



Stellungnahme:
**Pflegepersonaluntergrenzen und
Finanzierung der Pflege außerhalb
des DRG-Systems – (k)ein sinnvoller
Weg!?**

Statement

Wir sind der Überzeugung, dass sowohl die **Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen** als auch die **Finanzierung der Pflege nach dem Selbstkostendeckungsprinzip außerhalb des G-DRG-Systems** keine sinnvollen Ansätze sind:

- um eine „nachhaltige pflegerische Versorgung“ im Krankenhaus sicherzustellen,
- die Pflegequalität und Patientensicherheit auf ein angemessenes Level zu heben,
- Rationierungen erforderlicher pflegerischer Leistungen abzubauen
- und die Attraktivität der Pflege positiv zu beeinflussen, so dass benötigtes Pflegepersonal motiviert werden kann, im Krankenhaus zu arbeiten.

Lesen Sie nachfolgend unsere Begründungen zu unserem Statement. Sie erfahren zunächst etwas über die aktuellen pflegerischen Versorgungsdefizite, die Personaluntergrenzen sowie den Pflegelast-Katalog des InEK und die diskutierte Finanzierung der Pflege nach dem Selbstkostendeckungsprinzip.

Abschließend werden mögliche alternative Lösungsansätze vorgestellt, um eine adäquate pflegerische Versorgung im Krankenhaus sicherzustellen und zu finanzieren. Denn eine Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen nach dem aktuellen Diskussionsstand werden zu keiner Qualitätsverbesserung und einer fraglichen Entlastung der Pflegenden führen.

Inhalt

STATEMENT	1
1 AKTUELLE PFLEGERISCHE VERSORGUNG IM KRANKENHAUS	2
2 STAATLICHE REGULIERUNGSMÖGLICHKEITEN	4
3 PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN	6
3.1 Personaluntergrenzen definieren eine Herausforderung	7
3.2 Aktueller Diskussionsstand zu den Personaluntergrenzen	8
3.3 Berücksichtigung der Fallschwere	9
3.4 Pflegelast-Katalog	9
4 FINANZIERUNG DER PFLEGE AUßERHALB DES G-DRG-SYSTEMS	11
5 KERNPROBLEME BISHERIGER PERSONALPOLITIK IM KRANKENHAUS	13
5.1 Pflege als Profession ist am „point of care“ noch nicht etabliert	13
5.2 Pflegerische Qualitätsindikatoren konnten noch nicht etabliert werden	16
5.3 Adäquate Kennziffern zur Arbeitsbelastung der Pflege liegen nicht vor	16
6 ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG	18
7 EMPFEHLUNG DER FACHGESELLSCHAFT PROFESSION PFLEGE	19
7.1 Zweckbindung der ausgewiesenen Pflegepersonalkosten	20
7.2 Rahmenbedingungen zur Neuausrichtung pflegerischen Arbeit	20
7.3 Pflegepersonaluntergrenzen – an den Besten orientieren	21
7.4 Qualitätsoffensive pflegerische Versorgung	21

1 Aktuelle pflegerische Versorgung im Krankenhaus

Pflegewissenschaftler weisen seit Langem darauf hin, dass die Mängel in der pflegerischen Versorgung keine Ausnahme, sondern vielmehr die Regel darstellen.

Beispielsweise gaben vier von fünf befragten Mitarbeitern der Pflege in der Studie von Isfort et al. 2010 an, dass eine angemessene Überwachung von verwirrten Patienten, Gesprächshäufigkeiten, Betreuungsleistungen bei Schwerstkranken sowie die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme Mängel aufweisen. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer gab an, dass auch Fehler bei der Medikationsverabreichung, Verbandswechsel und Hygienemaßnahmen nicht ausgeschlossen werden konnten (Isfort et al., 2010). Die Ergebnisse beschreiben zudem Mängel im Bereich der Mobilisation, wobei ca. 35 % der Befragten angaben, bewegungseingeschränkte oder immobile Patienten in den vergangenen sieben Arbeitstagen nicht ausreichend umgelagert haben zu können. Auch Hygienemängel in deutschen Kliniken können mit einer Pflegepersonalunterbesetzung in Verbindung stehen. Es liegt nahe, dass ein Mangel an verfügbarer Pflegezeit dazu führt, dass Pflegemaßnahmen rationiert werden. Darunter fallen auch Maßnahmen der Händehygiene (Trierweiler-Hauke, 2015). Im Hinblick auf die Gewährleistung der Patientensicherheit und Prävention von Gesundheitsgefährdungen wie etwa Nosokomiale Infektionen, Dekubitus oder Thrombosebildung ist dieses Ergebnis von großer Bedeutung.

Die Follow-Up-Studie in 71 deutschen Krankenhäusern ist eine Neuauflage der RN4Cast-Studie und weist ebenfalls auf eine deutliche, negative Tendenz bezogen auf die Patientensicherheit und die pflegerische Versorgungsqualität hin. In der länderübergreifenden Darstellung des Vorkommens pflegesensitiver Komplikationen wird deutlich, dass Deutschland überwiegend schlechter als im internationalen Durchschnitt abgeschnitten hat. Ausnahme war der Bereich der Medikamentenfehler. Bezogen auf den Vergleich der Studienergebnisse von Deutschland im Zeitverlauf 2010 und 2015 ist festzustellen, dass die Fehlerhäufigkeit zugenommen hat (Tabelle 1). Die Ergebnisse in der Tabelle ohne Wertangaben zu 2010 geben die Studienergebnisse der Follow-Up-Studie von 2015 an (Britta Zander & Busse, 2017; Britta Zander, Köppen, & Busse, 2017). Die Ergebnisse von 2015 basieren methodisch auf der gleichen Grundlage wie 2010: auf den Befragungsergebnissen von Mitarbeitern der Pflege. Die Frage lautete, ob die „Nachteiligen Ereignisse“ täglich und/oder mehrmals im Monat aufgetreten sind. In der Tabelle wird der Prozentsatz der befragten Pflegepersonen angegeben, die diese Frage mit ja beantwortet haben. An der Studie 2015 haben insgesamt 4.317 Pflegepersonen aus 71 Kliniken teilgenommen. Die Rücklaufquote betrug 38,7 %. Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zu beachten, dass es sich um Fragestellungen mit einer möglichen Verzerrung handeln könnte, da eine soziale Erwünschtheit bei der Befragung Einfluss genommen haben könnte.

Vorkommen nachteiliger Ereignisse RN4Cast-Studie 2010 und Update 2015 Deutschland			
Vorkommen	2010	2015	Internationaler Vergleich 2010 im durchschnitt
Falsche Medikationsverabreichung	11,6 %	18,3 %	19,5 %
Stürze mit Verletzungen	15,7 %	21,6 %	13,8 %
Harnwegsinfektionen	29,1 %	31,5 %	28 %
Beschwerden von Patienten	37,4 %	45,6 %	28,2 %
Arbeitsbedingte Verletzungen des PP		7 %	
Dekubitus nach KH-Einweisung		10 %	
Handgreiflichkeiten durch Pat./Fam.		11 %	
Beschimpfungen durch Mitarbeiter		18 %	
Pneumonie		22 %	
Infektion der Blutbahn		26 %	
Beschimpfung durch Pat./Fam.		44 %	

Tabelle 1: Ergebnisse von (Britta Zander & Busse, 2017; Britta Zander et al., 2017)

Auch die Rationierung von pflegerischen Leistungen hat in deutschen Kliniken von 2010 bis 2015 weiter zugenommen und im internationalen Vergleich wird sichtbar, dass Pflegepersonen in deutschen Kliniken deutlich mehr rationieren als Kollegen im europäischen Ausland (Britta Zander et al., 2017).

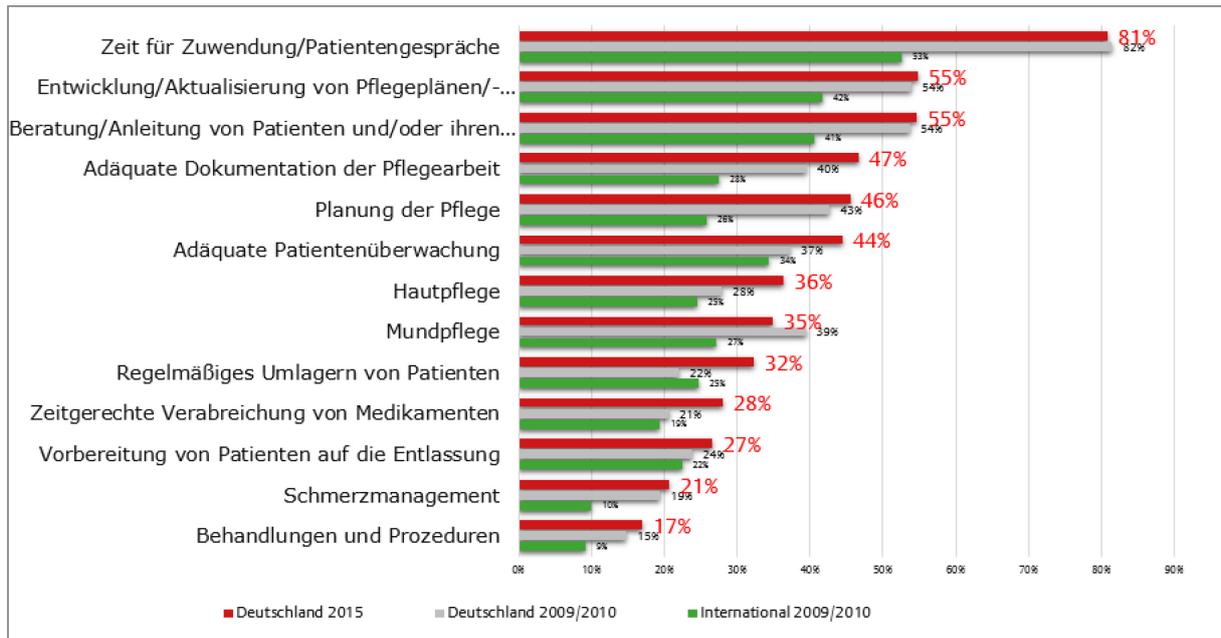


Abbildung 1: Eigene Abb. der Ergebnisse der G-NWI-Studie (Neuaufgabe RN4 Cast) Zander et. al. 2017

Es ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer bezogen auf unerwünschte Ereignisse und Rationalisierungsverhalten noch deutlich höher sein könnte als bisher bekannt ist. Viele Bereiche wie z. B. Auftreten von Mikroaspirationen und eine Pneumonie als Folge einer nicht adäquaten Nahrungsverabreichung werden von Pflegenden berichtet, sind aktuell aber nicht untersucht worden und bezifferbar. Zudem ist zu beobachten, dass der Umgang mit Fehlern im Gesundheitswesen und im Speziellen in der Pflege eine lang gepflegte Kultur der Tabuisierung vorweist. Nach dem Motto: „Fehler gibt es nicht und wenn es sie gibt, so werden weder die eigenen noch die Fehler der anderen thematisiert.“ (Kocks et al., 2014, S. 21) Maßnahmen der Patientenedukation oder Prävention einer Pflegebedürftigkeit auf Dauer nach dem Krankenhausaufenthalt sind ebenfalls vernachlässigte Themenbereiche.

Die Neugestaltung der pflegerischen Arbeit von einer „satt und sauber Pflege“, hin zu einer evidenzbasierten pflegerischen Versorgung ist noch nicht in Sicht. Eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung setzt einen systematischen pflegediagnostischen Prozess, eine konsentrierte Zielsetzung, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Auswahl patientenorientierter Pflegemaßnahmen und Evaluation der pflegerischen Ergebnisse voraus (Wietek, 2018).

Es ist bekannt, dass Rationierungsverhalten sehr wahrscheinlich positiv durch die Umsetzung einer systematischen Pflegeprozessplanung und Dokumentation beeinflusst wird. So zeigen die Forschungsergebnisse von Zander et al. (2014), dass „sorgfältige Dokumentation“ neben anderen Parametern einer Rationierung von Pflegeleistungen entgegenwirkt. Die Autoren schreiben: „Interessant ist, dass der erhöhte Dokumentationsaufwand im Krankenhausalltag oft mit weniger Zeit für die Arbeit am Patienten in Verbindung gebracht wird und daher gefährdet ist, aufgeschoben zu werden, obwohl der positive Effekt auf die berichtete Versorgungsqualität – bei realem (Mehr)aufwand – gezeigt werden konnte.“ (B. Zander et al., 2014, S. 731)

Es stellen sich konkret folgende Fragen:

- Können Pflegepersonaluntergrenzen einen Beitrag dazu leisten, die aktuellen Missstände in der Pflege im Krankenhaus zu beheben? Personaluntergrenzen, auch bei einer optimistischen Auslegung und Festlegung, nehmen keinen Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegearbeit.
- Ist die Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus dem D-GRG-System und die Finanzierung nach dem Selbstkostendeckungsprinzip eine Möglichkeit, Pflege im Krankenhaus zu fördern und

zu verbessern? Bei dieser Vorgehensweise würde das pflegerische Handlungsgeschehen weiterhin ein Kostenfaktor bleiben, der jährlich neu verhandelt werden muss.

Zur Beantwortung der beiden zentralen Fragen benötigt es zunächst einen genaueren Blick, was Pflegepersonaluntergrenzen und eine Finanzierung der Pflege außerhalb des G-DRG-Systems bedeuten könnten.

2 Staatliche Regulierungsmöglichkeiten

Grundsätzlich gibt es zahlreiche Möglichkeiten einer staatlichen Regulierung der Pflegepersonalstellen im Krankenhaus. Diese sind z. B.:

- **Ermittlung des Pflegebedarfes der zu versorgenden Patienten verbunden mit der Ableitung des benötigten Pflegepersonals**, um den Versorgungsbedarf der Patienten decken zu können. Es besteht inzwischen ein breiter Konsens darüber, dass künftige Verfahren zur Pflegepersonalbemessung ihren Ausgangspunkt beim Pflegebedarf (erforderliche Pflegemaßnahmen) des Betroffenen haben sollten (Bundesministerium für Familie-Senioren-Frauen und Jugend, 2006). Dieser lässt sich vom jeweiligen Pflegebedürfnis (Patientenzustand) ableiten. Diesen Regulierungsansatz hatten wir bereits in Deutschland, allerdings ohne Kenntnisstand des Pflegebedürfnisses.

Mithilfe der PPR (Pflegepersonalregelung) (Zerbe & Heisterkamp, 1995) wurde der Pflegebedarf der Patienten ermittelt. Das Instrument wurde im Auftrag des BMG von Pflegeexperten entwickelt. Die PPR wurde stufenweise eingeführt und sollte zu einem vereinbarten Stellenzuwachs von ca. 13.000 Pflegepersonalstellen führen. Bereits in den ersten Jahren wurden mit den Krankenkassen etwa 20.400 Stellen zusätzlich vereinbart. Vor dem Hintergrund der angespannten finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung wurde daher die Sofortbremse gezogen und die PPR zunächst ausgesetzt und kurz darauf abgeschafft. Wie in der Grafik zu sehen ist, stieg in der Zeit der PPR das Pflegepersonal auch deutlich an. Insgesamt wurden in dieser Zeit ca. 2 Mrd. zusätzlich finanziert.

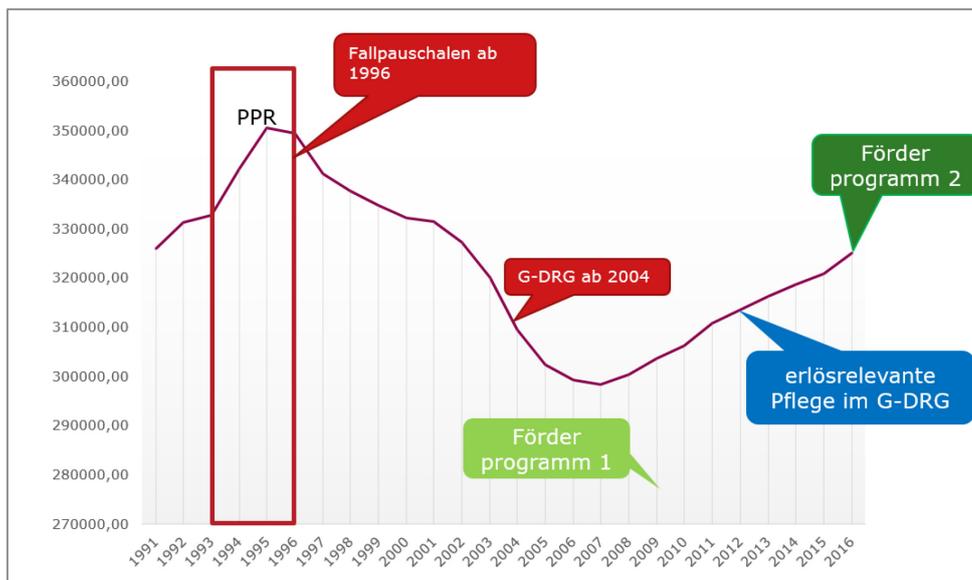


Abbildung 2: Pflegepersonalstellenentwicklung im Krankenhaus

Pflegepersonalbemessung basierend auf dem ermittelten Pflegebedarf der Patienten ist in der Fachwelt das präferierte Verfahren. Hierzu gibt es bereits zahlreiche Ansätze und zahlreiche Instrumente zur Pflegebedarfsermittlung nach dem „Input-orientierten Ansatz“ (Albrecht et al., 2017, S. 11 f), die in den letzten Jahrzehnten international entwickelt worden. Bei dem Input-

orientierten Ansatz handelt es sich um den auf dem Pflegebedarf eines Patienten (Patientenzustand) ermittelten Pflegebedarf (notwendige Pflegeleistungen). In einer internationalen Literaturreview wird eine gute Übersicht über die verschiedenen Ansätze zur Pflegepersonalbemessung gegeben. Deutlich wurde in der Literaturreview, dass es aktuell keinen Goldstandard zur Pflegepersonalbemessung gibt und die Autoren empfehlen wie bereits erwähnt einen multidimensionalen Ansatz zur Ermittlung des Pflegebedarfes, auf dessen Grundlage der Pflegepersonalbedarf abgeleitet werden kann (Sabine Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009; Wieteck & Kraus, 2016).

- Vorgabe einer **Pflegepersonal-zu-Patienten-Relation (Nurse-to-Patient Ratios) als Mindestbesetzungsvorgabe** (= Pflegepersonaluntergrenze):

Simon und Mehmecke (2017) geben in einer Literaturstudie einen Überblick über die bestehenden Regulierungen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Die Verhältniszahl Pflegefachkraft zu Patient gibt das Verhältnis an, wie viele Patienten in einer Schicht von einer Pflegeperson maximal versorgt werden dürfen. Die zentralen Erkenntnisse der Studie zeigen, dass in mehreren Staaten ein staatliches Regulierungssystem Nurse-to-Patient Ratios eingeführt wurde. Allerdings umfassen die eingeführten Regulierungssysteme *mehr Aspekte* als nur die Vorgabe von Mindestbesetzungen. Damit soll verhindert werden, dass die Mindestbesetzungsvorgaben zu Obergrenzen werden. Krankenhäuser werden daher z. B. darüber hinaus verpflichtet, Verfahren einzuführen und anzuwenden, um den Pflegebedarf aller Patienten zu ermitteln und entsprechend dem ermittelten Pflegebedarf über die Mindestbesetzungsvorgaben Pflegepersonal vorzuhalten. An die Verfahren und/oder Assessmentinstrumente werden teilweise konkrete Anforderungen gestellt. Ebenso wurden Verfahren und Vorschriften erlassen, um die Einhaltung der Rechtsvorschriften und deren Umsetzung zu kontrollieren.

Als Beispiel werden die Pflegekraft-Patienten-Verhältniszahlen des US-Bundesstaates Kalifornien vorgestellt. Diese sind beispielweise: Intensivstation 1:2; IMC 1:3; Normalstation ohne Fachgebietszuordnung 1:5 (= medizinisch, chirurgisch für Patienten mit geringem Pflegebedarf); Normalstationen mit Fachgebietszuordnung wie z. B. Neurologie, Geriatrie usw. 1:4.

Das Verfahren der Nurse-to-Patient Ratios wurde in Deutschland bereits 2013 in einer Neufassung der Neonatologie-Richtlinie erstmals für neonatologische Intensivstationen der Perinatalzentren des Level 1 und 2 festgelegt. Wegen der Umsetzungsschwierigkeiten in der Praxis wurden die Übergangsregeln bis zum 31.12.2019 verlängert (Simon & Mehmecke, 2017). Zu den entwickelten Vorgaben sei vermerkt, dass diese unter der Prämisse der pflegerischen Versorgungsqualität vereinbart wurden und die Vorgaben deutlich von den damaligen Ist-Zuständen der Pflegepersonalbesetzung entfernt waren. Würden die Pflegepersonal-zu-Patienten Relationen durch Pflegeexperten unter der Perspektive der Sicherstellung einer evidenzbasierten aktivierend-therapeutischen Pflege getroffen werden, ist anzunehmen, dass der Abstand zur aktuellen Besetzung weit entfernt ist und sich in der Nähe des US-Bundesstaates Kalifornien wiederfinden würde.

- Regulierungen durch **Tarifvertrag** oder durch **Vergütungsmechanismen pflegerischer Leistungen außerhalb der DRGs basierend auf Anhaltszahlen**. Die Frage der Personalbesetzung kann auch z. B. im Rahmen eines Tarifvertragssystems reguliert werden. Ein Beispiel hierfür ist New South Wales. Mittelpunkt der Pflegepersonalbedarfsermittlung sind festgelegte vereinbarte Pflegezeiten je Patient und Tag, sogenannte „Nursing Hours Per Patient Day (NHPPD)“. Dabei können die Durchschnittswerte, welche als Grundlage zur Pflegepersonalberechnung genutzt werden, nach Versorgungsstufe des Krankenhauses und Fachabteilungen differenziert werden. Grundlage der Pflegepersonalberechnung nach dem Modell NHPPD sind in dem genannten Beispiel nicht die tatsächliche in jeder Schicht zu versorgenden Patienten, sondern die im Jahresdurchschnitt belegten Betten. Simon und Mehmecke (2017) beschreiben dieses Verfahren im Grunde als ähnliches Modell wie Nurse-to-Patient Ratios. Die vereinbarten Pflegeminuten pro Patient und Tag können entsprechend in Nurse-to-Patient Ratios umgerechnet werden.

Das NHPPD-Modell ähnelt der Personalberechnung in Deutschland basierend auf den Anhaltswerten der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom Dezember 1985. Damals wurden pro Patient und Tag 108 Minuten Pflegezeit als Grundlage zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs vereinbart. Die Berechnungsgrundlage bildete damals die durchschnittliche Belegung und es wurde ein Wochenfaktor angesetzt (6,3 Tage). Da die Annahme bestand, dass am Wochenende

weniger Pflegepersonal benötigt wird als unter der Woche. Nachtdienste wurden gesondert berechnet (Lorenz, 1987).

- Mitentscheidungsrecht der Pflegeberufe bei der **Aushandlung der Pflegepersonalbesetzungen**. Anhaltzahlen sind durchaus kritisch zu hinterfragen. Dieses vor allem, da die Festsetzung dieser nicht abschließend auf empirischen Studienergebnissen basieren und die Zusammenhänge der Ergebnisqualität unbekannt sind (Lorenz, 1987). Eingangs wurde ja bereits erwähnt, dass in Deutschland aktuell keine Datenlage zur Beurteilung des pflegerischen Leistungsgeschehens vorliegt. So wäre denkbar, dass bei einer Finanzierung der Pflegeberufe außerhalb des DRG-Systems die unterschiedlichen Verhandlungspartner wie Pflegemanager, Pflegepraktiker und Pflegewissenschaftler zu komplett anderen Anhaltzahlen und/oder Patienten-zu-Pflegepersonalrelationen kommen würden als das aktuell beauftragte Gremium bestehend aus der GKV und DKG.
- Auch die Verpflichtung zur **Veröffentlichung der IST-Pflegepersonalbesetzung** und pflegerischen Versorgungsqualität über geeignete **pflegesensitive Outcomeindikatoren** ist eine Möglichkeit, Anreize für eine adäquate Pflegepersonalbesetzung zu setzen.
- **Zweckbindung der in der G-DRG ausgewiesenen Pflegepersonalkosten** und weitere Etablierung von Pflegeindikatoren, welche einen Erlösanreiz für aktivierend-therapeutische Pflege setzen.

Die seit 2012 durchgeführten Pflege-Förderprogramme 1 und 2, sowie die Aufnahme von OPS- und ICD-10-Schlüsseln, welche eine Erlösrelevanz durch das pflegerische Leistungsgeschehen bewirken, haben zwar zu einem Pflegepersonalanstieg im Krankenhaus geführt. Ebenso hat sich die Belastungskennziffer Pflegepersonal zu belegtem Bett im Jahresdurchschnitt verbessert, siehe Abb. 7. Allerdings konnte damit keine spürbare Entlastung auf den bettenführenden Facheinheiten festgestellt werden. Grund hierfür ist zum einen die Zunahme der Fallzahlen im Jahresdurchschnitt und die aktuell nicht bezifferbare Zunahme der pflegerischen Fallkomplexität durch die demographischen Veränderungen und die Multimorbidität. Zudem sind die zusätzlich zur Verfügung stehenden Mittel in andere Bereiche geflossen.

Die Entscheidung in Deutschland ist zunächst auf die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen gefallen. Gem. § 137i SGB sollen ab Januar 2019 die Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus gelten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) sind zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung damit beauftragt, die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 zu definieren.

3 Pflegepersonaluntergrenzen

Der Begriff Pflegepersonaluntergrenzen ist breit und es gibt hierzu verschiedene Auslegungsarten, die diskutiert werden. So kann z. B. die täglich nachzuweisende Mindestbesetzung in jeder Schicht in Relation zur Anzahl zu versorgender Patienten, welche nicht unterschritten werden darf, verstanden werden. So würde die Relationszahl für die Tagesschicht, sowohl für den Früh- als auch Spätdienst 1:10 bedeuten, so dass eine Pflegeperson maximal 10 Patienten pro Schicht versorgen darf.

Es gibt aber auch Definitionen von Pflegepersonaluntergrenzen, welche eine Mindestbesetzung in jeder Schicht als Durchschnittswert eines Quartals vorgeben. Hierbei wird ebenfalls von einer Pflegeperson-zu-Patienten-Relation (Nurse-to-Patient-ratio) gesprochen. Würde hier eine 1:10 ausgesprochen werden, würde es zum Beispiel möglich sein, dass an einem Tag in der Frühschicht 1:6 gearbeitet wird und am Nachmittag 1:14. Am Wochenende in der Früh 1:12 und am Nachmittag 1:25. Wichtig wäre, dass auf ein Quartal bezogen auf alle Schichten ein Durchschnittswert von 1:10 nicht unterschritten wird.

Personaluntergrenzen können sich aber auch auf das Bett und/oder belegtes Bett, welches eine Pflegeperson in der Schicht maximal zu versorgen hat, beziehen. Abhängig, welche Kennzahl am Ende festgelegt wird, bedeutet dieses für die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen Unterschiedliches.

Offen ist zudem, welche Personen des Pflegedienstes gezählt werden, Pflegehilfspersonen und/oder Pflegefachpersonen. Zudem ist klar, dass der Pflegepersonalbedarf einer Facheinheit/Station auch davon abhängt, wie pflegebedürftig die Patienten sind, die auf der jeweiligen Facheinheit versorgt werden.

Ebenso ist unklar, wie diese Pflegepersonaluntergrenze ermittelt wird. Auch hier gibt es unterschiedliche Ansätze. So kann der durchschnittliche Pflegebedarf der Patienten als Grundlage genutzt werden, um eine Pflegepersonaluntergrenze zu ermitteln. Den durchschnittlichen Pflegebedarf kann man zum Beispiel über die Auswertung der Patientenzustände und erbrachten Pflegeleistung basierend auf retrospektiven Datenanalysen durchführen, wenn Kliniken mit standardisierten Pflegeassessments, -diagnosen und Pflegemaßnahmen mit normativen Zeitwerten arbeiten. Hier gäbe es in einigen Kliniken bereits brauchbare Datensätzen.

Ein anderer Weg ist zu prüfen, wie die durchschnittliche Besetzung in den verschiedenen Facheinheiten in deutschen Kliniken ist, mittels Perzentillösung könnte eine Untergrenze definiert werden. Dieses Vorgehen scheint wahrscheinlich, da aktuell ca. 600 Kliniken mit den ausgewählten Fachbereichen in Deutschland zur Pflegepersonalbesetzung befragt werden. Die Selbstverwaltungspartner konnten sich im Streit um die Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen nun auf Monatsdurchschnittswerte einigen. Verhindert werden soll damit eine schicht- und tagesgenaue Erfassung des eingesetzten Pflegepersonals und des Pflegebedarfs der Patienten. An dieser Entscheidung wird bereits erkennbar, dass Pflegepersonaluntergrenzen nicht im Sinne der Pflege und Sicherstellung einer nachhaltigen pflegerischen Versorgung entschieden werden.

3.1 Personaluntergrenzen definieren eine Herausforderung

Bei Auseinandersetzung mit dem Thema wird deutlich, dass Personaluntergrenzen nur in Verbindung mit anderen Regularien wie z. B. einer auf Pflegediagnostik basierenden Pflegebedarfserhebung der Patienten, Sicherstellung einer adäquaten evidenzbasierten Pflege oder systematischer Outcomebewertung zu einer bedarfsgerechten Versorgung führen können. Es fehlt ein Anreiz, das pflegerische Handeln neu zu gestalten. Dieses vor dem Hintergrund, dass Jahrzehnte die Pflegepraxis das Wissen über aktivierend-therapeutische Maßnahmenkonzepte abgebaut hat und keine Konzeptentwicklung für ein Patientenklintel entwickelt wurde, welches eine kurze Liegezeit aufweist.

Studienergebnisse von Aiken et al. (2012) zeigen, dass die Pflegepersonalbesetzung in deutschen Kliniken bezogen auf die Pflegeperson-zu-Patienten-Relation im europäischen Vergleich am Schlechtesten ist. Ebenso wissen wir aus der Neuauflage der RN4Cast-Studie, dass das Rationierungsverhalten in den deutschen Kliniken im Vergleich zu 2010 weiter angestiegen ist (Britta Zander et al., 2017). Vergleich ist das Rationierungsverhalten mit 4,7 Pflegemaßnahmen höher als im europäischen Durchschnitt (Ausserhofer et al., 2014).

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich das Rationierungsverhalten auf die Patientensicherheit und Pflegequalität negativ auswirkt. Mögliche Konsequenzen sind steigende Mortalitätsraten, das Auftreten von Komplikationen und pflegespezifischen Fehlern, verlängerte Krankenhausaufenthalte, ein vermehrtes Eintreten persönlicher Leiden (beispielsweise aufgrund lange ausbleibender Schmerzmedikation), nicht eingeleitete Patientenedukation oder aktivierend-therapeutische Maßnahmen und eine verlängerte oder dauerhafte Pflegeabhängigkeit. Ein systematischer pflegediagnostischer Prozess, der bei komplexen Fallkonstellationen mit Blick auf eine angemessene pflegerische Entscheidungsfindung unabdingbar wäre, findet nicht regelhaft statt. Gerade der fehlende pflegediagnostische Prozess und die mangelhafte Umsetzung aktivierend-therapeutischer Pflege sind zentrale Auslöser der vorhandenen Missstände und Fehlversorgung. Analysen deutscher Pflegepersonalbesetzungen und Outcome-Indikatoren weisen trotz ungenauer Datenlage auf einen Zusammenhang zwischen Personalausstattung und unerwünschten Ereignissen hin (Albrecht et al., 2017; Schreyögg & Milstein, 2016).

Die Expertengremien sind sich einig, eine Entwicklung von schichtbezogenen Vorgaben zur Pflegepersonalbesetzung ist somit aktuell nicht möglich (Albrecht et al., 2017; Roßbach et al., 2017). Derzeit existieren keine Forschungsarbeiten darüber, wie hoch der tatsächliche Pflegebedarf der Patienten in den Kliniken ist. Vor dem Hintergrund der fehlenden Datenlage ist verständlich, dass sich die Entscheidungen über Pflegepersonaluntergrenzen nur am aktuellen Pflegepersonalstand und -geschehen orientieren kann. Dieses wäre allerdings eine Festschreibung bestehender Missstände und eine Verhinderung der Pflegeentwicklung.

Eine weitere negative Konsequenz wird sich aus den Pflegepersonaluntergrenzen ergeben. Kliniken müssen diese zwingend einhalten, um langfristig Abschläge bei Unterschreitung zu vermeiden. Demzufolge entsteht ein hoher zusätzlicher administrativer Steuerungsprozess. Kliniken können bei Unterschreitung

der Personaluntergrenze bei zahlreichen Zugängen, Patienten nicht mehr aufnehmen oder müssen kontinuierlich täglich ihren Personalstand an die Belegung anpassen. Herr Gesundheitsminister Jens Spahn hat diesen administrativen Aufwand auf dem Kongress Junge Pflege des DBfK am 03.05.2018 in Bochum sehr plastisch skizziert. Er stellt berechtigt die Frage, ob dieser zusätzliche administrative Aufwand sinnvoll ist, vor allem da diese Nachweispflichten keinen Mehrwert im Rahmen einer adäquaten Pflegeprozesssteuerung eines Patienten darstellen.

Vor dem Hintergrund der durchaus kritischen Aspekte, welche mit einer reinen Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen verbunden sind, ist zu prüfen, ob die Forderung im Koalitionsvertrag (siehe Abb. 3) sinnvoll ist.

4421	Den Auftrag an Kassen und Krankenhäuser, Personaluntergrenzen für pflegeintensive
4422	Bereiche festzulegen, werden wir dergestalt erweitern, dass in Krankenhäusern derar-
4423	tige Untergrenzen nicht nur für pflegeintensive Bereiche, sondern für alle bettenfüh-
4424	renden Abteilungen eingeführt werden.

Abbildung 3: Koalitionsvertrag 2018

(<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf?blob=publicationFile&v=5>)

Fazit:

Valide Pflegepersonaluntergrenzen können aufgrund einer fehlenden Datenlage in Deutschland über den Pflegebedarf und die damit verbundenen benötigten Personalressourcen nicht abgeleitet werden. (GKV-Spitzenverband & Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2018).

Ohne parallele Regelungen neben der Definition der Personaluntergrenzen, welche Anreize für eine patientenorientierte evidenzbasierte pflegerische Versorgung setzen, werden vorherrschende Missstände und Unterversorgung der Patienten kaum zu beeinflussen sein. Eine reine Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung führt nicht notwendigerweise zu einer Verbesserung der Attraktivität des Pflegeberufes und/oder Qualitätsverbesserung. Hierzu benötigt es weitere Maßnahmenbündel (Thomas et al., 2014).

Eine valide Pflegepersonaluntergrenzendiskussion muss den Pflegebedarf der zu versorgenden Patienten und das gewünschte Qualitätsniveau mitberücksichtigen.

Das Pflegemanagement wird künftig am Dienstplanungsterminal Pflegepersonal anhand der Vorgaben steuern, um Unterschreitungen der Personalgrenzen zu vermeiden, anstatt sich um Pflegeentwicklung und Qualitätssteuerung zu bemühen.

3.2 Aktueller Diskussionsstand zu den Personaluntergrenzen

Die Vertragsparteien haben auf Basis der veröffentlichten Diskussionsgrundlagen folgende pflegesensitive Fachbereiche festgelegt:

Geriatric, Neurologie, Kardiologie, Herzchirurgie, Unfallchirurgie und Intensivmedizin (GKV-Spitzenverband & Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2018, pp., S. 11).

Auf Grundlage einer in Auftrag gegebenen Datenerhebung und -auswertung, bezogen auf die derzeitige Pflegepersonalausstattung und Pflegelast, ist geplant, für zunächst vier der sechs ausgewählten Fachbereiche die Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen. Wie bereits erwähnt finden aktuell Befragungen in den entsprechenden Kliniken statt, wie sich die Pflegepersonalausstattung in den Fachbereichen darstellt. Auffällig ist, dass jene Bereiche ausgewählt wurden, die über Steuermechanismen innerhalb des G-DRG-Systems bereits über eine höhere Pflegepersonalausstattung verglichen mit zahlreichen Normalstationen verfügen.

Die genaue Berechnungsgrundlage für die Personaluntergrenzen ist noch nicht bekannt. Im Zwischenbericht heißt es: „Die Festsetzung eines Versorgungsniveaus beim x-ten Perzentil führt für jeden pflegesensitiven Bereich zu einer schweregradgerechten Pflegepersonaluntergrenze sowohl für die Tagsschicht als auch die Nachtschicht.“ Bisher veröffentlichte Überlegungen basieren auf dem Fachgutachten von Schreyögg & Milstein (2016) und der Entwicklung des Pflegelast-Kataloges. Offene Punkte sind z. B., welche Personen bei den Pflegepersonaluntergrenzen Berücksichtigung finden (z. B. Stationssekretärin, Auszubildende usw.). Zusammenfassend ist zu vermuten, dass die definierten Untergrenzen für ca. 75 % der Kliniken unter der aktuellen Besetzung angesetzt werden. In dem Fachgutachten von Schreyögg und Milstein (2016) wird die Perzentil- oder Dezentil-Grenze als mögliche Personaluntergrenze diskutiert. Es besteht damit ein hohes Risiko, dass die vereinbarten Personaluntergrenzen zu Obergrenzen werden. Damit besteht für betroffene Fachstationen das Risiko, dass hier langfristig Personal abgebaut wird.

Auch die z. B. im deutschen Ärzteblatt (2018) vorgestellten Äußerungen der Vertragspartei DKG, dass die Krankenhausträger eine Mindestbesetzung anstreben, die nicht in jeder Schicht, sondern im Durchschnitt eines Quartals eingehalten werden müssen und Strafen erst nach drei Jahren der „Nichterfüllung“ greifen sollen, lässt Schlimmes ahnen. Mittlerweile ist bereits bestätigt, dass ein Durchschnittswert zur Einhaltung der Personaluntergrenze vereinbart wurde (Millich, 2018a). Ebenso berichtet Herr Baum (Hauptgeschäftsführer der DKG) in einem Vortrag über den aktuellen Verhandlungsstand zu den Personaluntergrenzen, dass eine Fachkraftquote 2/3 examiniertes Pflegepersonal angestrebt wird.

Eine positive Entwicklung ist aus den Veröffentlichungen zum Thema zu entnehmen. Die Vertragsparteien sind zu der Erkenntnis gelangt, dass die Fallschwere der zu versorgenden Patienten auf einer Facheinheit mitberücksichtigt werden muss.

3.3 Berücksichtigung der Fallschwere

Überlegungen, die Fallschwere der zu versorgenden Patienten bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen sind bereits von Gremien der Pflege immer wieder gefordert worden¹. Diese Überlegungen wurden sowohl im Zwischenbericht der Verhandlungspartner als auch in der Bundesratssitzung vom 23. März 2018 aufgegriffen. Die Fachgremien sprechen hier von einem „Pfle gelast-Wert“, welcher auf der Datenbasis des Pflegelast-Kataloges, welcher vom InEK veröffentlicht wurde, berechnet wird.

Grund für die Entscheidung ist die Annahme, dass abhängig vom Patientenkontext der Pflegebedarf auf gleichen Fachabteilungen unterschiedlich sein könnte und dieses berücksichtigt werden müsse. Die Entscheidung, dass der durchschnittliche Pflegebedarf der Patienten einer Facheinheit Berücksichtigung finden sollte ist begrüßenswert, allerdings ist die Frage zu stellen, ob dieses mit einem „Pfle gelast-Wert“ möglich ist. Das InEK wurde im November 2017 damit beauftragt, einen methodischen Ansatz zu entwickeln, um den unterschiedlichen Pflegebedarf auf Facheinheiten abbilden zu können. Ergebnis dieser Überlegungen ist der im April veröffentlichte Pflegelast-Katalog Version 0.99.

3.4 Pflegelast-Katalog

Im G-DRG-System wird den einzelnen DRGs eine Bewertungsrelation, basierend auf den durchschnittlichen Kostenkalkulationen der Patientenfälle mit ähnlichen Erkrankungen und Prozeduren (Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, Alter usw.) zugewiesen. Mit dieser Bewertungsrelation wird das Verhältnis der verschiedenen DRGs bezogen auf den Ressourcenverbrauch gegenüber anderen DRGs beschrieben. Das Relativgewicht und der Basisfallwert werden genutzt, um den Erlös eines Krankenhauses für den Behandlungsaufwand zu berechnen. Der Pflegelast-Wert wurde ausgehend von den Pflegekosten der jeweiligen DRG und den Verweildauern ermittelt und beschreibt ein tagesbezogenes Relativgewicht, differenziert nach dem kalkulierten Ressourcenverbrauch auf Normalstation, Intensivstation mit Differenzierungen bei Kindern.

¹ Stellungnahme der Fachgesellschaft Profession Pflege vom 8. März 2017 <http://www.pro-pflege.eu/fachgesellschaft/stellungnahmen/detail/expertenkommission-pflegepersonal-im-krankenhaus-2017-35> und Vier Punkte für sinnvolle Personaluntergrenzen: http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/SP_09_2017_Wieteck_Vier_Punkte_fuer_sinnvolle_Personaluntergrenzen_77.pdf

DRG	Parti-tion	DRG in Anlage 3a FPV	Bezeichnung	Bewertungs-relation/Tag Normalstation	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation	Bewertungs-relation/Tag Normalstation Kinder	Bewertungs-relation/Tag Intensivstation Kinder
1	2	3	4	5	6	7	8
K60C	M		Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	0,0317	0,1161		
K60D	M		Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,0479	0,1187		
K60E	M		Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,0220	0,1104		
K60F	M		Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,0234	0,1013		

Abbildung 4: Auszug aus dem Pflegelast-Katalog des InEK 2018

Die Annahme der Vertragsparteien ist, dass Facheinheiten mit einer hohen durchschnittlichen pflegerischen Bewertungsrelation Patienten mit einem höheren pflegerischen Bedarf an Pflegeleistungen versorgen als Facheinheiten mit einer niedrigen Bewertungsrelation. Der Pflegelast-Katalog soll zur Risiko-adjustierung für den durchschnittlichen Pflegeaufwand einer Station genutzt werden. Die Pflegeperso-nalkostenzuweisung zu den DRG-Fallgruppen wird in der Regel über die PPR (Pflegepersonalregelung) realisiert. Diese Kostenzuweisung unterliegt dem aktuellen Rationierungsverhalten in der Pflege und stellt einen Mittelwert der durch Kalkulationskliniken zugeordneten Pflegekosten einer G-DRG-Fallgruppe dar. Dieser Pflegeerlösanteil über das Pflegerelativgewicht (=Pflegelast-Wert) hat wenig mit dem tatsächlichen Pflegebedarf einer Patientengruppe innerhalb einer DRG-Fallgruppe zu tun. Daher sollte der Begriff „Pflegelast-Katalog“ dringend in „Pflegerelativgewicht“ für einen tagesbezogenen kalkulierten Ressourcenverbrauch überführt werden. Die Pflegelast-Werte aller Patienten einer Facheinheit würden über das Jahr ermittelt und der Durchschnittswert berechnet.

Rechenweg zur Ermittlung des fallbezogenen Pflegelast-Wertes: Herr Meier mit einer chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung war 2 Tage auf der Intensivstation und 11 Tage auf Normalstation. Der DRG (E65B) würde für die Normalstation ein Relativgewicht pro Tag von 0,0259 und für die Intensivstation von 0,1094 zugewiesen werden. Werden die Werte für den Aufenthalt entsprechend mit den Verweildau-ertagen in den beiden Bereichen multipliziert, ergibt sich der „Pflegelast-Wert“ ($2 \times 0,1094 + 11 \times 0,0259$) von 0,5037. Da es sich bei dem Patienten um einen an Demenz erkrankten Patienten handelt, wird der OPS 9-200.01 (PKMS) verschlüsselt. Dem ZE² 160.01 wurde ein fallbezogenes Relativgewicht von 0,3425 zugewiesen. Dieses wird zur Berechnung der fallbezogenen Pflegelast addiert, woraus sich ein Pflegelast-Wert von 0,8462 für den Patienten ergibt.

Basierend auf den durchschnittlichen Pflegelast-Werten einer Facheinheit könnten Stationen einem „Schweregrad“ (Pflegelast) zugeordnet werden. So wurde im Zwischenbericht der GKV und DKG abhängig vom Schweregrad eine Personaluntergrenze von 1:12 (niedriger Schweregrad), 1:10 (mittlerer Schweregrad), 1:8 (hoher Schweregrad) diskutiert. Alternativ dazu könnten die Relativgewichte ohne die von der DKG vorgeschlagene Klassifizierung der Facheinheiten in Personaluntergrenzen überführt werden, hierzu wird pro durchschnittlichem Pflegelast-Wert X einer Station die Pflegepersonal-zu-Pati-entenrelation Y vereinbart.

Exemplarische Berechnungen des durchschnittlichen Pflegelast-Wertes verschiedener Facheinheiten ei-ner Klinik zeigen, dass der Pflegelast-Wert ohne die Pflegeindikatoren des OPS „hochaufwendige Pflege“ und „Pflegebedürftigkeit“ nicht gravierend voneinander abweichen. Erst durch die spezifischen pflegeri-schen Indikatoren wird die unterschiedliche Fallschwere sichtbar. Hier sind die Facheinheiten benach-teiligt welche viele hochaufwendige Kurzlieger versorgen, da alle bisherigen Pflegeindikatoren mit einer längeren Verweildauer verbunden sind.

² ZE= Zusatzentgelt für den OPS 9-20

Fachstationen	Normalstation ☉	€/Tag N	Intensivstation ☉	€/Tag I	Pflegelast gesamt	ZE 130 + 0,34	PCCL
Chirurgie (n 247)	0,031	90,92	0,119	349,02	0,150	ca. 5%	2,4
Innere Med I (n 267)	0,030	87,99	0,112	328,49	0,142	ca. 10 %	2,2
Innere Med 3 (n 262)	0,029	85,06	0,108	316,76	0,137	ca. 10 %	2,1
Unfallchirurgie (n 131)	0,028	82,12	0,111	325,56	0,139	ca. 3,5%	1,4
Geriatrie (n 206)	0,030	87,99	0,111	325,56	0,141	ca. 60%	2,4
Neurologie (n 187)	0,030	87,99	0,109	319,69	0,139	ca. 7%	2,0
Dermatologie (n 139)	0,029	85,06	0,108	316,76	0,137	ca. 1,3%	1,3
Hämatologie (n 213)	0,032	93,85	0,111	325,56	0,143	ca. 1%	3,0

Tabelle 2: Durchschnittlicher Pflegelast-Wert einer Klinik

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des in der G-DRG-Kostenkalkulation Instrumentes der PPR nicht verwunderlich. Die Differenzierung unterschiedlicher Fallkosten abhängig von der Fallschwere ist durch die PPR gering. Die Differenzierung der PPR sowohl in der Pflegekostenkalkulation innerhalb des DRG-Systems und den damit verbundenen Kompressionseffekten ist ebenso bekannt wie die eingeschränkte Fähigkeit des Instrumentes, die unterschiedlichen Fallschweren und Pflegebedarfe der Patienten adäquat abzubilden. Ein weiterer zentraler Kritikpunkt der PPR ist in der wenig hilfreichen Operationalisierung der Items zu sehen. Diese sind zur Pflegeprozessdokumentation zu abstrakt und unterliegen einem breiten Interpretationsspielraum. Somit ergeben sich Ungenauigkeiten bei der Kodierung. Zudem würde eine adäquate Pflegeprozessdokumentation zur pflegefachlichen Steuerung des Pflegeprozesses vielerorts eine genauere Pflegedokumentation erfordern (Wieteck & Kraus, 2016).

Fazit

- Der Pflegelast-Wert ist aktuell der einzige verfügbare Datensatz, welcher eine unterschiedliche Fallschwere differenzieren kann. Eine Weiterentwicklung und weitere Ausdifferenzierung ist zu empfehlen.
- Der Name „Pflegelast-Katalog“ führt zu falschen Annahmen und sollte in Pflegerelativgewicht umbenannt werden.

4 Finanzierung der Pflege außerhalb des G-DRG-Systems

Die Überlegungen, wie sie zuletzt im Bundestag am 16.04.2018 durch die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Sabine Dittmar vorgeschlagen wurden, Pflege aus dem DRG-System herauszulösen und nach dem **Selbstkostendeckungsprinzip** zu finanzieren, gehen unserer Meinung nach ebenfalls in eine falsche Richtung. Auch die gesundheitspolitische Sprecherin Fr. Sabine Dittmer räumt ein: „*Untergrenzen sind nicht das was mich zufrieden stellt. Wir brauchen ordentliche Personalbemessungszahlen*“. Diese zu entwickeln und auf ein solides Fundament zu stellen, würde mindestens drei Jahre dauern (Dittmar S. IN: Balling, 2018). Diese Einschätzung greift natürlich vor dem Kenntnisstand der internationalen Literatur zu den verschiedenen Personalbemessungsinstrumenten deutlich

zu kurz, wenn davon ausgegangen werden soll, dass das künftige Personalbemessungsinstrument nicht denselben Einschränkungen der Aussagekraft wie die PPR unterliegen soll (Wieteck & Kraus, 2016).

Auch im Koalitionsvertrag (2018) der Bundesregierung wird die Herauslösung der Pflegepersonalkosten unabhängig von den Fallpauschalen aufgenommen (siehe Abb. 5).

4546	Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen ver-
4547	gütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen
4548	und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkosten-
4549	vergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflege-
4550	personalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten berei-
4551	nigt.
4552	

Abbildung 5: Auszug aus dem Koalitionsvertrag 2018

Unklar ist, auf welcher Basis die „rankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarfe“ ermittelt und verhandelt werden sollen. Wie bereits oben beschrieben wurde, gibt es aktuell keine valide Datengrundlage, um hier entsprechend Rückschlüsse auf eine adäquate Pflegepersonalbemessung machen zu können. Das Selbstkostendeckungsprinzip bedeutet, dass die Betriebskosten (in diesem Fall die Kosten für die Pflegepersonalstellen) bei Nachweis dieser finanziert werden sollten.

Aus der bisherigen Erfahrung wissen wir, dass die Verhandlungen jeder einzelnen Klinik bezogen auf die Finanzmittel für das Pflegepersonalstellenbudget entsprechend des Selbstkostendeckungsprinzips nicht erfolgversprechend sein werden. Dieses vor dem Hintergrund der Stellung der Pflege im Krankenhaus, sowie der fehlenden Datenlage über Patientenbedürfnisse und dem daraus ableitbaren Pflegebedarf.

Die Pflegepersonalbudgets wurden in der Zeit von 1972 bis zur Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 und der Bundespflegesatzverordnung 1995 nach diesem Prinzip der Selbstkostendeckung finanziert. Auch hier gibt es verschiedene Ansätze der Ausgestaltung, z. B. die retrospektive Erstattung der tatsächlich aufgebrauchten Pflegepersonalkosten oder wie es zur damaligen Zeit realisiert wurde, eine vorkalkulierte Selbstkostenbudgetverhandlung. Im KHG 1985 § 4 Satz 2 wurde formuliert, dass die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den verhandelten Pflegesätzen zusammen die „vorkalkulierten“ Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken muss (Weber, 2004). Auch das damals eingeführte Selbstkostendeckungsprinzip war kein Selbstbedienungsladen, sondern basierte auf Verhandlungen. Bei den Budgetverhandlungen der Pflegesätze mussten unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und Kostenkalkulationen die tagesgleichen Pflegesätze verhandelt werden. Zu dieser Zeit gab es ebenfalls einen politisch anerkannten Pflegenotstand, denn als Grundlage dieser Verhandlungen wurden die Anhaltzahlen von 1969, welche einseitig von der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfohlen wurden, herangezogen. Bereits Anfang der 1980er Jahre bestand in der Gesundheitspolitik weitgehende Einigkeit darüber, dass die Entwicklung eines neuen Pflegepersonalbedarfs-Instrumentes erforderlich ist (Simon, 2015). 1990 ist die Verantwortung für die Regelung des Pflegepersonalbedarfs in der Krankenhauspflege auf die Bundesregierung übergegangen, nachdem die GKV und DKG zu keiner Einigung bezüglich einer gemeinsamen Empfehlung einer sinnvollen Pflegepersonalbedarfsregelung gekommen waren (Weber, 2004).

Mit der Einführung der PPR 1993 sollte dem damaligen Pflegepersonalnotstand entgegengewirkt werden. Der Stellenabbau hat sich mit Einführung der Fallpauschalen und des DRG-Systems zunächst fortgesetzt. Erst seit die Pflege im DRG-System erlösrelevant wurde und Förderprogramme eingesetzt wurden, ist der kontinuierliche Personalstellenabbau gestoppt und seit 2007 kontinuierlich Pflegepersonal im Krankenhaus aufgebaut worden. Zudem können zahlreiche offene Stellen aktuell nicht besetzt werden.

Fazit:

- Eine adäquate Grundlage für Pflegepersonalstellenbudget-Verhandlungen fehlen in den meisten Kliniken.
- Trotz der bisherigen negativen Erfahrungen mit den Selbstverwaltungspartnern DKG und GKV wurde der Auftrag, sinnvolle Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren, erneut unter Ausschluss der Pflegefachexperten übertragen.

- Ohne eine Verhandlungsgrundlage bezogen auf das pflegerische Leistungsgeschehen und pflegerische Outcome zu berücksichtigen, wird auch dieser Vorschlag nicht den gewünschten Erfolg für die Pflegenden erzielen, sondern im Verlauf der Zeit dem Verhandlungsgeschick der Kassen und Kliniken unterliegen.
- Daher ist die gleichzeitige Einführung eines Pflegepersonalbemessungsverfahrens und Instruments zur Leistungstransparenz und Qualitätsbewertung pflegerischer Leistungen zwingend zu entwickeln und zu realisieren. Einen guten Ansatz hierzu bieten NRGs (Nursing related groups) (Müller, 2015; Wieteck, 2015; Wieteck & Krug, 2015).
- NRGs können innerhalb und außerhalb des DRG-Systems etabliert werden. Basierend auf einer standardisierten Pflegeprozessdokumentation mit Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen können die Daten der täglichen Regeldokumentation genutzt werden um differenziert den Pflegepersonalbedarf zu berechnen. Auch das Aufsetzen eines Finanzierungssystems pflegerischer Leistungen ist denkbar, aber nicht zwingend. Mit Hilfe der Daten aus der Regeldokumentation besteht die Möglichkeit, ohne zusätzliche Dokumentationsaufwände Qualitätsindikatoren zu platzieren und das pflegerische Leistungsgeschehen evaluieren zu können. NRGs oder auch PRGs (Pflegerrelevante Fallgruppen) würden sich auch gut schrittweise innerhalb der DRG-Systematik etablieren lassen. Dieses hätte den Vorteil, dass vorhandene Strukturen der kontinuierlichen Weiterentwicklung vorhanden sind (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2004; Isfort & Weidner, 2003; Wieteck, 2015).
- Entsprechend den Erkenntnissen der internationalen Literaturanalyse zu den verschiedenen Personalbemessungsinstrumenten im Krankenhaus ist ein multidimensionales Verfahren zu entwickeln/einzusetzen. NRGs/PRGs würden diesem Anspruch entsprechen. Dieses sollte die Anforderung, dass die Daten aus der Pflegeprozessdokumentation einer elektronischen Patientenakte generiert werden, erfüllen. Hauptgrund für die Empfehlung der Experten, multidimensionale Instrumente einzusetzen ist, dass sowohl die Handlungsbegründung/die Fallschwere als auch das pflegerische Leistungsgeschehen transparent werden. Zudem sind dies die Bestandteile einer adäquaten Regeldokumentation (S. Bartholomeyczik & Hunstein, 2000).

5 Kernprobleme bisheriger Personalpolitik im Krankenhaus

Zusammenfassend lassen sich einige Kernaspekte benennen, welche ursächlich Einfluss darauf haben, dass Pflegeberuf in regelmäßigen Abständen in einen „Pflegerotstand“ gedrängt werden. Einer der zentralen Aspekte ist sicher, dass Pflege bisher immer fremdbestimmt war und das Wesen pflegerischer Arbeit bei den Entscheidern nicht als Profession wahrgenommen wurde/wird. Nach dem Motto „Pflege kann jeder“. Erst langsam etablieren sich Pflegekammern, welche langfristig die Aufgaben der Selbstverwaltung übernehmen können. Einige Kernaspekte werden exemplarisch vertieft vorgestellt. Die Aufzählungen können noch erweitert werden.

5.1 Pflege als Profession ist am „point of care“ noch nicht etabliert

Es darf einen bedenklich stimmen, wenn auf der einen Seite von erschreckenden Qualitätsmängeln in der Pflege berichtet wird, Pflegenden am Bett, Pflegeverbände und Entscheider es als Statusaufwertung verstehen, wenn Pflegenden ärztliche Tätigkeiten übertragen werden und auf der anderen Seite seit zwanzig Jahren Pflegestudiengänge etabliert sind, Lehrstühle für Pflegewissenschaft eingerichtet wurden, die Anzahl von Promotionen und Habilitationen in der Pflege wächst. Aber dieses Wissen am „point of care“ nicht ankommt. Ein Verständnis einer evidenzbasierten kritischen Pflege am Bett hat sich nicht entwickelt, obwohl Pflege am Bett durch aus Aufgaben im Bereich ihrer Profession wahrnehmen könnten und dieses maßgeblich zu einer nachhaltigen pflegerischen Versorgung beitragen könnte. Exzellente ausgebildete Pflegepersonen suchen sich überwiegend Arbeitsplätze entfern vom Patientenbett, da es in Kliniken keine Strukturen gibt z.B. Pflegekonzepte in einem Fachbereich weiterzuentwickeln, umzusetzen oder Personalentwicklung zu unterstützen.

Bei zentralen Personen der Gesundheitspolitik, wie z. B. dem Verdi-Bundesvorstand Frau Silvia Bühler, fehlt scheinbar ein Verständnis über die Bedeutung des pflegediagnostischen Prozesses und den Pflegeprozess. So wird laut Newsmeldung das neue Ausbildungsberufegesetz von Frau Bühler kritisiert, da es ihrer Meinung nach zu einer Arbeitsteilung im Pflegeprozess führen würde. Aufgaben würden sich

stärker in Richtung Planung und Evaluation des Pflegeprozesses verschieben und Assistenzberufe wären somit für die Durchführung der Maßnahmen vorgesehen (ver.di, 2018). Übersehen wird bei der Betrachtungsweise, dass die Realisierung des pflegediagnostischen Prozesses zum Versorgungsprozess gehört und gerade dieser bisher vernachlässigte Bestandteil pflegerischer Arbeit maßgeblich die Qualität und die Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege ermöglicht, und wie von ver.di gefordert, unweigerlich zu einer ganzheitlichen pflegerischen Versorgung gehört. In diesem Bereich fand in den letzten Jahrzehnten eine massive Rationierung statt, was nicht folgenlos für viele Betroffene geblieben ist. Um den Zusammenhang zu illustrieren, ein kleiner Blick in das pflegerische Leistungsgeschehen der Versorgung eines Patienten mit Harninkontinenz.

In der nachfolgenden Abbildung 6 werden die verschiedenen Inkontinenzformen, welche bei einem Patienten vorliegen können, vorgestellt. Ebenso die pflegerischen Maßnahmenkonzepte, um entweder die Kontinenz zu fördern oder den Patienten dabei zu unterstützen, mit seiner Erkrankung umzugehen und in den Alltag zu adaptieren. Die pflegerischen Maßnahmenkonzepte mit drei „+++“-Zeichen haben die höchste Evidenz bei der jeweiligen Inkontinenzform.

Sehr schnell wird erkennbar, dass wenn Pflegenden keinen systematischen pflegediagnostischen Prozess realisieren, es unmöglich ist, evidenzbasierte Pflegemaßnahmen mit dem Betroffenen zu konsentieren und umzusetzen. Ebenso ist dies im Kontext einer differenzierten interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst erforderlich, da z. B. zahlreiche Medikamente eine Dranginkontinenz fördern.

ENP-Pflegediagnosen								
	hat bei starkem/ imperativem Handlungsdruck einen unwillkürlichen Harnabgang (Dranginkontinenz)	hat aufgrund eines insuffizienten Schließersapparates bei erhöhtem unwillkürlichen Harnabgang (Releasungsinkontinenz)	hat aufgrund unwillkürlicher, nicht hermanischer Detrusor- Kontraktionen einen unwillkürlichen Harnabgang (Reflexinkontinenz)	hat eine chronische Harnretention (und einen unregelmäßigen Harnabgang) (Überlaufinkontinenz)	hat aufgrund einer Umgehung des Urinleittraktes einen Harnabgang (extraurethrale Inkontinenz)	ist nicht in der Lage, bei intaktem Urinleittrakt einen Urinabgang zu kontrollieren (funktionelle Inkontinenz)	hat aufgrund einer Detrusorhyperaktivität und einer Insuffizienz des Schließersapparates einen unwillkürlichen Harnabgang (Mischinkontinenz)	
Pflegemaßnahmen im Kontext der Harninkontinenz	Dranginkontinenz	Belastungsinkontinenz	Neurogene (Reflex)-inkontinenz	Überlaufinkontinenz	Extraurethrale Inkontinenz	Funktionale Inkontinenz	Mischinkontinenz	Sonstiges
Beratungsgespräche	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	
Anpassung der Lebensgewohnheiten (wie Gewichtsreduktion; Verzicht auf diuretisch wirkende Getränke, Nikotin)	+++	+++	-	-	-	++	+++	
Miktions Protokoll führen	+++	+++	+++	+	+	+++	+++	
Toilettentraining	++	++	+	-	-	+++	++	
Blasentraining	+++	-	-	-	-	-	++	
Beckenbodentraining	++	+++	-	-	-	-	++	
Inkontinenzhilfsmittel	++	++	++	++	++	++	++	
Triggern	-	-	++	-	-	-	-	
Intermittierender Katheterismus	-	-	+++	-	-	-	-	
Ableitende Systeme wie Balsenverweilkatheter und subrapubischer Katheter	-	-	++*	-	++*	-	-	
Miktionsstraining (z. B. Doppelmiktion)	-	-	-	++	-	-	-	Bei Restharn

+++ Handlungskonzept hat eine hohe Relevanz bei der Inkontinenzform
 ++ Handlungskonzept hat eine Relevanz unter Berücksichtigung verschiedener Konstellationen und/oder als zusätzliche Pflegemaßnahme
 + Handlungskonzept hat eine untergeordnete Bedeutung
 - keine Bedeutung, * Nur wenn keine anderen therapeutischen Maßnahmen greifen

Abbildung 6: ENP-Pflegediagnosen und Maßnahmenkonzepte

In der nachfolgenden Tabelle wird die medizinische Diagnostik der pflegerischen Diagnostik gegenübergestellt. Basierend auf einer systematischen Pflegediagnostik können erst, wie in dem Beispiel dargestellt, evidenzbasierte Handlungskonzepte und aktivierend-therapeutische Maßnahmenkonzepte ausgewählt werden. Auch wird bei der Gegenüberstellung sehr schnell deutlich, dass erst der Blickwinkel eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten mit all seinen Ressourcen und Möglichkeiten die Erkrankung erfolgreich zu bewältigen ermöglichen.

Medizinische Diagnosen	Pflegediagnosen
------------------------	-----------------

Beschreiben die Krankheit selbst	Beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er/sie erkrankt, [sowie die Auswirkungen der Krankheit auf die Lebens- / Alltagsgestaltung]
Beschreiben Krankheiten und begründen medizinische Behandlungen	Beschreiben den Pflegebedarf sowie den Bedarf an Gesundheitsförderung und begründen pflegerische Maßnahmen im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich
Betreffen den Patienten als Einzelperson	Beschreiben und berücksichtigen neben den Betroffenen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit (z. B. Familienprozess, verändert; Coping der Familie, beeinträchtigt)
Beziehen sich auf patho-physiologische Veränderungen im Körper, meistens ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Auswirkungen	Beziehen sich auf das Verhalten des Betroffenen und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse
Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Ärzte, der medizinischen Arbeit	Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Pflege, der pflegerischen Arbeit

Tabelle 3: Basierend auf Stefan, Allmer, (ver.di, 2018) Schalek et al.: POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik. Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Springer, 2013. S.6

Wie kommt es, dass Pflege die drei Säulen einer Profession „Wissen“, „Autonomie“ und „Gemeinwohlorientierung“ noch nicht an der Basis verorten konnte? Es ist die grundsätzliche Frage zu stellen, warum Pflegende trotz fehlender Ressourcen z. B. ärztliche Tätigkeiten übernehmen, ihre eigenen Kernkompetenzen kaum thematisieren und Aufgaben der direkten Pflege an Hilfskräfte übergeben und/oder in diesen Bereichen rationieren? Zudem Hilfspflegerpersonen oft die Kompetenzen nicht mitbringen, um eine adäquate pflegerische Leistung zu erbringen.

„Gleichzeitig wurden in den vergangenen Jahren Leitungsstrukturen und Rechtsformen (Übersicht bei Bohle 2001) dergestalt umgebaut, dass die Position der Pflegedirektion häufig aus der Krankenhausleitung entfernt ist, womit sie bei strategischen Entscheidungen keine Mitsprachemöglichkeiten mehr hat [...] (Cassier-Woidasky, 2012, S. 171)“. Jüngstes Beispiel ist das Universitätsklinikum Mannheim. Hier wurde die Pflegedirektion mit sofortiger Wirkung abgeschafft. Das Pflegedepartment wird direkt dem ärztlichen Direktor unterstellt (Millich, 2018b). Der Verdacht, dass hier handfeste Machtinteressen verfolgt werden, liegt nahe, eine Autonomie und Entscheidungshoheit über die Pflegemanagementprozesse und Ausgestaltung der Pflegearbeit und Entwicklung werden massiv eingeschränkt.

Zur weiteren Entwicklung der Profession Pflege zum Wohle einer patientenorientierten Pflege ist es bedeutend, dass Pflege ihren eigenen therapeutischen Wert und damit verbundene klare Kompetenzen für eine gesellschaftlich relevante Aufgabe übernimmt. Entscheidend ist es, dass es gelingt auf Basis von Pflegediagnostik, aktivierend-therapeutischer Pflege und Evaluation pflegerischer Arbeit die Unsichtbarkeit des professionseigenen Handelns aufzubrechen. Wertschöpfende Pflegearbeit ist durch Forschung zu legitimieren und gesellschaftspolitisch sichtbar zu machen. Die Bedeutung der Pflegediagnostik kann die professionellen Zuständigkeitsbereiche nach außen und gegenüber den Kostenträgern, Gesellschaft entscheidend dabei unterstützen (Höhmann, 1999). Pflegediagnostik ist die Grundlage einer professionellen pflegerischen Versorgung. Alles andere unterliegt einem „*einfachen Handlungsmodell*“, intransparent und nicht nachvollziehbar (Schrems, 2006). Die vorherrschende Diskontinuität pflegerischer Leistungserbringung wird somit weiter gefördert und eine evidenzbasierte Handlungsweise und Entwicklung der Pflegearbeit am Bett verhindert.

Fazit:

- Maßnahmen zur Transparenz und Sichtbarkeit des pflegerischen Leistungsgeschehen sind erforderlich.
- Autonomie, Wissen und Gemeinwohlorientierung der Pflege sind weiter zu definieren und Konzepte, Strukturen zu etablieren, dass die Säulen der Profession im Krankenhaus gelebt werden können.

- Strukturen sind in Kliniken zu etablieren und finanzieren, damit exzellent ausgebildetes Pflegepersonal evidenzbasierte Maßnahmenkonzepte umsetzen kann und Personalentwicklung möglich wird.
- Pflegeleistung wird als „Kostenfaktor“ von den Akteuren im Gesundheitswesen wahrgenommen nicht als „Erlösfaktor“ und/oder „wertschöpfender Faktor in der Gesundheitsversorgung“.

5.2 Pflegerische Qualitätsindikatoren konnten noch nicht etabliert werden

Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der pflegerischen Arbeit im Krankenhaus fehlen fast gänzlich. Der einzige pflegerische Qualitätsindikator in Deutschland ist der QI Dekubitus. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen übernimmt die Aufgaben der gesetzlich verankerten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (§ 136ff SGBY). Der Qualitätsindikator „Pflege: Dekubitus“ misst das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate der Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus ab Grad 2. Dabei ist die Risikoadjustierung der Daten auf das Alter, das Vorliegen eines Diabetes, einer Plegie, hochaufwendige Pflege (OPS 9-20) und Geschlecht begrenzt. Neben der Tatsache, dass der aktuelle Qualitätsindikator Dekubitus unzureichend risikoadjustiert ist und Anpassungen durch die Veränderungen der Verweildauer erforderlich wären, wird deutlich, dass aktuell keine Beurteilung der pflegerischen Versorgungsqualität möglich ist.

Fazit:

- Pflegepersonaldiskussionen werden nicht im Kontext einer Qualitätsdiskussion geführt.
- Das Ausmaß der aktuell vorherrschenden Rationierungsmaßnahmen der Pflegenden auf die Versorgungsqualität ist unbekannt.
- Weder in den Qualitätsberichtserstattungen der Krankenhäuser noch beim Statistischen Bundesamt und IQTIG sind pflegerische Datensätze präsent.
- Eine differenzierte Nachweispflicht über Besetzungen, Ausfälle, Krankheitsstatistik, Arbeitsunfälle im Bereich der Pflege liegen nicht vor.

5.3 Adäquate Kennziffern zur Arbeitsbelastung der Pflege liegen nicht vor

Auf Vorträgen der GKV ist häufig zu hören, dass die Arbeitsbelastungskennziffer der Pflege im Krankenhaus, die „**Pflegeperson-zu-belegtes-Bett-Relation**“ kontinuierlich abgenommen hat. Diese Kennzahl wird in der Krankenhausstatistik des Bundesamtes für Statistik seit Längerem erhoben. Bei der Betrachtung der Entwicklung dieser Kennziffer ist in der Tat festzuhalten, dass sich diese Kennziffer bis heute kontinuierlich verbessert hat.

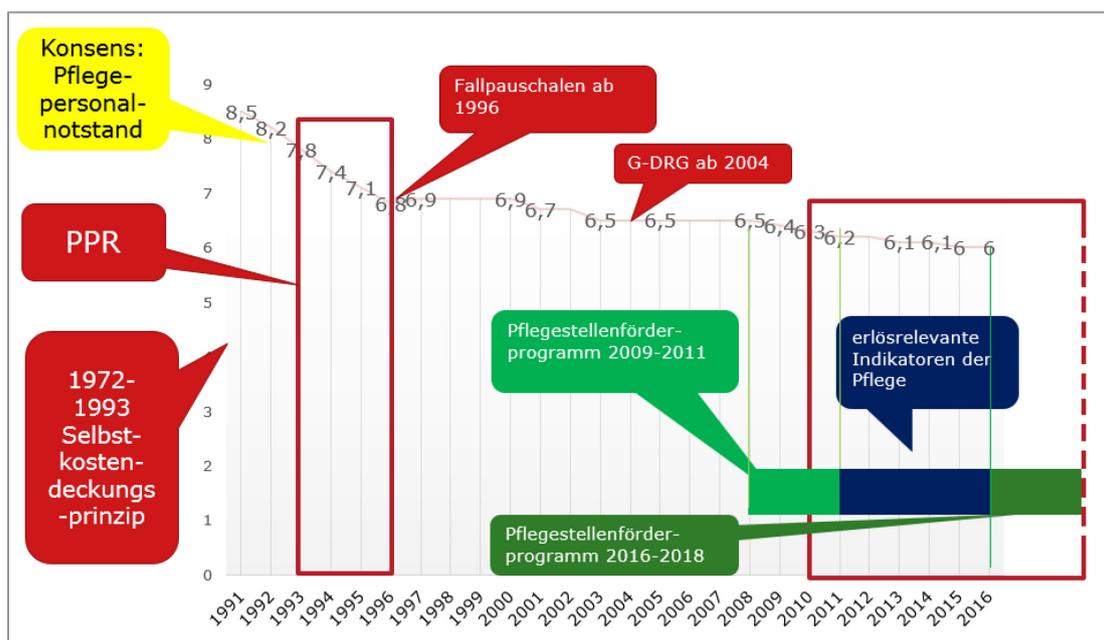


Abbildung 7: Verlauf der Kennziffer Pflegeperson-zu-belegtes-Bett-Relation (Bölte & Graf, 2012; Statistisches Bundesamt (Destatis) (Ed.), 2017)

Diese Kennziffer gibt die im Jahresdurchschnitt durch eine Pflegeperson zu versorgenden belegten Betten an. Das Statistische Bundesamt ermittelt die Personalbelastungszahl „belegtes Bett“ wie in der Abbildung 8 vorgestellt.

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

Abbildung 8: Berechnungsformel für die Personalbelastungszahl „belegte Betten“ (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2016)

Diese Belastungskennziffer ist um ca. 30 % seit gesunken. Von Diskussionspartnern ist in den verschiedenen Debatten hierzu immer wieder zu hören, „nur ein belegtes Bett kann Arbeit machen“. Dass diese Kennziffer als Arbeitsbelastungskennziffer ungeeignet ist, wird von Pflegefachverbänden immer wieder aufgezeigt. In Fachkreisen der Pflege wird die „Pflegeperson-zu-Fallzahl-Relation“ genutzt, um die Veränderung der Arbeitsbelastungszunahme (Abb. 9) aufzuzeigen.

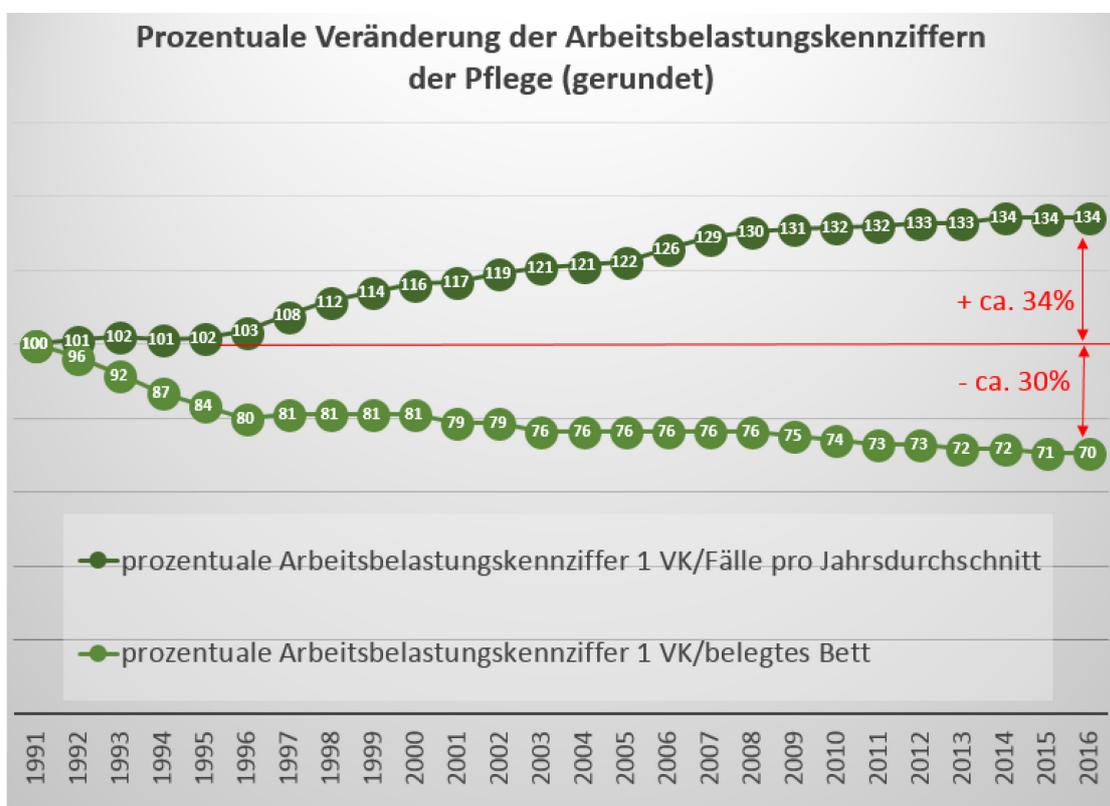


Abbildung 9: Prozentuale Veränderung basierend auf den Daten (Bölte & Graf, 2012; Statistisches Bundesamt (Destatis) (Ed.), 2017)

Offen ist, ob die beiden dargestellten Kennziffern eine Einschätzung zur Entwicklung der Arbeitsbelastung des Pflegepersonals auf einer Facheinheit zulassen. Beide Kennziffern sind mit einigen Ungenauigkeiten versehen. Zwei Beispiele: Die Berechnungen beziehen sich auf das gesamte Pflegepersonal in den Krankenhäusern. Welcher Anteil an Pflegepersonen auf einer Facheinheit arbeitet ist dabei offen.

Die Kennziffern geben somit keine Auskunft darüber, wie viele Patienten eine Mitarbeiterin in der Schicht versorgen muss. Zudem basieren die Berechnungen auf einer 40-Stundenwoche, in zahlreichen Kliniken haben die Mitarbeiter eine 37,5-Stundenwoche.

Welche Kennziffer ist nun valide, um die Arbeitsbelastungsentwicklung der Pflege darzustellen? In diesem Diskurs wird vorgeschlagen, zwischen **fallfixem Pflegeaufwand**, welcher unabhängig von der Verweildauer eines Patienten entsteht (z. B. pflegerische Assessments, Pflegediagnostik, Erstellen eines Pflegeplanes, Vorbereitungs- und Nachsorge im Kontext einer OP usw.) und einem **fallvariablen Pflegeaufwand**, welcher von der Aufenthaltsdauer zu differenzieren ist. Darüber hinaus wird ein **Zusatz-aufwand** kommuniziert, welcher mit der Erkrankung und der Komplexität des Patientenfalls z. B. durch Pflegebedürftigkeit oder hochaufwendige Pflege in Verbindung steht (Albrecht et al., 2017).

Je nach Annahme der Verhältnisse der fallfixen und der fallvariablen Anteile des pflegerischen Aufwandes erlangt der Betrachter deutlich voneinander abweichende Ergebnisse, auf die Frage, ob die Arbeitsbelastung der Pflege zugenommen hat. So kommen z. B. die Autoren der RWI-Studie zu dem Ergebnis, dass es keine Evidenz dafür gäbe, dass die Belastung der Pflege im Krankenhaus zugenommen hat (Augurzky et al., 2016). In einer ausführlichen Stellungnahme der Fachgesellschaft Profession Pflege (Pelchen et al., 2016) zu dem Fachgutachten und dem Jonglieren der Kennziffern ohne Aussagekraft über die „wahre Arbeitsbelastung“ der Pflege wird deutlich, dass Pflege künftig andere Kennzahlen benötigt, um adäquate Pflegepersonalentscheidungen treffen zu können. Dies wird ebenfalls von Pflegedirektoren und Pflegeexperten seit Langem gefordert. Auch hier ist festzuhalten, dass die standardisierte Pflegeprozessdokumentation, auf der solche Kennzahlensysteme aufgebaut werden könnten, in den meisten IT-Abteilungen der Kliniken als nicht prior behandelt werden.

Fazit:

- Die Einführung einer Pflegepersonalbemessungsmethodik, welche auf Daten aus der Regeldokumentation wie Pflegediagnosen und -maßnahmen basiert, ist ein sinnvoller Lösungsansatz und entspricht den Erkenntnissen der Pflegewissenschaft (Sabine Bartholomeyczik et al., 2008; Eberl & Bartholomeyczik, 2010). Notwendig hierzu ist die Aufnahme eines standardisierten und akzeptierten Pflegediagnosen- und -maßnahmenkataloges in den Regelbetrieb. Die Aufnahme des Pflegediagnosen- und Maßnahmenkataloges in den ICD-10 und OPS bietet sich an. Diese Daten können zur Qualitätsbewertung und Personalbemessung genutzt werden und die Professionalisierung der Pflegeberufe vorantreiben. Seit langem wird bereits die Nutzung von multivariaten Pflegeklassifikationssystemen (Pflegediagnosen, -ziele und -maßnahmen) gefordert, um aus der Regeldokumentation künftig Daten zur Qualitätsbewertung, -steuerung und -entwicklung der Pflege zu etablieren (Kocks et al., 2014). Zudem ergeben sich enorme Synergien durch eine sektorenübergreifende Nutzung der Pflegediagnosen und -maßnahmen in einer elektronischen Patienten-/Bewohnerakte, ist sich die Fachgesellschaft sicher. Das Arbeiten mit einer Pflegeprozessdokumentation basierend auf Pflegediagnosen kann zudem einen zentralen Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Pflege leisten und die inhaltliche Ausgestaltung von Pflege weiterentwickeln.
- Das Datenset des statistischen Bundesamtes ist zur Betrachtung des pflegerischen Leistungsgeschehens um ein differenzierteres Indikatorenset zu erweitern. Die Qualitätsberichtserstattung zu den Pflegepersonalkennziffern ist weiter auszubauen.
- Die Entwicklung eines Nursing care Index, basierend auf Patientenzuständen könnte eine hilfreiche künftige Kennziffer zur Beurteilung der Pflegepersonalsituation sein. Hier wurden bereits von der Fachgesellschaft durch die Entwicklung eines pflegerischen Basis-Assessments (BAss) Vorschläge entwickelt und in das Vorschlagsverfahren des DIMDI 2019 eingebracht. Siehe unter: http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/BAss-Beschreibung_%2007.02.2018.pdf

6 Zusammenfassende Bewertung

Deutlich wird, dass die angedachten Personaluntergrenzen voraussichtlich keine Verbesserung der Pflege im Krankenhaus bewirken werden. Vor allem, wenn diese auf einem Perzentilansatz der aktuellen Pflegepersonalbesetzung in den Kliniken basiert. Hierzu werden aktuell Kliniken in einer Fragebogenaktion zu den Besetzungen in den 6 ausgewählten Fachbereichen befragt. Alle bisherigen veröffentlichten Überlegungen weisen aber darauf hin, dass die möglichen Personaluntergrenzen in den sechs bis vier

Fachbereichen auf der aktuellen IST-Besetzung in den Kliniken beruhen könnten. Diskutiert wird eine **25 %-Perzentilgrenze**, welche als Pflegepersonaluntergrenze gesetzt werden soll. Voraussichtlich wird es sich hier um Pflegepersonal-zu-Patienten-Relationen von 1:8 für Fachstationen mit einer hohen Arbeitsbelastung wie z. B. die Geriatrie und einem hohen Pflegelast-Wert und 1:12 bei niedriger Fallschwere handeln. Die durchschnittliche Fallschwere soll wie vorgestellt mit dem Pflegelast-Katalog fachabteilungsbezogen/klinikbezogen ermittelt werden und Berücksichtigung finden (GKV-Spitzenverband & Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), 2018). Die Entscheidung darüber, ob diese Relativwerte im Durchschnitt einzuhalten wurde bereits entschieden. Offen ist, ob ein Bezug zum Patienten oder zu den bereitgestellten/belegten Betten vereinbart wird. Diese Entscheidungen würden aber bedeutende Auswirkungen nach sich ziehen. Die geplanten und aktuell skizzierten Personaluntergrenzen sind mit einigen Risiken verbunden:

- Es besteht das große Risiko, dass die vereinbarten Pflegepersonaluntergrenzen die künftigen Obergrenzen werden und in zahlreichen Kliniken der Pflegepersonalabbau weiter fortgesetzt wird. Denn die 25 %ige Perzentilgrenze bedeutet, dass 75 % der Kliniken eine bessere Pflegepersonalausstattung ausweisen können.
- Auch das Risiko der Aufgabensubstitution z. B. weiterer ärztlicher Tätigkeiten oder hauswirtschaftlicher Tätigkeiten, um in diesen Bereichen Personal abzubauen, ist erwartbar. Gerade, da Pflege aktuell fachlich inhaltlich hier auch überwiegend konzeptlos agiert.
- Zudem bestehen viele Möglichkeiten, Pflegepersonal den Facheinheiten zuzuweisen, aber mit anderen Aufgaben z. B. im Transportdienst, im hauswirtschaftlichen Bereich, für ärztliche Tätigkeiten oder in den Untersuchungsbereichen zu betrauen.
- Auch Überlegungen, Pflege aus dem DRG-System herauszulösen und nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zu finanzieren, gehen wie bereits aufgezeigt in eine falsche Richtung. Aus der bisherigen Erfahrung wissen wir, dass die Verhandlungen jeder einzelnen Klinik bezogen auf die Finanzmittel für das Pflegepersonalstellenbudget entsprechend des Selbstkostendeckungsprinzips vor dem Hintergrund der fehlenden Datenlage und der aktuellen pflegerischen inhaltlichen Ausrichtung nicht erfolgversprechend sein können.

Fazit:

- Pflegepersonaluntergrenzen und/oder eine Finanzierung der Pflege über das Selbstkostendeckungsprinzip sind keine Option, wenn keine parallelen Maßnahmen zur Leistungstransparenz und/oder Erlösrelevanz der Pflege vereinbart und etabliert werden.
- Wird Pflege aus dem DRG-System herausgelöst, ist es zwingend, die Pflegepersonalbemessung über z. B. NRGs (Nursing Related Groups) zu realisieren oder andere multidimensionale Personalbemessungsinstrumente zu entwickeln (Wieteck & Kraus, 2016). Die Forderungen von multidimensionalen Verfahren der Pflegepersonalbemessung basieren im Wesentlichen auf der Erkenntnis, dass bei einem leistungsbezogenen Ansatz wie z. B. LEP oder PPR der Handlungsgrund nicht nachvollzogen werden kann. Upcoding ist vor allem bei abstrakten Instrumenten wie die PPR leicht möglich. Bei Assessmentbezogenen Ansätzen, welche die Fallschwere über den Patientenzustand beschreiben, ist nicht sichergestellt, dass der Patient auch eine entsprechende Pflegeleistung erhält. Abhängig von der Granulierung des Assessmentinstrumentes ist hier ebenfalls ein Upcoding möglich (z.B. Barthel-Index). Die Etablierung eines Pflegepersonalbemessungsinstrument ist bereits einmal gescheitert und auch international ist kein Goldstandard verfügbar. Dieses obwohl seit 1950 daran gearbeitet wurde. Es ist daher erstaunlich, dass gute Anfänge, Pflege im DRG-System als Erlösfaktor zu etablieren, vor diesem Erfahrungshintergrund und dem Wissen über die Komplexität von Pflegepersonalbemessungsinstrumenten verworfen werden sollen (Wieteck & Kraus, 2016).
- Zudem sind Vereinbarungen zu treffen, dass Kliniken, welche eine aktivierend-therapeutische und evidenzbasierte Pflege realisieren, ein höheres Pflegepersonalbudget erhalten als Kliniken, die eine Satt-sauber-Versorgung realisieren.
- Längst überfällig ist, dass Pflege als wertschöpfender Partner in der Gesundheitsversorgung ernst genommen wird und ebenfalls in die Selbstbestimmung der Profession überführt wird. Wie kann es sein, dass Sozialpädagogen, Ärzte, welche keine Ahnung vom pflegediagnostischen Prozess und deren Bedeutung in der Patientenversorgung haben, darüber entscheiden, ob dieses ein sinnvoller Weg in der künftigen Ausbildung ist oder nicht.

7 Empfehlung der Fachgesellschaft Profession Pflege

Vielversprechender scheint daher der bisher beschrittene Weg, Pflege im DRG-System erlösrelevant einzubringen und weiter auszubauen. In diesem Punkt stimmen wir der von der GKV geäußerten Meinung überein. „Anstelle schnell konstruierter Maßnahmen sollten die in den letzten Jahren bereits eingeführten Ansätze zur Förderung der Krankenhauspflege in der Gesamtheit diskutiert und gegebenenfalls sinnvoll ergänzt werden“ (GKV Spitzenverband und die Kassenärztliche Vereinigung, 2018, S. 2).

Nicht übereinstimmen wir als Fachgesellschaft Profession Pflege e.V. in einigen Punkten der Umsetzung und Ausgestaltung der Pflegestellenförderprogramme, dem Pflegezuschlag und der Handhabung des zweiten neuen Pflegezusatzentgelts. Diese Schritte greifen noch zu kurz, da die Mittel nicht zweckgebunden eingesetzt werden müssen.

7.1 Zweckbindung der ausgewiesenen Pflegepersonalkosten im G-DRG-System

Seit Jahren wird von den pflegerischen Fachgremien eine Zweckbindung der Erlösanteile der Pflege innerhalb des G-DRG-Systems gefordert (Pelchen et al., 2014). Wenn man den Zahlen, welche auf dem 17. Nationalen DRG-Forum Mitte März in Berlin geäußert wurden glauben kann, werden für die Pflegepersonalstellen ca. 15 Milliarden Euro aus dem DRG-Topf finanziert. Laut Dittmar seien aber 18 Milliarden Euro in der DRG-Kalkulation vorgesehen (Balling, 2018).

Zur Beschleunigung eines Verbesserungsprozesses der Pflegepersonalsituation könnte der zweckgebundene Einsatz der Pflegepersonalkosten und Erlöse für Pflege(personal)budgets vereinbart werden. Eine schrittweise Überführung der Mittel aus dem Förderprogramm und des Pflegezuschlags in die pflegerischen Kostengewichte ist ein nächster konsequenter Schritt. Hier kann der Pflegelast-Katalog des InEK einen wertvollen Beitrag leisten. An dieser Stelle sei nochmals explizit erwähnt, dass die Schwergradermittlung mittels Pflegelast-Katalog aktuell die einzige Möglichkeit darstellt, datenbasiert die pflegerische Fallschwere mit einer Annäherung an die Realität darzustellen. Eine systematische Verfeinerung der Einbringung weiterer Pflegeindikatoren ist zu empfehlen. Im Kontext der Zweckbindung könnte auch überlegt werden, ob die tagesbezogenen Pflege-Relativgewichte in ein Pflegebudget überführt werden könnten, welches zweckgebunden einzusetzen ist.

Die Pflegepersonalsteuerung würde somit im Gestaltungsspielraum des Pflegemanagements der Klinik bleiben.

Zudem könnten Pflegemanager entscheiden, die Pflegebudgets z. B. auch dazu zu nutzen, insuffiziente IT-Systeme für die Pflege auszutauschen, um die vielerorts durch die Hybriddokumentation stattfindende Doppeldokumentation abzuschaffen – eine enorme Entlastung und Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. Denn es ist davon auszugehen, dass sich die Personalstellen auch bei verfügbaren Finanzmitteln nicht von heute auf morgen besetzen lassen.

Aus der internationalen Studienlage ist bekannt, dass eine reine Erhöhung des Pflegepersonals keine Verbesserung des Outcomes durch ein verändertes pflegerisches Leistungsgeschehen nach sich zieht. Bedeutend ist daher, Pflege weiter im G-DRG-System schrittweise und mit Bedacht auszubauen und Anreize für eine aktivierend-therapeutische Pflege zu setzen. Auch eine gezielte Implementierung von ICD-10- und OPS-Kodes, welche künftig sowohl aus Kalkulationssicht als auch aus Sicht der pflegerischen Fallschwere wertvolle Daten liefern könnten sind bereits im Vorschlagsverfahren 2019 eingebracht worden (Fachgesellschaft Profession Pflege e.v., 2018a, 2018b).

7.2 Rahmenbedingungen zur Neuausrichtung pflegerischen Arbeit

Eine Neuausrichtung pflegerischen Handelns ist zwingend erforderlich, um eine evidenzbasierte Pflege zu realisieren, Patientenedukation und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu etablieren sowie die Professionalisierung der Pflege zu fördern. Auch die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte zur Bewältigung künftiger Herausforderung ist zu forcieren. Die systematische Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses ist eine zentrale Grundlage im Rahmen einer Neuorientierung pflegerischen Handelns und Ausgangslage jeder evidenzbasierten, pflegerischen Entscheidungsfindung. Hierzu könnte ein weiteres Förderprogramm aufgelegt werden, in dem z. B. Pflegepersonalstellen von Mitarbeitern mit einer exzellenten Ausbildung und Masterabschluss finanziert werden, welche zu einem vereinbarten Stellenanteil auf Station freigestellt werden, um evidenzbasierte pflegerische Maßnahmenkonzepte im Klinikalltag zu etablieren und den pflegediagnostischen Prozess bei vulnerablen Patientengruppen zu fördern. Die Schaffung dieser Rahmenbedingungen, die es Pflegenden erlaubt, mit einem akademischen Abschluss ihr Wissen auf Station anwenden zu können, werden maßgeblich auf die Attraktivität und Anerkennung der Pflegeberufe wirken und ermöglichen neue Gestaltungsspielräume. Ein Beispiel hierfür könnte in einer anteiligen 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. Notwendige Grundlagen, um die Profession weiter zu entwickeln und die Theorie-Praxiskluft zu schließen. Fallkonferenzen und Pflegevisiten sind zwingend zu realisierende Arbeitsmethoden, um bei zunehmend komplexer werdenden Fallsituationen eine evidenzbasierte pflegerische Versorgung realisieren zu können (Wieteck, 2016).

Nur über die aufgezeigten Maßnahmen zur inhaltlichen Neugestaltung lässt sich die Patientensicherheit und die pflegerische Versorgungsqualität, sowie die Attraktivität des Pflegeberufes nachhaltig verbessern. Diese Fördermittel können in Zukunft ebenso in die pflegerischen Kostengewichte überführt werden. Zusätzlich könnten Anreize im G-DRG-System aufgenommen werden, welche pflegfachlich hochwertige und ressourcenintensivere Pflegehandlungen besser finanziert. Auch hierzu hat die Fachgesellschaft Profession Pflege im Vorschlagsverfahren 2019 einen Antrag eingereicht. In dem Komplexkode wird die systematische Pflegediagnostik mit der Umsetzung einer aktivierend-therapeutischer Pflegemaßnahme bei vulnerablen Patientengruppen abgebildet (Fachgesellschaft Profession Pflege e.v., 2018b).

7.3 Pflegepersonaluntergrenzen – an den Besten orientieren

Grundsätzlich sind wir der Überzeugung, dass Pflegepersonaluntergrenzen, wie diese aktuell angedacht sind keinen sinnvollen Lösungsansatz darstellen. Daher empfehlen wird eine systematische Datenerhebung der aktuellen Pflegepersonalbesetzung in den ausgewählten Facheinheiten durch externe Forscher und nicht durch Selbstauskunft von Klinikleitungen. ***Die Personaluntergrenze sollte sich an den am besten besetzten Kliniken orientieren.*** Die Personaluntergrenze sollte sich bei dem 75 % Perzentil, also dem oberen Viertel, der am besten mit Pflegepersonal ausgestatteten Kliniken orientieren. Dieses mit entsprechenden Übergangsfristen, um diese Personalaufstockung in 75 % der Kliniken realisieren zu können. Neben den Vereinbarungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen sind Regelungen für den Skill-/Grade-Mix und exzellent ausgebildete Pflegepersonen festzulegen. Jede Facheinheit sollte mit für diesen Fachbereich exzellent weitergebildetem Pflegepersonal und einem Masterabschluss ausgestattet werden. Somit kann eine systematische Umsetzung und Evaluierung einer evidenzbasierten pflegerischen Versorgung angebahnt werden. Zudem werden Anreize geschaffen, dass Studienabgänger am Bett bleiben und dazu beitragen, Pflegearbeit neu zu gestalten (Wieteck, 2018). Diese Forderung begründet sich auf dem vorherrschenden Rationierungsverhalten und den bekannten Qualitätsmängeln in der pflegerischen Versorgung. Mit Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen sind Maßnahmen zur Evaluation und Qualitätssteuerung in den Fachbereichen zu realisieren. Es ist belegt, dass Versorgungsqualität nicht nur mit der Anzahl der Pflegepersonen zusammenhängt, sondern auch mit dem Ausbildungsstand der Pflegenden und dem Einsatz von akademisierten Pflegepersonen am Bett (Aiken 2016). Diese Erkenntnis ist bei den Entscheidungen und der Ausgestaltung zu berücksichtigen. Erst nach einer differenzierten Analyse und Forschung über die Wirkung der vorgeschlagenen Verfahren auf die Versorgungsqualität und Arbeitsbelastung, kann über eine Ausweitung der Personaluntergrenzen nachgedacht werden.

7.4 Qualitätsoffensive pflegerische Versorgung

Die Etablierung von bundeseinheitlichen Qualitätsindikatoren für alle pflegerelevanten Sektoren ist zu empfehlen. Diese Maßnahme setzt Anreize für Kliniken, Rahmenbedingungen für eine am aktuellen Pflegefachwissen orientierte pflegerische Versorgungsqualität zu schaffen und umzusetzen. Die Installation von pflegesensitiven Indikatoren ist zwingend, um zu einer möglichst akkuraten Beurteilung zu kommen, wie viel Pflegepersonal in den verschiedenen Versorgungsbereichen benötigt wird, um eine adäquate pflegerische Versorgung gewährleisten zu können. Diese Forderung stützt sich auf der Tatsache, dass es international gegenwärtig keinen Goldstandard für eine adäquate Pflegepersonalstellenbemessung gibt und ein Aushandlungsprozess mit den Stakeholdern ohne ein Wissen über erwartbare Konsequenzen auf Patientensicherheit und Qualität der Versorgung ethisch bedenklich und mit ökonomischen Risiken verbunden ist. Zentrale Qualitätsindikatoren zur pflegerischen Versorgung sollten kontinuierlich aus den Pflegeprozessdaten und den (elektronischen) Fallakten der Patienten gewonnen werden. Hierdurch könnten Auswirkungen von Pflegepersonalveränderungen bezüglich Skill-/Grademix, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie der Patienten-Pflegepersonalrelation schnell identifiziert werden. Die Auswahl der pflegerischen Outcome-Indikatoren zur Einschätzung der Pflegequalität soll sich zunächst an den bereits bekannten und erprobten Indikatoren der Pflegewissenschaft orientieren

(Wieteck & Kraus, 2016). Die Qualitätsoffensive ist ein länger angelegter Prozess und sollte parallel zu den anderen Punkten eingeleitet werden. Strukturen zur Entwicklung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren sind bereits etabliert.

Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.
Bei Fragen wenden Sie sich bitte an

Dr. Pia Wieteck
Pia.Wieteck@t-online.de
2. Vorstand

Literatur

- 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
- Albrecht, M. et al.** (2017). Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus Internationale Empirie und Status quo in Deutschland. Retrieved from <http://faktencheck-gesundheit.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-pflegepersonal-im-krankenhaus/> (Accessed: 22.05.2017).
- 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 (Accessed: 20.05.2016).
- Ausserhofer, D. et al.** (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 126-135. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318
- Balling, S.** (2018). SPD für Selbstkostendeckungsprinzip und Personalbemessung. *Pflege im Krankenhaus*, 16.04.2018. Retrieved from <https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/35067-spd-fuer-selbstkostendeckungsprinzip-und-personalbemessung/> (Accessed: 07.05.2018).
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Bartholomeyczik, S. & Hunstein, D.** (2000). Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft*, 5(4), pp. 105-109.
- 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 (Accessed: 11.08.2015).
- Bölte, U. & Graf, T.** (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile (Accessed: 18.12.2014).
- Bundesministerium für Familie-Senioren-Frauen und Jugend.** (2006). Personalbedarf und Personalbemessung in der stationären Pflege. 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,seite%3D2.html> (Accessed: 27.07.2015).
- Cassier-Woidasky, A.-K.** (2012). Professionsentwicklung in der Pflege und neue Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht. In D. Han (Ed.), *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft*. Fulda: Argument Verlag. Retrieved from http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKMG_Band47_Kapitel10_Cassier-Woidasky.pdf (Accessed: 27.07.2015).
- CDU CSU und SPD.** (2018). Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, 19. Legislaturperiode. Retrieved from https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (Accessed: 03.05.2018).
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.** (Ed.). (2004). *Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). Eine empirische Grundlegung*. Hannover: Schlütersche.
- Eberl, I. & Bartholomeyczik, S.** (2010). Die Übertragung des Belgischen Nursing Minimum Data Set II (B-NMDS II) auf bundesdeutsche Krankenhäuser. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase zum Übersetzungs- und Adaptionsprozess des Instruments. *Pflege*, 23(5), pp. 309-319. doi: 10.1024/1012-5302/a000064
- Fachgesellschaft Profession Pflege e.v.** (2018a). *Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)*. Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 29.08.2016. Aktualisiert am 01.02.2018. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/BAss-Beschreibung_%2007.02.2018.pdf (Accessed: 14.05.2017).
- Fachgesellschaft Profession Pflege e.v.** (2018b). Vorschlagsverfahren OPS DIMDI für 2019: 1-776 Standardisiertes pflegerisches Basisassessment in der Akutpflege. Retrieved from <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/ops/vorschlaege/vorschlaege2019/105-basisassessment-akutpflege.pdf> (Accessed: 07.05.2018).
- GKV-Spitzenverband & Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).** (2018). Personaluntergrenzen in Krankenhäusern nach § 137i SGB V Zwischenbericht. Retrieved from <https://www.gkv->

spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_01_30_Pflegepersonaluntergrenzen_Zwischenbericht_an_BMG.pdf (Accessed: 26.03.2018).

GKV Spitzenverband und die Kassenärztliche Vereinigung. (2018). Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.04.2018 zum Antrag der Fraktion DIE LINKE "Wahlkampfversprechen erfüllen - Verbindliche Personalbemessung in den Krankenhäusern durchsetzen" Bundestagsdrucksache 19/30 vom 03.11.2017. Retrieved from https://www.bundestag.de/blob/550536/85fc06ca58664c21dc5521492b3be351/19_14_0006-10-1-_gkv_pflegepersonal-mangel-data.pdf (Accessed: 07.05.2018).

Höhm, U. (1999). Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. *Pflege & Gesellschaft*, 4(1), pp. 8-13.

Isfort, M. & Weidner, F. (2003). Pflegerelevante Fallgruppen (PRG). *Perspektiven - Informationen des dip(2)*, pp. 1-3.

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.

Kocks, A. et al. (2014). Pflege, Patientensicherheit und die Erfassung pflegesensitiver Ergebnisse in deutschen Krankenhäusern. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(1), pp. 18-24. doi: 10.1016/j.zefq.2014.01.030

Lorenz, A. (1987). Pflegequalität und Personalbemessung im Krankenhaus *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften Band 12, März 1987* (pp. 109-121). Fulda: Argument Verlag. Retrieved from http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band12_Kapitel11_Lorenz.pdf (Accessed: 07.05.2018).

Millich, N. (2018a). Streit um Personaluntergrenzen. *Bibliomed Pflege, News Online vom 09.05.2018*.

Millich, N. (2018b). Uniklinik Mannheim schafft Pflegedirektion ab. Retrieved from <https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/35071-uniklinik-mannheim-schafft-pflegedirektion-ab/> (Accessed: 03.05.2018).

Müller, M.-L. (2015). Nursing Related Groups "Ein neues Zeitalter einläuten". *Station24*. Retrieved from <https://www.station24.de/web/guest/krankenhaus/-/content/detail/10618257> (Accessed: 02.03.2015).

Pelchen, L. et al. (2014). Adäquate Personalbesetzung - Positionspapier. Stellungnahme der Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des OPS 9-20 zum Diskussionspapier IBES und den Pressemeldungen des DPR. Retrieved from http://www.ispg-fachtag.de/tl_files/download/ISPG-2015_Wieteck-Pia_AGKAMED-Positionspapier-Pflege-und-DRG.pdf (Accessed: 02.03.2015).

Pelchen, L. et al. (2016). Stellungnahme zum RWI-Gutachten 2016 "Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus". 10. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/stellungnahmen/Stellungnahme%20Fachgesellschaft_RWI-Gutachten.pdf (Accessed: 27.11.2016).

Roßbach, C. et al. (2017). Gutachten zur Vorbereitung des Saarländischen Krankenhausplans 2018 - 2025 für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. 21. Retrieved from https://www.saarland.de/dokumente/res_soziales/SL-KHPlan2018_-_Gutachten_zur_Personalbesetzung.pdf (Accessed: 09.04.2018).

Schrems, B. (2006). Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. *PrInterNet*, 8(01), pp. 44-52.

Schreyögg, J. & Milstein, R. (2016). *Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG)*. Hamburg: Universität Hamburg, Center for Health Economics. Retrieved from http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf.

Simon, M. (2015). Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Retrieved from <http://www.deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/Simon-2015-Unterbesetzung-und-Personalmehrbedarf-im-Pflegedienst-2.pdf> (Accessed: April 2018).

Simon, M. & Mehmecke, S. (2017). 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 (Accessed: 09.02.2017).

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 (Accessed: 23.11.2016).

- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Ed.).** (2017). Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016. *Fachserie 12 Reihe 6.1.1.* Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?blob=publicationFile> (Accessed: 23.07.2016).
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, No. 204.* Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed: 31.07.2015).
- Trierweiler-Hauke, B.** (2015). Ein starkes Schwert - Wie sich die Personalsituation auf die Hygiene auswirken kann. *KU Gesundheitsmanagement, 84(4)*, pp. 44-46.
- ver.di.** (2018). Weichen richtig stellen Pflegeberufe: ver.di fordert Nachbesserungen in neuer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Retrieved from <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/reform-der-pflegeausbildung/++co++91a9c21a-4ef0-11e8-8d01-525400f67940> (Accessed: 07.05.2018).
- Weber, A.** (2004). *Die Veränderung der Finanzierungsweisen medizinischer Leistungen am Beispiel der Krankenhausfinanzierung seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 bis zum GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000* (Vol. 1. Auflage). Göttingen: Cuvillier Verlag
- Wieteck, P.** (2015). NRG ergänzen DRG. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 32(7)*, pp. 506-509.
- Wieteck, P.** (2016). SACHVERSTÄNDIGENEINSCHÄTZUNG Die Einschätzung gibt einen aktuellen Überblick über die angespannte Pflegepersonalsituation in deutschen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie den aktuellen Versorgungsdefiziten. Verschiedene Lösungsansätze zur Personalsituation, Personalbemessung und „Neuausrichtung“ der pflegerischen Inhalte zur Attraktivitätssteigerung werden vorgestellt. Retrieved from http://www.bundestag.de/blob/482792/9b75a614f406cb1546ce3e6bfb2e871c/18_14_0221-5-gute-arbeit---gute-versorgung_esve-wieteck-data.pdf (Accessed: 28.12.2016).
- Wieteck, P.** (2018). Zukunftsfähige Pflege mit Innovationspotenzial. In K. Keller & F. Lorenz (Eds.), *CSR im Gesundheitswesen, Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie*: Springer Verlag.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.
- Wieteck, P. & Krug, M.** (2015). Wie errechnen sich die Fallkosten? Die G-DRG-Krankenhausabrechnung. *CNE-Magazin*(4 August), pp. 4-10.
- Zander, B. & Busse, R.** (2017). Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger & K. Lipp (Eds.), *Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe*: Springer Verlag. Retrieved from <https://books.google.de/books?id=0iAzDwAAQBAJ&pg=PA134&lpg=PA134&dq=RN4Cast-Studie+Vorkommen+nachteiliger+Ereignisse&source=bl&ots=TIvSUBDaP6&sig=Zn8mtqrOauHk-LvKGIK4LmtU9Q&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEwjf2IDu7PPaAhVCDuwKHeVYAT4Q6AEwA3oECAAQQQ#v=onepage&q=RN4Cast-Studie%20Vorkommen%20nachteiliger%20Ereignisse&f=false> (Accessed: 07.05.2018).
- 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
- 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.
- Zerbe, P. & Heisterkamp, U.** (1995). *Pflege-Personalregelung. Ein Leitfaden zur praktischen Anwendung der Stellenplanberechnung im Pflegedienst*. Hannover: Schlüter.

1:12