

INTERNATIONALE KLINIKSTUDIE

Erfolgsfaktor Organisation

Erste Ergebnisse einer internationalen Studie zeigen: Die Organisation einer Klinik wirkt sich spürbar auf die Pflegequalität aus. Von T. Körner, M. Hoopmann und R. Busse

In den 80er Jahren wurden in den USA so genannte „magnet hospitals“ entdeckt, die bei ihren Mitarbeitern als Arbeitsplätze beliebt und deren klinische Ergebnisse gut waren. Es begann die Suche nach Faktoren, die für diesen Erfolg verantwortlich sind. Ist es unter anderem der Entscheidungsspielraum und das Maß an Verantwortung, was zu mehr Bewerbungen und damit besseren Auswahlmöglichkeiten sowie zu längerer Verweildauer im Beruf führt? Ist es der Managementstil, der dem Personal mehr Autonomie einräumt, was stärker motiviert und so zu einer besseren Patientenversorgung führt? Oder ist es die bessere Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften?

Unabhängig von dieser Diskussion werden seit den 90er Jahren, am ausgeprägtesten in Großbritannien, Ranglisten von Krankenhäusern anhand ihrer Sterberaten erstellt. Sie sollen Leistungsvergleiche ermöglichen.

Doch sagen sie wirklich aus, was sie vorgeben? Sind Krankenhaus und (Pflege-)Personal die entscheidenden Faktoren für die Sterberaten – und nicht die Krankheitsschwere?

Inzwischen hat auch hierzulande die Diskussion über Qualitätsfaktoren für Kliniken begonnen, und die Einführung der Diagnosis Related Groups wird diese Debatte noch verschärfen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig zu klären, über welche Faktoren wir wirklich Bescheid wissen. Dies ist das Ziel einer internationalen Studie, an der die USA, Kanada, England, Schottland und Deutschland teilnehmen. Die deutsche Teilstudie führt die Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover durch (siehe auch G+G 12/99, Seite 22-23, „Erfolgsfaktor Pflegepersonal“). Die Daten werden in allen beteiligten Ländern einheitlich erhoben. Sie stützen sich

auf Eckdaten der Hospitäler wie Versorgungsstufe, Trägerschaft, Bettenzahl, Personalzahl und -fluktuation, Großgeräte, auf eine Befragung von Pflegefachkräften zu Arbeitsbedingungen, Autonomie, Burnout, etc. und auf die Routinedokumentation der Fälle. Die Daten werden zusammengeführt, um länderübergreifend Faktoren zu identifizieren, die Patientenoutcomes beeinflussen.

An der Pflegebefragung nahmen in allen beteiligten Ländern insgesamt 42.725 Pflegefachkräfte aus 584 Krankenhäusern teil, in Deutschland 29 Krankenhäuser, davon 17 (59 Prozent) in öffentlicher Trägerschaft, zehn (34 Prozent) in freigemeinnütziger und zwei (sieben Prozent) in privater Trägerschaft – die Häuser in öffentlicher Trägerschaft sind im Bundesvergleich (41 Prozent) etwas überrepräsentiert. Die teilnehmenden Häuser haben zwischen 110 und 947 Betten (im Mittel 387; Bundesdurchschnitt 268). In der Studie fehlen die ganz kleinen und die ganz großen Kliniken. Die durchschnittliche Belegung lag 1999 mit 82,6 Prozent etwa im Bundesdurchschnitt (80,4 Prozent). Das kleinste Haus hat 47 Pflegestellen, das größte 647 (im Mittel 233 Stellen).

An der Befragung in den 29 deutschen Kliniken nahmen 2.708 Pflegefachkräfte teil. Dies entspricht einem Rücklauf von durchschnittlich 42

PFLEGE: WENIGER FRUST IN DEUTSCHLAND**Ausgewählte Daten der teilnehmenden Fachkräfte im Ländervergleich***

	USA	Kanada	England	Schottland	Deutschland	Gesamt
Zahl der Teilnehmer/innen	2.408	1.885	5.666	4.297	2.708	42.725
Männlich (in %)	76	79	80	73	65	65
Vollzeit (in %)	80,1	75,4	60,4	66,9	71,8	57,6
Durchschnittsalter (in Jahren)	39,2	42,7	37,8	35,7	35,3	39,6
Zufriedenheit mit dem Beruf (in %)	59,6	57,7	63,1	62,2	82,7	64,6
Häufig frustriert durch Arbeit (in %)	50,6	41,6	47,5	39,8	11,3	43,0

* Die Daten sind aus dem Jahr 2000; die Angaben sind Mittelwerte; Quelle: MH Hannover

Die internationale Studie zeigt: Die Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern sind wesentlich zufriedener als ihre Kollegen in den USA, in Kanada, England und Schottland.

Prozent. Die Befragten waren im Schnitt 35,3 Jahre alt, 83,5 Prozent waren Frauen; 73,3 Prozent lebten mit einem Partner und 46,1 Prozent hatten schulpflichtige Kinder. Im internationalen Vergleich sind deutsche Pflegekräfte überdurchschnittlich häufig männlich und vollzeitbeschäftigt sowie vergleichsweise jung. Zugleich sind deutsche Pflegekräfte im Schnitt mit ihrem Beruf zufriedener und geben seltener an, häufig durch ihre Arbeit frustriert zu sein – ein bemerkenswertes Ergebnis angesichts der häufig zu hörenden Klagen über das schlechte Image von Pflegekräften.

Qualitätsunterschiede festgestellt

Der Fragebogen erfasst in sechs Abschnitten verschiedene Aspekte, von denen an dieser Stelle nur die Teilergebnisse für die zwei Bereiche, „Organisation und Pflegepraxis“ sowie „emotionale und psychosoziale Belastung“, dargestellt werden. Für den Bereich „Organisation und Pflegepraxis“ haben wir aufgrund ähnlich ausgerichteter Antwortmuster acht Cluster – Pflegedienstmanagement, Pflegesituation, Anerkennung der Pflege in der Klinik, Einarbeitung, Zusammenarbeit mit den Ärzten, kompetentes Arbeitsumfeld, Weiterbildung und Eigenständigkeit der Pflege – gebildet. Die Bewertungs-Skala reicht von 0 bis 100, das beste Ergebnis liegt bei 100. Insgesamt ergab die Analyse zur „Organisation und Pflegepraxis“ deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Kliniken. In den Häusern ließen sich keine ausgeprägten Unterschiede zwischen den Fachabteilungen feststellen. Dies spricht für eine starke Abhängigkeit der Merkmalsausprägung vom Krankenhaus und nicht von kleineren Einheiten.

Insgesamt beurteilt das befragte Pflegepersonal die Zusammenarbeit mit den Ärzten, die Kompetenz des Arbeitsumfeldes, Einarbeitung und Eigenständigkeit der Pflege eher positiv. Dagegen fällt die Bewertung von Pflegedienstmanagement, Weiterbildung, Anerkennung der Pflege in der Klinik sowie Pflegesituation kritischer aus. Dabei ist die Spannweite der Er-

gebnisse für das Cluster „Pflugesituation“ besonders groß und für das Cluster „kompetentes Arbeitsumfeld“ klein. Dies weist darauf hin, dass die Pflegekräfte die Pflegequalität sehr unterschiedlich bewerten, während sie die Kompetenz ihrer Kollegen in fast allen Kliniken hoch einstufen.

Schlechte Organisation belastet

Und wie sieht es mit dem Burnout-Syndrom, der psychosozialen Belastung und Erschöpfung, aus? Um Häufigkeit und Intensität von wahrgenommenem Burnout unter helfenden Berufen zu ermitteln, wurde das Maslach Burnout Inventory entwickelt. Es umfasst 22 Fragen, die in drei Gruppen aufgeteilt sind: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation gegenüber Patienten und persönliche Erfüllung. Auch hier ist 100 das bestmögliche Ergebnis. Der Wert 100 entspricht einer geringen emotionalen Erschöpfung und Depersonalisation und einer hohen persönlichen Erfüllung. Die Ergebnisse der Burnout-Skalen korrelierten mit den Clusterergebnissen aus dem Abschnitt „Organisation und Pflegepraxis“. Generell waren die Burnout-Ergebnisse in den Krankenhäusern besser, in denen auch „Organisation und Pflegepraxis“ besser beurteilt wurden.

Die Ergebnisse der Pflegebefragung werden jetzt länderübergreifend mit Patientenoutcomes und Organisationsmerkmalen der jeweiligen Häuser zusammengeführt. Erfasst werden klinische Ergebnisse in der Routinedokumentation anhand von Diagnosen nach dem Klassifikationssystem ICD-9 und Prozeduren (OPS

301). Negative Ergebnisse werden erfasst als Krankenhausmortalität bei ausgewählten Diagnosen, (ungeplante) Wiederaufnahmen, der so genannten „Failure to rescue“-Rate.

Die „Failure to rescue“-Rate beruht auf der Überlegung, dass die Qualität eines Krankenhauses weniger davon abhängt, ob Komplikationen auftreten, sondern vielmehr von der Art und Weise, wie diese in den Griff bekommen werden. Ein schlechtes Krankenhaus hat demnach eine hohe Mortalität bei Patienten mit Komplikationen, das heißt mit „unerwarteten“ Prozeduren wie zweite Operation kurz nach der Erst-OP oder Nebendiagnosen, zum Beispiel Lungenembolie bei der Hauptdiagnose Blinddarmentzündung oder überdurchschnittliche Verweildauer.

Noch bevor die Ergebnisse dieser Berechnungen vorliegen, können die Krankenhäuser mit den Zwischenergebnissen in Form der dargestellten Profile Bereiche mit Verbesserungspotential identifizieren. Für das Benchmarking ergeben sich erste Hinweise, die natürlich durch detailliertere Untersuchungen in den einzelnen Häusern und ihren Abteilungen erst zu umsetzbaren Ergebnissen führen.

Ranking motiviert zu mehr Güte

Was von einem Krankenhaus-Ranking mit öffentlich zugänglichen Informationen zu Daten wie Komplikationsraten und Mortalität zu halten ist, wird hierzulande noch zu diskutieren sein. Kürzlich ergab eine US-Studie, dass nur wenige Patienten ihre Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Krankenhaus von solchen Informationen abhängig machen, für die Krankenhäuser aber durch ein Ranking ein erheblicher Anreiz zu mehr Qualität entsteht. ●

SERVICE

Die Studie wird im Rahmen des Norddeutschen Forschungsverbundes des Public Health vom Bundesforschungsministerium gefördert. Weitere Informationen bei Thorsten Koerner unter koerner@epi.mh-hannover.de. Literatur zu Benchmarking im Gesundheitswesen unter www.swz-net.de

Thorsten Kömer ist an der MHH Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Diplomstatistiker Michael Hoopmann beim Landesgesundheitsamt Niedersachsen und Privatdozent Dr. med. Reinhard Busse am European Observatory on Health Care Systems in Madrid tätig.