

Prof. Dr. rer. medic. Michael Isfort

Drucksache 17/12095
Deutscher Bundestag
17. Wahlperiode

| |
|--|
| <p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0439(3) gel. ESV zur öAnhörung am 12.06. 13_MPB 10.06.2013</p> |
|--|

Prof. Dr. rer. medic.
Michael Isfort
Dipl. Pflegewissenschaftler (FH)

Professor für Pflegewissenschaft und
Versorgungsforschung
Katholische Hochschule (KathO) NRW
Fachbereich Gesundheitswesen
Wörthstraße 10
D-50668 Köln
Tel. +49 (0) 221/ 7757205
Email m.isfort@katho-nrw.de

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
des Deutschen Instituts für angewandte
Pflegeforschung e.V.
Hülchrather Straße 15
D-50670 Köln
Tel. +49 (0) 221/ 4686130
Email m.isfort@dip.de

Stellungnahme zum Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Yvonne Ploetz, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Vogler, Jörn Wunderlich, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Bessere Krankenhauspflege durch Mindestpersonalbemessung

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
Berlin, Mittwoch, 12. Juni 2013

Zur Personalentwicklung der Krankenhauspflge

Ausdrücklich wird an dieser Stelle begrüßt, dass sich der Gesundheitsausschuss des Bundestages der genannten Fragestellung annimmt und die Diskussion hinsichtlich der Entwicklungen im Pflegedienst in den Krankenhäusern thematisiert. Dies ist aus Sicht des Gutachters ein wichtiger und überfälliger Schritt, um die seit Jahren beobachtbaren Entwicklungen, deren Ursachen und Folgen kritisch zu diskutieren und Maßnahmen anzustoßen, mit deren Hilfe auch zukünftig eine sichere und angemessene Patientenversorgung in den Krankenhäusern gewährleistet und der Gesundheits- und Pflegestandort Deutschland nachhaltig abgesichert werden können.

Im Vorfeld der Stellungnahme soll auf wesentliche Aspekte des Antrags eingegangen werden. Es erfolgt zunächst eine Erweiterung der Perspektive hinsichtlich der im Antrag betrachteten Zeiträume. Der eingangs des Antragstextes analysierte Zeitraum bezieht sich auf die relevanten Patienten- und Personalentwicklungen im Krankenhaus in der Zeitperiode von 2003 bis 2011. Betrachtet werden die Vollzeitäquivalente (Stellen in Vollkräfte umgerechnet) im Pflegedienst in den Krankenhäusern insgesamt und nicht die Beschäftigtenzahlen. Festzustellen ist im Zusammenhang mit der Fragestellung nach einer angemessenen Personalausstattung im Pflegedienst Folgendes¹:

- Bereits vor dem benannten Zeitraum (2003 bis 2011) sind wesentliche Reduzierungen der Personalstellen im Pflegedienst erfolgt. So verringerte sich zwischen 1996 (dem Zeitpunkt der Aussetzung der Pflege-Personalregelung [PPR] als Regelungsinstrument) und 2003 die Zahl der im Pflegedienst Beschäftigten von 349.423 (Vollkräfte) auf die genannten 320.158. Damit wurden bereits **29.265** Stellen im Vorfeld des benannten Entwicklungszeitraums abgebaut. Die **Gesamtreduktion** im Pflegedienst seit der Aussetzung der PPR kann im Bereich der Krankenhäuser aktuell mit **38.606** beziffert werden. Im gleichen Zeitraum stieg in den Krankenhäusern die in Vollkräfte umgerechnete Anzahl der Ärztinnen und Ärzte von 104.352 auf 138.955 (ebenfalls Vollkräfte) an. Ein Teil dieses Stellenaufbaus im Bereich der Medizin ist der notwendigen Anpassung durch die Umsetzung der Arbeitszeitgesetze zuzurechnen, ein weiterer Teil ist durch die im Antrag beschriebene Fallzahlsteigerung und Intensivierung in der Diagnostik und Therapie begründet. Die Entwicklungen im ärztlichen Bereich stellen eine notwendige und richtige Anpassung bezogen auf die Ausweitung der Versorgung dar (zwischen 1996 und 2011 stieg die Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten um 2,17 Mio./ Jahr). Durch die steigende Zahl der Ärztinnen und Ärzte, der Patientenzahlen und der damit verbundenen Zahl der Anordnungen medizinischen Leistungen bei Diagnostik und Therapie sowie der Nachsorge und Krankenbeobachtung aber steigen die Leistungsanforderungen in der Pflege unweigerlich ebenfalls an. Vor diesem Hintergrund ist die im Antrag beobachtete Entwicklung als eine Schere zu verstehen, die immer weiter auseinander driftet und einseitig zu Lasten der professionell Pflegenden geht.

¹ Die nachfolgenden Analysen wurden auf der Basis der amtlichen Daten der Krankenhausstatistik des Bundes vorgenommen, wie sie unter <http://gbe-bund.de> ermittelt werden können. Hier: Vollkräfte in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl), Belastung nach Betten und Fällen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Ärzte und nichtärztliches Personal, Einrichtungsmerkmale. Die Daten können auch in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 (Grunddaten der Krankenhäuser) nachvollzogen werden.

- Im Zentrum dieser Entwicklungen stehen nicht primär die Krankenhäuser insgesamt, sondern spezifischer vor allem die allgemeinen Krankenhäuser (ohne die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und ohne die sonstigen Krankenhäuser). Hier ist anzumerken, dass im Pflegedienst zwischen 1996 und 2011 eine Reduzierung um **37.841** Stellen zu verzeichnen ist².
- Ein Personalabbau im Pflegedienst in den **allgemeinen Krankenhäusern** ist vor allem zwischen den Jahren 1996 und 2007 zu beobachten. Seit 2007 fand in den Folgejahren ein moderater Aufbau statt (im Zeitraum 2007 bis 2011 jedoch insgesamt nur um ca. 10.000). Dies kann auch mit dem Pflegestellen-Förderprogramm in Verbindung gebracht werden, das durch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt initiiert wurde. Für die allgemeinen Krankenhäuser werden im Zeitraum 2009 bis 2011 insgesamt 5.813 zusätzliche Stellen ausgewiesen. Eine substantielle Veränderung, die sich bereits entspannend auf die Leistungsverdichtung der Pflegenden und eine Verbesserung der Patientenversorgung vor Ort auf den bettenführenden Bereichen auswirkt, kann jedoch aktuell nicht festgestellt werden. Die benannten Steigerungen müssen vielmehr als eine geringfügige Anpassung an ebenso stetig steigende Versorgungsbedarfe verstanden werden.
- Bedeutsame Entwicklungen lassen sich auch hinsichtlich der Personalkosten in den **allgemeinen Krankenhäusern** beschreiben. Hier kann die These einer „Umverteilung“ von pflegerischen Personalkostenanteilen auf medizinische Personalkostenanteile erhärtet werden. Dies kann mit der im Antrag beschriebenen Einführung der fallpauschalierten Finanzierung in einen Zusammenhang gestellt werden, denn als erlösgenerierende Berufsgruppe treten hierdurch die Ärztinnen und Ärzte in den Vordergrund, wohingegen Pflegedienst und Therapieberufe (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie etc.) keine bis nur geringe eigene Beiträge (z.B. im Rahmen der PKMS-Kodierung) leisten können. Der fehlende Zusammenhang der pflegerischen Perspektive zur Erlösseite und zum Einzelfall „Patient“ erschwert nachhaltig eine Kalkulation der „Produkte“ der Pflege. 2002³ wurden für den ärztlichen Dienst in den allgemeinen Krankenhäusern 8,77 Mrd. Euro aufgewendet. Dieser Personalkostenanteil stieg bis zum Jahr 2011 auf 14,2 Mrd. Euro. Für den Pflegedienst wurden 2002 insgesamt 13,11 Mrd. Euro aufgewendet. Die Personalkosten stiegen im Beobachtungszeitraum auf 14,36 Mrd. Lag die Personalkostenrelation zwischen diesen beiden personenintensiven Berufsgruppen im Krankenhaus Pflege/Medizin 2002 noch bei 1,49:1, so lag er 2011 bei 1,01:1. Aktuell (2013) ist davon auszugehen, dass die Personalkosten für den ärztlichen Bereich über denen des gesamten Pflegedienstes liegen werden.⁴

Zu den Folgen der Personalentwicklung der Krankenhauspflege

Die im Antrag formulierten Folgen der Personalreduktion im Krankenhaus sind sachlich richtig und spiegeln einen Prozess wider, der sich bereits 2007 abgezeichnet hatte und auf den bislang nicht wirksam reagiert wurde.⁵ Angeführt werden unzureichende Schichtbesetzun-

² In den Jahren 2002 bis 2004 wurden Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten zu den Sonstigen Krankenhäusern gezählt. In den übrigen Jahren zählen sie zu den Allgemeinen Krankenhäusern. (vgl. gbe-bund.de)

³ Ab 2002 werden die Kosten nach dem Bruttoprinzip ermittelt. Damit findet eine Abkehr vom Nettoprinzip der Jahre 1996 bis 2001 statt. Bei der Kostenermittlung auf Basis des Bruttoprinzips werden zunächst die gesamten Kosten der Buchhaltung ausgewiesen und erst später um die nichtstationären Kosten für z.B. Ambulanzen sowie Forschung und Lehre bereinigt. Dies gilt für jede einzelne Kostenart. Dadurch ist ein Vergleich einzelner Kostenpositionen (z.B. Sachkosten, Personalkosten) mit den Jahren 1996 bis 2001 nicht möglich. Vor 1996 galt ebenfalls das Bruttoprinzip. (vgl. gbe-bund.de)

⁴ Grundlage der Berechnung ist die folgende Quelle: Krankenhäuser, Kosten u. a. nach Region (gbe-bund.de)

⁵ Bereits 2007 wurden im Rahmen der Pflege-Thermometer-Reihe die Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser zur Personalausstattung und zur Patientenversorgung befragt. Hier liegen eindeutige Ergebnisse vor, dass nicht nur die Pflegenden

gen, unzureichende Möglichkeiten der psychosozialen Betreuung von Patientinnen und Patienten im Tagdienst, eine hohe Anzahl an zusätzlichen Diensten und Überstunden, sowie die Zunahme an Leiharbeit. Diese Beobachtungen lassen sich auf der Basis unterschiedlicher Studien verifizieren und näher ausführen:

- Die Belastung von Pflegekräften insgesamt wurde aktuell in der internationalen Krankenhausvergleichsstudie (RN4Cast)⁶ untersucht, die Vergleiche zu fünf anderen europäischen Ländern ermöglicht. Hier zeigte sich, dass in Deutschland 30% der an der Studie beteiligten Pflegekräfte angab, emotional erschöpft zu sein. Nur in England lag die Zahl höher. Durchschnittlich ist in Deutschland eine Pflegekraft in ihrer Schicht für zehn Patienten zuständig. In Norwegen sind es im Vergleich vier, in der Schweiz sechs.
- Im Pflege-Thermometer 2009 stimmte nur jede dritte Pflegekraft uneingeschränkt zu, dass pflegerische Maßnahmen, die als notwendig erachtet werden, in aller Regel auch durchgeführt werden können. An der Studie beteiligten sich ca. 10.000 Pflegekräfte.
- In der gleichen Studie gaben nur 5,6 Prozent der Befragten an, keine Überstunden im Zeitraum der letzten sechs Monate geleistet zu haben. 40 Prozent der Befragten hatten zwischen 46 und 70 Überstunden geleistet. Nur zwei von fünf Pflegenden konnten die geleisteten Überstunden zeitnah wieder in Freizeit umwandeln. Beinahe jede dritte Pflegekraft (29,3 Prozent) gab an, im letzten Monat einmal zusätzlich zum regulären Wochenenddienst einen weiteren Wochenendtag gearbeitet zu haben.

Als zentraler Aspekt bei der Diskussion um eine Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser muss die Patientensicherheit und damit der konkrete Verbraucherschutz herausgestellt werden!

Auch zu diesen Aspekten liegen u.a. eigene Studien vor, die methodisch jedoch aufgrund fehlender Kennzahlen in den Kliniken auf der Ebene der Selbstbewertung durch die Berufsangehörigen ermittelt werden müssen.

- 2009 stimmten nur 10,8 Prozent der Befragten im Pflege-Thermometer uneingeschränkt zu, dass in jeder Schicht ausreichend examiniertes Pflegepersonal vorhanden ist, um die pflegerische Versorgung der Patienten fachlich abzusichern. Nur 20,2 Prozent stimmten vollumfänglich zu, dass sie die Patienten häufig genug pro Schicht sehen, um ihre Sicherheit gewährleisten zu können.
- Die häufigsten Probleme in der Patientenversorgung sahen die Pflegenden in einer unzureichenden Überwachungsmöglichkeit verwirrter Patientinnen und Patienten, Mängel bei der notwendigen Mobilisation, bei der psychosozialen Begleitung und der Lagerungsmöglichkeit immobiler Patienten. Darüber hinaus gaben sie auch zahlreiche weitere Problembereiche an. So äußerten z.B. 46,2 Prozent, dass sie in den vergangenen sieben Arbeitstagen Mängel bei der Händehygiene nicht ausschließen konnten.
- 2012 konnte auf der Basis von befragten Leitungen auf Intensivstationen (N=535) die Versorgungsproblematik in diesem spezifischen Bereich näher erfasst werden. So gaben lediglich etwas mehr als die Hälfte der Befragten an (55,3 Prozent), dass eine

auf den Stationen sondern auch die Leistungskräfte einen Rückgang der Patientenversorgung im Pflegebereich beobachteten.

⁶ <http://www.pflege-wandert-aus.de/>

notwendige Körperpflege immer durchgeführt werden konnte. Ähnliche Ausprägungen sind im Bereich der Mundpflege zu beobachten. Gravierend ist auch, dass Probleme bei der Sicherstellung der Nahrungsaufnahme beschrieben werden. Hervorzuheben ist an dieser Stelle auch der Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Fixierungen z.B. der Hände, stellen einen erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Patienten dar. Bezogen auf diesen Aspekt gab jede dritte Leitungskraft an, dass häufiger eine Fixierung von Patientinnen und Patienten vorgenommen werden musste, die bei einer anderen Betreuungsrelation hätte vermieden werden können. In der Summe zeigte sich, dass dort, wo die Personalausstattung den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) folgt, relevant niedrigere Werte in der Problembeschreibung ermittelt wurden als dort, wo diese Empfehlungen unberücksichtigt blieben.

Einschätzungen zur Mindestpersonalbesetzung der Krankenhauspflege

Die Notwendigkeit einer Veränderung der Personalbesetzung im Pflegebereich ergibt sich u.a. aus den oben genannten exemplarischen Ergebnissen der Studien zur Patientensicherheit und zahlreicher weiterer empirischer Befunde, die hier nicht weiter ausgeführt werden können. Darüber hinaus wird einer Entlastung der Pflegekräfte große Bedeutung hinsichtlich der Steigerung der Arbeitszufriedenheit, der Reduzierung des hohen Teilzeitanteils und damit der Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe insgesamt beigemessen. Dies ist angesichts eines bereits existenten Fachkraftmangels in den Pflegeberufen bedeutsam. Hierbei kann die gezielte Steuerung von Personalbesetzungen zur Entlastung ein möglicher Ansatzpunkt sein.

Eine Mindestpersonalbesetzung im Pflegedienst setzt wesentliche Kenntnisse und Kennzahlen hinsichtlich der Versorgungsbedarfe von Patientinnen und Patienten voraus. Die zentrale Aufgabe des Pflegepersonals liegt in einer Sicherstellung der Versorgung, die es ermöglicht, Konzepte der Prävention, der Kuration, der Rehabilitation, der Kompensation und der Palliation sachgerecht umzusetzen. Daher muss der Bedarf der Patientinnen und Patienten eine wesentliche Steuerungsgröße zur Personalbemessung sein. Hierbei spielen nicht nur die Patientenfähigkeiten eine entscheidende Rolle, sondern auch die Zieldimensionen, die mit der Behandlung verbunden werden.

Die Intensität der Versorgung von Patienten differenziert sich auch über unterschiedliche Aufgaben und Leistungen von Pflegenden in unterschiedlichen Arbeitsbereichen im Krankenhaus (z.B. Intensivstation, Onkologie, Augenklinik, Geburtshilfe oder Endoskopie).

Eine Umsetzung einfacher Relationszahlen (Anzahl der Bettplätze pro Pflegekraft über alle Bereiche der Krankenhausversorgung hinweg) wird dieser notwendigen Differenzierung nicht gerecht und führt unweigerlich zu einer Fehl-, Über- oder Unterversorgung. Eine Mindestpersonalbesetzung müsste darüber hinaus nicht nur gefordert und umgesetzt, sondern auch kontrolliert und sanktioniert werden. Dies lässt sich aktuell nicht ohne den Aufbau zusätzlicher Kontrollinstanzen denken.

Für eine Personalbemessung bedarf es des Einsatzes analytischer oder empirisch abgesicherter Verfahren.

Als *analytische Verfahren* können die Systematisierungen in der PPR betrachtet werden oder die Kriterien, die im Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) eine besondere Versorgungs-

intensität der Patientinnen und Patienten erfassen. Die PPR wird weiterhin in vielen Kliniken eingesetzt, obwohl sie keinen direkten Vergütungsbezug aufweist. Sie wird überwiegend zur internen Steuerung und Planung verwendet und kann flächendeckend als bekannt vorausgesetzt werden. Hieraus ergeben sich Ansatzpunkte hinsichtlich einer Umsetzung oder einer Wiedereinführung analytischer Verfahren. Der PKMS bezieht sich nur auf eine spezialisierte Patientengruppe mit einer besonderen Schwere der Versorgung, die oberhalb der in der PPR geführten Kriterien liegt. Er triggert die Kodierung eines dafür entwickelten OPS-Codes einer zusätzlichen Pflegekomplexbehandlung. Damit ist er unmittelbar erlöswirksam, wobei unklar ist, ob die dadurch erzielten Mehrerlöse eines Krankenhauses auch tatsächlich in die Personalstellen der Pflege fließen. Darüber hinaus gibt es Instrumente, wie das schweizerische LEP, das in Deutschland bislang noch in vergleichsweise wenigen Kliniken eingesetzt wird.

Es stehen darüber hinaus zu unterschiedlichen Aspekten der Patientenbedarfe weitere evaluierte Instrumente zur Verfügung, z.B. die Pflegeabhängigkeitsskala, mit der Patientenfähigkeiten eingeschätzt werden können. Diese werden jedoch nicht flächendeckend verwendet und wurden bislang auch nicht hinsichtlich der Möglichkeit einer Ableitung der Daten zur Personalberechnung überprüft.

Bezüglich des Aufbaus *empirischer Verfahren*, die analog zur Logik des DRG-Systems homogene Aufwandsgruppen aus der Versorgungsperspektive des Pflegeaufwands berechnen, wurden trotz wiederkehrender Forderungen aus der Pflegewissenschaft bislang keine tragfähigen Ansätze entwickelt oder gefördert. Ohne eine Berücksichtigung bei der Finanzierung des Personalanteils bleiben solche Ansätze zudem wirkungslos und werden in der Praxis nicht eingeführt. Der Aufbau und die Entwicklung empirisch belastbarer Systeme können jedoch nicht kurzfristig und nicht ohne den Einsatz von Forschungsmitteln erfolgen. Dazu bedarf es größerer Forschungsanstrengungen, die mit drei bis vier Jahren der Entwicklung und der Erprobung zu kalkulieren sind. Hier ist zu prüfen, wie ein solcher Aufbau realisiert werden kann und wie er in die Vergütungssystematik der Krankenhäuser einfließen könnte.

Gleichwohl aber besteht aus Sicht des Gutachters dringender und sofortiger Handlungsbedarf, um weitere Fehlentwicklungen zu vermeiden. Die bisherigen Appelle der pflegerischen Verbände und die umfangreichen und wiederkehrenden Studien aus der Pflegewissenschaft, der Arbeitspsychologie und der Arbeitsmedizin sind hinsichtlich einer Veränderung der Situation weitestgehend wirkungslos geblieben. Sogar das aufgelegte Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 10 KHEntgG wurde durch die Krankenhäuser nicht umfassend abgerufen.

Für eine Verbesserung der aktuellen Situation stehen unterschiedliche Wege zur Verfügung:

- Eine Wiederauflage/ Verlängerung gezielter Förderprogramme zur Verbesserung der Krankenhauspflege ist zu befürworten. Hier muss mit Nachdruck eine Umsetzung von bereitgestellten Hilfen gefordert sowie die zielgerichtete Steuerung in die Pflegebereiche sichergestellt werden.
- Für einzelne Versorgungsbereiche (z.B. Intensivstationen), liegen bereits konsentiierte Empfehlungen zur Personalausstattung vor. Diese Empfehlungen werden bislang aber nur unzureichend umgesetzt und sind nicht bindend. Die von der DIVI formulierten Anforderungen der pflegerischen Personalausstattung werden nur in einem Drittel der Intensivstationen umgesetzt. Die von der Deutschen Gesellschaft für Funkti-

onsdienste und Fachkrankenpflege (DGF) geforderte Quote einer 1:1-Betreuung von beatmeten Patienten wird nur von ca. 8 Prozent der Intensivstationen berücksichtigt. Diese Empfehlungen der Fachgesellschaften müssen stärker beachtet werden. Eine sofortige Umsetzung der damit einhergehenden Personalbesetzung kann jedoch auch angesichts der bestehenden Fachkraftproblematik durch die Krankenhäuser aktuell nicht realisiert werden. Hier sind durch den Gesetzgeber Zeiträume und Fristen zu formulieren, bis wann dies umgesetzt sein kann. Darüber hinaus sind Maßnahmen der flankierenden Unterstützung bei der Realisierung, der Überprüfung und auch der Sanktionierung zu entwickeln.

- Für eine Überbrückungszeit könnte über eine Wiedereinführung einer Personalverordnung beraten werden. Damit könnte eine systematische, gezielte und angemessene Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung erreicht werden. Eingesetzt werden sollten dazu aktualisierte und angepasste analytische Instrumente, die eine entsprechende Steuerung der Personalstellen in den bettenführenden Bereichen ermöglichen und eine angemessene Patientenversorgung, auch mit Blick in die Zukunft, leisten können. Parallel sollte dies mit einer quantitäts- und qualitätsbezogenen Ausbildungsoffensive gekoppelt werden, die zusätzliche Ressourcen benötigen dürfte. Nur so lässt sich vermeiden, dass zusätzliche Personalbedarfe in den bundesdeutschen Krankenhäusern über eine unerwünschte Abwerbung von benötigten Pflegepersonal aus der ambulanten und teil-/vollstationären Versorgung realisiert werden. Dies würde letztlich nur zu einer Verschiebung der Problematiken führen und zu einer erheblichen Schwächung der Versorgung in diesen Feldern. Parallel sollte mit der Entwicklung und dem Aufbau empirisch abgesicherter Verfahren begonnen werden, die nach einer Entwicklungs- und Erprobungsphase fest in die Krankenhausfinanzierung integriert werden sollten.
- Es bedarf zudem der Überprüfung und Untersuchung der Personalausstattung in den Krankenhäusern hinsichtlich gewünschter und unerwünschter Patientenergebnisse, um sicherzustellen, dass ein erhöhter Personalaufwand und damit letztlich der Einsatz erheblicher finanzieller Ressourcen auch zu einer nachhaltigen Veränderung und mithin Verbesserung der Qualität führt. Vermieden werden müssen Fehlanreize, die nicht nachweislich zu einer relevanten Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten führen.

Einschätzungen zu weiteren notwendigen Entwicklungen

Die beschriebenen Problematiken hängen somit auch mit einer aktuell unzureichenden Erfassung und Auswertung relevanter Daten zusammen. Derzeit erlaubt lediglich die Krankenhausstatistik einen Überblick über konkrete Kennzahlen aus dem Pflegebereich im Krankenhaus. Die dort erfassten Daten spiegeln jedoch nicht mehr den aktuellen Bedarf an Informationen wider, um die komplexen Problemlagen zu erkennen, zu steuern und geeignete Maßnahmen einzuleiten. So fehlt beispielsweise eine Differenzierung des eingesetzten Pflegepersonals nach unterschiedlichen Bereichen. Aus der Sicht des Gutachters ist es ein gravierendes Problem, dass bislang noch nicht einmal ermittelt und nachgehalten werden kann, wie viele Pflegenden in Deutschland mit welchen Qualifikationen auf den Intensivstationen arbeiten. Alleine hier schon besteht ein dringender Handlungsbedarf, um notwendige Kennzahlen zu ermitteln und die Personalausstattung zu monitoren. In der Fachserie 12 Reihe 6.1 werden konkrete Daten der Fachbereiche lediglich für den ärztlichen Dienst (Tabellenteile

2.5) ausgewiesen. Die größte Berufsgruppe in der Krankenhausversorgung bleibt damit hinsichtlich zentraler Aspekte selbst hier weitgehend unberücksichtigt.

Bislang erfolgt in den Krankenhäusern keine systematische Erhebung pflegesensitiver und versorgungsrelevanter Ergebnisindikatoren. Anders als z.B. im angloamerikanischen Raum, werden auch aus Gründen des Daten- und Verbraucherschutzes hierzulande keine entsprechenden Verfahren eingesetzt. Der Gutachter plädiert für eine angemessene Entwicklung von systematischen Kennzahlauswertungen, die vergleichbare Aussagen zur Ergebnisqualität zulassen. Dies sollte unter Berücksichtigung angemessener Auflagen des Daten- und Verbraucherschutzes erfolgen.

Die durch das BQS-Institut⁷ entwickelte Indikatorenliste zur Überprüfung und Darlegung der Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern weist als Leistungsbereiche mit Dokumentationspflicht primär medizinische Indikatoren aus. Es sind in den konkreten Outcomes der einzelnen Indikatoren auch durch die Pflege beeinflussbare Ergebnisse inkludiert (z.B. Wundinfektionsraten etc.). Es fehlen jedoch in Deutschland die im internationalen Raum üblichen systematischen Betrachtungen einzelner Indikatoren und Korrelationsstudien, die die Häufigkeit des Auftretens von Problemen mit Merkmalen der Personalausstattung in Verbindung bringen und so einen Anhaltspunkt darüber geben können, wie sich Arbeitsverdichtung und Personalstellenabbau anhand harter Indikatoren (z. B. Wundinfektionsraten, Ernährungssituation, Stürze mit Sturzfolgen, Anzahl von freiheitseinschränkenden Maßnahmen etc.) auf Patienten auswirken. Trotz der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereits 2006 attestierten Lücken zu diesen Fragestellungen in Deutschland wurden bislang keine relevanten Entwicklungen angestoßen, diese Wissenslücke zu schließen.

Schlussendlich bedarf es über die konkrete Fragestellung einer Mindestpersonalbesetzung im Krankenhaus hinaus einer systematischen Konzeptentwicklung, wie die Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischer Fachexpertise sichergestellt werden kann. Dies muss jedoch jetzt und auch zukünftig Sektoren übergreifend gedacht werden, denn die Maßnahmen in einem Feld der pflegerischen Versorgung (z.B. im Krankenhaus) haben direkte Auswirkungen auf andere Sektoren der Versorgung, in denen Pflegende wirken.

Köln, 9.6.2013

⁷ <http://www.bqs-institut.de>. Das BQS weist als Gesellschafter die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. und die Bundesverbände der Krankenkassen sowie den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. aus.