

**Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und
Versorgungsqualität von Pflegekräften im
Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten
schriftlichen Befragung von Pflegekräften an
Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und
2008**

Bernard Braun, Sebastian Klinke, Rolf Müller, Rolf Rosenbrock

HINWEIS: Dieser Text ist aus Anlass der Durchführung des Workshops „Zur Lage der akutstationären Pflege in Deutschland“ und für die Teilnehmer dieses Workshops erstellt und verbreitet worden. Eine fertige Fassung wird in Kürze vorliegen.

Auszug: Executive summary

Berlin, Bremen im Juli 2010

Inhalt

1	EINLEITUNG	3
2	EXECUTIVE SUMMARY	5
2.1	Ergebnisse und Erkenntnisse	6
2.2	Methodische Herausforderungen, Beschränkungen und Vorteile	12

Kontaktadresse:

Dr. Bernard Braun
Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen

Mail: bbraun@zes.uni-bremen.de

1 Einleitung

Die Pflege in deutschen Krankenhäusern steht möglicherweise vor einem Prozess tief greifender Veränderungen. Mit dem DRG-System ist das seit 1972 geltende 'Selbstkostendeckungsprinzip' endgültig abgelöst worden. Die Umstellung der gesamten Krankenhausfinanzierung auf ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem (Diagnosis-Related Groups = DRGs) gilt als die folgenreichste einzelne Versorgungsreform des deutschen Gesundheitswesens der letzten Jahrzehnte. Alle Leistungen des Krankenhauses sollen einheitlich definiert, pauschaliert und vergütet werden. Die Implementierung des Fallpauschalengesetzes erfolgte schrittweise seit 2003 und wird nach einigen Verlängerungen der dafür konzipierten Konvergenzphase 2010 abgeschlossen sein.

Mit der Einführung der DRG wurden eine Reihe von Erwartungen und Befürchtungen verknüpft. Als vordringlichstes Ziel galt und gilt die Kostenreduktion bei gleich bleibender oder sogar steigender Versorgungsqualität. Überflüssige Leistungen sollten abgeschafft und benötigte Leistungen effizienter erbracht werden. Dabei soll auch die Transparenz der Krankenhausleistungen gesteigert werden (BT-Drucksache 14/6893, 26). Für die Pflege wurde als mögliche Chance eine weitere Professionalisierung diskutiert, die auch wegen der durch eine vermehrte Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte möglichen Kosteneinsparungen realisierbar erschien. Neben diesen Chancen war jedoch aus den Erfahrungen anderer Länder die Befürchtung bekannt, DRG könnten u.a. zu Personalabbau im Pflegebereich führen.

Auch wenn es bis Ende 2009 noch keine Ergebnisse der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Begleitforschung (vgl. Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock 2008) zu den tatsächlichen Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen gibt, verschafft eine Reihe von wissenschaftlichen Studien erste Einblicke. Im Kapitel zum Stand der Forschung werden die Ergebnisse unterschiedlicher ForscherInnengruppen sowie Ergebnisse amtlicher Statistiken vorgestellt. Diesem Überblick schließen sich dann die Darstellung der eigenen empirischen Ergebnisse dreier, 2003, 2006 und 2008 durchgeführter Pflegekräftebefragungen aus dem Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) an. Dieses vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) und vom Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen mit Unterstützung der Hans Böcklerstiftung, der Gmünder Ersatzkasse (GEK), der Landesärztekammer Hessen, der Robert Boschstiftung und der Techniker Krankenkasse (TKK) zwischen 2003 und 2009 durchgeführte Projekt befragte nicht nur wiederholt Pflegekräfte, sondern auch Ärzte und Patienten und führte zusätzlich mehrwellige qualitative Fallstudien in vier Krankenhäusern und Routinedatenanalysen durch (vgl. ausführlich Braun/Buhr/Klinke/Müller/Rosenbrock 2010).

Dieses Projekt greift primär auf das Konzept von pflegerischer Arbeit als personaler Dienstleistungsarbeit (Badura/Gross 1977) zurück. Hieraus wurden mehrere forschungsstrukturierende Thesen abgeleitet, die auf die zentrale Bedeutung von Prozessen der Arbeitsverdichtung für die Qualität der Pflege als personaler, lediglich begrenzt „industrialisierbarer“ Dienstleistungsarbeit hinweisen. „Genügend Zeit“ ist daher ein zentraler Indikator für die Qualität der pflegerischen Versorgung.

Im Lichte dieser Leitgedanken wurden die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, deren berufliches Selbstverständnis und deren praktisches Handeln, d. h. die konkrete Leistungserbringung (Versorgungsqualität), untersucht. Die Dreiteilung hinsichtlich Arbeitsbedingungen, beruflichem Selbstverständnis und Versorgungsqualität ergibt sich als bedingtes Ursache-Wirkungsverhältnis¹, wobei insbesondere Arbeitsbedingungen und

¹ „Bedingtes Ursache-Wirkungsverhältnis“ ist als analytisches Konstrukt gemeint, das sowohl Wechselwirkungen zwischen Arbeitsbedingungen und beruflichem Selbstverständnis mit einschließt, als auch

berufliches Selbstverständnis in einem spannungsreichen Verhältnis stehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Institution in einem Anpassungs-/Veränderungsprozess befindet. Die Versorgungsqualität ist als Outputgröße am stärksten eine abhängige Variable² und somit an das Ende der unterstellten Kausalkette platziert.

der Tatsache Rechnung trägt, dass Arbeitsbedingungen ad hoc veränderbar sind, während ein berufliches Selbstverständnis mit einem gewissen Trägheitsmoment (Time-Lag) und reaktiv Wandlungstendenzen unterliegt.

² Sofern die Veränderung der Versorgungsqualität von den Akteuren als Resultat externer Ressourcenverknappung (z. B. Budgetierung) gedeutet wird, wird von diesen zwar ein umgekehrtes Ursache-Wirkungsverhältnis wahrgenommen (Beispiel: Ausreichende Mittel zur Versorgung der Patienten stehen nicht mehr zur Verfügung und deshalb haben sich sowohl die Arbeitsbedingungen als auch das berufliche Selbstverständnis verändert), jedoch wird in dieser Arbeit analytisch unterstellt, dass die Ressourcenverknappung Teil der Arbeitsbedingungen ist (Bedingungen, unter denen die Leistungserbringung stattfindet), unter denen sich, in Verbindung mit dem beruflichen Selbstverständnis, der Versorgungsanspruch der Versicherten realisiert – die Versorgungsqualität.

2 Executive Summary

Bei den im Folgenden vorgestellten empirischen Ergebnissen des Bosch-Projekts, welches neben einer eigenen Erhebung auf zwei weitere in einer Zeitreihe befindliche Pflegekräftebefragungen aus dem Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) zurückgreift, handelt es sich um Ergebnisse der Untersuchung einer Reihe von Hypothesen, die vor allem die gesundheitspolitisch intendierten Veränderungen der Erbringung akut-stationärer Leistungen aufgreifen.

Im Zentrum der politisch intendierten Veränderungen steht die Umstellung vom Kostendeckungsprinzip hin zu einer prospektiven Finanzierung von Krankenhausleistungen, d. h. anstelle des Anspruchs auf Vergütung aller notwendigen akut-stationären Ausgaben, werden auf der Basis vergangener Ausgaben sowohl die Höhe der erstattungsfähigen künftigen Ausgaben als auch die Regeln, nach denen gestiegene Ausgaben erstattungsfähig sind, festgelegt. In den 90er Jahren wurde zu diesem Zweck der Grundsatz der Beitragsatzstabilität in das SGB V aufgenommen, der sowohl für die Steigerung der Gesamtausgaben der GKV als auch die der erstattungsfähigen Ausgaben der Leistungserbringer bedarfsunabhängige Grenzen setzt. Für die einzelnen Krankenhäuser bedeutete dies die Einführung krankenhausesindividueller Budgets, die vor allem eine Deckelung der Steigerungsrate der Gesamtvergütung eines Hauses mit sich brachte. Nachdem mit chirurgischen Fallpauschalen experimentiert worden war, wurde ab 2003 ein diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem (DRG) eingeführt, welches für alle akut-stationären Leistungen (ausgenommen: Psychiatrie) pauschalierte Entgelte definiert, so dass nun auch auf der Ebenen des einzelnen Behandlungsfalles prospektiv und vom Einzelbedarf unabhängig vergütet wird. Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) als Basis einen neuen Entgeltsystems schließt somit die Lücke zwischen prospektiver Gesamtvergütung und aufwandsabhängiger Einzelfallvergütung. Dies ist der Zeitraum wo unsere Untersuchung der Lage der Pflege in Krankenhäusern einsetzt (2003) und in den Folgejahren wiederholt wird (2006 und 2008), um Veränderungen der Arbeitsbedingungen, der Pflegerischen Abläufe und der Pflegequalität unter den Bedingungen der Umstellung auf die vollständige prospektive Finanzierung von Krankenhausleistungen in Deutschland (DRG) zu messen.

In einigen Ländern existieren prospektive Krankenhaus-Finanzierungssysteme, wie z. B. DRG-Fallpauschalen, schon länger als in Deutschland. Nach den Erfahrungen aus diesen Ländern haben DRGs insbesondere Auswirkungen auf die Kriterien der stationären Behandlungsnotwendigkeit, die Verweildauer im Krankenhaus, die Ganzheitlichkeit der Versorgung und die Anforderungen an die nachstationäre Versorgung, die Versorgung älterer und multimorbider Patienten sowie die Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Insgesamt gesehen sind in diesen Ländern die nachgewiesenen Folgen für die Versorgungsqualität weniger eindeutig als erwartet. In jüngster Zeit wurde jedoch in Studien nachgewiesen, dass zwischen Personalabbau in der Pflege und einer Verschlechterung der Versorgungsqualität (z. B. erhöhte Mortalitätsraten) Zusammenhänge bestehen. Unklar ist, ob und wie weit die Erfahrungen anderer Länder mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen (Public/Private-Mix), unterschiedlichen Versorgungsansprüchen (Grundversorgung versus Vollversorgung) und unterschiedlichen Deckungsgraden (Teilfinanzierung durch Fallpauschalen versus Vollfinanzierung) auf Deutschland übertragen werden können. Ihre Ergebnisse werden in diesem Projekt gleichwohl genutzt, um vorhandene Hypothesen zu unterstreichen oder zusätzliche zu generieren.

Es gibt bislang keine repräsentativen quantitativen Längsschnittstudien, die Veränderungen von Arbeitsbedingungen von Pflegekräften und Versorgungsqualität vor dem Hintergrund der Umstellung auf die prospektive Finanzierung stationärer Leistungen messen. Somit füllt der

vorliegende Forschungsbericht eine wichtige Lücke im Bereich der Pflegeforschung in Deutschland.

2.1 Ergebnisse und Erkenntnisse

Sowohl was die befürchteten negativen Auswirkungen (z. B. Zunahme des Anteils problematischer Entlassungen) als auch die erhofften Veränderungen des Versorgungsprozesses (z. B. Verbesserung der Aufnahme von Notfallpatienten) angeht, sieht die Wirklichkeit in vielen Punkten anders aus, als von vielen Experten erwartet (vgl. z. B. Arnold/Litsch/Schellschmidt 2000, Deppe/Burkhardt 2002, Fischer 2002, Freytag 2001, Keppler 2001, Kühn/Simon 2001, Lauterbach/Lüngen 2000, Lüngen/Lauterbach 2002, Simon 2000b, Stratmeyer 2002). Weder sind negative Veränderungen in der erwarteten Breite und Intensität mit unseren Befragungen nachweisbar noch haben sich selbst bei hochplausiblen Eigeninteresse der Krankenhäuser Verbesserungen bei der Strukturierung der Behandlungsabläufe unter besonderer Berücksichtigung der Aufnahme und Entlassung von Patienten durchgesetzt. Trotz verstärkter finanzieller Anreize Versorgungspfade zu optimieren, durch in der Konvergenzphase zunehmende Budgetrestriktionen, sind z. T. gegenläufige Entwicklungen zu beobachten (z. B. Verschlechterungen der Kooperation mit nachstationären Versorgungseinrichtungen).

Die Gründe für diese Nicht- oder Fehlwirkung der DRG sind vielfältiger Natur: Ein wesentlicher Grund könnte sein, dass es genug Akteure gibt, die sich im Zeichen der politisch und rechtlich existierenden Ambivalenz zwischen dem Gebot einer bedarfsgerechten Versorgung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot – verstanden als Gebot der Beitragssatzstabilität – für erstere entscheiden und dafür auch noch genügend Freiheitsgrade haben. Ein weiterer Grund könnte die Persistenz von fachlichen oder hierarchischen Strukturen und Prinzipien des Krankenhauses (z. B. Chefarztprinzip) sein, die zu einer relativen Immunisierung gegenüber Veränderungsansprüchen der Unternehmensleitung beitragen. Ein dritter Grund ist möglicherweise die Zähigkeit mit der die befragten Pflegekräfte die Dissonanz zwischen traditionellen ethischen und professionellen Handlungsnormen und betriebswirtschaftlichen Handlungslogiken aushalten, ohne ihren Anspruch auf Geltung der traditionellen Normen aufzugeben. Ein Teil der Erklärung mag aber auch dem Charakter des Projektes als Politikfolgenforschungsprojekt geschuldet sein: Bei aller kritischen Distanz gegenüber politischen Interventionen traut man ihnen mehr und schnellere Wirksamkeit zu, als sie eigentlich erreichen können.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Befürchtungen und Erwartungen, die mit der DRG-Einführung verbunden wurden, mit den empirischen Ergebnissen des Projekts konfrontiert.

1. „Die DRG bilden die wirkliche Morbidität unzureichend ab“ (Tendenz: ☞)³

Die Furcht, dass es mit den DRG nicht gelingt, die Fülle der stationären Morbidität zu erfassen und in ihrer Komplexität abzubilden und zu vergüten, ist nach Auffassung der beteiligten Akteure weitgehend unberechtigt. Die Anzahl der DRG betrug 2008 1.137 und hatte sich damit gegenüber 2007 immerhin noch mal um 55 vergrößert. Verbesserungen gab es auch in Bereichen mit extrem komplexen und schwer zu kalkulierenden Leistungen wie z. B. der Geriatrie oder Pädiatrie. Damit liegt die Anzahl der DRG des deutschen „Vollversorgungssystems“ erheblich über der Anzahl der DRG im US-Versicherungssystem

³ Erläuterung der Symbole: „Tendenz ☞“ bedeutet „in der Tendenz wurde die voran stehende These bestätigt“; „Tendenz ☹“ bedeutet „in der Tendenz wurde die voran stehende These widerlegt“ und „Tendenz ☞☹“ bedeutet „in der Tendenz wurde die voran stehende These weder bestätigt noch widerlegt“.

Medicare mit seinen 499 „Health Care Financing Administration“-DRG und über den 661 australischen A-DRG. Der R²-Wert als Maß für die Varianzreduktion bzw. die statistische Güte der Klassifikation belief sich 2008 auf 0,7209, gegenüber dem 2007er-Wert von 0,7158. Die relative Zufriedenheit der Akteure – zumindest auf Seiten der Leistungserbringer – hat jedoch auch damit zu tun, dass die DRG im Zuge der jährlichen Anpassungen immer stärker an Prozeduren orientiert wurden und somit der ursprünglich angestrebte Charakter der möglichst weitgehenden Diagnose-Orientierung geschwächt wurde. Die Diagnose-Orientierung wiederum sollte als Anreiz für mehr Qualität dienen, in dem Sinne, dass der Anreiz besteht, bei feststehender Diagnose (Pauschale) möglichst zielgerichtet und damit auch sparsam zu therapieren. Prozeduren-Honorare hingegen setzen Anreize in Richtung einer Maximierung des Mitteleinsatzes (Beispiel: Beatmungstage). Insofern reflektiert die Zufriedenheit mit den DRG und deren Vergütung auch weniger die Abbildungsgenauigkeit hinsichtlich der Morbidität sondern mehr den Grad der Refinanzierung der Krankenhauskosten, wobei die DRG zu neuen Anreizen für Über-, Unter- und Fehlversorgung führen (Beispiel: Appendektomien).

2. „DRG führen vermehrt zu frühzeitigen Entlassungen“ (Tendenz: ↘)

Insgesamt gibt es nur wenige Belege für eine Zunahme medizinisch problematischer Entlassungen und Patientenselektion. Diese mangelnde Empirie liegt vor allem in der starken Sektoralisierung des deutschen Gesundheitssystems begründet, die bisher eine transsektorale Qualitätssicherung verhindert hat und erst jüngst im Kontext der DRG-Einführung als unabdingbar gefordert wird.

Aus Sicht der Pflegekräfte haben sich jedoch die zu frühen Entlassungen unter DRG-Bedingungen nahezu verdoppelt (Zunahme um 12 Prozentpunkte von 13 Prozent in 2003 auf 25 Prozent in 2008) und immer weniger Patienten würden zu einem für den Heilungsprozess optimalen Zeitpunkt entlassen (Abnahme um 11 Prozentpunkte von 45 Prozent in 2003 auf 34 Prozent in 2008).

Hierzu passen die Hinweise aus der REDIA-Studie, dass die Erkrankungsschwere bei orthopädischen und kardiologischen Indikationen in der Rehabilitation 2005/2006 gegenüber 2003/2004 zugenommen hat.

3. „DRGs führen zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität für Patienten mit komplexen Erkrankungen“ (Tendenz: ↘)

Zu den DRG-„Versorgungsqualitäts-Verlierern“ scheinen mit einer gewissen Plausibilität die Patienten mit komplexen, schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen (multimorbide Patienten) zu gehören.

Als Indiz für ein Zutreffen dieser Befürchtung kann gewertet werden, dass der Anteil der Pflegekräfte, die einen negativen Einfluss der DRG auf den Umgang mit Risikopatienten wahrnehmen, von rund 40 Prozent in 2006 auf 47 Prozent in 2008 gestiegen ist (2003 wurde dieses Item nicht erhoben).

4. „DRG verstärken die Auswirkungen von Kostendruck auf die Behandlungswirklichkeit“ (Tendenz: ↘)

Eine ausführliche Pflegeaufnahme findet regelhaft („immer“ und „überwiegend“) unter DRG-Bedingungen deutlich seltener statt (Rückgang um 9 Prozentpunkte von 43 in 2003 auf 34 Prozent in 2008), obwohl unter der Bedingung abnehmender Liegezeiten und in Verbindung mit der Zunahme des Anteils schwerer und pflegeintensiver Fälle (u. a. durch mehr ambulante Operationen) eine umfassende Aufnahme für die zielgerichtete Pflege unter Zeitdruck

sinnvoll erscheint. Insgesamt ist der Anteil der Pflegekräfte, die einen eher negativen Einfluss der DRG auf die Durchführung notwendiger Behandlungen wahrnehmen bei 43 Prozent konstant geblieben, während nur 14 (2006) bzw. 13 Prozent (2008) einen eher positiven Einfluss wahrnehmen. Noch allgemeiner gefragt, ist der negative Einfluss der DRG auf die Versorgungsqualität von 51 (2006) auf 55 Prozent (2008) gestiegen, während 13 (2006) bzw. 12 Prozent (2008) einen positiven Einfluss wahrnehmen. Der Anteil der Pflegekräfte, die für ihren Alltag der Feststellung zustimmen, die Patienten in ihrem Haus würden tendenziell auf dem Stand der medizinischen Erkenntnis versorgt („beste Leistungen“) ist von 63 Prozent (2006) auf 60 Prozent (2008) zurückgegangen. Der Anteil der Pflegekräfte, in deren Alltag sich die Versorgung tendenziell nicht nach den Kosten richtet, lag 2006 bei 56 Prozent während 2008 nur noch 49 Prozent dieser Aussage zustimmen. Im selben Zeitraum hat der Anteil derjenigen Pflegekräfte zugenommen, in deren Abteilungen/Häusern voll und ganz „Kosten und medizinische Notwendigkeit abgewogen“ werden (8 Prozent in 2006 gegenüber 11 Prozent in 2008).

5. „DRG stellen bei Pflegekräften das traditionelle berufliche Selbstverständnis in Frage“ (Tendenz: ↻)

Grundsätzlich findet sich auch unter DRG-Bedingungen weiterhin eine große Unterstützung für einen Primat des medizinisch Notwendigen und eine umfassende Versorgung der Patienten auf dem Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnis. Die große Mehrheit stimmt auch heute (2008) einer Nachrangigkeit wirtschaftlicher Erwägungen zu (89 Prozent). Allerdings sind es nur knapp die Hälfte der Pflegekräfte, die dieser Aussage voll zustimmen (49 Prozent). Unter DRG-Bedingungen zeigen sich also Normverunsicherungen, die über die Hälfte der Pflegekräfte betreffen, ein Befund, der auch bereits in früheren Untersuchungen deutlich wurde (Klinke 2003, Manzeschke 2006).

Während 2008 der sehr allgemein gehaltenen Frage „Lege Wert auf eine würdevolle Behandlung der Patienten“ von 79 Prozent (2003: 88 Prozent) der Pflegekräfte zugestimmt wird, ist dies bei der stärker konkretisierten Frage, ob man eine „soziale und emotionale Zuwendung“ (psychosoziale Versorgung) grundsätzlich als zur Versorgung der Patienten zugehörig empfinde, mit 66 Prozent (2003: 69 Prozent) um 13 Prozentpunkte geringer. Ähnlich ist bei beiden Fragen der Zustimmungsrückgang gegenüber 2003 um -9 bzw. -3 Prozentpunkten. Da beide Fragen Kernbereiche des traditionellen pflegerischen Selbstverständnisses berühren, kann unterstellt werden, dass unter DRG-Bedingungen diese Normen unter starken Druck geraten sind.

Zu berücksichtigen ist, dass die Vorstellung von dem, wie man gerne handeln möchte, (Soll) immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (Ist) steht. Je größer dieser Konflikt – also die Differenz zwischen dem, wie man sich als Pflegekraft verhalten möchte und dem, wie man sich konkret verhält – ist, desto mehr muss davon ausgegangen werden, dass neue Rahmungen und Deutungen das eigene Handeln beeinflussen, die die alten und grundsätzlich immer noch als richtig angesehenen Handlungsnormen (Soll) in Frage stellen. Somit kann diese Gegenüberstellung von Soll und Ist einen Wandel des beruflichen Selbstverständnisses sichtbar werden lassen, bevor neue Deutungen und normative Leitbilder die alten als herrschend ersetzt haben: Die befragte Pflegekraft wünscht sich zwar noch einen Zustand *ex ante* (Soll), inkludiert aber bereits andere Handlungsmaximen in seine/ihre Praxis (Ist):

Während 2008 insgesamt 87 Prozent (2006: 84 Prozentpunkte) der Pflegekräfte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Abwesenheit von Rationierung nur von 12 (2006: 11 Prozentpunkte) Prozent in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Also arbeitet ein großer Teil der Pflegekräfte in

einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Im Wellenvergleich, über alle drei Rationierungsfragen hinweg betrachtet, zeigt sich, dass der Anteil derjenigen Pflegekräfte, die in ihren Abteilungen Formen von Rationierung wahrnehmen, zwischen 2006 und 2008 tendenziell zugenommen hat, bei einer maximalen Steigerung von 8 Prozentpunkten.

Während 2008 der normativen Frage, ob man eine „soziale und emotionale Zuwendung“ (psychosoziale Versorgung) grundsätzlich als zur Versorgung der Patienten zugehörig empfinde, von 66 Prozent voll zugestimmt wurde (2003: 69 Prozent), ist dies nur für 16 Prozent der Befragten tendenziell der Fall (2006: 15 Prozent) der Fall. Eine ausreichende soziale und emotionale Zuwendung findet sogar nur in 9 Prozent (2003: 8 Prozent) der Fälle statt. 59 Prozent (2006: 53 Prozent) haben aufgrund der Arbeitsbelastung eher gar keine Zeit für die psychosoziale Versorgung ihrer Patienten.

Bei den Pflegekräften herrscht also ein ausgeprägtes Spannungsverhältnis zwischen dem Anspruch, psychosoziale und sonstige pflegerische Versorgung erbringen zu wollen und einer Praxis, die ihnen dies in den meisten Fällen nicht oder nicht ausreichend gestattet. Da diese Fragen Kernbereiche des traditionellen pflegerischen Berufsbildes berühren, muss befürchtet werden, dass unter DRG-Bedingungen diese Normen so unter Druck geraten, dass sich im pflegerischen Selbstverständnis eine Anpassung an die Praxis vollzieht, wie sie sich im Wellenvergleich bereits andeutet.

6. „DRG verbessern die Aufnahme ins Krankenhaus zum Vorteil der Patienten und des Krankenhauses“ (Tendenz: ↗)

Um kostendeckend zu arbeiten, ist es unter DRG-Bedingungen notwendig, schon bei der Aufnahme den Patienten diagnostisch auf das richtige Gleis zu stellen. Deshalb ist es von Vorteil, bei der Aufnahme möglichst qualifiziertes Personal einzusetzen, um zu stringenten Behandlungsplänen zu kommen.

Eine ausführliche Pflegeaufnahme (Zusammenfassung der drei Items „Erhebung des Pflegeaufwands bei Aufnahme“, „Pflegeanamnese bei Aufnahme“ und „Pflegeplanung bei Aufnahme“) trägt unter der Bedingung abnehmender Liege- und damit auch Pflegezeiten sowie der Zunahme des Anteils schwererer Fälle (u.a. durch mehr ambulantes Operieren) zur Versorgungsqualität bei. Umso deutlicher wird ein beachtlicher, 9 Prozentpunkte umfassender Trend (2008 im Vergleich zu 2003) der „Ausdünnung“ oder des Seltenerwerdens dieser Leistung, wobei auch alle drei Einzelbestandteile der pflegerischen Aufnahme jeweils gegenüber 2003 abgenommen haben.

7. „DRG verbessern die Entlassung aus dem Krankenhaus und die Überleitung in nachgeordnete Versorgungsformen“ (Tendenz: ↗)

Ein großer Verbesserungsbedarf besteht offensichtlich bei der Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus: Nur etwa 56 % der befragten Pflegekräfte bestätigten im Jahr 2003, also vor der verbindlichen Einführung der DRG, die Existenz eines Entlassungsmanagements. Fünf Jahre später hat sich die Situation formal nicht verbessert und inhaltlich sogar verschlechtert: Während 2003 für 37 Prozent der Befragten das Entlassungsmanagement gut funktioniert, sind es 2008 nur noch 32 Prozent.

8. „DRG fördern über eine Verkürzung der Liegezeiten die rechtzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus“ (Tendenz: ↗)

Unter DRG-Bedingungen wird die Verkürzung der Liegezeiten, die allerdings schon in den 1990er Jahren einsetzte, weiter vorangetrieben und eine striktere Durchsetzung der AEP-

Kriterien von Krankenkassen betrieben, wodurch stationäre Aufenthalte verringert werden sollen. Hierdurch verlagert sich der Heilungsprozess in den nachstationären Bereich, dessen Mittelausstattung und teilweise medizinische Kompetenz (z. B. Wundmanagement) im Vergleich zum akutstationären Bereich schlechter ist.

Aus Sicht der Pflegekräfte haben sich die zu frühen Entlassungen unter DRG-Bedingungen nahezu verdoppelt (Zunahme um 12 Prozentpunkte von 13 Prozent in 2003 auf 25 Prozent in 2008) und immer weniger Patienten wurden zu einem für den Heilungsprozess optimalen Zeitpunkt entlassen (Abnahme um 11 Prozentpunkte von 45 Prozent in 2003 auf 34 Prozent in 2008). In der Wahrnehmung der Pflegekräfte wurde also das erklärte Ziel der DRG-Einführung, nämlich die Verringerung des Anteils zu später Entlassungen bei gleichzeitiger Steigerung des Anteils der Entlassungen zu einem medizinisch/pflegerisch wünschenswerten Zeitpunkt, nicht nur verfehlt, sondern die diesbezügliche Problematik sogar verschärft.

9. *„DRG fördern die Kooperation und den patientenbezogenen Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus.“ (Tendenz: ↘)*

Anhand der uns zur Verfügung stehenden Daten wirken die DRGs auf die Kooperation in zweierlei Hinsicht: Auf der einen Seite liefern die quantitativen Erhebungen Hinweise darauf, dass sich die Kooperationsbereitschaft zwischen den Berufsgruppen unter DRG-Bedingungen verbessert hat. Auf der anderen Seite nimmt der Anteil der Befragten zu, die der Meinung sind, dass die DRGs einen negativen Einfluss auf die faktischen Möglichkeiten (Zeitmangel) zu fachlich notwendiger Kooperation und Information haben.

Der Informationsfluss hat sich daher unter DRG-Bedingungen verschlechtert, obwohl beschleunigte Abläufe vermehrte Kommunikation erfordern, um beispielsweise (Behandlungs-)Fehler zu vermeiden. So ist etwa der Anteil der Pflegekräfte, die einen schlechten Einfluss der DRG auf die Zusammenarbeit mit Ärzten wahrnehmen, von 24 Prozent in 2003 auf 35 Prozent in 2008.

Zusammenfassend gesagt haben sich die – formellen – Kommunikationsstrukturen unter DRG-Bedingungen eher verschlechtert als verbessert. Vor allem die gemeinsame Visite von Pflegekräften und Ärzten findet immer seltener statt, weil die Pflegekräfte aufgrund der Personalknappheit weniger Zeit haben und die Ärzte keine festen Visitenzeiten einhalten, auf die sich die Pflegekräfte einstellen können. Durch den Wegfall der gemeinsamen Visite werden Informationsverluste und Fehler bei der Patientenversorgung wahrscheinlicher.

10. *„DRG fördern die Strukturierung der Behandlungsabläufe und damit eine Verbesserung der Qualität.“ (Tendenz: ↘)*

Nach Meinung der *Pflegekräfte* sind die Behandlungsabläufe unter DRG-Bedingungen stärker standardisiert worden: Strukturierte Abläufe in Form von Case Management oder Clinical Pathways werden 2008 von 53 Prozent der befragten Pflegekräfte gegenüber 43 Prozent in 2003 als existent angesehen. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass diese Frage keinen Aufschluss über Umfang und Qualität der Behandlungsleitlinien bietet. Offen bleiben zudem, wie verbindlich diese Leitlinien für die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte sind bzw. ob Behandlungspfade auch tatsächlich handlungsleitend wirken.

Auch andere Merkmale der Pflegeorganisation haben sich im Vergleich der Jahre 2003 und 2008 verändert: 89 Prozent geben in 2003 an, dass immer oder überwiegend eine gute Grundpflege gewährleistet ist, während 2008 ein Rückgang der Existenz guter Grundpflege um 11 Prozentpunkte auf 78 Prozent zu verzeichnen ist. Eine ausführliche Pflegeaufnahme (Zusammenfassung der drei Items „Erhebung des Pflegeaufwands bei Aufnahme“, „Pflegeanamnese bei Aufnahme“ und „Pflegeplanung bei Aufnahme“) findet unter DRG-

Bedingungen seltener statt (Rückgang um 9 Prozentpunkte 2008 im Vergleich zu 2003), wobei auch alle drei Einzelbestandteile der pflegerischen Aufnahme jeweils gegenüber 2003 abgenommen haben.

Abteilungen für Kurzzeit-Patienten existieren in 2008 nach Meinung von 61 Prozent der Pflegekräfte (Anstieg um 5 Prozentpunkte gegenüber 2003). Abteilungen für poststationäre Versorgung sind 2008 in den Einrichtungen von 57 Prozent der Befragten (Zunahme um 8 Prozentpunkte) vorhanden. Dieses Wachstum im Wellenvergleich kann man als DRG-Effekt bezeichnen, denn da im Rahmen von Mischkalkulationen zunehmend ambulante Behandlungen durchgeführt werden, benötigt man diese Abteilungen, um Einnahmen außerhalb des DRG-Systems zu generieren.

Auffällig ist, dass bestimmte Formen strukturierter Behandlung unter DRG-Bedingungen zugenommen haben (z. B. wenn ihre Existenz erlösrelevant ist), während andere Formen strukturierter Behandlung abgenommen haben, wobei letztere direktere Bezüge zur Pflegequalität haben, jedoch erlösneutral sind und kurzfristig kostensteigernd wirken.

11. „DRG verschlechtern die sozialen und materiellen Arbeitsbedingungen von Pflegekräften im Krankenhaus.“ (Tendenz: ↘)

Durch die aus ihrer Sicht höheren Anforderungen (Mischstationen) und den erhöhten Zeitdruck fühlen sich die Pflegekräfte in gestiegenem Ausmaß nicht mehr gut genug für ihre Arbeit ausgebildet. Waren 2003 noch 79 Prozent der Meinung, sie seien gut ausgebildet, sagen dies 2008 nur noch gut 58 Prozent. Neben störenden Unterbrechungen (+14 Prozentpunkte), unregelmäßigen Arbeitszeiten (+ 11 Prozentpunkte), Organisationsmängeln im Krankenhaus (+ 8 Prozentpunkte), dem andauernd hohen Zeitdruck (+7 Prozentpunkte), hat auch die Belastung durch mangelhaften Arbeitsschutz (+ 5 Prozentpunkte) und zu viele administrative Tätigkeiten (+3 Prozentpunkte) 2008 im Vergleich zu 2003 zugenommen. Die Pflege war in den letzten Jahren von Stellenabbau betroffen, der zu einer Verringerung der „Hände“ pro Schicht und Station geführt hat, während gleichzeitig die durchschnittliche Stationsgröße zugenommen hat (Zunahme der Befragten mit mehr als 15 Überstunden/Monat von 30 Prozent auf 39 Prozent). Hinsichtlich der Belastung durch Organisationsmängel und Mängel im Arbeitsschutz bedeuten die Steigerungen jeweils fast eine Verdoppelung der Inzidenz.

Für Pflegende steht - z. B. durch die Beschleunigung der Abläufe - noch mehr als bisher die Ganzheitlichkeit der Versorgung in Frage: 2008 hat der Anteil derjenigen Pflegekräfte zugenommen (+11 Prozentpunkte gegenüber 2003), die bestätigen, dass in ihrer Abteilung die Angehörigen die soziale und emotionale Unterstützung leisten.

Den zum Teil zunehmenden, jedenfalls aber nicht geringer werdenden Arbeitsbelastungen stehen Ressourcen (z. B. interessante Tätigkeit) gegenüber, welche die erwartbaren negativen Auswirkungen der DRG für die Arbeitszufriedenheit teilweise kompensieren können. Für Pflegekräfte haben 2008 diese Ressourcen jedoch in den meisten Bereichen und um bis zu 10 Prozentpunkte gegenüber 2003 abgenommen.

12. „DRG erhöhen den Umfang administrativer Arbeit zu Lasten patientennaher Tätigkeiten“ (Tendenz: ↗)

Für diese oft von Pflegekräften beklagten Tendenzen gibt es weniger und schwächere empirische Belege als erwartet. Das quantitative Verhältnis beider Tätigkeitsarten scheint relativ stabil zu sein und unterscheidet sich auch nicht in Subgruppen der Beschäftigtengruppe. Allerdings hat der Anteil derjenigen, die sich „immer“ durch zu viele administrative Tätigkeiten belastet fühlen, von 15 (2003) auf 19 Prozent (2008) zugenommen.

2.2 Methodische Herausforderungen, Beschränkungen und Vorteile

Eine Politikfolgenforschung, die mit sozialwissenschaftlichen Methoden der Längsschnittanalyse Wirkungen der DRG auf Pflegekräfte ermitteln will, ist möglich, richtig und ertragreich. Eine solche Methodik ist daher auch für andere vergleichbar intensive Interventionen zu empfehlen.

Dabei treten aber auch einige methodische Schwierigkeiten auf, die Auswirkungen auf die Möglichkeiten haben, bestimmte Veränderungen überhaupt oder verlässlich und vollständig messen zu können:

- Dazu zählt das Problem von Ankündigungseffekten im Vorfeld von Gesetzesänderungen und generell die Lückenhaftigkeit der Kenntnisse über DRG-relevante Bedingungen der stationären Versorgung im langjährigen Vorfeld der DRG-Einführung. Beide Probleme erschweren die Möglichkeit von Begleitforschung.
- Inhaltlich bedeutend sind außerdem die Schwierigkeiten, unter dem Einfluss der sich verändernden Krankenhauswirklichkeit und der sich ändernden Wahrnehmungsstandpunkte der Befragten zeitstabil vergleichbare Aussagen über Sachverhalte zu erheben. Die scheinbar paradoxen Widersprüche oder das Nichtzueinanderpassen der allgemeinen Bewertung eines zunehmenden Arbeitszeitanteils für administrative Tätigkeiten und der geringen Veränderung der quantitativen Darstellung dieses Anteils bei den Pflegekräften sind vermutlich ein Ausdruck dieser Wahrnehmungsverschiebungen unter dem Druck von steigender Arbeitsverdichtung.

Schließlich führt die methodische Anlage des Projekts auch zu einer Reihe inhaltlicher Erkenntnisse über die Performanz strukturverändernder Gesundheitspolitik oder der Möglichkeit von Strukturveränderungen in komplexen sozialen Systemen und der Vielfalt der dabei zu berücksichtigenden Faktoren. Besonders kommt dies dort zum Ausdruck, wo sich bisher entgegen der theoretischen Annahmen und politischen Erwartungen über die Wirkrichtung und –stärke der DRG weniger, andere oder gar keine Wirkungen zeigen. Dies gilt sowohl für die befürchteten Selektionseffekte oder die erwartete wesentlich stärkere Strukturierung der Versorgungsabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung. Welche hemmenden und fördernden Bedingungen empirisch dafür verantwortlich sind, dass trotz plausibler Anreiz- und Interessenstruktur weniger selektiert wird als erwartet und weniger für eine zielgerichtete und zügige Behandlung von Patienten getan wird als dem Patienten und dem Krankenhaus „eigentlich“ gut täte, kann hier nur vermutet werden, da sie nicht systematisch erhoben worden sind. Einige Bedingungen, von denen derartige moderierende Funktionen erwartet wurden, wie etwa der Trägerstatus oder die Größe der Krankenhäuser, hatten meistens keinen oder einen lediglich geringen nachweisbaren Einfluss.

In künftigen Studien sollte daher der Einfluss einer Reihe weiterer möglicher Einflussfaktoren für die wider Erwarten zögerlichere aber auch beschleunigtere Umsetzung von politischen Veränderungsabsichten hypothetisch berücksichtigt und überprüft werden. Dazu gehören so heterogene Faktoren wie die Führungsqualität in den Kliniken⁴, eine noch genauere Erhebung der Kooperationsverhältnisse im Krankenhaus und die öffentliche Kommunikation über „die Situation des Krankenhauses“, die zum Teil pessimistischer ist als die wirkliche Lage. Dass solche und andere Variablen in unserer Studie fehlen, kann ein Grund für die vergleichsweise

• ⁴ Die Analysen von Schmidt et al. über die Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus identifizierten in einer multivariaten Analyse als wichtigste Einflussfaktoren „Führungsqualität, Zusammenarbeit mit Ärzten, Arbeit-Familien-Konflikt und Bedeutung der Arbeit“ (Schmidt et al. 2008: 113).

geringe Erklärungskraft unserer multivariaten Regressionsmodelle sein. Für die damit eindeutig notwendige weitere Forschung u. a. mit anderen Methoden werden soweit möglich Hinweise auf Merkmale gegeben, die dann einzubeziehen wären.