

Pflege-Thermometer 2007

Paradoxe Personalsituation beeinträchtigt die Versorgungsqualität

Im Rahmen der Pflege-Thermometer-Reihe führte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) zum vierten Mal eine Frühjahrsbefragung bei leitenden Pflegekräften durch. Im Zentrum stand dieses Jahr die Situation des Pflegepersonals im Krankenhaus. Grundlage der Studie sind Daten von 263 Krankenhäusern der gesamten Bundesrepublik. Die vollständige Studie kann kostenlos von den Internetseiten des Instituts heruntergeladen werden.

Hintergrund der Studie

Gesundheit hat ihren Wert, aber Gesundheitsversorgung ist teuer. Das betrifft insbesondere die Behandlung von Krankheit im Krankenhaus. Rund ein Viertel des Umsatzes der Gesundheitsbranche wird für den stationären Krankenhausbereich aufgewendet. Das waren im Jahr 2005 rund 56 Mrd. Euro. Seit Jahren bemüht man sich auf Seiten des Gesetzgebers, die Kosten für Krankenhausbehandlungen zu senken. Bislang ist dies nicht nachhaltig gelungen. Doch das liegt nicht alleine an starren Strukturen und unveränderbaren Gesetzmäßigkeiten.

Im Gegenteil: Der Strukturwandel des Krankenhauswesens ist in vollem Gange. Zu erkennen ist dies unter anderem daran, dass innerhalb von zehn Jahren in Deutschland rund 200 Krankenhäuser geschlossen und fast 80 000 Betten abgebaut wurden. Darüber hinaus wurde mit der

DRG-Einführung die Grundlage der Finanzierung fundamental verändert. Auch die Trägerstrukturen, vor allem aber die Zusammensetzung des Krankenhauspersonals, sind in einem Prozess der Veränderung.

Für den Pflegebereich heißt das: Seit 1996 wurden rund 48 000 Vollzeitstellen in den bettenführenden Bereichen abgebaut.

Das entspricht einem Rückgang von – 13,5 Prozent. Auch die Krankenpflegehelfer sind vom Personalabbau betroffen. Es wurden im Krankenhaus im gleichen Zeitraum – 44 Prozent der Vollzeitäquivalente in den Helferberufen abgebaut! Der medizinische Sektor hingegen wurde kontinuierlich ausgeweitet. In der Anästhesie, in der Funk-

tionsdiagnostik und in der Endoskopie wurde Pflegepersonal eingestellt, wenn auch zahlenmäßig nicht gerade viel. Dagegen wurden seit Mitte der neunziger Jahre rund 18 900 Vollzeitäquivalente im Bereich der ärztlichen Versorgung aufgebaut. Das entspricht immerhin einem Zuwachs von + 19,5 Prozent. Dieser Umstand zeigt den eindeutigen Trend, dass sich das Krankenhaus zunehmend an einer spezialisierten und medizinischen Behandlung ausrichtet.

Im Pflege-Thermometer 2007 wurden mittels eines umfangreichen Fragebogens unter anderem die Auswirkungen dieses Strukturwandels untersucht. Hauptfokus waren der Kapazitätsabbau der Pflege und die Folgen für die Patientensicherheit. Darüber hinaus wurden auch die Wirkungen der tariflichen Veränderungen sowie geplante Umstrukturierungen der Tätigkeitsbereiche des Personals unter die Lupe genommen.

Kritische Personalsituation im Pflegebereich

Insgesamt kann aus den Antworten der befragten Pflegekräfte der Studie der Schluss gezogen werden, dass im Pflegebereich eine angespannte und in einigen Bereichen sogar eine kritische Personalsituation herrscht. Auf der einen Seite muss die Anzahl des beschäftigten Personals gesehen werden. Die bereits aus anderen Quellen bekannte Personalreduzierung im Pflegebereich wurde in der Studie bestätigt. Auch in der Stichprobe wurden im Zeitraum von vier Jahren im Durchschnitt - 4,3 Prozent der Stellen abgebaut. Ein Aufbau an Krankenpflegehilfspersonal, wie es oft zu hören ist, konnte indes nicht festgestellt werden.

Bewertet wird diese Entwicklung durch die Befragten folgendermaßen: Nur sechs Prozent sehen derzeit im Bereich der Pflegepersonalausstattung eine Überkapazität. Und nur 17 Prozent sehen im Pflegebereich generell noch Möglichkeiten der finanziellen Einsparungen. Das deutet darauf hin, dass die große Mehrheit die innerbetrieblichen Optimierungsmöglichkeiten weitgehend als erschöpft ansieht. Dies aber muss im Kontext der sich verändernden Arbeitslast und Arbeitsintensität gesehen werden. Nahezu alle Befragten (92 %) äußern, dass die Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal insgesamt im Jahr 2006 gegenüber dem Jahr 2005 gestiegen sei. Dabei betrifft dies nicht nur die Koordination, Administration und Steuerung (84 %). Vor allem die direkte Patientenversorgung sei intensiver geworden (90 %). Unter anderem wird dies auf eine Steigerung der Pflegebedürftigkeit der Patienten zurückgeführt.

Es wird versucht, den eindeutig gestiegenen Arbeitsaufwand mit folgenden Strategien zu kompensieren: Die Mehrarbeitsstunden des beschäftigten Personals wachsen an. So erhöhten sich die durchschnittlichen Mehrar-

beitsstunden zwischen 2003 und 2006 um + 13 Prozent. Daneben werden in der Hälfte der Einrichtungen auch Konzepte der Flexibilisierung angewendet. Das kann ein Rotationssystem für Pflegekräfte sein oder aber ein Mitarbeiterpool, dessen Arbeitnehmer flexibel dort eingesetzt werden, wo ein direkter Bedarf an zusätzlichem Personal ist.

Allerdings beurteilen nur 40 Prozent der leitenden Pflegekräfte die Flexibilisierung als „effektiv“. Vor allem scheint sie mit einem hohen Schulungsaufwand im Zusammenhang zu stehen. Daneben stößt eine Flexibilisierung auch auf Widerstände beim Personal. Als konzeptionelle Antwort einer notwendigen Optimierung der Personalressourcen kann sie somit nur bedingt Wirkung zeigen.

Zukünftig kann mit den folgenden Entwicklungen gerechnet werden: Über 43 Prozent der Befragten schätzen für die kommenden fünf Jahre einen Mehrbedarf an Krankenpflegepersonal ein (Abb. 1). Jedoch sehen die meisten Befragten pessimistisch in die Zukunft, was die Realisierung dieses Bedarfes angeht. Über die Hälfte rechnet trotz des Mehrbedarfs mit einem weiteren Rückgang an Personal-

stellen für das Krankenpflegepersonal. Die entstehenden Lücken werden mit niedriger qualifiziertem Personal gefüllt. Es zeigt sich, dass fast die Hälfte der Befragten mit einer Ausweitung der Stellen für Hilfspersonal rechnet, wobei nur 15 Prozent davon ausgehen, dass fehlendes examiniertes Personal durch Hilfskräfteeinsatz tatsächlich kompensiert werden kann.

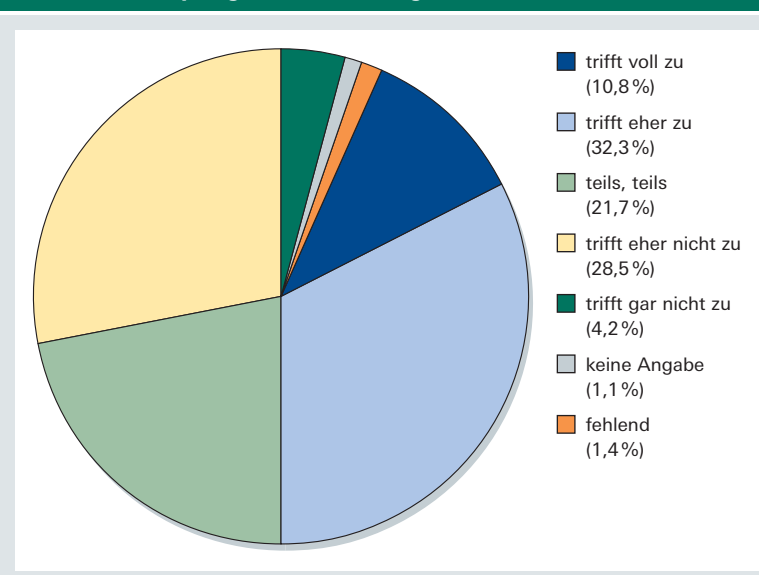
Hier zeigt sich ein erstes Paradox: Trifft ein, was die Leitungen erwarten, dann werden Personalstellen für Kräfte geschaffen, die nicht benötigt werden, die benötigten Kräfte aber werden weiter abgebaut.

Versorgungsdefizite werden sichtbar

Die Umstrukturierungen im Personalwesen, vor allem aber die Reduzierung des Pflegepersonals wirken sich nach Auffassung der Befragten mittlerweile direkt auf die Patientenversorgung aus. Hier ist besondere Aufmerksamkeit geboten, denn es wird nicht mehr die Frage nach einer optimalen Patientenversorgung und -betreuung gestellt. Vielmehr wird der Fokus auf die direkte Patientensicherheit gerichtet.

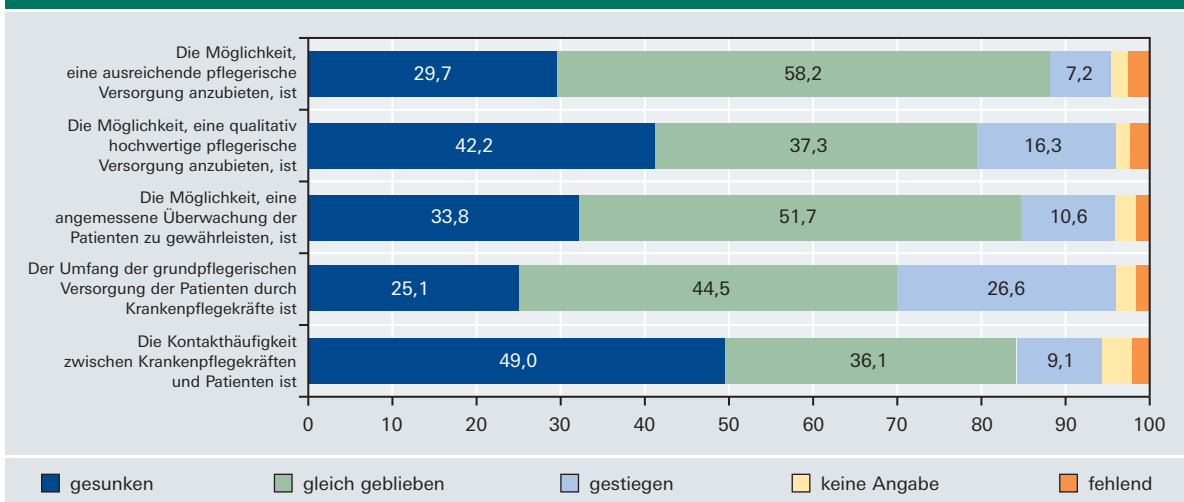
Wir werden in den nächsten fünf Jahren mehr Krankenpflegekräfte benötigen

Abb. 1



Einschätzung für das Angebot qualitativ hochwertiger Pflege

Abb. 2



In zahlreichen internationalen Studien (Baker, et al 2004; Blegen 2006; Rafferty et al. 2007) werden Zusammenhänge von Personalkapazität im Pflegebereich und Qualität der pflegerischen Versorgung bzw. Patientensicherheit untersucht. Diese Studien basieren auf Daten, wie sie in Deutschland nicht systematisch erhoben werden. Im Rahmen des Pflege-Thermometers 2007 wurde erfragt, welche Indikatoren die Leitungskräfte als pflegesensitiv einschätzen würden. Anders als in der englischsprachigen Literatur sind dies vor allem Druckulzerationen, Sturzhäufigkeit und Harnwegsinfektionsraten. Weitere international verwendete Indikatoren wie Verweildauer oder Mortalitätsrate der Patienten werden von weniger als einem Fünftel der Befragten als Qualitätsindikatoren der Pflege betrachtet.

In der schweizer RICH-Studie (Aiken et al. 2004) wurden Pflegekräfte auf den Stationen befragt, inwieweit eine Rationierung von direkten patientenbezogenen Leistungen im Krankenhausbereich vorlag. Im Pflege-Thermometer 2007 wurden die Leitungskräfte danach befragt, wie häufig ihnen Mitarbeiter von unerwünschten Vorkommnissen – ähnlich wie in der RICH-Studie – berichten. Direkt bedrohliche Umstände, wie das Ausblei-

ben regelmäßiger Lagerungen, kommen nur bei einem Drittel der Kliniken (27 %) gar nicht vor! Gravierend erscheint auch, dass ein Drittel angibt, dass Mobilisationen nicht in der notwendigen Anzahl durchgeführt werden können.

Weitere Indikatoren vervollständigen das Bild einer Rationierung im Pflegebereich. So gibt knapp ein Viertel an, dass durch das Pflegepersonal häufiger nicht entsprechend schnell auf eine Patientenklänge reagiert werden kann. Kritisch zu bewerten ist auch, dass ein Drittel aussagt, eine Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme würde häufiger nicht im Esstempo des Patienten erfolgen können. Rückblickend auf die letzten zwei Jahre, kommen die leitenden Pflegekräfte zu dem folgenden Ergebnis:

Die Möglichkeit, eine qualitativ hochwertige Pflege anzubieten, schätzen über 40 Prozent im Vergleich zum Vorjahr als gesunken ein (Abb. 2). Immerhin noch ein Drittel gibt an, eine ausreichende Pflege anzubieten, sei gesunken. Kritisch ist vor allem, dass ein Drittel sagt, die Möglichkeit einer angemessenen Überwachung der Patienten, beispielsweise nach Operationen, sei gesunken.

In der Gesamtheit der Indikatoren zeigt sich, dass die Pflegen-

den mit der Aufrechterhaltung der Grundversorgung und Überwachung beschäftigt sind. Glücklicherweise scheint dies in den überwiegenden Fällen noch zu funktionieren, doch es zeigen sich deutlich die ersten Indizien eines Versorgungsdefizits. Bringt man diesen Aspekt zusammen mit der Einschätzung, dass mittelfristig mit einem weiteren Abbau des Krankenpflegepersonals gerechnet wird, dann sind weitere Folgen für die Patientensicherheit kaum zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund verwundert es dann auch nicht, dass über 40 Prozent der leitenden Pflegekräfte in den kommenden Jahren nicht mit einer Verbesserung der Pflegequalität rechnen.

Umstrukturierung von Tätigkeitsbereichen

Ein weiterer Aspekt der Befragung betrifft die Umstrukturierung der beruflichen Aufgabefelder und Tätigkeitsbereiche im Krankenhaus. Eine Mehrheit von 70 Prozent hält eine grundsätzliche Umstrukturierung für notwendig. Neuere Gutachten, wie das des Sachverständigenrates, stützen die Debatte (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2007). Fast 60 Prozent der Befragten rechnen mit der Übernahme ärztlicher Auf-

gaben durch das Pflegepersonal schon alleine, weil die finanziellen Aufwendungen der tariflichen Vereinbarungen der Krankenhausärzte ausgeglichen werden müssen.

Betrachtet man im Rahmen einer Ist-Analyse die derzeitigen Einsatzgebiete der Hilfskräfte, so zeigt sich, dass diese vor allem im Servicebereich, beim Patiententransport und bei Arbeiten eingesetzt werden, die keinen direkten therapeutischen Zusammenhang aufweisen. Bei den Krankenpflegekräften wiederum wird deutlich, dass nur bei einem Drittel der Einrichtungen die examinierten Kräfte keine Reinigungsarbeiten oder einfache Patientenbegleitungen mehr durchführen. Hier wird sichtbar, dass eine hinreichende Trennung der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche bislang nur unzureichend gelingt. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass das Organisieren isolierter Tätigkeiten im Alltag nur schwerlich gelingt, da die Handlungen häufig nicht aus planbaren und streng voneinander abgrenzbaren Sequenzen bestehen.

Bevorzugte neue Tätigkeitsbereiche für Pflegekräfte sollen der Studie zufolge die Übernahme des Wundmanagements, das alleinverantwortliche Case Management und die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten wie Blutentnahmen sein. In geringem Umfang rechnen die Leitungen auch mit der Übernahme von einfachen diagnostischen Verfahren oder der alleinverantwortlichen Narkoseüberwachung durch die Pflege. Hier werden jedoch auch Verweise auf Qualifikationsnotwendigkeiten gegeben.

Ein weiteres Paradox wird an dieser Stelle deutlich: Das derzeit beschäftigte Pflegepersonal kann anscheinend nur mit Mühe und nicht mehr flächendeckend die notwendigen Leistungen der Überwachung, Lagerung und angemessenen Essensversorgung sicherstellen. Zusätzlich sollen zukünftig aber neue Aufgabengebiete, auch aus bislang ärztli-

cher Tätigkeit, erschlossen und eigenverantwortlich durchgeführt werden. Auch das bereits erwähnte Sachverständigengutachten diskutiert zum Beispiel nurse practitioners als eine mögliche Variante.

Die Übernahme
ärztlicher Tätigkeiten
durch Pflegende ist
widersinnig!

Fazit

In diesem Beitrag konnten nur ausgewählte Aspekte des diesjährigen Pflege-Thermometers dargestellt werden. Dennoch wird deutlich, dass es sich im Krankenhausbereich derzeit um eine in mehrfacher Hinsicht paradoxe Entwicklung im Personalbereich handelt. Und es steht zu befürchten, dass dies bereits heute Folgen für die Patientenversorgung hat. Einerseits haben wir es seit Jahren mit einem anhaltenden Exodus examinierter Pflegepersonals zu tun – eingeschätzt wird jedoch ein Mehrbedarf. Zugleich waren noch nie so viele Krankenhausärzte beschäftigt wie heute! In diesem Zusammenhang wirkt es widersinnig, die Übernahme von medizinisch-therapeutischen Aufgaben auch aus dem ärztlichen Bereich durch die Pflege vorantreiben zu wollen. Auch eine Erhöhung des Hilfspersonals in den Krankenhäusern kann den vorliegenden Einschätzungen zufolge den Exodus an Fachkräften in keiner Weise kompensieren.

Es darf angezweifelt werden, ob die kommunizierten neuen Aufgabengebiete vom Pflegepersonal angenommen werden, wenn die pflegeeigenen Bereiche nicht mehr entsprechend qualitativ sichergestellt werden können. Hier ist mit Widerständen beim Personal zu rechnen. Die Autoren der Studie warnen aus-

drücklich davor, die Lösungen der Kostenproblematik im Krankenhaus einseitig beim Pflegepersonal zu suchen. Auch der weitere Umbau der Krankenhäuser in medizinische Hochleistungszentren ist ohne die Pflege nicht zu schaffen! Das Pflege-Thermometer 2007 zeigt zudem den dringenden Bedarf an einem kontinuierlichen Monitoring der Patientensicherheit im Krankenhaus auf. Hier müssen Fachdiskussionen und Konzeptentwicklung erfolgen, möchte man international Anschluss gewinnen und allgemein anerkannte Indikatoren der Qualität entsprechend beforschen.

Literatur:

- Aiken, L. H.; Schubert, M.; Glass, T. (2004): RICH-Nursing Study. Rationing of Nursing Care in Switzerland = CH/Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes – Zusammenfassung. Hrsg. vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel
- Baker, G. R.; et al (2004): The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. In: Canadian Medical Association Journal, S. 1678–1686
- Blegen, M. A. (2006): Patient safety in hospital acute care units. In: Annual review of nursing research, Jg. 24, S. 103–125
- Rafferty, A.; Clarke, S. P.; Coles, J.; Ball, J.; James, P.; McKee, M.; Aiken, L. H. (2007): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: International journal of nursing studies, Jg. 44, H. 2, S. 175–182
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Berlin

Anschrift für die Verfasser:

Michael Isfort, Dipl.-Pflegerwissenschaftler
Stellv. Geschäftsführer
Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e. V.
Hülchrather Straße 15, 50670 Köln
www.dip.de