



SACHVERSTÄNDIGENEINSCHÄTZUNG  
DER FACHGESELLSCHAFT PROFESSION  
PFLEGE e.V.

Stellungnahme zum Änderungsantrag zum  
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der  
epidemiologischen Überwachung übertragbarer  
Krankheiten (BT-Drs. 18/10938)

i.A. Dr. Pia Wieteck

# STELLUNGNAHME

## Vorbemerkung

Die Stellungnahme der Fachgesellschaft ist umfangreich ausgefallen, da diese nach Bewertung des ersten vorgelegten Diskussionsbeitrags auf der Internetseite des BMG <sup>1</sup> mögliche Fallstricke identifiziert und Lösungsansätze aufzeigt, welche sich in der Gesetzesvorlage wiederfinden sollten.

Dabei verfolgt die Fachgesellschaft unabhängig von allen Finanzierungsüberlegungen ausschließlich folgende Zielsetzungen:

- a) Sicherstellung einer evidenzbasierten pflegerischen Versorgung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsqualität, die Priorisierung von Patientensicherheit im pflegerischen Handeln sowie der Abbau implizierter Rationierungen pflegerisch erforderlicher Leistungen
- b) Förderung einer adäquaten Arbeitsbelastung sowie Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter in der Pflege
- c) Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe

Die Zielsetzung b und c bilden die Grundlage, um eine zukunftsfähige pflegerische Versorgung sicherzustellen.

Grundsätzlich sind Pflegepersonaluntergrenzen nur dann sinnvoll, wenn diese so ausgerichtet sind, dass die Qualitätsziele erreicht werden können und das Pflegepersonal eine angemessene Arbeitsbelastung erfährt.

### Der nachfolgende Text gliedert sich wie folgt:

- Abschnitt 1: Hier werden die Fallstricke bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen im Besonderen bezogen auf den vorgelegten Diskussionsbeitrag vorgestellt
- Abschnitt 2: Die im Fachgutachten und in der Gesetzesvorlage formulierte Definition der „pflegesensitive“ Bereiche werden kritisch beleuchtet und mögliche Risiken und Ungleichbehandlung von Patienten aufgezeigt.
- Abschnitt 3: In der Zusammenfassenden Diskussion werden die aufgezeigten Defizite bisheriger Überlegungen mit möglichen Lösungsansätzen vorgestellt
- Abschnitt 4: Zu dem vorliegenden Gesetzesentwurf werden konkrete Empfehlungen zur Aufnahme weiterer Überlegungen, bzw. textuelle Änderungen formuliert

Die Stellungnahme ist im Auftrag der Fachgesellschaft von Fr. Dr. Pia Wieteck als geladene Sachverständige verfasst worden. Die Stellungnahme hat die im 4-Punkteprogramm der Fachgesellschaft aufgenommenen Empfehlungen eingegliedert.

---

<sup>1</sup> Entscheidungsgrundlage zur Diskussion der Pflegepersonaluntergrenzen, veröffentlicht auf der Internetseite des BMG  
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5bpubid%5d=3041>.

## 1. Pflegepersonaluntergrenzen

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung sind beauftragt, die pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 zu definieren und zu vereinbaren. Bei der Ausarbeitung von Pflegepersonaluntergrenzen und pflegesensitiven Bereichen sind professionseigene Fachgremien wie z. B. der Deutsche Pflegerat (DPR) beratend involviert. Hingegen wird bei dem Gesetzesentwurf deutlich, dass Experten der Berufsgruppe Pflege nach wie vor nicht im Sinne einer „*symmetrischen Kommunikation*“ in den Diskurs zur Entwicklung von Lösungsansätzen hinsichtlich bestehender Probleme im Krankenhaus und/oder Gesundheitswesen einbezogen wurden. Andere zur Diskussion stehende Lösungsansätze, wie etwa die Etablierung von pflegesensitiven bundeseinheitlichen Qualitätsindikatoren, die Verpflichtung der Kliniken zur Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege oder die Leistungen der Pflege adäquat mittels Pflegediagnosen und Interventionsklassifikationen z. B. über pflegerelevante Fallgruppen (Nursing Related Groups, NRGs) zu vergüten werden weitgehend ignoriert. Die aufgeführten Lösungsansätze für eine nachhaltige Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in Deutschland sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung sind dem Vier-Punkte-Programm der Fachgesellschaft Profession Pflege entnommen (Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. (Ed.), 2017). Die verschiedenen an der Ausgestaltung der gesundheitsbezogenen und pflegerischen Versorgung beteiligten Stakeholder werden bei der Entwicklung von Lösungsvorschlägen vermutlich immer unterschiedliche Ansichten über Nachhaltigkeit im Gesundheitssektor haben, umso wichtiger ist daher aus der Perspektive einer Nachhaltigkeitsethik, „*eine symmetrische Kommunikation für einen Dialog zwischen gleichberechtigten Gesprächspartnern [...] zu erreichen, damit [...] als Folge des dialogischen Verständigungsprozesses verallgemeinerungsfähige Normen geschaffen werden [...]*“. Hierzu „*[...] dürfen keine Bevorzugungen oder Verzerrungen zugelassen werden, die die Gesprächsbalance und Vorrangstellung des besseren Argumentes beeinträchtigen*“ (Carnau, 2011, S. 127). Besondere Relevanz erhält dieser Gedanke sowohl durch den Gesetzesentwurf, als auch durch die zur Diskussion stehenden Ergebnisse eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts, welches vom Bundesministerium für Gesundheit am 9. Mai 2016 beauftragt wurde, um besonders pflegesensitive Bereiche und mögliche Pflegepersonaluntergrenzen zu definieren (Schreyögg & Milstein, 2016). In dem vorgelegten Fachgutachten zu der Frage nach sinnvollen Pflegepersonaluntergrenzen und der datenbasiert ermittelten pflegesensitiven Bereiche wird das „Ausblenden“ pflegespezifischer Sichtweisen sehr deutlich – mit den potenziellen Folgen massiver Risiken für Patienten sowie einer weiteren Belastung der Arbeitssituation der Pflege in einigen Bereichen. Dennoch können die Ergebnisse des Fachgutachtens – so ist es auf der Internetseite des BMG zu lesen – „*[...] als Entscheidungsgrundlage dienen [...]*“<sup>2</sup>. Im Vorfeld einer weiteren Auseinandersetzung zunächst eine grobe Skizze, welche Pflegepersonaluntergrenzen zur Diskussion stehen und wie die „pflegesensitiven Bereiche“ definiert wurden.

Die Gesetzesvorlage vom 24.04.2017 sieht die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen vor. Offen ist jedoch noch die Antwort auf die Frage, wie diese festgelegt werden. Erste Diskussionsgrundlagen sind veröffentlicht und sollen nachfolgend vorgestellt und diskutiert werden.

---

<sup>2</sup> Internetseite des BMG:

<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5bpbid%5d=3041> (Abruf am 15.05.2017)

## 1.1 Berechnungsgrundlage

Basierend auf den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§ 21 KHEntgG) und den Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten nach § 137 SGB V konnten zunächst Pflegepersonalbelastungszahlen (PBZ) für die verschiedenen Fachabteilungen der Krankenhäuser und insgesamt zwölf ausgewählte Qualitätsindikatoren bezogen auf einen möglichen Zusammenhang (zwischen den Qualitätsindikatoren und der Pflegepersonalbelastungskennziffer) untersucht werden. Das im Gutachten genutzte Berechnungsverfahren hat sich an der Ermittlung der Personalbelastungszahl „belegtes Bett“ des Statistischen Bundesamtes angelehnt (vgl. Abb. 1)

$$PBZ_{\text{belegte Betten}} = \frac{(\text{Berechnungs- und Belegungstage} \times 24\text{h})}{(\text{Vollkräfte} \times 220 [\text{Arbeitstage im Jahr}] \times 8\text{h})}$$

Abbildung 1: Berechnungsformel für die Personalbelastungszahl „belegte Betten“ (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2016)

In dem Fachgutachten wurde die Gesamtfallzahl einer Fachabteilung mit der durchschnittlichen Verweildauer der jeweiligen Fachabteilung multipliziert, um die Belegungstage zu ermitteln. Diese wurden anschließend mit dem Faktor 24, entsprechend der Stundenzahl eines Tages, multipliziert. Die resultierenden Ergebnisse wurden schließlich mit der auf der Fachabteilung zum Stichtag vorhandenen Anzahl von Vollzeitpflegepersonen (x 220 Arbeitstage x 8 Stunden) dividiert. Damit handelt es sich bei der Belastungskennziffer (PBZ) um eine Nurse-to-Bed <sub>(belegtes Bett)</sub> Ratio.

Folgende fachabteilungsbezogenen, durchschnittlichen Nurse-to-Bed <sub>(belegtes Bett)</sub> Ratios wurden im Gutachten ermittelt und veröffentlicht. Die Tabelle gibt fachabteilungsbezogen sowohl die minimalen (Min.) und die maximalen (Max.) Nurse-to-Bed-Ratios an, als auch das arithmetische Mittel, den Median sowie die ermittelten Quartils-Grenzen und Dezantil-Grenzen an. Das bedeutet für die Fachabteilung der inneren Medizin, dass 75 % der Kliniken mindestens eine Besetzung von 1:9,31 (Nurse-to-Bed <sub>(belegtes Bett)</sub> Ratio) nachweisen und 25 % der Kliniken darüberliegen. Die Dezentilgrenze hingegen bedeutet am Beispiel Innere Medizin, dass 90 % der Kliniken mindestens eine Verhältniszahl von 1:11,44 vorhalten und 10 % der Kliniken eine höhere Verhältniszahl aufweisen.

Fachabteilung	Min.	Arithm. Mittel	Median	Quartil	Dezentil	Max.	Standardabw.
100 (Innere)	0,002	7,38	7,34	9,31	11,44	15,80	3,09
200 (Geriatric)	0,008	5,83	6,20	8,35	9,80	13,38	3,24
500 (Hämatologie)	0,001	5,10	5,04	6,59	8,42	10,54	2,37
700 (Gastroent.)	0,456	7,34	7,33	9,62	11,82	15,96	3,33
1500 (Allg. Chirurgie)	0,017	6,29	5,71	8,04	11,04	16,22	3,20
1600 (Unfallchirurgie)	0,004	7,31	7,14	9,38	11,78	15,90	3,21
1700 (Neurochirurgie)	0,007	5,22	4,59	6,93	9,11	12,39	2,69
1800 (Gefäßchirurgie)	0,306	6,62	6,52	8,19	9,64	13,00	2,46
2100 (Herzchirurgie)	0,006	3,15	2,72	3,86	5,84	7,48	1,63
2200 (Urologie)	0,002	6,45	6,35	8,27	10,09	13,29	2,73
2300 (Orthopädie)	0,004	6,56	6,27	8,56	10,97	15,29	3,27
2800 (Neurologie)	0,002	5,30	5,66	7,58	9,47	14,27	3,30
3300 (Strahlenheilk.)	0,001	5,25	5,25	6,94	8,44	11,06	2,54
3400 (Dermatologie)	0,352	7,90	7,71	9,68	12,06	16,17	3,02
3500 (Zahnheilk.)	0,001	4,62	4,70	6,65	8,74	12,42	3,00

Tabelle 1: Verteilung der Pflegepersonalbelastung nach Fachabteilung (Quelle: eigene Darstellung nach Schreyögg & Milstein, 2016, S. 19)

Unbeantwortet bleibt, wie sich die extrem niedrigen Minimum-Werte erklären lassen. Als denkbare Personaluntergrenzen werden in dem Fachgutachten entweder die Untergrenze für die Fachbereiche beim Quartil, also die „schlechtesten“ 25 % der Fachstationen auf die in Grün in der Tabelle

hinterlegten Nurse-to-Bed (belegtes Bett) Ratios, oder aber die „schlechtesten“ 10 % Nurse-to-Bed (belegtes Bett) Ratios in der gelben Tabellenspalte zur Diskussion gestellt. Würde die Quartils-Lösung als Pflegepersonaluntergrenze zum Tragen kommen; so müssten dem Gutachten zufolge in 950 Kliniken ca. 6.043 Stellen aufgebaut werden. Das wäre eine Steigerungsrate von 1,9 % Pflegepersonalstellen, wenn vorausgesetzt werden könnte, dass es zu keinen Verschiebeeffekten kommt. Vor dem Hintergrund der ersten Reaktionen (siehe nachfolgendes Beispiel) auf die kommenden Pflegepersonaluntergrenzen ist allerdings nicht davon auszugehen.

### 1.2 Erste beobachtbare Reaktionen in der Kliniklandschaft

Die Kliniken beginnen bereits aktuell Pflegepersonal innerhalb der verschiedenen Fachbereiche zu verschieben. So berichtete z. B. eine Pflegedienstleitung über die Anordnungen aus der Geschäftsführung, auf zwei Inneren Stationen das Pflegepersonal aufzustocken, damit die absehbare Pflegepersonaluntergrenze eingehalten wird. Die PKMS-Quote auf den beiden Inneren Stationen liegt bei 7 % der Gesamtfälle. Im Gegenzug sollen aus mehreren geriatrisch ausgerichteten Fachstationen sechs Pflegepersonalstellen abgezogen werden. Die PKMS-Quote dieser Stationen liegt im Durchschnitt bei 68 % der Gesamtfallzahlen und weist auf eine hohe Arbeitsbelastung hin, welche sehr wahrscheinlich die Besetzung auf den Stationen rechtfertigt.

### 1.3 Diskussion zu den Pflegepersonaluntergrenzen

Im vorgelegten Fachgutachten gibt die genutzte Belastungskennziffer das Verhältnis einer Pflegeperson und der durchschnittlich in der Schicht zu versorgenden belegten Betten an. Die tatsächliche Personalbesetzung pro Schicht und die Verhältniszahl, wie viele Patienten eine Pflegefachperson in der Schicht zu versorgen hat (die sog. Nurse-to-Patient-Ratio), ist von dieser Kennziffer allerdings nicht abzuleiten und divergiert zum Teil erheblich (Simon & Mehmecke, 2017b, S. 107). Insofern suggeriert die genutzte Personalbelastung pro Fachabteilung, welche als „Fallzahl pro PflegerIn pro Schicht“ (Schreyögg & Milstein, 2016, S. 19) kommuniziert wird, eine falsche Antwort auf die Frage, wie viele Patienten von einer Pflegefachperson im Durchschnitt auf Station versorgt werden. Die Differenz von der bundesweiten durchschnittlichen 6:1-Verhältniszahl<sup>3</sup> (d. h. pro Pflegefachperson sind sechs Patienten zu versorgen) zur tatsächlichen Verhältniszahl in den Schichten ergibt sich aus zahlreichen Sachverhalten. So wird etwa der Entlassungstag eines Patienten nicht mehr als Belegungstag gezählt, demgegenüber hat die Pflegefachperson aber am Entlassungstag noch zahlreiche Aufgaben für diesen Patienten zu übernehmen. Auch Mitarbeiter, welche auf dem Stellenplan der Pflege auf der Station verortet sind, aber ausschließlich administrative Aufgaben für z. B. den ärztlichen Bereich übernehmen, können anhand der verfügbaren Daten nicht zweifelsfrei selektiert werden. Die 6:1-Verhältniszahl berücksichtigt darüber hinaus weder Krankheitstage noch Mutterschutz, Fortbildungstage usw. So ließe sich auch die Differenz der im Gutachten vorgelegten Zahlen zu denen der RN4Cast-Studie erklären, bei der als Kennzahl die Nurse-to-Patient-Ratios genutzt wurden (siehe Tabelle 2). Hierbei schneidet Deutschland mit am schlechtesten ab.

---

<sup>3</sup> Laut Angaben des Bundesamts für Statistik und (Schreyögg & Milstein, 2016).

Land	Patienten zu Pflegefachkräfte	Patienten zu Pflegegesamtpersonal*	Anzahl Krankenhäuser
Belgien	10,7 (2,2)	7,9 (1,7)	67
England	8,6 (1,5)	4,8 (0,6)	46
Finnland	8,3 (2,2)	5,3 (0,8)	32
Deutschland	13,0 (2,3)	10,5 (1,6)	49
Griechenland	10,2 (2,8)	6,2 (2,1)	24
Irland	6,9 (1,0)	5,0 (0,8)	30
Niederlande	7,0 (0,8)	5,0 (0,7)	28
Norwegen	5,4 (1,0)	3,3 (0,5)	35
Polen	10,5 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Spanien	12,6 (1,9)	6,8 (1,0)	33
Schweden	7,7 (1,1)	4,2 (0,6)	79
Schweiz	7,9 (1,5)	5,0 (1,0)	35
USA	5,3 (1,4)	3,6 (2,0)	617

Tabelle 2: Nurse-to-Patient-Ratios in 12 europäischen Ländern und den USA. Bei den Daten handelt es sich um Mittelwerte (Standardabweichung), falls nicht explizit anders angegeben. (Quelle: eigene Darstellung nach Aiken et al., 2012)

In den Ergebnissen der RN4Cast-Studie wurden die durchschnittliche Patienten zu Pflegepersonalrelationen in der jeweils letzten Schicht ermittelt. Dabei wurden nur Mitarbeiter, welche unmittelbar am sog. „point of care“, d. h. der direkten Patientenversorgung auf den jeweiligen Stationen tätig waren, berücksichtigt. Insgesamt wurden in 49 deutschen Kliniken 1.508 Mitarbeiter von durchschnittlich 31 Fachstationen befragt (Aiken et al., 2012). Richtig ist, wie von Schreyögg und Milstein (2016) festgehalten wurde, dass die Daten der RN4Cast-Studie nicht repräsentativ (bezogen auf die in deutschen Kliniken erhobenen Daten) sind und Verzerrungen unterliegen können. Der Vergleich mit der Personalbelastungskennziffer „belegtes Bett“, welche 2014 bei ca. 6:1 lag, ist jedoch unabhängig davon nicht zulässig, da es sich um unterschiedliche Kennziffern handelt. Ebenso ist die Aussage der Autoren „im internationalen Vergleich platzieren diese Ergebnisse Deutschland im Mittelfeld“ und „die Personalsituation in Deutschland gemäß der OECD-Daten [seien] ähnlich ausgeprägt, wie in annähernd vergleichbaren Ländern, z. B. Österreich, den Niederlanden und Frankreich mit ca. 5:1“ (Schreyögg & Milstein, 2016, S. 19) differenziert zu hinterfragen. Die Differenz der Kennziffer von 6:1 versus 5:1 ergibt bezogen auf einen Datensatz des Statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2015 (Statistisches Bundesamt, 2016) ca. 64.407 Vollzeitstellen mehr<sup>4</sup>. Das entspräche etwa 20 % mehr Pflegefachpersonal bezogen auf die aktuell in den deutschen Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeitern der Pflege. Ob dieser Unterschied alleine durch eine nichtbekannte Fallschwere und eine etwas geringere Verweildauer der Patientenfälle in den zum Vergleich herangezogenen Ländern zu rechtfertigen ist und von einer annähernd „gleichen“ Arbeitsbelastung gesprochen werden kann, bleibt stark anzuzweifeln.

Andere Kennziffern ausgewählter OECD-Ländern weisen vielmehr darauf hin, dass die Personalbesetzung in deutschen Krankenhäusern mit zu den im Vergleich schlechtesten gehört. Nachfolgende Grafik ist dem Krankenhausreport 2017 entnommen und zeigt die Pflegepersonalausstattung bezogen auf 1.000 Fälle in den OECD-Ländern für 2013.

<sup>4</sup> Berechnung siehe Anlage 1.

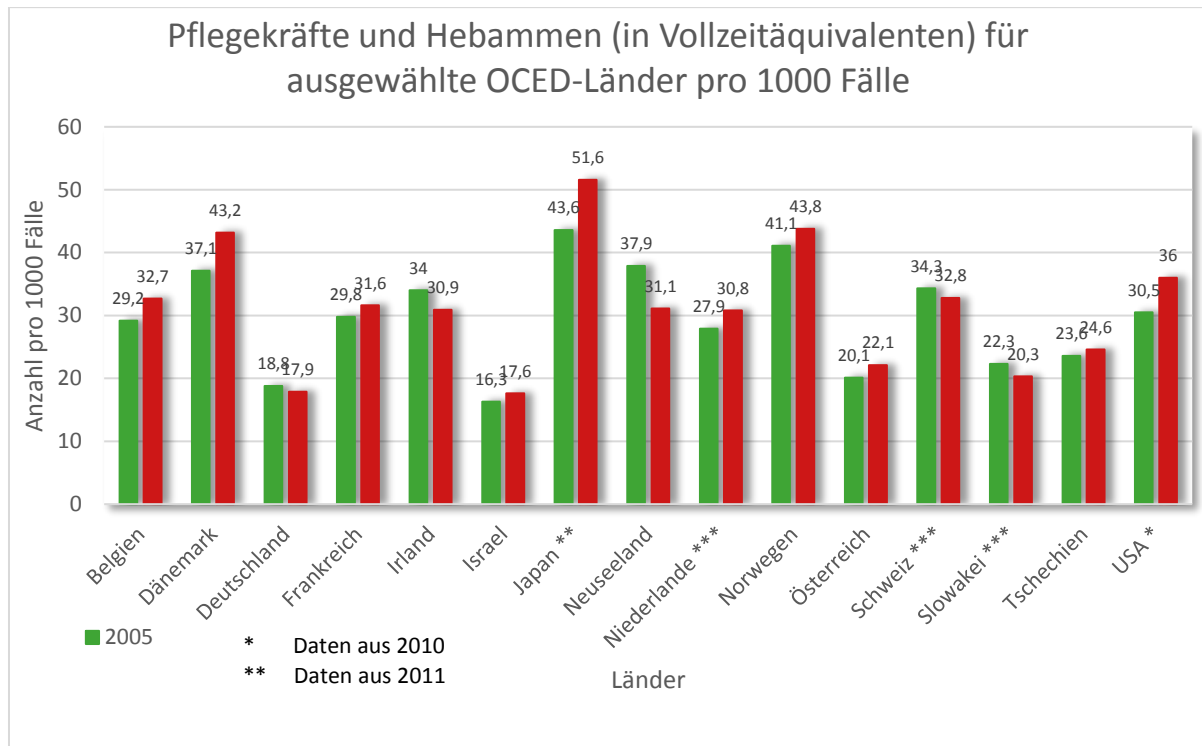


Abbildung 2: Personalausstattung im Krankenhaus bezogen auf 1.000 Fälle im Ländervergleich (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Zander, Köppen, & Busse, 2017, S. 67)

Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es sinnvoll ist, Pflegepersonaluntergrenzen losgelöst von den aus dem Schichtdienst erwachsenden Anforderungen und differenzierten Fachbereichsbetrachtungen auszusprechen.

Bei der Definition der Pflegepersonaluntergrenzen sollte eine rein statistische Betrachtung möglicher Pflegepersonaluntergrenzen um eine pflegfachlich-inhaltliche Perspektive ergänzt werden. Pflegepersonaluntergrenzen sollten immer auch vor dem Fokus der pflegerischen Versorgungsqualität festgelegt werden. Einen Hinweis auf die sinkende Pflegequalität mit Auswirkungen auf die Prozess- und Ergebnisqualität gibt unter anderem das Konzept der verdeckten bzw. impliziten Rationierung von notwendigen Pflegetätigkeiten. Aktuelle Studienergebnisse in 71 deutschen Kliniken basierend auf 4.317 befragten Pflegefachpersonen zeigen, dass das Rationierungsverhalten im Zeitverlauf weiter zugenommen hat und Deutschland im internationalen Vergleich deutlich höher liegt (Zander et al., 2017).



### Implizite Rationierung pflegerischer Leistungen in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich

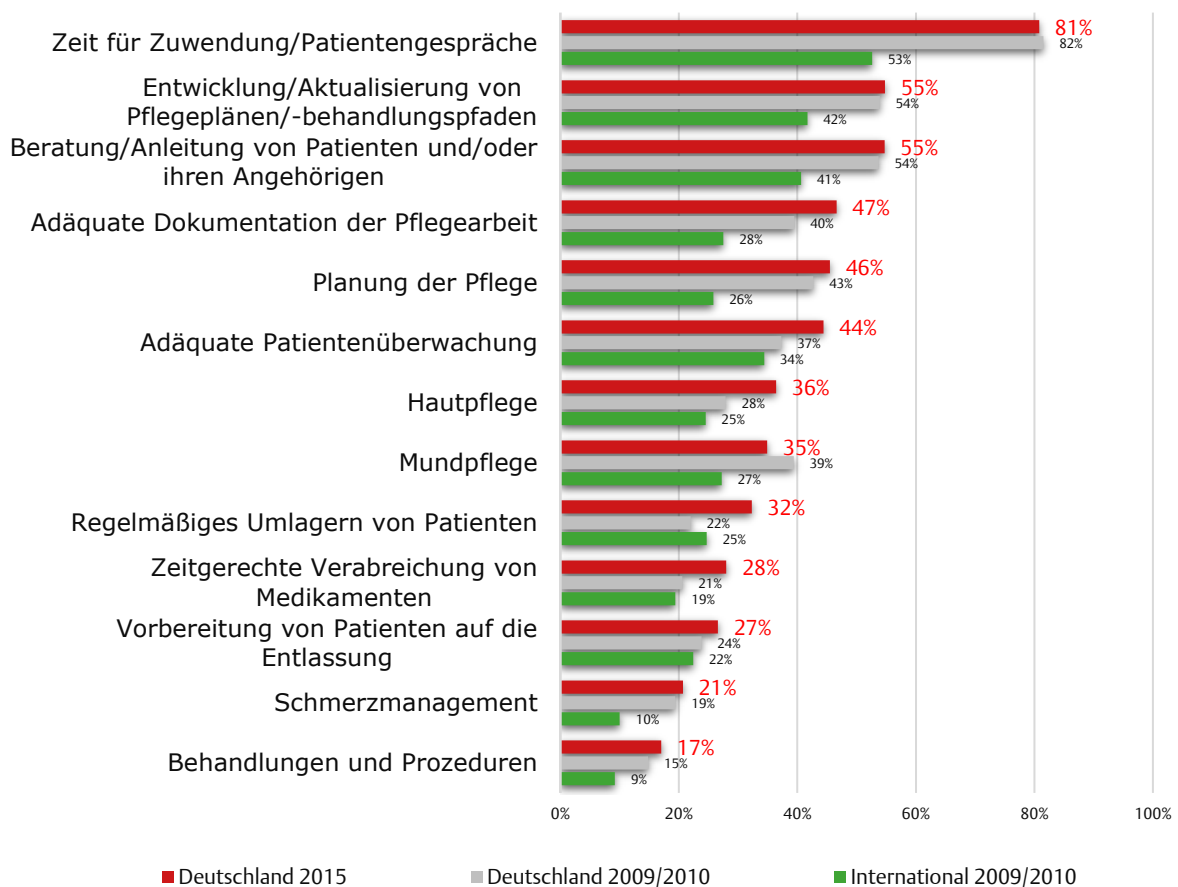


Abbildung 3: Häufigkeit des Vorkommens impliziter Rationierung in deutschen Krankenhäusern (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Zander et al., 2017, S. 73)

Die Rationierung von Pflegeleistungen, welche die Pflegefachperson an sich als erforderlich erachtet, aber u.a. aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen nicht durchgeführt werden können, sollte als sehr ernst zu nehmender Warnhinweis für eine inadäquate Pflegepersonalbesetzung sowohl qualitativer als auch quantitativer Natur gewertet werden (Ball et al., 2014). Vor dem Hintergrund der vorgestellten Studienergebnisse liegt der Verdacht nahe, dass nicht nur die am „schlechtesten“ mit Pflegefachpersonal besetzten Fachstationen ein Defizit an Pflegepersonalkapazität haben könnten. Dringend ist die Frage zu stellen, welches Potenzial einer verbesserten pflegerischen Versorgung auf die Reduktion der Verweildauer (Spetz et al., 2013), hinsichtlich positiver Effekte auf Komplikationsraten, mit Blick auf die Reduktion von Mortalitätsraten als auch bezogen auf die Vermeidung von Wiederaufnahmen innewohnt und wie viel Pflegefachpersonal sowohl bezogen auf das Qualifikationsniveau als auch auf die Anzahl der Pflegefachpersonen erforderlich ist.

#### 1.4 Empfehlung

Da die verfügbaren Zahlen und Belastungskennziffern der Pflegeberufe in den Kliniken insuffizient sind und kaum Aussagen über zweckmäßige Pflegepersonaluntergrenzen, welche eine nachhaltige pflegerische Versorgung sicherstellen können, zulassen, ist eine systematische Datenerhebung unter Berücksichtigung zentraler Qualitätsaspekte einzuleiten. Von Kliniken mit guten Qualitätszahlen, wie etwa einer geringen Mortalitätsrate oder einer niedrigen Inzidenz an im Krankenhaus erworbenen Dekubiti, aber auch mit vielversprechenden Indikatoren im Bereich der pflegerischen Prozessqualität



wie z. B. der nachweislichen Umsetzung von Pflegevisiten und Fallkonferenzen, der Umsetzung von Expertenstandards sowie eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses bei vulnerablen Patientengruppen sowie die Pflegepersonalbesetzungen in diesen Kliniken sollten erhoben werden. Ausgehend von den Kennzahlen der Kliniken mit den besten Prozessen und positivsten Ergebnissen könnte eine Pflegepersonaluntergrenze diskutiert werden. Jede andere Vorgehensweise birgt die große Gefahr, vorhandene Missstände festzuschreiben.

Es ist vor dem Hintergrund der skizzierten Problematik zu empfehlen, Pflegepersonaluntergrenzen auf der Basis von Nurse-to-Patient-Ratios oder Nursing hours per patient day (eine noch differenziertere Betrachtung, welche international zunehmend genutzt wird) bezogen auf die drei Kernschichten des Früh-, Spät- und Nachtdienstes festzulegen (Simon & Mehmecke, 2017a) und nicht wie im Gutachten vorgeschlagen auf Basis von Nurse-to-Bed-Ratios.

Zudem bleibt eine mögliche Verbindung des Skill- und Qualifikationsmixes des Pflegefachpersonals bezogen auf die ausgewählten Qualitätsindikatoren in den Ausführungen von Schreyögg und Milstein (2016) unberücksichtigt. Wechselwirkungen sind hier allerdings bekannt und gut belegt (Kane et al., 2007). Krankenhäuser mit einem höheren Anteil an akademisch ausgebildetem Personal weisen positive Auswirkungen auf pflegesensitive Qualitätsindikatoren auf (Aiken et al., 2014; D. Twigg et al., 2012; Zander et al., 2017). So zeigen die Ergebnisse der Studie von Aiken und Kollegen, dass akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal einen entscheidenden Einfluss auf die Patientensicherheit hat. Die Forscher berichten über eine siebenprozentige Reduktion der Sterberate pro 10 % Mitarbeiteranteil mit Bachelorabschluss (Aiken et al., 2014). Der Anteil akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen konnte in dem Fachgutachten laut der genutzten verfügbaren Daten nicht untersucht werden, da in Deutschland kaum Pflegenden am Bett mit einem akademischen Abschluss arbeiten. Nachfolgende Abbildung illustriert den Anteil an in der direkten Patientenversorgung tätigen Pflegefachpersonen mit akademischem Abschluss im Ländervergleich.

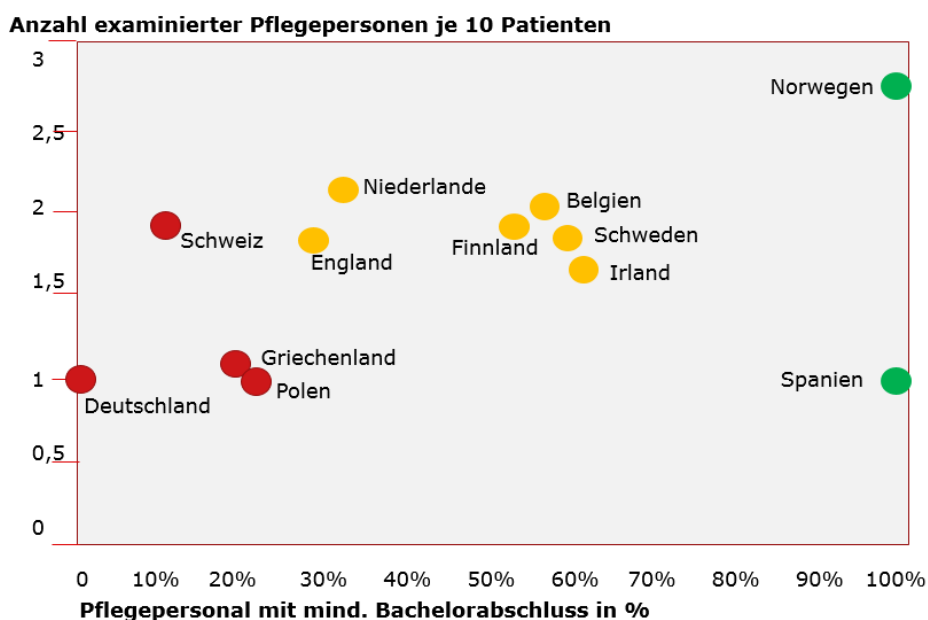


Abbildung 4: Anteil an in der direkten Patientenversorgung tätigem Pflegefachpersonal mit akademischem Abschluss im Ländervergleich (Quelle: Zander et al., 2017)

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse ist zu empfehlen, die Diskussion um die Pflegepersonaluntergrenzen sowohl fachlich-inhaltlich, als auch hinsichtlich der pflegerischen Qualifikationsniveaus zu erweitern und einen systematischen Umsetzungsplan für Vorgaben zum Aufbau von akademisiertem Pflegefachpersonal am point of care einzuleiten. Schrittweise könnten

die Quoten jährlich angepasst werden, so dass über ein 5-Jahresplan z. B. 30 % akademisiertes Pflegefachpersonal in der Versorgung am Bett aufgebaut wird. Entsprechende Stellenprofile sind zu schaffen und adäquate Gehaltsstrukturen in den Kliniken umzusetzen, welche in der Krankenhausfinanzierung entsprechend berücksichtigt werden müssen. Über diese Maßnahme können pflegerische Outcomes positiv beeinflusst und die Attraktivität der Pflegeberufe gefördert werden.

## 2. Pflegesensible Bereiche

Im Gesetzesentwurf wird gefordert, dass für „pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus“ Personaluntergrenzen festgelegt werden sollen. Weiter wird gefordert, dass in diesen pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensiveinheiten sowie die Besetzung im Nachtdienst zu berücksichtigen sind. Pflegesensitive Bereiche werden wie folgt definiert: *„Als pflegesensitive Krankenhausbereiche sind aus Erwägungen des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung in der Versorgung solche zu verstehen, für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse besonders evident ist. Dies bedeutet, dass pflegesensitive Krankenhausbereiche für unerwünschte Ereignisse besonders anfällig sind, soweit dort eine Pflegepersonalunterbesetzung vorliegt“* (Deutscher Bundestag, 2017, S. 6).

Folgende Ziele/Vorgaben sind in der Gesetzesvorlage formuliert:

- Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen der Krankenhäuser haben zum Ziel, gefährlichen Situationen in der pflegerischen Versorgung entgegenzuwirken.
- Unerwünschte Ereignisse sollen verhindert werden.
- Bei der Ermittlung dieser Verhältniszahlen sind alle Patienten gleichermaßen und unterschiedslos zu berücksichtigen.
- Die Vereinbarung ist insbesondere auf Pflegefachpersonal, welches unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist, bezogen.
- Intensiveinheiten und Nachtdienste sind zu berücksichtigen.
- Personalverlagerungen aus anderen Krankenhausbereichen und Substitutionseffekte sind zu vermeiden. Ziel ist, eine Verschlechterung der Versorgungsqualität in anderen Bereichen zu vermeiden: *„Von Substitutionseffekten kann beispielsweise dann nicht ausgegangen werden, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von Pflegepersonal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche nicht wesentlich verringert hat.“* (Deutscher Bundestag, 2017, S. 7).
- *„Die zu treffenden Vorgaben sind im Verhältnis Pflegekraft pro Patient als Pflegepersonalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), so genannte „nurse-to-patient-ratios“, darzustellen.“* (Deutscher Bundestag, 2017, S. 6)

Nachdem das als potenzielle „Entscheidungsgrundlage“ fungierende Gutachten zu denkbaren Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen genauer vorgestellt wurde, schließt eine kritische Diskussion an, welche nochmals reflexiv auf die formulierten Zielvorgaben in der Gesetzesvorlage eingeht. Abschließend werden Empfehlungen ausgesprochen.

### 2.1 Definition pflegesensitiver Bereiche

In dem Fachgutachten von Schreyögg und Milstein (2016) wurde untersucht, inwieweit ein Zusammenhang zwischen ausgewählten pflegesensitiven Ergebnisindikatoren (PSEI) und der durchschnittlichen Pflegebelastungskennziffer (Nurse-to-Bed (belegtes Bett) Ratios), besteht. Bei der Auswahl der PSEI wurde auf bereits im internationalen Kontext erprobte Indikatoren zurückgegriffen (Needleman et al., 2002; D. E. Twigg, Gelder, & Myers, 2015; Weissman et al., 2007). Die Auswahl war zudem im Wesentlichen durch die Verfügbarkeit von Daten bestimmt. So wurden beispielsweise

unerwünschte Ereignisse wie Stürze und Medikationsfehler ausgeschlossen, da diese Informationen nicht im verfügbaren Datensatz enthalten waren. Auf diese Art wurden letztlich zwölf Indikatorenbereiche definiert, welche über ICD-10-Schlüssel und den Entlassungsgrund im beschriebenen Datensatz identifiziert werden konnten. Als Qualitätsindikatoren wurden folgende Indikatoren in der Untersuchung genutzt. Diese in der Tabelle aufgeführten Indikatoren werden international durchaus in Forschungsarbeiten genutzt (Needleman et al., 2002; D. Twigg et al., 2012), weisen allerdings Limitationen auf.

Nr.	Genutzter Indikator
1	Dekubitus
2	Harntraktinfektion
3	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie
4	Thrombose der Vene der Beine
5	Geschwüre, Gastritis, Gastrointestinale Blutung
6	Sepsis
7	Schock/Herzstillstand
8	Komplikation zentrales Nervensystem
9	Infektion der Operationswunde
10	Lungenversagen
11	Physiologische/metabolische Entgleisung
12	Mortalität

Tabelle 3: Pflegesensitive Ergebnisindikatoren (Quelle:eigene Darstellung nach Schreyögg & Milstein, 2016)

Nach Bereinigung der Datensätze bei fehlerhaften Angaben oder Ausreißern standen für die Analyse 26.502.579 Fälle aus den Jahren 2012, 2013 und 2014 zur Verfügung. Zur Ermittlung einer möglichen Beziehung zwischen den PSEI und der Pflegepersonalbelastungskennziffer (Nurse-to-Bed (belegtes Bett) Ratios) differenziert nach Fachabteilungen wurde eine OLS-Regression (Ordinary Least Squares) durchgeführt. Mit Hilfe des statistischen Verfahrens soll eine Beziehung zwischen zwei oder mehreren Variablen erklärt und/oder vorhergesagt werden. Zur Risikoadjustierung wurden der Case-Mix-Index, der Charlson-Index, das Geschlecht, das Alter, Notfälle sowie der Turnover genutzt. Ohne näher auf die statistischen Verfahren<sup>5</sup>, welche angewendet wurden, einzugehen, werden die Ergebnisse vorgestellt. Die Fachabteilungsschlüssel nach §301 des fünften Sozialgesetzbuches wurden auf der obersten Abstraktionsebene genutzt. Insgesamt wurden von 37 Fachabteilungsschlüsseln neun Fachabteilungen von vornherein ausgeschlossen (Kinderkliniken, Psychiatrie und Intensivmedizin). Insgesamt wurden letztlich 28 Fachabteilungen auf eine mögliche Sensitivität bezüglich der Outcome-Ergebnisse (PSEI) bei Pflegepersonalunterbesetzung untersucht.

In der nachfolgenden Tabelle werden die Ergebnisse des Fachgutachtens zusammenfassend dargestellt. Die grünen Felder zeigen an, dass auf der Station ein entsprechender positiver Zusammenhang zwischen den PSEI und der Personalkennziffer besteht. Die Autoren haben in den Fachgutachten gebräuchliche Signifikanzgrenzen im Sinne des p-Wertes genutzt. Ein p-Wert von 0.05 (\*) bedeutet, dass die Aussage der Nullhypothese mit 95 %-iger Sicherheit abgelehnt werden kann, wohingegen ein p-Wert von 0.001 (\*\*\*) eine Sicherheit von 99,9 % abbildet. Bei den nicht signifikanten p-Werten kann die Nullhypothese nicht abgelehnt werden. Die Nullhypothese im vorliegenden Untersuchungsfall besagt, dass kein Zusammenhang zwischen Pflegepersonalbelastungskennziffer und den Qualitätsindikatoren besteht.

<sup>5</sup> Zur Beurteilung der durchgeführten OLS-Regression wäre es hilfreich, z. B. die Ergebnisse der Normalverteilung der vorliegenden Abweichungen der Messwerte gegenüber dem Modellsystem einzusehen. Auch die detaillierten Ergebnisse im Einzelnen wären hilfreich.

Fachabteilung	Dekubitus	Harntraktinfektion im KH.	erworbene Pneumonie	Thrombose der Vene der Beine	Geschwür, Gastritis, Sepsis	Schock/Herzstillstand	Kompl. des zentr. Nervensystems	Infekt. d. Operationswunde	Lungenversagen	Mortalität
100 Innere	*	**	***	***	***	***	***	***	***	**
200 Geriatrie	**	***	***	***	**	***	**	***	**	***
500 Hämatologie					**					*
700 Gastroent.	**				*					*
1500 Allg. Chirurgie			*	**	**	***	***		***	**
1600 Unfallchirurgie	*				***					**
1700 Neurochirurgie							*	*		
1800 Gefäßchirurgie	*				*		*			
2100 Herzchirurgie		*		***		**				**
2200 Urologie		***		*				***		
2300 Orthopädie						*	**		***	
2800 Neurologie	**				***	***	***	***	**	***
3300 Strahlenheilk.				**	**	*	*	***		
3400 Dermatologie	**		*	**	**	*	**	***	***	**
3500 Zahnheilk.	*				***	**	*	*	**	**

**Legende:**  
 \*\*\* p < 0,001 (Sicherheit von 99,9 %)  
 \*\* P < 0,01 (Sicherheit von 99 %)  
 \* P < 0,05 (Sicherheit von 95 %)  
 Nicht signifikante Werte sind als rotes Feld gekennzeichnet

Abbildung 5: Übersicht der Fachbereiche, welche signifikant auf die PSEI reagieren (Schreyögg & Milstein, 2016)

Die Untersuchungsergebnisse zeigen unterschiedliche Ergebnisse bezogen auf die Signifikanz der Personalbelastungskennziffer und PSEI. Mehrere PSEI sind bei den Fachabteilungen der inneren Medizin, der Geriatrie, der allgemeinen Chirurgie und der Neurologie hochsignifikant. Die Fachstationen mit weniger stark ausgeprägten Signifikanzwerten oder nur wenigen signifikanten PSEI sind die Hämatologie, die Gastroenterologie, die Unfallchirurgie, die Neurochirurgie, die Gefäßchirurgie, die Herzchirurgie, die Urologie, die Orthopädie, die Strahlenheilkunde sowie die Dermatologie. Fachabteilungen, bei denen keine signifikanten p-Werte ermittelt wurden und die folglich nicht in der Abbildung erschienen sind, sind die Kardiologie, die Nephrologie, die Endokrinologie, die Pneumologie, die Rheumatologie, die Lungen- und Bronchialheilkunde, die plastische Chirurgie, die Thoraxchirurgie sowie die Nuklearmedizin. In dem Fachgutachten werden basierend auf den Ergebnissen die in der Tabelle gelisteten 15 Fachabteilungen als „pflegesensitive Bereiche“ benannt (Schreyögg & Milstein, 2016). Für diese Facheinheiten wird die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen vorgeschlagen. Auf der Internetseite des BMG heißt es hierzu. „Die Ergebnisse können als Entscheidungsgrundlage dienen, um Bereiche zu definieren, in denen ein Aufwuchs an Pflegekräften eine größtmögliche Wirkung zur Erhöhung der Versorgungsqualität entfaltet.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017)

## 2.2 Diskussion der ausgewählten Qualitätsindikatoren

Bei genauerer Betrachtung der ausgewählten Qualitätsindikatoren werden verschiedene Fragen aufgeworfen. Einige hiervon werden im Folgenden exemplarisch aufgegriffen um zu prüfen, inwieweit die Vorgehensweise zur Ermittlung pflegesensitiver Bereiche den Vorgaben der Gesetzesvorlage entspricht und ob ein möglicher Nachbesserungsbedarf identifiziert werden kann.

Zunächst ist festzuhalten, dass die ausgewählten Indikatoren nicht für alle Fachbereiche als geeignet erachtet werden können. Verdeutlicht werden soll dies am Beispiel einer gynäkologischen Wochenstation: Denkbare pflegesensitive Qualitätsindikatoren in diesem speziellen Umfeld könnten etwa das Auftreten einer Mastitis, erhöhte Raten von Stillproblemen, Komplikationen wie Lochialstau, das Fehlen von Mütterberatung oder unerwünschte Komplikationen beim Säugling sein (Devane et al., 2007). Diese pflegesensitiven Outcomes einer gynäkologischen Wochenstation könnten sich bei einer pflegepersonellen Unterbesetzung negativ entwickeln. Gerade das Unterlassen von präventiven Maßnahmen in der Wochenbett- und Säuglingspflege kann Komplikationsraten und Folgeschäden nach sich ziehen. Dieses Beispiel soll illustrieren, dass durch das Ausblenden bzw. Nichtberücksichtigen geeigneter, fachbereichsbezogener und pflegesensitiver Qualitätsindikatoren nicht beurteilt werden kann, ob der jeweilige Fachbereich signifikant auf die Pflegepersonalunterbesetzung reagiert. Daher ist eine breitere Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren mit entsprechender Ausrichtung zu empfehlen.

Eine zweite Überlegung zur Bestimmung „pflegesensibler Bereiche“ betrifft pflegerisch hochkomplexe und vulnerable Patientengruppen. In dieses Raster fallende Personen reagieren mutmaßlich stärker auf eine Pflegepersonalunterbesetzung als diejenigen Patienten, welche ohne besondere Pflegebedürfnisse primär einer medizinischen Behandlung bedürfen. Bei pflegerisch weniger komplexen Fallkonstellationen reichen in der Regel die in den Einrichtungen etablierten Standards in der Versorgung aus, denn diese Patientengruppen können ihre Wünsche und Bedürfnisse entweder einfordern bzw. nach kurzer Zeit die Alltagstätigkeiten wieder selbstständig übernehmen. Dagegen benötigen gerade komplexe und vulnerable Patientengruppen einen systematisch gesteuerten pflegediagnostischen Prozess, um der individuellen Bedürfnislage des Einzelnen adäquat gerecht zu werden und evidenzbasierte Maßnahmenangebote unterbreiten zu können. Nur auf diesem Weg werden sich unnötige erneute Krankenhauseinweisungen (Drehtüreffekte) und Gefährdungspotenziale (wie Sturz, Medikationsfehler, schluckstörungsbedingte Pneumonie, Harnwegsinfektion, Mortalität usw.) vermeiden lassen und eine am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse orientierte pflegerische Versorgung sicherstellen lassen. Zu finden sind diese Patientengruppen jedoch auf Fachstationen aller Couleur, wenngleich in unterschiedlicher Häufigkeit. Anhand dieses Gedankenausfluges wird deutlich, dass die Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit, **alle** Patienten bei der Ermittlung geeigneter Verhältniszahlen in der vorgelegten Arbeit zu berücksichtigen, nicht erfüllt werden konnte. Es ist hinreichend bekannt, dass die medizinische Fallschwere, welche zur Risikoadjustierung in dem Fachgutachten genutzt wurde, von der pflegerischen Fallschwere deutlich abweichen kann. Zudem ist der tatsächliche pflegerische Aufwand und damit die Arbeitsbelastung alleine durch medizinisch-orientierte Indikatoren wie dem Case-Mix-Index und dem Charlson-Index nicht ausreichend erklärt (Halloran, 1985; Welton & Halloran, 2005; Wieteck, 2008; Wieteck & Kraus, 2016). In jedem Fall ist es ratsam, künftig eine Risikoadjustierung zu etablieren, welche die pflegerische Fallschwere suffizient darstellen kann. Anregungen in diese Richtung sowie Überlegungen hinsichtlich der Verbesserung der Datenlage zum pflegerischen Versorgungsgeschehen finden sich unter anderem im 4-Punkte-Programm der Fachgesellschaft Profession Pflege, etwa die Etablierung eines pflegerischen Basis-Assessments (BAss) (Pelchen et al., 2016) oder die Nutzung von standardisierten Pflegediagnosen.



Es ist zu bedenken, dass es sich bei den von Schreyögg und Milstein (2016) genutzten Outcomeindikatoren nicht um klassisch pflegesensitive Qualitätsindikatoren handelt. Im internationalen Kontext werden zahlreiche weitere Indikatoren diskutiert wie z. B. Prävalenz von freiheitsentziehenden Maßnahmen (Montalvo, 2007), die Sturzprävalenz und -inzidenz, das Rationierungsverhalten erforderlicher pflegerischer Leistungen (Ball et al., 2014), die Häufigkeit fehlerhafter Medikamentenverabreichung, inadäquates Schmerzmanagement, neonatale Komplikationen (Wong, Cummings, & Ducharme, 2013), Qualitätsindikatoren im Kontext des pflegerischen Managements des Ulcus bei Diabetischem Fußsyndrom (Lloyd et al., 2013), Indikatoren zum Umsetzungsgrad einer aktivierend anleitenden Patientenversorgung (Elsbernd, Allgeier, & Lauffer-Spindler, 2010), Verschlechterung des Selbstständigkeitsgrades in den Alltagsaktivitäten, Auditergebnisse der Umsetzung der Expertenstandards des DNQP, um exemplarisch einige Beispiele aufzuführen. Zudem ist eine Reihe von Limitationen bei der angewandten Methodik zur Entwicklung der PSEI zu bedenken: Neben der fehlenden theoretischen Fundierung der Outcomeindikatoren ist denkbar, dass zahlreiche Einflussfaktoren die ermittelten Zusammenhänge beeinflussen konnten, welche in der statistischen Auswertung und den gewählten Variablen zur Risikoadjustierung keine Berücksichtigung fanden. Künftige Forschungsansätze sollten sich darauf fokussieren, einen Systemansatz zu wählen, um die kausalen Zusammenhänge zwischen Pflegefachpersonal-Relationen, pflegerischen Maßnahmenkonzepten, den Qualifikationsniveaus der Pflegefachpersonen sowie dem Patienten-Outcome zu eruieren (Brennan, Daly, & Jones, 2013). Im hier behandelten Fachgutachten bleibt unklar, inwieweit die Faktoren der Arbeitsorganisation, der durch pflegefremde Tätigkeiten entstandenen Arbeitsbelastung, des Ausbildungsgrades, des Einflusses von akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen (Griffiths et al., 2014), sowie der pflegerischen Fallkomplexität des Patienten einen Einfluss auf das Outcome und mögliche Sensitivität gegenüber Pflegepersonalunterbesetzung nach sich ziehen würden. Vor dem Hintergrund der Überlegungen ist es nicht zu empfehlen, auf Basis dieser Ergebnisse eine Entscheidung über pflegesensitive Fachstationen und/oder Pflegepersonaluntergrenzen zu treffen. Das Risiko, in Folge einer fehlenden bzw. inadäquaten Datenlage bestehende Missstände falsch einzuschätzen und aktuelle Defizite festzuschreiben, scheint gefährlich groß.

### 2.3 Empfehlungen

1. Zur verbesserten Einschätzung der gesamten pflegerischen Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern sind zunächst die verfügbaren Daten und Auswertungsergebnisse aus dem Fachgutachten genauer zu analysieren. Folgende Fragestellungen könnten beantwortet werden und hilfreich sein, um die Risiken einer möglichen Festschreibung von Missständen vorzubeugen.
  - a. Wie verhalten sich die ausgewählten Qualitätsindikatoren vor dem Hintergrund eines Extremgruppenvergleiches bezogen auf die Effekte der ausgewählten Qualitätsindikatoren?
  - b. Erweitern der Qualitätsindikatoren, welche auf die ausgewählten Facheinheiten zugeschnitten sind. Jeder Fachbereich sollte neben Mortalität und allgemeinen Indikatoren auf für den Fachbereich spezifische Qualitätsindikatoren hin untersucht werden. Zu prüfen ist, ob die vorhandene im Gutachten genutzte Datengrundlage hier ein Potenzial bietet. Gegebenenfalls sind weitere Daten zu erheben.
2. Qualitätsindikatoren wie Arbeitsunzufriedenheit, Fluktuation der Pflege und Beschäftigungsfähigkeit sind in der Gesetzesvorlage nicht vorgesehen. Diese Outcomeindikatoren sind aber durchaus bedeutend, wenn die Attraktivität und die Beschäftigungsfähigkeit der Pflegeberufe verbessert werden soll. Qualitätsindikatoren im Kontext von Arbeitszufriedenheit, Beschäftigungsfähigkeit werden im internationalen Kontext durchaus angewendet (Heslop & Lu, 2014).
3. Dringend ist zu vermeiden, dass aufgrund einer fehlenden Datenlage Pflegepersonaluntergrenzen festgeschrieben werden, welche die aktuellen Missstände in den

Kliniken festschreiben. Eine breite Diskussion über mögliche alternative Verfahren zur Festlegung sinnvoller Pflegepersonaluntergrenzen sowie geeignete Methoden zur Definition „pflegesensitiver“ Bereiche sind einzuleiten. Hier sind maßgeblich die Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie Vertreter der Pflegewissenschaft aufgerufen, sich aktiv an der Debatte zu beteiligen.

### 3. Zusammenfassende Diskussion

Eine Dezimals- oder Quartilsgrenze zur Ermittlung möglicher Pflegepersonaluntergrenzen in den verschiedenen Fachbereichen ist vor dem Hintergrund der skizzierten Einschränkungen als äußerst kritisch zu betrachten. In dem Fachgutachten nicht transparent vorgestellter Effekte sind im Rahmen einer Pflegepersonaluntergrenzendiskussion dringend einzubeziehen. So wären die Auswirkungen z. B. auf die Dekubitusrate interessant, welche sich bei den am „besten“ besetzten Facheinheiten zeigen. Zudem ist zu beachten, dass die gesamten Aussagen massiv dadurch beeinflusst werden, was Pflegenden tatsächlich für pflegerische Handlungskonzepte zur Versorgung der ihnen anvertrauten Patienten durchführen. Vor dem Hintergrund des massiven Rationierungsverhaltens in deutschen Kliniken und der nur rudimentär vorhandenen Anwendung eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses als Voraussetzung für eine evidenzbasierte Pflege ist hier ein massiver Einflussfaktor auf die pflegerische Versorgungsqualität zu vermuten. Wie auch zahlreiche Studien belegen, ist die reine Pflegefachpersonalzahl nicht alleine ausschlaggebend für die Entwicklung von Outcomes zu betrachten. Die nachfolgende Diskussion fokussiert die im Gesetzesentwurf formulierten Vorgaben und gibt Hinweise, an welchen Stellen die als Vorschlag unterbreitete Vorgehensweise überdacht und erweitert werden sollte.

#### 3.1 Gleichbehandlung aller Patienten

Die Vorgabe, für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen alle Patienten gleichermaßen zu beachten (Deutscher Bundestag, 2017), ist mit dem von Schreyögg und Milstein (2016) vorgeschlagenen Verfahren nicht zu realisieren, was im Folgenden exemplarisch an einem Fallbeispiel untermauert werden soll.

Ein an fortgeschrittener Demenz erkrankter Patient wird aufgrund einer akuten Nierenbeckenentzündung akutstationär in die Fachabteilung der Nephrologie aufgenommen. In einem anderen Szenario wird derselbe Patient aufgrund eines Sturzes mit Verdacht auf eine Oberschenkelhalsfraktur in die Unfallchirurgie eingewiesen. Durch die ausgeprägte Demenz zählt der Patient zu den vulnerablen Patientengruppen, unabhängig davon, aus welchem akuten Anlass oder in welcher Fachabteilung er letztlich versorgt wird. Eine höhere Achtsamkeit und ein pflegeintensiveres Leistungsgeschehen ist erforderlich, um den erhöhten Pflegebedarf des Patienten zu decken und potenziellen Schaden abzuwenden. Da der Patient, je nach Fallkonstellation, auf unterschiedlichen Facheinheiten versorgt werden würde, käme dieser einmal in den Genuss einer „besseren“ bzw. ein anderes Mal in die Situation einer „schlechteren“ pflegerischen Versorgung und Therapie, je nachdem, ob die Stationen einer bestimmten Fachrichtung als „pflegesensitiv“ ausgewiesen sind und folglich über eine bessere Pflegepersonalausstattung verfügen oder nicht. Hier liegt die Hypothese zu Grunde, dass bei einer adäquaten Personalbesetzung pflegerische Leistungen weniger rationiert werden bzw. werden müssen. Unweigerlich führt eine ausschließlich bereichsbezogene Zuordnung der höheren Pflegepersonalschlüssel zu einer möglichen Ungleichbehandlung der Patienten. Um das Prinzip der Gleichbehandlung im Bereich der pflegerischen Versorgung und Therapie sicherzustellen ist ergänzend zur Pflegepersonalmindestbesetzung eine Pflegepersonalbedarfsmessung durch die Ermittlung der **pflegerischen Fallschwere** unumgänglich, beispielsweise anhand der pflegespezifischen Ermittlung der Fallschwere anhand des sog. BAss (Pflegerischen Basis-Assessment). Auch ließe sich ggf. über den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) und die PPR-A4-



Tage oder den OPS der Pflegebedürftigkeit die Belastung der Stationen über die pflegerische Fallschwere in die Überlegungen mit einbeziehen.

### 3.2 Qualitative Patientenversorgung und faire Arbeitsbelastung sicherstellen UND Schaffung einer soliden pflegerischen Datenbasis zur Qualitätsbewertung

Um eine angemessene Arbeitsbelastung und ein adäquates Ergebnis bezogen auf das pflegerische Outcome in der Patientenversorgung sicherzustellen, sind fachabteilungsbezogene und pflegesensitive Qualitätsindikatoren und aussagefähigere Belastungskennziffern im Gesundheitswesen möglichst sektorenübergreifend zu etablieren. Folgende Kennziffersysteme sind zu empfehlen:

- a) **Pflegefachpersonalbelastungskennziffer:** „Nurse-to-patient-Ratios“ oder „Nurse-to-patient-hours“ pro Schicht
- b) **Pflegerische Fallschwere:** Die bisher genutzten Kennziffern werden in der Pflegepersonaldebatte ohne Berücksichtigung der sich verändernden Fallschwere angewendet. Wie bereits erwähnt könnte z. B. das pflegerische Basis-Assessment genutzt werden. Der BAss als Instrument im Krankenhaus zur Ermittlung der pflegerischen Fallschwere ist daher zu empfehlen, da mit dem Assessment bereits der poststationäre Versorgungsbedarf identifiziert werden kann und das Entlassungsmanagement zu steuern ist. Das BAss nutzt die Items des Neuen Begutachtungssystems (NBA) und verfügt über ein Mapping mit dem Barthel-Index und dem Erweiterten Barthel-Index sowie zu zwei Risikoassessments zur Einschätzung des Dekubitus- und Sturzrisikos. Somit kann das BAss als Standardinstrument Teile des bisherigen pflegerischen Anamneseverfahrens ablösen und sich ein sektorenübergreifender Datenaustausch und die Veränderungen der Fallschwere in den verschiedenen Sektoren beurteilen lassen.

Vor diesem Hintergrund sind bis zur Etablierung von Indikatoren zur Beurteilung der pflegerischen Fallschwere bei der **Aushandlung der Pflegepersonaluntergrenzen** folgende Punkte bei der Kalkulation zwingend zu berücksichtigen.

- Kalkulierte Pflegefachpersonal-Aufschläge zur Kompensation der Hygienemängel (eine Voraussetzung, damit die politisch eingeleiteten Initiativen zur Verbesserung der Hygienemängel in deutschen Kliniken greifen können) in der Händedesinfektion. Es ist bekannt, dass vielerorts die Einwirkzeiten von Händedesinfektionsmitteln nicht adäquat eingehalten werden, was auch in der Zunahme der Kontaktpunkte der Pflegefachperson zu Patienten begründet ist, welche im Schnitt in der Schicht mit 10–30 Patienten (abhängig von der Schicht) mehrmals täglich Kontakt hat.
  - Kalkulierte Pflegefachpersonal-Aufschläge entsprechend der im PKMS und in der PPR-A4 hinterlegten Zeitwerte für die mittlerweile im G-DRG-System erfassten und aus pflegerischer Perspektive „hochaufwendigen Patienten“.
- c) **Pflegesensitive Outcomeindikatoren für die jeweiligen Fachbereiche:** Systematisch ist in den nächsten Jahren Schritt für Schritt die Etablierung eines aussagekräftigen und sowohl bundeseinheitlichen als auch sektorenübergreifenden Outcomesets zu fördern. Gezielte finanzielle Anreize für eine gute pflegerische Versorgungsqualität sind zu entwickeln. Die Outcome-Indikatoren sind idealerweise automatisiert aus der pflegerischen Regeldokumentation zu generieren. In Konsequenz ist ein Umstieg der papiergestützten Pflegeprozessdokumentation hin zu einer standardisierten, EDV-gestützten Pflegeprozessdokumentation zu fördern. Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen sind als G-ICD-10- und OPS-Schlüssel aufzunehmen und verpflichtend von den Softwareherstellern zur Pflegeprozessdokumentation zu etablieren.

### 3.3 Vermeidung von Pflegepersonalverlagerungs- und Substitutionseffekten

Die Frage, ob mit dem Definieren von Pflegepersonaluntergrenzen Personalverlagerungs- und/oder Substitutionseffekte vermieden werden können ist nach gegenwärtigem Stand mit einem klaren **Nein** zu beantworten! Zum einen gibt es bisher keine eindeutigen Zahlen, welche offenlegen, wie die verschiedenen Fachbereiche der Kliniken bezogen auf die Verhältniszahl Nurse-to-Patient-Ratios ausgestattet sind. Zum anderen können auch Verschiebungen des Leistungsgeschehens durch Übernahme von Tätigkeiten aus pflegefremden Bereichen dazu führen, dass Pflegeberufe auch in Zukunft nicht entlastet werden und sich weiterhin nicht um die dringend erforderliche Verbesserung der Pflegequalität und dem Abbau der Rationierungen kümmern können.

Es sind zusammenfassend zwei Personalverlagerungseffekte zu kontrollieren, wenn ausschließlich „pflegesensitive Bereiche“ eine Pflegepersonaluntergrenze erhalten: Die Verschiebung von Pflegepersonal oder anderem Personal in die „pflegesensitiven Bereiche“ UND die Verschiebung von Tätigkeitsfeldern in den pflegerischen Aufgabenbereich (z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Bettenreinigung, Administration, therapeutische Leistungen aus den Bereichen anderer Berufsgruppen usw.) mit dem Ziel, in den jeweiligen Bereichen Personal einzusparen. Letztgenanntes Risiko der Personalverlagerung würde auch bei flächendeckenden Pflegepersonaluntergrenzen bestehen bleiben.

Nicht zuletzt gilt es, eine dritte Gefahr zu verhindern: Mit der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen wird ein ökonomischer Anreiz gesetzt, in jenen Kliniken Personal abzubauen, welche über den Pflegepersonaluntergrenzen liegen. Schließlich gilt es „nur“ die Untergrenzen einzuhalten. Daher darf es u.a. aus ethischer Perspektive keine Pflegepersonaluntergrenzen geben, ohne im selben Atemzug „gute Pflegepersonalbesetzungen“ zu fördern. Folgende Maßnahmen sind hierzu anzudenken:

- a) **Meldeverpflichtung der Pflegefachkräfte** bei Nichteinhaltung der definierten Pflegepersonaluntergrenzen und/oder bei Substitutionseffekten. Dieses Vorgehen wurde beispielsweise in einigen australischen Bundesstaaten gewählt, um die Überwachung und Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen (Simon & Mehmecke, 2017b, S. 55 f).
- b) **Förderung von Kliniken mit einer guten Pflegepersonalbesetzung** und einer herausragenden pflegerischen Versorgungsqualität. Die konkreten Umsetzungsaspekte sind noch auszugestalten. Ohne gezielt Anreize zu setzen, eine adäquate Pflegepersonalausstattung zu sichern oder der Verpflichtung, den Pflegebedarf nachweislich zu decken, darf es keine Pflegepersonaluntergrenzen geben. Im US-Bundesstaat Kalifornien besteht diesbezüglich die Verpflichtung, über Pflegeklassifikationssysteme die Belastung täglich zu erheben und bei erhöhtem Bedarf die Personaluntergrenzen durch zusätzliches Pflegepersonal aufzustocken (Simon & Mehmecke, 2017b).

### 3.4 Exzellentes ausgebildetes Pflegepersonal am Bett UND Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflege

Die Sicherstellung einer zukunftsfähigen pflegerischen Versorgungsqualität wird eine der zentralen Herausforderungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten. In vielen Bereichen wird eine evidenzbasierte und individuell am Bedürfnis des Pflegeempfängers orientierte pflegerische Versorgung nicht gewährleistet (Isfort et al., 2014; Isfort & Weidner, 2007; Isfort, Weidner, & Gehlen, 2012; Isfort et al., 2011; Isfort et al., 2010). Immer knapper werdende Ressourcen verlangen einen wirtschaftlichen und ressourcenschonenden Umgang mit den verfügbaren Mitteln. Dabei soll das Ziel verfolgt werden, bestmögliche Ergebnisse mit minimalem Aufwand zu erreichen. Hiervon abweichendes Verhalten könnte als verschwenderisch und unwirtschaftlich tituliert werden. Für diese Zielerreichung bedarf es auch in der Pflege eines reflektierten, an aktuellen (pflege)wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten Vorgehens, verbunden mit einem bewussten Entscheidungsfindungsprozess zur Abwägung interner und externer Evidenz des Leistungsangebotes. Derzeit scheint die Anwendung evidenzbasierter Pflege noch nicht im gleichen Maße wie in der Medizin zu erfolgen und ist gesundheitspolitisch folglich zu fordern (Müller, 2009). Konkret ist die

Politik gefordert, bestimmte Vorgaben oder Anreize im Gesundheitssystem zu setzen. Folgende Ansatzpunkte sind diesbezüglich zu empfehlen:

- a) Eine **Verpflichtung zur Pflegediagnostik** und der nachweislichen Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege ist gesetzlich, wie in anderen Ländern, zu regeln. Zur systematischen Analyse und Beurteilung einer komplexen und fragilen pflegerischen Gesundheitssituation bedarf es der Anwendung von spezifischen Assessments, einer systematischen Beurteilung aller im interdisziplinären Team ermittelten Informationen, um zu einem sinnvollen pflegerischen Urteil in Form einer Pflegediagnose zu gelangen. Erst im Anschluss an diesen Schritt können evidenzbasierte Pflegemaßnahmen zielgerichtet und fundiert ausgewählt werden.
- b) Etablierung von **akademisch ausgebildetem Pflegepersonal in der direkten Patientenversorgung**, verbunden mit dem Auftrag, die Umsetzung evidenzbasierter pflegerischer Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig die Versorgungsforschung zu fördern. Die Schaffung von Rahmenbedingungen ist zu forcieren, welche es erlauben, dass Pflegende mit einem akademischen Abschluss ihr Wissen auf Station anwenden und umsetzen können. Ein Beispiel hierfür könnte in einer Freistellung vom Stationsalltag und dem Auftrag bestehen, die aktuelle Studienlage zum eigenen Fachbereich oder einer aktuellen Fragestellung im pflegerischen Team zu sichten und die Konzepte in die Pflegepraxis zu übertragen. Ziel ist es dabei, langfristig eine evidenzbasierte Pflege zu fördern und Strukturen zu schaffen, welche für Abgänger aus pflegerischen Studiengängen berufliche Optionen eröffnen, weiterhin am „point of care“, d. h. in der direkten pflegerischen Versorgungspraxis, tätig zu sein. Ebenso könnten hier wertvolle Forschungsarbeiten zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungskonzepte geleistet werden. Fallkonferenzen und Pflegevisiten sind zwingend zu realisierende Arbeitsmethoden, um bei zunehmend komplexer werdenden Fallsituationen eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung realisieren zu können. Dieser Vorschlag ist zudem ein entscheidender Aspekt zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe und ein zentraler Baustein für eine zukunftsfähige pflegerische Versorgung.

## 4. Empfehlungen für den Gesetzesentwurf

Nachfolgend werden die vorgestellten Überlegungen in den aktuellen Gesetzesentwurf überführt und einige Empfehlungen ausgesprochen.

### Korrekte Berufsbezeichnung und Konkretisierung

„[...] für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl an Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren [...]“ An zahlreichen Stellen wird von Pflegerinnen und Pflegern gesprochen. Hier ist zu empfehlen, die künftige Berufsbezeichnung einzusetzen (Pflegefachfrau/-mann). Ebenso sollte der Einsatz von Hilfspflegerpersonen bei der genutzten Kennziffer in einem festzulegenden Mix ebenfalls mit einer Untergrenze vereinbart werden.

„Dazu zählen professionelle Pflegerinnen und Pfleger mit mindestens drei Jahren Berufsausbildung, zusätzlich können beispielsweise aber auch Pflegehelferinnen und Pflegehelfer berücksichtigt werden.“ (Deutscher Bundestag, 2017, S. 6) Der Beisatz ist zu konkretisieren, z. B. bis zu 10 % Pflegehelferinnen und Pflegehelfer können anerkannt werden.

### Vermeidung von Substitutionseffekten

#### Schärfere Formulierung in den Begründungen zu Satz 5, mit Ergänzung

„Die Einhaltung der **Pflegefach**personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen darf folglich nicht zu Lasten der Personalausstattung in anderen Bereichen gehen. Von Substitutionseffekten kann beispielsweise dann nicht ausgegangen werden, wenn sich das klinikindividuelle Verhältnis von **Pflegefach**personal zu Belegungstagen im Bereich der nicht pflegesensitiven Bereiche nicht **wesentlich**-verringert hat.“ (Deutscher Bundestag, 2017, S. 7) „Wesentlich“ ist dringend zu streichen. An dieser Stelle sei vermerkt, dass die aktuell diskutierten bundesweiten

Auswirkungen bei der Quartilslösung nur einer Steigerung von 1,9 % der gegenwärtigen Pflegepersonalstellen bedeuten würde. Diese geringe Steigerungsrate kann durchaus als „nicht wesentlich“ kommuniziert werden. Zudem ist zu bedenken, dass auch bei den aktuell besseren Besetzungen von massivem Rationierungsverhalten pflegerischer Leistungen und Qualitätsdefiziten ausgegangen werden kann. Ist eine Sicherstellung der Patientenversorgung und die konsequente Vermeidung von Gefährdungspotenzialen für die Patienten beabsichtigt, darf es zu keinerlei Verschiebungen kommen, auch vor dem Hintergrund, dass die im Gutachten von Schreyögg und Milstein (2016) als „nichtpflegesensitiv“ benannten Fachstationen mit hoher Wahrscheinlichkeit deswegen keine signifikanten Ergebnisse zeigten, da die Qualitätsindikatoren für diese Bereiche nicht ausreichend sensitiv waren.

Es ist zu empfehlen, folgenden Text zu ergänzen: *Zur Prüfung von Substitutionseffekten und im Sinne einer künftig verbesserten Datenlage bezüglich der Pflegepersonalausstattung wird zum Jahr 2018 die fachbereichsbezogene Nachweispflicht auf Basis von „Nurse-to-patient-Ratios“ oder „Nursing hours per patient day“ eingeführt, welche im Jahresdurchschnitt schichtbezogen in den Qualitätsberichtserstattungen veröffentlicht werden. Substitutionseffekte werden ausgehend vom Datenjahr 2017 bewertet.*

### Exzellente ausgebildetes Pflegefachpersonal am Bett

Wie aufgezeigt wurde ist eine Akademisierung nicht nur vor dem Hintergrund der Qualitätsdiskussion sinnvoll, sondern auch entscheidend, um die Beschäftigungsfähigkeit und Attraktivität der Pflegeberufe in Deutschland positiv zu beeinflussen. Daher sollte folgender Aspekt in dem Gesetzesentwurf aufgenommen werden.

#### **Aufnahme eines weiteren Absatzes (8) des § 137i**

*(8) Die Vertragsparteien vereinbaren, gezielt Maßnahmen zur Förderung exzellenter Pflegemitarbeiter am Bett einzuleiten. Ziel ist es, in den nächsten Jahren systematisch akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal mit mindestens einem Bachelorabschluss in der Patientenversorgung am Bett aufzubauen. Hierzu soll ein über 5 Jahre angelegtes Stufenprogramm entwickelt werden, welches die zu erreichende Quote akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonals in Krankenhäusern vorgibt. Ziel ist es, sich an internationalen Beispielen zu orientieren und den Anschluss nicht zu verlieren. Darüber hinaus sind in der Finanzierung entsprechende Ausgleichs und Gehälter für das besser ausgebildete Pflegefachpersonal vorzusehen. Die zu erarbeitenden Vorgaben beinhalten auch Vorgaben zu den pflegewissenschaftlichen Aufgaben und der Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege. Das Budget der Kliniken, welche die erarbeiteten Vorgaben nicht einhalten, wird um den vereinbarten Finanzierungsanteil gekürzt.*

### Künftige Datengrundlage

In den Ausführungen konnte aufgezeigt werden, dass sowohl die aktuell verfügbaren Qualitätsindikatoren als auch die Pflegepersonalbelastungskennziffern wenig geeignet sind, um tiefgreifende Pflegepersonalbesetzungsentscheidungen ohne das Risiko treffen zu können, dass aktuell vorliegende Missstände festgeschrieben werden. Daher ist zu empfehlen, folgenden Textbaustein in die Gesetzesvorlage aufzunehmen.

#### **Aufnahme eines weiteren Absatzes (9) des § 137i**

*(9) Die Vertragsparteien vereinbaren, die Pflegepersonaluntergrenzen jährlich zu prüfen und bei Bedarf nachzjustieren. Eine Verbesserung der Datenlage wird Schritt für Schritt erarbeitet und umgesetzt. Zur Verbesserung der Datenlage werden fachbereichsbezogene, pflegesensitive Qualitätsindikatoren entwickelt und systematisch erhoben. Hierzu wird das IQTIG unter Einbeziehung*

---

*der pflegerischen Fachgesellschaften, Verbände und Experten beauftragt, geeignete Indikatoren zu definieren. Mitarbeiter der Pflegeberufe werden aufgefordert, eine Unterschreitung der auf Basis der definierten künftigen Pflegepersonalkennziffern zu melden. Eine entsprechende Meldestelle ist festzulegen und zu koordinieren.*

### Stimmberechtigung bei der Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

(1) [...] Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens zur Festlegung der pflegesensitiven Bereiche sowie zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen beauftragen sie fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Bei der Ausarbeitung und Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sind insbesondere der Deutsche Pflegerat, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. qualifiziert zu beteiligen, ~~indem ihnen insbesondere in geeigneter Weise die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen ist und ihre Stellungnahmen zu berücksichtigen sind und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind, die erarbeiten Pflegepersonaluntergrenzen sind mit dem Deutschen Pflegerat zu konsentieren. Kann der Deutsche Pflegerat den Vorschlägen nicht zustimmen, sind Alternativen zu erarbeiten.~~

In diesem Abschnitt ist einzuarbeiten, dass den Vertretern der Pflege über das Beratungsrecht auch ein Stimmrecht eingeräumt wird bzw. ein Konsens zwischen dem Deutschen Pflegerat und den Entscheidungsgremien ausgehandelt werden muss.

Die Stellungnahme ist mit dem Vorstand der Fachgesellschaft abgestimmt.

## Quellen

- Aiken, L. H. et al.** (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 counties in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344(e1717). doi: 10.1136/bmj.e1717
- Aiken, L. H. et al.** (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830. doi: 10.1016/s0140-6736(13)62631-8
- Ball, J. E. et al.** (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Brennan, C. W., Daly, B. J., & Jones, K. R.** (2013). State of the science: the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 35(6), pp. 760-794. doi: 10.1177/0193945913476577
- Carnau, P.** (2011). *Nachhaltigkeitsethik: Normativer Gestaltungsansatz für eine global zukunftsfähige Entwicklung in Theorie und Praxis*. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Deutscher Bundestag.** (2017). Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten BT-Drs. 18/10938. Retrieved from [https://www.bundestag.de/blob/504762/76d18eb227a1e4cf155fb867e71f22/18\\_14\\_0249-2\\_aeae-koa\\_epimod-data.pdf](https://www.bundestag.de/blob/504762/76d18eb227a1e4cf155fb867e71f22/18_14_0249-2_aeae-koa_epimod-data.pdf) (Accessed: 07.05.2017).
- Devane, D. et al.** (2007). Evaluating maternity care: a core set of outcome measures. *Birth*, 34(2), pp. 164-172. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00145.x
- Elsbernd, A., Allgeier, C., & Lauffer-Spindler, B.** (2010). *Entwicklung von internen pflegesensiblen Qualitätsindikatoren in der stationären Altenpflege*. Lage: Jacobs Verlag.
- Fachgesellschaft Profession Pflege e.v. (Ed.).** (2017). Stellungnahme Expertenkommission Pflegepersonal im Krankenhaus 2017. Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/fachgesellschaft/stellungnahmen/detail/expertenkommission-pflegepersonal-im-krankenhaus-2017-35> (Accessed: 04.05.2017).
- Griffiths, P. et al.** (2014). The association between patient safety outcomes and nurse / healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/documents/safe-staffing-for-nursing-in-adult-inpatient-wards-in-acute-hospitals-evidence-review-12> (Accessed: 02.06.2016).
- Halloran, E. J.** (1985). Nursing Workload, Medical Diagnosis Related Groups, and Nursing Diagnoses. *Research in Nursing & Health*, 8, pp. 421-433.
- Heslop, L. & Lu, S.** (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), pp. 2469-2482. doi: 10.1111/jan.12503
- Isfort, M. et al.** (2014). Pflege-Thermometer 2014 "Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus". Retrieved from [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer\\_2014.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf) (Accessed: 20.08.2015).
- Isfort, M. & Weidner, F.** (2007). *Pflege-Thermometer 2007: Eine bundesweite representative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip).
- Isfort, M., Weidner, F., & Gehlen, D.** (2012). *Pflege-Thermometer 2012: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung auf Intensivstationen im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip).
- Isfort, M. et al.** (2011). Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern - Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009. *Pflege & Gesellschaft*, 16(1-19).
- Isfort, M. et al.** (2010). *Pflegethermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung.



- Kane, R. L. et al.** (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care Research and Review*, 45(12), pp. 1195-1204. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181468ca3
- Lloyd, M. et al.** (2013). Measuring the process and outcomes of foot ulcer care with guidelinebased nursing quality indicators. *Diabetic Foot Canada*, 1(2), pp. 15-20.
- Montalvo, I.** (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02
- Müller, H.** (2009). Soll-Bruch-Stellen für eine humane und zukunftsfähige Pflege in einem zukunftsfähigen Gesundheitswesen. In N. Klusen & A. Meusch (Eds.), *Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft, Konzepte, Kosten, Kompetenzen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. Retrieved (Accessed).
- Needleman, J. et al.** (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*, 346(22), pp. 1715-1722. doi: 10.1056/NEJMSa012247
- Pelchen, L. et al.** (2016). Pflegerisches Basis - Assessment (BAss). Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/Pflegerisches%20Basis-Assessment.pdf> (Accessed: 14.05.2017).
- Schreyögg, J. & Milstein, R.** (2016). *Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)*. Hamburg: Universität Hamburg Center for Health Economics Retrieved from <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg%5bpubid%5d=3041>.
- Simon, M. & Mehmecke, S.** (2017a). Gesetzliche Personalvorgaben in den USA und Australien. *Die Schwester / Der Pfleger*, 56(4), pp. 34-38.
- Simon, M. & Mehmecke, S.** (2017b). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working Paper Forschungsförderung. Retrieved from [http://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_027\\_2017.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf) (Accessed: 09.02.2017).
- Spetz, J. et al.** (2013). Using minimum nurse staffing regulations to measure the relationship between nursing and hospital quality of care. *Med Care Res Rev*, 70(4), pp. 380-399. doi: 10.1177/1077558713475715
- Statistisches Bundesamt.** (2016). Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2015. *Fachserie 12 Reihe 6.1.1 2015*. Retrieved from [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611157004.pdf?__blob=publicationFile) (Accessed: 23.11.2016).
- Twigg, D. et al.** (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing: a retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), pp. 2710-2718. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05971.x
- Twigg, D. E., Gelder, L., & Myers, H.** (2015). The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), pp. 1564-1572. doi: 10.1111/jan.12616
- Weissman, J. S. et al.** (2007). Hospital workload and adverse events. *Med Care*, 45(5), pp. 448-455. doi: 10.1097/01.mlr.0000257231.86368.09
- Welton, J. M. & Halloran, E. J.** (2005). Nursing Diagnoses, Diagnosis-Related Group, and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35(12), pp. 541-549.
- Wieteck, P.** (2008). Pflegerelevante Fallgruppen. In P. Wieteck (Ed.), *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways): Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA*. Bad Emstal: RECOM, pp. 39-45.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L.** (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), pp. 709-724. doi: 10.1111/jonm.12116



**Zander, B., Köppen, J., & Busse, R.** (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In J. Klauber et al. (Eds.), *Krankenhaus-Report 2017 Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Stuttgart: Schattauer, pp. 451.

Anlage 1: Berechnung der Auswirkungen bezogen auf PBZ belegtes Bett 6:1 versus 5:1

**Zahlen vom Bundesamt für Statistik für 2015**

Pflegepersonal mit Beschäftigungsverhältnis VK **320 905**

Belegungstage 46 524 588

Die Belastungskennziffer PBZ <sub>belegtes Bett</sub> wird wie folgt berechnet:

$$\text{PBZ}_{\text{belegte Betten}} = \frac{(\text{Berechnungs- und Belegungstage} \times 24\text{h})}{(\text{Vollkräfte} \times 220 [\text{Arbeitstage im Jahr}] \times 8\text{h})}$$

Für 2015 ergibt sich folgende Kennziffer:

$$\frac{(141281148 \times 24\text{h}) = 3390747552}{(320905 \times 220 \times 8\text{h}) = 564792800} = \mathbf{6,0035}$$

Wenn sich das aktuelle Verhältnis 6:1 auf 5:1 verändern soll sieht die Rechnung wie folgt aus.

$$\frac{(141281148 \times 24 \text{ h}) = 3390747552}{(\text{X} \times 220 \times 8\text{h}) = \quad} = 5$$

- $\frac{3390747552}{\text{X} \times 1760} = 5 \quad | \times 1760$
- $3390747552 = 8800 \text{ X} \quad | : 8800$
- $385312,22 = \text{X}$

$$\frac{(141281148 \times 24 \text{ h}) = 3390747552}{(\mathbf{385312,22} \times 220 \times 8\text{h}) = \quad} = 5$$

Bei der Anhebung der Verhältniszahl würde sich für 2015 eine Differenz von ca. 64407 VK Pflegepersonen ergeben, das sind ca. 20% mehr Stellen.