

Zu kurz gesprungen

Debatte um Personaluntergrenzen Das vorgelegte Gutachten zur Definition von Personaluntergrenzen in der Pflege ist unzureichend. Die rein statistische Betrachtung muss um eine pflegefachlich-inhaltliche Perspektive ergänzt werden. Eine Möglichkeit wäre, ausgehend von den Kennzahlen der Kliniken mit den besten Prozessen und Ergebnissen sinnvolle Pflegepersonaluntergrenzen abzuleiten.

Von Dr. Pia Wieteck

Am 5. April dieses Jahres hat das Bundeskabinett verbindliche Untergrenzen für das im Krankenhaus vorzuhaltende Pflegepersonal beschlossen. Die erforderlichen Gesetzesänderungen sind auf den Weg gebracht und befinden sich in den Ausschüssen. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) sollen die pflegesensitiven Bereiche im Krankenhaus bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 definieren und vereinbaren.

Zwar sind bei der Ausarbeitung von Pflegepersonaluntergrenzen und pflegesensitiven Bereichen professionseigene Fachgremien wie zum Beispiel der Deutsche Pflegerat (DPR) beratend involviert. Allerdings wird bei dem Gesetzesentwurf deutlich, dass die Profession Pflege nach wie vor nicht in den Diskurs zur Entwicklung von Lösungsansätzen hinsichtlich bestehender Probleme im Krankenhaus und/oder Gesundheitswesens einbezogen wird. Das „Ausblenden“ pflegespezifischer Sichtweisen wird auch in dem vorgelegten Fachgutachten von Profes-

sor Dr. Jonas Schreyögg et al. (2016) deutlich, das die Frage nach sinnvollen Pflegepersonaluntergrenzen und pflegesensitiven Bereichen beantworten sollte. In diesem Zusammenhang drohen nun massive Risiken für Patienten sowie eine weitere Belastung der Pflege in einigen Bereichen.

Wie werden Personaluntergrenzen berechnet?

Basierend auf den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§ 21 KHEntgG) und den Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten



nach § 137 SGB V haben die Autoren des Gutachtens zunächst Pflegepersonalbelastungszahlen (PBZ) für die verschiedenen Fachabteilungen der Krankenhäuser und ausgewählte Qualitätsindikatoren bezogen auf einen möglichen Zusammenhang untersucht. Fachstationen, die in der Untersuchung einen positiven Zusammenhang zwischen zwölf ausgewählten Qualitätsindikatoren wie zum Beispiel Mortalität, Harnwegsinfektion usw. und der Pflegepersonalbelastungskennziffer zeigten, wurden als „pflegesensitiv“ vorgeschlagen. Diese Vorgehensweise ist durchaus kritisch zu hinterfragen, bleibt aber in diesem Artikel unberücksichtigt.

Das im Gutachten genutzte Berechnungsverfahren hat sich an der Ermittlung der Personalbelastungszahl „belegtes Bett“ des Statistischen Bundesamtes angelehnt. Die Gutachter haben die Gesamtfallzahl einer Fachabteilung mit der durchschnittlichen Verweildauer der jeweiligen Fachabteilung multipliziert, um die Belegungstage zu ermitteln. Diese wurden anschließend mit dem Faktor 24 Stunden, entsprechend der Stundenzahl eines Tages, multipliziert. Die resultieren-

den Ergebnisse wurden schließlich mit der auf der Fachabteilung zum Stichtag vorhandenen Anzahl von Vollzeitpflegepersonen (x 220 Arbeitstage x 8 Stunden) dividiert – dieses, obwohl in den meisten Kliniken der Tag einer Pflegefachperson 7,7 Stunden aufweist. Damit handelt es sich bei der Belastungskennziffer (PBZ) um eine Nurse-to-Bed (belegtes Bett)-Ratio (im Folgenden als Nurse-to-Bed-Ratios bezeichnet). In dem Gutachten wurden fachabteilungsbezogene, durchschnittliche Nurse-to-Bed-Ratios veröffentlicht (Abb. 1).

Die Abbildung gibt fachabteilungsbezogen sowohl die minimalen (Min.) und die maximalen (Max.) Nurse-to-Bed-Ratios an, als auch das arithmetische Mittel, den Median sowie die ermittelten Quartils-Grenzen (Spalte in Grün) und Dezentil-Grenzen (Spalte in Gelb) an. Das bedeutet für die Fachabteilung der inneren Medizin, dass 75 Prozent der Kliniken mindestens eine Besetzung von 1:9,31 (Nurse-to-Bed-Ratio) nachweisen und 25 Prozent der Kliniken darüberliegen. Die Dezentilgrenze hingegen bedeutet am Beispiel Innere Medizin, dass 90 Prozent der Kliniken mindestens

eine Verhältniszahl von 1:11,44 vorhalten und zehn Prozent der Kliniken eine höhere Verhältniszahl aufweisen.

Unbeantwortet bleibt, wie sich die extrem niedrigen Minimum-Werte erklären lassen. Sie weisen aber deutlich auf eine unsaubere Datengrundlage für die vorgenommene Zielsetzung hin. Als denkbare Personaluntergrenzen werden in dem Fachgutachten entweder die Untergrenze für die Fachbereiche beim Quartil, also die „schlechtesten“ 25 Prozent der Fachstationen auf die in Grün in der Tabelle hinterlegten Nurse-to-Bed-Ratios, oder aber die „schlechtesten“ zehn Prozent Nurse-to-Bed-Ratios in der gelben Tabellenspalte zur Diskussion gestellt.

Würde die Quartils-Lösung als Pflegepersonaluntergrenze zum Tragen kommen, so müssten dem Gutachten zufolge 950 Kliniken zirka 6 043 Stellen aufbauen. Das wäre eine Steigerungsrate von 1,9 Prozent Pflegepersonalstellen, wenn vorausgesetzt werden könnte, dass es zu keinen Verschiebeeffekten kommt. Vor dem Hintergrund der ersten Reaktionen auf die kommenden Pflegepersonaluntergrenzen ist allerdings nicht davon auszugehen.

Abb. 1
Verteilung der Pflegepersonalbelastung nach Fachabteilung

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

Quellen: eigene Darstellung nach Schreyögg & Milstein, 2016, S. 19

Erste Reaktionen in der Kliniklandschaft

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

Diskussion zu den Pflegepersonaluntergrenzen

Im vorgelegten Fachgutachten gibt die genutzte Belastungskennziffer das Verhältnis einer Pflegeperson und der durchschnittlich in der Schicht zu versorgenden belegten Betten an. Die tatsächliche Personalbesetzung pro Schicht und die Verhältniszahl, wie viele Patienten eine Pflegeperson in der Schicht zu versorgen hat (die sogenannte Nurse-to-Patient-Ratio), ist von dieser Kennziffer allerdings nicht abzuleiten und divergiert zum Teil erheblich. Insofern suggeriert die genutzte Personalbelastung pro Fachabteilung, welche die Autoren als „Fallzahl pro PflegerIn pro Schicht“ kommunizieren, eine falsche Antwort auf die Frage, wie viele Patienten eine Pflegeperson im Durchschnitt auf Station versorgt.

Die Differenz von der bundesweiten durchschnittlichen 6:1-Verhältniszahl (das heißt, eine Pflegeperson versorgt sechs Patienten) zur tatsächlichen Verhältniszahl in den Schichten ergibt sich aus zahlreichen Sachverhalten. So zählt etwa der Entlas-

sungstag eines Patienten nicht mehr als Belegungstag, demgegenüber hat die Pflegeperson aber am Entlassungstag noch zahlreiche Aufgaben für diesen Patienten zu übernehmen. Auch Mitarbeiter, die auf dem Stellenplan der Pflege auf der Station verortet sind, aber ausschließlich administrative Aufgaben für beispielsweise Ärzte übernehmen oder in der Endoskopie arbeiten, können anhand der verfügbaren Daten nicht zweifelsfrei selektiert werden.

Zudem entspricht die Wochenarbeitszeit nicht in jeder Klinik den Berechnungsgrundlagen, und es steht weniger Arbeitszeit vonseiten der Pflegefachperson zur Verfügung. Zahlreiche Kliniken beschäftigen Stationssekretärinnen, die sie auf dem Stellenplan der Pflege führen. Die 6:1-Verhältniszahl berücksichtigt darüber hinaus weder Krankheitstage noch Mutterschutz, Fortbildungstage usw. So ließe sich auch die Differenz der im Gutachten vorgelegten Zahlen zu denen der RN4Cast-Studie erklären, bei der als Kennzahl die Nurse-to-Patient-Ratios genutzt wurden (Abb. 2). Hierbei schneidet Deutschland mit am schlechtesten ab.

Die RN4Cast-Studie hat die durchschnittlichen Patienten zu Pflegepersonalrelationen in der jeweils letzten Schicht ermittelt. Dabei wurden nur Mitarbeiter berücksichtigt, die unmittelbar am sogenannten „point of care“, also der direkten Patientenversorgung auf den jeweiligen Stationen tätig waren. Insgesamt wurden in 49 deutschen Kliniken 1508 Mitarbeiter von durchschnittlich 31 Fachstationen befragt. Zwar ist es richtig, dass die Daten der RN4Cast-Studie nicht repräsentativ (bezogen auf die in deutschen Kliniken) sind und Verzerrungen unterliegen können. Der Vergleich mit der Personalbelastungskennziffer „belegtes Bett“, welche 2014 bei zirka 6:1 lag, ist jedoch davon unabhängig nicht zulässig. Es handelt sich um unterschiedliche Kennziffern. Ebenso sind die folgenden Aussagen der Autoren im Fachgutachten differenziert zu hinterfragen: „Im internationalen Vergleich platzieren diese Ergebnisse Deutschland im Mittelfeld“ und „Die Personalsituation in Deutschland gemäß der OECD-Daten [sein] ähnlich ausgeprägt, wie in annähernd vergleichbaren Ländern, z. B.

Abb. 2
Nurse-to-Patient-Ratios in zwölf europäischen Ländern und den USA
Bei den Daten handelt es sich um Mittelwerte (Standardabweichung), falls nicht explizit anders angegeben.

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

Quellen: eigene Darstellung nach Aiken et al., 2012

Österreich, den Niederlanden und Frankreich mit ca. 5:1“.

Die Differenz der Kennziffer von 6:1 versus 5:1 ergibt bezogen auf einen Datensatz des Statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2015 zirka 64 407 Vollzeitstellen mehr. Das entspräche etwa 20 Prozent mehr Pflegepersonal bezogen auf die aktuell in den deutschen Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeitern der Pflege. Es bleibt stark anzuzweifeln, ob dieser Unterschied alleine durch eine nicht bekannte Fallschwere und eine etwas geringere Verweildauer der Patientenfälle in den zum Vergleich herangezogenen Ländern zu rechtfertigen ist und von einer annähernd „gleichen“ Arbeitsbelastung gesprochen werden kann.

Andere Kennziffern ausgewählter OECD-Länder weisen vielmehr darauf hin, dass die Personalbesetzung in deutschen Krankenhäusern mit zu den im Vergleich schlechtesten gehört. Übrigens gilt das auch für den ärztlichen Bereich.

Es zählt die pflegerische Versorgungsqualität

Bei der Definition der Pflegepersonaluntergrenzen sollte eine rein statistische Betrachtung möglicher Pflegepersonaluntergrenzen um eine pflegfachlich-inhaltliche Perspektive ergänzt werden. Pflegepersonaluntergrenzen sollten immer auch vor dem Fokus der pflegerischen Versorgungsqualität festgelegt werden. Einen Hinweis auf die sinkende Pflegequalität mit Auswirkungen auf die Prozess- und Ergebnisqualität gibt unter anderem das Konzept der verdeckten oder impliziten Rationierung von notwendigen Pflegemaßnahmen. Aktuelle Studienergebnisse in 71 deutschen Kliniken basierend auf 4 317 befragten Pflegepersonen zeigen, dass das Rationierungsverhalten im Zeitverlauf weiter zugenommen hat und innerdeutsch im internationalen Vergleich deutlich höher liegt.

Die Rationierung von Pflegeleistungen, welche die Pflegeperson an sich als erforderlich erachtet, aber unter anderem aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen nicht erledigen

kann, sollte als sehr ernst zu nehmender Warnhinweis für eine inadäquate Pflegepersonalbesetzung gewertet werden. Vor dem Hintergrund der vorgestellten Studienergebnisse liegt der Verdacht nahe, dass nicht nur die am „schlechtesten“ mit Pflegepersonal besetzten Fachstationen ein Defizit an Pflegepersonalkapazität haben könnten. Dringend ist die Frage zu stellen, welches Potenzial eine bessere pflegerische Versorgung hat um beispielsweise die Verweildauer zu reduzieren, Komplikations- und Mortalitätsraten zu senken und somit Wiederaufnahmen zu vermeiden – und wie viel Pflegepersonal sowohl bezogen auf das Qualifikationsniveau als auch auf die Anzahl der Pflegepersonen erforderlich ist.

Kliniken mit guten Qualitätszahlen weisen den Weg

Die verfügbaren Zahlen und Belastungskennziffern der Pflegeberufe in den Kliniken sind insuffizient und lassen kaum Aussagen über sinnvolle Pflegepersonaluntergrenzen, die eine nachhaltige pflegerische Versorgung sicherstellen können, zu. Daher ist eine systematische Datenerhebung unter Berücksichtigung zentraler Qualitätsaspekte überfällig. Von Kliniken mit guten Qualitätskennzahlen sollte die Pflegepersonalbesetzungen abgefragt werden. Solche Krankenhäuser kennzeichnet beispielsweise eine geringe Mortalitätsrate und eine niedrige Inzidenz an Dekubitus. Zu nennen sind darüber hinaus vielversprechende Indikatoren im Bereich der pflegerischen Prozessqualität wie zum Beispiel die nachweisliche Umsetzung von Pflegevisiten und Fallkonferenzen, die Umsetzung von Expertenstandards sowie eines systematischen pflegediagnostischen Prozesses bei vulnerablen Patientengruppen. Ausgehend von den Kennzahlen der Kliniken mit den besten Prozessen und positivsten Ergebnissen könnte eine sinnvolle Pflegepersonaluntergrenze diskutiert werden. Jede andere Vorgehensweise birgt die große Gefahr, vorhandene Missstände festzuschreiben.

Zudem bleibt eine mögliche Verbindung des Skills- und Qualifikationsmixes des Pflegepersonals bezogen auf die ausgewählten Qualitätsindikatoren unberücksichtigt. Wechselwirkungen sind hier allerdings bekannt und gut belegt. Krankenhäuser mit einem höheren Anteil an akademisch ausgebildetem Personal weisen positive Auswirkungen auf pflegesensitive Qualitätsindikatoren auf.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse ist zu empfehlen, die Diskussion um die Pflegepersonaluntergrenzen sowohl fachlich-inhaltlich als auch hinsichtlich der pflegerischen Qualifikationsniveaus zu erweitern und einen systematischen Umsetzungsplan für Vorgaben zum Aufbau von akademisiertem Pflegepersonal am „Point of Care“ einzuleiten. Schrittweise könnten die Quoten jährlich angepasst werden. Krankenhäuser sollten entsprechende Stellenprofile und adäquate Gehaltsstrukturen schaffen, die auch in der Krankenhausfinanzierung entsprechend berücksichtigt werden müssen. Über diese Maßnahmen können pflegerische Outcomes positiv beeinflusst und die Attraktivität der Pflegeberufe würde bezogen auf weitere Karrieremöglichkeiten gefördert werden.

Literaturhinweise bei der Verfasserin.



Dr. Pia Wieteck ist Abteilungsleiterin Forschung & Entwicklung bei RECOM GmbH in Baar-Ebenhausen. Sie ist 2. Vorsitzende der Fachgesellschaft Profession Pflege e.V., in der Lösungsvorschläge zu Personaluntergrenzen konsentiert wurden.
Mail: pwieteck@recom.eu