stellen) festhalten: Inselspital: 1'617 (14.3%), Regionalspitäler 1'529 (13.5%), Bezirksspitäler 616 (5.4%), Privatspitäler 883 (7.4%), Spezialkliniken 262 (2.3%), psychiatrische Kliniken 675 (5.4%), Krankenhäuser 991 (7.4%), C-Stationen von Regional- und Bezirksspitälern 369 (3.3%), Dezentrale Pflegestationen 39 (0.3%), Regionale Pflegeheime (Grossheime) 668 (5.9%), Lokale Alters- und Pflegeheime 2'617 (23.1%), Behindertenheime 131 (1.2%), Spitex-Einrichtungen 926 (8.2%), Mütter- und Väterberatungsstellen 37 (0.3%).

Wie hat sich der Pflegepersonalbestand im Kanton Bern entwickelt? Entspricht diese Entwicklung dem schweizerischen Mittel?

Die Analyse der Routinestatistiken zeigt, dass in den öffentlichen Spitälern und Krankenheimen des Kantons Bern in den 1990er Jahren überall ausser im Inselspital Pflegestellen abgebaut wurden. Die Zahl der Stellen hat sich hier von 1992 bis 1998 um insgesamt 7 Prozent verringert. Einerseits fand in den 1990er Jahren ein starker Stellenabbau beim Hilfs- und Assistenzpersonal statt, andererseits gab es eine Verlagerung von allgemein ausgebildetem Personal (AKP, PKP etc.) hin zu spezialisiertem Personal (IPS, OPS etc.). Im Spitex-Bereich zeigt die Entwicklung der Stellenzahlen für Pflege und Hilfe zwischen 1997 und 1999 keinen eindeutigen Trend, frühere Daten sind nicht verfügbar. Wie sich die absolute Zahl der Stellen in den Alters- und Pflegeheimen, Regionalheimen und den übrigen (dem Fürsorgegesetz unterstellten) Krankenheimen entwickelt hat, lässt sich anhand der vorhandenen Routinestatistiken nicht beantworten.

Im stationären Bereich lässt die Datenlage für die 1990er Jahre keinen direkten Vergleich der Entwicklung der Stellenzahlen im Kanton Bern mit der übrigen Schweiz zu. Die Entwicklung der Quotienten «Pflegepersonal pro effektiv belegte Betten» und «Pflegepersonal pro Patient/in» deuten aber darauf hin, dass die Situation im Kanton Bern mit derjenigen in der gesamten Schweiz vergleichbar ist. Im Spitex-Bereich entspricht die Entwicklung im Kanton Bern ebenfalls weitgehend dem schweizerischen Durchschnitt.

Wie präsentiert sich das Verhältnis der Pflegestellen zu anderen Berufen im medizinischen Bereich? Wie hat sich dieses Verhältnis entwickelt?

In der Erhebung für den interkantonalen Lohnvergleich²⁹ wurde für den Bereich der Akutspitäler auch das medizinisch-technische und medizinisch-therapeutische Personal (MTT) erfasst. Aus den dort gewonnenen Daten lassen sich folgende Verhältnisse in Bezug auf die Pflege- und MTT-Berufe ableiten: Pflegepersonal 83 Prozent, medizinisch-technisches Personal 13 Prozent, medizinisch-therapeutisches Personal 5 Prozent.

Die Analyse der Routinestatistiken zeigt, dass in den öffentlichen Spitälern und Krankenheimen die Zahl der Pflegestellen von 1986 bis 1991 zunächst zugenommen, seither aber deutlich abgenommen hat. 1998 waren noch zirka 8 Prozent mehr Pflegestellen vorhanden als 1986. Im Vergleich dazu hat im Akutbereich die Zahl der Stellen von Ärzt/innen von 1986 bis 1998 um 30 Prozent zugenommen, bei den medizinisch-therapeutischen Berufen um 20 Prozent. Bei den medizinisch-technischen Berufen war Ende der 80er Jahre ein leichter Stellenzuwachs zu verzeichnen, seither haben sich die Stellenzahlen auf einem etwa um 5 Prozent über den Zahlen von 1986 liegenden Niveau stabilisiert.

Im Spitex-Bereich hat sowohl im Kanton Bern wie in der gesamten Schweiz die Gesamtzahl der Stellen von 1997 bis 1999 leicht zugenommen. Der Stellenzuwachs ist auf die Bereiche Leitung und Administration zurückzuführen, während die Stellenzahlen für Pflege und Hilfe (bzw. Hauswirtschaft) leicht abgenommen haben.

Wie gross ist im Kanton Bern die Anzahl offener Pflegestellen, die nicht besetzt werden können? In welchen Funktionen können die Stellen nicht besetzt werden?

Gemäss den Daten, die aus der Erhebung der Stellen und Löhne hervorgingen (Stand Januar 2001), ist in praktisch allen Institutionstypen und Pflegebereichen ein Stellenbesetzungsbedarf an diplomiertem Personal auszumachen. Am gravierendsten ist dieser Bedarf im Akutbereich der öffentlichen Institutionen. Das

²⁹ Kantone AG, SO, FR, NE, LU, VD und ZH

Universitätsspital ausgenommen, konnten zum Erhebungszeitpunkt 135 bewilligte Vollzeitstellen für diplomierte Pflegende nicht besetzt werden. Dabei werden insbesondere diplomierte Pflegende mit Leitungsfunktionen und/oder Spezialisierungen oder besonderen Funktionen gesucht. Beim Hilfspersonal zeigt sich hingegen eine Stellenüberbesetzung. Auch im öffentlichen Langzeitbereich und in der ambulanten Pflege ist beim diplomierten Pflegepersonal eine Stellenunterbesetzung (81 bzw. 30 Stellen) auszumachen; beim Hilfspersonal hingegen besteht eine Stellenüberbesetzung. Im Akutbereich besteht auch bei den privaten Institutionen ein Stellenbesetzungsbedarf beim diplomierten Personal (36 Stellen). Im privaten Langzeitbereich dagegen ist der zusätzliche Bedarf vergleichsweise gering (6 Stellen). Differenziert nach Pflegefunktionen ergibt sich im Bereich der öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Institutionen folgende Stellenunter- bzw. Stellenüberbesetzung: Leitung: -58 Stellen, dipl. mit Spezialisierung/Zusatzausbildung: -195, dipl. DN II/AKP etc.: -3, dipl. DN I/FA SRK: -23, Andere dipl.: +4, dipl. Betagtenbetreuung/Hauspflege: -18, Pflegeassistentz/-hilfe SRK: -137, Hilfspersonal ohne Ausbildung in Pflege: +248. Es ist anzunehmen, dass in Bereichen, wo eine Delegation der Aufgaben möglich ist, Substitutionen stattfinden (z.B. Substitution von Pflegeassistentz/-hilfe SRK durch Hilfspersonal ohne Ausbildung).

Die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen gaben in der schriftlichen Befragung Auskunft darüber, welche Pflegepersonalkategorien ihnen bei der Rekrutierung die meisten Probleme bereiten. Im Akutbereich sind dies die dipl. Krankenschwestern/-pfleger DN II, aber auch dipl. Krankenschwestern/-pfleger mit Zusatzausbildung. Im Langzeitbereich stehen dipl. Krankenschwestern/-pfleger DN I oder FA SRK an der Spitze, DN II-Schwestern bzw. -Pfleger folgen an zweiter Stelle. Bei der Spitex stellt die Suche nach Dipl. Krankenschwestern/-pflegern DN II wieder das grösste Problem dar. Daneben sind hier auch Hauspfleger/innen schwer zu finden. Diese Einschätzungen decken sich damit weitgehend mit den aus der Stellen- und Lohnerhebung gewonnenen Daten.

Wie schätzen die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen sowie die Pflegenden selber die Personalsituation in ihrer Institution ein?

Um eine allgemeine Einschätzung gebeten, stimmen die Geschäftsleitungen der meisten Betriebe der Aussage tendenziell zu, für ihren Betrieb sei die Arbeitssituation im Pflegebereich nicht das grösste Problem. Am deutlichsten ist die Zustimmung bei den privaten Institutionen im Akutbereich. Am ablehnendsten reagieren öffentliche Grossspitäler des Typs «Insel/Regionalspitäler»: Hier sind die Probleme im Pflegebereich zentral. Dies gilt auch für die öffentlichen Institutionen des Akutbereichs im Allgemeinen. Die Spitexleitungen orten ihre Hauptprobleme generell nicht beim Pflegepersonal. Etwas relativiert wird diese Einschätzung durch die Zustimmung der Geschäftsleitungen fast aller Institutionen, dass zusätzliche Finanzmittel für anderes nicht dringender benötigt würden als für höhere Löhne des Pflegepersonals. Der Institutionstyp «Insel/Regionalspitäler» bildet hier eine Ausnahme, was aufgrund anderer Antworten dahingehend interpretiert werden kann, dass die Grossspitäler in zusätzliche Pflegestellen und nicht in Lohnerhöhungen investieren möchten. Die Stellungnahme der Pflegedienstleitungen zu den gleichen Fragen fällt negativer aus. Allein jene aus privaten Institutionen erachten die Arbeitssituation im Pflegebereich eher nicht als grösstes Problem des Betriebs. Bei keinem Institutionstyp gehen die Geschäfts- oder Pflegedienstleitungen davon aus, die Krise sei rein konjunktureller Art.

Auf die Frage, welches Problem im Pflegebereich allerhöchste Priorität hat, gibt es in der Befragung der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen zwar markante Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionstypen sowie zwischen öffentlichen und privaten Betrieben. Zusammenfassend lässt sich aber feststellen, dass die Geschäftsleitungen tendenziell dem zu knappen Personalbestand aufgrund des Spardrucks höhe-

re Priorität einräumen als dem Personalmangel. Beide Probleme sind aus ihrer Sicht dringlicher als die an dritter Stelle folgende Lohnfrage. Die Pflegedienstleitungen legen den Hauptakzent noch klarer auf den knappen Personalbestand aufgrund des Spardrucks. Der Massnahmenbereich «mehr/genügend Personal», steht folgerichtig für die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen der öffentlichen Institutionen im Akut- und Langzeitbereich bei der Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich an erster Stelle.

Für die grosse Mehrheit der Pflegenden ist die Personalsituation in ihrer eigenen Institution problematisch. Sie sind der Ansicht, dass bei ihnen zu wenig Personal zur Verfügung steht, um die anfallenden Aufgaben zu erledigen. Auf die analoge Frage geben die meisten Geschäftsleitungen eine gegenteilige Antwort. Allein jene aus öffentlichen Institutionen im Akutbereich bestätigen die Meinung der Pflegenden, dass der Pflegepersonalbestand nicht ausreicht. Dem stimmen die entsprechenden Pflegedienstleitungen zu. Doch auch Pflegedienstleitungen aus Institutionen des Langzeitbereichs klagen mehrheitlich über zu wenig Pflegepersonal. Nur jene aus privaten Institutionen sehen beim Personalbestand eher kein Problem.

Der Personalmangel und daraus resultierende Phänomene wie Zeitdruck, «Gehetze», lange Arbeitszeiten oder Abstriche bei der Qualität der eigenen Arbeit erweisen sich in beiden Befragungen der Pflegenden als starke Belastungen. In der schriftlichen Befragung sind die Belastungsquellen «Personalmangel in der Pflege» und «Zeitdruck» unter allen pflegespezifischen Belastungen die grössten. Hier zeigt sich bei den analogen Fragen an die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen eine ähnliche Einschätzung. Als stärkste aller Arbeitsbelastungen resultiert auch da Zeitdruck. Personalmangel erreicht ebenfalls hohe Werte, allerdings nur bei den öffentlichen Institutionen.

Die Mischung der verschiedenen Qualifikationsstufen in der Institution erachtet eine klare Mehrheit der Pflegenden in der mündlichen Befragung als ungünstig und würde sich mehr besser ausgebildetes Personal wünschen. In der schriftlichen Befragung der Pflegenden erweist sich «zuviel ungenügend qualifiziertes Personal» für knapp die Hälfte der Befragten als «mittlere» bis «sehr starke» Belastung. In der Befragung der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen erreicht der Belastungsfaktor «zu tiefer Anteil diplomiertes Pflegepersonal» relativ tiefe Werte. Eine nennenswerte Belastung stellt dieses Problem aus der Sicht der Geschäftsleitungen bei den öffentlichen Institutionen des Akutbereichs dar. Dies bestätigen die Pflegedienstleitungen. Für sie spielt jedoch die Belastung durch einen zu kleinen Anteil Diplomierter auch im Langzeitbereich eine wesentlichere Rolle.

Wie viele (zu besetzende und neu zu schaffende) Pflegestellen würden in den Institutionen benötigt, damit die Pflegenden ihre Arbeit ohne Zusatzstunden gemäss Pflegestandards erledigen könnten?

In der Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks wurde aufgrund der Angaben der Pflegenden zur zusätzlich benötigten Zeit ermittelt, dass es 4.6 Prozent mehr Zeit gebraucht hätte, um die anfallenden Pfllegetätigkeiten während der dokumentierten Arbeitsstunden bewältigen zu können. Hochgerechnet auf die 8'179 in dieser Befragung repräsentierten Pflege-Vollzeitstellen hätte es während des Erhebungszeitraums im Kanton Bern rund 380 zusätzliche Stellen benötigt, um alle Pflegeleistungen in einer nach Meinung der Pflegenden angemessenen Weise zu erbringen. Nicht berücksichtigt sind dabei auf Institutionsebene das Inselspital sowie Kleinstinstitutionen mit weniger als fünf Pflegevollzeitstellen; auf Funktionsebene fehlen das Pflegemanagement sowie dipl. Pflegenden mit Zusatz- und Spezialausbildungen. Der ermittelte Stellenbedarf konzentriert sich auf den Langzeitbereich und betrifft bei den öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Institutionen in erster Linie das diplomierte Personal.

Die Erhebung der Stellen und Löhne hat gezeigt, dass in praktisch allen Institutionstypen und Pflegebereichen ein Stellenbesetzungsbedarf an diplomiertem Personal auszumachen ist (Stand Januar 2001).³⁰ Im Erleben des Zeitdrucks dürfte es für die Pflegenden kaum einen Unterschied machen, ob personelle Engpässe auf fehlende oder nicht besetzte Stellen zurückzuführen sind. Obwohl Stellenbesetzungsbedarf und Bedarf der zusätzlich benötigten Zeit in einem anderen Kontext erhoben wurden, können die Daten bis zu einem gewissen Grad miteinander verrechnet werden. Die so korrigierte Hochrechnung gibt einen Überblick über die Grössenordnung des Stellenbedarfs in den repräsentierten Institutionen und ist im Sinne einer Tendenz zu verstehen.

Könnten sämtliche offenen Stellen besetzt werden, würde dies, wie in Tabelle 9 und Tabelle 10 dargestellt, den auf der Basis der Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit errechneten Stellenbedarf in den betroffenen Institutionstypen/Pflegefunktionen wie folgt korrigieren (Stand Januar 2001):

Tabelle 9: Stellenbedarf (gemäss Angaben zusätzlich benötigte Zeit) unter Berücksichtigung des Stellenbesetzungsbedarfs nach Institutionstypen

	Akutbereich		Psychiatrie		Langzeitbereich		Spitex
	Öfftl. Inst.	Priv. Inst.	Öfftl. Inst.	Priv. Inst.	Öfftl. Inst.	Priv. Inst.	
Zusätzlich benötigte Zeit							
Ermittelte Stellenbilanz	-69	-8	-21	0	-200	-78	-25
Stellenunterbesetzung (-) bzw. Stellenüberbesetzung (+)							
	-14	-21	-1	0	-33	-20	-28
Korrigierte Stellenbilanz	-55	+13	-20	0	-167	-58	+3

Quelle: Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks, Erhebung der Stellen und Löhne der Pflegenden im Kanton Bern.

Tabelle 10: Stellenbedarf (gemäss Angaben zusätzlich benötigte Zeit) unter Berücksichtigung des Stellenbesetzungsbedarfs nach kategorisierter Funktion

	Diplomiertes Personal		Hilfspersonal		Total
	Öfftl. Institutionen	Priv. Institutionen	Öfftl. Institutionen	Priv. Institutionen	
Zusätzlich benötigte Zeit					
Ermittelte Stellenbilanz	-181	-26	-136	-63	-380
Stellenunterbesetzung (-) bzw. Stellenüberbesetzung (+)					
	-174	-25	+98	-17	-118
Korrigierte Stellenbilanz	-7	-1	-234	-46	-288

Quelle: Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks, Erhebung der Stellen und Löhne der Pflegenden im Kanton Bern.

Könnten sämtliche derzeit offenen Stellen besetzt werden, würde dies den auf Basis der Angaben zur zusätzlich benötigten Zeit ermittelten Stellenbedarf in allen Institutionstypen senken. Bei den privaten Akutspitälern und im ambulanten Pflegebereich wäre mit dieser Korrektur gar eine Überbesetzung festzustellen. Auf Funktionsebene würde eine Besetzung der offenen Stellen insbesondere beim diplomierten Pflegepersonal zu einer Entspannung der Situation führen. Aufgrund der Ergebnisse der Stellenerhebung wurden kompensatorische Personaltransfers des Hilfspersonals vermutet, um bestehende Engpässe beim diplomierten Personal aufzufangen. Solche Personaltransfers wiederum dürften sich belastend auf die Situation des Hilfspersonals auswirken, was mit erklären würde, warum das Hilfspersonal trotz faktischer Stellenüberbesetzung angibt, unter Zeitdruck zu leiden und zusätzliche Zeit zu benötigen. Würde die Situ-

³⁰ Der Stellenbesetzungsbedarf wird definiert als negative Differenz zwischen dem aktuellen Stellenbestand und dem Total der Anzahl bewilligter Stellen. Eine Stellenüberbesetzung ergibt sich in diesem Sinne, wenn der effektive Stellenbestand die Anzahl bewilligter Stellen übertrifft.

ation beim diplomierten Personal entschärft, dürfte sich dies – zumindest in den öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Institutionen – entsprechend erleichternd auch auf die Situation des Hilfspersonals auswirken.

12 Stellenwechsel, Berufsausstieg, Absenzen

Wie lange sind die Pflegenden durchschnittlich bereits im Pflegeberuf tätig, wie lange an ihrer aktuellen Stelle?

Gemäss den Daten aus der Erhebung der Stellen und Löhne streut die Berufserfahrung bzw. die Anzahl Praxisjahre der Pflegenden zwischen 0 und 45 Jahren. Das Mittel (Median) liegt bei 10 Jahren. Zwischen den verschiedenen Institutionstypen ergeben sich keine auffallenden Unterschiede. 23 Prozent weisen weniger als 5 Jahre Berufspraxis auf, 24 Prozent 5 bis 9 Jahre, 36 Prozent 10 bis 19 Jahre und 17 Prozent 20 Jahre und mehr. Das Dienstalster bzw. die Dauer der Tätigkeit an der aktuellen Stelle beträgt im Mittel (Median) 4.8 Jahre. Einzelne Pflegenden arbeiteten zum Erhebungszeitpunkt bereits 35 bis 40 Jahre an ihrer gegenwärtigen Stelle. Rund 19 Prozent der Pflegenden sind erst seit einem Jahr oder kürzer an ihrer gegenwärtigen Stelle tätig, die grösste Gruppe (33%) zwischen 2 und 5 Jahren. In den Akutspitälern und insbesondere in den psychiatrischen Kliniken fällt der Anteil an Pflegenden, die bereits 11 und mehr Jahre an ihrer gegenwärtigen Stelle arbeiten, am höchsten aus (27 bzw. 30%). Pflegenden in Leitungsfunktionen arbeiten im Mittel am längsten an ihrer gegenwärtigen Stelle (7.8 Jahre). Das nach Funktionen tiefste mittlere Dienstalster weist das diplomierte Pflegepersonal auf (insbes. DN II/AKP etc. und DN I/FA SRK mit je 3.8 Jahren).

In der Untersuchungsstichprobe der schriftlichen Befragung der Pflegenden weisen die Befragten eine Berufserfahrung zwischen 0 und 44 Jahren auf, im Mittel (Median) 11 Jahre. An ihrer aktuellen Stelle arbeiten die Befragten bis zu 35 Jahren, im Mittel (Median) beträgt das Dienstalster 5 Jahre. Bezüglich Berufserfahrung und Stellendauer entsprechen damit die in der schriftlichen Befragung erfassten Pflegenden gut der Grundgesamtheit der Pflegenden im Kanton Bern.

Wie hoch sind die Fluktuationsraten in der Pflege im Kanton Bern? Wie haben sie sich in den letzten Jahren entwickelt?

Die über die Befragung der Geschäftsleitungen ermittelten Fluktuationstrends weisen eine erstaunliche Einheitlichkeit auf: Die Fluktuationsraten sinken zwischen 1996 und 1997 und steigen danach wieder an. Diese Bewegung entspricht einem allgemeinen Trend, der sich weitgehend auf die Konjunkturlage zurückführen lässt. Die Fluktuationsraten liegen im Jahr 2000 zwischen 17 Prozent (Spitex) und 22 Prozent (öffentliche Akutspitäler). Allgemein sind sie im Akutbereich etwas höher als im Langzeitbereich und bei der Spitex am tiefsten. Bei den privaten Institutionen liegt die Fluktuation insgesamt etwas höher als in den öffentlichen. Im Akutbereich hat sich diese Tendenz allerdings nach 1998 umgekehrt: Die Fluktuation ist in den öffentlichen Spitälern markant angestiegen und liegt heute leicht höher als in den privaten Kliniken. Wird nach einzelnen Institutionstypen unterschieden, zeigt sich, dass die psychiatrischen Kliniken seit 1998 die tiefste Fluktuation beim Pflegepersonal aufweisen (15%). Am höchsten liegt sie beim Institutionstyp «andere Akutspitäler und Spezialkliniken» sowie bei den Kranken- und regionalen Pflegeheimen (je 22%), doch auch in den grossen Spitälern des Typs «Insel/Regionalspital» zeigt sich eine starke Auf-

wärtsbewegung (19%). Verglichen mit den Fluktuationsraten in der Berner Kantonsverwaltung (12%) ist das Fluktuationsniveau im Pflegebereich hoch. Dies war jedoch schon zu Beginn der Beobachtungsperiode im Jahr 1996 so. Die Entwicklung der Fluktuation beim Pflegepersonal verläuft mehr oder weniger parallel zu jener der Kantonsverwaltung, wobei sich bei den öffentlichen Spitälern seit 1997 ein vergleichsweise stärkerer Anstieg abzeichnet.

Wie beurteilen die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen die Fluktuationsraten in ihrer Institution?

Die grosse Mehrheit der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen zeichnet ein differenziertes Bild. Die Fluktuation beim leitenden Pflegepersonal und beim wenig qualifizierten Pflegepersonal wird als nicht besonders hoch eingeschätzt. Beim Pflegepersonal mit Spezialisierungen und dem qualifizierten/diplomierten Pflegepersonal unterscheidet sich der Akutbereich stark von den übrigen: Hier bezeichnen knapp die Hälfte die Fluktuation beim spezialisierten Pflegepersonal als hoch und gar zwei Drittel stellen eine hohe Fluktuation beim diplomierten Personal fest. Im Langzeitbereich und bei der Spitex dagegen sind dies nur rund ein Drittel. Langzeitinstitutionen und Spitex halten umgekehrt die Fluktuation beim wenig qualifizierten Personal sehr viel häufiger (ca. ein Drittel) für besonders hoch als Institutionen aus dem Akutbereich.

Welche Kündigungsgründe geben die Geschäfts- und Pflegedienstleistungen in Bezug auf das Pflegepersonal an? Stellen sie vermehrt Kündigungen wegen Berufsausstiegen fest?

Über alle Institutionstypen hinweg werden private Gründe, die ein weites Spektrum von Familiengründungen und Zügeln bis hin zu Gesundheitsproblemen, Pensionierung und Todesfällen umfassen, von den Geschäfts- und Pflegedienstleitungen am häufigsten als bedeutend gesehen. Als Zweites folgen Stellenwechsel innerhalb der Pflege. Aus der Sicht der Geschäftsleitungen sind dagegen Wechsel auf eine Stelle ausserhalb des Pflegebereichs, also Berufsausstiege, seltener. Dem widersprechen die Pflegedienstleitungen. Vor allem im Akutbereich halten viele von ihnen Berufsausstiege für einen bedeutenden Kündigungsgrund (53%). Gefragt, ob vermehrt Pflegende dem Beruf den Rücken kehren, bestätigen jedoch weder Geschäfts- noch Pflegedienstleitungen eine solche Entwicklung. Nicht selten ist ebenfalls im Akutbereich der letzte «Zugfaktor», Weiterbildung im Pflegebereich, ein Kündigungsgrund.

Unter den «Druckfaktoren» wird die Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals am häufigsten erwähnt. 100 Prozent der öffentlichen Grossspitäler (Insel/Regionalspitäler) sehen diesen Faktor als bedeutenden Kündigungsgrund. Bei den anderen Akutspitälern und Spezialkliniken sind es deutlich weniger, aber immer noch die Hälfte. Im Langzeitbereich erwähnen über die Hälfte der Kranken- und regionalen Pflegeheime das Problem, dies sind prozentual deutlich mehr als unter den lokalen Alters- und Pflegeheimen. Das gleiche Muster zeigt sich leicht abgeschwächt beim Kündigungsgrund «ungenügender Lohn»: Auch diesen Faktor nennen die Grossspitäler am häufigsten (gut 70%), gefolgt von den Kranken- und regionalen Pflegeheimen (gut 50%). «Klassische» Kündigungsgründe wie ein schlechtes Arbeitsklima stehen wesentlich seltener hinter Pflegepersonalabgängen. Weiter fällt auf, dass Geschäfts- und Pflegedienstleitungen öffentlicher Institutionen im Akutbereich alle Druckfaktoren mindestens doppelt so oft als bedeutende Kündigungsgründe erwähnen wie jene der privaten Institutionen im Akutbereich.

Die Pflegedienstleitungen stimmen in ihrer Einschätzung der «Druckfaktoren» mit den Geschäftsleitungen relativ gut überein. Sie betrachten jedoch als weiteren Faktor eine zu starke Flexibilisierung der Arbeitszeit

deutlich häufiger als bedeutenden Kündigungsgrund. Hohe Werte erreichen hier insbesondere Insel/Regionalspitäler (42%) sowie die privaten Institutionen im Akutbereich (38%).

Wie gross ist die Fluktuationsabsicht der Pflegenden?

Die Absicht der Pflegenden, ihre Stelle zu wechseln, ist bei den Pflegenden im Kanton Bern insgesamt recht hoch, dies auch im Vergleich mit anderen Studien für andere Berufsgruppen. In der schriftlichen Befragung geben mehr als zwei Fünftel der Pflegenden an, dass sie sich auf eine attraktive Stelle bewerben würden. Nur drei Fünftel erachten demgegenüber die Wahrscheinlichkeit, dass sie in zwei Jahren immer noch in ihrer Institution arbeiten werden, als «eher» oder «sehr gross». Die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Stellenwechsel innerhalb der Pflege vollziehen würde, ist allerdings ebenfalls relativ hoch. Gut zwei Drittel der Befragten gehen «eher» oder «sehr» davon aus, dass sie in zwei Jahren immer noch im Pflegeberuf tätig sind. Immerhin gut ein Fünftel schätzt die Wahrscheinlichkeit nur als mittel ein und ein Zehntel als eher oder sehr klein.

Stellen die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen in ihrer Institution vermehrt krankheitsbedingte Absenzen fest?

Die Geschäftsleitungen in öffentlichen Institutionen des Akutbereichs stellen vermehrt fest, dass in ihrem Betrieb zunehmend Pflegepersonal krankheitsbedingt fehlt – dies in den kleineren Spitälern noch stärker als in den Grossspitälern (Insel/Regionalspitäler). Die Privatkliniken im Akutbereich dagegen kennen das Problem eher nicht. Innerhalb des Langzeitbereichs stellen die Kranken- und regionalen Pflegeheime zunehmende Krankheitsausfälle beim Pflegepersonal fest, die lokalen Alters- und Pflegeheime eher nicht. Bei der Spitex ist die Krankheitsanfälligkeit ebenfalls nicht gestiegen. Von den Pflegedienstleitungen stellen nur jene aus privaten Institutionen keine Zunahme von krankheitsbedingtem Fehlen fest. Am höchsten ist die Zustimmung hier beim Institutionstyp «Insel/Regionalspitäler».

In welchem Ausmass sind die Pflegenden im Kanton Bern von «Burnout» betroffen?

Das in der Öffentlichkeit immer wieder diskutierte «Burnout-Syndrom» von Pflegenden zeigt sich als durchaus reales Problem, das allerdings nicht gravierende Ausmasse aufweist. Es zeigt sich, dass der Grad von «Burnout» für die Pflegenden im Kanton Bern aufgrund der Vorgaben des verwendeten Instrumentes insgesamt als niedrig bis mittel bezeichnet werden kann. Auch im Vergleich mit anderen Studien befinden sich die Werte der Pflegenden des Kantons Bern ungefähr in der Mitte. Als insgesamt mittel einzustufen sind zwei der drei erhobenen Dimensionen von Burnout, nämlich «emotionale Erschöpfung» und «Reduktion der persönlichen Leistungsfähigkeit». Immerhin jeweils gut ein Fünftel der Pflegenden ist auf diesen beiden Dimensionen als hoch belastet zu bezeichnen. Auf der dritten Dimension von Burnout, der «Depersonalisierung» (z.B. Menschen als unpersönliche Objekte zu behandeln), liegen die Werte der Pflegenden im Kanton Bern insgesamt tief. Rund ein Zwölftel der Befragten ist aber «depersonalisiert».

13 Pflegeintensität/-komplexität, Pflegebedarf

Wie stellt sich aufgrund von strukturellen Indikatoren die Entwicklung des Pflegebedarfs im Kanton Bern dar?

Wie die Auswertung der Routinestatistiken belegt, sind die Patient/innenzahlen im gesamten stationären Bereich in den 1990er Jahren angestiegen, was auf einen zunehmenden Pflegebedarf schliessen lässt. Im Inselspital und in der Psychiatrie hat die Zahl der stationären Patient/innen bis 1998, dem Zeitpunkt der letzten verfügbaren Statistiken, stetig zugenommen. In den Krankenheimen wurde das Maximum ebenfalls 1998 erreicht, wobei in den 1990er Jahren nur noch geringe Zunahmen zu verzeichnen waren. In den Regional- und Bezirksspitalern wurde die Höchstzahl bei den stationären Patient/innen bereits Mitte der 1990er Jahre erreicht, wobei dem darauf folgenden Rückgang bei den stationären Patient/innen der Zuwachs bei den teilstationären Patient/innen gegenüber steht. Die teilstationären Fälle haben seit der erstmaligen Erfassung 1995 in allen Akutspitalern stark zugenommen.

Im ambulanten Bereich (Spitex) hat das Total der erfassten Arbeitsstunden zwischen 1997 und 1999 zugenommen, während jedoch die Zahl der verrechneten Stunden insgesamt zurückgegangen ist. 1999 wurden vom Spitex-Personal rund 7 Prozent mehr Einsätze (Hausbesuche) absolviert als 1997 bzw. 1998.

Lässt sich aufgrund von indirekten Indikatoren statistisch ein Anstieg der Pflegeintensität feststellen?

Verschiedene Kennzahlen und Quotienten aus den Routinestatistiken deuten in allen Bereichen auf eine Zunahme der Pflegeintensität in den 1990er Jahren hin. Am deutlichsten ist dies in der Psychiatrie, den Regional- und Bezirksspitalern, den Krankenheimen sowie in der Spitex.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patient/innen hat in den vergangenen Jahren vor allem im Akutbereich, z.T. aber auch im Langzeitbereich deutlich abgenommen. Ein klarer Anstieg der Häufigkeit einer Bettenneubenützung zeigt sich im öffentlichen Akutbereich und in den Krankenheimen. Die Bettenauslastung hat zugleich im Laufe der 1990er Jahre im gesamten Akutbereich zugenommen. Im gesamten Langzeitbereich ergibt die Analyse der Aufteilung der Bewohner/innentage nach den vier Pflegestufen des BAK-Systems eine Verschiebung von den niedrigeren zu den höheren Pflegestufen und somit zu zunehmendem Pflegebedarf. Nachdem sich die Zahl der Pflegestellen i.w.S. pro effektiv belegte Betten Ende der 1980er Jahre erhöht hatte, ist im Laufe der 1990er Jahre im Akutbereich überall (ausser in den Spezialkliniken und im Inselspital) eine Abnahme der Pflegestellen pro effektiv belegte Betten festzustellen. Dasselbe gilt im Langzeitbereich für die Krankenheimen. Im Gegensatz dazu haben die Pflegestellen pro 100 effektiv belegte Betten in derselben Zeitspanne in den Regionalheimen und Alters- und Pflegeheimen stetig zugenommen, gleichzeitig ist aber insbesondere in den Alters- und Pflegeheimen der Anteil Personen in den höheren Pflegestufen gestiegen. Einen relativ analogen Verlauf zeigt die Entwicklung der Pflegestellen pro 100 Patient/innen bzw. Bewohner/innen, auch dieser Indikator deutet auf eine Zunahme der Pflegeintensität hin.

Im Spitex-Bereich ist die durchschnittliche Anzahl Einsätze (Hausbesuche) pro Pflegestelle zwischen 1997 und 1999 angestiegen und der durchschnittlich verrechnete Zeitaufwand pro Einsatz gesunken, was zusammen mit dem erhöhten Zeitaufwand für Wegzeiten und infrastrukturelle Tätigkeiten auf eine Intensivierung der Arbeit hindeuten kann.

Wie beurteilen die Pflegenden die Entwicklung der Pflegeintensität und -komplexität in ihrer Institution?

Die Pflegenden vertreten grossmehrheitlich die Ansicht, dass die Pflegeintensität und -komplexität in ihrer Institution gestiegen ist. Fast neun von zehn Befragten in der schriftlichen Befragung stützen die Aussage, wonach es bei ihnen zunehmend mehr pflegeintensive Fälle gibt. Rund vier Fünftel der Gesprächspartner/innen in der mündlichen Befragung beobachten in ihrer Institution sowohl eine Zunahme der Pflegeintensität als auch der -komplexität. Der medizinische Fortschritt, das höhere Lebensalter der Patient/innen, eine Zunahme von polymorbiden Fällen, kürzere Spitalaufenthalte bzw. später erfolgende Heimübertritte und andere Gründe mehr führen ihrer Ansicht nach dazu, dass die Aufgaben der Pflegenden komplexer werden und intensivere Pflege nötig ist.

Wie schätzen die Pflegenden sowie die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen die Entwicklung der Ansprüche der Patient/innen ein?

Alle Befragten vertreten grossmehrheitlich die Ansicht, dass die Ansprüche der Patient/innen gestiegen sind. Beinahe 90 Prozent der befragten Pflegenden stimmen in der schriftlichen Befragung der Aussage «Die Ansprüche der Patient/innen sind heute höher als früher» klar zu. Dieselbe Aussage findet auch bei den Geschäfts- und Pflegedienstleitungen breite Zustimmung, diese teilen also die Einschätzung der Pflegenden vollumfänglich. Die Resultate der mündlichen Befragung der Pflegenden verdeutlichen, dass sich die gestiegenen Ansprüche sowohl auf die eigentliche Pflege als auch auf die Rahmenbedingungen des Aufenthalts («Hotelbetrieb») beziehen und dass sie nicht nur auf Seiten der Patient/innen, sondern auch auf Seiten der Angehörigen deutlich werden. Weiter wird ersichtlich, dass der Anstieg der Ansprüche von den Pflegenden nicht einfach als negative Entwicklung, welche ihre Arbeit zusätzlich erschwert, wahrgenommen wird. Vielmehr erachten sie die Anliegen zumindest teilweise als durchaus legitim und möchten darauf eingehen.

14 Pflegequalität, Zeitverwendung, Zeitbedarf**Wie beurteilen die Pflegenden sowie die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen die Pflegequalität und deren Entwicklung in ihrer Institution insgesamt?**

Die Qualität ihrer Arbeit ist für die Pflegenden im Kanton Bern ein wichtiges Thema. Ein grosser Teil unter ihnen schätzt die Situation kritisch ein. In der schriftlichen Befragung vertritt eine Mehrheit der Pflegenden die Ansicht, dass die Pflegequalität in ihrem Arbeitsbereich eingeschränkt ist. Die Entwicklung der Pflegequalität wird unterschiedlich beurteilt. Eine Mehrheit gibt an, dass sich bei ihnen die Qualität der Pflege in den letzten Jahren nicht verschlechtert hat. Immerhin gut zwei Fünftel der Befragten sind gegenteiliger Auffassung.

Die Geschäftsleitungen aller Institutionstypen gehen für die letzten drei Jahre eher von einer Verbesserung der Pflegequalität aus. Die Spitexleitungen äussern sich am positivsten, die Geschäftsleitungen aus dem Akutbereich am wenigsten positiv. Die Pflegedienstleitungen sind allgemein kritischer: Jene aus den öffentlichen Institutionen des Akutbereichs gehen eher von einer Verschlechterung aus.

Beobachten die Pflegenden sowie die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen Einschränkungen oder Mängel bei der Pflegequalität? Falls ja, in welchen Bereichen?

Die Pflegenden im Kanton Bern berichten in beachtlichem Ausmass über Einschränkungen und Mängel in der Pflegequalität. In der schriftlichen Befragung befürchtet eine Mehrheit unter ihnen, dass sie in ihrem Stress die Bedürfnisse der Patient/innen gar nicht richtig wahrnehmen, dass die Qualität der Arbeit unter dem Zeitdruck leide und dass schnell mal Fehler passieren können. 30 Prozent stimmen der Aussage zu, dass sie sich in ihrer Institution darauf beschränken müssen, dass ihre «Patient/innen warm haben, satt und sauber sind». In der Befragung der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen sind die Aussagen uneinheitlicher. Überall dort, wo es um Zeitdruck geht, bestehen grosse Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Institutionen: Nur die Leitungen der öffentlichen Akutbetriebe bejahen, dass bei ihnen die Pflegequalität unter dem Zeitdruck leide. Doch fast alle – ausser den Privaten – pflichten bei, dass bei ihnen die Zeit nur für Grund- und Behandlungspflege reiche. In den öffentlichen Grossspitälern sagt knapp ein Drittel der Geschäftsleitungen aus, sie könnten aufgrund der Personalsituation im Pflegebereich nicht mehr garantieren, dass die nötige Behandlung ohne Zeitverzögerungen, die zu gesundheitlichen Verschlechterungen führen können, erfolgt. In den Kranken- und regionalen Pflegeheimen schliesst sich ein Fünftel der Befragten dieser Aussage an. Die Frage, ob Stress und Überlastung beim Pflegepersonal zu vermehrten Fehlern führe, wird tendenziell ebenfalls bejaht.

Eine Mehrheit der Pflegenden gibt an, manchmal Dinge wegzulassen, die eigentlich zu ihren Aufgaben gehören würden. Die Aussage, es bestehe genügend Zeit, um mit den Patient/innen ein Gespräch zu führen, wird mehrheitlich abgelehnt. Die Mehrheit der Pflegenden ist zwar der Ansicht, dass die Sicherheit der Patient/innen bei ihnen gewährleistet werden kann. Immerhin ein Viertel vertritt die gegenteilige Auffassung. Auf die analogen Fragen bestätigen die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen in öffentlichen Institutionen aus dem Akut- und Langzeitbereich mehrheitlich, ihr Pflegepersonal sei gezwungen, Dinge wegzulassen, die zu seinen Aufgaben gehören. Dass das Pflegepersonal die Zeit hat, in Krisensituationen auf ein Gespräch mit Patient/innen einzugehen, verneinen ausser Spitex und Privaten alle mehrheitlich. Den ablehnendsten Wert erreichen die Pflegedienstleitungen im Institutionstyp «Insel/Regionalspitäler». Breite Übereinstimmung besteht unter den Geschäfts- und Pflegedienstleitungen dagegen darin, dass die Sicherheit der Patient/innen gewährleistet bleibt. «Ausreisser» gibt es vor allem unter den Kranken- und regionalen Pflegeheimen.

Gut 30 Prozent der Pflegenden stimmen der Aussage zu, dass es «in Drucksituationen schon vorkommen kann, dass Patient/innen mit Medikamenten ruhig gestellt werden». Dass Übermedikalisierung aufgrund der Arbeitssituation im Pflegebereich vermehrt vorkommt, bestätigen auch die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen aus dem Akutbereich.

Die Gesprächspartner/innen in der mündlichen Befragung von Pflegenden berichten eine Fülle von Beispielen, in welchen die Pflegequalität unter ihren persönlichen Ansprüchen lag und/oder Aufgaben, welche zur Pflege gehören, weggelassen werden mussten. Dabei handelt es sich mehrheitlich nicht um Vorfälle in «Ausnahmesituationen», sondern um durchaus regelmässige Vorkommnisse. Im Vordergrund steht für viele der psycho-soziale Bereich (Gespräche mit Patient/innen und Angehörigen, Betreuungsaufgaben etc.), der primär aus Zeitgründen (aber auch bedingt durch mangelhafte Qualifikation) nicht genügend abgedeckt werden kann. Die Abstriche in diesem Bereich erleben die Befragten als belastend und unbefriedigend. Im Bereich von konkreten Pflegehandlungen werden häufig Abstriche bei der Körperpflege genannt, welche mehrheitlich aber als nicht gravierend erlebt werden. Mängel im Bereich von anderen Tätigkeiten zur Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens werden seltener berichtet, da es

sich aber um Lücken bei einer «minimale Grundversorgung» handelt, als äusserst schwerwiegend erlebt. Dasselbe gilt für Abstriche bei der Pflege im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung, welche immerhin ein Viertel der Gesprächspartner/innen erlebt. Ein Viertel berichtet von Mängeln bei der Mobilisierung und allgemeinen Prävention sowie von der Unmöglichkeit, eine aktivierende Pflege zu gewährleisten. Abstriche bei administrativen Tätigkeiten und Reinigungsarbeiten kommen ebenfalls vor, werden aber mehrheitlich als weniger problematisch erlebt.

Für die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen sind Mängel in der Pflege ebenfalls ein Thema. Die grosse Mehrheit von ihnen bestätigt, dass Stress und Überforderung beim Pflegepersonal bei ihnen selten oder manchmal zu fehlerhafter Medikamentenabgabe oder Stürzen von Patient/innen führen. Nur knapp die Hälfte aller Leitungen geben an, dass Dekubiti bei ihnen nie vorkämen. Durch Mängel in der Pflege verursachte Akutsituationen kommen besonders in Spitälern vor. Am häufigsten werden Mängel im präventiven und administrativen Bereich genannt: mangelhaftes Nachführen der Pflegedokumentation, mangelhafte Instruktion der Patient/innen und das Vergessen wichtiger Termine. Die Personalsituation im Pflegebereich hat vor allem in öffentlichen Institutionen des Akutbereichs zu Engpässen geführt: 65 Prozent von ihnen waren in den letzten zwei Jahren mitunter gezwungen, Betten zu schliessen, von «Insel/Regionalspitälern» gar 86 Prozent. Über die Hälfte dieser öffentlichen Grossspitäler musste ganze Abteilungen schliessen und Patient/innen teilweise zu früh nach Hause schicken. Fast die Hälfte wies Notfälle häufiger an andere Institutionen weiter. Im Langzeitbereich zeigt sich eine Konzentration der Probleme in den Kranken- und regionalen Pflegeheimen. Hier finden die Pflegenden zunehmend die Zeit nicht mehr, ihre Patient/innen auf die Toilette zu begleiten. Und auch vermehrtes Fixieren und Einschliessen ist ein Thema (15% Ja-Antworten). Ebenfalls vor allem im Langzeitbereich sowie bei der Spitex haben sich gemäss Geschäfts- und Pflegedienstleitungen Aggressionen gegen Patient/innen gemehrt.

Fühlen sich die Pflegenden für ihre Aufgaben genügend qualifiziert?

Eine klare Mehrheit der Pflegenden im Kanton Bern fühlt sich für ihre Aufgaben genügend qualifiziert. In der mündlichen Befragung geben gut zwei Drittel der Gesprächspartner/innen an, dass sie keine Aufgaben übernehmen, für welche sie sich zuwenig qualifiziert fühlen. Ein knappes Drittel gibt hingegen zu, dass sie dies tun (müssen). In der schriftlichen Befragung der Pflegenden erweist sich die qualitative (also inhaltliche) Überforderung insgesamt als mittlere Belastung. Für rund ein Zehntel der Befragten ist sie ein ernst zu nehmendes Problem, für einen Viertel zumindest teilweise. Jeweils gut ein Viertel der Befragten stimmt den Aussagen «teilweise» bis «völlig» zu, wonach sie Dinge tun müssen, für die sie eigentlich zuwenig ausgebildet und vorbereitet sind, wonach es bei ihrer Arbeit Sachen gibt, die zu kompliziert sind und wonach es vorkommt, dass ihnen ihre Arbeit zu schwierig ist.

In Bezug auf Arbeitskolleg/innen sieht eine beachtliche Minderheit von Pflegenden die Situation kritisch. In der schriftlichen Befragung stimmen beinahe zwei Fünftel der Pflegenden der Aussage «Bei uns kommt es immer wieder vor, dass Personen Dinge tun, für die sie nicht genügend ausgebildet sind» zu. Zudem erweist sich «zu viel ungenügend qualifiziertes Personal» für immerhin rund einen Viertel der Befragten als ziemlich bis sehr starke Belastung. In der mündlichen Befragung wird mehrfach die Ansicht vertreten, dass zunehmend zuwenig qualifizierte und ungeeignete Personen als Hilfspfleger/innen arbeiten.

Können die Pflegenden ihre Arbeit so verrichten, wie sie es ihren Vorstellungen von «guter Pflege» entspricht?

Viele Pflegenden im Kanton Bern können «nicht so pflegen, wie sie es möchten». Knapp die Hälfte der Pflegenden gibt in der schriftlichen Befragung an, dass sie ihre Arbeit nicht so verrichten können, wie es ihrem Verständnis von «guter Pflege» entspricht. Eine Mehrheit von gut drei Fünfteln berichtet, dass es in ihrer täglichen Arbeit immer wieder zu Konflikten zwischen ihrer persönlichen Überzeugung und der Arbeitsrealität kommt. Ebenso viele sind der Ansicht, dass sie zunehmend «weniger Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben haben, weil sie viele berufsfremde Arbeiten übernehmen müssen». Zwei Fünftel schliesslich geben an, dass sie manchmal Freizeit für «ihre» Patient/innen «opfern». In der mündlichen Befragung berichten mit einer Ausnahme alle Gesprächspartner/innen von Situationen, in welchen (durch sie selber oder Kolleg/innen) nicht so gepflegt wurde, wie es ihrem persönlichen Verständnis von «guter Pflege» entspricht. Bei der grossen Mehrheit von ihnen kommen solche Situationen häufig oder zumindest phasenweise vor, sind also keine «Ausnahmesituationen». Die Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks bestätigt ebenfalls, dass die Pflegenden gemessen an ihren Qualitätsvorstellungen zeitnotbedingte Abstriche bei ihrer Arbeit vornehmen müssen.

Für welche Tätigkeiten setzen die Pflegenden ihre Zeit ein?

Die Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks zeigt, dass die Pflegenden gut die Hälfte der Arbeitszeit auf Pflegehandlungen mit direktem Kontakt zu den Patienten/innen verwenden, 16 Prozent fallen auf Tätigkeiten mit unmittelbarem Bezug aber ohne direkten Kontakt mit den Patienten/innen. Administrative Arbeiten beanspruchen weitere knapp 9 Prozent der geleisteten Arbeitszeit. Für hauswirtschaftliche Tätigkeiten wird im Durchschnitt 15 Prozent der Arbeitszeit aufgewendet, wobei grosse Unterschiede zwischen den Pflegefunktionen bestehen (dipl. Pflegepersonal 8%, Hilfspersonal 24%). Generell verwendet das Hilfspersonal einen überdurchschnittlichen Anteil seiner Arbeitszeit auf die Pflege mit unmittelbarem Kontakt mit den Patienten/innen (57%). Das diplomierte Personal arbeitet weniger direkt am Patientenbett (49%), ist dafür stärker bei Tätigkeiten mit unmittelbarem Bezug, aber ohne direkten Kontakt zu den Patienten/innen engagiert (22%) und verwendet einen grösseren Anteil seiner Arbeitszeit auf administrative Arbeiten (14%).

Haben die Pflegenden für alle anstehenden Tätigkeiten genügend Zeit? Falls nicht, was lässt sich über die Zeitdifferenz zwischen «erforderlicher Pflege» und «erbrachter Pflege» aussagen?

Unter «angemessener Pflege» wird in der Erhebung der Zeitverwendung und des Zeitdrucks verstanden, dass die anstehenden Pflegehandlungen innerhalb der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit erledigt werden können und die Pflegenden keine zeitdruckbedingten Einschränkungen vornehmen müssen. Die Erhebung zeigt, dass (trotz allfälliger Überstunden) zeitdruckbedingte Abstriche in der Praxis vorkommen. Ein Drittel der Befragten ist während des Erhebungszeitraums mit der zur Verfügung stehenden Zeit ausgekommen, zwei Drittel der Befragten mussten unter Zeitdruck Abstriche bei Pflegehandlungen machen. Durchschnittlich hätte jede Pflegeperson pro Erhebungstag 22 Minuten (oder 4.5% der geleisteten Arbeitszeit) zusätzlich benötigt, um eine nach ihrer Einschätzung angemessene Pflege leisten zu können. Nicht alle Pflegeleistungen sind im gleichen Ausmass von zeitdruckbedingten Einschränkungen betroffen. Aus den Erhebungsdaten geht hervor, dass die meisten Abstriche (ca. 30%) im Bereich von Gesprächen und Betreuung gemacht werden. 40 Prozent der Einschränkungen fallen auf die grosse Gruppe von Pfl-

gehandlungen, die unmittelbar mit physischen Bedürfnissen der Patienten/innen zusammenhängen (Mobilisation/Bewegung, Körperpflege, Ernährung/Ausscheidung). Beim diplomierten Personal (insbesondere in öffentlichen bzw. öffentlich-subventionierten Akutspitälern, aber auch im Langzeitbereich) fallen 10 Prozent der aus Zeitdruck gemachten Einschränkungen auf den Behandlungsbereich (Behandlung/Medikation/Überwachung).

Welche Schlüsse lassen sich aus der Metaanalyse der im Kanton Bern mit der «Methode Q» erhobenen Qualitätsberichte in Bezug auf die Pflegequalität ziehen?

Die Metaanalyse der Qualitätsberichte zeichnet insgesamt ein positives Bild: Die Pflegenden stellen gesamthaft eine fachlich und ethisch kompetente und engagierte Berufsgruppe dar. Die Qualitätsberichte zeigen, dass die Patient/innen in den untersuchten Stationen überwiegend gute Pflege erhalten haben. Dennoch gibt es in der Pflegepraxis und ihren Rahmenbedingungen Schwächen und somit auch Handlungsbedarf auf allen fünf Betrachtungsebenen (Pflegende, Station, Institution, Trägerschaft, Gesetzgeber/in).

Die Analyse zeigt, dass die Pflegenden zu einem grossen Teil nach einem relativ individuellen Berufsverständnis und entsprechenden (meist hohen) Qualitätsvorstellungen arbeiten. Für die meisten hat die direkte Betreuung der Patient/innen erste Priorität, strukturelle Defizite werden so ausgeglichen. Nicht selten arbeiten Pflegenden in einem Spannungsfeld von inadäquaten Rahmenbedingungen (personelle Ressourcen, Organisationsstrukturen, inkongruente Leitbilder etc.) und persönlichem beruflichen Anspruchsniveau («gute Pflege»). Das wirkt sich auf die Pflegenden selber aus (Motivation, Belastung) und führt inhaltlich zu einer Tendenz zur Vernachlässigung spezifischer Aufgaben (z.B. Pflegedokumentation), was der Pflegequalität abträglich ist.

Das aus der Analyse der Qualitätsberichte ersichtliche gute Resultat bei den patient/innenbezogenen Ergebnissen bzw. die vorhandene Qualität der Pflege im Kanton Bern ist längerfristig gefährdet, wenn das Qualitätsniveau «gute Pflegepraxis» mit den Rahmenbedingungen und den Organisationsformen nicht im Einklang steht (z.B. wegen zu knappen finanziellen und personellen Ressourcen im Pflegebereich) und die Pflege in Bezug auf ihre fünf Funktionen³¹ nicht mehr vollumfänglich gewährleistet werden kann.

15 Lohnsituation

Wie hoch sind die Löhne im Pflegebereich im Kanton Bern? Welche Unterschiede bestehen zwischen den Funktionen und den Institutionstypen?

Die Auswertung der Lohndaten aus der Erhebung der Stellen und Löhne (Stand Januar 2001) zeigt, dass die Grundlöhne (auf 42 Wochenstunden standardisierte AHV-Bruttolöhne, ohne Zulagen für Nacht-, Wochenenddienst etc.) der Pflegeangestellten stark nach Funktion streuen (**Tabelle 11**).

Pflegeangestellte in hauptsächlicher Leitungsfunktion erzielen einen durchschnittlichen monatlichen Grundlohn von etwa 6'400 Franken, während diplomierte Krankenschwestern/-pfleger aller verschiedener

³¹ vgl. Fussnote 28

Diplomausbildungen im Mittel rund 5'100 Franken erhalten. Pflegepersonal ohne spezifische Ausbildung erreicht einen Durchschnittslohn von ca. 3'900 Franken.

Dabei ergeben sich Unterschiede nach Institutionstyp und Funktionen, die eine differenzierte Betrachtung nötig machen.

Tabelle 11: Monatliche Grundlöhne (Median in Fr.) ausgewählter Funktionskategorien, Stand Januar 2001

	Akutspitäler	Psych. Kliniken	Langzeit	Ambul. Pflege	Total
Leitung	6'559	6'444	6'008	6'000	6'361
DN II / AKP etc.	5'191	5'532	5'089	5'323	5'243
DN I / FA SRK	4'654	4'745	4'621	4'883	4'676
Pflegeassistent/-hilfe SRK	4'007	3'669	3'884	3'897	3'890
Total	5'125	5'387	4'122	4'348	4'665

Quelle: Lohnerhebung. Im Total sind sämtliche Pflegefunktionen enthalten.

Werden nur die öffentlichen/öffentlich-subventionierten Betriebe betrachtet, sind die durchschnittlichen Pflegegehälter in den psychiatrischen Kliniken in der Regel höher als in anderen Institutionstypen. Werden die psychiatrischen Kliniken bei gewissen Funktionskategorien als Referenzgrösse beigezogen, besteht in den anderen Institutionstypen ein Nachholbedarf.

Die Berufserfahrungs- bzw. Praxisjahre gelten grundsätzlich als wichtigstes Kriterium in Bezug auf die Lohnhöhe innerhalb der jeweiligen Funktionskategorien. Die mittleren Löhne nehmen mit der Anzahl Praxisjahre in der Regel zu. Bei der Entwicklung der Grundlöhne nach der Anzahl der Berufspraxisjahre lässt sich bei den DN II/AKP etc. für alle Institutionstypen eine Zunahme der Löhne feststellen. Die Steigerung erreicht jedoch nach rund 12 Praxisjahren einen Plafond. Dieses strukturelle Problem lässt sich durch eine generelle Lohnerhöhung unabhängig von den Praxisjahren nicht beheben. Auch bei den diplomierten Pflegenden mit Spezialisierungen/Zusatzausbildungen steigen die Löhne in der Regel mit wachsender Berufserfahrung; der Plafonds ist hier bereits mit etwa 11 Jahren erreicht. Bei der Funktionsgruppe DN I/FA SRK lässt sich im Vergleich ein flacherer Lohnverlauf feststellen: Der mittlere Lohnzuwachs ist hier vergleichsweise gering. Ähnlich ist der Verlauf bei Pflegeassistent/innen und Pflegehelfer/innen SRK. Dabei liegen die Gehälter im Akutbereich tendenziell über denjenigen des Langzeitbereichs.

Wie haben sich die Personalkosten im Pflegebereich im Vergleich zu anderen Spitalberufsgruppen entwickelt?

In den öffentlichen Spitälern und Krankenheimen ist gemäss den Routinestatistiken der Besoldungsaufwand für alle Berufsgruppen bis Mitte der 1990er Jahre stark angestiegen, wobei die Zunahme beim Pflegepersonal im engeren Sinn am stärksten war. Ab 1995 jedoch verlief die Entwicklung unterschiedlich: beim Pflegepersonal i.e.S. sank der gesamte Besoldungsaufwand von 1995 bis 1998 um 20 Millionen Franken; bei den anderen medizinischen Fachbereichen (inkl. Pflegenden mit Zusatzausbildung) stieg er bis 1997/98 weiter. Bei den Ärzt/innen stieg der Aufwand bis 1996 und sank danach ganz leicht.

Wird das durchschnittliche Gehalt pro Personalkategorie berechnet, hat sich der Abstand zwischen dem Pflegepersonal i.e.S. und den Ärzt/innen in absoluten Zahlen gemessen weiter vergrössert. Anteilsmässig hat das Pflegepersonal i.e.S. im Durchschnitt gegenüber den Ärzt/innen jedoch leicht aufgeholt: Das Durchschnittsgehalt des Pflegepersonals i.e.S. entsprach 1986 47 Prozent eines durchschnittlichen Gehalts der Kategorie Ärzt/innen, 1998 waren es 56 Prozent. Bei diesen Vergleichen ist jedoch zu beachten, dass diese Werte nur eine sehr beschränkte Aussagekraft haben, da sich nicht nur die Löhne, sondern auch die

Zusammensetzung des Personals nach Funktion (und dementsprechend nach Lohnhöhe) innerhalb der einzelnen Berufskategorien über die Zeit verändert haben. Beim Pflegepersonal i.e.S. zum Beispiel hat der Anteil des ausgebildeten Personals stark zugenommen.

Wie beurteilen die Pflegenden sowie die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen die Lohnsituation in der Pflege und ihren persönlichen Lohn?

Die Pflegenden nehmen gegenüber dem Thema «Lohn» eine sehr kritische Haltung ein: Die grosse Mehrheit unter ihnen erachtet die Löhne in der Pflege als zu tief. Sie sind mit ihrer Lohnsituation insgesamt sehr unzufrieden. Insbesondere im Verhältnis zur erbrachten Leistung und im Vergleich zu den Berufsgruppen ausserhalb des Gesundheitswesens aber auch im Vergleich mit Berufen innerhalb des Gesundheitswesens überwiegt die Unzufriedenheit klar. Auch die Geschäftsleitungen halten die Löhne, die sie den Pflegenden zahlen, nicht durchwegs für gerecht. Bejahen sie die Lohngerechtigkeit bei den Anfangslöhnen im Schnitt noch knapp, so beurteilen sie die Gehälter der langjährigen Mitarbeiter/innen in allen Institutionstypen – mit Ausnahme der privaten Institutionen – als ungerecht. Unter den Pflegedienstleitungen ist die Einschätzung noch bedeutend negativer. Wenn die Löhne in der Pflege nicht angehoben werden, befürchten sowohl die befragten Pflegenden als auch die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen in starkem Masse zunehmende Berufsausstiege und eine Abnahme der Attraktivität des Pflegeberufs.

Trotz der klaren Lohnunzufriedenheit wird die Bedeutung des Lohnes von den Pflegenden relativiert. In der schriftlichen Befragung gibt eine knappe Mehrheit an, dass ihnen persönlich eine interessante Arbeit wichtiger sei als ein hoher Lohn, und gar mehr als drei Fünftel erachten den Ausbau der Anzahl Stellen in der Pflege wichtiger als eine Erhöhung der Löhne. Vor die Wahl gestellt zwischen «mehr Stellen» und «mehr Lohn», votieren auch die Geschäftsleitungen zu 80 Prozent für den Ausbau der Stellenzahl. Die Pflegedienstleitungen folgen ihnen bei dieser Einschätzung.

Wie hoch sind die Löhne der Pflegenden im Kanton Bern im Vergleich zu anderen Kantonen?

Die Auswertungen der für den Akutbereich gültigen Vergleichsdaten haben insgesamt gezeigt, dass die im Kanton Bern entrichteten Grundlöhne im interkantonalen Lohnvergleich etwa im unteren Drittel liegen. Dabei sind die Anfangslöhne als relativ hoch einzustufen (oberes Drittel), die Löhne für erfahrene, langjährige Angestellte hingegen als relativ tief (unteres Viertel). Tendenziell an der Spitze steht sowohl bei den Anfangslöhnen wie auch bei den Löhnen für langjährige Mitarbeiter/innen der Kanton Zürich.

Anzumerken ist, dass der Kanton Bern in Bezug auf die Arbeits- und Entlohnungsstrukturen (z.B. Entschädigungen für Nacht- und Wochenendarbeit) im interkantonalen Vergleich insgesamt zu den «grosszügigeren» Kantonen zählt. Erwähnenswert ist insbesondere die hohe Betreuungszulage.

Die im Kanton Bern im Jahr 2001 ergriffenen Lohnmassnahmen bewegen sich in etwa im Rahmen der meisten anderen Kantone; als Besonderheit kann die befristete Zulage betrachtet werden.

16 Arbeitssituation, Belastung, Zufriedenheit

Wie stellt sich die Arbeitssituation der Pflegenden allgemein dar?

Der konkrete Arbeitsalltag der Pflegenden sieht, wie die mündliche Befragung zeigt, sehr unterschiedlich aus. Dennoch sind sich die Gesprächspartner/innen in Bezug auf die «grössten Freuden» bei der Arbeit einig: An absolut erster Stelle steht für sie der Kontakt mit den Patient/innen. Auch konkrete Pflegehandlungen, die Arbeit im Team, die Selbständigkeit und die Vielseitigkeit werden geschätzt.

Auf einer abstrakteren Ebene lässt sich die Arbeitssituation aus subjektiver Sicht nach dem in der schriftlichen Befragung verwendeten Instrument durch Charakteristika der Aufgaben, organisationale Ressourcen und soziale Ressourcen beschreiben. Die Arbeitssituation der Pflegenden (mit Ausnahme des pflegerischen Hilfspersonals) zeichnet sich durch hohe Anforderungen an die Qualifikation und eine sehr hohe Verantwortung aus. Im Bereich der organisationalen Ressourcen wird das Qualifikationspotential der Arbeit sehr hoch eingeschätzt. Als etwas problematisch werden die Laufbahnmöglichkeiten erachtet. Der Tätigkeitspielraum der Arbeit und noch stärker die Partizipationsmöglichkeiten werden recht kritisch beurteilt. Die sozialen Ressourcen hingegen werden insgesamt gut eingestuft. Insbesondere die soziale Unterstützung durch Kolleg/innen, aber auch das Verhalten der Vorgesetzten werden positiv eingeschätzt.

Welche allgemeinen und pflegespezifischen Arbeitsbelastungen erleben die Pflegenden besonders stark, welche sind für sie kein Problem?

Von den in der schriftlichen Befragung erhobenen allgemeinen Arbeitsbelastungen steht für die Pflegenden im Kanton Bern die quantitative Überforderung (mengenmässige Überlastung) ganz klar im Vordergrund. Belastungen durch qualitative (d.h. inhaltliche) Überforderung, das Sozialklima oder das Vorgesetztenverhalten kommen demgegenüber deutlich seltener vor.

Die pflegespezifischen Arbeitsbelastungen sind aufgrund der schriftlichen Befragung der Pflegenden auch im Vergleich mit anderen Studien insgesamt als recht hoch zu bezeichnen. Am belastendsten erlebt werden der Personalmangel in der Pflege sowie die daraus resultierenden Phänomene wie Zeitdruck und lange Arbeitszeiten. Belastungen im Umgang mit Patient/innen stehen an zweiter Stelle (grosse Verantwortung für das Wohlergehen der Patient/innen, körperlich schwere Arbeit etc.). Mangelnde Anerkennung, organisatorische Probleme und ungenügende Balance zwischen dem Erwerbsleben und ausserberuflichen Lebensbereichen stellen sich insgesamt als mittlere Belastung heraus. Probleme im Team sind als Belastungen von untergeordneter Bedeutung.

Eine Betrachtung der jeweils zehn höchsten bzw. tiefsten Belastungsquellen zeigt folgendes Bild: Die zehn stärksten Belastungsquellen, welche jeweils von 60 Prozent bis mehr als 80 Prozent der Pflegenden als «mittel» bis «sehr stark» belastend erlebt werden, sind Personalmangel in der Pflege, Zeitdruck, grosse Verantwortung für das Wohlergehen der Patient/innen, körperlich anstrengende Arbeit, lange Arbeitszeiten, Umgang mit «schwierigen» Patient/innen, grosse Tragweite von Fehlern, grosses Ausmass administrativer Aufgaben, unregelmässiger Arbeitsanfall sowie häufige Unterbrechungen des Arbeitsablaufes. Die zehn schwächsten Belastungsquellen, d.h. Aspekte, welche potentiell eine Belastung darstellen können, von einer Mehrheit von 55 Prozent bis 75 Prozent der Pflegenden aber nur als «sehr» oder «ziemlich» geringe Belastung erlebt werden, sind Probleme mit technischen Geräten und Arbeitsmitteln, Verständigungsprobleme mit Personen unterschiedlicher Nationalitäten, Arbeit auf Abruf, mangelnder Einfluss auf die Gestaltung des Dienstplanes, komplizierte Arbeitsabläufe, mangelnde Weiterbildungsmöglichkeiten,

mangelhafte Pflegedokumentation, schwierige Zusammenarbeit mit Ärzt/innen, zu viele berufsfremde Aufgaben sowie mangelnde Anerkennung durch Ärzt/innen.

Auch in der mündlichen Befragung der Pflegenden erweisen sich Belastungen rund um die Personalsituation und ihre Auswirkungen als am schwerwiegendsten: Gehetze, Zeitdruck und Stress, der Personalmangel allgemein, die negativen Auswirkungen dieser Situation auf die Pflegequalität und die hohe Personalfluktuationsrate sind die grössten Belastungen. An zweiter Stelle stehen wiederum schwierige Patient/innensituationen, gemeinsam mit Belastungen durch die unregelmässige Arbeitszeit. Die Zusammenarbeit im Team und mit den Vorgesetzten wird von der Mehrheit insgesamt nicht als Belastung, sondern dank guter Stimmung und guter Kooperation als positive Ressource erachtet. Eine Mehrheit der Gesprächspartner/innen berichtet allerdings von Problemen und Spannungen in der Zusammenarbeit zwischen Hilfskräften und diplomiertem Pflegepersonal. Immerhin die Hälfte erlebt die Zusammenarbeit mit Ärzt/innen als problematisch.

Ein weiteres Einzelergebnis aus der schriftlichen Befragung der Pflegenden weist auf die subjektiv als hoch wahrgenommene Belastung im Pflegeberuf hin und ist deshalb in diesem Zusammenhang erwähnenswert: Beinahe neun von zehn Befragten stimmen der Aussage, wonach im Pflegeberuf viele teilzeitig arbeiten, weil sie sonst die Belastungen nicht ertragen würden, «eher» oder «völlig» zu.

Welche pflegespezifischen Aspekte erachten die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen als besonders belastend für die Pflegenden, welche sind aus ihrer Sicht sekundär?

Die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen erachten den Zeitdruck als grösste Belastung für ihr Pflegepersonal. Auch Personalmangel erreicht hohe Werte, allerdings nur bei den öffentlichen Institutionen. Die öffentlichen Institutionen im Akutbereich schätzen auch viele Überstunden, lange Arbeitsschichten und einen zu kleinen Anteil Diplomierter als relativ starke Belastungen ein. Die Gegensätze zwischen öffentlichen und privaten Betrieben sind aus der Sicht der Pflegedienstleitungen etwas kleiner. Die genannten Belastungsfaktoren aus dem Bereich «personelle Unterbesetzung» erreichen allgemein die höchsten Werte. Bei Belastungen aufgrund von organisatorisch-betrieblichen Faktoren stehen ein hohes Ausmass administrativer Aufgaben sowie der unregelmässige Arbeitsanfall im Vordergrund. Als geringe Belastungen schätzen Geschäfts- wie Pflegedienstleitungen Führungsmängel, fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten sowie ungünstige Raumgestaltung und Infrastruktur ein. Belastungen im Bereich der Zusammenarbeit erreichen keine hohen Werte. Das Belastungsniveau wird in den verschiedenen Institutionstypen sehr unterschiedlich hoch eingeschätzt. An der Spitze stehen die öffentlichen Akutbetriebe und hier die Grosspitäler des Typs «Insel/Regionalspitäler».

Bei der Betrachtung der stärksten Belastungsfaktoren pro Bereich fällt auf, dass gewisse Faktoren überall weit vorne stehen: Zeitdruck, das grosse Ausmass administrativer Aufgaben sowie der unregelmässige Arbeitsanfall. Personalmangel dagegen, der im öffentlichen Akutbereich an erster und im ganzen Langzeitbereich an zweiter Stelle steht, rangiert bei der Spitex und bei den privaten Akutkliniken nicht unter den wichtigsten fünf Belastungsquellen. Teamprobleme spielen einzig im Langzeitbereich (3. Stelle) eine grössere Rolle. Arbeit auf Abruf gehört bei den privaten Institutionen des Akutbereichs und bei der Spitex zu den fünf grössten Belastungen. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzt/innen und Pflege steht im privaten Akutbereich weit vorn. Viele Überstunden werden in den öffentlichen Institutionen des Akutbereichs und bei der Spitex als grosse Belastung empfunden.

Wie zufrieden sind die Pflegenden mit ihrer Arbeitssituation? Wie hat sich ihre Zufriedenheit entwickelt?

Die Pflegenden im Kanton Bern sind insgesamt recht zufrieden mit ihrer Arbeitssituation. Auf Grund der schriftlichen Befragung können drei Fünftel der Pflegenden als sehr oder eher zufrieden bezeichnet werden. Zwischen den analysierten Untergruppen ergeben sich allerdings grosse Unterschiede: Mit Abstand am zufriedensten sind die Mitarbeiter/innen der Spitex; auch ältere Pflegende, Personen mit tiefem Beschäftigungsgrad und pflegerisches Hilfspersonal erweist sich als überdurchschnittlich zufrieden. Als besonders wenig zufrieden müssen Männer, unter 40jährige, dipl. Pflegende mit Spezialaufgaben sowie DN II, Mitarbeiter/innen des Inseleospitals und von Akutspitälern und Spezialkliniken sowie Vollzeitbeschäftigte bezeichnet werden.

Die Bedeutung der auf den ersten Blick recht hohen Zufriedenheit muss in ihrer Interpretation eingeschränkt werden. Zunächst einmal sind die Werte der Pflegenden im Vergleich mit andern Studien, welche mit demselben Instrument mit andern Berufsgruppen durchgeführt wurden, als eher tief einzustufen. Im Vergleich zur Studie von Güntert et. al. (1989), welche vor gut einem Jahrzehnt ebenfalls Pflegende im Kanton Bern erfasste, können in der vorliegenden Studie 11.4 Prozent weniger Personen als eher und sehr zufrieden bezeichnet werden. Weiter erweisen sich die Pflegenden insgesamt als leicht resigniert, d.h. sie haben ihr Anspruchsniveau an die Arbeit etwas gesenkt. Auf der Basis der in der Befragung vorgegebenen Zufriedenheitsformen kann die Hälfte der Pflegenden als stabilisiert zufrieden, ein Drittel als resigniert und ungefähr ein Sechstel als unzufrieden bezeichnet werden.

In der mündlichen Befragung bezeichnet sich rund die Hälfte der Pflegenden als zufrieden oder relativ zufrieden. Häufig erwähnen die Gesprächspartner/innen, dass sie «trotz allem» noch zufrieden sind. Ein gutes Team und gute Vorgesetzte, aber auch die Möglichkeit, das Arbeitspensum zu reduzieren, sind für sie die positiven Aspekte, welche dazu beitragen, dass sie insgesamt zufrieden sind. Bei einem Viertel der Befragten halten sich diese positiven Aspekte und negative (vor allem die hohe Arbeitsbelastung) die Waage, so dass sie insgesamt weder zufrieden noch unzufrieden sind. Eine Minderheit ist klar unzufrieden, sie bleibt vor allem «den Patient/innen zuliebe» noch an ihrer Stelle.

Die Zufriedenheit des Pflegepersonals weist eine eher negative Entwicklung auf: Im Vergleich mit ihrer Arbeitssituation vor drei Jahren bezeichnen sich in der schriftlichen Befragung knapp zwei Fünftel der Befragten als weniger zufrieden und nur knapp ein Drittel als zufriedener. Im Vergleich mit anderen Studien liegt diese Entwicklung der Zufriedenheit am unteren Rand. In der mündlichen Befragung geben ebenfalls gut zwei Fünftel der Gesprächspartner/innen an, dass ihre Zufriedenheit abgenommen hat. Die Gründe dafür liegen in der veränderten Arbeitssituation (Personalmangel, erhöhter Zeitdruck, Stress, keine Zeit für Patient/innen etc.). Ein Viertel der Pflegenden gibt an, zufriedener geworden zu sein. Diese Personen haben mehrheitlich eine wesentliche Veränderung der äusseren Arbeitssituation (Funktionswechsel, Wechsel von Vorgesetzten etc.) erlebt.

Wie beurteilen die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen die Entwicklung der Zufriedenheit bei ihrem Pflegepersonal?

Die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen beurteilen die Entwicklung der Zufriedenheit ihres Pflegepersonals insgesamt nicht weniger kritisch als die Pflegenden selber. Die Einschätzungen der Geschäftsleitungen liegen je nach Institutionstyp relativ weit auseinander. Im Langzeitbereich äussern sie sich tendenziell positiver als bei der Spitex und im Akutbereich. Innerhalb des Langzeitbereichs unterscheiden sich Kran-

ken- und regionale Pflegeheime (negative Entwicklung) und lokale Alters- und Pflegeheime (positive Entwicklung) stark. Die Geschäftsleitungen der privaten Institutionen äussern sich positiver als jene der öffentlichen. Die Unterschiede sind besonders gross im Akutbereich: Hier gehen 70 Prozent der Geschäftsleitungen in öffentlichen Institutionen von einer Verschlechterung aus gegenüber 10 Prozent in privaten Institutionen. Die Pflegedienstleitungen schätzen die Entwicklung der Zufriedenheit allgemein negativer ein als die Geschäftsleitungen. Nur jene aus privaten Institutionen sehen eine Stagnation oder leichte Verbesserung. In allen anderen Institutionstypen gehen die Pflegedienstleitungen von einer abnehmenden Zufriedenheit des Pflegepersonals aus.

Fühlen sich die Pflegenden in ihrer Arbeit genügend begleitet und unterstützt?

Die Mehrheit der Pflegenden im Kanton Bern fühlt sich insgesamt in seiner Arbeit genügend begleitet und unterstützt. Insbesondere die soziale Unterstützung durch Kolleg/innen bzw. das Team wird mehrheitlich positiv eingeschätzt und als grosse Stütze im Arbeitsalltag erlebt: Man hilft einander aus, setzt sich füreinander ein, «sitzt im selben Boot». Das Sozialverhalten und Probleme im Team erweisen sich nur in geringem Ausmass als Belastungen. Auch das Vorgesetztenverhalten wird insgesamt positiv eingeschätzt. Einzig die konkrete Unterstützung durch Vorgesetzte wird etwas kritischer beurteilt.

Sind die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen der Ansicht, dass sie ihre Pflegenden genügend in ihrer Arbeit unterstützen und begleiten?

Geschäfts- und Pflegedienstleitungen wurden zu ihrem eigenen Vorgesetztenverhalten nicht befragt, dagegen um eine Einschätzung der jeweils anderen Berufsgruppe gebeten. Unbestritten positiv ist die Einschätzung der Leistungen des leitenden Pflegepersonals durch die Geschäftsleitungen («sehr kompetent in Personalführung und effizientem Management der Pflege»). Die Pflegedienstleitungen äussern sich umgekehrt anerkennend über effiziente und kompetente Unterstützung, die sie von den Geschäftsleitungen erhalten («Unsere Direktion unterstützt den Pflegebereich kompetent und effizient.»).

17 Ausbildungssituation in der Praxis

Wie hat sich im Kanton Bern (1990-2000) die Anzahl Schüler/innen bzw. ausgestellter Diplome in den Pflegeberufen entwickelt?

Im Kanton Bern hat laut den vorliegenden Routinestatistiken das Total der Schüler/innen in den Pflegeberufen ab 1996 insgesamt zugenommen, so dass im Jahr 2000 die höchsten Schüler/innenzahlen in Pflegeberufen zu verzeichnen waren. Diese Entwicklung ist vor allem durch die Zunahme bei den DN II-Programmen (sowie bei den Hebammen und der neuen Ausbildung in Rettungssanität) bedingt, während die Schüler/innenzahlen bei den Pflegeassistent/innen deutlich und bei den DN I leicht zurückgegangen sind. Das Total der ausgestellten Diplome und Fähigkeitsausweise hat im Kanton Bern in den Pflegeberufen 1996 den Höchstwert erreicht und danach abgenommen bis 1999 (dies entgegen dem gesamtschweizerischen Trend). Für das Jahr 2000 war insgesamt wieder eine leichte Zunahme bei den Diplomierzahlen zu verzeichnen.

Im Jahr 2000 haben sowohl im Kanton Bern wie auch landesweit am meisten Schüler/innen eine Ausbildung in einem Pflegeberuf begonnen. Es lässt sich also kein genereller Mangel an Neueintritten feststellen. Allerdings gibt es im Kanton Bern Unterschiede zwischen den verschiedenen Ausbildungen: Das Maximum im Jahr 2000 ist vor allem durch die neue Ausbildung der Rettungssanitäter/innen zu erklären. Bei den Pflegeassistent/innen und den DN I haben die Neueintritte analog zur Zahl der angebotenen Ausbildungsplätze bis 1999 abgenommen und sind erst im Jahr 2000 wieder leicht gestiegen. Bei den DN II hat die Zahl der Neueintritte 1999 einen deutlichen Einbruch erlitten, sich aber im Jahr 2000 teilweise erholt.

Bei den Betagtenbetreuer/innen VBA liegt die Zahl der Schüler/innen bzw. Abschlüsse im Jahr 2000 nach einem Einbruch Mitte der 90er Jahre wieder auf ungefähr demselben Niveau wie vor zehn Jahren. Die Zahl der Schüler/innen und Abschlüsse an der Schule für Hauspflege in Bern sind über die Jahre konstant geblieben.

Haben vorzeitige Abbrüche der Ausbildung in den Pflegeberufen zugenommen?

Im Wesentlichen hat sich laut Routinestatistiken die Zahl der Austritte in den Pflegeberufen parallel zu den Schüler/innenzahlen entwickelt (Anteil Austritte 10 bis 13 Prozent). Im Kanton Bern ist kein Anstieg der vorzeitigen Austritte zu verzeichnen; die Austrittsrate war 1996 am grössten (in absoluten Zahlen und im Verhältnis zu den Schüler/innen). Die vorzeitigen Austritte sind im Kanton Bern seither leicht zurückgegangen und liegen im Verhältnis zur Anzahl Schüler/innen leicht unter dem schweizerischen Durchschnitt.

Ist die Rekrutierung von Männern für den Pflegeberuf gelungen?

Die Routinestatistiken zeigen, dass der Männeranteil bei den Abschlüssen in den Pflegeberufen Mitte der 1990er Jahre leicht angestiegen (von 9.5% auf 12.8%), seither aber wieder etwas gesunken ist (11.5%). Insgesamt lag er in der gesamten betrachteten Zeitspanne auf tiefem Niveau. Auch die Erhebung der Stellen und Löhne macht deutlich, dass Pflegeberufe weiterhin fast ausschliesslich von Frauen ausgeübt werden. Insgesamt ist im Kanton Bern nur rund jede elfte Pflegeperson männlich. In Leitungspositionen (17.7%) und Funktionen mit Spezialausbildung (14%) sind Männer im Vergleich mit ihrem Anteil an der Grundgesamtheit der Pflegenden übervertreten. Der Vergleich mit der Studie von Güntert et. al (1989, 24) zeigt, dass in der Verteilung der Geschlechter seit 1987 keine wesentliche Änderung stattgefunden hat. Ein vermehrter Einbezug von Männern in den «Frauenberuf Pflege» ist also nicht erfolgt.

Wie schätzen die Pflegenden sowie die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen die Attraktivität des Pflegeberufs ein?

Die Befragten sind in Bezug auf die Attraktivität des Pflegeberufs kritisch eingestellt. In der mündlichen Befragung der Pflegenden zeigt sich, dass die Gesprächspartner/innen davon ausgehen, dass Pflegeberufe gerade für junge Leute, welche ihrer Ansicht nach dem Einkommen einen grösseren Stellenwert zuschreiben, nicht mehr attraktiv ist, weil die hohen Anforderungen und Belastungen nicht abgegolten werden. Diese Meinung stützt eine überwältigende Mehrheit von fast 90 Prozent der Pflegenden in der schriftlichen Befragung. Konsequenterweise wird die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs durch verschiedene Massnahmen (Lohn, Ausbildungssituation, Image etc.) von vielen Pflegenden als wichtige Verbesserungsmassnahme vorgeschlagen.

Auch die Geschäfts- und Pflegedienstleitungen halten bessere Löhne für wichtig, um die Attraktivität der Pflegeberufe zu halten. Der sinkenden Attraktivität der Pflegeberufe wird bei der Priorisierung der Problemfelder zusammen mit tiefen Löhnen, Personalmangel aufgrund der Arbeitsmarktsituation und zu knappem Personalbestand aufgrund des Spardrucks deutlich häufiger erste Priorität eingeräumt als allen anderen Themen. Im Langzeitbereich ist sie in den Augen der Geschäftsleitungen das noch grössere Problem als höhere Löhne, in den Augen der Pflegedienstleitungen ist die Reihenfolge umgekehrt.

Wie beurteilen Pflegeschüler/innen und Pflegendе die Ausbildungssituation in der Praxis?

In der schriftlichen Befragung der Pflegenden wurde ein inhaltlicher Schwerpunkt zur Ausbildungsqualität aufgenommen, welcher von den in der Stichprobe enthaltenen Pflegeschüler/innen (im Praktikum) und den Pflegenden, welche mit Schüler/innen zusammenarbeiten, ausgefüllt wurde. Die Ergebnisse zeigen einige kritische Einschätzungen in Bezug auf die Ausbildungssituation, welche die befragten Schüler/innen und Pflegenden im Wesentlichen identisch beurteilen. Zwar ist eine Mehrheit von fast drei Vierteln der Befragten der Meinung, dass bei ihnen Schüler/innen nur durch gut qualifiziertes Personal betreut werden. Gleichzeitig geben mehr als zwei Drittel an, dass oft die Zeit fehle, um Schüler/innen angemessen zu betreuen und ebenso viele halten fest, dass ohne Schüler/innen der Arbeitsanfall kaum bewältigt werden könnte. Noch deutlicher (72.4%) fällt die Zustimmung zur Aussage aus, wonach Schüler/innen in der eigenen Institution als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt werden. Gut drei Fünftel der Befragten schliesslich geben an, dass viele Schüler/innen in der jetzigen Betreuungssituation überfordert sind. Die Meinung, wonach das Wissen, welches die Schüler/innen mitbringen, in der eigenen Institution nicht viel nützt, wird hingegen von einer klaren Mehrheit abgelehnt. Die Ausbildungssituation wird in der Spitex und in privaten Institutionen am wenigsten kritisch eingeschätzt, am kritischsten in Institutionen der Langzeitpflege.

18 Massnahmen aus Sicht der Betroffenen

Welches sind aus Sicht der Pflegenden die wichtigsten organisatorischen Massnahmen, die zu einer Verbesserung ihrer persönlichen Arbeitssituation führen?

Die Pflegenden sind sich in Bezug auf die wichtigste Verbesserungsmassnahme einig: «mehr Personal» steht für sie klar im Vordergrund. Wie die mündliche Befragung zeigt, sind sich die Pflegenden durchaus bewusst, dass diese Massnahme in einem ausgetrockneten Arbeitsmarkt nicht nur aus finanziellen Gründen schwer umsetzbar ist. Dennoch bleibt die Forderung unverändert dringend. Weiter wichtig ist der Anspruch nach besserer Bezahlung. Ein Lohn, welcher den Anforderungen und Belastungen besser gerecht wird, würde nach Ansicht der Pflegenden die Attraktivität des Berufs erhöhen, die Fluktuation senken und die Motivation steigern. Ebenfalls häufig werden organisatorische Verbesserungen gefordert (Verbesserungen im Bereich von Management, Information und Kommunikation, Arbeitsabläufen etc.). Auch eine bessere Personalentwicklung könnte nach Ansicht vieler Pflegenden ihre Arbeitssituation verbessern. Im Vordergrund stehen hier einerseits Massnahmen im Bereich der Förderung der Weiterbildung und der Einarbeitung von neuen Mitarbeiter/innen, andererseits die Ausbildung von Schüler/innen in

der Praxis, bei welcher Verbesserungen als dringend nötig erachtet werden. Verbesserungen im Bereich der Zusammenarbeit werden ebenfalls von einer beachtlichen Zahl von Pflegenden als wichtig erachtet. Dabei wird sowohl eine bessere Zusammenarbeit im Team als auch mit den Vorgesetzten und Ärzt/innen gewünscht. Veränderungen im Bereich des Arbeitsinhalts (v.a. «genügend Zeit für Patient/innen»), bessere Arbeitszeitregelungen und ein verbessertes Image des Pflegeberufs sind weitere relativ oft genannte Forderungen.

Welches sind aus Sicht der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen die wichtigsten Massnahmen, die zu einer Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege führen?

Bei den Verbesserungsvorschlägen der Geschäfts- und Pflegedienstleitungen steht «mehr/genügend Pflegepersonal» wie bereits bei den Pflegenden an erster Stelle. Es folgen ebenfalls parallel «bessere/angemessene Bezahlung» sowie organisatorische Verbesserungen. Letztere spielen insbesondere bei der Spitex eine Rolle. Dagegen sind alle anderen Bereiche von untergeordneter Bedeutung. Dies gilt für Verbesserungen im Bereich der Zusammenarbeit wie der Personalentwicklung, aber auch für Massnahmen zur Förderung des öffentlichen Images und für eine vermehrte Anerkennung der Pflegeleistungen.

Literaturverzeichnis

Literatur

- European Foundation for Quality Management. (1999): Das EFQM-Modell für Excellence – Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtungen. Brüssel: EFQM (Brussels Representative Office)
- Güntert Bernhard, Bennina Orendi, Urs Weyermann (1989): Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung. Ergebnisse einer Untersuchung im Auftrag der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern. Bern: Huber
- Künzi Kilian, Marianne Schär Moser (2000): Voruntersuchung im Rahmen des Projekts «VAP» (Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich), unveröffentlichter Bericht zuhanden der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
- SRK Schweizerisches Rotes Kreuz (1992): Bestimmungen für die Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege an den vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkannten Schulen, Bern

Statistiken

- BSV (1998-2000): Spitex-Statistik 1997-1999
- GEF (1987-1999): Öffentliche Spitäler des Kantons Bern. Betriebliche Kennzahlen 1986-1998
- GEF (1993-1997): Schulen für Spitalberufe im Kanton Bern. Betriebliche Kennzahlen 1992-1996 (1999)
- GEF (1998-2000): Statistik über die Hilfe und Pflege zu Hause im Kanton Bern 1997-1999
- GEF (2000): Entwicklung des Lernendenbestandes/der Diplomabschlüsse 1997-1999, internes Arbeitspapier v. D. Heilbronn
- H+ (1987-1996): Spitalstatistiken. Administrative Statistik 1987-1996
- KKC (1991-2000): Jahresauswertungen 1990-1999
- SRK (1996-2001): Statistik Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen 1990/1995-2000
- SRK (2000/2001): Männer in den Gesundheitsberufen. In: Journal aktuell, 5/2000, 1/2001, 2/2001
- VBA (1991-2000): Kenndaten 1990-1999
- VBA (2001): Interne Gesamtübersicht zur Anzahl Schüler/innen und Fähigkeitsausweise Betagtenbetreuung VBA