

Personalbedarf Pflege

Sektorenübergreifende Analyse der Pflegepersonalsituation und ihrer Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen



Pia Wieteck
Sebastian Kraus

Personalbedarf Pflege

Sektorenübergreifende Analyse der Pflegepersonalsituation und ihrer Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen

Pia Wieteck
Sebastian Kraus

Impressum

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich und verlagsrechtlich geschützt. Jede Art der Verwendung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts, auch von Auszügen, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags untersagt und strafbar. Insbesondere gilt dies für Vervielfältigungen, Übersetzungen sowie die Speicherung und Weiterverwertung in Datenverarbeitungssystemen. Der Verlag sowie alle an der Entstehung des Buchs beteiligten Personen haben größte Mühe darauf verwendet, die Inhalte entsprechend dem aktuellen Wissensstand bei Fertigstellung des Werks wiederzugeben. Manuskriptbearbeitung und Satzkorrektur wurden aufs Sorgfältigste durchgeführt. Dennoch sind Fehler nicht völlig auszuschließen. Redaktion und Verlag übernehmen daher keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die aus der Benutzung der in dem Buch enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

© 2016, RECOM GmbH
Gartenstraße 9
34125 Kassel
Deutschland
www.recom.eu

Pia Wieteck und Sebastian Kraus:
Personalbedarf Pflege.
Sektorenübergreifende Analyse der Pflegepersonalsituation
und ihrer Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen

1. Auflage, 2016
ISBN: 978-3-89752-132-2

Lektorat: Dr. Holger Mosebach
Gestaltung: Shida Ardehali

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	11	2.3.5	Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen in der Altenpflege.	45
2	Einleitung und Ausgangslage	15	2.3.6	Zusammenfassende Überlegungen	45
2.1	Implizite Rationierung	16	2.4	Situation der Pflege im Kontext der Kinderkrankenpflege	46
2.1.1	Begriffsdefinition des Phänomens „implizite Rationierung“	16	2.4.1	Richtlinie zur Veränderung der Pflegepersonalstellenschlüssel in der Früh- und Neugeborenenpflege ..	47
2.1.2	Häufigkeit des Vorkommens der impliziten Rationierung pflegerischer Leistungen	18	2.4.2	Personalausstattung in der Neonatologie	48
2.1.3	Einflussfaktoren auf das Auftreten „impliziter Rationierung“	20	2.4.3	Personalausstattung in Kinder- und Jugendkliniken	49
2.2	Situation der Pflege im Kontext des Krankenhauses	22	2.4.4	Zusammenfassende Überlegungen	50
2.2.1	Personalstellenentwicklung des Pflegedienstes im Krankenhaus	23	2.5	Mögliche Ursachen für die benannten Versorgungsdefizite	50
2.2.2	Verweildauer-, Fallzahlentwicklung und Personalstellen	25	2.5.1	Anwendung eines „einfachen Handlungsmodells“ in der Pflege	50
2.2.3	Arbeitsbelastungskennziffern des pflegerischen und ärztlichen Dienstes	26	2.5.2	Fehlende Erlösrelevanz pflegerischer Leistungen	52
2.2.4	Gefährdete Patientensicherheit und pflegerische Versorgungsqualität .	32	2.5.3	Fehlende Qualitätsindikatoren der Pflege in der Krankenhausberichterstattung	52
2.2.5	Zusammenfassende Überlegungen	37	2.5.4	Inadäquater Pflegepersonalschlüssel	53
2.3	Situation der Pflege im Kontext der Altenpflege	37	2.5.5	Fehlende Fachexperten aus der Profession Pflege	53
2.3.1	Grundlagen der Pflegepersonalstellenberechnung in der Altenpflege.	37	3	Pflege im G-DRG-System	55
2.3.2	Entwicklung der Pflegepersonalstellen in der (teil)stationären Altenpflege	39	3.1	Aufbau und Entwicklung der G-DRGs	55
2.3.3	Hinweise auf eine kritische Versorgungslage in der Altenpflege/stationären Pflege	41	3.2	Entwicklung der G-DRG-Kostengewichte des Fallpauschalenkataloges	58
2.3.4	Überlegungen zu Pflegepersonalbemessung in der Altenpflege	42	3.2.1	Der Patient Clinical Complexity Level (PCCL)	60

3.2.2	Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.	61	5.4	Tabellarische Übersichten über Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung	85
3.3	Abbildung pflegerischer Leistungen im G-DRG-System	62	5.4.1	Ergebnisse der Literaturrecherche von 2007 (mit Aktualisierung): Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung.	87
3.3.1	Unterstützung bei der Nebendiagnosencodierung	63	5.4.2	Ergebnisse der Literaturrecherche von 2015: seit August 2007 neu publizierte oder zuvor nicht identifizierte Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung	133
3.3.2	Unterstützung bei der Einhaltung der Grenzverweildauern und der Begründung für Überschreitungen.	65	5.4.3	Übersicht über Instrumente zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung	153
3.3.3	Kodierung des OPS 9-20 mit Hilfe des PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score)	65	5.5	Skizzierung ausgewählter Instrumente und Verfahren zur Erfassung von Pflegeleistungen bzw. zur Pflegepersonalbemessung . . .	172
3.4	Kritikpunkte an der derzeitigen Abbildung pflegerischer Leistungen im G-DRG-System	67	5.5.1	Nursing Minimum Data Sets (NMDS)	174
4	Einflussfaktoren auf Pflegepersonalbedarf/pflegerischen Ressourcenverbrauch	71	5.5.1.1	NMDS der USA (1985)	175
4.1	„Direkte Pflegeleistungen“ (direct care interventions)	71	5.5.1.2	Belgische NMDS und RIM – Résumé Infirmier Minimum	177
4.2	„Indirekte Pflegeleistungen“ (indirect care interventions)	71	5.5.1.3	Nursing Minimum Data Set der Niederlande (NMDSN)	181
4.3	Modell der Einflussfaktoren auf den pflegerischen Ressourcenverbrauch	73	5.5.1.4	Schweizer Nursing Minimum Data Set (CH-NMDS)	184
5	Instrumente zur Pflegepersonalbemessung	77	5.5.1.5	Weitere NMDS	188
5.1	Methodik: Systematische Literaturrecherche	77	5.5.1.6	Zusammenfassung NMDS.	189
5.2	Bewertung recherchierter Instrumente und Publikationen	82	5.5.2	Handlungsbezogene Instrumente (Pflegeinterventionen)	190
5.3	Klassifikation der recherchierten Instrumente und Konzepte	83	5.5.2.1	PRN – Projet de Recherche en Nursing	191
			5.5.2.2	LEP – Leistungserfassung in der Pflege	196
			5.5.2.3	GRASP	201
			5.5.2.4	RIM – Relative Intensity Measures.	205
			5.5.2.5	Medicus/Rush-Medicus.	208
			5.5.2.6	NIC – Nursing Intervention Classification	210
			5.5.2.7	PPR – Pflege-Personalregelung	212

5.5.2.8	NID – Nursing Intensity Database des MUSC – Medical Center Charleston.	218	5.5.4.3	SIBS – Standard Intensity Based System	283
5.5.2.9	ARIC – Allocation, Resource Identification and Costing	220	5.5.4.4	CCC – Clinical Care Classification System	286
5.5.2.10	SJCS – San Joaquin Classification Instrument.	222	5.5.4.5	KAI-BI – Kölner Assessment Instrument mit Bostelaar Index	298
5.5.2.11	SIIPS – Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée	223	5.5.4.6	Zebra-System	303
5.5.2.12	tacs® – Tätigkeits-, Analyse-, Controlling-System.	224	5.5.4.7	PINI – Patient Intensity for Nursing Index	310
5.5.2.13	Echtzeitmessung: Erfassung verbrauchter Pflegezeit oder Interventionsprofile	229	5.5.4.8	RAFAELA patient classification system (inkl. der Oulu Patient Classification OPC sowie dem Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level PA-ONCIL).	317
5.5.2.13.1	Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3-Zeitwerte mit der gemessenen Echtzeit (Fortschrittszeitmessung)	231	5.5.4.9	NIW – Nursing Intensity Weights (New York State).	345
5.5.2.13.2	DRG-Kalkulation und Pflegeaufwands-(In-) Homogenität (DTA)	233	5.5.4.10	Zusammenfassung multidimensionaler Instrumente	351
5.5.2.14	Zusammenfassung der handlungsbezogenen Instrumente	233	5.5.5	Studien zur (Varianz-)Aufklärung des Pflegeaufwandes unter Anwendung mehrerer Instrumente	352
5.5.3	Zustandsbezogene Instrumente	235	5.5.5.1	Halloran and Kiley (1987): NANDA-I-Pflegediagnosen als Grundlage für einen Pflegeabhängigkeitsindex (Nursing Dependency Index) zur Erklärung der Beziehung zu medizinischen DRG-Relativkostengewichten	353
5.5.3.1	NANDA-I-Pflegediagnosen	236	5.5.5.2	Halloran (1985): Pflegeaufwand (Rush-Medicus), DRGs und Pflegediagnosen	355
5.5.3.2	ZEFP – Zentrum für Entwicklung und Forschung Pflege.	238	5.5.5.3	O’Brien-Pallas et al. (1997): Pflegeintensitäts- und Komplexitätsmodell unter Berücksichtigung von Pflegediagnosen der NANDA-I, der UFF-Scale, der Aufenthaltsdauer sowie der Pflegeintensität (PRN 80 – Project Research in Nursing)	357
5.5.3.3	Dependency Score.	239	5.5.5.4	Pia Wieteck (2008c): ENP-Pflegediagnosen und LEP Nursing 3-Interventionen zur Aufklärung verbrauchter Pflegezeit	360
5.5.3.4	ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health	241	5.5.5.5	Baumberger (2001): Aufklärung des mittels LEP Nursing 2 erhobenen Pflegeaufwands u.a. durch ZEFP Pflegediagnosen	367
5.5.3.5	Nursing intensity system	244	5.5.5.6	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2004 – Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) basierend auf FIM, diagnosebezogenen Tätigkeiten (Echtzeit) und LEP	368
5.5.3.6	ePA-AC – ergebnisorientiertes PflegeAssessment AcuteCare	246			
5.5.3.7	Funktioneller Status des Patienten	255			
5.5.3.8	Functional Independence Measure – Funktionale Selbstständigkeitsmessung.	257			
5.5.3.9	NII – Nursing Intensity Index	262			
5.5.3.10	Zusammenfassung zustandsbezogene Instrumente	263			
5.5.4	Instrumente mit multidimensionalem Ansatz (Zustände, Interventionen, Outcome)	265			
5.5.4.1	ENP – European Nursing care Pathways	265			
5.5.4.2	PKMS – Pflegekomplexmaßnahmen-Score / OPS 9-20	273			

5.5.5.7	Fiebig (2007): Erklärung des Pflegeaufwands mit ePA-AC und LEP-Nursing 3 371	6.1	Diskutierte Lösungsansätze 404
5.5.5.8	Baumberger, 2013: Prüfung der Homogenität des Pflegeaufwandes in Swiss-DRG-Fallgruppen und Erklärung der Variabilität des Pflegeaufwandes unter Nutzung von ePA-AC und LEP Nursing 2 373	6.2	Kriterien zur Bewertung der diskutierten Lösungsansätze 405
5.5.5.9	Welton, Halloran, et al. (2006): Pflegediagnosen und Pflegeintensität des Nursing Minimum Data Set (NMDS) zur Varianzaufklärung 375	6.3	Bewertung diskutierter Lösungsansätze 410
5.5.5.10	van Beek, Goossen, and van der Kloot (2005): Verlinkung der niederländischen DRG-Variante (DBC, Diagnose Behandlung Combinates) mit dem niederländischen Nursing Minimum Data Set (NMDSN) 376	6.3.1	Zweckbindung der Pflegepersonal-kosten im G-DRG-System 410
5.5.5.11	Zusammenfassung der Ergebnisse von Einzelstudien zur Aufklärung des Pflegeaufwandes bzw. dessen Varianz . . . 377	6.3.2	Wiedereinführung der Pflegepersonalregelung (PPR) zur Pflegepersonalbemessung. 412
5.5.6	Nursing Outcome Classification (NOC) 378	6.3.3	Pflegepersonelle Mindestbesetzungsvorgaben pro Facheinheit/Station. 416
5.5.7	Sonstige Instrumente 382	6.3.4	Anhebung der Patienten-Pflegepersonalrelation auf den europäischen Durchschnitt 418
5.5.7.1	Patient Acuity Case Management Evaluation (PACE) 383	6.3.5	Modellansätze zur Abbildung von Pflege im G-DRG-System nach Fischer (2002) 420
5.5.7.2	AS-SCORE (Severity of Illness Classification) 386	6.3.6	Pflegebedarfsfaktorenmodell 422
5.5.7.3	PRNC – Patient Requirements for Nursing Care 389	6.3.6.1	Modifikation des Pflegefaktoren-Modellansatzes durch Experten des Deutschen Pflegerates 422
5.6	Grenzen der Literaturanalyse 392	6.3.6.2	Bewertung des Lösungsansatzes „Pflegebedarfsfaktorenmodell“ 426
5.7	Zusammenfassende Erkenntnisse aus der Literatur 395	6.3.7	Pflegerelevante Fallgruppen (PRG) im G-DRG-System 427
5.7.1	Gruppierungsansatz 396	6.3.7.1	Indikatoren zur Fallgruppierung 429
5.7.2	Instrumente ausschließlich zur Pflegepersonalbemessung und Kostenkalkulation. 400	6.3.7.2	Voraussetzungen zur Umsetzung pflegerelevanter Fallgruppen 431
5.7.3	Personalbemessung mit Daten aus der Regeldokumentation 400	6.3.7.3	Vorteile des PRG-Ansatzes im Überblick 432
6	Pflegepersonaldebatte in Deutschland 403	6.4	Zusammenfassung und Empfehlungen 438
		7	Erkenntnisse aus der bisherigen Personalbemessungsdebatte und Ausblicke 443
		7.1	Zusammenfassende Überlegungen bestehenden Instrumenten zur Pflegepersonalbemessung . . . 444

7.2	Anforderungen an künftige Lösungsansätze	446
7.3	Die Zukunft der Pflegeberufe: ein Gedankenausflug	450
	Glossar	455
	Literatur	461

1 Vorwort

Die Personalbesetzung in der deutschen Krankenhauspflege ist – wie bereits mehrfach in der Presse publiziert – weiterhin kritisch, das grenzwertig niedrige Niveau der Anzahl an Pflegepersonen führt in Konsequenz dazu, dass notwendige Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt werden können (Isfort, Weidner, & Gehlen, 2012; Isfort et al., 2010; Thomas et al., 2014). Wie internationale Studien belegen, existiert ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einer hohen Patienten-Pflegepersonal-Relation und einer Mortalitätsrate, die bei einer schlechten Pflegepersonalbesetzung steigt, sowie einer sinkenden pflegerischen Versorgungsqualität (Aiken et al., 2012).

Die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich weiter erhöht. So hat sich die Arbeitsbelastungskennziffer, die vom Sachverständigenrat in Deutschland genutzt wird (Fallzahl pro Pflegekraft pro Jahr), bei den Pflegeberufen nicht verbessert. Seit dem Aussetzen der Pflege-Personalregelung (PPR) 1996 hat sich diese Kennziffer bis 2014 von 46 kontinuierlich auf 60 erhöht. Der prozentuale Anstieg beträgt (+)29,9 %, während sich die Patienten-Arzt-Relation im gleichen Zeitraum um (-)18 % reduziert hat. Die Auswirkungen auf die pflegerische Versorgungsqualität sind nicht untersucht und durch Zahlen belegbar, da keine entsprechenden Daten erhoben werden.

Auch in der Altenpflege ist die Diskussion um eine adäquate Bewohner-Personal-Relation angesichts der derzeitigen Veränderungen der Bewohnerstruktur von Bedeutung. Beispielsweise sind Pflegeheimbewohner in den letzten Jahren zunehmend von Multimorbidität und Chronifizierung von Krankheiten betroffen.

So fordert z. B. die Saarländische Pflegegesellschaft eine Verbesserung der Personalausstattung um 16 %¹. Festzuhalten ist, dass die Bewohner-Pflegepersonal-Relation in den Bundesländern unterschiedlich ist und breiter Konsens darüber besteht, dass der Pflegepersonalbedarf mit dem Pflegebedarf der Betroffenen verknüpft werden sollte². Ob dieses aktuell gegeben ist, bleibt zu bezweifeln. Zahlreiche Überlegungen in diesem Buch sind auf den Altenpflegebereich übertragbar. Die behandelten und vorgestellten Instrumente zur Pflegepersonalstellenbemessung sind vor dem Hintergrund der Überlegungen der Krankenhausfinanzierung jedoch auf diesen Sektor fokussiert. In einer Übersichtstabelle werden aber auch alle anderen gefundenen Instrumente zur Pflegepersonalbemessung in den verschiedensten Settings vorgestellt. Darüber hinaus werden Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung und Personalstellenberechnung beschrieben, die sich für einen sektorenübergreifenden Einsatz eignen würden. Auch im Altenpflegebereich ist die Qualität der pflegerischen Versorgung schwer zu beurteilen. Die Qualitätsberichterstattung und die Pflegenoten geben nur einen begrenzten Einblick in das Leistungsgeschehen und die Qualität der Pflege. Ebenso wird dem Instrument zur Bewertung der Qualität eine eingeschränkte Objektivität, begrenzte Aussagen zur Reliabilität des Verfahrens und eine eingeschränkte Inhaltsvalidität attestiert (Hassel & Wolf-Ostermann, 2010).

¹ Quelle: <http://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/zahlen-daten-fakten/personalausstattung-in-pflegeheimen.html#6> (Zugriff am 15.05.2015).

² Quelle: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/3/3-4-Personelle-situation-der-heime/3-4-3-personalbedarf-und-personalbemessung-in-der-stationaeren-pflege,-did%3D81706,render%3DrenderPrint.html> (Zugriff am 15.05.2015).

Die Frage, wie viele Pflegepersonalstellen für eine adäquate Versorgung von Patienten³ und Bewohnern benötigt werden, ist nach wie vor unbeantwortet und dies in mehrerlei Hinsicht!

Zum einen ist das gesellschaftspolitisch definierte Qualitätsniveau pflegerischer Therapie und Versorgung längst noch nicht ausgehandelt. Bei den aktuellen Pflegepersonalbesetzungen ist es in der Regel etwa kaum möglich, ein adäquates Kontinenztraining durchzuführen. Häufig wird in der Versorgung einer Inkontinenz auf Handlungskonzepte wie das Anziehen von Inkontinenzhosen und/oder das Legen eines Blasendauerkatheters zurückgegriffen. Ein Toilettentraining mit individuellen Zeiten für Toilettengänge ist häufig aus Zeitmangel nicht möglich, würde aber bei bestimmten Voraussetzungen dazu führen, dass der Betroffene nicht einnässen muss. Ist ein adäquates Toilettentraining ein gesellschaftspolitisch gewünschtes Qualitätsniveau, so wären hierfür konsequenterweise auch entsprechende Ressourcen aufzubauen. Auch die Aufgabenstellungen der Pflege im Bereich der Patientenedukation und einer nachhaltigen Angebotsgestaltung zur Gesundheitsförderung sind wenig diskutierte Themenbereiche.

Zum anderen sind keine adäquaten Personalbemessungsinstrumente zur transparenten Bewertung des Pflegebedarfs der zu betreuenden Personen etabliert. Obwohl die internen Qualitätsmanagementsaktivitäten sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten und stationären Altenpflege deutlich zugenommen haben und vermehrt darüber diskutiert wird, eine Vergütung z. B. im Krankenhausbereich auch von der Ergebnisqualität abhängig zu machen (Farin et al., 2013; Roeder & Franz, 2014), steht die Qualitätsindikatorendiskussi-

on im pflegerischen Kontext noch am Anfang. In Deutschland existieren aktuell keine vergleichbaren pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, die eine systematische Beurteilung der Pflege- und Versorgungsqualität erlauben würden.

Das Buch ist in folgende Kapitel gegliedert: In Kapitel 2 wird der Leser in die Problemlagen der Pflegepersonalbemessungsgrundlagen in Deutschland sowie deren mögliche Auswirkungen eingeführt. Hier richtet sich der Fokus sowohl auf die Einrichtungen der Altenpflege als auch auf die Krankenhäuser. Kapitel 3 bietet die Möglichkeit, ein vertieftes Verständnis über die Wirkmechanismen des G-DRG zu erhalten. Besonders wird den Fragestellungen nachgegangen, wie Pflege im G-DRG-System verortet ist und welche Möglichkeiten zur verbesserten Abbildung der Pflege denkbar wären. Der letztgenannte Aspekt wird in Kapitel 7 weiter vertieft.

Kapitel 4 reflektiert die Einflussfaktoren auf die benötigte Pflegezeit, um bei einem Pflegeempfänger ein adäquates pflegerisches Angebot anbieten und durchführen zu können. Das Modell der Einflussfaktoren auf die Pflegezeit ist hinsichtlich der Frage nach den geeigneten Instrumenten zur Pflegepersonalbemessung von Bedeutung.

In Kapitel 5 wird ein breiter und vertiefender Überblick über bereits bestehende Instrumente zur Pflegepersonalbemessung gegeben. Die verschiedenen Instrumente werden entsprechend der von Isfort entwickelten Bewertungslogik eingeordnet, so dass eine fundierte Diskussion über die verschiedenen Einschränkungen der Instrumente erleichtert werden kann (Isfort, 2008).

Die Erkenntnisse der Literaturanalyse werden in Kapitel 6 zusammenfassend diskutiert und es werden Anforderungen an künftige Lösungsansätze aufgestellt. Im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) mit Pflegestellenförderprogramm und Pflegezuschlag im Zeitraum von 2016 bis 2018 wurden während des Gesetzgebungsverfahrens verschiedene Lösungsansätze zur Pflegeper-

³ Im Sinne der Lesbarkeit werden im Text entweder geschlechtsneutrale Formulierungen oder ausschließlich männliche Sprachformen verwendet. Dies stellt keinerlei geschlechtsspezifische Wertung dar und soll jeweils die weiblichen Sprachformen mit einschließen.

sonalbesetzung und -aufstockung diskutiert. Kapitel 7 fasst die Erkenntnisse der Literaturanalyse, der vorgestellten Ansätze und Diskussionspunkte zur Pflegepersonalsituation und -bemessung zusammen. Mögliche Lösungswege und Handlungsempfehlungen werden diskutiert, um künftig eine adäquate, an den Bedarfen und Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen orientierte pflegepersonelle Ausstattung sicherzustellen. Diese zielen darauf ab, langfristig eine an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Pflege in Deutschland zum Wohle und zur Sicherheit der Pflegeempfänger realisieren zu können und den wertschöpfenden Faktor der Pflege im Versorgungsgeschehen transparent und erlöswirksam zu gestalten.

2 Einleitung und Ausgangslage

Internationale Forschungsarbeiten weisen auf eine starke Evidenz bezüglich des Zusammenhangs einer niedrigen Personalausstattung in Kliniken mit einem schlechteren Outcome der Patientenversorgung hin (Ball et al., 2014; Kane et al., 2007; McGahan, Kucharski, & Coyer, 2012; Penoyer, 2010).

Die Relation zwischen Pflegeperson und Patient pro Schicht variiert teilweise innerhalb eines Landes sehr stark (Ball et al., 2012). Zwischen den europäischen Ländern sind die Unterschiede ebenfalls sehr groß (Aiken et al., 2012). Bei den verschiedenen Veröffentlichungen wird häufig zwischen der Relation Pflegefachkraft und Patient pro Schicht und der Relation Pflegepersonen pro Patienten und Schicht, sowie dem zugrunde liegenden Skillmix unterschieden (Aiken et al., 2012).

Immer mehr Studien weisen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Verhältnis Patienten zu Pflegepersonal, den Pflegestunden pro Tag und Patient sowie dem Outcome hin. Der Benefit einer höheren Anzahl von Pflegepersonen im Rahmen der Therapie und Versorgung wird sichtbar. Ebenso finden sich zunehmend Hinweise darauf, dass eine unzureichende Anzahl an Pflegepersonen negative Auswirkungen auf das Outcome haben kann. Durch negative Ergebnisse entsteht letztendlich eine höhere Last an Kosten, die durch die Gesellschaft getragen werden muss. Zudem ist das vermeidbare persönliche Leid, verursacht durch negative Outcomes einer Behandlung/Therapie, ein Ansporn, der Fragestellung nachzugehen, wie viel Pflegepersonal für eine sichere und adäquate Patientenversorgung benötigt wird. In einer exemplarischen Zusammenstellung von Studien wird der Nutzen einer verbesserten Patienten-Pflegepersonal-Relation sowie der Nutzen eines adäquaten Skillmixes des Pflegepersonals vorgestellt (NSW Nurses & Midwives Association (Ed.), 2013).

In zahlreichen Untersuchungen werden das Auftreten von unerwünschten Ereignissen/

Komplikationen sowie die Kosten derselben aufgezeigt. Hierbei handelt es sich z. B. um im Krankenhaus erworbene Harnwegsinfektionen und Pneumonien, Dekubitalgeschwüre, tiefe Beinvenenthrombosen, Komplikationen im Bereich des zentralen Nervensystems, Sepsis, Herzkreislaufkomplikationen, Stürze, Fehler im Bereich des Medikamentenmanagements und andere negative Ereignisse. In zahlreichen Studie existieren Hinweise bzw. Belege dafür, dass eine adäquate Pflegepersonalausstattung und ein Skillmix positive Auswirkungen auf das Auftreten dieser unerwünschten Ereignisse im Krankenhaus haben (Duffield et al., 2011).

So kommen z. B. die Autoren einer Literaturarbeit zu dem Ergebnis, dass robuste Beweise für eine enge Verknüpfung zwischen der Patienten-Pflegepersonal-Relation und dem Outcome vorliegen. Metaanalysen bestätigen, dass es eine 3–12%ige Reduktion von negativen Ereignissen und eine 16%ige Reduktion des Mortalitätsrisikos bei chirurgischen Patienten gibt, wenn höherqualifizierte Pflegepersonen die Versorgung realisiert haben (Twigg et al., 2010). In einer großen Stichprobe wurden Daten aus 799 Kliniken aus den USA genutzt, um einen möglichen Zusammenhang zwischen Patientenoutcome und pflegerischen Rahmenbedingungen zu untersuchen. Die Ergebnisse weisen ebenfalls darauf hin, dass für Patienten mit einem höheren Anteil an Pflegezeit, die das Pflegepersonal zur Verfügung hat, sowie mit einem höherem Anteil an qualifiziertem Pflegepersonal, das die Versorgung durchführt, eine bessere Versorgungsqualität verbunden ist (Needleman et al., 2002).

Auch andere Einflussfaktoren auf Patientensicherheit und das Outcome der Patientenversorgung, wie etwa ein möglicher Zusammenhang zwischen den Arbeitsbedingungen – beeinflusst durch das Pflegemanagement – und den pflegerischen Ergebnissen (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013) oder auch

der Schichtlänge und den Überstunden, sind wichtige Aspekte, die im Kontext einer adäquaten Personalbemessung mitdiskutiert und weiter untersucht werden sollten. So gibt aus einer Querschnittstudie mit 31.627 Pflegepersonen aus in der Regel medizinischen und chirurgischen Einheiten aus 488 Krankenhäusern in 12 europäischen Ländern Hinweise darauf, dass eine Dauer der Arbeitsschichten ≥ 12 Stunden sowie das regelhafte Anhäufen von Überstunden einen negativen Einfluss auf die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und das Vorkommen von Rationierungsmaßnahmen haben können (Griffiths et al., 2014).

Das Phänomen, dass Pflegendе geplante und erforderliche Aufgaben in ihrer Schicht nicht durchführen, ist international verbreitet (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Schubert et al., 2013; Zander et al., 2014).

Diese Ergebnisse zeigten sich auch in der länderübergreifenden Querschnittstudie RN-4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing) (Ausserhofer et al., 2014). Länderspezifisch sind deutliche Unterschiede festzustellen.

In der Untersuchung kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass die befragten Pflegepersonen in Krankenhäusern, die ungünstige Arbeitsumgebungen und eine hohe Patienten-Pflegeperson-Relation aufweisen, wenig Fachpflegepersonen beschäftigen und zudem eine hohe Anzahl von pflegefremden Tätigkeiten übernehmen, häufiger von „unerledigten“ pflegerischen Aufgaben (left undone) in der Schicht berichten als in Einrichtungen, die bei den genannten Parametern eine günstigere Ausgangslage aufweisen (Ausserhofer et al., 2014).

Das Phänomen der „unerledigten“ pflegerisch erforderlichen Aufgaben kann länderspezifisch unterschiedlich ausgeprägt und durch verschiedene Facetten beeinflusst sein.

Eine Querschnittserhebung basierend auf Daten von 2.917 Pflegepersonen aus 401 allgemeinmedizinischen und chirurgischen Abteilungen in 46 Akutkliniken des National

Health Service in England zeigt interessante Ergebnisse bezogen auf das Phänomen der „unerledigten“ pflegerischen Aufgaben. So gaben z. B. 86 % der befragten Pflegenden an, Aufgaben in der letzten Schicht nicht erledigt zu haben, da die Zeit gefehlt hatte.

Die Untersuchung zeigt, dass die Anzahl der Patienten pro Pflegeperson signifikant mit dem Auftreten der „unerledigten Pflege“ assoziiert war. Ebenso wurde untersucht, ob die „unerledigte Pflege“ mit der Wahrnehmung der Qualität von Pflege und der Patientensicherheit im Zusammenhang steht. Die Ergebnisse indizieren, dass Pflegeleistungen nicht erbracht werden, wenn der Personalbestand niedrig ist und sich dies auf die Qualität und Patientensicherheit auswirken kann. Die Autoren empfehlen, den Indikator „missed care“ als Frühwarnsystem zu nutzen, um Stationen mit einer inadäquaten Personalbesetzung zu identifizieren (Ball et al., 2014)

2.1 Implizite Rationierung

Bevor die verschiedenen Studienergebnisse und Auswirkungen „unerledigter pflegerischer Leistungen“ bzw. der impliziten Rationierung genauer betrachtet werden, erfolgt eine Begriffsdefinition basierend auf den internationalen Konzeptualisierungen dieses Phänomens.

2.1.1 Begriffsdefinition des Phänomens „implizite Rationierung“

Die Begriffe „implizite Rationierung“ (implicitly rationed care), „fehlende Pflege“ (missed nursing care) oder auch „unerledigte Pflege“ (nursing care left undone) sind Phänomene, die bereits wiederholt von mehreren Autoren konzeptualisiert wurden. Unterlassene/fehlende Pflegeleistungen wurden z. B. im Rahmen des „Missed Nursing Care“-Modells beschrieben (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Tschannen, Kalisch, & Lee, 2010). Definiert werden kann „unterlassene/fehlende Pflege“ demnach als jeder Aspekt, der zur Pati-

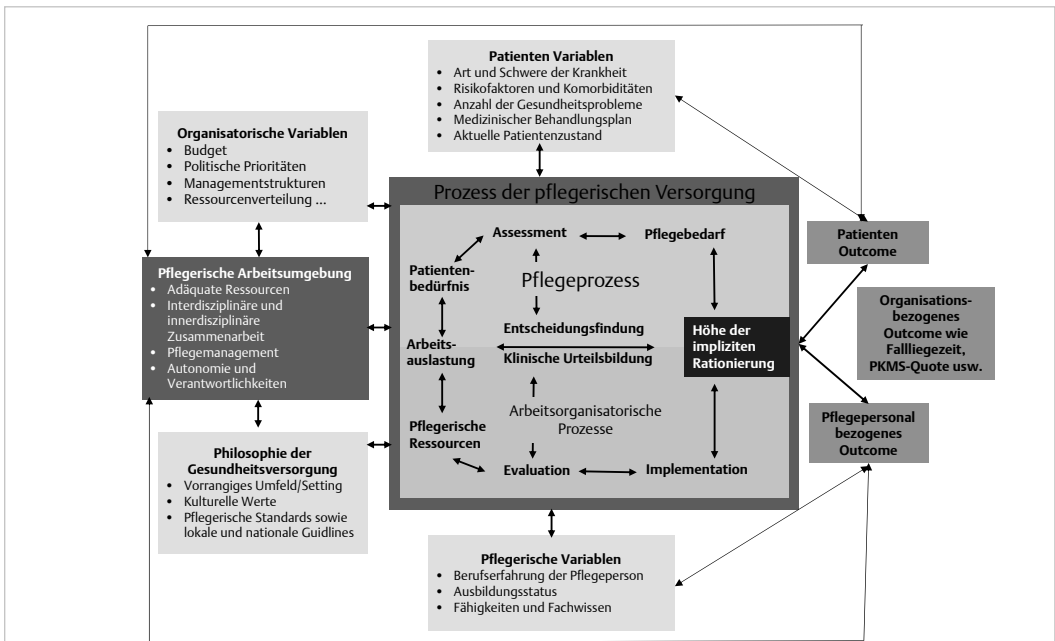


Abb. 1: Konzeptueller Rahmen der impliziten Rationierung (Quelle: eigene Darstellung und Konzeptualisierung in Anlehnung an Kalisch et al., 2009; Schubert et al., 2007)

entenversorgung erforderlich ist und teilweise oder gänzlich weggelassen bzw. zeitverzögert angeboten/durchgeführt wird (Kalisch et al., 2009). Implizites Rationieren bedeutet in Abgrenzung hiervon, dass erforderliche Pflegemaßnahmen aufgrund fehlender (meist zeitlicher) Ressourcen nicht erbracht werden und die Entscheidungsmacht, wo und was rationiert wird, im Ermessensspielraum der versorgenden Einzelperson liegt (Breyer, 2012). Die implizite Rationierung wird durch die zu erfüllenden Patientenbedürfnisse und die verfügbaren Kapazitäten der Organisation bestimmt. Einige Autoren haben sich mit den Einflussfaktoren auf implizite Rationierung/unterlassene/unerledigte/fehlende Pflegeleistung beschäftigt (Ausserhofer et al., 2013; Jones et al., 2015; Schubert et al., 2013; Schubert et al., 2007). Zusammenfassend lässt sich der konzeptuelle Rahmen für implizite Rationierung bzw. unerledigte/fehlende Pflege(-leistung) in Abb. 1 darstellen.

In der Konzeptanalyse von Kalisch et al. (2009) werden die bestimmenden Faktoren beschrieben, die einen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten des Phänomens der „unterlassenen/fehlenden Pflege“ haben. Diese sind zum einen die verfügbare Arbeitsressourcen, um die Patientenversorgung sicherzustellen und materielle Ressourcen, um die Aktivitäten im Kontext der Patientenversorgung zu gewährleisten sowie zum anderen verschiedene Faktoren auf der Ebene der Beziehungs- und Kommunikationsebene, die es den Pflegenden ermöglicht, die Versorgung sicherzustellen. Diese Rahmenbedingungen werden von anderen Wissenschaftlern zum Teil ebenfalls aufgegriffen und/oder um weitere Gesichtspunkte ergänzt. Von den meisten Autoren wird das Phänomen der „impliziten Rationierung“ als Einflussfaktor sowohl auf das Patientenoutcome, beispielsweise Stürze und Dekubitalulcera (Kalisch, Tschannen, & Lee, 2012), als auch das Outcome der

Pflegepersonen wie etwa Krankheitstage oder die Mitarbeiterfluktuation beschrieben (Tschannen et al., 2010). Aber auch Outcomes der Organisation wie die Fallliegedauer werden in der Literatur als von der impliziten Rationierung beeinflusst erwähnt (Jones et al., 2015). Pflegende in Deutschland erfahren gerade sehr eindrücklich, dass Einrichtungen finanzielle Einbußen erleben, wenn pflegerische Leistungen bei „hochaufwendigen Patienten“ in Folge von Personalminderbesetzung nicht erbracht werden können.

Denn werden die im Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) definierten pflegerischen Leitungen nicht entsprechend erbracht und nachgewiesen, kann das Zusatzentgelt über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 9-20 nicht abgerechnet und vergütet werden.

Die Bedeutung der impliziten Rationierung auf die Patientensicherheit und das Patientenoutcome wird in der Literatur annähernd durchgängig (Ausserhofer et al., 2013; Ausserhofer et al., 2014; Blackman et al., 2015; Castner, Wu, & Dean-Baar, 2015; Jones et al., 2015; Kalisch et al., 2009; Schubert et al., 2013; Schubert et al., 2007; Tschannen et al., 2010; Zander et al., 2014), die Auswirkungen auf das Outcome der Mitarbeiter des Pflegedienstes dagegen nur in Teilen (Ausserhofer et al., 2014; Schubert et al., 2007; Tschannen et al., 2010) aufgezeigt.

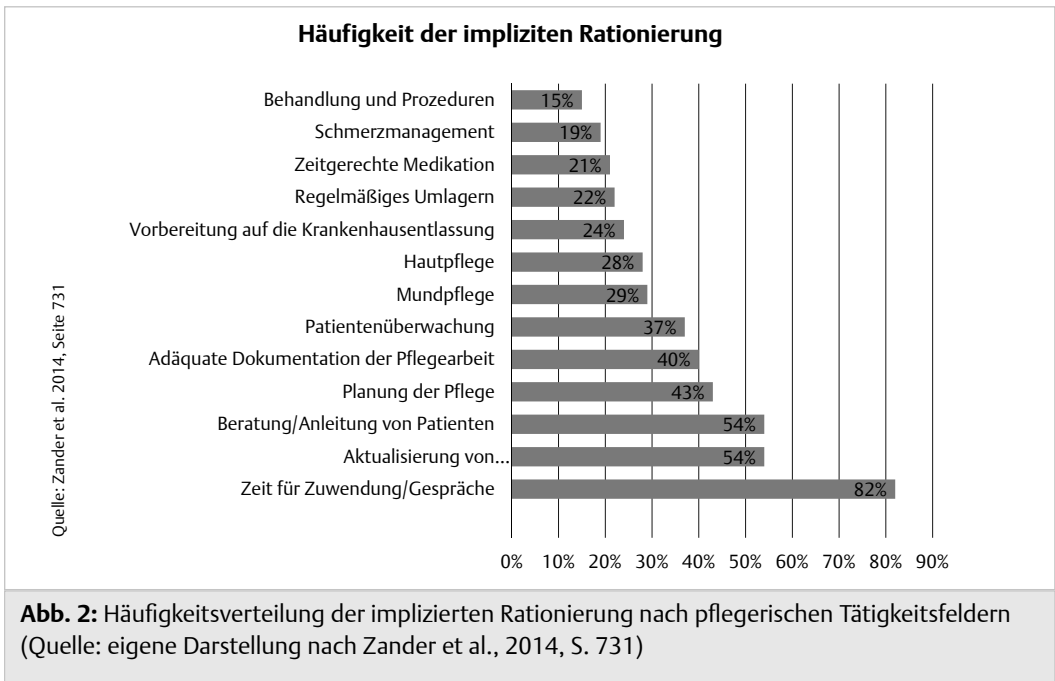
„Unerledigte, fehlende Pflege“ wird als Komponente des Versorgungsprozesses neben die arbeitsorganisatorischen Prozesse gestellt, die bestimmend auf das Vorkommen bzw. die Höhe der impliziten Rationierung wirken. In allen Modellen und Konzeptualisierungen des Phänomens sind Merkmale der Arbeitsumgebung und der Arbeitsbelastung der Pflegepersonen ein entscheidender Einflussfaktor auf das Phänomen der „unerledigten/fehlenden Pflegeleistung“. Einige Autoren verweisen auf die Bedeutung von Ausbildung, Berufserfahrung sowie Skillmix des Pflegepersonals hin (Castner et al., 2015; Tschannen et al., 2010). In einer systematischen Übersichtsarbeit von Jones und Kollegen (2015) wurden u. a.

14 unterschiedliche Instrumente ausfindig gemacht, die das Phänomen der impliziten Rationierung respektive der nicht getanen/unterlassenen pflegerischen Leistungen in der Regel über Befragungen gemessen haben. Die Instrumente weisen einige Unterschiede auf, so variieren beispielsweise die abgefragten Aktivitätskategorien wie auch die Zeiträume, auf die sich die Abfragen beziehen. In zahlreichen weiteren Arbeiten wurde die Prävalenz des Phänomens der impliziten Rationierung bzw. der „fehlenden Pflege“ untersucht.

Ebenso konnten Untersuchungen identifiziert werden, die den Zusammenhang des Phänomens mit dem Outcome sowie die unterschiedlichen Einflussfaktoren untersucht haben. Zusammenfassend kommen Jones et al. (2015) mit Blick auf das Patientenoutcome zu dem Ergebnis, dass es durch fehlende Pflegeleistungen zu einem schwach bis moderat negativen Effekt auf alle näher betrachteten Aspekte patientenrelevanter Outcomes (wie Sturz, Dekubitus, nosokomiale Infektionen, fehlerhafte Medikation usw.) kommt. Bezogen auf das Outcome des Pflegepersonals wie Ausfallzeiten oder Personalfuktuation zeigen sich ebenfalls negative Effekte bei vorliegender impliziter Rationierung. Mitarbeiter berichten über moralische Konflikte, Frustration und ähnliche Wahrnehmungen.

2.1.2 Häufigkeit des Vorkommens der impliziten Rationierung pflegerischer Leistungen

Die Häufigkeit bzw. Prävalenz impliziter Rationierung pflegerischer Leistungen im deutschen Gesundheitswesen ist noch weitgehend unerforscht. Erste, jedoch nicht unerhebliche Hinweise auf die Häufigkeit der verdeckten Rationierung pflegerischer Leistungen in deutschen Krankenhäusern gab es in einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V., dem Pflegethermometer des Jahres 2009 (Isfort et al., 2010), die sich im Kontext der europaweit ausgerichteten RN4Cast-Studie



verdichteten. Hier zeigte sich, dass über alle beteiligten Länder hinweg durchschnittlich 3,9 von 13 Pflegetätigkeiten von den befragten Pflegepersonen ($n=33659$) in ihrer letzten Schicht vernachlässigt wurden (Ausserhofer et al., 2014).

Mit Blick auf die Einschätzungen der befragten Pflegenden aus Deutschland sticht hervor, dass hier im Durchschnitt 4,7 der 13 erforderlichen Pflegeaufgaben rationiert wurden. Damit gehört Deutschland neben Belgien, England und Griechenland zu den Ländern, in denen überdurchschnittlich viele Pflegeleistungen „unerledigt“ bleiben (Zander et al., 2014). Die Spannweite der rationierten Pflegemaßnahmen reicht von und 15 % bei „Behandlungen und Prozeduren“ bis hin zu 82 % bei „Patientengespräche und Zeit für Zuwendung“ (Zander et al., 2014), wie Abb. 2 aufzeigt.

An dieser Stelle sei darauf verwiesen, dass das tatsächliche Ausmaß der „nicht durchgeführten“ Tätigkeiten weiter offen bleibt, da die befragten Pflegenden lediglich angaben, dass

eine bestimmte Tätigkeitsart in der letzten Schicht nicht durchgeführt werden konnte. Ob die entsprechende Tätigkeitsform, etwa Mobilisierungsmaßnahmen, bei mehreren Patienten der Station nicht durchgeführt werden konnte, bleibt bei dieser Fragestellung weiter offen.

Die Folgen dieser verdeckten Rationierung für die betroffenen Pflegeempfänger sowie die Auswirkungen auf Folgekosten für das Gesundheitssystem durch hieraus entstandene Schäden (z. B. Stürze, nosokomiale Infektionen, klinische Zwischenfälle, Dekubitalulcera usw.) sind in Deutschland ebenfalls unbekannt. Die internationale Pflegeforschung ist bei dieser Fragestellung bezogen auf die Auswirkungen der impliziten Rationierung zum Teil bereits etwas weiter. So liegen einige Studien vor, die auf ein Ungleichgewicht zwischen Patientenbedürfnissen und erfülltem Pflegebedarf mit negativen Auswirkungen auf das Outcome in Folge fehlender pflegerischer Ressourcen und mangelnder Ausbildung hinweisen (Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2014; Assadian, Toma, & Rowley, 2007; Ball et al.,

2014; Isfort, 2008; Lang et al., 2004; McGahan et al., 2012; Patry et al., 2014; Rogowski et al., 2013; Schubert et al., 2012; Staggs & Dunton, 2014).

Auch hinsichtlich der Konsequenzen auf das Pflegepersonal steht die Rationierung von Pflegemaßnahmen mit Burnout, hoher Fluktuationsrate, Unzufriedenheit im Berufsleben und geringe Verweildauer im Beruf in Verbindung (Tschannen et al., 2010; Zander et al., 2014).

Nicht durchgeführte erforderliche pflegerische Handlungen sind ein signifikanter Befund in Akutkliniken im internationalen und nationalen Kontext. Zudem besteht ein großer Mangel bezüglich der Transparenz der Entscheidungsfindung, welche Leistungen schließlich unterlassen werden. Auch zeichnen die bisherigen Erkenntnisse bezüglich der qualitativen Auswirkungen auf die Patientensicherheit und das Outcome ein noch zu unscharfes Bild der Situation (Jones et al., 2015; Kalisch et al., 2009).

2.1.3 Einflussfaktoren auf das Auftreten „impliziter Rationierung“

Nachfolgend werden die in der RN4Cast-Studie gefundenen Prädiktoren aufgeführt, die im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung und dem Phänomen der impliziten Rationierung von erforderlichen Pflegehandlungen und möglichen Einflussfaktoren stehen. Bei den nachfolgend dargestellten Ergebnissen handelt es sich um Resultate bezogen auf die Daten aus deutschen Kliniken (Zander et al., 2014). Insgesamt wurden 1511 Pflegefachkräfte in 49 Krankenhäusern mittels eines Fragebogens zu den Bereichen pflegerische Arbeitsumgebung, Burnout, wahrgenommene Arbeitszufriedenheit, Versorgungsqualität und ähnlichen Themen befragt. Zur Erhebung möglicher Einflussfaktoren der Arbeitsumgebung wurde das Instrument PES-NWI-R (Practice Environment Scale of the Nurses Work Environment Index-Revised) als Bestandteil des Gesamtfragebogens genutzt.

Zur Ermittlung der impliziten Rationierung wurden nach Pflegeaktivitäten gefragt, die jeweils in der letzten Schicht bei Patienten nötig gewesen wären, aber aus Zeitmangel nicht im erforderlichen Maße durchgeführt werden konnten. Ziel war es herauszufinden, welche Arbeitsumgebungsfaktoren die Rationierungsentscheidungen der Pflegepersonen beeinflussen. Die Forschungsfragen konzentrierten sich auf zwei zentrale Aspekte:

- Können notwendige Pflegeaktivitäten, die insbesondere aus Zeitmangel nicht erbracht werden, identifiziert werden?¹
- Lassen sich Variablen im pflegerischen Arbeitsumfeld ermitteln, welche die implizite Rationierung beeinflussen?

Als Arbeitsumgebungsfaktor wurde u. a. die verfügbare Ressource von Pflegepersonen, ausgedrückt in der Patienten-Pflegekraft-Relation, untersucht. Die zentralen Erkenntnisse zur letztgenannten Forschungsfrage lassen sich wie folgt zusammenfassen, müssen jedoch unter Berücksichtigung der Limitationen der Studie bezogen auf Repräsentativität und Methodik betrachtet werden:

- Pflegepersonen mit einem hohen Grad an emotionaler Erschöpfung haben bei 12 von 13 Tätigkeitsbereichen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, implizite Rationierungen vorzunehmen.
- Bezogen auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche scheinen einige Aspekte der Arbeitsbedingungen eine reduzierende Wirkung auf die Rationierung von Pflegeleistungen zu haben. Folgende Arbeitsbedingungen wirken sich laut der Studie senkend auf die Rationierungswahrscheinlichkeit aus:
 - Pflegepläne für die Patienten, bezogen auf 6 Leistungsbereiche, werden kontinuierlich aktualisiert und dokumentiert.
 - Ein ausreichender Pool an pflegepersoneller Besetzung, um „gute“ Pflege realisieren zu können. Bei vier Pflegeaktivitäten konnte diesbezüglich ein statistisch

¹ Vgl. hierzu Kapitel 2.1

- signifikantes Resultat ermittelt werden.
- Ausreichend zeitliche Ressourcen, um Pflegeprobleme im Team mit Kollegen zu besprechen. Hier wurden ebenfalls bei vier Tätigkeitsbereichen signifikante Ergebnisse ermittelt.
 - Eine adäquate Patienten-Pflegeperson-Relation, die hinsichtlich dreier Leistungsbereiche eine reduzierende Wirkung auf die implizite Rationierung ausübt.
 - In der Studie wurden in entgegengesetzter Richtung auch mittels Regressionsanalyse einige Arbeitsbedingungen ans Licht gebracht, welche die Rationierungswahrscheinlichkeit erhöhen. Ein sehr klarer Hinweis zeichnete sich wie bereits erwähnt hinsichtlich des Aspekts „hohe emotionale Erschöpfung“ ab. Die restlichen Ergebnisse sind weniger aussagekräftig und beziehen sich zumeist nur auf wenige Pflegeleistungen. Dennoch ist durch weitere Forschungsarbeiten zu prüfen, welche Zusammenhänge an dieser Stelle bestehen könnten. Folgende Arbeitsbedingungen haben bei einigen wenigen Leistungen das Risiko der Erhöhung der Rationierungswahrscheinlichkeit: „Im Pflegebereich gibt es ein Personalentwicklungs- und/oder Fortbildungsangebot“ sowie „Pflegehelfer-Fachkraftrelation“.

Es lässt sich festhalten, dass eine sorgfältige Pflegedokumentation und Aktualisierung der Pflegepläne, ausreichend Zeit, um mit Kollegen fachlich Pflegeprobleme zu besprechen und eine adäquate Pflegepersonalbesetzung eine reduzierende Wirkung auf die Wahrscheinlichkeit haben, dass Pflegeleistungen rationiert werden (Zander et al., 2014). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Vorarbeit der Forschergruppe. In einer Querschnittsbefragung über einen Zeitraum von zehn Jahren in deutschen Kliniken zeigte sich, dass in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung und Patientensicherheit eine ausreichende Anzahl von Mitarbeitern, die Aktualisierung der Pflegebehandlungsplanungen

sowie ein unterstützendes Management die wesentlichen Einflussfaktoren waren (Zander, Dobler, & Busse, 2013). Es gibt also deutliche Hinweise darauf, dass eine sorgfältige Dokumentation, Organisation und Einteilung der Pflegearbeit sowie eine adäquate Personalbesetzung der impliziten Rationierung von Pflegehandlungen entgegenwirken können. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass sich die Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen der Pflegenden in deutschen Kliniken innerhalb einer verhältnismäßig kurzen Zeitspanne von zehn Jahren nennenswert verschlechtert haben. Diese Ergebnisse werden zum Teil auch auf die Einführung der DRGs zurückgeführt. Diese Veränderungen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung, was wiederum die emotionale Erschöpfung der Pflegepersonen und Zufriedenheit negativ beeinflusst hat (Zander et al., 2013).

Auch im Kontext der Altenpflege und Versorgung alter Menschen wird die Diskussion um die Rationierung pflegerischer Leistungen geführt (vgl. z. B. Esslinger, 2009). Wie im Krankenhaus findet auch in der stationären und ambulanten Altenpflege eine verdeckte Rationierung statt, die täglich in der Entscheidungshoheit jeder einzelnen Pflegeperson, gleich ob Fach- oder Assistenzkraft, liegt (Dibelius, 2006). Die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sind auch in diesem Setting längst nicht hinreichend untersucht; so gibt es auch in der Altenpflege bislang keine aussagekräftigen Ausgangspunkte für eine adäquate Pflegepersonalstellendiskussion in Verbindung mit pflegerelevanten Outcomes (Segmüller et al., 2012). Hier besteht ebenso dringender Handlungsbedarf.

2.2 Situation der Pflege im Kontext des Krankenhauses

Die Krankenhausfinanzierung ist über Diagnosis Related Groups (DRGs) realisiert. Die DRGs sind vereinfacht ausgedrückt diagnosebezogene Fallpauschalen, die als Durchschnittswert alle Kosten der Behandlung decken sollen. Patienten werden abhängig von der medizinischen Diagnose, der Prozedur und dem Schweregrad (der im Wesentlichen durch die Nebendiagnosen beeinflusst ist) in homogene Fallgruppen eingeordnet. Das bedeutet, dass die stationären und teilstationären Krankenhausfälle in medizinisch sinnvolle, nach ihrem ökonomischen Aufwand vergleichbare DRG-Gruppen eingeteilt werden. Das „eindimensionale“ DRG-Klassifikationssystem hat den Anspruch, gleichmäßig zusammengesetzte Fallgruppen zu generieren, aus denen sich die genauen Vorschriften (Algorithmen) ergeben, die zur Ermittlung der DRG-Eingruppierung des Falls bestimmend sind (Fischer, 2002; Küttner, 2004; Lauterbach & Lungen, 2000; Wilke, 2005). Die Fallgruppen sind in einem jährlich erscheinenden Fallpauschalenkatalog zusammengestellt². Jede DRG hat ein fixes Kostengewicht („Bewertungsrelation“). Abgesehen von OPS 9-20 und Komplexkode der neurologischen Frührehabilitation bzw. Geriatrie beeinflussen pflegerische Daten die DRG-Gruppierung der Patienten im Krankenhaus derzeit nicht. Die Pflegepersonalkosten fließen allerdings in der Regel gewichtet durch PPR-Daten (Pflege-Personalregelung) bei der Darstellung der Fallkosten mit ein. So bekommt eine Klinik für alle Patienten in derselben DRG den gleichen Erlös, obwohl der Kostenanteil für die Pflege zwischen den Patienten stark variieren kann,

² Vgl. hierzu den Internetauftritt des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG-Fallpauschalen-Katalog 2015 (23.09.2014). Im Internet: www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2015/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2015; Stand: 17.12.2014

wie einige Forschungsarbeiten mittlerweile nachgewiesen haben (Baumberger, 2002; Eberl, Bartholomeyczik, & Donath, 2005; Schmid, 2007; Pia Wieteck, 2008b). Eine detailliertere Darstellung, wie Pflegeleistungen und Pflegepersonalkosten im G-DRG-System wirken, wird im dritten Kapitel beschrieben. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Abbau der Pflegepersonalstellen seit 1996 weit über das notwendige Maß der erforderlichen Budgetkürzungen hinaus erfolgte. Hintergründe dieser ökonomischen Entscheidungen in den Kliniken waren und sind häufig die Finanzierung von Investitionen (z. B. die Anschaffung neuer Geräte wie Computertomographen) oder die Schaffung von zusätzlichen Stellen im ärztlichen Dienst. Erklärt werden kann dieses Phänomen durch die fehlende Erlösrelevanz des pflegerischen Leistungsgeschehens wie auch durch die zu beobachtende Entmachtung des Pflegemanagements (Segmüller et al., 2012; Simon, 2009). Die fehlende Erlösrelevanz pflegerischer Berufsgruppen am Leistungsgeschehen und die DRG-Kalkulation an sich fördern den von Prof. Dr. Michael Simon beschriebenen „Kellertreppeneffekt“ der Pflegepersonalstellenentwicklung im Krankenhaus (Simon, 2009). Hinzu kommt der zunehmende ökonomische Handlungsdruck. Folgende zentrale Schwierigkeiten lassen sich für den Pflegebereich im deutschen Krankenhauswesen im Kontext des DRG-Vergütungssystems nennen:

- Dem derzeitigen DRG-System liegt die fehlerhafte Annahme zugrunde, dass mit der medizinischen Diagnose gleichzeitig der Ressourcenverbrauch für die pflegerische Versorgung abgebildet werden kann (Hunstein, 2003). Zahlreiche Studien im deutschen (Eberl et al., 2005; Gerhard, 2003; Schmid, 2006; Wieteck, 2007b) und ausländischen Kontext (Ballard et al., 1993; Halloran, 1985; Halloran & Kiley, 1987; O'Brien-Pallas et al., 1997; Welton & Halloran, 2005) zeigen auf, dass diese Grundannahme nicht haltbar ist und Pflege durch die DRG-Fallgruppen nicht adäquat abge-

bildet werden kann. Damit haben Kliniken in den verschiedenen DRG-Fallgruppen bei Ungleichverteilung der Pflegekostenanteile der Fälle das Risiko eines Verlustes.

- Durch die aktuelle Vergütungssystematik wird Pflege auf der betriebswirtschaftlichen Ebene des einzelnen Krankenhauses als Kostenfaktor, nicht aber als wertschöpfende Dienstleistung betrachtet. Die Bereitschaft der Krankenhäuser, gerade hier ungeachtet möglicher Folgen Einsparungen vorzunehmen, wird durch die Tatsache verstärkt, dass der Pflegepersonalkostenanteil in deutschen Krankenhäusern etwa 30 % (Statistisches Bundesamt, 2015a) der Gesamtkosten beträgt. Die Strategie, gerade im Pflegebereich Kosten durch Personalabbau einzusparen, um zu einer vermeintlichen Effizienzsteigerung zu gelangen, ist aus anderen Ländern, in denen auf Fallpauschalen beruhende Vergütungssysteme ohne angemessene Berücksichtigung des Leistungsanteils der Pflege existieren, hinlänglich bekannt. In diesen Ländern wird jedoch zwischenzeitlich zunehmend und u. a. auf Grundlage von Studienergebnissen auf die teils gravierenden Folgen für die Versorgungsqualität bzw. vielerlei Patientenoutcomes wie Mortalitätsraten, funktionaler Status bei Entlassung, Häufigkeiten von nosokomialen Infektionen oder Sturzereignissen, Verweildauern und Versorgungskosten hingewiesen (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Aiken et al., 2011; Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2014; Cho et al., 2003; Estabrooks et al., 2005; Institute of Medicine, 2004; Kelly et al., 2014; McGillis Hall et al., 2003; Stone et al., 2007). Dabei bleiben weitere pflegesensitive und aus Patienten- und Systemperspektive wesentliche Ergebnisse, wie die therapeutische Selbstpflege, bisher noch häufig unberücksichtigt (O'Brien-Pallas et al., 1997; Sidani & Epstein, 2003).
- Derzeit kann Pflege nicht aufzeigen, welcher Ressourcenverbrauch im Krankenhaus erforderlich ist, um eine sichere und be-

darfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung zu erbringen. Adäquate Pflegepersonalbemessungsinstrumente werden derzeit nicht eingesetzt bzw. genutzt. Selbst wenn die Pflege-Personalregelung (PPR) als grobe Orientierung Einsatz findet, wird der ermittelte Pflegepersonalbedarf nur in den seltensten Fällen umgesetzt.

- Die existierenden pflegerischen Leistungs- und Kennzahlen in den Kliniken geben weder Auskunft über die Notwendigkeit einer Pflegehandlung, noch über dessen Einfluss auf das erzielte Outcome.

Pflegepersonal wird primär als Kostenfaktor gesehen und vor diesem Hintergrund soweit als möglich abgebaut. Andere Berufsgruppen, insbesondere der ärztliche Dienst, werden dagegen als Erlöstreiber betrachtet. Die durch den Stellenabbau in der Pflege frei werdenden Mittel wurden in den letzten Jahren systematisch auch in den Stellenaufbau anderer Berufsgruppen überführt. Beispielsweise ist aktuell der Personalkostenanteil des ärztlichen Dienstes höher als der des Pflegedienstes, wie Abb. 3 illustriert.

2.2.1 Personalstellenentwicklung des Pflegedienstes im Krankenhaus

Zahlreiche Autoren weisen seit Jahren auf die angespannte Pflegepersonalsituation in deutschen Krankenhäusern hin (Isfort, 2010; Isfort & Weidner, 2007; Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007; Simon, 2009). Ab Beginn der ersten Hälfte der 1990er Jahre wurden in einer mehrjährigen Phase Pflegepersonalstellen aufgebaut. Grundlage des Stellenaufbaus waren in Abhängigkeit des somatischen bzw. psychiatrischen Versorgungsbereichs zwei staatliche Regelungen, die Pflege-Personalregelung (PPR) und die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Anlass für diese Regularien war der in der öffentlichen Diskussion aufgebaute Druck über einen „Pflegenotstand“.

Mit dem Wegfall der PPR und damit dem Wegfall der staatlichen Einflussnahme auf die Pflegepersonalstellenentwicklung folgten Jahre des kontinuierlichen Pflegepersonalstellenabbaus (Gerste, Schellschmidt, & Rosenow, 2002; Simon, 2009). Simon kommt

im Rahmen seiner Bewertungen zur Pflegepersonalstellenentwicklung in deutschen Krankenhäusern zu dem Schluss, „dass ein Teil des Personalabbaus im Pflegedienst weder aufgrund der Budgetdeckung noch aufgrund des DRG-Systems notwendig war, son-

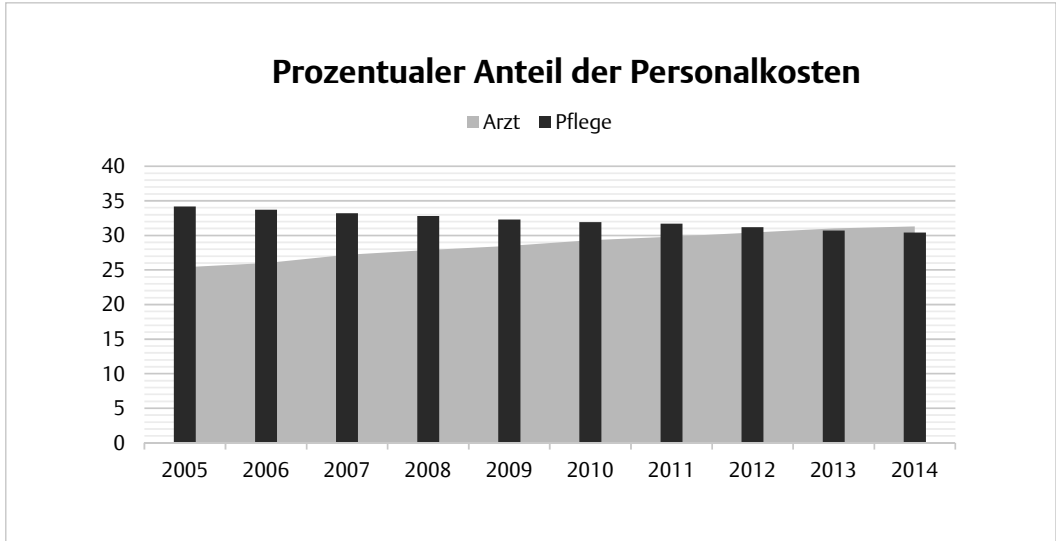


Abb. 3: Prozentuale Kostenanteile des ärztlichen und pflegerischen Dienstes in der Krankenhausversorgung (Quelle: eigene Darstellung. Datenbasis: Statistisches Bundesamt, 2015a)

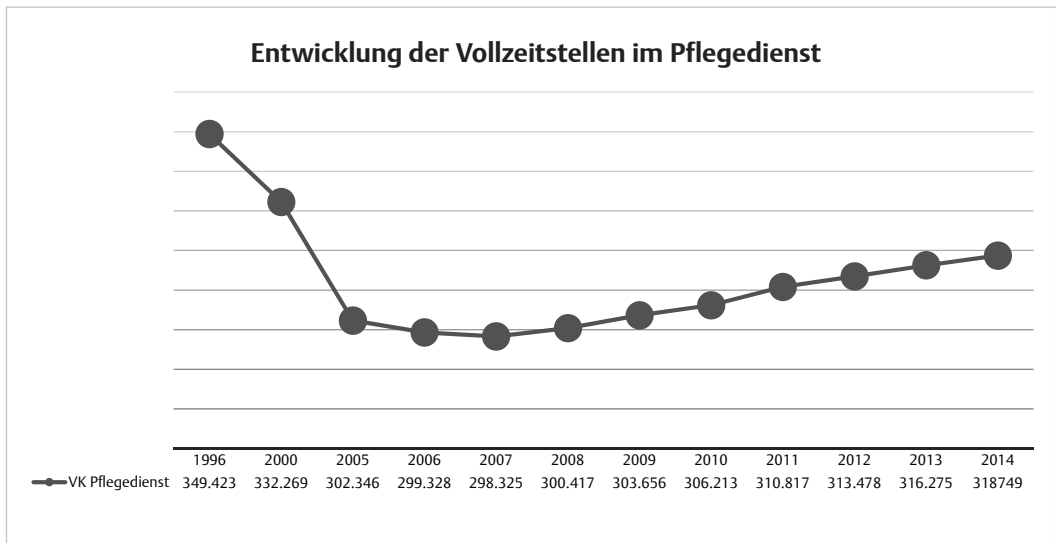
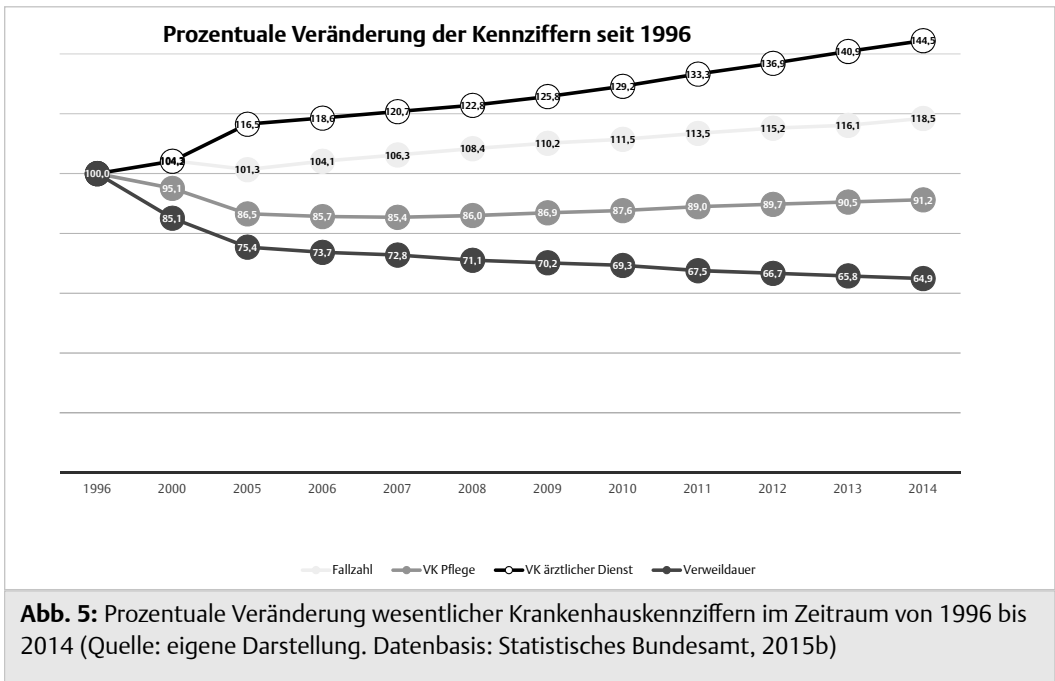


Abb. 4: Pflegepersonalstellenentwicklung im Krankenhaus im Zeitraum von 1996 bis 2014 (Quelle: eigene Darstellung. Datenbasis: Statistisches Bundesamt, 2015b)



dern für Zwecke der internen Umverteilung von Finanzmitteln erfolgt.“ (Simon, 2009, S. 110f) Vor dem Hintergrund dieser Aussage stellt sich die Frage, warum Pflege sich gegenüber der Geschäftsführung bezüglich der Notwendigkeit einer adäquaten Pflegepersonalstellenbesetzung wenig durchsetzen konnte. In der Abb. 4 wird die Pflegepersonalstellenentwicklung in deutschen Krankenhäusern dargestellt. Die Zahlen basieren auf Daten des Bundesamtes für Statistik.

Der kontinuierliche Stellenabbau der Pflegepersonalstellen dauerte bis 2007 an. Seitdem werden zwar wieder Pflegepersonalstellen in deutschen Krankenhäusern aufgebaut, allerdings führt dieser Aufbau vor dem Hintergrund der Fallzahlenentwicklungen und der Arbeitsverdichtung durch die immer kürzeren Fallliegezeiten zu keiner wirklichen Entlastung der angespannten Arbeitsbelastung der Pflegepersonen.

2.2.2 Verweildauer-, Fallzahlentwicklung und Personalstellen

Die Abb. 5 skizziert die prozentuale Veränderung folgender Kennziffern: Fallzahlen, Vollzeitstellen Pflege, Vollzeitstellen ärztlicher Dienst sowie Verweildauer.

Der Grafik ist zu entnehmen, dass die Fallzahlen seit 1996 um etwa 18 % angestiegen sind. Die Personalstellen des ärztlichen Dienstes haben einen Zuwachs von ca. 44 % erfahren. Auch hier ist über die Jahre ein kontinuierlicher Zuwachs festzustellen. Die Personalstellen der Pflege haben demgegenüber einen Rückgang um 8 % zu verzeichnen. Die durchschnittliche Verweildauer hat ebenfalls einen Rückgang erfahren und hat sich seit 1996 um ca. 35 % verringert. Laut einer Datenanalyse des Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2014a) liegt die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2013 bei 6,47 Tagen, in den Belegabteilungen bei 4,09 Tage³. Die Verweildauern reduzieren sich

³ Nicht bewertete DRGs sind in diesen Kalkulationen nicht berücksichtigt.

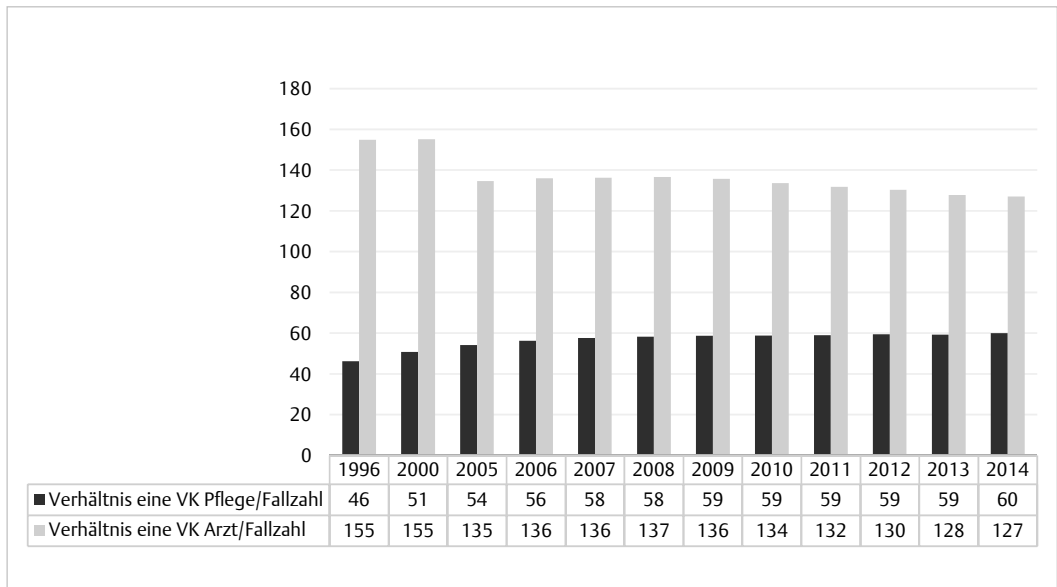


Abb. 6: Absolute Entwicklung der Arbeitsbelastungskennziffer „Fälle pro Vollkraft“ für den ärztlichen und pflegerischen Dienst (Quelle: eigene Darstellung. Datenbasis: Statistisches Bundesamt, 2015b)

fast jährlich, so lag die mittlere Verweildauer in den Hauptabteilungen im Jahr 2012 noch bei 6,57 Tagen (+1,5 % gegenüber 2013) und im Jahr 2011 bei 6,69 Tagen (+3,3 % gegenüber 2013). Die Zahlen des Bundesamts für Statistik weichen von den Zahlen des InEK ab. Es ist anzunehmen, dass hier auch die unbewerteten DRGs mitberücksichtigt wurden. Verbunden mit der Verweildauerreduktion ist eine zunehmende Arbeitsverdichtung anzunehmen.

2.2.3 Arbeitsbelastungskennziffern des pflegerischen und ärztlichen Dienstes

Nachfolgender Abschnitt widmet sich einigen Überlegungen zur Entwicklung der Arbeitsbelastungskennziffern des pflegerischen und ärztlichen Dienstes im Krankenhaus. Grundsätzlich ist die Frage nach einer geeigneten Kennzahl zu stellen, um die Arbeitsbelastung der Berufsgruppen adäquat einschätzen zu können.

Personalbelastungskennziffer: Fälle

Eine Kennzahl, die u.a. der Sachverständigenrat nutzt, um die Entwicklung der Arbeitsbelastung darzustellen, ist die durchschnittliche Fallzahl, die auf eine Vollzeitstelle pro Jahr errechnet wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Diese Personalbelastungszahl gibt an, wie viele Behandlungsfälle im Jahresdurchschnitt von einer Vollkraft betreut werden. Die Länge des Aufenthaltes in der Einrichtung wird in dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Abb. 6 stellt die Entwicklung dieser Kennzahl sowohl für den ärztlichen als auch den pflegerischen Dienst im Zeitverlauf dar.

Diese Kennziffer wird seit dem Jahr 2009 auch vom Bundesamt für Statistik ausgewiesen. Festzustellen ist, dass die Arbeitsbelastungskennziffer des Pflegedienstes seit 1996 um etwa 30 % gestiegen ist und im ärztlichen Dienst um 18 % gefallen ist. Für diese divergierenden Entwicklungen der beiden Berufsgruppen gibt es unterschiedliche Erklärungs-

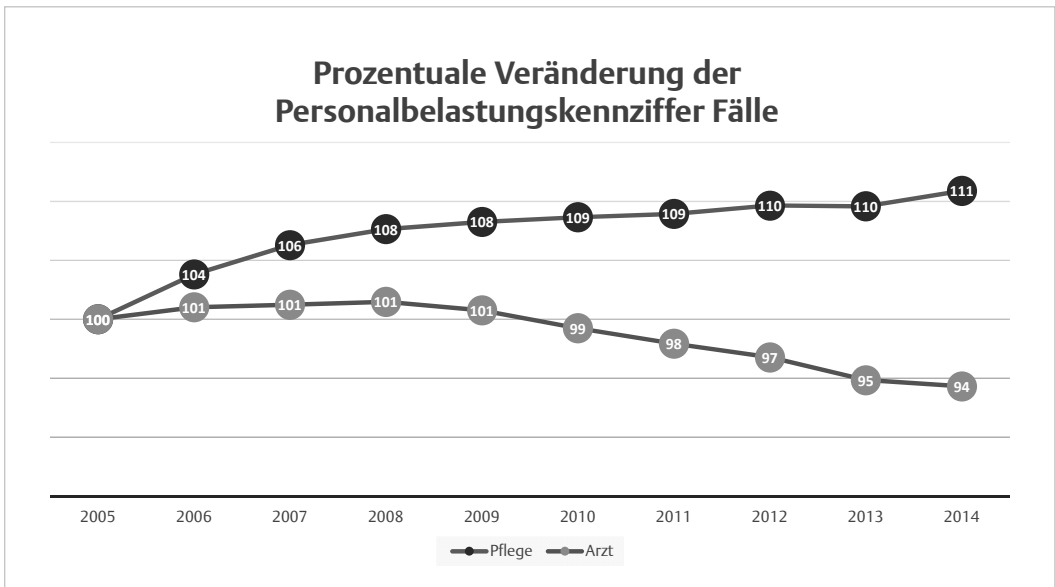


Abb. 7: Prozentuale Entwicklung der Arbeitsbelastungskennziffer „Fälle pro Vollkraft“ für den ärztlichen und pflegerischen Dienst (Quelle: eigene Darstellung. Datenbasis: Statistisches Bundesamt, 2015b)

ansätze. Einen sicher nicht unbedeutenden Einfluss hatten die veränderten Gesetzesvorgaben bezüglich der Bereitschaftsdienste im ärztlichen Bereich in den Jahren 2003 und 2005, deren Realisierung zwangsläufig zu einem Stellenzuwachs führen musste.

In diesem Zusammenhang zeigt Abb. 7 die prozentuale Veränderung der Arbeitsbelastungskennziffer ab 2005, um den Einflussfaktor der Umstellung der Bereitschaftsdienste im ärztlichen Dienst soweit als möglich zu bereinigen. Seit 2005 hat sich demnach die Belastungskennziffer beim Pflegedienst um 11 % erhöht und im ärztlichen Dienst um 6 % reduziert.

Personalbelastungskennziffer: Belegtes Bett

Eine weitere, ebenfalls im Kontext der Arbeitsbelastungsdiskussion genutzte Kennzahl weist die Personalbelastung bezogen auf belegte Betten aus. Die Kennziffer gibt an, wie viele belegte Betten eine Vollkraft durchschnittlich pro Arbeitstag zu versorgen hat. Der zugrunde liegende Gedankenansatz besagt, dass ausschließlich ein „belegtes Bett“

einen (pflegerischen) Aufwand beim Personal erzeugen kann. Diese Kennziffer berücksichtigt zudem die Veränderungen bei der Verweildauer. Seit 2009 wird die Kennziffer auch vom Bundesamt für Statistik ausgewiesen, dabei wird folgende Berechnungsmethode angewendet: Die Belegungsstunden der Krankenhausbetten im Jahr (= Belegungstage x 24 Stunden) werden durch die von Vollkräften zur Verfügung stehenden Jahresarbeitszeitstunden dividiert. Als Berechnungsgrundlage nutzt das Bundesamt für Statistik 220 Arbeitstage pro Jahr x 8 Arbeitsstunden pro Tag. Als Belegungstag werden der Aufnahmetag und alle weiteren Tage des Aufenthaltes im vollstationären Bereich gezählt. Der Entlassungstag bzw. Verlegungstag wird hingegen nicht mitgezählt.

Abb. 8 weist die Personalbelastungskennziffer für die beiden Berufsgruppen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes im Zeitverlauf aus. Im Bereich des Pflegedienstes weist diese Kennziffer kaum eine Veränderung seit 1996 auf (-0,7 belegtes Bett).

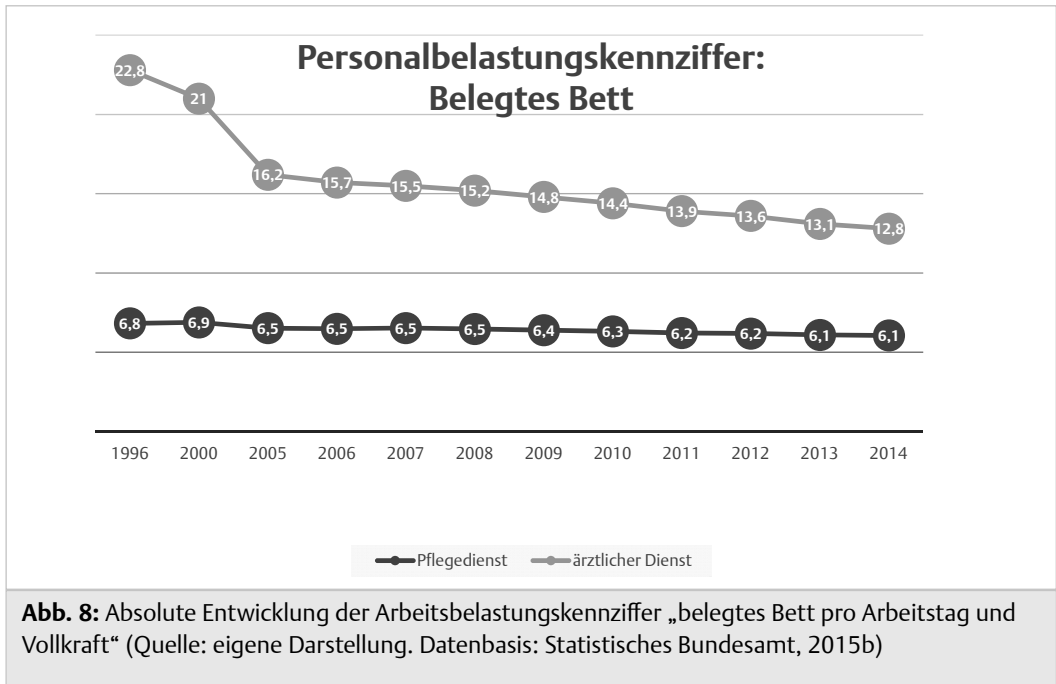


Abb. 8: Absolute Entwicklung der Arbeitsbelastungskennziffer „belegtes Bett pro Arbeitstag und Vollkraft“ (Quelle: eigene Darstellung. Datenbasis: Statistisches Bundesamt, 2015b)

Im ärztlichen Bereich hingegen ist die Veränderung deutlich stärker ausgeprägt (-10 Betten).

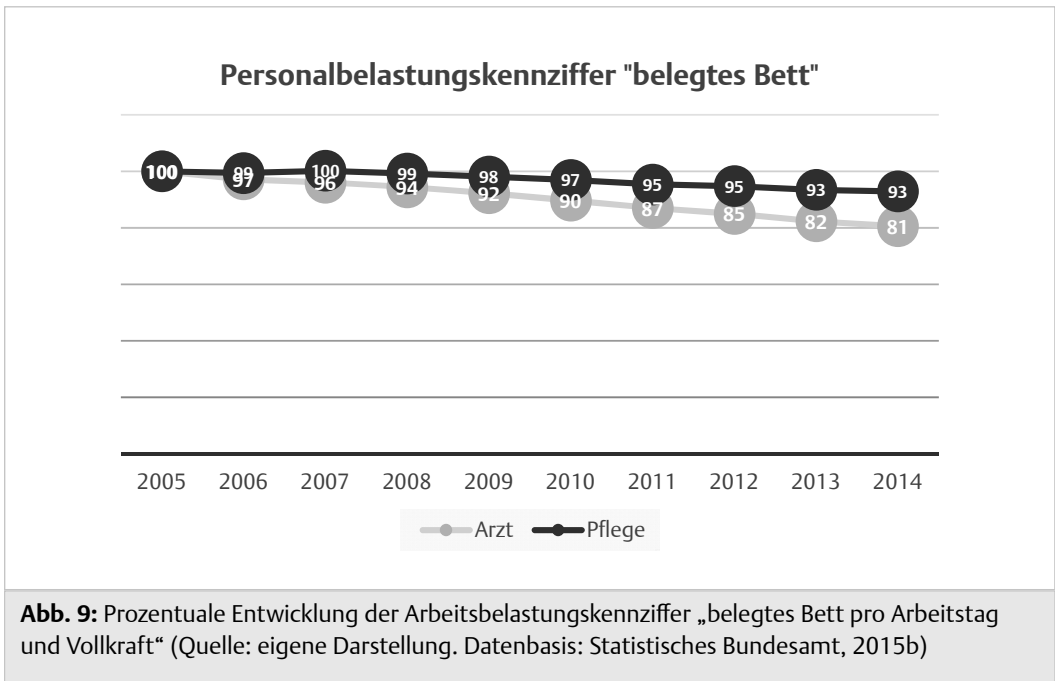
Zur Bereinigung des Effektes durch die Veränderung der Bereitschaftsdienste des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus wird nachfolgende Abb. 9, welche die prozentuale Veränderung der Belastungskennziffer ausweist, erst ab 2005 dargestellt.

Es zeigt sich, dass beide Berufsgruppen eine leichte Reduktion aufweisen, beim ärztlichen Dienst um 19 % und beim Pflegedienst um 7 %. Wichtig erscheint an dieser Stelle der Hinweis, dass die Benennung der Kennziffer in die Irre führen kann. Denn die Interpretation, dass eine Pflegeperson in Durchschnitt etwa sechs Patienten und ein Arzt etwa zwölf Patienten pro Schicht zu versorgen hat, greift zu kurz. Bei dieser Kennziffer bleiben einige Aspekte unberücksichtigt, beispielsweise wird der Entlassungs- bzw. Verlegungstag aus der Kalkulation ausgeschlossen. Bekannt ist jedoch, dass neben dem Tag der Aufnahme gerade der Entlassungstag eines Patienten mit

einem hohen administrativen Aufwand verbunden ist und in sehr wohl nennenswertem Maße Personalressourcen bindet. Weitgehend unklar bleibt zudem, wie die Berechnungsgrundlage von 220 verfügbaren Arbeitstagen zustande kommt. Es wird scheinbar von einer 40-Stunden-Arbeitswoche ausgegangen. In einigen Kliniken gelten jedoch andere Wochenarbeitszeiten. Überdies werden in der Kalkulation keine Fehlzeiten wegen Krankheit oder Fort- und Weiterbildungen berücksichtigt. Schließlich bleibt offen, ob es sich bei der Berechnung des Pflegepersonals um alle dem Pflegedienst zugeordneten Mitarbeiter handelt, also etwa auch Personen in der Pflegedirektion oder in Funktionsbereichen wie der Endoskopie.

Patienten-Pflegepersonalrelation im internationalen Vergleich

Im Folgenden soll auf einige ausgewählte Ergebnisse der internationalen Studie RN4CAST eingegangen werden, in der neben zahlreichen weiteren Aspekten auch die Frage nach den Unterschieden der Patienten-Pflegeper-



sonal-Relation im Ländervergleich zu beantworten versucht wurde (Aiken et al., 2012). Wie nachfolgende Tab. 1 zeigt, ist in deutschen Krankenhäusern eine Pflegefachkraft allein für die Versorgung von ca. 13 Patienten verantwortlich.

Im europäischen Vergleich nimmt Deutschland damit die Spitzenposition noch vor Spanien mit 12,6 Patienten pro Pflegefachkraft ein. Verglichen mit Norwegen, das mit 5,4 Patienten pro Pflegekraft das geringste Patient-Pflegepersonal-Verhältnis aufweist, haben Pflegekräfte hierzulande also rund 7,6 Patienten mehr zu versorgen.

Diese Resultate sollen dazu beitragen, die zuvor vorgestellte Kennziffer bezüglich ihrer Aussagekraft kritisch zu hinterfragen. So suggeriert die Belastungskennziffer eine Patienten-Pflegepersonal-Relation von 6,1. Das dem jedoch nicht zwangsläufig so ist, soll in nachstehender Diskussion aufgezeigt werden. Es existieren derzeit keine validen Belastungskennziffern für die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen, die faktisch die Realität

im Pflegealltag abbilden könnten. Vor diesem Hintergrund sind die Positionen der Stakeholder im Gesundheitswesen sehr unterschiedlich. Simon schreibt hierzu: „Sofern der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser als problematische Entwicklung kritisiert wird, liegt dem zumindest implizit die Annahme zugrunde, dass durch die Stellenstreichungen die Arbeitsbelastung in der Pflege in einem problematischen Umfang zugenommen hat und dass dadurch entweder die Gesundheit des Pflegepersonals oder die der Krankenhauspatienten – oder beides – gefährdet wird.“

Es gibt allerdings auch Gegenstimmen und Zweifel daran, dass die Arbeitsbelastung durch den Stellenabbau zugenommen hat. So vertrat der neu gegründete Spitzenverband Bund der GKV in einem Pressegespräch am 23.07.2008 die Position, der Stellenabbau sei größtenteils der veränderten Versorgung geschuldet, denn die Anzahl der Pflegetage sinkt.“ (Simon, 2008, S. 28 f)

Die Analyse der Belegungstage ist grundsätzlich ein Indikator, der wenig über das