

Reparaturbetrieb Krankenhaus DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege

Langfassung des Artikels aus Dr. med. Mabuse Nr. 166, März/April 2007

Sabine Bartholomeyczik

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) hat auch Veränderungen in der Pflege bewirkt. Bisher war jedoch unklar, wie diese genau aussehen. Sabine Bartholomeyczik gibt einen Überblick über die Ergebnisse aktueller Studien. Ihr Fazit: Die DRGs stehen einer nachhaltigen pflegerischen Versorgung im Krankenhaus eher im Weg.

Die Einführung des DRG basierten Entgeltsystems für Krankenhäuser hat in der Pflege Vorbehalte und Ängste hervorgerufen, die im Wesentlichen damit zusammenzufassen sind, dass das System die Abbildung pflegerischer Leistungen nicht oder zu wenig vorsehe, es werde nur die medizinische Behandlung berücksichtigt. Zu begründen sind diese Bedenken vor allem damit, dass die DRG-Definitionen auf medizinischen Diagnosen beruhen, die nachweislich einen sehr unterschiedlichen Pflegeaufwand erfordern können (Eberl et al. 2005, Bartholomeyczik 2002). Im Folgenden werden einige empirische Befunde vorgestellt, die Aussagen über Veränderungen der Arbeitsstrukturen Pflegenden in Krankenhäusern in Zeiten der DRG-Einführung ermöglichen sollen und damit auch Hinweise darauf geben, ob die negativen Erwartungen eingetreten sind.

Zuvor aber muss festgestellt werden, dass die Einführung der DRG mit der Absicht, die Verweildauer im Krankenhaus zu kürzen und dadurch Kosten zu senken, einen seit langem sichtbaren Trend nur beschleunigt hat und nicht etwa erst entstehen ließ. Trotz einer Verweildauerverkürzung zwischen 1993 und 2003 von 12,5 auf 8,9 Tage im Durchschnitt, ist in Deutschland die Verweildauer gemessen an vergleichbaren anderen europäischen Ländern nach wie vor am längsten. Ähnlich sieht es mit der Bettenzahl aus, die zwischen 1993 und 2003 zwar um fast 14 Prozent gesunken ist, aber immer noch „Spitzenreiter“ im europäischen Vergleich ist – wie dies in dem neuen Gesundheitsbericht bezeichnet wird (Robert Koch-Institut et al., 2006, S. 161, 169). Die Personalsituation hat sich für die beiden wichtigsten Berufsgruppen im Krankenhaus unterschiedlich entwickelt: Während die Beschäftigtenzahl zwischen 1993 und 2003 insgesamt um 2,7 Prozent zurückging, stieg sie bei den Ärzten in diesem Zeitraum um etwa 20 Prozent. Die Zahl der Pflegenden dagegen sank, vor allem nachdem die Gültigkeit der PPR als Personalbemessungssystem beendet worden war: zwischen 1995 und 2004 ging sie um 11 Prozent zurück. Über die Gründe dieser unterschiedlichen Entwicklung mag man spekulieren, ob sie im Hinblick auf die Versorgungsqualität erforderlich ist, scheint zweifelhaft. Hier wirken sich wohl eher Aspekte aus wie ein relatives Überangebot an ÄrztInnen in den 90er Jahren oder die Macht der politischen Interessenvertretungen etc. Nachdem seit kurzem ein relativer Ärztemangel sichtbar wird, entsteht auch eine neue Diskussion über die Arbeitsverteilung zwischen den beiden Berufsgruppen. Inwieweit es angebracht ist, das Pflegepersonal bei einer deutlichen Zunahme älterer PatientInnen zu reduzieren, sollte genauer hinterfragt werden. Entsprechend den demographischen Veränderungen und den medizintechnischen Entwicklungen nahm von 1994 bis 2003 die Altersgruppe der über 75-jährigen PatientInnen um etwa 25 Prozent zu.

Ergebnisse des „DRG-Projekts“

Die ersten angekündigten empirischen Befunde stammen aus einer Untersuchung, die als studentisches Lehr- und Lernprojekt im Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke durchgeführt wurde. Jeweils im Herbst 2003, 2004 und 2005 wurden an drei Krankenhäusern der Maximalversorgung in jeweils zwei Stationen Informationen über die Pflegearbeit erfasst. Dazu wurden zum einen die Pflegenden nach ihren

subjektiven Eindrücken über die derzeitige Situation befragt und zum anderen jeweils über sieben Tage lang eine Multimomentaufnahme (MMA) der pflegerischen Arbeit durchgeführt. Bei der MMA wurde während einer ganzen Woche alle 10 beziehungsweise 5 Minuten festgehalten, was die Pflegenden der Station gerade tun. Damit kann zwar nicht die Zeitdauer einer einzelnen Tätigkeit festgestellt werden, aber die relativen Anteile unterschiedlicher Tätigkeiten an der gesamten Arbeit eines Teams.

Eine Auswahl der MMA-Daten zeigt einige bemerkenswerte Ergebnisse (Abb. 1):

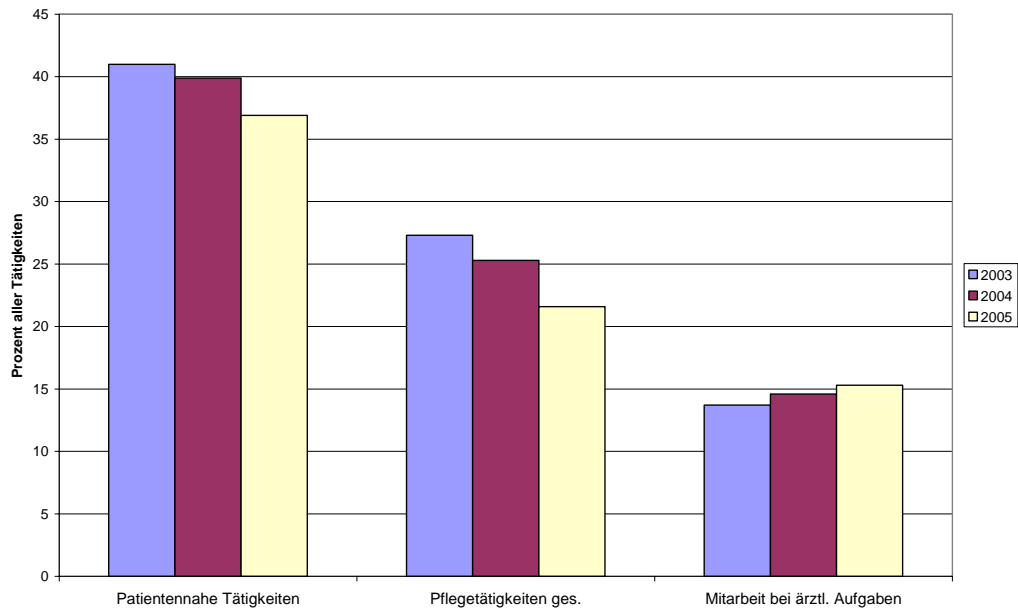


Abb. 1: Relative Anteile von Tätigkeiten des Pflgeteams.

Der relative Anteil patientennaher Tätigkeiten, der sich aus pflegerischen Tätigkeiten und Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie (Delegationsaufgaben) zusammensetzt, ist zwischen 2003 und 2005 zurückgegangen. Dieser Rückgang beruht vor allem auf einem Rückgang der direkten Pflege, während die Mitarbeit bei ärztlichen Aufgaben leicht zugenommen hat.

Ein etwas genauerer Blick auf einzelne Tätigkeiten zeigt, dass innerhalb der pflegerischen Aufgaben die Kommunikation, die nicht während einer anderen Pflgetätigkeit nebenher läuft und sich vor allem auf spezielle Informationen, Krankheitsanfragen, organisatorische Fragen etc. bezieht, abgenommen hat (Abb. 2). Dabei war ihr Umfang auch zu Beginn mit etwas mehr als 6 Prozent aller Tätigkeiten nicht sehr groß.

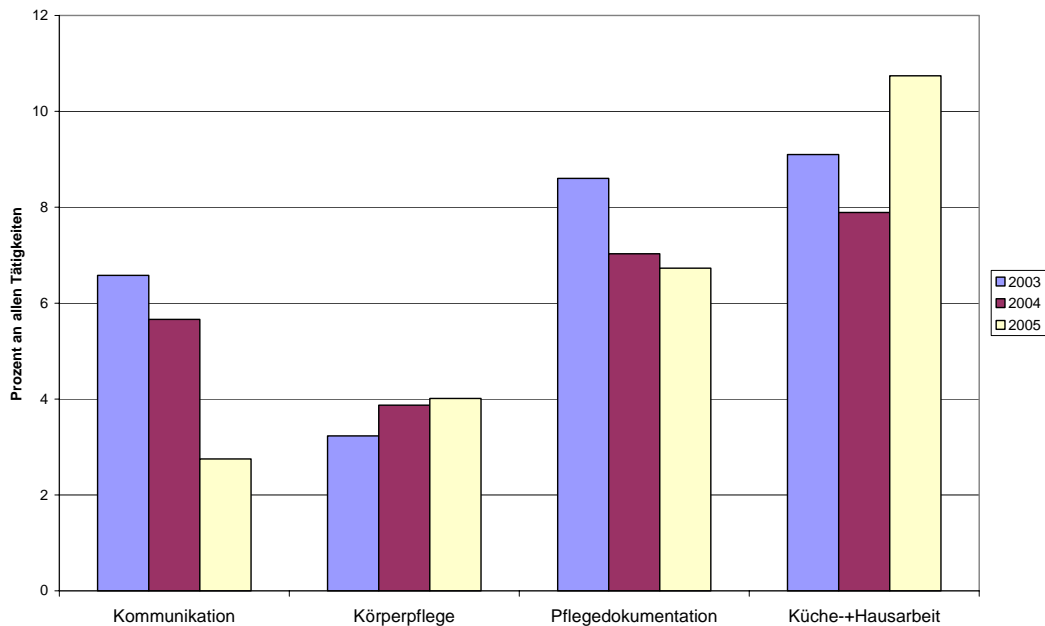


Abb. 2 Ausgewählte Einzeltätigkeiten des Pflegeteams

Die viel beklagte Pflegedokumentation nimmt deutlich mehr Raum ein als die Kommunikation und auch die Körperpflege, hat aber zu Zeiten der DRG-Einführung abgenommen. Auf Einzelnachfragen war zu erfahren, dass neue Computer gestützte Dokumentationssysteme nach einer Einarbeitungszeit zu einer Arbeitersparnis geführt haben. Bemerkenswert ist, dass unter den Bedingungen der Arbeitsverdichtung die relativen Anteile der Küchen- und Hausarbeit eher zunehmen und insgesamt die Anteile von Kommunikation oder Körperpflege deutlich übersteigen. Auch wenn PflegehelferInnen und Auszubildende anteilig etwas mehr Küchen- und Hausarbeitsaufgaben übernehmen als die qualifizierten Pflegenden, darf nicht übersehen werden, dass knapp 80 Prozent aller Tätigkeiten von qualifizierten Pflegenden durchgeführt werden, es also nur einzelne Hilfskräfte sind, die diese Aufgaben übernehmen und noch ein beträchtlicher Anteil bei den qualifizierten Pflegenden bleibt. Die Befragung der Pflegenden auf den Projektstationen erbrachte unter anderem, dass die Angst vor Arbeitsplatzverlust steigt. Dies ist zwar bei dem allgemeinen Umfang an Arbeitslosigkeit nicht erstaunlich, aber dennoch bemerkenswert, weil Pflege vor noch nicht allzu langer Zeit als krisensicherer Beruf galt (zumindest in Westdeutschland) – und ein neuerlicher Mangel wieder abzusehen ist.

Auf den Projektstationen dokumentieren die meisten Pflegenden sogenannten pflegerelevante Nebendiagnosen, die auch als schweregradrelevant zu bezeichnen sind. Jedenfalls handelt es sich um medizinische Diagnosen, die angeblich einen besonders hohen Pflegeaufwand nach sich ziehen und von Pflegenden oft besser erkannt würden als von den Ärzten (Beispiel Inkontinenz). Pflegediagnosen sind sie trotzdem nicht unbedingt, wobei die letzteren als Basis zur Begründung von erforderlichen Pflegeleistungen eigentlich wichtig wären und die medizinischen Diagnosen ergänzen müssten (Hunstein et al. 2001). Die Befragung erbrachte aber auch, dass weniger als die Hälfte der Pflegenden geschult worden war, um „pflegerelevante Nebendiagnosen“ erkennen zu können. Obwohl es noch nicht lange her ist, dass Diagnostik als ausschließlich ärztliche Aufgabe angesehen wurde, dürfen Pflegenden dies gerne übernehmen, wenn es um die Begründung von Kosten geht und Ärzte Aufgaben delegieren möchten. Und dann wird es auch als selbstverständlich vorausgesetzt. Hier darf gefragt werden, ob Pflegenden als „Lückenbüßer“ fungieren sollen.

Positiv zu vermerken ist bei den Ergebnissen, dass zumindest aus pflegerischer Sicht zunehmend ein geplantes und standardisiertes Entlassungsmanagement durchgeführt wird, bei dem der Sozialdienst und Pflegenden

zusammenarbeiten. Überleitungsfachpersonen werden vermehrt tätig. Es entsteht der Eindruck, dass der Expertenstandard Entlassungsmanagement vermehrt umgesetzt wird. Den Ärzten dieser Abteilungen scheint dies aber weitgehend unbekannt zu sein, wie eine einmalige Befragung der Ärzte in den Projektabteilungen zeigt.

Weitere Studien

In ungefähr der gleichen Zeit wie das geschilderte „DRG-Projekt“ wurden Pflegenden zu beruflichen Belastungen und Beanspruchungen mit einem für alle Berufe geeigneten Fragebogen: COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) befragt. Die Daten stammen aus zwei verschiedenen Projekten aus den Jahren 2003/04 (Nübling et al. 2005) und 2005/06 (www.arbik.de).

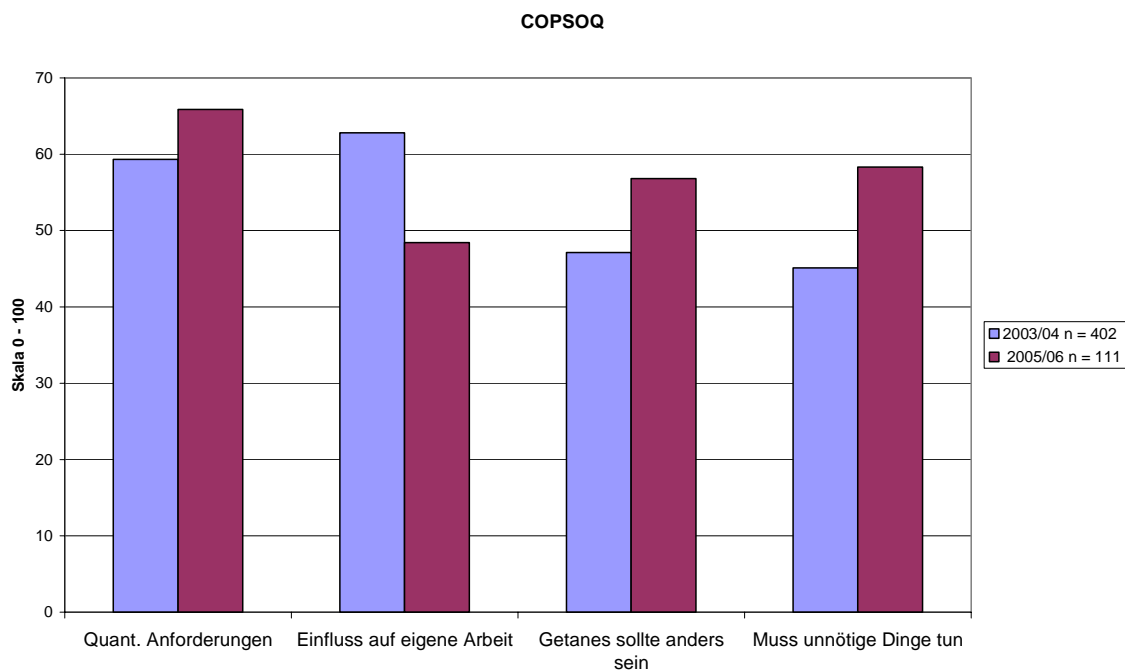


Abb. 3: Bewertungen der Arbeit durch Pflegende

Interpretiert man den zeitlichen Zwischenraum zwischen den beiden Studien als inhaltliche Veränderung, so zeigt sich bei einer relativ leichten Zunahme quantitativer Anforderungen eine deutliche Abnahme des Einflusses auf die eigene Arbeit verbunden mit dem gewachsenen Gefühl, dass das Getane anders sein sollte und unnötige Dinge getan werden müssen. Anders gesagt: die Arbeit verdichtet sich und verliert dabei gleichzeitig ihre Qualität, dafür gibt es mehr unnötige Aufgaben, aber beeinflussen lässt sich das immer weniger. Die Entfremdung scheint demnach deutlich zuzunehmen.

Da bei der direkten Versorgung der Patienten im Krankenhaus vor allem die beiden Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegenden von Bedeutung sind und eine gute Abstimmung zwischen den Berufsgruppen von größter Bedeutung ist, wurden Pflegende und Ärzte in dem oben genannte Arbik-Projekt danach speziell befragt (www.arbik.de). Zusammengefasst kann als Ergebnis dazu festgehalten werden, dass es von Seiten beider Berufsgruppen wenig Verständnis für die jeweils andere berufliche Situation gibt. Vielfach fühlen sich die Pflegenden von den Ärzten nicht geschätzt. Außerdem beklagen sie (wie eh und je) die schlechte Organisierbarkeit der Visiten, während die Ärzte eine fehlende Verbindlichkeit von Absprachen sehen. Verstärkt wird dies vor allem auf chirurgischen Stationen dadurch, dass Ärzte meist abwesend sind, aber auch auf internistischen Stationen sind sie nur punktuell vor Ort. Schließlich zeigt sich, vor allem in der ärztlichen

Hierarchie, dass die Entfernung von den Alltagsanforderungen auf Station mit einem geringer werdenden Verständnis für interdisziplinäre Entwicklungsnotwendigkeiten verbunden ist. Chefärzte sehen den Stationsbetrieb mit völlig anderen Augen als die vorwiegend auf Station arbeitenden Ärzte und schon gar als die Pflegenden.

Neue Aufgaben für die Pflege

Die geschilderten Befunde zeigen zusammengefasst, dass Pflegende in den letzten Jahren relativ gesehen weniger bei den Patienten sind, obwohl diese im Durchschnitt kränker werden, also mehr direkte Unterstützung benötigen. Der Umfang der von Ärzten delegierten Tätigkeiten hat nicht abgenommen, wohl aber die direkte Pflege und darin vor allem die Kommunikation. Bei letztere würde man zumindest einen Bedeutungszuwachs erwarten, sollten doch die Patienten bei kürzer werdender Verweildauer besser informiert und angeleitet, dafür aber schneller das Krankenhaus verlassen können. Ein zunehmender Druck von „oben“ und „außen“, das heißt vor allem durch ökonomisch begründete Argumente führt zu dem Gefühl stärkerer Fremdbestimmtheit verbunden mit der Idee, dass ein Teil der vielen Arbeit völlig unnötig sei. Eingebettet ist diese Arbeitssituation in eine häufig als dysfunktional zu bezeichnende „Zusammenarbeit“ zwischen Pflegenden und Ärzten, die die Belastungen allseits spürbar erhöhen.

Um auf die Ausgangsfrage zurückzukommen, so kann mit den vorgestellten Ergebnissen nicht widerlegt werden, dass pflegerische Leistungen durch das DRG-System unsichtbarer werden.

Die derzeitigen Arbeitsanforderungen in der Krankenhausversorgung unter der Maxime der Verweildauerverkürzung und vor allem der Kostenersparnis werden nach außen hin vor allem unter zwei Perspektiven diskutiert. Die vorrangige ist natürlich die ökonomische, die für den Pflegebereich mit Vorschlägen versehen ist, die zum Beispiel heißen, dass es pro Schicht nur noch einer qualifizierten Pflegenden bedürfe, dass ein neuer Assistenzberuf eingeführt oder vermehrt Arzhelferinnen eingesetzt werden sollten. Die eine Pflegefachperson könne alle individuellen Pflegepläne erarbeiten und das Assistenzpersonal überwachen. Die zweite Perspektive ist eine ärztliche, das heißt Krankenhausbehandlung wird mit ärztlicher Behandlung gleich gesetzt so wie die Idee der DRG auch auf einem medizinisch/ärztlichen Paradigma beruht. Wenn ärztliche Behandlung im Vordergrund steht, liegt es bei einer Arbeitsverdichtung nahe, weitere ärztliche Tätigkeiten an Pflegende zu delegieren, wie zum Beispiel Blut abnehmen, intravenös Spritzen, Infusion anlegen. Im Pflegemanagement wird dies offenbar auch oft als wichtige und sinnvolle Maßnahme angesehen (Job et al. 2006).

Die Patienten besser entlassen

Wesentlich wäre jedoch, eine Perspektive einzunehmen, die zumindest eine so gute Patientenversorgung im Blick hat, dass die Entlassung einer Wiedereinweisung vorbeugt. Derzeit vermittelt sich der Eindruck, dass die Energien bei Thema Wiedereinweisungen eher in Richtung neuer DRG-Bezeichnungen gehen als auf Aktivitäten zur nachhaltigen Gestaltung der Entlassung. Das Interesse der meisten Patienten widerspricht nicht unbedingt manchen Zielen der Kostensenkung, die Verkürzung der Verweildauer kommt ihnen eigentlich entgegen. Die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung ergibt sich heutzutage in der Regel daraus, dass die Krankheit oder der Umfang der ärztlichen Behandlung (zum Beispiel Operation) eine stationäre pflegerische Versorgung erforderlich macht. Wenn diese nicht notwendig ist, können die meisten ärztlichen Maßnahmen auch außerhalb

des Krankenhauses bzw. ambulant durchgeführt werden. Patienten kommen also wegen der Pflege und wegen kontinuierlicher gesundheitlicher Überwachung ins Krankenhaus. Wenn Ziel der Krankenhausversorgung ist, möglichst schnell entlassen zu können, dann muss sie sich auch gezielt damit befassen. Eine Krankenhauspflege müsste also vor allem in der Unterstützung der Patienten für eine schnellstmögliche Entlassung bestehen. Leider gibt es nach wie vor keinen rationalen Diskurs über Kriterien, die die Entlassungsfähigkeit von Patienten anzeigen, obwohl auch dies seit Jahren eingefordert wird (Bartholomeyczik 2002). Es wäre gerade die Aufgabe Pflegender, Patienten darin zu unterstützen, möglichst schnell eine körperliche Selbständigkeit zu erhalten sowie ihre Kompetenzen zum Selbstmanagement und zur Selbstpflege zu entwickeln. Pflegende als diejenigen, die als einzige Berufsgruppe ständig auf Station sind und damit auch die Prozesssteuerung im Sinne einer Organisation in den Händen haben sollten, wären besonders geeignet, Empowerment und Patientenedukation zu vermitteln. Im übrigen wurde dies schon vor Jahrzehnten in der Ottawa Charta der WHO gefordert (1986).

Nach den oben dargestellten Ergebnissen gibt es aber keine Anhaltspunkte, dass dies vermehrt geschieht, im Gegenteil, die Anzeichen mit abnehmender Kommunikation und geringeren patientennahen Anteilen der Arbeit sprechen eher dagegen.

Die zunehmende Wandlung des Krankenhauses in einen Intensivreparaturbetrieb erfordert eine Neustrukturierung der Aufgaben. Hier müssen Pflegende neue Verantwortungen und Handlungsbereiche im Zusammenhang mit der Prozesssteuerung, Empowerment und Patientenedukation übernehmen, alles Erfordernisse, die bisher zu kurz kommen. Sie müssen allerdings von den Pflegenden auch lautstark eingefordert werden.

Anmerkungen

Der Artikel beruht im Wesentlichen auf einem Referat zum selben Thema beim Kongress „Medizin und Gewissen“ der IPPNW am 21. Oktober 2006.

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2002). Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In Kolb, S. et al. IPPNW (Hrsg.), *Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde...* (229-235). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Eberl, I., Bartholomeyczik, S., & Donath, E. (2005). Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. *Pflege*, 18, 364-372.
- Hunstein, D., & Bartholomeyczik, S. (2001). DRGs und Pflege. *Mabuse*, 130, 24-26.
- Job, P., Voigt, H., & Leffler, K. (2006). Hohe Übereinstimmung beim "heißen Eisen" Delegation. *Die Schwester Der Pfleger*, 690-694.
- Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstruments*. Dortmund u.a.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Robert_Koch-Institut, & Statistisches_Bundesamt (2006). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- WHO - World Health Organization (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa

Sabine Bartholomeyczik,
geb. 1944, Krankenschwester, Soziologin,
Professorin am Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten/Herdecke.
sbartholo@uni-wh.de