

Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs

Elke Hausner, Stefan Juchems, Inga Richter, Annika Schulze Geiping, Mario Simon, Karin Voß, Regina Wiedemann, Elke Donath, Sabine Bartholomeyczik

■ Die Auswirkungen, die Diagnosis Related Groups (DRGs) für die Pflege haben, werden bei den Pflegenden zur Zeit viel diskutiert. Die Kritik von Pflegeexperten richtet sich hauptsächlich gegen eine fehlende Abbildung der Pflege im Entgeltsystem, weil es voraussichtlich zu bedeutenden Veränderungen in den pflegerischen Aufgabenstrukturen kommen wird.

Studierende des Institutes für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke gehen in einer Longitudinalstudie seit 2003 der Frage nach, ob und wie sich die Arbeitsstrukturen und einige Bedingungen während der Einführung der DRGs verändern. Die Ergebnisse der computergestützten Multimomentaufnahme (MMA) zeigen unter anderem eine Zunahme der administrativen Tätigkeiten. Dagegen nehmen Pfl egetätigkeiten ab. Ergänzt werden diese Ergebnisse durch die Einschätzungen der Pflegenden, die mittels Fragebögen erhoben wurden.

■ The effects, which have Diagnosis Related Groups (DRGs) for nursing, are much discussed by nurses presently. The criticism of nursing experts is directed mainly against a missing illustration of nursing in the payment-system, because it will presumably come to important changes in the nursing task structures. Students from the Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke are going further into the question within a research project, whether and how nurses' work structures and work conditions are changing during the introduction of the DRGs in hospitals. The results of the computer-assisted work-sampling (MMA) show among others an increase of the administrative activities. On the other hand nursing activities are decreasing. These results are completed by nurses' self-reported descriptions and estimates of their work.

Einleitung

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 in Deutschland die Einführung eines neuen Entgeltsystems für Krankenhausleistungen beschlossen. Es sah ursprünglich vor, zum 1.1.2003 ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen« (§ 17b Abs. 1 KHG). Die Einführung wurde noch einmal um ein Jahr auf den 1.1.2004 verschoben. Dieses prospektive Vergütungssystem stammt aus den USA, wo es Ende der 70er Jahre entwickelt wurde und mittlerweile in vielen anderen Ländern der Welt – in unterschiedlicher Form – zum Einsatz kommt (Hunstein 2003, Peters 2000). Dabei werden »Behandlungsfälle von Akutkrankenhäusern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen mit möglichst ähnlichen Behandlungskosten eingeteilt (Fischer 2002, S.24).« Alle Krankenhausleistungen – mit Ausnahme der psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen – werden somit seit Jahresbeginn 2004 über diese »Diagnosis Related Groups« (kurz »DRGs«) vergütet. Mit der Einführung dieser Fallpauschalen wurde ein völlig neues Entgelt-

system auf den Weg gebracht. »Die deutschen Krankenhäuser stehen damit zu Beginn des 21. Jahrhunderts vor dem weltweit vielleicht größten Steuerungsexperiment im Krankenhauswesen überhaupt (Rosenbrock & Gerlinger 2004, S.152).«

Die Auswirkungen auf die Pflege waren in den USA gravierend und betrafen neben der Versorgung im Krankenhaus auch den ambulanten Sektor, wo die Anzahl ambulanter Pflegedienste anfangs drastisch zunahm (Fischer 2002). Dort berichten Pflegeexperten von vielfältigen Veränderungen in der Krankenhauspraxis. Neben positiven Impulsen durch das neue Vergütungssystem, wie den Abbau von Überstunden werden dort überwiegend die negativen Auswirkungen diskutiert. Zum einen hat der direkte Patientenkontakt abgenommen, es kommt zu kürzeren Verweildauern und zur zunehmenden Behandlung hochbetagter und schwerkranker Menschen (Huckabay 1988). Um diese zu betreuen, werden zusätzliche Qualifikationen und auch mehr Zeitaufwand notwendig. Insgesamt ist eine enorme Steigerung der Arbeitsintensität zu beobachten.

Die Befürchtungen richten sich in Deutschland auch dahin, dass die in den DRGs kalkulierten Leistungen nicht den

individuellen pflegerische Bedarf der jeweiligen medizinischen Diagnose und die pflegerische Leistung abbilden (Bartholomeyczik 2003, Hunstein & Bartholomeyczik 2001, Kahlisch & Kobold et al. 2004). Weiterhin sind pflegerische Leistungen häufig für die Kostenträger nicht als eigenständige, von medizinischen Maßnahmen unabhängige Leistungen erkennbar. Sie erfahren Pflege vorrangig in den Akutkrankenhäusern als Teilaspekt medizinisch determinierter Therapien (Semrau 2001).

In dem vorliegenden Artikel wird ein studentisches Projekt der Universität Witten/Herdecke vorgestellt. Dieses geht der Frage nach, wie sich die Aufgaben der Pflegenden auf Station in Folge der Einführung der DRGs verändern und wie dies von den Betroffenen bewertet wird. Die Beteiligten möchten damit einen Beitrag leisten, mögliche Veränderungen mit Daten auf diesem Gebiet abzubilden.

Studiendesign/Methoden

Das Forschungsprojekt wird, nach Prüfung und Genehmigung durch die Ethikkommission des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, als longi-

tudinale Studie mit Methoden-Triangulation durchgeführt.

Die Pflegenden können ihre freiwillige Teilnahme jederzeit widerrufen. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen Ergebnisse aus zwei Erhebungszyklen (Oktober 2003 und Oktober 2004) vor, eine Erhebung für den Herbst 2005 ist in Vorbereitung.

Aus den Krankenhäusern der Maximalversorgung nahmen die Pflegeteams jeweils einer chirurgischen und einer internistischen (in einem Fall eine dermatologische) Station teil, insgesamt waren dies 72 Pflegenden. Die Stationen umfassten eine Bettenzahl von 16 bis 35 (im Durchschnitt 26). Die durchschnittliche Verweildauer in den drei Kliniken betrug 2003 7,73 Tage, im ersten Halbjahr 2004 7,35 Tage.

In einem quantitativen Forschungsansatz wurde die Multimomentaufnahme (MMA) als standardisiertes Beobachtungsinstrument verwendet, um die geleistete Arbeit abzubilden (REFA 1973). Mit einem standardisierten Fragebogen wurden subjektive Einschätzungen der Pflegenden erfasst. Mit der MMA werden die Tätigkeiten jeder Person eines Pflegeteams mittels Barcodescanner in vorher festgelegten Zeitintervallen festgehalten. Für die Erfassung von Pflegetätigkeiten muss ein theoretisch begründetes und an der Fragestellung ausgerichtetes Kategorienschema entwickelt werden. Vorbild war hier eine Untersuchung über die Arbeitsstrukturen in der Pflege, um die Auswirkungen des Einsatzes von StationsassistentInnen zu untersuchen (Bartholomeyczik et al. 1993). Die Kategorien sind: Pflege, Pflegeorganisation und -dokumentation, Administration, Mitarbeit bei ärztlichen Aufgaben und Sonstiges/Zusatzaufgaben. Alle Kategorien sind aufgeteilt in einzelne Tätigkeiten, wie z.B. die Kategorie »Administration« in: Sachmittelanforderung, Schreiben für Diagnostik/Therapie, Verwaltung und Telefon.

Die Datenerfassung mit der MMA wurde über den Zeitraum von einer Woche im Früh- und Spätdienst durchgeführt, 2003 im Abstand von zehn Minuten, 2004 im Abstand von fünf Minuten. Das Forschungsteam traf nach der Datenerhebung 2003 die Entscheidung, die Erhebungszyklen auf fünfminütige Abstände zu senken, um die pflegerische Arbeit noch besser abbilden zu können.

Technisch bedingt, kann das Instrument der MMA bei einer Pflegenden immer nur eine Tätigkeit zu einem Zeitpunkt erheben. Wenn mehrere Pflegemaßnahmen gleich-

zeitig durchgeführt wurden, wurde die handlungsleitende Tätigkeit festgehalten.

Mit der MMA wurden 2003 12.977 Beobachtungen, 2004 durch die fünfminütige Erhebung wesentlich mehr, nämlich 24.617 erfasst.

Mit einem standardisierten Fragebogen wurden gleichzeitig die Erfahrungen, Erwartungen und das Empfinden der Pflegenden in Bezug auf die Veränderungen erfragt. Der Fragebogen enthielt 41 geschlossene und offene Fragen, teilweise mit Likertskalen (von »trifft voll und ganz zu« bis »trifft gar nicht zu«). Sieben Fragen zu soziodemographischen Daten vervollständigten die Angaben. Von den ausgegebenen Fragebögen (2003 und 2004 jeweils n=72) betrug der Rücklauf 2003 77,8% (n=56), 2004 80,6% (n=58). Ein Strukturfragebogen erfasste zusätzlich strukturelle Daten (Planbetten, Verweildauer etc.) der einzelnen Krankenhäuser und Stationen. Die Datenauswertung erfolgte rein deskriptiv mit dem Statistikprogramm SPSS, (Version 12.0).

Ergebnisse

1. Multi-Moment-Aufnahme

In der Multi-Moment-Aufnahme (MMA) wurden in allen Kategorien mehr oder weniger stark ausgeprägte Veränderungen zwischen 2003 und 2004 festgestellt. So sanken die Anteile der beobachteten Tätigkeiten in den Kategorien »Pflegetätigkeit« (27,3% auf 25,4%), und »Pflegeorganisation/Dokumentation« (20,3% auf 16,8%). Die Anteile stiegen in den Kategorien, »Mitarbeit bei ärztlicher Tätigkeit« (13,7% auf 14,6%), »Administration« (8,8% auf 11%) und »Sonstige« (13,2% auf 14,0%) (s. Abb. 1).

Vergleicht man den Anteil der einzelnen Tätigkeiten in Bezug auf die Erhebungsjahre sind auch hier Veränderungen festzustellen. Abbildung 2 zeigt die Tätigkeiten mit einer Häufigkeit von über 200. Während der Anteil des »Schreiben für Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie« von 1,8% auf 4,9% gestiegen ist, ist der Anteil der »Übergabe« von 11,6% auf 9,7% und der Anteil der »Pflegedokumentation« von 8,6% auf 7,0% gesunken.

Um die Veränderungen innerhalb der Kategorie »Pflegetätigkeit« zu analysieren, wurden die einzelnen Tätigkeiten dieser Kategorie betrachtet: Häufiger beobachtet wurden in 2004 die Tätigkeiten »Verband-

wechsel«, »Vor- und Nachbereitung«, »Körperpflege« und »Hilfe beim An- und Auskleiden«. Eine Abnahme wurde bei den Tätigkeiten, »Mobilisation«, »Unterstützung beim Essen«, »Kommunikation«, »interdisziplinäre Maßnahmen am Patienten«, »Aufnahme« und »Entlassung« festgestellt (Abb. 3). Es fällt auf, dass die Rangfolge der Häufigkeiten bei den Tätigkeiten im Prinzip unverändert blieb. Lediglich die Tätigkeiten »Entlassung« und »Hilfe beim An-/Auskleiden« sind in der Rangfolge von 2004 in Bezug zu 2003 vertauscht, beide wurden insgesamt aber nur sehr selten beobachtet.

Nimmt man die Häufigkeit der Beobachtung von 2003 als Bezugsgröße, wird die relative Veränderung bei den einzelnen Tätigkeit besonders deutlich. In Abb. 4 stellt die Linie bei 0% den jeweiligen Wert aus 2003 als Ausgangspunkt für die relative Veränderung dar. Weil die Bezugsgröße bei jeder Tätigkeit eine andere ist, darf die Veränderung nur isoliert für die entsprechende Tätigkeit betrachtet werden. Bei der »Unterstützung beim Essen« verringerte sich der Anteil beispielsweise um nahezu 37%, nämlich von 4,31% auf 1,99%. Bei der »Körperpflege« steigerte er sich um fast 13%, nämlich von 11,81% auf 15,26% (s. Abb. 4). Aufgenommen wurden in die Abbildung 3 nur Tätigkeiten mit einer relativen Häufigkeit von mindestens 4% in mindestens einem Jahr.

Betrachtet man die Tätigkeiten innerhalb der Kategorie »Administrative Tätigkeit«, fällt insbesondere die Verdopplung der »Schreibarbeit für Mitarbeit Diagnostik/Therapie« auf: Wurde diese in 2003 zu 20% registriert, so machte sie 2004 mit 45% fast die Hälfte aller administrativen Tätigkeiten aus. Der Anteil der »Sachmittelanforderung« blieb unverändert, die »Verwaltungstätigkeit« nahm um 10%-Punkte und das »Telefonieren« um 17%-Punkte ab (s. Abb. 5).

2. Fragebogen

Von den 58 Pflegenden, die in 2004 einen ausgefüllten und auswertbaren Fragebogen zurückgaben, hatten ungefähr die Hälfte (53%) auch an der Befragung in 2003 teilgenommen. In 2003 hatten 56 Pflegenden teilgenommen.

48% sind auf einer chirurgischen Station und 52% auf einer internistischen Station tätig. Die Funktion bzw. Qualifikation der Mitarbeiter verteilt sich wie in Tabelle 1 aufgeführt.

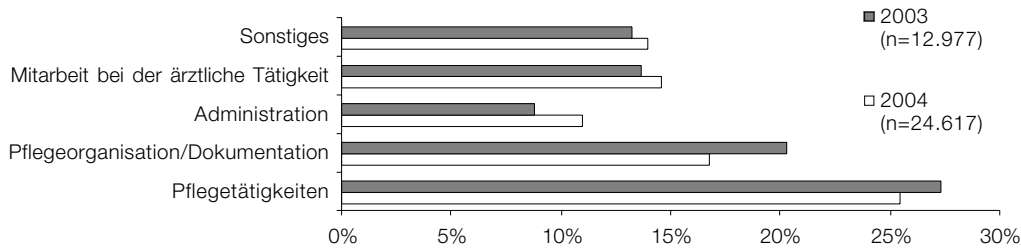


Abb.1: Anteile in den Kategorien der MMA im Vergleich von 2003 und 2004

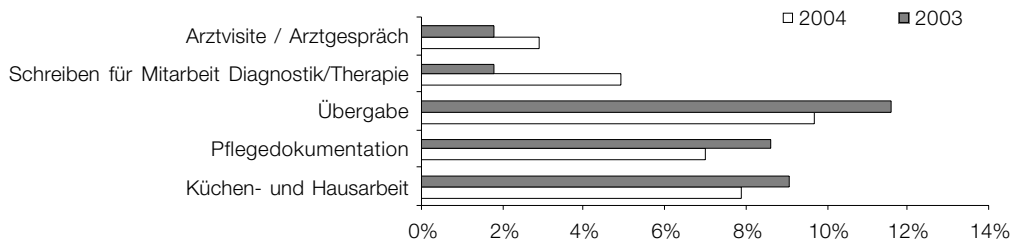


Abb. 2: Anteile der einzelnen Tätigkeiten bezogen auf alle Tätigkeiten im Vergleich 2003/2004

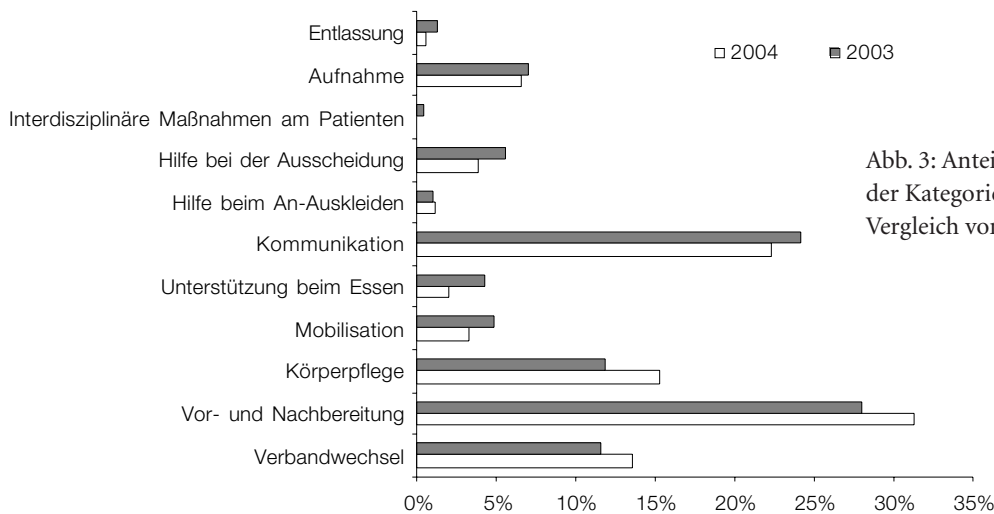


Abb. 3: Anteile in den Tätigkeiten der Kategorie »Pflegetätigkeit« im Vergleich von 2003 und 2004

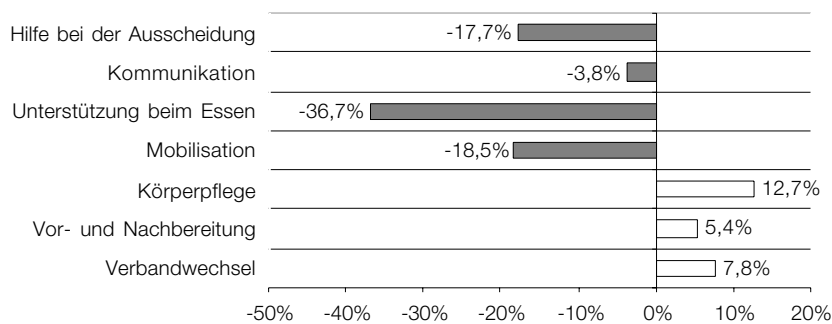


Abb. 4. Veränderungen innerhalb der Tätigkeiten der Kategorie »Pflegetätigkeit« in 2004 in Bezug auf 2003

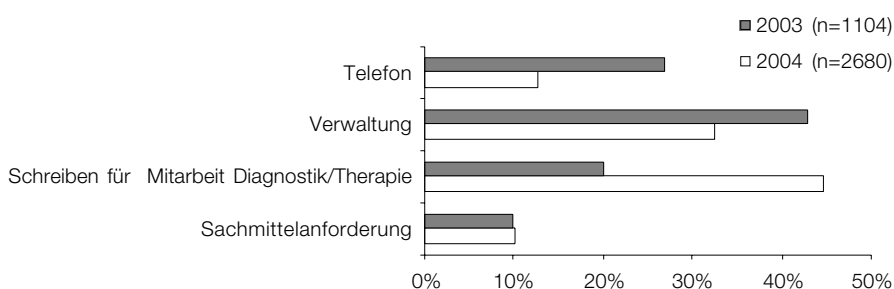


Abb. 5: Anteile in den Tätigkeiten der Kategorie »Administrative Tätigkeit« im Vergleich von 2003 und 2004

Funktionen/Qualifikationen	2003		2004	
	Absolut	Anteil in %	Absolut	Anteil in %
Stationsleitung	6	10,7 %	8	13,5%
Gruppen-/Schichtleitung	0	-	1	1,7%
Krankenschwester/-pfleger	40	71,4%	41	70,7%
Schüler in der Pflegeausbildung	3	5,4%	3	5,2%
Pflegehelferin mit Examen	3	5,4%	2	3,4%
Pflegehelferin ohne Examen	1	1,8%	0	-
Sonstige	3	5,4%	3	5,2%
Gesamt	56	100%	58	100%

Tab.1: Verteilung der Funktionen/Qualifikationen der Pflegepersonen

49% der Befragten in 2004 gaben an, an einer Fortbildung über DRGs teilgenommen zu haben. In 2003 waren dies nur 29%. Pflegerelevante Nebendiagnosen waren 91% der Befragten bekannt, in 2003 waren diese 83% bekannt. Lediglich die Hälfte von diesen gab an, darin geschult worden zu sein, diese Nebendiagnosen zu erkennen. In 2003 waren es sogar nur 42%.

In dem Fragebogen wurde unter anderem ein Statement vorgelegt: »Die Zeit für die Patienten reicht nie aus.« In 2003 bestätigten 77% der Pflegenden diese Aussage (trifft eher zu / trifft voll und ganz zu). In 2004 konnte hier eine Zunahme um 11%-Punkte auf 88% festgestellt werden. In 2004 hat niemand die Aussage »trifft gar nicht zu« ausgewählt (s. Abb. 6).

82% der Pflegenden gaben an, dass sie Pflgetätigkeiten weglassen mussten. In 2003 war dies bei 72% der Fall. Als häufigste Gründe nannten sie die Abwesenheit der Patienten, z.B. Spaziergang, Untersuchung (24%) und Personalmangel (41%). Beide Werte sind im Vergleich zu 2003 rückläufig. 54% der Pflegenden gaben an, die Mobilisation aus Zeitmangel wegfällen zu lassen. In 2003 waren dies mit 37% deutlich weniger. 13% gaben dies in Bezug auf die Hilfe beim Essen an. Auch hier eine deutliche Zunahme im Vergleich mit 2003 (7%) Besonders auffällig sind die Antworten in Bezug auf Anleitung/Beratung/Schulung der Patienten und Angehörigen: hier gaben 51% der Pflegenden bereits in 2003, und in 2004 sogar 65% an, diese Tätigkeit aus Zeitmangel weglassen zu müssen (s. Abb. 7 und Tab. 2).

Dem Empfinden der Pflegenden nach werden die Patienten bei gleichen Krankheiten früher entlassen als jeweils im Vorjahr. Stimmt in 2003 48% der Befragten dieser Aussage nicht oder überhaupt nicht zu, waren es in 2004 nur noch 26% (Abb.8).

Auf die Frage, ob Angehörige in die direkte Pflege am Patienten mit einbezogen werden, beantworteten 66% der Pflegenden mit »selten« oder »nie« (s. Tab. 2). Das ist eine leichte Zunahme in Vergleich zu 2003 (62%). Bei der Frage nach dem Entlassungsmanagement gaben 56% der Befragten an, ein Entlassungsmanagement auf der Station durchzuführen. Davon gaben 8% an, dass das durchgeführte Entlassungsmanagement auf dem Nationalen Expertenstandard basiert. Eine Beteiligung der Pflege am Entlassungsmanagement wurde von 65% der Pflegenden angegeben. In 2003 gaben dies 52% an. Im Durchschnitt werden die Entlassungen 3 Tage (n=32) vor Entlassung geplant, wobei die Spanne von »am Entlassungstag« bis »10,5 Tage vorher« reicht. Ein Unterschied zu 2003 konnte nicht festgestellt werden.

Konnten in 2003 20% der Befragten die Sicherheit ihrer Anstellung nicht ein-

schätzen, so waren dies in 2004 nur noch 8%. Die Verschiebung geht eindeutig in Richtung »nicht sicher«. Gaben in 2003 18% der Pflegenden an, dass sie ihren Arbeitsplatz als »nicht sicher« empfinden, taten dies in 2004 28%. Allerdings hielten weiterhin 64% der Pflegenden auch 2004 ihren Arbeitsplatz im Krankenhaus für sicher (s. Tab. 2).

3. Fragebogen zur Struktur

Anhand der Fragebögen zu Struktur des Hauses konnten keine wesentlichen Veränderungen in Bezug auf Bettenzahl, Dienstzeiten oder Personalbesetzung festgestellt werden.

Da die Daten zur Ermittlung der durchschnittlichen Verweildauer und der Patientenzahl recht unterschiedlich waren und sich letztlich gegenseitig neutralisierten, kann in diesen Punkten keine allgemeine Aussage formuliert werden. Die Tatsache, dass sich die Verweildauer auf einer Station (23 Betten) von 7,4 Tage in 2002 auf 6,3 Tage in 2004 und auf einer anderen Station (35 Betten) von 9,4 auf 7,2 Tage verkürzte, kann nur als Einzelfall gesehen werden. Auf diesen Stationen wurden in 2004 jeweils 100 Patienten mehr als in 2002 aufgenommen. Auf anderen Stationen kam es trotz einer verringerten Verweildauer nicht zu einem Anstieg der Patientenzahl. Auf wieder anderen Stationen blieb die Verweildauer unverändert oder sie stieg sogar an.

Funktionen/Qualifikationen	2003	2004
Chirurgische Station	48%	52%
Internistische Station	45%	55%
Fortbildung über DRGs	29%	49%
Pflegerelevante Nebendiagnosen bekannt	83%	91%
in pflegerelevanten Nebendiagnosen geschult	42%	50%
»Zeit für Patienten reicht nie aus« trifft zu/ voll und ganz zu	77%	88%
Pflegetätigkeiten weglassen müssen	72%	82%
... infolge Personalmangel	46%	41%
... infolge Abwesenheit der Patienten	33%	24%
Mobilisation weggelassen	37%	54%
Hilfe beim Essen weggelassen	7%	13%
Anleitung/Schulung/Beratung weggelassen	51%	65%
Aussage »Patienten werden früher entlassen« stimmt nicht/überhaupt nicht	48%	26%
Angehörige werden selten/nie in direkte Pflege einbezogen	62%	66%
Der Arbeitsplatz ist »nicht sicher«	18%	28%

Tab. 2: Ausgewählte Ergebnisse des Fragebogens im Vergleich 2003/2004

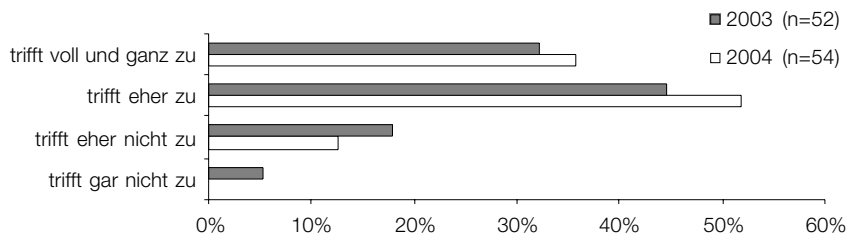


Abb. 6: Anteile der Bewertung der Aussage »Die Zeit für die Patienten reicht nie aus«

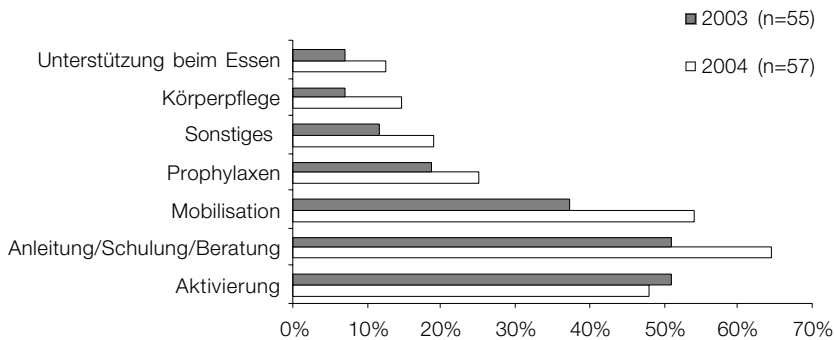


Abb. 7: Anteile der aus Zeitmangel weggelassenen Pflegetätigkeiten im Vergleich 2003 und 2004

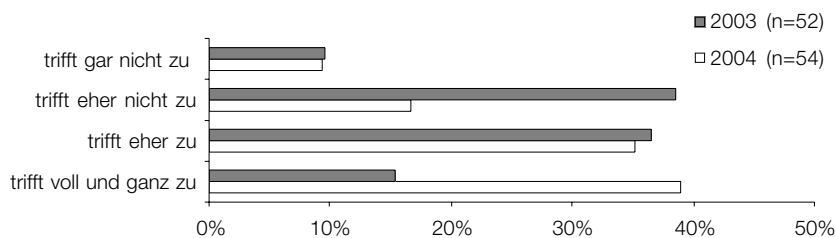


Abb. 8: Anteile der Bewertung der Aussage: »die Patienten werden bei gleichen Krankheiten früher entlassen als im Vorjahr«

Diskussion

1. Ergebnisse:

Durch die MMA-Erhebung konnte festgestellt werden, dass das Pflegepersonal 2004 geringfügig weniger mit den Patienten kommunizierte als im Vorjahr. Die Fragebogenauswertung spiegelt dies ebenfalls wider. Deutlich mehr Mitarbeiter des Pflegedienstes gaben 2004 an, dass die Zeit für die Patienten selten, bzw. nie ausreichte als in 2003. Es sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass die Kommunikation häufig während des Durchführens anderer Tätigkeiten stattfindet. In den Ergebnissen wird jedoch nur die separate Kommunikation dargestellt, die ohne andere Pflegemaßnahmen erfasst wurde.

Durch die Einführung des neuen Entgeltsystems wird für die Krankenhäuser ein ökonomischer Anreiz geschaffen, Patienten

früher zu entlassen. So kommt es zwangsläufig zu Verlagerungen vieler Aufgabenbereiche in das familiäre Umfeld oder nachsorgende Einrichtungen. Die ambulante und familiäre Pflege erhält nun eine tragende Bedeutung bei der Versorgung des Patienten. Experten erwarten daher einen sehr großen Bedarf an Schulung und Beratung durch das Pflegepersonal in den Krankenhäusern, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass eher das Gegenteil der Fall zu sein scheint: Beratung und Schulung der Patienten und der Angehörigen hat in der Wahrnehmung der Befragten deutlich abgenommen. Ob die Beratung/Schulung und Anleitung von Angehörigen und Patienten jedoch auch immer von den Pflegenden und Patienten als solche wahrgenommen wird, bleibt zu klären. Zu klären wäre ebenfalls, ob den Pflegenden

die Beratung/Schulung überhaupt als eigenständiger und elementarer Bereich ihrer Aufgaben bewusst ist.

Das befragte Personal gab an, dass die Patienten deutlich früher entlassen werden als im Vorjahr, was die Strukturdaten bestätigen. In einigen Stationen ging die Verweildauer zurück und die Fallzahl nahm zu. Die Daten sind allerdings lückenhaft und zeigen auch nicht alle in die gleiche Richtung.

56% der Befragten gaben an, ein gezieltes Entlassungsmanagement auf den Stationen durchzuführen. Dies steht jedoch im Widerspruch zu den erhobenen MMA-Daten: Mit 0,62% in 2004 (2003: 1,28%) macht die Entlassung nur einen sehr geringen Teil der pflegerischen Aufgaben aus. Dieser Aspekt ist gerade aufgrund der Erwartung einer höheren Patientenfluktuation seit der DRG-Einführung sehr er-

staunlich. Es lässt vermuten, dass es keine oder nicht umgesetzte Konzepte gibt, die diese veränderte Situation auffangen können. Eine andere Erklärung für die geringe Beteiligung der Pflegenden an den Entlassungen könnte sein, dass im Rahmen des Entlassungsmanagements die Entlassung des Patienten nicht von Angehörigen des Stationspflegeteams geplant und durchgeführt wird. Pflegende scheinen möglicherweise außerdem Entlassungsplanung nicht als ihren Aufgabenbereich anzusehen.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass im Jahr 2004 deutlich mehr Hilfestellung bei der Körperpflege erfolgte als in 2003. Dies kann auf eine größere Anzahl von pflegebedürftigen und schwerkranken Patienten hindeuten und lässt den Schluss auf einen Mehraufwand bezüglich der Patientenversorgung zu. Sowohl die erhobenen MMA-Daten als auch die Ergebnisse des Fragebogens weisen darauf hin, dass Tätigkeiten, wie die Mobilisation und die Hilfestellung bei der Ausscheidung im Vergleich zum Vorjahr geringer wurden. Daher vermuten wir, dass es zu einer Verdichtung des Arbeitsaufwandes gekommen ist und befürchten, dass Pflegende infolge dessen weniger Zeit für elementare Bestandteile der pflegerischen Arbeit, wie die Durchführung von Prophylaxen und individueller Unterstützung des Patienten, haben. Bemerkenswert ist schließlich, dass zwar der relative Anteil der administrativen Tätigkeiten von 2003 auf 2004 gestiegen ist, der der Pflegeorganisation und Dokumentation aber abgenommen hat. Nach Aufschlüsselung der Kategorie »Pflegeorganisation und Dokumentation« wurde festgestellt, dass der Anteil der Pflegedokumentation zum Vorjahr abgenommen hat. Die Befürchtungen, dass die Pflegedokumentation durch die DRG-Einführung zunimmt, konnte mit diesen Ergebnissen nicht bestätigt werden.

2. Methode:

Die Fragebogenergebnisse sind vorsichtig zu interpretieren. Wie bei jeder Befragung kann auch hier nur das subjektiv Wahrgenommene erfasst werden, das nicht unbedingt die tatsächliche Situationen auf den Stationen widerspiegelt. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass obwohl die Fragebögen anonym ausgefüllt wurden, sozial erwünschte Antworten gegeben wurden und es so zu einer verzerrten Darstellung kommen kann. Darüber hinaus muss angeführt werden,

dass es sich weder um eine repräsentative noch um eine ausreichend große Stichprobe handelt, die Ergebnisse lassen keine allgemeingültigen Schlüsse zu. Die MMA-Erhebung wurde in den beiden Erhebungsjahren von unterschiedlichen Ratern durchgeführt. Beide Rater-Gruppen waren geschult worden, ein Austausch zwischen ihnen fand statt. Trotzdem kann eine unterschiedliche Wahrnehmung der einzelnen Rater nicht ausgeschlossen werden, bei den Beobachtungen kann es in Einzelsituationen zu unterschiedlichen Interpretationen gekommen sein. Die Interraterreliabilität konnte nicht ausreichend überprüft werden. Den Teilnehmern des Projektes ist es wichtig zu verdeutlichen, dass durch die Methode der MMA auf den Stationen nur die Quantität der einzelnen Tätigkeiten erfasst werden konnte. Sinn und Zweck der Methode ist es, die Häufigkeiten Tätigkeiten darzustellen, es sollte eine eventuelle Veränderung seit der DRG-Einführung dargestellt werden. Die Qualität der Pflege kann mit dieser Methode nicht beurteilt werden!

Abschließend bleibt die Frage offen, ob die Veränderungen, die auf den Stationen festgestellt wurden, tatsächlich auf die Einführung der DRGs zurückzuführen sind, oder ob andere Faktoren eine weitere Rolle spielen könnten. Veränderungen können durch eine Vielzahl an Einflüssen hervorgerufen sein, die nur zufällig in die Zeit der Einführung der DRGs fallen. Die Ergebnisse lassen einen Trend erkennen, es bleibt abzuwarten ob sich dieser im nächsten Erhebungszyklus fortsetzen wird.

Korrespondenzadresse

*Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Witten/Herdecke*

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2003) Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In Kolb, S. (Hrsg.) *Medizin und Gewissen – wenn Würde ein Wert würde*. Frankfurt, Mabuse Verlag.
- Bartholomeyczik, S.; Donath, E.; Krohwinkel, M.; Petsch, M.; Schäfer, E.; Schulz, B. (1993) *Strukturverbesserung in der Krankenpflege durch den Einsatz von StationsassistentInnen*. Eschborn: Verlag Krankenpflege.
- Fischer, W. (2002) *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege: Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*, Bern, Hans Huber Verlag.

- Huckabay, L. M. D. (1988) Allocation of resources and identifikation of issues in determining the cost of nursing services. *Nurs Admin Q*, 13, Seite 72–82.
- Hunstein, D. (2003) *Pflegerische vs. medizinische Aussagen in DRGs*. In DV *Pflegewissenschaft* (Hrsg.) *Das Originäre der Pflege entdecken – Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. Frankfurt, Mabuse Verlag.
- Hunstein, D.; Bartholomeyczik, S. (2001) *DRGs und Pflege*. Mabuse, Seite 24–26.
- Kahlisch, A.; Kobold, C.; Rau, B. (2004) *Pflege im DRG-System: Die Fallgruppe sagt wenig über den Pflegebedarf*. *Pflegezeitschrift*, 57, Seite 26–29.
- Peters, J. (2000) *Das AR-DRG-System*. *Heilberufe*, 52, Seite 10.
- Refa (1973). *Methodenlehre des Arbeitsstudiums*, Teil 2. München: Huber.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004) *Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung*, Bern, Hans Huber Verlag.
- Semrau, M. (2001) *Medizin und Pflege aus Gesundheitsökonomischer Sicht*. *Hochschulforum Pflege*, 5, Seite 5–6.