
Von der Standeskunde zur BWL - Anmerkungen zur Arbeitsteilung aus ärztlicher Sicht

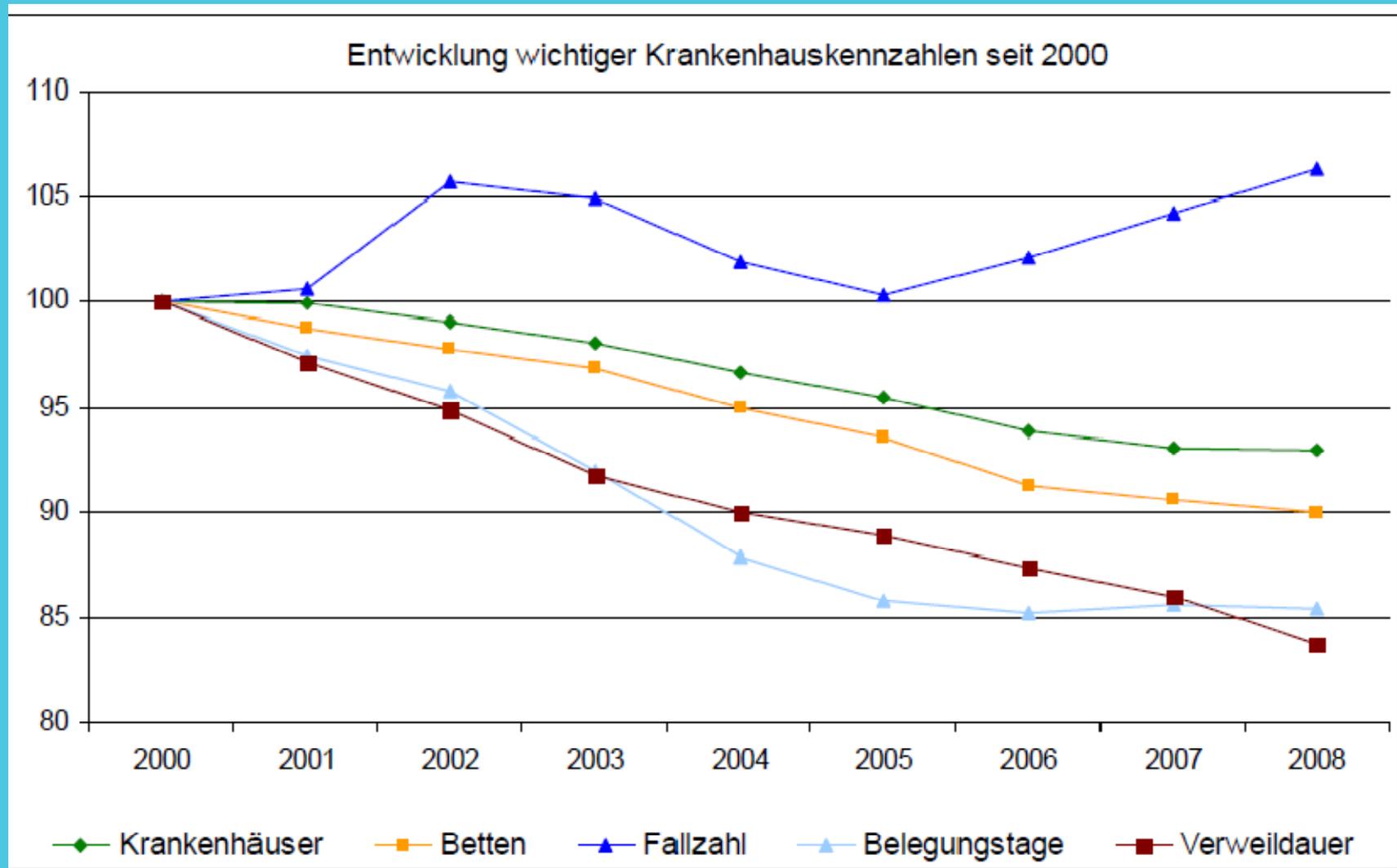
Matthias Albrecht ■ Kinderchirurgische Klinik
Dortmund

Workshop 1. Juli 2010 Bremen

„Die Lage der akutstationären Pflege in Deutschland“



Entwicklung Krankenhauskennzahlen seit 2000



Klinikum Dortmund

	2000	2009
Betten	1783	1340
VWD	9,3	7,3
Stationen	79	59
PDL	14	5

Umsetzung prozessoptimierender Maßnahmen

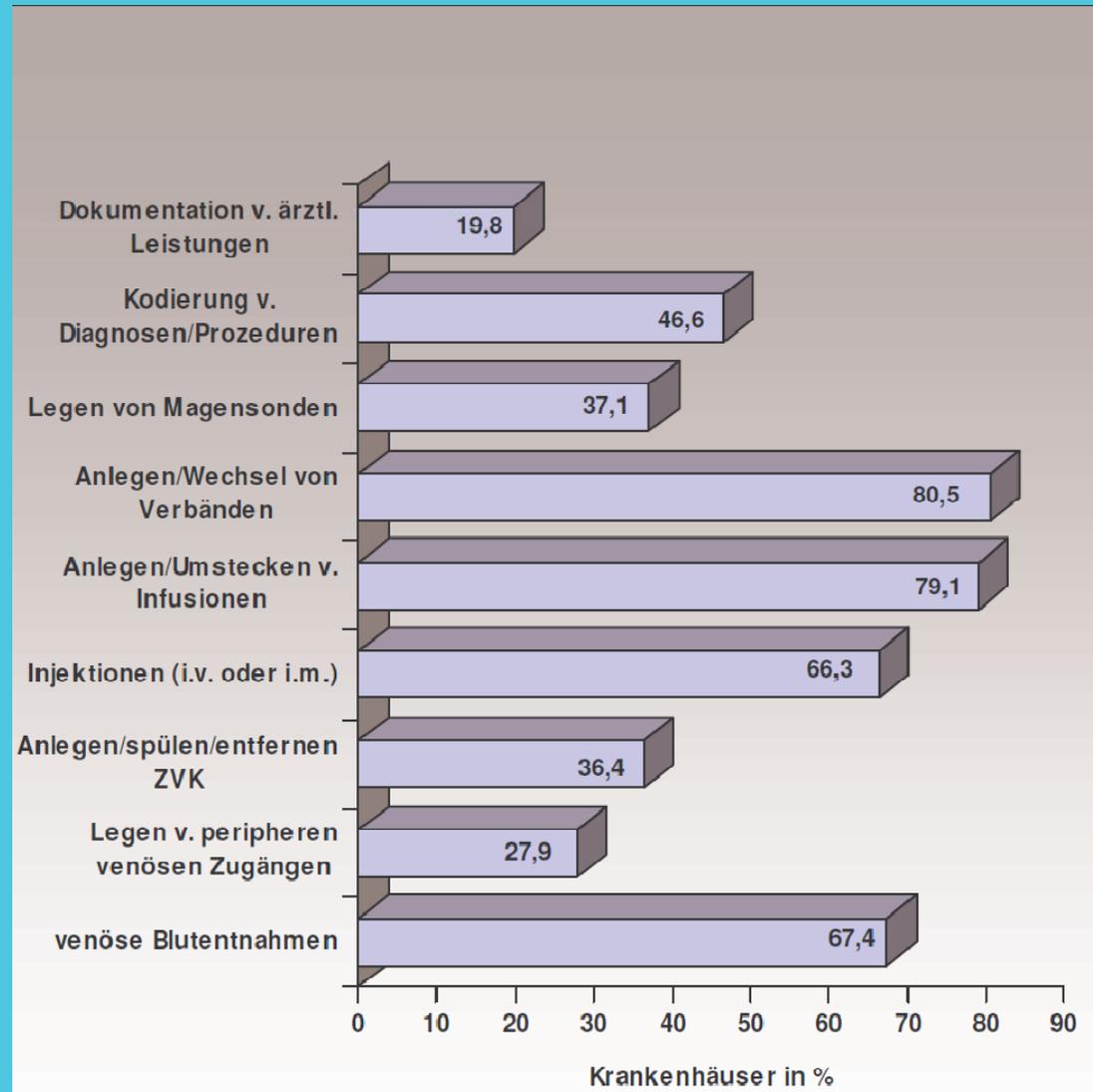
Krankenhaus Barometer DKI Umfrage 2008

„Rund **90% der Krankenhäuser** führten seit der Einführung des DRG-Systems kleine wie größere Veränderungen im Betten- und Belegungsmanagement, dem Aufnahme - und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung und in der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern durch.

Bei über **drei Viertel der Häuser** fanden Optimierungsmaßnahmen im OP-Management und bei der Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen und Funktionsbereichen statt.

Größere Veränderungen ergaben sich bei **fast der Hälfte der Krankenhäuser** durch die Schaffung neuer Organisationseinheiten (z.B. Aufnahmestation, Kurzliegerstation, Intermediate-Care-Bereich). Bei über einem Drittel der Krankenhäuser wurden wesentliche Optimierungsmaßnahmen im Betten- und Belegungsmanagement, im OP-Management, im Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung durchgeführt.“

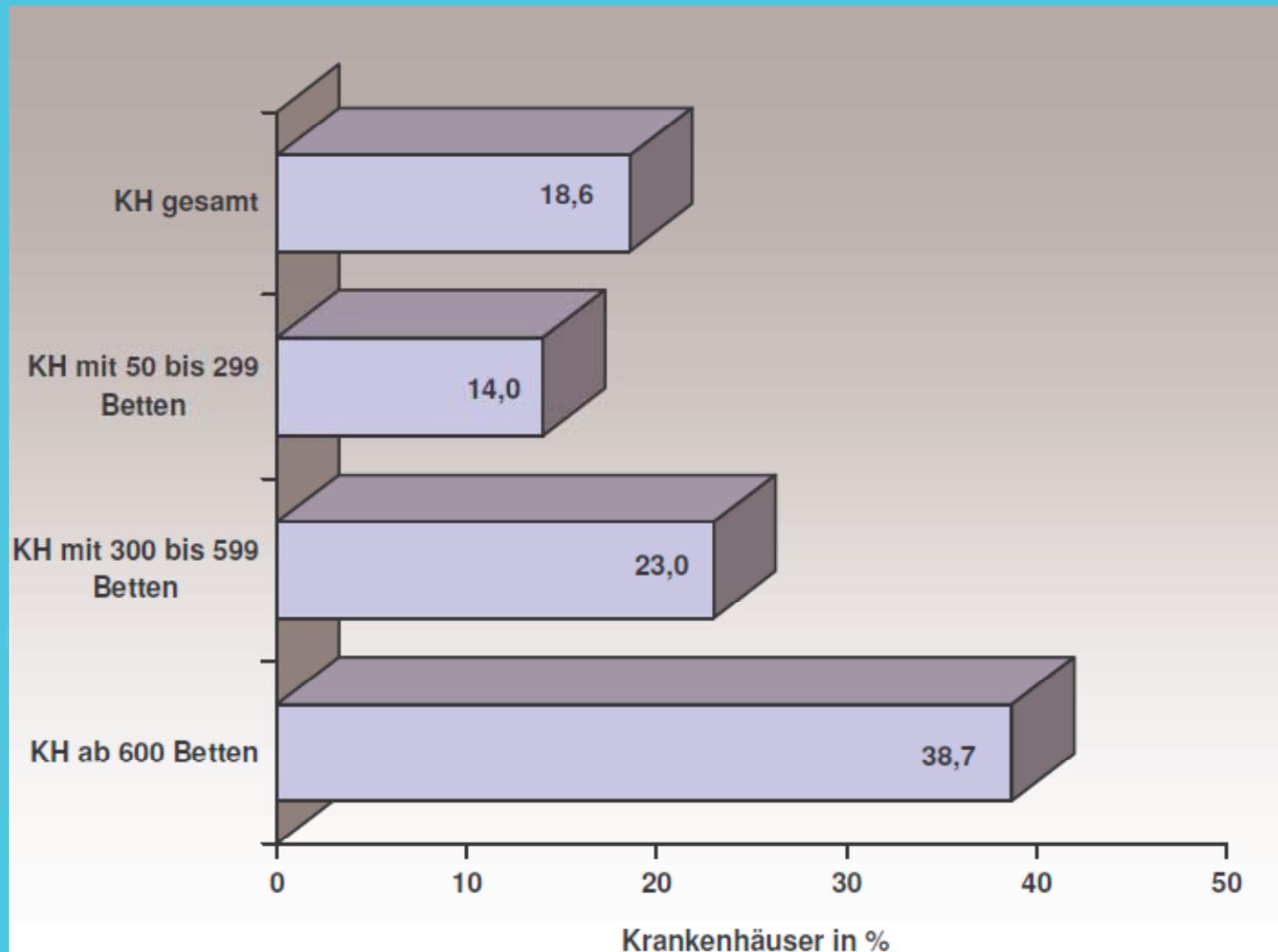
Delegation von ärztlichen Leistungen an andere Berufsgruppen



Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Bericht DKI 2008



Neue Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen

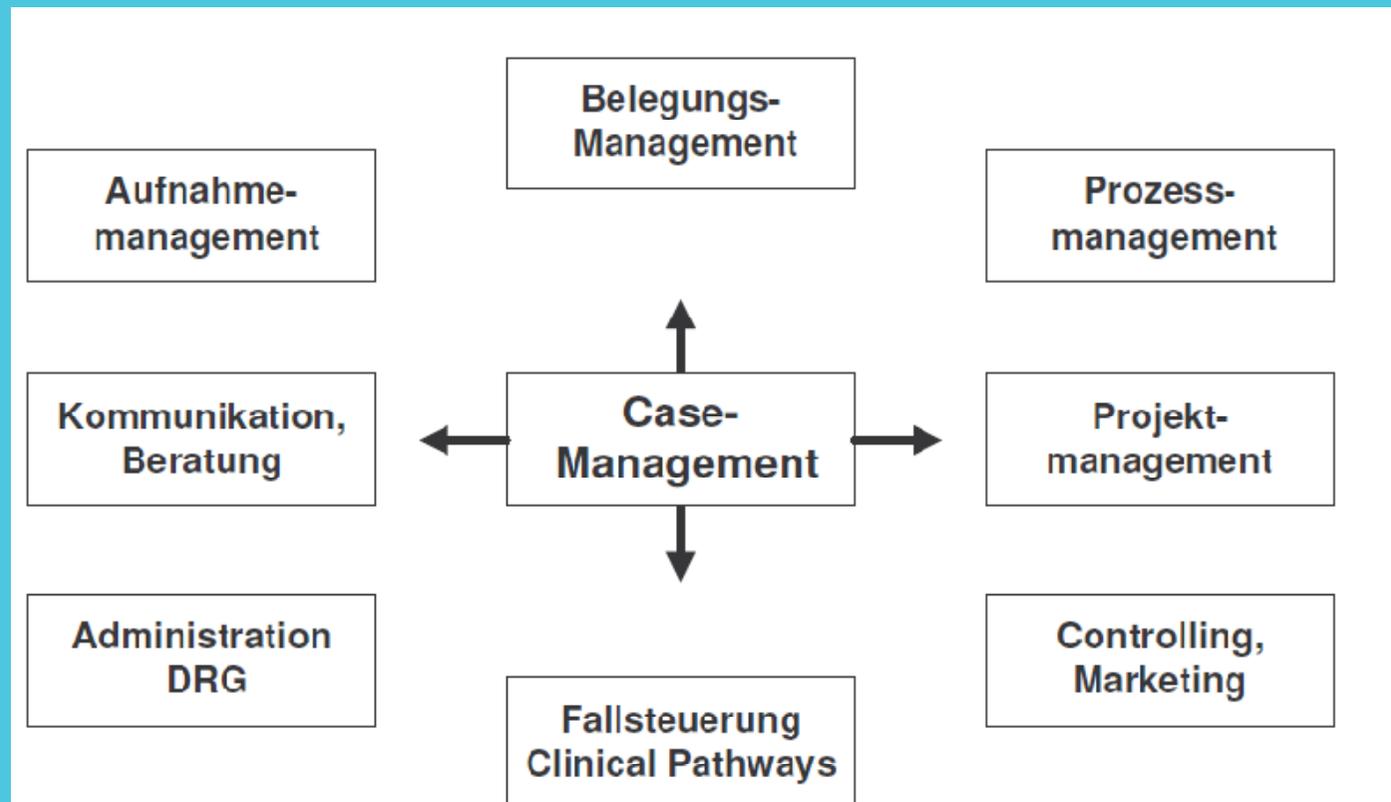


Beispiele neuer Berufsgruppen

- OTA im OP
- Arzthelferinnen im OP
- Chirurgische Assistenten im OP-Bereich/ Bachelor of Science in Physician Assistance
- Gefäßchirurgische Assistenten
- Anästhesietechnische Assistenten
- Stationsassistenten
- Medizinische Dokumentations-Assistenten.

Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Bericht DKI 2008

Neue Anforderungen an die Pflege ?



Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes, Bericht DKI 2008

Klassische Standespolitische Rollen- Beschreibung

- „Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Krankem muss so beschaffen sein, dass der Arzt immer und unter allen Umständen das Gefühl behält, über dem Kranken zu stehen, das Gefühl, der Gebende zu sein.
- Der Arzt muss von der Überzeugung getragen sein, dass seine Leistungen auf einem Gebiet liegen, auf dem eine wirkliche Entlohnung gar nicht möglich ist.
- Jeder Kranke bedarf seinen eigenen Arztes , der zu ihm passt und dem er sich ohne Rückhalt unterwirft.“

Berufliche Rollenverständnisse

„Arzt und Schwester sind die Berufsrollen, die für die Institution des Krankenhauses derartig typisch sind, dass sie sich in der Vorstellung kaum von dieser Anstalt trennen lassen....muß man sogar davon sprechen, dass die Rolle der Krankenschwester die krankenhaustypische überhaupt ist.“

Johann Jürgen Rhode: Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1974, S. 278

Rolle der ärztlichen Tätigkeit nach Parsons:

- „ funktionelle Spezifität,
- Leistungsdenken,
- Universalismus,
- emotionale Neutralität,
- Kollektivitätsorientierung“

T. Parsons: Struktur und Funktion der modernen Medizin

In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln/ Opladen 1970

Rollenverständnis der Pflege

„The pattern of expectations constituting the nurse's role is characterized by disinterest, functional specificity, affective neutrality, universalism, and performance-oriented achievement.“

Thorner 1955 nach T. Parsons 1951

Rollendifferenzierung in der Pflege (nach F. Whiting (1958))

1. physical care
2. supportive emotional care
3. patient education
4. liaison

Johann Jürgen Rhode: Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1974, S. 294

DKI Studie: „Selbstverständnis der Pflege“

„Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an das Pflegepersonal sollte das Selbstverständnis der Pflegekräfte berücksichtigt werden. Insbesondere ist vor dem Missverständnis zu warnen, dass Pflegekräfte zwingend die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten als eine Bereicherung und Aufwertung ihrer Tätigkeit auffassen.“

Das Selbstverständnis der Pflege betont mehr das „caring“ als das „curing“. Natürlich kann beides miteinander verbunden werden, aber das Mischverhältnis ist wichtig. Die mögliche Skepsis der Pflegekräfte gegen die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf ihre Berufsgruppe kann daher auch andere Gründe als die Sorge um den Stellenplan haben.

Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege ist somit darauf zu achten, dass originäre Tätigkeiten der Pflege, die für deren berufliche Identität wichtig sind, erhalten bleiben. Es geht darum, „big nurses“ und nicht „small doctors“ zu schaffen.“

Pflege im Krankenhaus unter Kompression

Versagen der KH-
Finanzierung

Einführung DRG

Krankenstand
steigt

unzureichende Re-
Finanzierung
Personalkosten seit 1993

Akademisierung der
Pflege ?

Flucht aus dem
Beruf

Änderungen der
Arbeitsteilung Pflege
/Ärzte

VWD-Rückgang:
Schließung von Stationen

Änderungen der
Arbeitsteilung Pflege
/Hilfsberufe

PPR 1992 –
Folgen ?



Mehr Pflege im Krankenhaus?

Beobachtungen von DBfK-Mitgliedern zur Situation
der Klinikpflege im Verlauf des Jahres 2009

- „Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, Verlagerung von hauswirtschaftlichen und administrativen Tätigkeiten;
- Case Management wurde eingeführt und aus der Pflege Personal damit beauftragt.
- Umstrukturierung mit Pflegeassistenten und Stationssekretärin; dafür muss Pflege vermehrt ärztliche Tätigkeiten übernehmen.
- Qualifikations-Mix: Stationsassistenten, Pflegeassistenten, Stationsleitungen als Prozessmanager zuständig für Aufnahme/Versorgung/Entlassung.
- Zentrales Belegungsmanagement.
- Pool zur Kompensierung kurzfristiger Ausfälle.
- Strukturveränderung; große Einheiten.
- Einführung Entlassungsmanagement durch Pflege, Bereichsleitungen zur Belegungssteuerung.“

Pflege unter DRG-Bedingungen

Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten/Herdecke 2009

„Pflegebedarf wird durch Patientenzustände hervorgerufen, die nicht nur krankheitsspezifisch sind, durch die Krankheit hervorgerufen sein können oder unabhängig davon entstanden sind: Beeinträchtigung von Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags, der Selbstpflegefähigkeit (v.a. Mobilitätsbeeinträchtigungen, kognitive Beeinträchtigungen)

Diese sind im DRG System nicht oder unzureichend vorgesehen.“

Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke 2009

„Pflegeindikatoren

Mit der Pflegedokumentation zu begründen sein
(keine extra Erfassung)

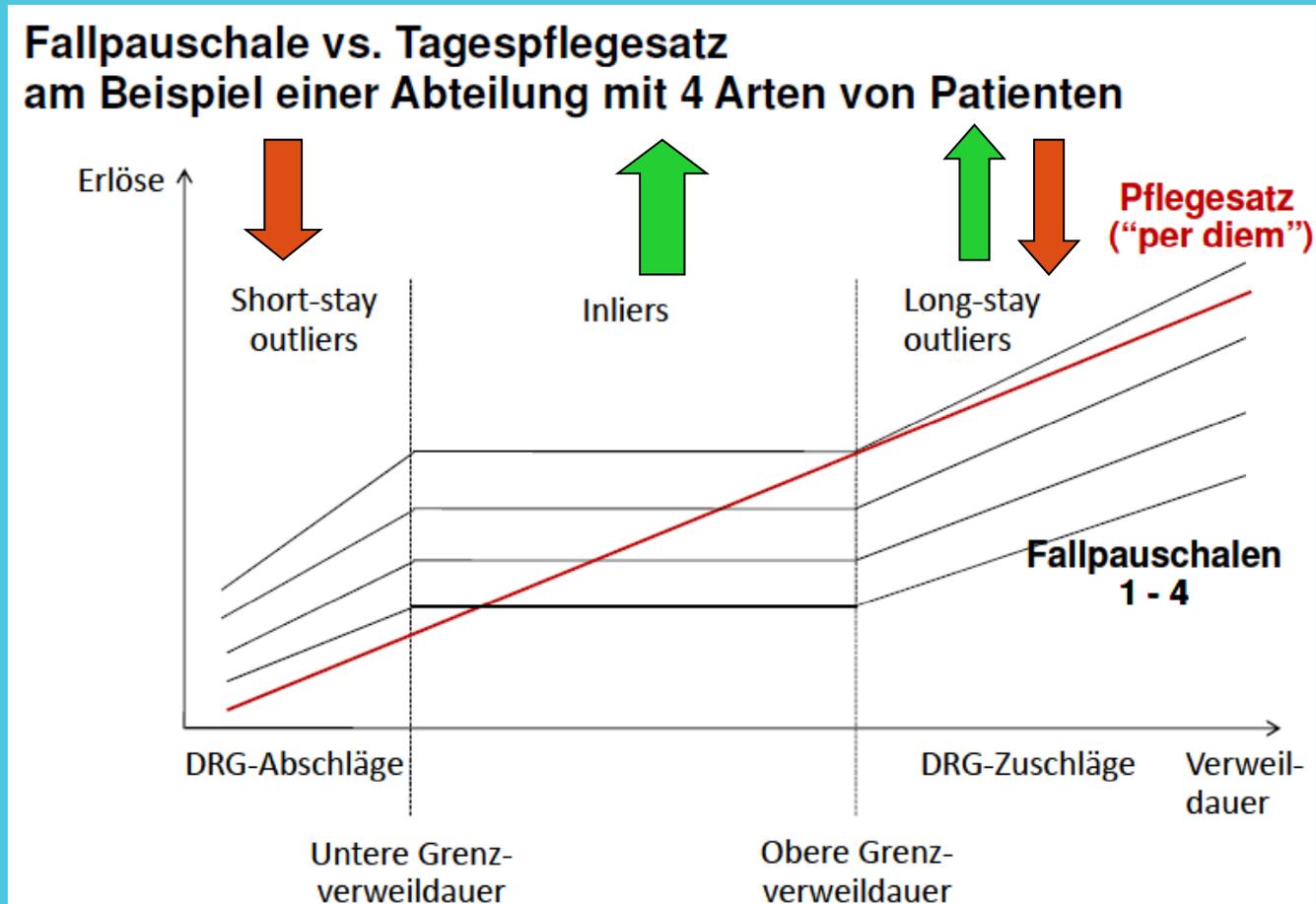
Pflegerelevanten Patientenzustand als Grundlage
für Pflegemaßnahmen erfassen

Sollten ca. 80 % des Pflegebedarfs erklären

Funktion:

1. DRG präzisieren (Gesamtaufwand präziser beschreiben)
2. Pflegebedarf Krankenhaus intern abbilden“

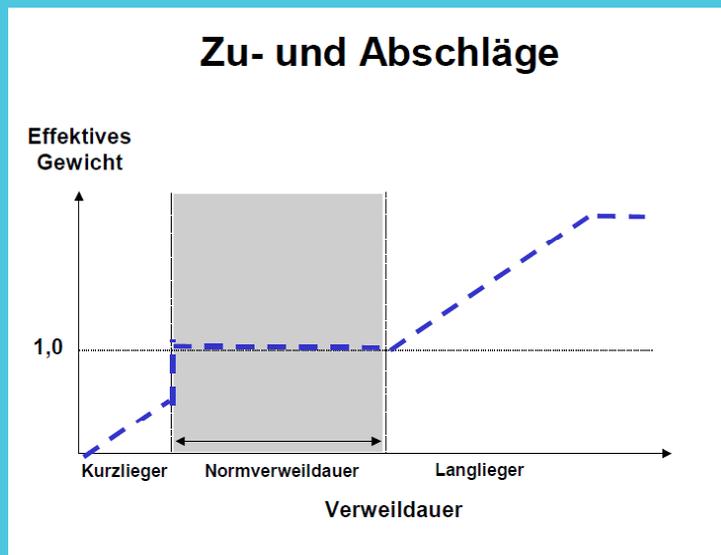
Der Blick auf den „DRG-Fall“ - „Gut und Böse „



Reinhard Busse :
Vergütung im stationären Bereich:
Das G-DRG-System

BWL – Betrachtung des Patienten : Probleme

- Patient als „Werkstück“ im „Workflow“ ?
- Beschleunigung von Behandlung braucht mehr Kommunikation
- Änderung von Arbeitsteilung muss sich auf der Station / in der Ambulanz / Funktionseinheit im Nadelöhr „Beziehung Arzt-Patient-Pflege „ bewähren



Bedeutung der „Indikation für Diagnostik und Therapie“

- Berufsrechtlich : Delegation von Tätigkeiten
- Sozialrechtlich : Arztvorbehalt
- „Medizin-Kultur“: Arzt stellt Indikation
Pflege führt aus

Indikationsstellung ist ganz zentrale Figur

- Beispiel : Wandel der Behandlung Bandverletzung OSG
oder Fast-Track-Chirurgie
- Früher : Wandel durch Personen oder med. Fortschritt
- Heute: Wandel durch Änderungen DRG/INEK/BWL und/
oder med. Fortschritt

Neue Berufe als Ausweg ?

Die Entwicklung neuer Ausbildungsberufe braucht Kriterien zur Klärung

- Feststellung des Bedarfs
- Abgrenzung zu vorhandenen Berufen
- Staatliche Regelung als anerkannter Beruf nach BBiG, als Heilberuf oder nach Landesrecht

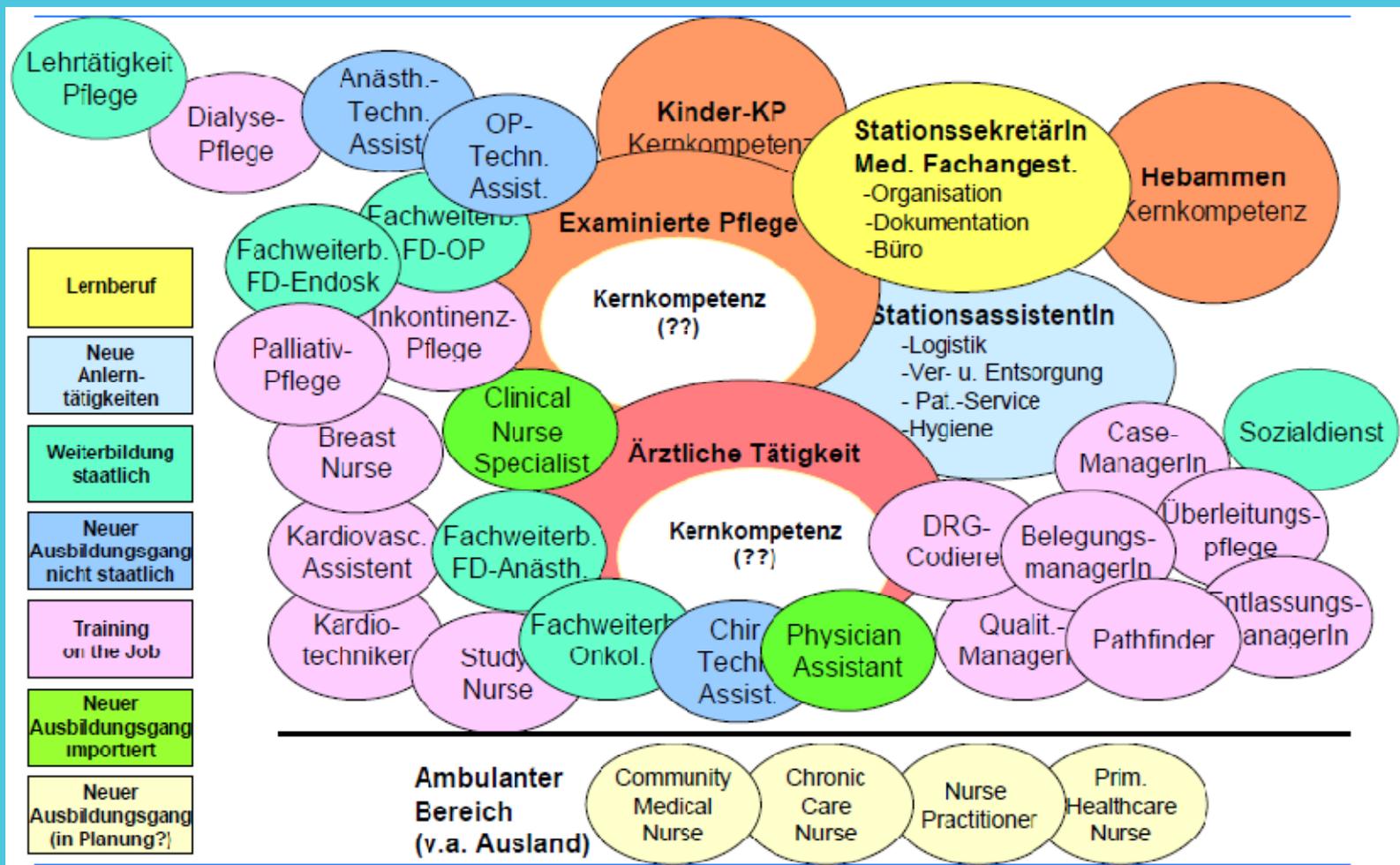
Alternativen I

- Neue Arbeitsteilung im Gefüge Ärzte – Pflege – unterstützende Berufe ist sinnvoll - Modelle vorhanden, häufig aber handgestrickt
- Änderung der Arbeitsteilung im KH muss „die Pflege“ entlasten (Papier, PC, Transporte, Logistik), aber den Kernbereich verbessern!
- Prozesse und Qualität müssen Vorrang vor Ökonomie haben, Erweiterung des Tätigkeitsspektrums möglich (z.B. „patient education“)
- Es braucht sowohl auf der Ebene der Klinikums bzw. der Abteilungen Kultur der Abstimmung von Prozessen.

Alternativen II

- Zunehmende Ausgliederung von Teiltätigkeiten für Pflege: Wo ist der Kern?
- Zunehmende Ausgliederung von Teiltätigkeiten für Pflege: Auswirkungen auf den Patienten – unerwünscht !
- Arztvorbehalt im Sozialrecht wird modifiziert werden – ambulante Pflege !
- Arbeitsteilung im KH: Berufs- und Sozialrecht werden dominierend bleiben – aber Kodifizierung neuer Ausbildungsberufe und damit auch des Kerns der Pflege erforderlich.





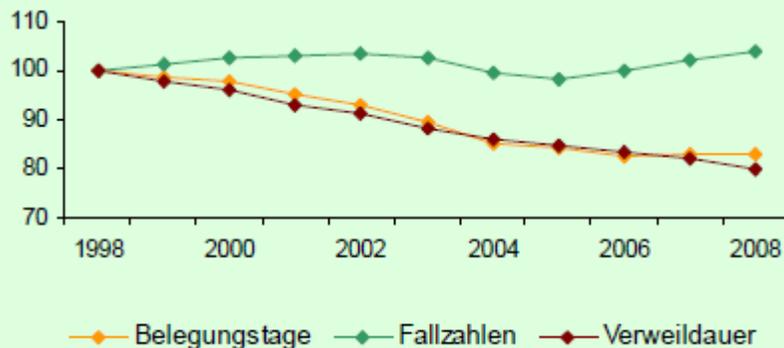
Zukunft der Pflege : Eine Berufsgruppe zwischen Rationalisierung und neuen Aufgaben

H. G. Güse Universität Bremen, Januar 2009



Belegungstage, Fälle, VWD 1998 - 2008

Belegungstage, Fallzahlen, Verweildauer

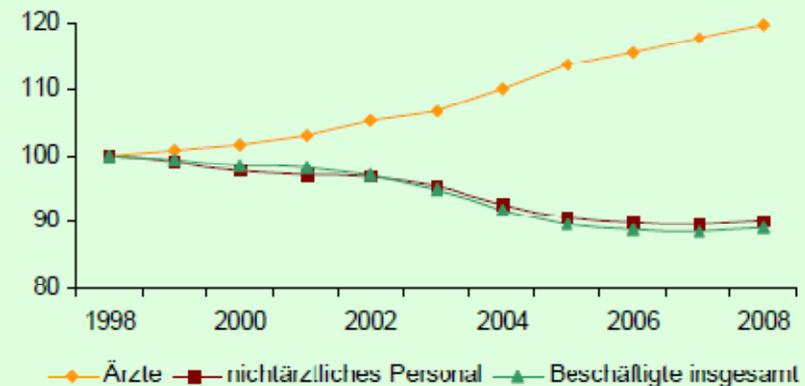


	Belegungs- tage	Fall- zahlen	Verweil- dauer
	in Mio.	in Mio.	Tage
1998	171,8	16,8	10,1
1999	169,7	17,1	9,9
2000	167,8	17,3	9,7
2001	163,5	17,3	9,4
2002	159,9	17,4	9,2
2003	153,5	17,3	8,9
2004	146,7	16,8	8,7
2005	144,6	16,5	8,6
2006	142,3	16,8	8,5
2007	142,9	17,2	8,3
2008	142,5	17,5	8,1

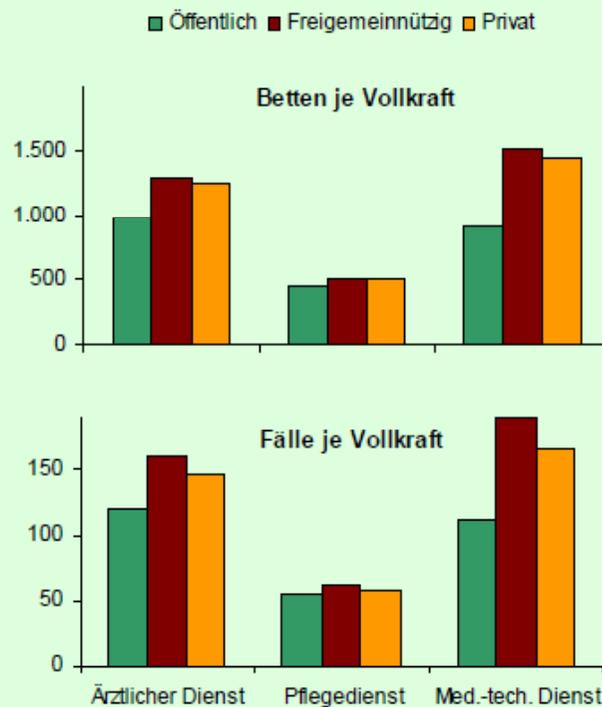
Entwicklung KH-Personal 1998 - 2008 (VK)

Jahr	Beschäftigte insgesamt	Ärzte	nichtärztl. Personal
1998	850 948	107 106	743 842
1999	843 452	107 900	735 552
2000	834 585	108 696	725 889
2001	832 530	110 152	722 379
2002	833 541	112 763	720 778
2003	823 939	114 105	709 834
2004	805 988	117 681	688 307
2005	796 097	121 610	674 488
2006	791 914	123 715	668 200
2007	792 299	126 000	666 299
2008	797 554	128 117	669 437

Entwicklung des Krankenhauspersonals (Vollkräfte)



Belastungszahl Personalgruppen 2008

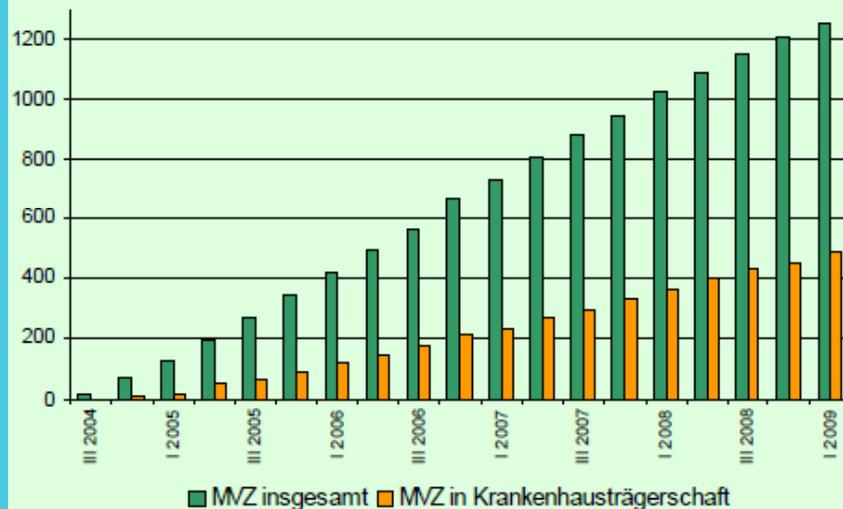


	Öffentlich	Freigemeinnützig	Privat
durchschnittlich je Vollkraft zu versorgenden Betten ^{*)}			
Ärztlicher Dienst	982	1 295	1 258
Pflegedienst	449	499	511
Med.-tech. Dienst	919	1 511	1 439
durchschnittlich je Vollkraft zu versorgenden Fälle			
Ärztlicher Dienst	121	163	146
Pflegedienst	55	63	59
Med.-tech. Dienst	113	190	167

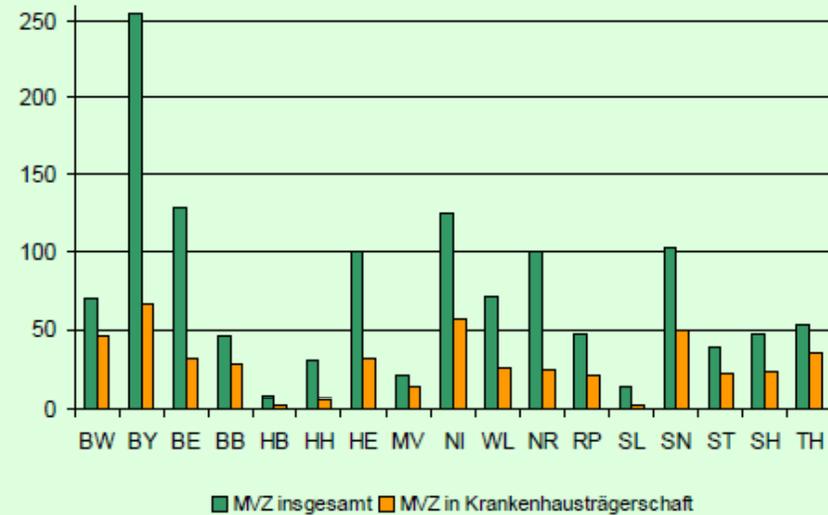
^{*)}Berechnungs- und Belegungstage dividiert durch Vollkräfte im Jahresdurchschnitt. Gibt an, wie viele vollstationär belegte Betten (=Berechnungs-/Belegungstage) eine Vollkraft im Berichtsjahr durchschnittlich zu betreuen hatte.

Entwicklung MVZ 2004 -2009

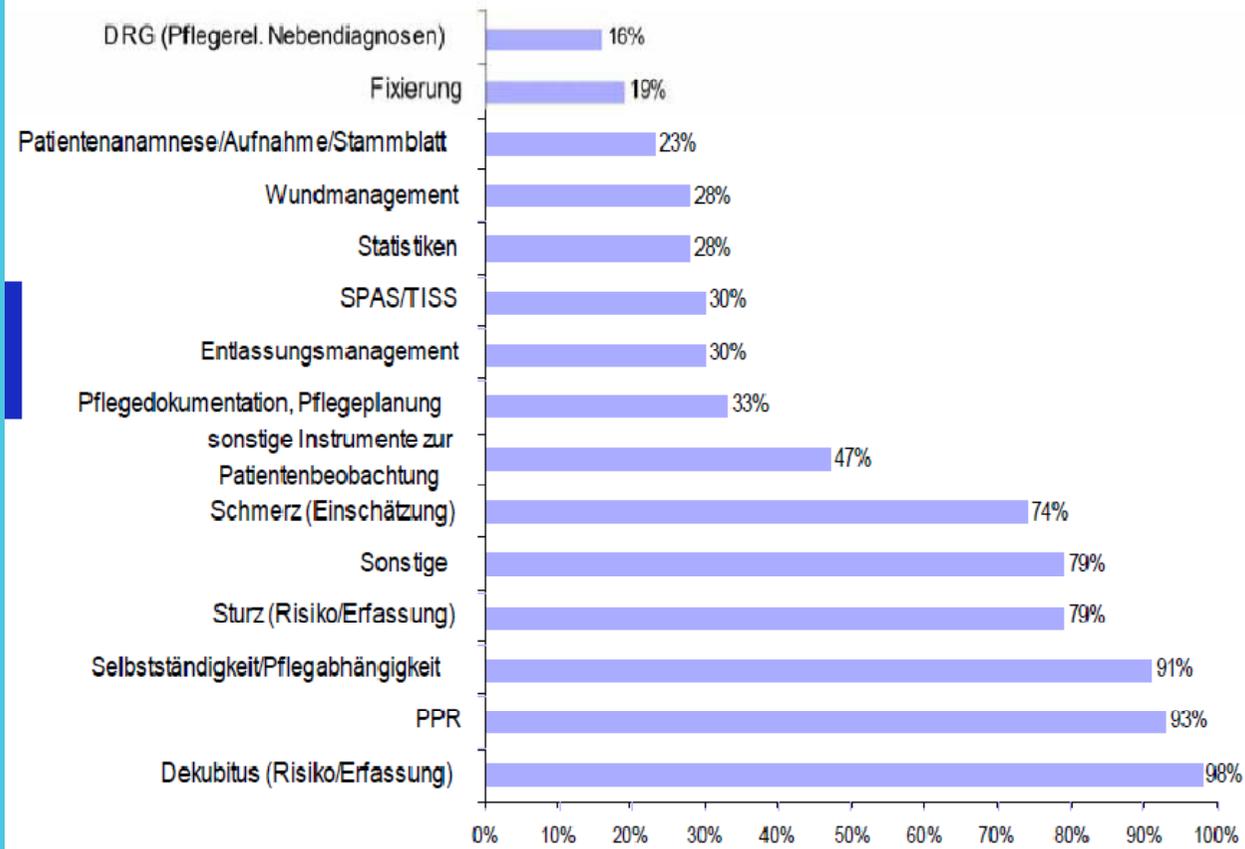
Anzahl der MVZ mit und ohne Krankenhausbeteiligung



Anzahl der MVZ mit und ohne Krankenhausbeteiligung in den Bundesländern (1. Quartal 2009)



Anteile der Häuser, die das Instrument* nutzen



* jew. nur einfach gezählt