



## Stellungnahme zum RWI-Gutachten (2016)

„Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus“

Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 07.06.2016

Lutz Pelchen, Dr. Pia Wietek, Renate Plenge, Günther Rosenthal und Jacqueline Beetz

Unter der Beratung der Beiräte

Fachgesellschaft  
Profession Pflege  
Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstr. 59  
**E-Mail** [info@pro-pflege.eu](mailto:info@pro-pflege.eu)  
[www.pro-pflege.eu](http://www.pro-pflege.eu)  
10117 Berlin

## Pflege im Krankenhaus

Die Teilzeitquote der Mitarbeiter/Innen der Pflege liegt im Krankenhaus in Allgemeinkliniken aktuell bei ca. 50 % und ist seit 2002 kontinuierlich gestiegen (Augurzky et al., 2016). Der überdurchschnittliche Anstieg der Quote an Teilzeitbeschäftigung (26,3 % im Zeitraum von 2001-2009) kann mit dem zunehmenden Belastungserleben der Pflegenden im Zusammenhang stehen (Höhmman, Lautenschläger, & Schwarz, 2016). Der Krankenstand der Mitarbeiter in den Pflegeberufen ist höher als bei anderen Berufsgruppen im Dienstleistungsbereich. Die Krankheitstage der Pflegeberufe bei den AOK-Versicherten ist dabei seit 2003 kontinuierlich angestiegen (Augurzky et al., 2016). Es gibt einige empirische Belege, dass Pflegekräfte in hohem Maße emotional und physisch erschöpft sind (Abel, 2007; Ehresmann, Kockert, & Schott, 2015). Die Absicht zum, als auch der tatsächliche Vollzug des Berufsausstiegs sind mit hohen psychischen Arbeitsbelastungen wie Zeitdruck, Überstunden, Schichtdienste, schwerem Heben und Tragen, zu wenig Pausen und häufige Unterbrechungen, nur geringe Partizipationsmöglichkeiten erklärbar, um nur einige Beispiele zu nennen (Abel, 2007; Höhmman et al., 2016; Kraus, Sniatecki, Krause, & Plietker, 2013). Höhmman et al. (2016) geben einen guten Überblick über die zentralen Belastungsfaktoren und deren Entwicklung auf der Makro-, Meso-, und Mikroebene und zeigen sowohl gravierende Folgen als auch Ansatzpunkte zur Reduktion der Belastungen auf. Deutlich wird, dass die Betrachtungsweise der Arbeitsbelastung in dem Forschungsvorhaben des RWI-Gutachtens als auch die vorgestellten Ansätze, um dem künftigen Pflegepersonal-mangel entgegenzuwirken, deutlich zu kurz greifen. Eine pflegeintrinsiche Perspektive, welche u.a. die genannten Gesichtspunkte sowie zahlreiche weitere, das tatsächliche Leistungsgeschehen in der pflegerischen Versorgung repräsentierende Aspekte berücksichtigt, ist über die Struktur und Inhalte des gesamten Gutachtens nur rudimentär erkennbar. Als Fachgesellschaft möchten wir die Aussagen von Franz Wagner dringend unterstreichen: *„Wenn wir nicht rasch die Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen verbessern, inklusive Personalausstattung, werden wir niemanden mehr finden, der oder die in der Pflege arbeiten will“* (Wagner, 2016). Es besteht die große Sorge der Fachgesellschaft Profession Pflege, dass sich die politische Debatte basierend auf der Forschungsarbeit des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Fokus verschiebt und zunächst wieder darüber gesprochen wird, ob überhaupt eine Unterversorgung und ein Pflegepersonal-mangel im Krankenhaus besteht.

## Kernaussagen des RWI-Gutachtens

*„Derzeit kann kein akuter Handlungsbedarf in Bezug auf die Menge an Pflegedienst im Krankenhaus abgeleitet werden“* (Augurzky et al., 2016, S. 11), so ein Kernfazit des jüngst veröffentlichten Gutachtens des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung von 2016.

Dort wird unter anderem den Fragen nachgegangen, wie die „pflegerelevante Leistungsmenge“ definiert werden kann und inwieweit die Entwicklung der Fallzahlen sowie der Belegungstage entscheidend für den Pflegeaufwand sind. Die Antworten sind vor dem Hintergrund der Bewertung der aktuellen Pflegepersonalausstattung nach Meinung der Autoren bedeutend, um beurteilen zu können, ob aktuell ein Defizit an Pflegepersonal in den Kliniken vorliegt. Die Autoren führen verschiedene Modelle zur Berechnung der über den Zeitverlauf veränderten Leistungsmenge der Pflege durch und kommen bei Ihren Berechnungen zu dem Schluss, *„[...] dass sich das Verhältnis von Vollkräften im PD [Pflegedienst] und pflegerelevanter Leistungsmenge nur geringfügig verändert hat.“* (Augurzky et al., 2016, pp., S. 33) Interessant ist dabei die zu Grunde gelegte Definition der „pflegerischen Leistungsmenge“. Diese wird nach prozentualen Anteilen an „fallfixen“ und

„fallvariablen“ Bezugsgrößen festgemacht<sup>1</sup>. Prof. Frank Weidner kritisiert dieses „[...] *unsinnige Zahlenspiel* [...]“ und zeigt auf, dass dieselbe Berechnungsgrundlage im ärztlichen Dienst einen aktuellen Überhang von 30.000 vollzeitbeschäftigten Ärzten bedeuten würde (Weidner, 2016, S. 77). Zusammenfassend halten die Autoren fest, dass es „[...] *keine Evidenz für eine relative Zunahme der Belastung der Pflege* [...]“ gäbe (Augurzky et al., 2016, S. 127). Zudem kommen die Autoren durch multivariate Regressionsanalysen auf Basis von Daten des Bundesamtes für Statistik in den Jahren 2002 bis 2013 zu dem Ergebnis, dass es „[...] *keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Zahl der Vollkräfte in der Pflege und der Mortalitätsrate* [...]“ gibt (Augurzky et al., 2016, S. 131).

Diese zentralen Kernaussagen des Gutachtens sind nicht nur für uns Pflegende, die sich mit dem Thema der Pflegepersonalbemessung und einer leistungsorientierten Finanzierung der Pflege, wie die Fachgesellschaft Profession Pflege ([www.pro-pflege.eu](http://www.pro-pflege.eu)), beschäftigen, überraschend, sondern auch für den Auftraggeber des Gutachtens selbst. So schreibt Thomas Ballast, der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Techniker Krankenkasse, dass die Erwartungen an das Gutachten die Darlegung des Ausmaßes des aktuellen Mangels beschreibt, nicht aber den Pflegepersonalmangel in Frage stellt (Ballast, 2016).

## Einschränkungen/kritische Überlegungen

Überraschend sind vor allem die klaren Empfehlungen und Rückschlüsse, welche im Gutachten formuliert werden, obwohl offensichtlich ist, dass ausschließlich mit Kenngrößen und -zahlen gearbeitet wurde, die Änderungen in der tatsächlichen Arbeitsbelastung der Pflegeberufe nicht adäquat fassen können. Diese beiden Kennziffern „Pflegepersonal-Fallzahl-Relation“ und „Pflegepersonal-Belegungstag-Relation“ werden in Ermangelung einer adäquaten Datengrundlage zur groben Orientierung in der Zeitreihe genutzt, um über die veränderte Arbeitsbelastung der Pflegeberufe zu diskutieren. Es ist demgegenüber bekannt und belegt, dass sowohl die Veränderung der Pflegepersonal-Fallzahl-Relation als auch die Relation zwischen dem verfügbaren Pflegepersonal und den Belegungstagen keinen Einblick in das tatsächliche Leistungsgeschehen der Pflege geben kann. Ebenfalls interessant sind die Aussagen, dass „*Einige nicht-pflegerische Tätigkeiten, die Pflegekräfte 2002 noch übernommen hatten, [...]*“ mittlerweile von Hilfskräften übernommen werden und als entlastend wirken könnten. Diese Aussage wird nicht belegt und es ist unklar, wie diese zustande kommt. Die Datenlage ist hier sehr schlecht und es gibt hierzu nur wenige Quellen, auf die Bezug genommen werden könnte. So zeigen z. B. die Multimomentaufnahmen in drei Krankenhäusern der Maximalversorgung, dass sich das Leistungsgeschehen in den Jahren 2003, 2004 und 2005 verschoben hat. Die patientennahen Tätigkeiten haben abgenommen (hypothetisch Rationierungen, welche auch mit der durch Pflegepersonen wahrgenommenen Unterversorgung zusammenhängen können) und die Mitarbeit bei ärztlichen Aufgaben im Bereich Diagnostik und Therapien haben zugenommen. Ebenso haben Aufgaben im Bereich der Hauswirtschaft zugenommen (Bartholomeyczik, 2007). Es bestehen folglich erste (im genannten Beispiel jedoch nichtrepräsentative) und der Hypothese im Gutachten konträr ausgerichtete Belege, dass vielmehr eine Übernahme pflegefremder Tätigkeiten stattfindet, statt einer Entlastung des Pflegepersonals durch andere Berufe und/oder Hilfskräfte. Es ist also eine durchaus berechtigte Kritik an dem RWI-Gutachten, wenn Hr. Prof. Dr. Frank Weidner kritisiert, dass der Anstieg an Ärztstellen von 34 % im Untersuchungszeitraum nicht als Belastungsfaktor

---

<sup>1</sup> **Berechnungshinweise von Prof. Wübker, Ansgar auf Anfrage:** Die Entwicklung von +1% ergibt sich, wenn man die Entwicklung der VK im PD (Zähler) zu der Entwicklung der pflegerelevanten Leistungsmenge (Nenner) ins Verhältnis setzt. Der Nenner enthält die pflegerelevante Leistungsmenge = Gewichtung fallfix \* (Fälle in t / Fälle in 2002) + (1-Gewichtung fallfix) \* (Belegungstage in t / Belegungstage in 2002). Hier bilden wir also einen gewichteten Index aus der Fallentwicklung und der Entwicklung der Belegungstage. Der Zähler enthält die Personalentwicklung im Pflegedienst = (VK PD in t / VK PD in 2002). Insgesamt erhalten wir also (VK PD in 2014 / VK PD in 2002) / (0,4 \* (Fälle in 2014 / Fälle in 2002) + 0,6 \* (Belegungstage in t / Belegungstage in 2002)).

berücksichtigt wurde. Es liege auf der Hand, dass diese zusätzlichen Mediziner diagnostizieren und therapieren und damit zusätzliche Arbeitsaufwände im Bereich der Pflegeberufe produzieren (Weidner, 2016). Die zentralen Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung der Pflegeberufe im Krankenhaus werden außer Acht gelassen, so ein weiterer Kritikpunkt (Weidner, 2016). Hierzu gehören die Veränderung der Altersstruktur der Krankenhauspatienten, die zunehmende Multimorbidität und damit verbundene komplexer werdende Pflegesituation, die Arbeitsverdichtung durch die zunehmenden Fallzahlen und Verweildauer Kürzungen sowie der Mehrmengen<sup>2</sup>. All diese Aspekte wurden in dem Gutachten nicht adäquat oder gar nicht einbezogen.

Prof. Dr. Frank Weidner bescheinigt dem Gutachten zudem erhebliche methodische Schwächen. An zahlreichen Stellen schließen wir uns dieser Meinung an. Exemplarisch sollen einige Überlegungen herausgegriffen werden, beispielsweise bezüglich der Auswertungen über den Zusammenhang der Pflegepersonalausstattung und objektiver Qualität. Leider werden im dem Gutachten keine genauen Angaben der genutzten Datengrundlage (Stichprobe) für jede einzelne Kalkulation bereitgestellt, es wird lediglich auf zusammenfassender Ebene die Datengrundlage des Forschungsprojektes geschildert. Beispielsweise ist zu hinterfragen, weswegen im Gutachten auf eine Vollkraft im Pflegedienst 45 Fälle kommen, während im Bundesdurchschnitt basierend auf den Daten des Bundesamtes für Statistik in den Jahren ab 1996 diese Kennziffer bei 46 bis 60 liegt (Wietek, Koch, Schmidpeter, & Benthin, 2016). Auch wird die Auswahl einzelner abhängiger bzw. unabhängiger Variablen nicht durchgehend stringent begründet, da diese durchaus diskutabel wären. So kann und muss etwa stark angezweifelt werden, dass die im Gutachten genutzten Proxy-Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Anteil OPs“ tatsächlich geeignet sind, die durchschnittliche Fallschwere abzubilden, insbesondere aus einer pflegerischen Perspektive heraus. Demgegenüber in keiner Form diskutiert wird der notwendige pflegerische Aufwand, der etwa aus den gegebenen Patientenbedürfnissen und -bedarfen entsteht. Ebenso kann hinterfragt werden, ob das Bezugsjahr 2002 das geeignete ist, um die Forschungsfragen zu beantworten. Franz Wagner weist in seiner Stellungnahme darauf hin, dass in 2002 die durch die PPR veränderte Personalausstattung bereits wieder abgebaut wurde (Wagner, 2016, pp.,S. 78).

Sind die Unterschiede durch die Selektion der Stichprobe erklärbar? In der kritischen Diskussion fehlt eine intensive Auseinandersetzung mit den Einflussgrößen auf z. B. die Mortalitätsrate. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse, in der untersucht wurde, ob es in den vorliegenden Daten einen Zusammenhang zwischen der Pflegepersonalausstattung und Qualität in Deutschland gibt, kommen die Forscher zu dem Ergebnis, dass bezogen auf die Sterblichkeitsrate eine Anhebung der Pflegepersonalrate<sup>3</sup> von 10 % einen Rückgang der Sterberate von 0,05 % bedeuten könnte. Das Ergebnis wurde als „*schwach signifikant*“ ( $p < 0,1$ ) bezeichnet. Immerhin würde das eine Reduktion der Todesfälle im Krankenhaus um ca. 19.700 bedeuten, bezogen auf die Fallzahlen von 2014. Unerklärlich ist, warum trotz der schwachen signifikanten Ergebnisse und dem Wissen um die methodischen und datenbasierten Einschränkungen der Forschungsarbeit, die Aussage aufgestellt wird, dass kein akuter Handlungsbedarf besteht. Vor diesem Hintergrund sowie der ethischen Dimensionen der Forschungsarbeit greift die postulierte Begründung einer fehlenden „ökonomischen Signifikanz“ unseres Erachtens bei weitem zu kurz und nimmt eine unangemessene monoperspektivische . Folgende Einschränkungen liegen in den im Gutachten des RWI durchgeführten Kalkulationen vor und

---

<sup>2</sup> Mehrmengen sind medizinische Leistungen/Behandlungen/Therapien, welche im DRG-System abrechenbar sind.

<sup>3</sup> In der Stichprobe sind im Durchschnitt 45 Fälle pro 1 Vollkraft Pflege errechnet worden, eine Veränderung von 10% würde 4,5 Patientenfälle weniger bedeuten

können zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Die nachfolgenden Überlegungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Fehlende Berücksichtigung relevanter Einflussvariablen auf das Outcome der pflegerischen Versorgung: Wir wissen unter anderem, dass das Pflegeverständnis, eine adäquate Pflegeprozessplanung und eine sorgsame Pflegediagnostik positive Auswirkungen hinsichtlich der Vermeidung implizierter Rationierung durch Pflegende haben. Gemeint sind hiermit „ungetane, aber erforderliche Pflegeleistungen“ (Zander, Dobler, Baumler, & Busse, 2014). Die Pflegeorganisationsstrukturen, die inhaltliche Ausgestaltung der Pflege sowie das Vorkommen impliziter Rationierung stellen mit hoher Wahrscheinlichkeit bedeutsame Einflussfaktoren auf das Outcome pflegerischer Arbeit dar, die in vorliegender Arbeit nicht berücksichtigt sind.
- Da in dem Gutachten keine dem wissenschaftlichen Anspruch entsprechende (deskriptive) Beschreibung der Datengrundlage/Stichprobe vorliegt, kann nicht nachvollzogen werden, ob die „schwach signifikanten“ Ergebnisse der Regressionsanalyse in der geringen Bandbreite von Unterschieden in der Pflegepersonalstellenbesetzung zu suchen sind.
- Offen ist, ob weitere, auf das pflegerische Leistungsgeschehen teils gravierende einflussnehmende Faktoren in irgendeiner Form Berücksichtigung in den Kalkulationen des RWI gefunden haben, sodass eine Bewertung der Ergebnisse nur mit großer Vorsicht vernehmbar ist. Beispielsweise:
  - Wie ist die Aufgabenverteilung im Pflegedienst in den jeweiligen Kliniken organisiert? Können Pflegende überhaupt den Pflegebedarf der Patienten erfüllen oder werden andere Aufgaben übernommen?
  - Welchen Einfluss hat die Pflegeorganisationsform (Bereichspflege, Primary Nursing usw.), hier sind Verantwortlichkeiten und Aufmerksamkeit für den Patienten evtl. unterschiedlich.
  - Welchen Einfluss hat der unterschiedliche Skill-Mix des Pflegepersonals in der Stichprobe gehabt?
  - Wie stark ist der Einfluss eines systematischen QM in den Kliniken?
- Der Faktor der Fallschwere im Kontext der Pflege wurde nur unzureichend über Alter, Geschlecht, und die Zahl operativer Eingriffe berücksichtigt. Auch die angedachte Nutzung des Casemix-Index würde die pflegerische Fallschwere nicht adäquat abbilden können, da die pflegerische Fallkomplexität von zahlreichen weiteren Faktoren bestimmt ist (Wieteck & Kraus, 2016).
- Ein besonders kritisch zu betrachtender Aspekt ist, dass die im Gutachten als wesentliche Ergebnisgröße genutzte Mortalitätsrate kein durchgängig pflegesensitiver Qualitätsindikator ist, sondern ebenso und womöglich in weit größerem Ausmaß durch das ärztliche Leistungsgeschehen und zahlreiche weitere Faktoren beeinflusst wird. Alleine vor diesem Hintergrund sind die postulierten Erkenntnisse aus dem Gutachten (neu) zu bewerten.

Bemerkenswert sind darüber hinaus die Rückschlüsse der Autoren zur Bewertung der internationalen Literaturlage auf die Frage nach einem potenziellen Zusammenhang zwischen Pflegequalität und pflegepersoneller Ausstattung und deren Qualifikation.

Tabelle 1: **Pflegepersonalausstattung und Outcome-Indikator Studienübersicht** Griffith et al. 2014 + Update Augurzky et al. 2016 (eigene Darstellung nach Augurzky et al., 2016, S. 100)

Ergebnis-Indikator	Zahl der Studien	Verbesserung des Indikators bei höherer Pflegepersonalausstattung		Verschlechterung des Indikators bei höherer Pflegepersonalausstattung		neutral
		signifikant	nicht signifikant	signifikant	nicht signifikant	
<b>Mortalität</b> allgemein	17	10	2	-	4	1
<b>Mortalität</b> als Folge einer behandelbaren Komplikation	9	3	2	-	3	1
Infektionen	19	4	9	1	3	2
Stürze	16	6	5	-	2	3
Dekubitalgeschwüre	16	6	2	2	4	2
Verweildauer	9	7	-	-	-	2
Wiedereinweisungen	2	1	-	-	-	1
Kosten	4	1	-	-	2	1
Sonstige	19	9	4	-	3	3
	111	47	24	3	21	16

Tabelle 2: **Fachkraftquote und Outcome-Indikator Studienübersicht** Griffith et al. 2014 + Update Augurzky et al. 2016 (eigene Darstellung nach Augurzky et al., 2016, S. 101)

Ergebnis-Indikator	Zahl der Studien	Verbesserung des Indikators bei höherer Fachkraftquote		Verschlechterung des Indikators bei höherer Fachkraftquote		neutral
		signifikant	nicht signifikant	signifikant	nicht signifikant	
<b>Mortalität</b> allgemein	12	7	1	-	2	2
<b>Mortalität</b> als Folge einer behandelbaren Komplikation	3	2	-	-	1	-
Infektionen	14	4	5	1	2	2
Stürze	13	5	2	-	2	4
Dekubitalgeschwüre	10	5	4	1	-	-
Verweildauer	8	5	-	-	1	2
Wiedereinweisungen	2	1	1	-	-	1
Kosten	4	2	1	-	-	1
Sonstige	9	3	4	-	1	1
	75	34	18	2	9	13

Als zusammenfassende Erkenntnis der Literaturanalyse bezogen auf den Indikator Mortalität schreiben die Autoren, es „[...] konnte kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Zahl der Vollkräfte in der Pflege und der Mortalitätsrate [...]“ nachgewiesen werden (Augurzky et al., 2016, S. 11). Andere Autoren, welche sich mit dem Thema beschäftigen und im Wesentlichen die gleiche

Datenbasis nutzen, bewerten die Erkenntnisse allerdings anders. So kommen Greß et al. (2014) zu dem Ergebnis, dass die Evidenz für einen Zusammenhang zwischen hoher Personalausstattung und der allgemeinen und spezifischen Mortalität der Patienten **vergleichsweise stark ist**. Die Anzeichen, dass eine bessere Personalausstattung in der Pflege beispielsweise Medikationsfehler reduziert und die von Pflegekräften subjektiv empfundene Unterversorgung zurückgeht, werden als „stark“ gewertet. Ebenso wird im Gegensatz zum Gutachten des RWI klar formuliert, dass eine bessere Fachkraftquote mit der Vermeidung von Mortalität und Komplikationen assoziiert ist (Greß & Stegmüller, 2014, S. 14). Bedeutend ist es sicher auch die Forschungsergebnisse der Literatur unter Berücksichtigung der Komplexität der Einflussvariablen zu bewerten, verwiesen sei hier abermals auf die Mortalitätsrate als nicht (ausschließlich) pflegesensitiven Qualitätsindikator, der zahlreichen Einflüssen unterliegt, die nicht immer exakt in den Studien kontrolliert werden können. Dieser Befund kann dazu führen, dass es Studienergebnisse mit „neutralen“ oder „nicht signifikanten“ Ergebnissen gibt.

Franz Wagner mahnt mit Recht an, dass bisher noch keine pflegesensitiven Qualitätsindikatoren flächendeckend in der Pflege implementiert wurden (Wagner, 2016). Ebenso ist zu kritisieren, dass Forschungstätigkeiten im Bereich der Outcomeforschung der Pflege kaum systematisch gefördert werden. Damit ist die dringend erforderliche Entwicklung der Pflege und die Professionalisierung der Profession behindert.

## Einflussfaktoren auf den pflegerischen Ressourcenverbrauch

Vor dem Hintergrund der zahlreichen und facettenreichen Einflussvariablen auf das pflegerische Leistungsgeschehen (vgl. Abbildung 1) sowie dem Wissen darum, dass diese auf die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen große Auswirkung haben, ist es als hochgefährlich zu bezeichnen, die im RWI-Gutachten vorgelegten Rechnungen und Überlegungen sowie insbesondere die als Ergebnis aufgeführten Kernaussagen unhinterfragt als gültig hinzunehmen. Das hieraus denkbare Setzen falscher politischer Signale könnte in eine weitere Verschlechterung der Patientensicherheit in deutschen Krankenhäusern münden.

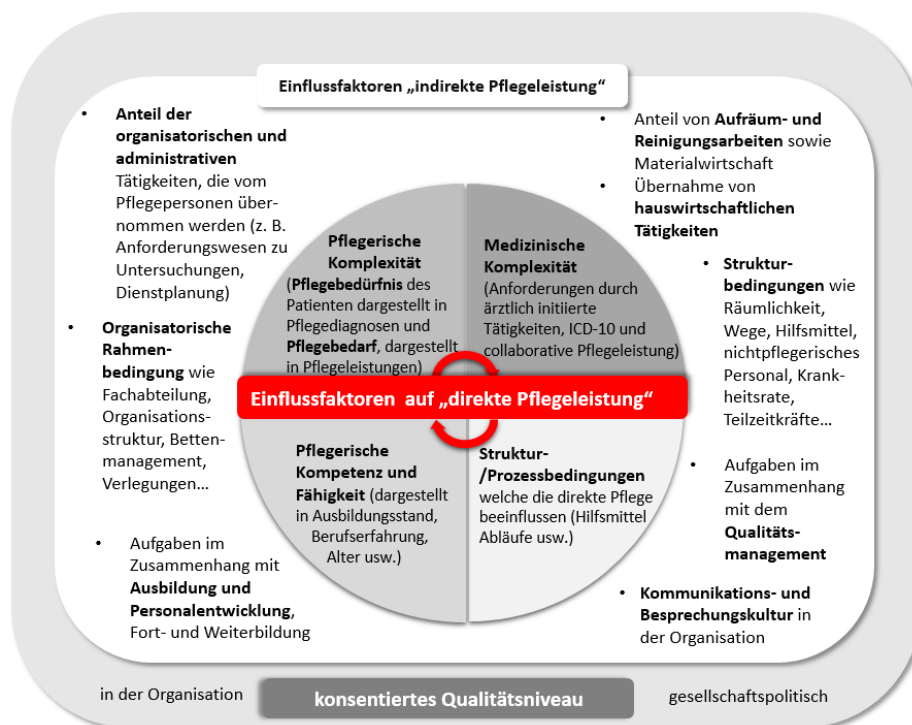


Abbildung 1: Einflussfaktoren Pflegepersonalbedarf basierend auf (Bartholomeyczik, Hunstein, Haasenritter, & Wieteck, 2008; Blay, Duffield, & Gallagher, 2012; O'Brien-Pallas, Irvine, Peereboom, & Murray, 1997)



Das pflegerische Versorgungsgeschehen sowie die hieraus resultierende Versorgungsqualität ist gegenwärtig in vielen Belangen als Black Box, d.h. als sehr komplexes System von dem jedoch lediglich das äußere Verhalten betrachtet wird, zu bezeichnen. Vor diesem Hintergrund ist es schwer für die Berufsgruppe, adäquate Pflegepersonalbedarfsberechnungen vorzulegen. Eine „zuverlässige empirische Datenbasis fehlt“ (Simon, 2016), eine solche ist jedoch künftig für eine adäquate Entscheidungsfindung zur Pflegepersonalausstattung und -qualifikation im Gesundheitswesen erforderlich. Hier ist ebenfalls die Politik gefordert, Strukturen zu schaffen, um die Datenlage in der deutschen Pflege zu verbessern. Nationale Outcome-Indikatoren wären zudem eine wichtige Grundlage zur Entwicklung und Förderung der Pflegeforschung.

## Empfehlungen der Fachgesellschaft

Es besteht inzwischen ein breiter Konsens darüber, dass künftige Verfahren zur Pflegepersonalbemessung sowie zugehörige Debatten ihren Ausgangspunkt beim Pflegebedarf des Betroffenen haben sollten (Bundesministerium für Familie, 2006). Bisher zur Verfügung stehende Datengrundlagen reichen hier bei weitem nicht aus (Simon, 2016). Aktuelle Literaturarbeiten zeigen eindrücklich die vorhandenen Defizite und Einschränkungen der zahlreichen Instrumente und Kennzahlen zur Pflegepersonalbemessung. Vor dem Hintergrund der langjährigen Bemühungen und Forschungsarbeiten sowie der Vielfalt an verschiedenen Ansatzpunkten scheint die Vorstellung illusorisch, dass es je ein Instrument geben kann, welches den „wahren“ Bedarf an Pflegezeit für die Empfänger der pflegerischen Versorgungs- bzw. Dienstleistungen abbilden kann. Ziel sollte folglich eine maximale Annäherung an den faktischen Bedarf und das tatsächliche Leistungsgeschehen der Pflege sein. Zudem machen die Erkenntnisse aus aktuellen Veröffentlichungen auch den eklatanten Mangel an nutzbaren Daten deutlich, welche zur adäquaten Entscheidungsfindung hinsichtlich der erforderlichen pflegerischen Ausstattung notwendig wären. Es fehlt insbesondere in Deutschland an validen Zahlen über das pflegerische Outcome, die Patienten-Pflegepersonalrelationen in spezifischen Settings, den erforderlichen und angemessenen Skillmix sowie den Pflegebedarf der Betroffenen. Ein weiterer gegenwärtig unbeantworteter und eine zielführende Pflegepersonalstellenberechnung erschwerender Aspekt ist das Fehlen eines definierten und konsentierten Qualitätsniveaus hinsichtlich der pflegerischen Leistungserbringung. Gesellschaftspolitisch scheint zwar Einvernehmen darüber zu bestehen, dass sich Pflegeleistungen am aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand orientieren und „angemessen“ sein sollen, jedoch stellt sich gegenwärtige Pflegepraxis vielerorts noch weit von diesem Anspruch entfernt dar. Die Beurteilung ist dadurch erschwert, dass eine konkrete Operationalisierung dieses Anspruchs fehlt. Bekannt ist in diesem Zusammenhang außerdem, dass das Fehlen einer systematischen Bewertung aller pflegerelevanten Informationen über den Zustand (Pflegediagnose, Ressourcen usw.) eines Pflegeempfängers sowie der hieraus resultierenden Schlussfolgerung in Form eines pflegediagnostischen Urteils eine evidenzbasierte Auswahl geeigneter Maßnahmen vereitelt. Zudem ist offenkundig, dass eine fehlende Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses dazu führt, dass eher oberflächliche und nur begrenzt auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Pflegeempfänger ausgerichtete Pflegemaßnahmen entsprechend einem „einfachen Handlungsmodell“ (vgl. diesbezüglich Schrems, 2006) angeboten werden, welche häufig am tatsächlichen Versorgungserfordernis vorbei gehen und Entscheidungen zur Förderung der Selbstständigkeit (Selbstpflegefähigkeiten) oder zur Vermeidung von negativen Ereignissen zu spät einsetzen.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Problemlagen der Pflegeberufe und den aktuell deutlich aufgezeigten Defiziten in der Wahrnehmung der Problemlage im RWI-Gutachten empfehlen wir:



- Die Einführung einer Pflegepersonalbemessungsmethodik basierend auf Pflegediagnosen und -maßnahmen aus der Regeldokumentation. Notwendig hierzu ist die Aufnahme eines standardisierten und akzeptierten Pflegeklassifikationssystems in den ICD-10 (Pflegediagnosen) und den OPS (Pflegemaßnahmen).
- Die hierauf aufbauende Entwicklung von pflegerelevanten Fallgruppen (auch: Nursing Related Groups – NRG) zur Vergütung pflegerischer Leistungen im Krankenhaus (vgl. hierzu Wieteck & Kraus, 2016).
- Die Entwicklung von bundeseinheitlichen, pflegesensitiven Qualitätsindikatoren, welche auf die standardisierte Datengrundlage der Pflegediagnosen und -maßnahmen sowie weiterer Daten aus einer elektronischen Patientenakte zurückgreifen.

Weiterführende Literatur zur Pflegepersonalbemessung: Wieteck und Kraus (2016)

## Quellenangaben

- Abel, C.** (2007). *Systemisch-lösungsorientierte Beratung zur Prävention von Stress und Burnout in Pflegeberufen*. (Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Sozialwissenschaften), Universität Mannheim, Mannheim.
- Augurzky, B. et al.** (2016). Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. *RWI Materialien - Heft 104*. Retrieved from [http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien\\_104.pdf](http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf) (Accessed: 20.05.2016).
- Ballast, T.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachen - "Es gibt noch Forschungsbedarf". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16), pp. 79.
- Bartholomeyczik, S.** (2007). Reparaturbetrieb Krankenhaus, DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. *Dr. med. Mabuse*. Retrieved from [http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166\\_Bartholomeyczik.pdf](http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf) (Accessed: 10.08.2007).
- Bartholomeyczik, S. et al.** (2008). Adäquate Abbildung des Pflegeaufwandes im G-DRG-System. Forschungsantrag zur Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Retrieved from [http://www.lep.ch/files/content/download/db/Bartholomeyczik\\_2008\\_kurz.pdf](http://www.lep.ch/files/content/download/db/Bartholomeyczik_2008_kurz.pdf) (Accessed: 11.08.2015).
- Blay, N., Duffield, C. M., & Gallagher, R.** (2012). Patient transfers in Australia: implications for nursing workload and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(3), pp. 302-310. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01279.x
- Bundesministerium für Familie, S., Frauen und Jugend.** (2006). *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner; Kapitel 3.4.3 Personalbedarf und Personalbemessung in der stationären Pflege*. Bundesministerium für Gesundheit Retrieved from <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/heimbericht/3/3-4-Personelle-situation-der-heime/3-4-3-personalbedarf-und-personalbemessung-in-der-stationaeren-pflege.html>.
- Ehresmann, C., Kockert, S., & Schott, T.** (2015). Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation - Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In B. e. a. Badura (Ed.), *Fehlzeiten-Report 2015*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, pp. 71-74.
- Greß, S. & Stegmüller, K.** (2014). Personalbemessung und Vergütungsstrukturen in der stationären Versorgung, Gutachterliche Stellungnahme für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di). Retrieved from <https://gesundheitspolitik.verdi.de/++file++54782bfd6f68440c4c001fc3/download/Gutachten%20Gre%C3%9F%20Stegm%C3%BCller.pdf> (Accessed: 03.06.2016).
- Höhmann, U., Lautenschläger, M., & Schwarz, L.** (2016). Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In J. Klaus et al. (Eds.), *Pflegereprot 2016* (pp. 73-89). Stuttgart: Schattauer GmbH. Retrieved (Accessed).
- Kraus, S. et al.** (2013). Alles nur Panikmache? Berufsausstieg aus der Pflege. *Die Schwester Der Pfleger*, 52(8), pp. 808-811.
- O'Brien-Pallas, L. et al.** (1997). Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability. *Nursing Economics*, 15(4), pp. 171-182.
- Schrems, B.** (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.
- Simon, M.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachen - "Zuverlässige empirische Datenbasis fehlt". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16).
- Wagner, F.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachen - "Es gibt keinen Beleg für fehlendes Qualitätsproblem". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16), pp. 78.
- Weidner, F.** (2016). "Realitätsfernes Zahlenspiel" Reaktionen auf das RWI-Gutachen - "Dürftige Methodik, wirklichkeitsfernes Ergebnis". *Die Schwester / Der Pfleger*, 55(6/16), pp. 77.
- Wieteck, P. et al.** (2016). *Handbuch PKMS und OPS 9-20 2016. Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege* (7 ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM; im Druck befindlich, erscheint im Frühjahr.
- Zander, B. et al.** (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen*, 76(11), pp. 727-734. doi: 10.1055/s-0033-1364016