Zeitschrift für medizinische Ethik 55 (2009)

Sabine Bartholomeyczik

Pflege im Krankenhaus unter den Bedingungen des sich wandelnden Gesundheitswesens

Zusammenfassung

Im Zuge des Wandels des Gesundheitswesens wurden Pflegestellen im Krankenhaus massiv abgebaut, die Arbeitsanforderungen haben sich drastisch erhöht. Dies ist nicht nur auf die beabsichtigte Kostenreduzierung zurückzuführen. Gleichzeitig gewinnen Arbeiten für Patienten, die als Folgen von Krankheiten zu ihrer Bewältigung entstehen, an Bedeutung. Hier ergeben sich notwendige Ansatzpunkte für die Pflege im Krankenhaus, von deren Erfüllung sich allerdings die Praxis immer weiter zu entfernen scheint. Die Diskussion, was eine Krankenhausversorgung leisten soll und welche Personalbesetzung dafür erforderlich ist, steht derzeit aus.

Abstract/Summary

Efficiency driven changes in the health care system are accompanied by an extensive reduction in the number of nursing staff. Work demand has been increasing dramatically. These developments cannot be explained by an intention to contain costs alone. At the same time the needs of people trying to cope with their diseases become more and more important. Nurses in hospitals should focus on these patients' needs and ensure continuity and safety of care. However, the day-to-day practice seems to be moving in the opposite direction. Public debate about the goals of hospital care and the staff needed to provide it is lacking.

Schlüsselbegriffe

Wandel des Gesundheitswesens; Pflege im Krankenhaus; DRG; Krankheitsbewältigungsaufgaben; Qualität der Versorgung.

1. Ausgewählte Aspekte des Wandels im Gesundheitswesen mit ihren Folgen für die Pflege

Allgemein herrscht Konsens darüber, dass der Wandel des Gesundheitswesens in erster Linie durch das politische Interesse gelenkt ist, Kosten für die gesundheitliche Versorgung durch Veränderung der Angebotsstruktur zu senken. Vor allem sollten die Beiträge für die Krankenversicherung gesenkt oder zumindest nicht gesteigert werden, eine Forderung, die im Zuge der Einrichtung des Gesundheitsfonds bereits Vergangenheit ist.

Ohne die demographische Entwicklung ist das Kostenproblem jedoch nicht zu verstehen, denn entgegen allen offiziellen Äußerungen sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen keineswegs »explodiert«, sondern in den vergangenen Jahren eher gleich geblieben. Geändert hat sich allerdings der Umfang der Einnahmen, weil der relative Anteil erwerbstätiger Menschen gesunken ist. Nach Rosenbrock handelt es sich also weniger um ein Kosten- als um ein Einnahmeproblem.[1]

Insbesondere die Kosten der Krankenhausversorgung, die derzeit etwa ein Viertel aller Gesundheitsausgaben ausmachen, stehen seit Jahrzehnten im Mittelpunkt von Bemühungen, sie einzudämmen. Seit 1993 sind sie insofern kontrolliert, als das Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgibt, welche Steigerungsraten möglich sind. Diese orientierten sich an der Entwicklung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen, die in manchen Jahren unter einem Prozent waren.[2] Das reichte keinesfalls aus, um Tariferhöhungen oder die Inflationsrate zu decken, folglich wurde an Personal gespart.

Seit etwa eineinhalb Jahrzehnten wird in den Krankenhäusern der ärztliche Dienst ausgeweitet, während in allen anderen Bereichen Stellen eingespart wurden. Da der ärztliche Dienst pro Stelle teurer ist als etliche andere Berufssparten im Krankenhaus, musste der Abbau im Wirtschafts- und Pflegebereich unter den Prämissen der Deckelung über proportional sein. Eine Analyse auf der Grundlage von Kostendaten zeigt, dass mehr als die Hälfte des Stellenabbaus im Pflegedienst

von Allgemeinkrankenhäusern nicht durch die allgemeine Deckelung zu begründen ist.[3]

Die genannte Entwicklung wurde fortgeführt und intensiviert durch die Einführung der DRG-basierten Finanzierung der Krankenhäuser mit ihren Vorformen 2003 und der landesweiten Einführung 2004. Grob gesagt baut die Idee dieser Finanzierung darauf auf, dass bei ähnlichen Diagnosen Gruppen gebildet werden können, die einen im Umfang ähnlichen Behandlungsaufwand hervorrufen und damit mit einer Durchschnittspauschale finanziert werden können. Diese Fallpauschalen sind idealtypisch an der erforderlichen Leistung orientiert und enthalten gleichzeitig den Anreiz für die Krankenhäuser, die Verweildauer zu senken, da die Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer gezahlt wird. Die Folge ist tatsächlich, dass die Verweildauer von Patienten im Krankenhaus in den vergangenen Jahren sehr deutlich zurückgegangen ist. Durch kontinuierliche Anpassung der DRGs an empirische Ergebnisse ergibt sich ein »Keller-treppeneffekt«,[4] weil die Durchschnittswerte der DRG meist als Obergrenzen genutzt werden.

Die geschilderten Entwicklungen haben insbesondere im Pflegedienst der Krankenhäuser zu erheblichen Arbeitsverdichtungen und damit zu vermehrten Belastungen geführt. Einige Zahlen zeigen folgendes Bild: Innerhalb von sechs Jahren (2000 bis 2005) wurden die Ärztestellen um etwa zwölf Prozent aufgestockt, während die Pflegestellen um neun Prozent abgebaut wurden.[5] Da aber auch die Zahl der Betten reduziert und die Verweildauer im Krankenhaus verkürzt wurde, besagen diese Daten noch wenig. Trotz Kürzung der Verweildauer, der Betten und der Krankenhäuser stieg die Zahl der Patienten, die in Krankenhäuser aufgenommen wurden. Daher ist die Angabe, wie viele Patienten (»Fälle«) auf eine Pflegende oder einen Arzt kommen, sehr viel aussagehaltiger. Innerhalb von sieben Jahren, also von 2000 bis 2006 stieg die Zahl der Fälle pro Pflegestelle um acht Prozent, während die der Ärzte im selben Zeitraum um 15 Prozent sank. Nimmt man einen 16 Jahreszeitraum, nämlich seit 1991 - also noch vor der Personalsteigerung im Pflegedienst durch die PPR (Pflegepersonalregelung, vgl. Abschnitt 5) dann ist die Zahl der Fälle pro Pflegestelle um 24 Prozent, also ein Viertel gestiegen.

	2000	2006	Veränderungen in % (2000-2006)	Veränderungen (1991-2006)
Fälle pro Pflegende	52	56	+ 8%	+ 24%
Fälle pro Arzt	159	136	- 15%	- 11%

www.gbe.de, eigene Berechungen

Insbesondere für die Arbeitsanforderungen in der Pflege ist weiterhin bedeutend, dass zunehmend mehr Patienten im Krankenhaus chronische Krankheiten haben, der Anteil Älterer an den Patienten steigt und die Multimorbidität zunimmt.[6]

2. Qualität der Pflege im Krankenhaus: einige Ergebnisse

Während es bisher in Deutschland keine umfassenden Untersuchungen gibt, die sich mit den Auswirkungen der Pflegepersonalbesetzung in Krankenhäusern auf die Gesundheit der Patienten beschäftigen, ist dies in Nordamerika anders. Hier gibt es eine Reihe von Studien, die nachweisen, dass der Gesundheitszustand von Patienten bei schlechter Besetzung mit Pflegepersonal deutlich negativ beeinflusst wird.[7] Insbesondere gesundheitliche Komplikationen als Folge des Krankseins sind hier betroffen, wie z.B. Dekubitus (Wundliegen), Harnwegsinfektion, Lungenentzündung, Venenthrombose, Stürze im Krankenhaus, aber auch Fehler bei der Medikamentengabe. Außerdem ist die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 30 Tagen nach einer Krankenhausaufnahme zu sterben, erhöht. Diese Ergebnisse sind in den verschiedenen Studien nicht alle einheitlich, auch die Methodologie der Studien unterscheidet sich, die Vergleichbarkeit ist nicht immer gegeben. Dennoch ist die zusammenfassende Tendenz eindeutig. Das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) gibt in seiner Übersichtsarbeit zum Thema zu bedenken, dass die nordamerikanischen Ergebnisse nicht unbedingt auf das deutsche Gesundheitssystem zu übertragen seien und fordert daher dringend Forschung ein, bislang allerdings ergebnislos.[8] Inzwischen liegt auch eine Studie zum Thema aus Großbritannien vor, die ebenfalls zeigt, dass Pflegepersonalausstat-

tung, Belastung und Burnout des Pflegepersonals und Gesundheitsindikatoren der Patienten zusammenhängen.[9]

Über die Qualität der Pflege und ihre Auswirkungen in deutschen Krankenhäusern lässt sich nur mittelbar etwas aussagen, vor allem lassen sich Bedingungen skizzieren, die auf die Qualität schließen lassen. So zeigt eine Längsschnittuntersuchung von Tätigkeiten Pflegender auf Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung, dass die Kommunikation Pflegender mit den Patienten, die nicht nur neben einer anderen Pflegemaßnahme nebenher läuft, in 2003 maximal gut sechs Prozent aller Tätigkeiten des Pflegepersonals umfasste und bis 2005 auf zweieinhalb Prozent abnahm.[10] Für Küchen- und Hausarbeit wird im Vergleich dazu mehr als zehn Prozent aller Tätigkeiten des Pflegeteams ausgewiesen. In derselben Studie ist ebenfalls zu sehen, dass patientennahe Tätigkeiten in den Jahren der Einführung der DRG-basierten Finanzierung insgesamt abgenommen haben. Darüber hinaus geben die hier auch befragten Pflegenden an, zunehmend Anleitung und Beratung der Patienten weglassen zu müssen, ebenso auch Prophylaxen (Vermeidung von schädlichen Krankheitsfolgen), obwohl beide Pflegetätigkeiten bei verkürzter Verweildauer immer wichtiger werden. Pflegende fühlen sich jedoch mit Beratung oft überfordert, sie scheinen diese im Krankenhaus wenig explizit und gezielt anzugehen, auch wenn sie sie durchführen. Erst seit 2004 wird Beratungskompetenz über das Krankenpflegegesetz als explizite Pflegekompetenz gefordert, während dies davor kein Thema war und sie in der Regel nicht im Rahmen der Ausbildung erlernt wurde. Daher erstaunt nicht, dass Pflegende oft kaum in der Lage sind, Beratung professionell durchzuführen. Selbst einfache Informationsvermittlung wird im Krankenhaus als unzureichend angesehen.[11] Auch die immer wieder geforderte Beziehungsgestaltung Pflegender erfolgt wenig professionell und hängt meist von spezifischen Situationen und beteiligten Individuen ab.[12]

Wie das bei Patienten ankommt, lässt sich zumindest im Bereich der Medikation zeigen, die oftmals einem komplexen Regime unterliegt. Vielfach fühlen Patienten sich hierbei unzureichend beraten und vor allem werden Anpassungsprobleme an ihre Lebenssituation nicht in Betracht gezogen.[13]

Wenngleich die frühestmögliche Einbeziehung von Angehörigen wesentlicher Bestandteil der Vorbereitung auf die Entlassung sein sollte, bei der der Patient in der Regel ja nicht »gesund« ist, erleben Pflegende die Unterstützung und Betreuung von Angehörigen als störenden Zusatz zu ihrer eigentlichen Arbeit.[14] Die defizitäre Situation hängt sicher nicht nur damit zusammen, dass in der Konzeption von Pflege Empowerment und Gesundheitsförderung mit dem Ziel des Selbstmanagements und der Selbstpflege nicht ernsthaft wahrgenommen werden,[15] sondern auch damit, dass diese Methoden umfassender Kompetenzen und damit einer spezifischen Qualifikation bedürfen.

Die Arbeitsverdichtung zeigt sich in verschiedenen Studien in Form eines überdurchschnittlich hohen Burnout und besonders hoher körperlicher Belastung deutscher Pflegender im Vergleich zu Kolleginnen aus anderen europäischen Ländern.[16] Pflegende in Krankenhäusern wollen zu einem höheren Grad ihren Beruf wieder verlassen als jene aus Altenheimen und ambulanten Pflegediensten.[17] Aber auch im Vergleich zu anderen weiblichen Berufen ist die Arbeitsbelastung bei Pflegenden höher und die Zeiten ihrer Arbeitsunfähigkeit sind länger.[18]

Ein dauerhaftes und nicht erst unter den verschärften Bedingungen entstandenes Problem stellt die Zusammenarbeit der beiden in der direkten Patientenversorgung wichtigsten Berufsgruppen dar: Der Pflegenden und der Ärzte. Pflegende erfahren große Hindernisse beim Einbringen ihres Wissens und ihrer fachlichen Kompetenz und dies vor allem vor dem Hintergrund von hierarchischen Strukturen seitens der Ärzte.[19] Sie erleben sich oft am Ende der Krankenhaushierarchie und berichten über Gefühle wie Enttäuschung, Verärgerung, Unzufriedenheit und Benachteiligung. Ärztliche und pflegerische Arbeitsabläufe unterliegen einer unterschiedlichen inhaltlichen und zeitlichen Logik, die in der Praxis dazu führt, dass sich die Pflegenden vor allem stark auf die Erfordernisse des medizinischen Dienstes einstellen und die eigenen Arbeitsabläufe danach ausrichten. Pflegende fühlen sich mit ihren Arbeitsaufgaben allein gelassen und klagen über mangelnde Wertschätzung. Insgesamt ist die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen durch eine hohe Konfliktanfälligkeit geprägt.[20] Bei ohnehin verstärkter Arbeitsverdichtung

und -belastung wirken sich derartige Reibungsverluste in der Regel zu Lasten der Versorgungsqualität der Patienten aus.

3. Leben mit Krankheit: Bewältigungsaufgaben

Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitspolitisch beabsichtigte kürzere Verweildauer den Interessen der Patienten grundsätzlich entgegenkommt, denn in der Regel geht niemand gerne oder länger als unbedingt nötig ins Krankenhaus. Außerdem hat ein langer Krankenhausaufenthalt für viele Patienten nachteilige Wirkungen wie den Verlust von Unabhängigkeit, ein erhöhtes Risiko für Infektionen, vermindertes Wohlbefinden und Lebensqualität,[21] daher ist eine verantwortliche Kürzung der Verweildauer nicht nur aus ökonomischen Gründen ein wichtiges Ziel der Krankenhausbehandlung. Die kürzere Verweildauer bedeutet jedoch für zunehmend mehr Patienten, dass auch nach der Entlassung weiterhin ein Versorgungsbedarf besteht, wenngleich dies nicht in jedem Fall die Inanspruchnahme professioneller Angebote mit sich bringen muss.
Für einen Teil der früher vom Krankenhaus übernommenen Versorgungsaufgaben sind nunmehr die Patienten und ihre Angehörigen selbst verantwortlich. Das bedeutet, dass sie sich damit auseinandersetzen müssen, wie sie mit ihren gesundheitsbezogenen Einschränkungen umgehen und wie sie sie bewältigen. Diese Auseinandersetzung führt zu Aufgaben der Krankheitsbewältigung, die hier im Sinne von Corbin und Strauss[22] verstanden werden. Maßnahmen im Sinne der Krankheitsbewältigung sind den prozesshaften Strukturen des Alltags unterworfen und beinhalten ein Wechselspiel von alltags-, krankheits- und biographiebezogener Arbeit, die ineinander verwoben sind und nur analytisch in verschiedene Bestandteile unterteilt werden:[23]

- Krankheitsbezogene Arbeiten schließen alles ein, was sich auf bestehende oder drohende gesundheitliche Beeinträchtigungen bezieht mit dem Ziel, ein möglichst hohes Maß an gesundheitlichem Wohlbefinden und Sicherheit zu verwirklichen. Hierzu können von den Betroffenen und ihren Angehörigen auch professionelle Gesundheitsdienstleister einbezogen werden. Dieser Bereich ist derjenige, der im

Krankenhaus durch die Gesamtorganisation gewährleistet wird und auf den sich die meisten Bestrebungen zur Förderung einer Patientenautonomie beziehen.

- Für ein Leben mit Krankheit ist dessen Integration in den Alltag erforderlich. Hierzu sind alltagsbezogene Bewältigungsarbeiten einzusetzen. Sie betreffen das Management aller Abläufe des täglichen Lebens, das vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr als Selbstverständlichkeit funktioniert. Dies sind Aufgaben, die meist erst nach einer Krankenhausentlassung einsetzen, für die aber während des Krankenhausaufenthalts wichtige Weichen gestellt werden sollten.
- Biographiebezogene Bewältigungsarbeiten schließen alles ein, was hilft, die Krankheit und die damit verbundenen Veränderungen der Lebenssituation in die Biographie zu integrieren. Genannt werden dabei Identitätsanpassungen und die Konzeption von Selbst und Körper.
- Schließlich gewinnen Steuerungsarbeiten zunehmend an Bedeutung, wenn die Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens sinnvoll genutzt werden sollen und Unterstützungssysteme organisiert werden müssen. Auch hier stellen sich die Aufgaben meist erst nach der Entlassung, sie müssen aber bereits vorher geplant werden.

Chronische Krankheiten sind durch Dauerhaftigkeit und Folgeerscheinungen wie z.B. Multimorbidität und Überlagerung von Krankheits- und Therapiefolgen gekennzeichnet. Außerdem bestehen sie aus wechselnden Abfolgen von krisenhaften, instabilen und stabilen Phasen, zu denen eine Akutbehandlung im Krankenhaus gehören kann. Die Bewältigungsarbeiten beziehen sich auf den gesamten Krankheitsverlauf, der durch komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen der physischen Entwicklung, den Zukunftsvorstellungen aller Beteiligten und den daran immer wieder anzupassenden Bewältigungsarbeiten gekennzeichnet sind. Auch Krankheiten, die nicht chronisch verlaufen, bestehen bei verkürzter Verweildauer im Krankenhaus noch bei der Entlassung und erfordern daher für die Patienten im Prinzip ähnliche vorausschauende Aktivitäten und enthalten Unterstützungsbedarfe, auf die während des Krankenhausaufenthalts eingegangen werden muss. Jeder Bruch in der Versorgung, jeder Einbruch bei den Bewälti-

gungsarbeiten kann diesen Krankheitsverlauf ganz empfindlich beeinflussen und vor allem negative Auswirkungen haben - wie vielfach nachgewiesen.[24]

Empirische Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass das Bewältigungshandeln chronisch Kranker vor allem auf das durch die Krankheit irritierte und bedrohte Leben ausgerichtet ist und nicht primär auf die Krankheit selbst.[25]

4. Aufgaben der Pflege im Krankenhaus: einige Schwerpunkte

Wenn Pflege heißt, sich mit dem Kranksein der zu Pflegenden auseinanderzusetzen, dann ist die Unterstützung der Patienten bei der Bewältigung für das Leben mit Krankheit eine ihrer wichtigen Aufgaben. Hierzu gehört selbstverständlich auch die meist als körperlich definierte Unterstützung bei den zentralen Aktivitäten des täglichen Lebens wie der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, der Ausscheidung, der Mobilität. Diese in der Pflegeversicherung als Pflegebedürftigkeit beschriebenen Aufgaben stellen aber nur einen relativ willkürlich ausgewählten, körperbezogenen und kleinen Anteil der Pflege dar. Außerdem wird Pflege so auf einen körperlich-technischen Ablauf reduziert, der der Verwahrung gilt und keine gesundheitsbezogenen order gar humanen Ziele verfolgt.

Ziel einer Pflege muss jedoch die weitestgehende Selbständigkeit der zu pflegenden Person zur Bewältigung ihres Lebens mit Krankheit sein. Im derzeitigen Wandel des Gesundheitswesens erlangen die Bewältigungsarbeiten eine immer größere Bedeutung, da Pflege und Behandlung so weit wie möglich aus den Versorgungsinstitutionen und dem Handeln Professioneller in die Hände der Betroffenen und ihrer sozialen Netze/ Familien gelegt werden. Auch dies hat sicher zwei Seiten: Einerseits werden die vormals ausschließlich als Empfänger professioneller »Segnungen« betrachteten Patienten zu Subjekten ihres Handelns und zu »Eignern« ihrer Krankheit. Das allerdings hat seine Grenzen dort, wo es zur Überforderung für die Betroffenen wird, wo keine sozialen Netze oder nahe Angehörige fähig oder bereit sind, sich zu engagieren und dadurch umfassende Einbrüche im Krankheitsverlauf entstehen können.

Ziel der kürzer werdenden Verweildauer im Krankhaus muss die Entlassungsfähigkeit eines Patienten sein, die u. a. an den genannten Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten gemessen werden sollte. Nach wie vor wird kaum diskutiert, was Entlassungsfähigkeit heißt, welche Eigenschaften eine Patientin nachweisen muss, die entlassungsfähig sein soll.[26] Richtschnur für eine Entlassung sind allerdings meist die Zeiten, die den DRG-Pauschalen zugrunde gelegt sind. Das geht soweit, dass Einzelberichten zufolge von Krankenhausmitarbeitern behauptet wird, bei der Diagnose x sei ein längerer Krankenhausaufenthalt nicht möglich, obwohl auch das DRG-System von der Berücksichtigung des individuellen Bedarfs ausgeht. Dennoch zeigt sich hier das Problem der Orientierung von Finanzierungsmaßstäben an Versorgungsinstitutionen, hier dem Krankenhaus, und nicht an Krankheitsverläufen.

Von Beginn des Krankenhausaufenthalts muss die Perspektive Entlassungsfähigkeit im Vordergrund stehen. Das bedeutet, Patienten und ihre Angehörigen zu Akteuren werden zu lassen, um sie auf ihre Krankheitsbewältigungsarbeiten vorzubereiten und sie darin zu unterstützen. Dies geschieht bisher allgemein in einem völlig unzureichenden Maße und wird im Krankenhaus noch mehr vernachlässigt als in der ambulanten Versorgung, weil der Alltag der Patienten und ihre damit verbundenen Lebensumstände ausgeklammert sind.

Die Komplexität des Krankenhauses als Organisation ist geradezu anfällig für Reibungsverluste zwischen Professionen genauso wie zwischen verschiedenen Funktionsbereichen, die einzeln »Zentrifugalkräfte« zu entwickeln scheinen, jeweils einer eigenen Logik folgend. Erwartet wird, dass sich die Patienten diesen Organisationslogiken anpassen. Unter dem Druck Arbeitsabläufe zu optimieren wird langsam bewusst, dass sich die komplexe Organisation Krankenhaus an den Patienten ausrichten muss. Insofern kommt nicht nur dem Schnittstellenmanagement, sondern auch der Schnittstellenreduktion und der Prozesssteuerung eine besondere Rolle zu und dies nicht nur innerhalb der Organisation, sondern auch bei der Aufnahme und der Entlassung.

Daran müssen die Aufgaben der Pflegenden ansetzen, die zentrale Aufgaben in der Förderung und Unterstützung der Entlassungsfähigkeit der Patienten und bei der Vermeidung von Reibungsverlusten durch Schnittstellen übernehmen müssen. Pflegende müssen zusätzlich zu der ärztlichen Versorgung das Ziel der Entlassungsfähigkeit der Patienten bei allen Unterschiedlichkeiten der Behandlung in den Vordergrund aller Bemühungen stellen. Inhalt dieser geforderten Förderung der Entlassungsfähigkeit muss die Vorbereitung der Patienten und Angehörigen auf die bestmögliche Übernahme der Bewältigungsarbeiten darstellen. Diese Pflegeaufgaben werden bereits seit Jahren als »innovative Potenziale und neue Handlungsfelder in der Pflege«[27] diskutiert, nämlich Beratung/Information, Gesundheitsförderung/Prävention/Rehabilitation,Koordination/Vernetzung/Kooperation. Eingebettet darin sind Empowerment und Patientenedukation, deren Ziel die Befähigung zum Selbstmanagement und zur Selbstpflege ist. »Selbst« spricht hier nicht nur die Patientin an, sondern auch potentielle Angehörige, d.h. diese sind so früh wie möglich in den Versorgungsprozess einzubeziehen. Empowerment bedeutet vor allem die Stärkung zur Übernahme der Krankheitsbewältigungsaufgaben. Dies kann allerdings nur dort gut gelingen, wo es in die individuelle Prozesssteuerung integriert ist.

Neben Schnittstellenmanagement und Entlassungsbefähigung ist als dritter Aufgabenbereich die Sorge für Kontinuität und Sicherheit der Versorgung zu nennen. Erreicht werden kann dies mit der Verantwortlichkeit einer Pflegenden für den gesamten Versorgungsprozess eines Patienten im Krankenhaus, von der Aufnahme bis zur Entlassung verbunden mit entsprechender Steuerungskompetenz. Das Modell des Primary Nursing, zu dem neben den Steuerungsaufgaben auch das Prinzip gehört, wesentliche Teile der erforderlichen professionellen Pflege selbst durchzuführen, ist hier angemessen.[28] Dabei sollte die verantwortliche Pflegende die Entlassung planen - natürlich unter Einbeziehung der relevanten Akteure. Sie wirkt als Koordinatorin, denn sie ist diejenige, die am nächsten am Patienten ist und die Verhältnisse am besten einschätzen kann. Die Steuerung und Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie die letztliche Entscheidung für organisatorische Fragen sollten in einer Hand liegen.

Kontinuität in der individuellen Versorgung kann auch bedeuten, dass einige bisher üblicherweise von Ärzten durchgeführte Behandlungsteile an die Pflegenden übergeben werden, weil Ärzte nicht kontinuierlich anwesend sind, z.B. in den operativen Fächern, wo sie wesentlich mehr Zeit im Operationssaal als auf Station verbringen oder in vielen konservativen Abteilungen, wo sie viel in den Funktionsbereichen arbeiten. Wichtig hierbei ist allerdings, dass derartige Veränderungen der Aufgabenstrukturen nicht dazu dienen, je nach Bedarf Lücken zu füllen, die die Ärzte hinterlassen. Vielmehr gehört dazu eine Entscheidungskompetenz der Pflegenden, bei der genau definiert werden sollte, was in die therapeutische Verantwortung der Ärzte und was in die pflegetherapeutische Verantwortung fällt.
Sieht man sich die ausschnittartig genannten Verhältnisse der Pflege im Krankenhaus an, so findet sich derzeit eine Entwicklung, die im Wesentlichen genau die entgegengesetzte Richtung einschlägt: Selbständigkeitsförderung, Prophylaxen (Prävention) und Beratung werden weniger, Kommunikation nimmt ab, statt Primary Nursing gibt es wieder die so genannte Funktionspflege, bei der eine Pflegende bei allen Patienten dasselbe tut: Fließbandpflege. Dadurch werden neue Schnittstellen geschaffen, Empowerment im genannten Sinne ist dabei nicht möglich, Kontinuität und Sicherheit widersprechen der Funktionspflege. Hinzu kommt, dass Ärzte vermehrt Arbeiten an Pflegende delegieren, ohne sie gleichzeitig mit entsprechenden Verantwortungskompetenzen auszustatten.

5. Begründungsansätze zum Stellenwert der Pflege

Mit dem Blick auf die Krankenhausversorgung, in der sich Erfordernis und Wirklichkeit der pflegerischen Versorgung dermaßen auseinander entwickeln, stellt sich die Frage, warum sich gerade die Pflege auf diesem Abwärtstrend befindet. Diese Frage sollte auch vor dem Hintergrund gestellt werden, dass Patienten ein Krankenhaus dann aufsuchen müssen, wenn sie neben der ärztlichen Behandlung umfassende Pflege oder eine ständige Überwachung benötigen, die meist auch durch Pflegende geleistet wird. Ärztliche Behandlungen ohne Pflegenotwendigkeit sind in der Regel auch ambulant durchführbar. Konsequenterweise wäre zu

erwarten, dass Pflege im Krankenhaus einen besonders hohen Stellenwert hat. Das Gegenteil ist allerdings der Fall.

Pflege im Krankenhaus unter den Bedingungen des sich wandelnden Gesundheitswesens

Zur Erklärung lässt sich natürlich die historische Entwicklung mit der dienenden, weiblichen und wissenschaftsfeindlichen Pflege sowie der herrschenden, männlichen und die Wissenschaft verkörpernden Medizin heranziehen.[29] Ich möchte aber eher die Auswirkungen dieser Entwicklung im heutigen System beleuchten.

Der Pflegedienst stellt die größte Berufsgruppe im Krankenhaus dar und benötigt ca. 23 Prozent der Brutto-Gesamtkosten.[30] Hier könnte unterstellt werden, dass Verantwortliche im Management eine relativ kleine Kürzung in diesem großen Bereich als relativ wirkungslos für die Qualität der Versorgung ansehen, wobei sie dann übersehen, dass eine Kürzung bei bereits knappen Ressourcen große Probleme erzeugen kann. Noch Anfang der 1990er Jahre wurde unter dem Eindruck eines erdrückenden Pflegepersonalmangels die Pflegepersonalregelung (PPR) beschlossen, nach der Pflegepersonalstellen je nach nachgewiesenem Arbeitsaufwand erhöht werden konnten. Dies führte innerhalb von drei Jahren zu einer Stellenausweitung von etwa 20 Prozent. Daraufhin wurde nach dreijähriger Dauer die PPR 1996 zunächst stillgelegt und dann abgeschafft. Seitdem gibt es kein Personalbemessungssystem mehr, Pflegeleistungen wurden gewissermaßen unsichtbar. Der Stellenabbau in der Pflege begann kurzfristig nach Aussetzen der PPR.[31]

Dies wird mit der DRG-Finanzierungslogik fortgesetzt, die - wie bereits beschrieben - darauf aufbaut, dass es Krankheiten (Diagnosen) gibt, die einen ähnlichen Umfang an medizinischer Behandlung erfordern und deswegen mit einer gleichen Pauschale entgolten werden können. Hierbei ist nicht die Pauschale das Problem, sondern dass ausschließlich die medizinische Behandlung betrachtet wird. Dabei wird übersehen, dass pflegerische Versorgung noch andere Anlässe hat als die Krankheit im Sinne einer medizinischen Diagnose. Während ärztliches Handeln auf die Beseitigung von Krankheitsursachen hin orientiert ist, zumeist auch auf die

Linderung von Symptomen der Krankheit mit medizinischen Mitteln, geht es bei der Pflege immer um die Folgen einer Krankheit, dem Kranksein. Das bedeutet, dass für Pflegende andere Dimensionen der Gesundheit eines Menschen von Bedeutung sind als für Ärzte, so vor allem die Fähigkeiten von Patienten, ihren Alltag mit Krankheit ohne fremde Hilfe zu bewältigen, häufig auch als Selbstpflegefähigkeit oder Selbstmanagement bezeichnet oder - wie bereits beschrieben - als Krankheitsbewältigungsaufgaben. Vor diesem Hintergrund ist zu verstehen, dass nachgewiesenermaßen der Pflegeaufwand bei derselben Krankheit oder der gleichen Diagnose außerordentlich schwanken kann, mehr noch als der ärztliche Aufwand.[32] Die Annahme, der Pflegeaufwand könne allein durch medizinische Daten in ausreichendem Maße abgebildet werden, ist also nicht haltbar.
Diese Unsichtbarkeit in der Systematik der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung führt zu der Gefahr, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht Pflege im Krankenhaus allein als Kostenfaktor, nicht aber als wertschöpfende Dienstleistung gesehen wird. Während jede ärztliche Diagnose kostenrelevant ist und der Gegenwert in Euro genau berechnet werden kann, ist der spezifische pflegerische Aufwand nicht erlösrelevant. Wird der Anteil der Pflege an den Produkten eines Krankenhauses sowohl auf der Kosten- als auch auf der Erlösseite nicht angemessen aufgezeigt, ergibt sich für Krankenhäuser der Anreiz, gerade hier ungeachtet möglicher Folgen Einsparungen vorzunehmen. Dazu passt auch die inzwischen vielfach zu beobachtende Streichung der Position eines Pflegemanagers in der Krankenhausleitung.
Nicht direkt das Krankenhaus betreffend, aber mit fatalen Folgen für ein gesellschaftliches Verständnis von Pflege ist das Pflegeversicherungsgesetz, das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI), in seiner jetzigen Fassung. Während die Einführung des SGB XI Mitte der 1990er Jahre einerseits verdeutlicht hat, dass Pflege offensichtlich als gesellschaftlicher Auftrag zu verstehen ist, und damit einen Professionalisierungsschub bewirkt hat, hat es andererseits ein völlig reduktionistisches und gefährliches Pflegeverständnis vermittelt. Demnach ist Pflege die Unterstützung bei der Körperpflege, der Ausscheidung, der Nahrungsaufnahme und einigen Teilen der Mobilität - und sie kann im Prinzip von pflegenden

Angehörigen bewältigt werden. Da es sich bei dieser Definition im § 14 des SGB XI um eine Legaldefinition handelt, die außerdem die Kostenerstattung steuert, hat sich vor allem in der politischen Administration die Auffassung festgesetzt, dies sei tatsächlich Pflege. Leider hat es auch dazu geführt, dass so manche Pflegende sich diese Definition zu Eigen gemacht hat und nur die über das SGB XI refinanzierten Tätigkeiten als ihre Aufgabe angesehen hat. Mancher in der Presse kolportierte »Pflegeskandal« könnte darauf zurückzuführen sein. Der Pflegebegriff im SGB XI wird deshalb derzeit intensiv überarbeitet.
Schließlich unterliegt die Auffassung von Pflege und vor allem deren praktische Umsetzung einem Machtkampf, bei dem ein großer Teil auf einem Selbstverständnis beruht, nach dem gesamtgesellschaftlich die Ärzte nach wie vor ein Definitionsmonopol im Gesundheitswesen haben. Auch wenn dies keineswegs mehr selbstverständlich vorausgesetzt werden kann, stellen die Ärzte doch gegenüber der Pflege die weitaus mächtigere und durchsetzungsfähigere Profession dar. So gibt es in den Krankenhäusern ohne Pflegedirektoren einen verantwortlichen Leiter für die gesamte Versorgung und dies ist regelmäßig ein Arzt. Außerdem hat die DRG-Systematik zwar den Pflegebedarf nicht sichtbar ausgewiesen, aber sie enthält auch keine Vorschrift, wie ein Krankenhaus seine Mittel verteilt. Insofern kann die Stellenentwicklung in den Krankenhäusern mit dem überproportionalen Abbau der Pflegestellen durchaus als Auswirkung der Machtverteilung innerhalb der Krankenhäuser angesehen werden.

6. Fazit

Pflege wird vor allem im Krankenhaus zur Unsichtbarkeit und Wirkungslosigkeit verdammt, weil ihr eigener Versorgungsauftrag im System unsichtbar und nicht vorgesehen ist. Sie wird als »Alltagstätigkeit« angesehen, die hilfreich ist, als Hilfstätigkeit für Ärzte genauso wie für Patienten oder Pflegebedürftige. Ihr werden keine gesundheitsspezifischen Ziele zugeschrieben, sie wird nicht als eigener Versorgungsauftrag neben oder in Ergänzung zu ärztlichem Handeln wahrgenommen. Eng verbunden ist diese Unsichtbarkeit mit der gesellschaftlichen Machtverteilung u. a. der beiden Berufsgruppen Pflegende und Ärzte, wobei die

einen - die Ärzte - die Definitionsmacht für die anderen - die Pflegenden - beanspruchen.
Der öffentliche Diskurs zu den spezifischen Zielen einer Krankenhausversorgung, und was diese für die Personalbesetzung bedeutet, fehlt bisher. Die dennoch bestehende Diskussion über Aufgaben- und Professionszuschnitte ist eher durch Machtinteressen der Beteiligten geprägt als durch die Fokussierung auf Versorgungsnotwendigkeiten im Sinne kranker Menschen.

ANMERKUNGEN

[1] R. Rosenbrock, Gesundheit und Gerechtigkeit in Deutschland, in: Das Gesundheitswesen 69 (2007) 647-652.

[2] M. Simon, Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans- Böckler-Stiftung, Hannover, August 2008.

[3] M. Simon, Personalabbau im Pßegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen, Bern 2008.

[4] Simon (wie Anm. 2), 9.

[5] S. Bartholomeyczik, Kurze Verweildauer im Krankenhaus - die Rolle der Pflegenden, in: Pflege & Gesellschaft 12 (2007) 135-149.

[6] M. Offermanns/U. Müller, Welche Krankenhausleistungen werden im Jahr 2010 nachgefragt?, in: Die Schwester Der Pfleger 46 (2007) 247-249.

[7] R.L. Kane/T. Shamliyan/C. Mueller/S. Duval/T. Wilt, Nursing Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No 151, Rockville, MD: AHRQ Publication No. 07-E005. March 2007; Y. Numata/M. Schulzer(R. van der Wal, Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta analysis, in: Journal of Advanced Nursing 55 (2006) 435-448.

[8] IQWIG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Arbeitspapier: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht, 7.8.2006.

[9] A.M. Rafferty/S.P. Clarke/J. J. Coles/R James/m. McKee/L.H. Aiken, Outcomes of variation in hospital nurses staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records, in: International Journal of Nursing Studies 44 (2007) 175-182.

[10] M. Galatsch/C. Krüger/T. Quastorf/M.E. Schroller/E. Donath/S. Bartholomeyczik, Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege, in: Pflegezeitschrift 60 (2007) 272-276.

[11] C. Luderer/J. Behrens, Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus, in: Pflege 18
(2005) 15-23.

[12] M. Pohlmann, Die Pflegende-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus, in: Pflege 19 (2006) 156-162.

[13] J. Haslbeck, Bewältigung komplexer Medikamentenregime aus Sicht chronisch Kranker, in: Pflege & Gesellschafft 13 (2008) 48-61.

[14] B. Kuhlmann, Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen, in: Pflege 17 (2004) 145-154.

[15] S. Bartholomeyczik, Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege, in: Pflege & Gesellschaft 11 (2006) 210-223.

[16] H.-M. Hasselhorn/P. Tackenberg/B.H. Müller (Hrsg.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT study, Saltsa - Joint Programme. Report No7, 2003.

[17] Ebd.

[18] B. Braun/R. Müller, Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern, in: Pflege & Gesellschaft 10 (2005) 131-141.

[19] M. Knoll/I. Lendner, »f...] dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!« Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation, in: Pflege 21 (2008) 339-351.

[20] S. Schmidt/S. Bartholomeyczik/W.E. Dieterle/A. Wittich/E. Donath/M.A. Rieger, Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine

Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt »Arbeitsbbedingungen im Krankenhaus« (ArbiK), in: Pflege & Gesellschaft 13 (2008) 102-118.

[21] A. MACLEOD, The nursing role in preventing delay in patient discharge, in: Nursing Standard 21
(2006) 43-48.

[22] J.M. CORBIN/A.L. STRAUSS, Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern [2]20 04.

[23] U. HÖHMANN, Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrigeMenschen, in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung, Hannover 2002, 289-428.

[24] Vgl. den Literaturüberblick ebd.

[25] D. SCHAEFFER/M. MOERS, Überlebensstrategien - ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter, in: Pflege & Gesellschaft 13 (2008) 6-31.

[26] S. BARTHOLOMEYCZIK, Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs, in S. Kolb et al., IPPNW (Hrsg.), Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde ..., Frankfurt a.M. 2002, 229-235.

[27] U. BÖCKER/S. GÖRRES, Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege, in: Pflege 17 (2004) 105-112.

[28] M. MANTHEY, Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem, Bern 2005.

[29] H. STEPPE, Denn nur eine Frau ist die geborene Krankenpflegerin. Zur Entstehung des Frauenberufs Krankenpflege im 19. Jahrhundert, in: Frauenbüro der Johannes-Gutenberg Universität Mainz (Hrsg.), Ringvorlesungen zu Themen der Frauenforschung, Bd. 7, Mainz 1997, 25-36.

[30] Vgl. www.gbe.de, eigene Berechnungen.

[31] SIMON (wie Anm. 2).

[32] K. A. BALLARD/R. F. GRAY/R. A. KNAUF/P. UPPAL, Measuring variations in nursing care per DRG, in: Nursing Management 24 (1993) 33-36, 40-41; L. O'BRIEN-PALLAS/D. IRVINE/ E. PEEREBOOM/M. MURRAY, Measuring Nursing Workload: Understanding the

Variability, in: Nursing Economics 15 (1997) 171-182; I. EBERL/S. BARTHOLOMEYCZIK/ E. DONATH, E., Die Erfassung des Pflegeaußvands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt, in: Pflege 18 (2005) 364-372.