

Editorial

«Bis der Patient seinen Dekubitus hat, ist er längst entlassen...»

Diese Aussage fiel im Verlauf einer kontrovers geführten Diskussion mit einer verantwortlichen Führungskraft eines deutschen Krankenhauses.

Ein Einzelfall? Dies bleibt natürlich zu hoffen, aber vieles spricht dagegen. Vielerorts scheinen ökonomische Begriffe wie Effizienz und Effektivität der Behandlung die Beschäftigung mit einer individuellen Bedarfslage abgelöst zu haben. Der Patient mutiert dabei vom Subjekt zum DRG-relevanten Objekt, zum Auslöser medizinisch-ökonomischer Klassifikationscodes, die ihn einer finanziell mehr oder weniger attraktiven Fallgruppe zuweisen. Früher benötigten wir Geld, um Patienten versorgen zu können – heute benötigen wir Patienten, um Geld zu verdienen.

Doch das verdiente Geld reicht offenbar nicht aus, denn die Zeitungen in Deutschland sind voll mit Schlagzeilen wie «Abbau von 110 der 768 Stellen im stationären Pflegebereich» (Sindelfinger Zeitung vom 30.10.2006); «Das Pflegepersonal wurde von 193 auf 166 Stellen reduziert» (Kölner Stadt-Anzeiger vom 30.10.2006); «Abbau von 144 Pflegekraftstellen» (Krefelder Zeitung vom 1.11.2006).

Der Deutsche Pflegerat rechnet bis zum Ende der DRG-Konvergenzphase mit einem Verlust von etwa 10% der Pflegestellen im Krankenhausbereich. Damit verblieben dort nur noch rund 278 000 VK Pflege. Und dies, obwohl schon in den vergangenen Jahren ein schleichender Stellenabbau stattgefunden hat. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes (2005) ist die Zahl der Pflegekräfte im Krankenhaus seit ihrem Hoch im Jahr 1995 kontinuierlich gesunken (minus 12%) und liegt heute unter dem Niveau von 1991. Die Belastungskennzahl «Patientenfälle pro Vollkraft Pflege» ist in den Jahren 1991 bis 2002 (also noch vor Einführung der DRGs) von 44,7 auf 54,3 Fälle/VK (plus 21%) gestiegen. Nimmt man die Prognose des Deutschen Pflegerats bei einer in etwa stagnierenden Fallzahl, wären dies im Jahr 2009 bereits rund 60 Fälle/VK Pflege (plus 35% gegenüber 1991).¹

Auswirkungen

Dies führt zu einer paradoxen Situation: Es kann für den Patienten in Zukunft gesünder sein, sich vom Krankenhaus

möglichst fern zu halten. Darauf deuten zumindest jene Studien hin, die den Zusammenhang zwischen der Zunahme von «Komplikationen» wie Mortalität, Mangelernährung, Medikamentenfehler, Dekubitusrate usw. und einem Stellenabbau in der Pflege untersuchen (z.B. Cho, Ketefian, Barkauskas & Smith, 2003; Cummings, Hayduk & Estabrooks, 2006; Tourangeau, Cranley & Jeffs, 2006). Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski und Silber (2002) errechneten beispielsweise 2,6 zusätzliche Tote pro 1000 Patienten bei einer Zunahme von sechs auf acht zu betreuenden Patienten pro Pflegekraft (Aiken et al., 2002, 1991).

Pikante Anmerkung am Rande: Wenn ein Medikament in den Verdacht kommt, am Tod von etwa 100 Menschen schuld zu sein, wie z.B. Lipobay® im Jahre 2002, hat dies negative Auswirkungen auf die Aktienkurse der entsprechenden Pharmafirma, im Fernsehen werden Sondersendungen platziert und das Medikament trotz immenser Entwicklungskosten vom Markt genommen.

Müssen wir also erst darauf warten, dass sich die Personalverknappung im Pflegebereich eines Tages in einem medienwirksamen Schaden für die Patienten niederschlägt? Zynisch ausgedrückt und ein wenig um die Ecke gedacht: *Bad News Are Good News!*

Ist weniger mehr?

Die Pflege steckt in einem Dilemma: Wir können nicht nachweisen, welche Vorteile mit einer in Expertise und Menge angemessenen Personalausstattung verbunden sind, da wir bis heute nicht wissen, wie viel Personal erforderlich ist, um einen bestimmten messbaren Erfolg zu erzielen (Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz, 2004). Und dies, obwohl das Thema «Personalmangel in der Pflege» schon vor über 50 Jahren thematisiert wurde (z.B. Hall, 1950). So lange wir aber nicht einmal die ökonomischen Anteile von «Angemessenheit» kalkulieren können, können wir in der öffentlichen Diskussion nur schwer argumentieren.

Mittlerweile liegen die ersten Veröffentlichungen aus dem deutschsprachigen Raum vor, die sich mit veränderten Arbeitsinhalten und den Folgen von Personalreduktion beschäftigen. Auf zwei dieser Studien, die diesem Themenbereich zugeordnet werden können, möchte ich kurz eingehen, da sie aus meiner Sicht auch einen berufspolitisch relevanten Aspekt dieser Entwicklung aufzeigen:

1. Die RICH-Studie der Universität Basel (Schubert, Schaffer-Witvliet, de Geest, Aiken, Sloane, Clark, Abraham & Glas, 2005): dort wurde u.a. Komplikationen, Arbeitszufriedenheit, Patientenzufriedenheit, Burnout und implizite Rationierungen erfasst.

¹ Die Zahl der Klinikärzte hat sich seit 1991 um 23% erhöht, wodurch sich die Belastungszahl «Verhältnis Patienten/VK Arzt» trotz Fallzahlsteigerung von 153,1 im Jahr 1991 auf 143,6 im Jahr 2004 (minus 6%) verbessert hat.

2. Eine Longitudinalstudie der Universität Witten/Herdecke (Bartholomeyczik, 2006; Hausner, Juchems, Richter, Schulze-Geiping, Simon, Voß, Wiedemann, Donath & Bartholomeyczik, 2005): dort wurden zwischen 2003 und 2006 zu drei Erhebungszeitpunkten die Veränderungen von Arbeitsinhalten im zeitlichen Zusammenhang mit der DRG-Einführung gemessen.

Beide Studien deuten auf ähnliche Muster hin: Wenn Leistungen aus Zeitmangel wegfallen, dann sind es von den patientennahen Tätigkeiten am ehesten jene, die entweder im Zusammenhang mit dem Wiedergewinn von Selbstständigkeit stehen (z.B. Aktivierung, Anleitung, Schulung), die der Sicherheit der Patienten dienen (Überwachung, Prophylaxen) oder die dem psychosozialen Bereich zuzuordnen sind (Kommunikation, Zuwendung). Von den patientenfernen Tätigkeiten war es die Dokumentation, die am ehesten entbehrlich erschien.²

Diese rein kompensatorische und eben *nicht explizite* Rationierung von Pflege führt zu einer neuen Form der Satt-und-Sauber-Pflege, was im schlimmsten Fall in Kompetenzverlust und Deprofessionalisierung gipfelt (vgl. auch Schaeffer, 2003).

Eine provokante Alternative zum kompensatorischen Ansatz: Alle Leistungen, die nicht unmittelbar der Abwehr von Gefahr für Leib und Leben dienen, fallen bewusst, gezielt und öffentlichkeitswirksam weg. Gleichzeitig wird die Dokumentation intensiviert, um die Diskrepanz zwischen Pflegebedarf auf der einen Seite und den nicht erbrachten Leistungen auf der anderen Seite nachzuweisen. Aber abgesehen von der Schwierigkeit, zwischen «notwendigen» und «entbehrlichen» Pflegeleistungen zu differenzieren, müsste sehr genau abgewogen werden, ob sich die Pflege damit einen Gefallen tun würde.

Der Pflege eine Stimme geben

Vielleicht sollte man eher darüber nachdenken, wie man Öffentlichkeit ohne negative Schlagzeilen herstellen kann. «From Silence to Voice»³ ist der Appell, mit dem Buresh und Gordon seit über sechs Jahren Pflegende auffordern, jeden Tag darüber zu sprechen, welche Erfolge Pflege erzielen kann. Über diese Transparenz soll, ganz im Sinne der Jellinek'schen «normativen Kraft des Faktischen» eine Form der Unentbehrlichkeit erzeugt werden. Dies ist aus meiner Sicht ein ermutigender Gedanke.

Um dazu beizutragen, dass die Pflege eine Stimme erhält, möchte ich abschließend vier Denkanstöße geben:

1. Ein Pflegepersonalmangel wurde zwar schon häufig reklamiert, nun stehen wir aber an der Schwelle zu einer neuen Dimension des Mangels, der bis zu einer Gefährdung der Gesundheitsversorgung führen kann. Dieses Risiko muss öffentlich gemacht werden, ohne dass die Pflege ein Negativ-Image erhält.

² Gleichzeitig hat in den letzten drei Jahren laut der Wittener Studie insbesondere die Mitarbeit bei ärztlichen Tätigkeiten zugenommen.

³ Unter dem Titel «Der Pflege eine Stimme geben» 2006 im Verlag Hans Huber auch auf Deutsch erschienen.

2. Die bisherigen Strategien, den Mangel zu kompensieren, bedienen sich im Wesentlichen konventioneller Denk- und Handlungsmuster. Diese mögen für eine kurzfristige Überbrückung geeignet sein, längerfristig stellen sie aber keinen Lösungsansatz dar und werden eher das Gegenteil bewirken.
3. Die Diskussion um neue Aufgabenfelder für die Pflege darf sich nicht auf die derzeit vieldiskutierte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten beschränken, sondern muss sich vielmehr in Richtung neuer Handlungsbereiche, wie Public Health, Prävention von Pflegebedürftigkeit, Beratung usw. bewegen, damit die Pflege in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung präsent wird.
4. Wir benötigen Daten, Daten und nochmals Daten, mit denen wir zeigen können, welchen Einfluss die Pflege auf die Gesundheitsversorgung hat, um entsprechende innovative Strategien entwickeln zu können. Dies geht nicht ohne standardisierte Assessmentinstrumente und eine ausreichend differenzierte Leistungsdokumentation.

Diese Denkanstöße sind alle nicht neu. Neu ist auch nicht, dass sie, damit sie von Erfolg gekrönt werden, auf allen Ebenen diskutiert werden müssen: In der Pflegewissenschaft genauso wie auf der Station, im Management genauso wie in der Bildung und nicht zuletzt in der Politik. Neu ist aber die Dringlichkeit, mit der wir uns mit den Folgen einer zunehmend ökonomisierten Umwelt befassen müssen.

Dabei werden wir um eine Diskussion über den Nutzen von Pflege, die über eine rein ökonomische Betrachtung hinausgeht, nicht herumkommen. Denn wie sagte Oscar Wilde so treffend? «Es gibt Menschen, die wissen von allem den Preis – aber den Wert von nichts.» (Bildnis des Dorian Gray, 4. Kapitel)

Dirk Hunstein, Dipl.-Pfleger (FH)
 HSK Pflegeforschung/-entwicklung
 Ludwig-Erhard-Straße 100, D-65199 Wiesbaden
 dirk.hunstein@hsk-wiesbaden.de

Literatur

- Aiken, L.H.; Clarke, S.P.; Sloane, D.M.; Sochalski, J.; Silber, J.H.: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama* 288, 2002, 16: 1987–1993.
- Bartholomeyczik, S.: Ausgewählte Ergebnisse zu Arbeitssituationen im Krankenhaus in Zeiten der Einführung des DRG-basierten Entgeltsystems. 20. Freiburger Symposium «Arbeitsmedizin und Gesundheitsdienst». Freiburg (Brsg.), 2006.
- Buresh, B.; Gordon, S.: *Der Pflege eine Stimme geben*. Verlag Huber, Bern, Göttingen, 2006.
- Cho, S.H.; Ketefian, S.; Barkauskas, V.H.; Smith, D.G.: The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nurs Res* 52, 2003, 2: 71–79.
- Cummings, G.G.; Hayduk, L.; Estabrooks, C.A.: Is the Nursing Work Index measuring up? Moving beyond estimating reliability to testing validity. *Nurs Res* 55, 2006, 2: 82–93.
- Hall, W.: Britain's approach to solve the nursing shortage has brought a change for the better. *Nurs World* 124, 1950, 9: 412–413; passim.
- Hausner, E.; Juchems, S.; Richter, I.; Schulze-Geiping, A.; Simon, M.; Voß, K.; Wiedemann, R.; Donath, E.; Bartholomeyczik, S.:

- Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs. *Pflege und Gesellschaft*, 2005, 10: 125–130.
- Lang, T.A.; Hodge, M.; Olson, V.; Romano, P.S.; Kravitz, R.L.: Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *J Nurs Adm* 34, 2004, 7–8: 326–337.
- Schaeffer, D.: Professionalisierung der Pflege. In: Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.): *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*. Hogrefe, Bern, Göttingen, 2003: 227–243.
- Schubert, M.; Schaffer-Witvliet, B.; de Geest, S.; Aiken, L.; Sloane, D.M.; Clark, S.; Abraham, I.; Glas, T.: *RICH Nursing Study: Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes*. Bern, Bundesamt für Gesundheit, 2005.
- Tourangeau, A.E.; Cranley, L.A.; Jeffs, L.: Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual Saf Health Care* 15, 2006, 1: 4–8.