

Krankenhaus-Report 2017

„Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 61-78



5	Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive	61
	<i>Britta Zander, Julia Köppen und Reinhard Busse</i>	
5.1	Einleitung.....	62
5.2	Die Personalausstattung im internationalen Vergleich	62
5.2.1	Gesamtes Krankenhauspersonal im internationalen Vergleich	62
5.2.2	Klinisches Krankenhauspersonal	65
5.3	Die Personalausstattung in Deutschland	67
5.4	Auswirkungen auf die Versorgungsqualität	68
5.4.1	Ausgewählte Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast	70
5.4.2	Der Einfluss von Akademisierung und Professionalisierung in der Pflege auf Qualität	70
5.4.3	Rationierung von Pflegeleistungen und Pflegequalität.....	72
5.5	Optimale Zusammensetzung des Gesundheitspersonals	75
5.6	Fazit	76

5 Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive

Britta Zander, Julia Köppen und Reinhard Busse

Abstract

Pro 1 000 stationäre Behandlungsfälle wird in Deutschland mit 47 Vollzeitäquivalenten deutlich weniger Personal als in allen anderen OECD-Ländern eingesetzt. Die Ärzte- und Pflegezahlen pro Fall entwickelten sich zwischen 2005 und 2013 entgegengesetzt: Die Arztlzahlen stiegen pro 1 000 Fälle von 7,2 auf 7,6 an, verglichen mit anderen Ländern unterdurchschnittlich, wohingegen die Pflegefachkraftzahlen von 18,8 auf 17,9 – entgegen der Entwicklung in den meisten OECD-Ländern – sanken. Die deutsche Entwicklung ist deutlich durch die hohe Zunahme der Fallzahlen bedingt. Trotz laufender Bemühungen zur Erleichterung der angespannten Pflegesituation (z. T. durch Pflegestellen-Förderprogramme) zeichnen sich vom Pflegepersonal berichtete Einbußen bei der Versorgungsqualität ab, z. B. indem notwendige Pflegetätigkeiten am Patienten aus Zeitmangel vernachlässigt werden oder es zu nachteiligen Patientenergebnissen wie Stürzen oder Dekubitus kommt. Der Beitrag präsentiert und diskutiert Studienergebnisse für den Zeitraum 1999 bis 2015 u. a. aus der internationalen Pflegestudie RN4Cast, geht auf potenzielle Auswirkungen der Akademisierung in der Pflege hinsichtlich der Qualität ein und stellt erste Schritte auf dem Weg zu einer optimalen Zusammensetzung von Behandlungsteams anhand der internationalen MUNROS-Studie vor.

In Germany, 47 full-time equivalents are deployed per 1,000 inpatient admissions, a number that is considerably less compared to other OECD countries. The numbers of physicians and nurses per inpatient admission developed in opposite directions between 2005 and 2013: physician numbers increased from 7.2 to 7.6, an increase below the average compared to other countries, whereas – against the trend of most OECD countries – nursing figures decreased from 18.8 to 17.9. The development in Germany has been determined primarily by the sharp increase of patient admissions. Despite continuous efforts to alleviate the fierce situation of nurses (partly by so-called “Nursing position support programmes”), nurse-reported quality of care has deteriorated noticeably, e. g. by nursing tasks that are necessary, but being left undone due to lack of time or the occurrence of adverse patient events, such as falls or pressure ulcers. In this regard, the paper introduces and discusses results of the international nurse workforce study RN4Cast for the years 1999 to 2015, considers the potential effects of academisation in nursing on quality aspects and presents first steps towards an optimal composition of health care teams based on findings of the international MUNROS study.

5.1 Einleitung

Krankenhäuser setzen die Ressourcen Kapital, Sachmittel und Personal im optimalen Falle so ein, dass eine maximale Versorgungsqualität sowie hohe Patientensicherheit gewährleistet werden kann (Augurzky et al. 2016). Inwieweit sich in Deutschland Rückschlüsse darauf ziehen lassen, dass die Ressource Personal optimal im Sinne einer guten Versorgungsqualität in Krankenhäusern eingesetzt wird, versucht der vorliegende Beitrag unter Berücksichtigung des internationalen Kontextes zu erörtern. In einem ersten Schritt werden dazu die Personalbelegungszahlen deutscher Krankenhäuser mit internationalen Zahlen verglichen, um daraus ableitend in einem zweiten Schritt Aussagen über die Qualität der Patientenversorgung treffen zu können sowie innovative Konzepte vorzustellen.

5.2 Die Personalausstattung im internationalen Vergleich

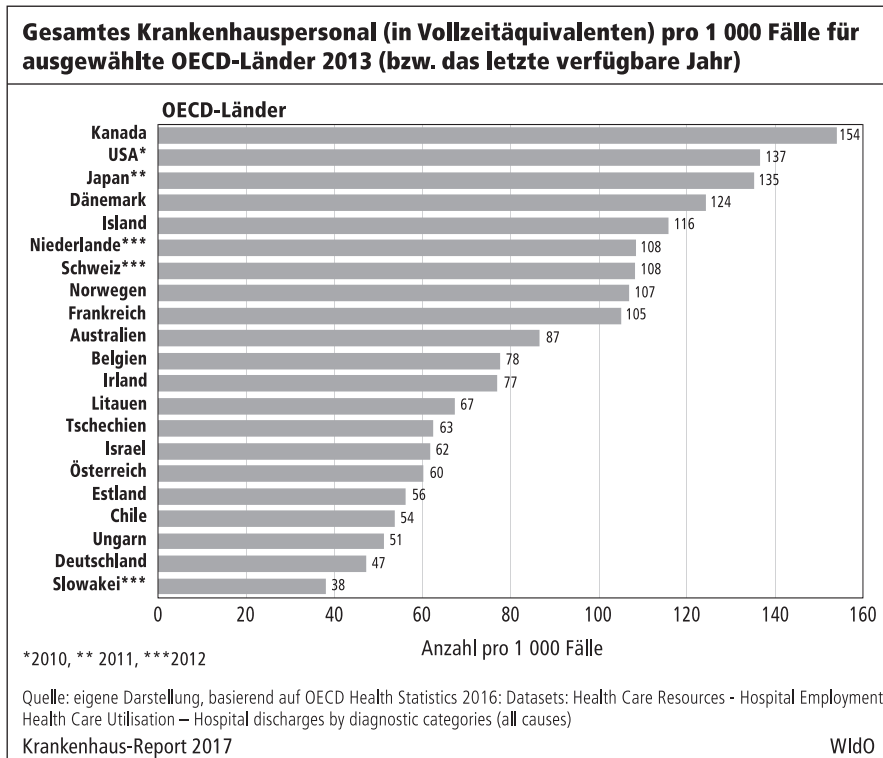
Zahlen zum Personal liegen häufig nur in absoluten Zahlen oder pro Kopf der Bevölkerung (etwa pro 1 000 Einwohner) vor. Werden diese Zahlen der OECD oder der WHO betrachtet, ist Deutschland gut bis überdurchschnittlich versorgt. Dabei wird allerdings nicht berücksichtigt, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich über deutlich mehr stationäre Betten (wiederum pro Kopf der Bevölkerung) verfügt und auch die Fallzahlen sehr hoch sind (Geissler und Busse 2015). Um dies mitzuberücksichtigen, werden Zahlen benötigt, die das Personal in Beziehung zu Fallzahlen setzen. Diese liegen von der OECD vor, sind aber vergleichsweise unbekannt und werden daher wenig genutzt.

5.2.1 Gesamtes Krankenhauspersonal im internationalen Vergleich

Abbildung 5–1 zeigt das Krankenhauspersonal in den 21 der 35 OECD-Mitgliedsländer, für die Zahlen vorliegen – gemessen in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) pro 1 000 stationär behandelte Patienten (Fälle). Die Zahlen rangieren in den dargestellten Ländern zwischen 38 (Slowakei) und 154 (Kanada), wobei sich Deutschland mit 47 Vollzeitäquivalenten pro 1 000 Fälle an zweitletzter Position befindet und damit nur bei 30% des kanadischen oder 40% des dänischen Wertes liegt. Auch gegenüber den Niederlanden, der Schweiz, Norwegen und Frankreich liegt der deutsche Wert bei unter 50%. Bei einer Interpretation dieser Zahlen müssen natürlich weitere Faktoren berücksichtigt werden: So umfasst das Tätigkeitsspektrum von Krankenhäusern in fast allen Ländern mehr ambulante Leistungen als in Deutschland (wodurch deren Zahlen in Bezug auf stationäre Fälle zu hoch sind), andererseits sind die Verweildauern häufig deutlich niedriger (wodurch sich beim Vergleich mit Bezug auf Pflagetage der Abstand zwischen Deutschland und den Vergleichsländern noch vergrößert).

Während Abbildung 5–1 nur das gesamte Krankenhauspersonal zeigt, ist dessen Verteilung in Abbildung 5–2 heruntergebrochen auf die wesentlichen Berufsgruppen im Krankenhaus, also Ärzte, Pflegefachkräfte (inklusive Hebammen), Pflegehelfer, weitere Gesundheitsfachberufe und sonstiges Personal. Die *Pflegefachkräfte*

Abbildung 5–1

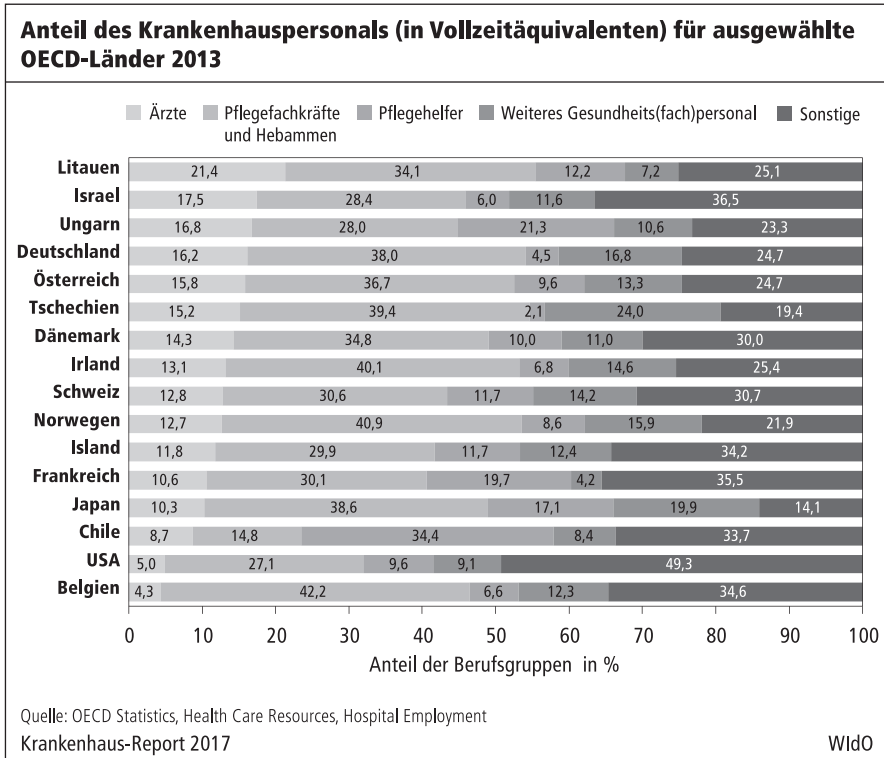


und Hebammen repräsentieren in den meisten Ländern die größte Berufsgruppe im Krankenhaus, so auch in Deutschland (38%). In Belgien ist der Anteil der Pflegekräfte am höchsten (42%), gefolgt von Norwegen (41%) und Irland (40%) – beachtet werden muss dabei natürlich, dass für den Vergleich in absoluten Zahlen der zugrunde liegende Gesamtwert betrachtet werden muss (siehe auch nachfolgend). Verglichen mit dem hohen Anteil an Pflegehelfern in Ungarn (21%) und Frankreich (20%) verfügen Deutschland (<5%) und Tschechien (2%) über einen weitaus geringeren Anteil.

Der Anteil der Ärzte rangiert von 4% in Belgien und 5% in den USA bis zu 21% in Litauen. Deutschland gehört mit 16% zu den Ländern mit einem hohen Anteil an Ärzten. Beachtet werden muss hierbei, dass in Belgien und den USA sehr viele Ärzte nicht zum Krankenhauspersonal zählen, sondern als Selbständige die Leistungen an den stationären Patienten erbringen und abrechnen (also im deutschen Sprachgebrauch Belegärzte sind).

Werden die Daten von Ärzten und Pflegefachpersonal (sowie Hebammen) zusammengerechnet, ergeben sich Anteile des klinischen Personals von weniger als 24% in Chile bis zu 56% in Litauen. Deutschland, Österreich, Tschechien, Irland und Norwegen bewegen sich bei diesem Anteil alle um die 50%, während es in Frankreich 40% und in den USA 30% sind.

Abbildung 5–2



Zu den *weiteren Gesundheitsfachberufen* werden u. a. Physio- und Ergotherapeuten, Apotheker, Psychologen, Diätassistenten, Logopäden und Medizinisch-technische Laborassistenten gezählt. Die Verteilung über die Länder weist ebenfalls eine relativ große Varianz auf und liegt zwischen 24% in Tschechien und 4% in Frankreich. Deutschland ordnet sich mit 17% im oberen Mittelfeld ein – nach Tschechien (24%) und Japan (20%), aber noch vor Norwegen (16%).

In die letzte hier dargestellte Berufsgruppe des *sonstigen Personals* wurden alle Berufsgruppen eingruppiert, die nicht in die übrigen Gruppen passen. In den meisten Ländern liegt der Anteil dieser zusammengefassten Berufsgruppen zwischen 20% und 35%, so auch in Deutschland (25%). Ausreißer sind nach unten Japan mit 14% sowie nach oben die USA mit 49%. Der hohe Wert in den USA kommt u. a. dadurch zustande, dass der Anteil an administrativem Personal in den USA, zum Teil bedingt durch das Gesundheitssystem, sehr hoch ist (Himmelstein et al. 2014). Andererseits dürften Unterschiede zwischen Ländern auch durch den Grad des Outsourcings von z. B. Reinigung und Verpflegung zu erklären sein.

5.2.2 Klinisches Krankenhauspersonal

Um die bisher dargestellten Zahlen in Bezug auf die tatsächliche klinische Versorgung besser einordnen zu können, wird im Folgenden das ärztliche und pflegerische Personal, inklusive der Hebammen, in den Fokus gerückt. Dabei zeigt sich, dass auch hier in Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern weniger Personal eingesetzt wird: Pro 1 000 Fälle sind es 25,5 VZÄ (7,6 Ärzte und 17,9 Pflegekräfte) – und damit nur 40 % bis 50 % der Werte in Japan (65,7), Dänemark (60,9), Norwegen (57,3), Island (48,3) oder der Schweiz (46,6).

Bei den Ärzten werden nur in Belgien (3,4) und den USA (6,2) weniger Ärzte je Fall als in Deutschland eingesetzt (wobei die starke Nutzung der hier nicht gezählten Belegärzte zu berücksichtigen ist) und in der Pflege gibt es nur in Israel (17,6) und Ungarn (14,3) weniger Personal (Abbildung 5–3).

Beim Längsschnitt der Zahlen von 2005 bis 2013 lässt sich erkennen, dass sich die Ausstattung der Ärzte pro Fall in allen betrachteten Ländern erhöht hat. Besonders deutlich zeigt sich die Zunahme in Dänemark mit 3,6 Ärzten pro 1 000 Fälle,

Abbildung 5–3

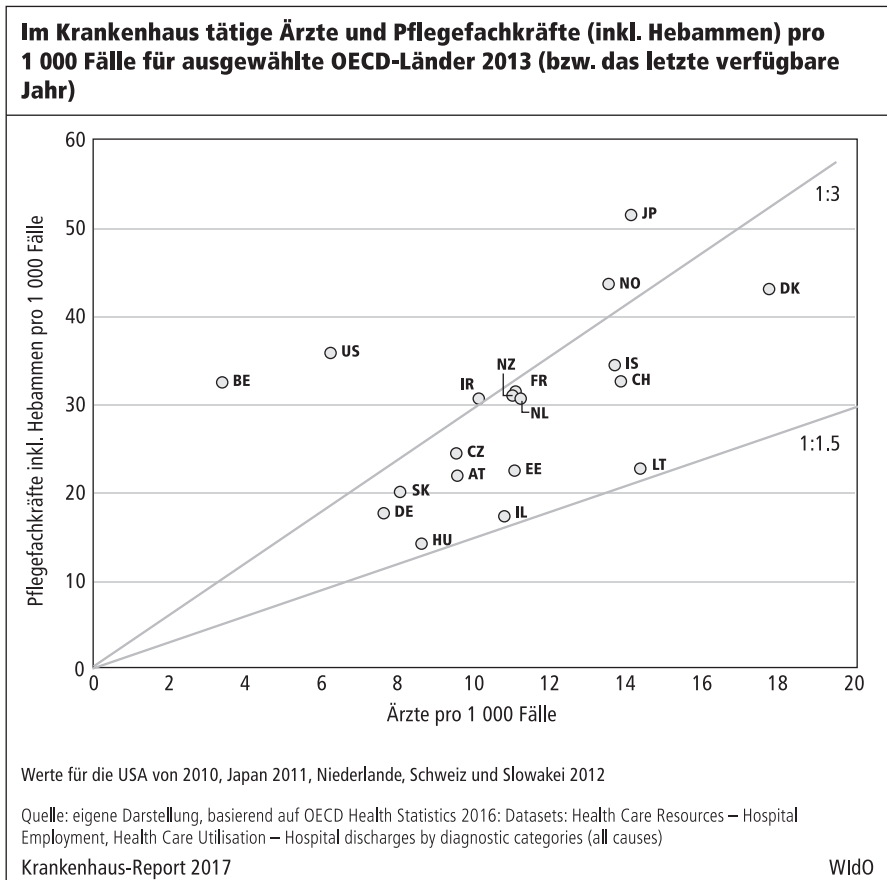
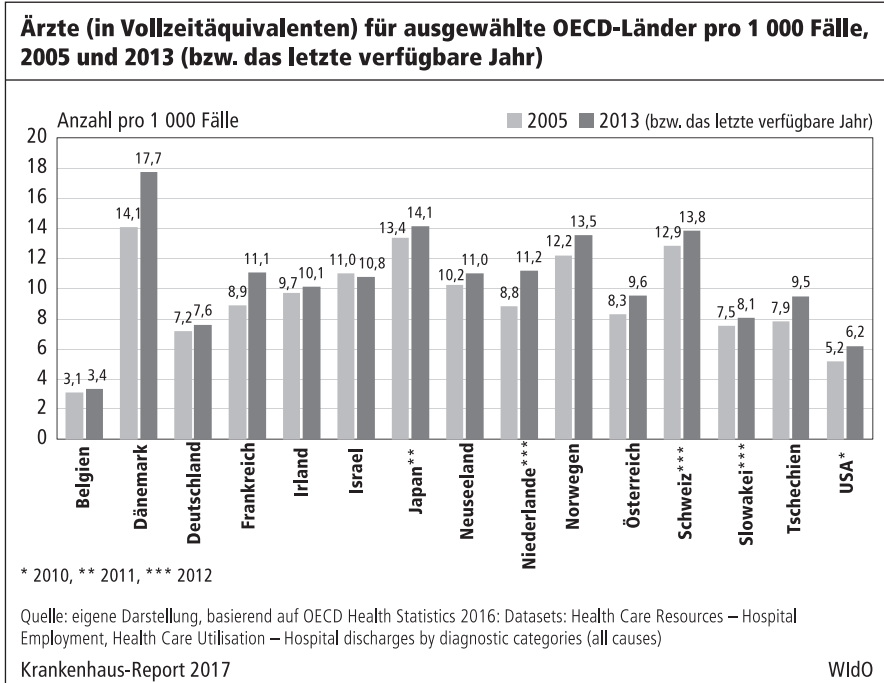


Abbildung 5–4

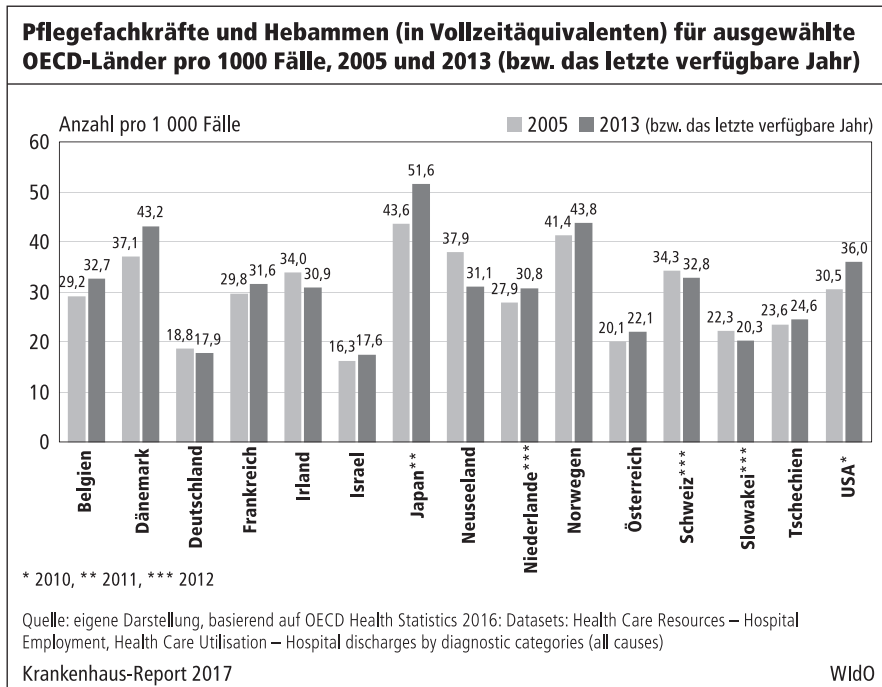


d. h. um rund 20%, wobei allerdings ein Drittel auf die Verringerung der Fallzahlen zurückzuführen ist. In Deutschland gab es laut OECD-Zahlen einen Zuwachs von nur 0,4 Ärzten pro 1 000 Fälle, wobei zu beachten ist, dass in dem Zeitraum die Zahl der Fälle (d. h. der Nenner) überdurchschnittlich um rund 20% zugenommen hat (Geissler und Busse 2015) (Abbildung 5–4).

Der Blick auf die Entwicklung der Pflegezahlen offeriert ein gemischteres Bild: In der Mehrheit von zehn Ländern hat sich der Wert im Betrachtungszeitraum erhöht, in fünf dagegen ist er gesunken. Spitzenreiter Japan hat sein Pflegepersonal über die deutliche Fallzahlsteigerung hinaus um acht VZÄs pro 1 000 Fälle aufstocken können (während es bei den Ärzten nur minimal um 0,7 zulegte). Auch in Dänemark und der USA hat das Pflegepersonal um jeweils über fünf VZÄs pro 1 000 Fälle zugenommen, wobei ein Teil durch den Rückgang der Fallzahlen zu erklären ist. In einigen anderen Ländern fiel die Verbesserung geringer aus. In der Schweiz, der Slowakei, Neuseeland, Irland und Deutschland kam es hingegen zu einer Verschlechterung des Verhältnisses – in Deutschland um rund 5% (Abbildung 5–5), wiederum erklärbar durch die starke Fallzahlzunahme bei gleichzeitig hierzu unterproportionaler Zunahme des Pflegepersonals.

Bei der Interpretation der Zahlen gilt zu beachten, dass die unterschiedliche Ausstattung mit Ärzten, Pflegepersonal und sonstigen Personalgruppen zum Teil auf die Ausgestaltung der spezifischen Gesundheits- und Ausbildungssysteme und die davon abhängigen unterschiedlichen Aufgabenspektren der Berufsgruppen zurückzuführen ist. In diesem Sinne lässt sich z. B. die vergleichsweise hohe Ausstat-

Abbildung 5–5



zung mit Pflegekräften in den USA, besonders im Vergleich zu den Ärzten (fünffach so hoch), u. a. dadurch erklären, dass akademisch ausgebildete Pflegekräfte ärztliche Leistungen übernehmen. Unterschiede in den Zahlen der Pflegehelfer lassen sich z. B. auf Ausdifferenzierungen zurückführen, um Pflegefachkräfte zu entlasten, die sich dann besser auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Um die Ausgestaltung der Personalbesetzung länderübergreifend diskutieren zu können, wären daher Angaben über Ausbildungs- und Qualifikationsniveaus, Befugnisse sowie gesetzlich geregelte Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufsgruppen nötig, die sich allerdings aus der OECD-Statistik nicht herauslesen lassen, ebenso wenig wie Informationen über die sektorenübergreifende Integration und Zusammenarbeit.

5.3 Die Personalausstattung in Deutschland

Laut Zahlen des Statistischen Bundesamtes haben im Jahr 2014 5,2 Millionen Menschen im deutschen Gesundheitswesen gearbeitet – verglichen mit 2009 ein Zuwachs um 10%. Im Krankenhaus arbeiteten im Jahre 2014 1,1 Millionen Personen, von denen 832 000 Frauen waren (Statistisches Bundesamt 2016).

Bei der Entwicklung der Personalzahlen in den Krankenhäusern sollten die zum Teil tief ins System eingreifenden Entwicklungen und Veränderungen der letzten Jahre mitberücksichtigt werden (vgl. Kapitel 6 in diesem Band). In den letzten 20

Jahren kam es zu einem Bettenabbau in den Krankenhäusern sowie einem Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer bei gleichzeitigem Anstieg der Fallzahlen, was im Ergebnis in weniger Belegungstagen resultierte.

Die Zahl der Krankenhausärzte stieg von 1995 bis 2014 um 48% an, was das Verhältnis der Ärzte sowohl zur Fallzahl als auch zu den Belegungstagen erhöhte. Die Anzahl der Pflegekräfte ist – gemessen in VZÄ – gesunken (bei gleichzeitigem Anstieg der Teilzeitate). Diese Entwicklung führte – konträr zu den Ärzten – zu einer höheren Fallzahl pro Pflegekraft (um 32%, gemessen an VZÄ), während die Anzahl der Belegungstage pro Pflegekraft abgenommen hat. Dementsprechend sank das Pflegepersonal-Arzt-Verhältnis um 38% auf 2,1 Pflegekräfte pro Arzt (laut OECD: 2,3), verglichen mit noch 3,4 Pflegekräften im Jahre 1995 (Statistisches Bundesamt 2016a; Statistisches Bundesamt 1997–2015).

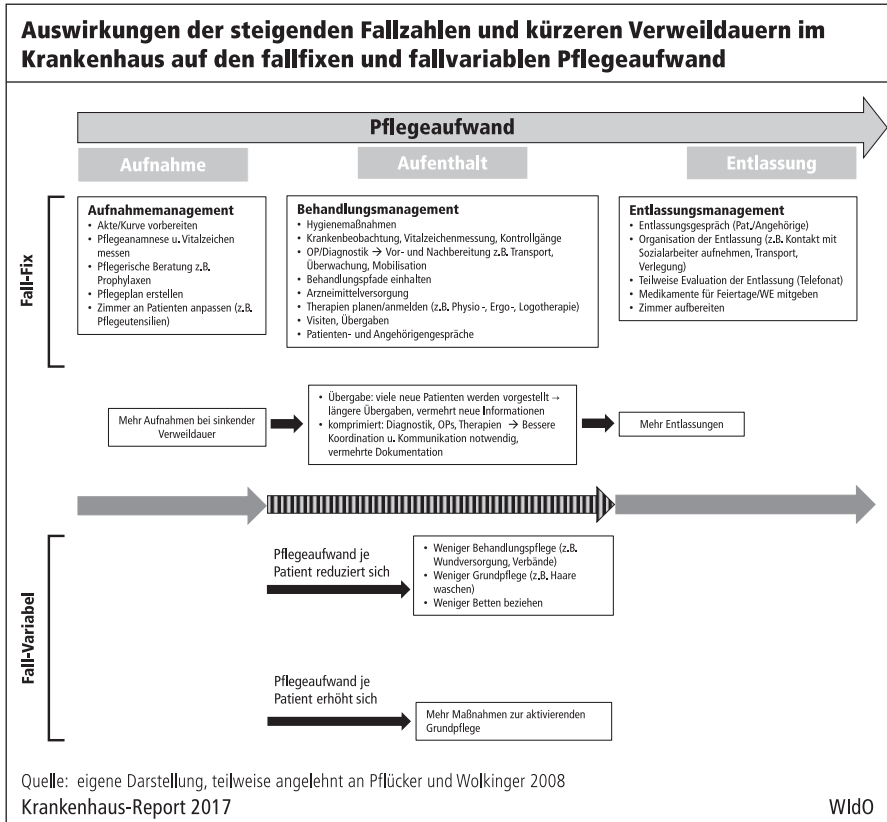
Verschiedene Gründe werden für die entgegengesetzten Personalentwicklungen bei Ärzten und Pflegekräften diskutiert. Zum einen ist anzunehmen, dass im Rahmen der DRG-Einführung Anreize gesetzt wurden, eher Bereiche wie die der Ärzte aufzustocken als in erlösfärmere Bereiche (wie z. B. den Pflegedienst) zu investieren (Augurzky et al. 2016). Zum anderen könnte aber auch die gesunkene Aufenthaltsdauer einen sinkenden Pflegeaufwand implizieren, wodurch der Abbau an Pflegepersonal gerechtfertigt wäre. In Anbetracht des erheblichen Fallzahlenanstiegs von 32% seit 1995 kann allerdings auch argumentiert werden, dass ein Anstieg des Pflegepersonals gerechtfertigt wäre.

5.4 Auswirkungen auf die Versorgungsqualität

Um sich vor Augen zu führen, welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf den tatsächlichen Pflegeaufwand in Krankenhäusern haben, verdeutlichen die folgenden konzeptionellen Überlegungen, wie steigende Fallzahlen sich auf den Pflegeaufwand bei kürzeren Verweildauern auswirken. Durch die Verringerung der Krankenhaustage ist davon auszugehen, dass der Pflegeaufwand u. a. für die Behandlungspflege, Grundpflege und pflegefernere Tätigkeiten (z. B. Betten beziehen) reduziert werden kann. Um Patienten auf die frühzeitigere Entlassung vorzubereiten, müssen nun auch die Maßnahmen zur aktivierenden Grundpflege zu einem früheren Zeitpunkt ergriffen werden. Steigt nun aber gleichzeitig das Patientenvolumen, kommt es im gleichen Zeitraum zu mehr Aufnahmen, Behandlungen und Entlassungen mitsamt den damit verbundenen Tätigkeiten. Das bedeutet im Ergebnis, dass bei gleichbleibenden oder sinkenden Personalzahlen in der Pflege u. a. die Diagnostik, Operationen und Therapien komprimierter stattfinden müssen, sich der Dokumentationsaufwand erhöht und auch die Anforderungen an Koordination und Kommunikation steigen (Abbildung 5–6).

In der öffentlichen Diskussion werden seit einigen Jahren immer wieder Bedenken lauter, ob Krankenhäuser in Deutschland genügend Pflegekräfte einsetzen, um die Patienten adäquat versorgen zu können. Zum 1. Januar 2016 trat das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) in Kraft. Laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe kann „eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus (...) nur mit ausrei-

Abbildung 5–6



chend Personal gelingen“, weswegen die Bemühungen im Pflegebereich durch deutlich mehr Mittel verstärkt werden und Krankenhäuser durch den Pflegezuschlag und das erneute Pflegestellen-Förderprogramm bis zu 830 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr erhalten, um dauerhaft mehr Personal zu beschäftigen. Die Summe entspricht ca. 5% der derzeitigen Ausgaben für das Pflegepersonal, wodurch sich bei voller Ausschöpfung wieder ein Pflegekraft-Fall-Verhältnis wie im Jahre 2005 ergäbe (vgl. Abbildung 5–5).

Inwieweit eine tatsächliche Gefährdung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit durch die Personalsituation in deutschen Krankenhäusern existiert, konnte bisher allerdings noch nicht ausreichend belegt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich ebenfalls die Frage, ob sich Determinanten des Personaleinsatzes identifizieren lassen, die die Versorgungsqualität positiv beeinflussen könnten.

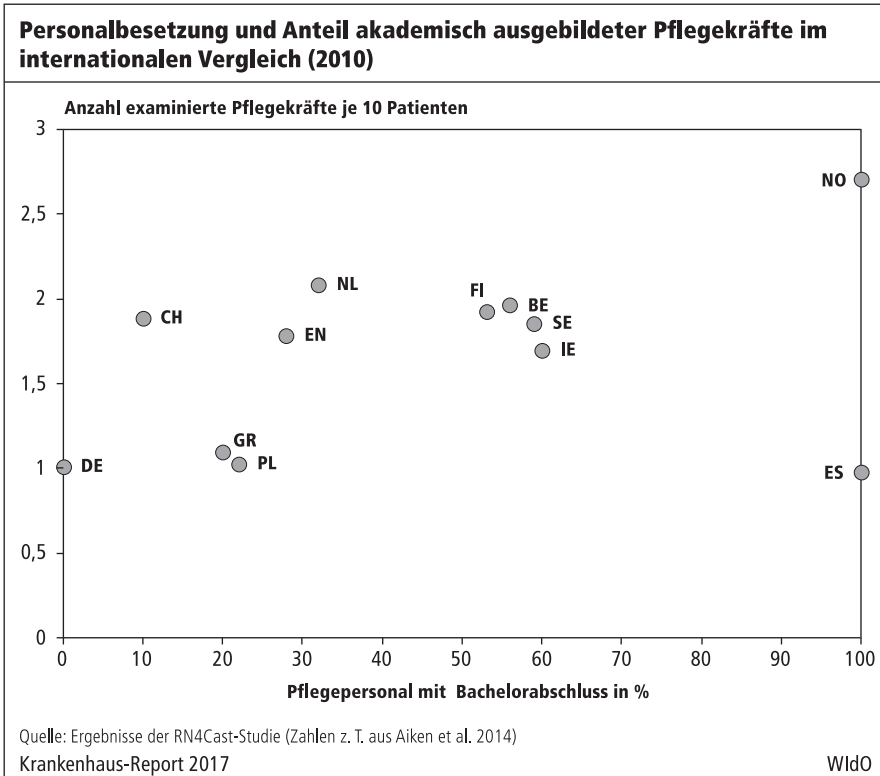
5.4.1 Ausgewählte Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast

In Deutschland wurden bisher erst sehr wenige Versuche unternommen, den Einfluss der Pflege auf objektiv gemessene Patientenergebnisse (z. B. anhand von Patiententlassungsdaten) auf Stationsebene in Form von Studien zu messen und sichtbar zu machen. Dennoch gibt es bezogen auf die pflegerische Versorgung bereits Hinweise auf Einbußen in der Versorgungsqualität. In der internationalen Pflegestudie RN4Cast (Registered Nurse Forecasting), die in Deutschland seit 2009 durch das Autorenteam an der Technischen Universität Berlin durchgeführt wird, zeigte sich, dass die Qualität der Versorgung aus Sicht der Pflege in Deutschland kontinuierlich gesunken ist. Waren in der Vorgängerstudie 1999 noch 80 % der Pflegekräfte der Ansicht, dass die Patienten eine gute Pflege erhalten (Körner und Busse 2002), sank diese Zahl in der Neuauflage von RN4Cast 2015 auf 58 %. Ebenfalls wird die gesunkene Verweildauer kritisch gesehen: Nur 61 % der Befragten waren der Meinung, dass die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach Entlassung des Patienten gewährleistet sei (im Vergleich zu noch 69 % im Jahr 2010 und 81 % im Jahr 1999 (Aiken et al. 2012; Zander et al. 2012; Körner und Busse 2002)). Die RN4Cast-Ergebnisse zum Entlassungsmanagement bzw. der Vorbereitung auf die Entlassung decken sich hierbei mit Patientenbefragungen des Picker-Instituts, das von 2009 bis 2012 über 111 000 Patienten zu ihrem Krankenhausaufenthalt befragt hat zu Bereichen, die noch über Verbesserungspotenzial verfügen (Stahl und Nadj-Kittler 2014). Auch bezüglich einer adäquaten Personalbesetzung gaben 2015 in der RN4Cast-Neuauflage nur 13 % der befragten Pflegekräfte an, dass die Besetzung ausreichend sei, um gute Pflege gewährleisten zu können. Dieser Wert sank deutlich seit 1999, als noch 37 % die Personalbesetzung als ausreichend einschätzten, und auch seit 2010, als 20 % die Personalbesetzung für ausreichend für gute Pflege hielten (Körner und Busse 2002; Aiken et al. 2012). Ausführliche Informationen zur RN4Cast-Studie finden sich u. a. in Sermeus et al. 2011, Aiken et al. 2012, Aiken et al. 2013 und Aiken et al. 2014.

5.4.2 Der Einfluss von Akademisierung und Professionalisierung in der Pflege auf Qualität

Neben der Personalbesetzung sind international in einer Reihe von Studien ebenfalls Zusammenhänge zwischen der Versorgungsqualität und dem Ausbildungslevel von Pflegekräften gemessen worden. Demnach steigt und sinkt z. B. die Patientensterblichkeit oder „Failure to rescue“ (d. h. Versterben beim Auftreten von Komplikationen) nicht nur mit der Zahl an Pflegefachkräften pro Patient, sondern auch mit dem Anteil an akademisch ausgebildeten Pflegekräften in Krankenhäusern (Aiken et al. 2014; Kutney-Lee et al. 2013; Blegen et al. 2013; Twigg et al. 2012; Kendall-Gallagher et al. 2011). Abbildung 5–7 veranschaulicht die Verteilung der europäischen Länder hinsichtlich der 2010 in der RN4Cast-Studie gemessenen Personalbesetzung (gemessen am Pflegefachkraft/Patienten-Verhältnis) sowie dem Anteil an Pflegefachkräften mit Bachelorabschluss. Es zeigt sich, dass im Vergleich zu Deutschland, wo sich eine Pflegekraft in der Früh- oder Spätschicht durchschnittlich um zehn Patienten kümmern muss (die Zahl erhöht sich auf 13, wird die Nacht-

Abbildung 5–7



schicht miteinbezogen), sich z. B. in Norwegen 2,7 Pflegekräfte um die gleiche Patientenzahl kümmern. Eine ähnliche Personalbesetzung wie die in Deutschland weisen laut RN4Cast Griechenland, Polen und Spanien auf. Allerdings unterscheidet sich Spanien von Deutschland deutlich darin, dass – wie auch in Norwegen – 100% der Pflegekräfte akademisch ausgebildet sind.

Es offenbart sich deutlich, dass Deutschland bei der Akademisierung der Pflegeausbildung weit hinter den Entwicklungen der anderen Länder der Europäischen Union zurückbleibt. Dabei gibt es rege Diskussionen zwischen den Befürwortern und Gegnern der Hoch- und Fachhochschulreife als Zugangsvoraussetzung zur Pflegeausbildung sowie der Qualifikation durch grundständige Studiengänge. Die Gegner befürchten eine Verschärfung des Fachkräftemangels sowie zu lange Ausbildungswege, während Befürworter den aktuell sehr wichtigen Zuwachs an Attraktivität für den Pflegeberuf hervorheben, die Möglichkeit, durch eine Veränderung des Skill-Mixes Versorgungsempfässen begegnen zu können, sowie potenzielle Kosteneinsparungen durch Einsparungen bei Ärzten. Tatsächlich empfiehlt Richtlinie 2013/55/EU (Anerkennung von Berufsqualifikationen) eine mindestens zehnjährige allgemeine Schulbildung als Voraussetzung für die Teilnahme an einem Berufsausbildungsgang sowie eine zwölfjährige allgemeine Schulbildung für den Besuch einer Hochschule. Laut Pflegeberufereformgesetz bildet in Deutschland aller-

dings immer noch der mittlere Schulabschluss oder auch der Hauptschulabschluss (in Verbindung mit einer zweijährigen Berufsausbildung oder einer mindestens einjährigen Ausbildung zur Kranken-/Altenpflegehelferin) die Zugangsvoraussetzung zur beruflichen Pflegeausbildung.¹

Beim direkteren Blick auf die Versorgungslandschaft zeigen sich ebenfalls generelle Vorbehalte gegenüber den Vorteilen und Chancen eines Einsatzes akademisch ausgebildeter Pflegekräfte von Seiten der Ärzteverbände und Gewerkschaften aufgrund von Bedenken bezüglich der finanziellen Implikationen dieses Wechsels. Eine repräsentative Befragung von 233 Allgemeinkrankenhäusern zeigt, dass akademisches Personal in den meisten Krankenhäusern noch immer nicht flächendeckend am Krankenbett eingesetzt wird, sondern eher in leitenden Funktionen. Im Mittel arbeiten 0,7 bzw. 0,5 Vollkräfte mit einer akademischen Ausbildung in einer Abteilung der Inneren Medizin bzw. der Chirurgie (Blum et al. 2014).

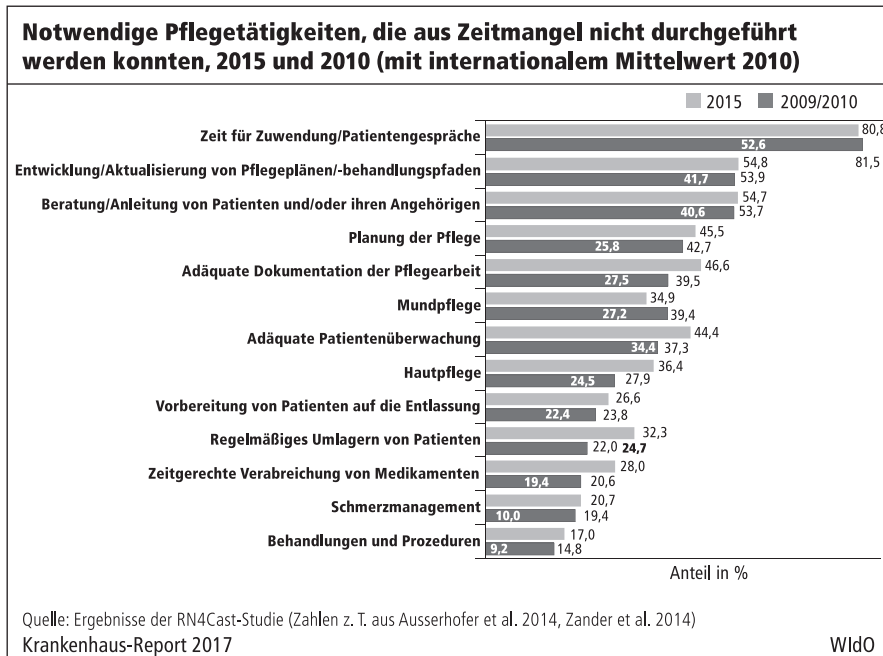
Dennoch sind in den letzten Jahren vermehrt grundständige Studiengänge auf Grundlage von Modellklauseln innerhalb der Berufsgesetze entstanden. Im Wintersemester 2014/2015 gab es über 11 000 Studierende im Studienfach Pflegewissenschaften/-management zur Primär- und Weiterqualifizierung von Gesundheits- und Krankenpflegern (Statistisches Bundesamt 2016, Studenten in ausgewählten Studiengängen des Gesundheitswesens).

5.4.3 Rationierung von Pflegeleistungen und Pflegequalität

Inwieweit bereits Auswirkungen einer sinkenden Pflegequalität auf die Prozess- und Ergebnisqualität in der Versorgung feststellbar sind, misst u. a. das Konzept der verdeckten oder impliziten Rationierung von notwendigen Pflegetätigkeiten. Dieses geht davon aus, dass die einzelne Pflegekraft im Einzelfall selbst entscheidet, welche Tätigkeiten sie unter Zeitnot vornimmt bzw. unterlässt, ohne dass klar definierte Auswahlkriterien oder Informationen zur Verfügung stehen. Laut den mittels Fragebögen erhobenen Ergebnissen der RN4Cast-Studie (Abbildung 5–8) stehen die häufigsten Tätigkeiten, die sowohl 2010 als auch 2015 rationiert wurden, im Zusammenhang mit Zuwendung und psychosozialer Versorgung, während eher therapeutische Tätigkeiten wie Behandlungen/Prozeduren, Schmerzmanagement und zeitgerechte Medikamentenvergabe weniger häufig vernachlässigt wurden. Die Ergebnisse wurden in Abbildung 5–8 jeweils ins Verhältnis zu dem internationalen Mittelwert in der RN4Cast-Studie gesetzt, was verdeutlicht, dass deutsche Pflegekräfte bei jeder Tätigkeit, außer dem regelmäßigen Umlagern, mehr rationieren als ihre Kolleginnen und Kollegen im europäischen Ausland. Die Ergebnisse suggerieren aber auch, dass Pflegekräfte Tätigkeiten zu priorisieren scheinen, deren Weglassen zu negative(re)n Auswirkungen auf die Patientensicherheit führen würde (Zander et al. 2014). Die negative Tendenz während der letzten fünf Jahre (z. B. bei der zeitgerechten Medikamentenvergabe, dem Umlagern, der Hautpflege und der adäquaten Patientenüberwachung) lässt Vermutungen zu, dass die sich verändernde Personalsituation Konsequenzen hat und beobachtet werden sollte.

¹ http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinettentwurfPfIBG.pdf.

Abbildung 5–8



Weitere befragungsbasierte Studienergebnisse der RN4Cast-Studie geben Aufschluss über das länderübergreifende Vorkommen pflege-sensitiver Komplikationen bei Patienten, wie z. B. Stürze und Harnwegsinfektionen (Tabelle 5–1). Auch hier zeigt sich nicht nur, dass sich die Werte in Deutschland innerhalb der letzten fünf Jahre mitunter deutlich verschlechtert haben, sondern auch, dass Deutschland überwiegend schlechter als der internationale Durchschnitt abschnitt, außer bei Medikamentenfehlern.

Abbildung 5–9 versucht diese Auswirkungen der pflegerischen Versorgung auf den Versorgungsprozess in Krankenhäusern – unterstützt und erweitert durch international vorhandene relevante Studienergebnisse (siehe u. a. die Übersichtsarbeiten von Griffiths et al. 2014, Shekelle 2013 und Kane et al. 2007) – in einem konzeptionellen Modell zusammenzufassen.

Die Abbildung soll zeigen, dass nicht nur die quantitative Personalbesetzung, also gemessen am Pflegepersonal/Patienten-Verhältnis und dem Skill-Mix (Abbildungen 5–5 und 5–7), sondern auch Arbeitsumgebungsfaktoren (z. B. der kollegiale Umgang miteinander) einen Einfluss auf Pflegepersonalfaktoren (z. B. Unzufriedenheit und Burnout) haben können sowie auf die Prozess- und Ergebnisqualität, etwa in Form von schlechten Patientenerfahrungen, Dekubitus, Stürzen bis hin zu Failure to rescue und Mortalität. Die Gründe liegen u. a. in einer unzureichenden Personalbesetzung (sowohl der rein quantitativen als auch qualitativen), sodass keine adäquate Überwachung gewährleistet werden kann und dadurch potenziell Komplikationen beim Patienten übersehen werden können. Ein generelles Manko an vielen dieser Studien ist, dass der Beitrag der Ärzte an der Versorgung vernachlässigt

Tabelle 5-1

Das Vorkommen nachteiliger Ereignisse im internationalen Vergleich 2010*

	BE	CH	DE (2010)	DE (2015)	ES	FI	GR	IE	NL	NO	PL	SE	UK	Durchschnitt 2010
Falsche Medikamentenverabreichung	20,5	16,0	11,6	18,3	12,0	33,9	11,8	7,6	26,3	23,2	3,8	26,5	12,4	19,5
Stürze mit Verletzungen	9,0	9,5	15,7	21,6	4,5	8,9	8,0	13,3	7,7	10,5	2,1	22,1	21,6	13,8
Harnwegsinfektionen	21,5	25,5	29,1	31,5	23,5	25,8	22,7	17,3	30,3	45,5	4,3	32,2	27,6	28,0
Beschwerden von Patienten	31,7	23,4	37,4	45,6	42,8	7,4	55,8	26,0	17,1	15,7	42,1	27,9	27,5	28,2

*Deutsche Werte auch für 2015

Quelle: Ergebnisse der RN4Cast-Studie (Zahlen von 2010 aus Aiken et al. 2013)

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

Abbildung 5–9



sigt wird und der Fokus fast ausschließlich auf der pflegerischen Personalbesetzung liegt. Weitere Informationen finden sich in Griffiths et al. 2014.

5.5 Optimale Zusammensetzung des Gesundheitspersonals

Um nun aber Aussagen zum optimalen Einsatz der personellen Ressourcen im Krankenhaus im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung treffen zu können sowie fundierte Informationen darüber zu erhalten, inwieweit eine Neuverteilung von Rollen und Aufgaben sowie Änderungen im Skill- und Grade-Mix die bestehende Versorgung verbessern können, ist es unabdinglich, alle beteiligten Berufsgruppen in die Analyse aufzunehmen. Laut Sachverständigenrat 2007 „... geht es bei der Suche nach neuen Kooperationsformen und entsprechenden Verantwortlichkeiten um die optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. (...) Da sowohl zahlreiche Ärzte als auch mehrere andere Berufsgruppen (...) die momentane Situation als unbefriedigend empfinden, könnte ein Neuzuschnitt von Aufgaben allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zugutekommen.“ Ähnlich argumentiert die Robert-Bosch-Stiftung in ihrem Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ (2011).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2012 im Rahmen der Heilkundeübertragungsrichtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V die Möglichkeit geschaffen, im Rahmen von Modellvorhaben – explizit auch in Krankenhäusern – ärztliche Tätigkeiten im Sinne einer Substitution (nicht nur Delegation) auf Pflegekräfte zu übertragen. Da-

für wurden für Diabetes Mellitus Typ I und II, Hypertonus (außer Schwangerschaft), Demenz (nicht palliativ) und chronische Wunden eine Richtlinie vorgelegt, welche die Anforderungen an die Qualifikationen und Tätigkeiten genau festlegt. Die bürokratischen Hürden sind bis dato allerdings sehr hoch, weswegen bis Dezember 2015 lediglich ein Antrag für ein derartiges Modellprojekt beim BMG eingegangen ist.

Bisher wurden auf internationaler und nationaler Ebene die vorliegenden Erkenntnisse, die hinreichende Belege für einen optimalen Einsatz an Gesundheitspersonal in Krankenhäusern liefern, nur vereinzelt zusammengetragen – zuletzt von Maier et al. für den ambulanten Bereich im Auftrag der OECD (2016). Seit 2012 beschäftigt sich auch das EU-Projekt Munros „The Impact on Practice, Outcomes and Costs of New Roles for Health Professionals“ damit, inwieweit Unterschiede in der Zusammensetzung beim Gesundheitspersonal in den Behandlungspfaden Brustkrebs, Herzinfarkt und Diabetes zu Veränderungen bei Outcomes und Kosten führen können. Dieses Projekt wird neben Deutschland in sieben weiteren europäischen Ländern durchgeführt. Ein besonderer Fokus liegt auch auf der Etablierung neuer Gesundheitsprofessionen und beruflicher Rollen im Versorgungskontext. Bisherige Studienergebnisse zeigen, dass besonders in den Niederlanden, England und Schottland neue Berufsbilder, wie die des Physician Assistant oder Nurse Practitioner, bereits fest im Versorgungsalltag etabliert sind (de Bont et al. 2016; vgl. auch Maier et al. 2016). In Deutschland, Italien, der Tschechischen Republik und in der Türkei halten erweiterte Rollen bestehender Berufe auch langsam Einzug in das Versorgungsgeschehen (z. B. in Deutschland die Breast Care Nurse oder die Herzinsuffizienzschwester), wohingegen neue berufliche Rollen in Polen und Norwegen eine noch eher untergeordnete Rolle spielen. Berufsgruppenübergreifend lassen sich die durch Munros identifizierten neuen Berufe und Rollen in die Kategorien „spezialisiertes Personal“ sowie „Generalisten“ (z. B. Case Manager) fassen.

Hürden, die in Deutschland einer Etablierung neuer Rollen im Wege stehen, sind laut Munros der Unwille der Ärzte, Aufgaben zu delegieren, fehlende Motivation der Pflegekräfte zur Übernahme neuer Aufgaben sowie haftungsrechtliche und finanzielle Restriktionen, die Tätigkeitsverschiebungen von Ärzten auf Pflegekräfte erschweren. Die Studie zeigte aber auch die allgemeine Zufriedenheit des Krankenhauspersonals mit ihrer derzeitigen Rolle: Auf einer Skala von 1 (= sehr unzufrieden) bis 5 (= sehr zufrieden) wurde der Mittelwert 3,9 angegeben. Genauer gesagt wären nur 71 % der Pflegekräfte im Behandlungspfad Brustkrebs sowie 52 % im Behandlungspfad Herzinfarkt zur Übernahme neuer Aufgaben bereit.

5.6 Fazit

Auf Prozess- und Strukturdaten sowie auf Erhebungen beruhende international vergleichende Zahlen zur Krankenhaus-Personalausstattung der letzten 20 Jahre zeigen für Deutschland eine negative Tendenz hinsichtlich des quantitativen Verhältnisses von Pflegepersonal zu Patienten sowie der Einschätzung der Versorgungsqualität. Aktuelle Bemühungen, wie die Einführung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in der Krankenhausversorgung sowie der generelle Fokus auf der Qualitätsorientierung, versuchen diesen potenziellen Negativtrend abzufangen.

Eine steigende Zahl internationaler Studien deutet bereits seit einigen Jahren darauf hin, dass neben der rein quantitativen Personalausstattung auch die qualitative Zusammensetzung der Behandlungsteams sowie relevante Organisationsstrukturen im Sinne einer hochwertigen Krankenhausversorgung optimiert werden können, was eine Prüfung als sinnvoll erscheinen lässt, ob die Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext übertragbar sind. Innovative Trends hin zu einer solchen Neuzusammensetzung des Gesundheitspersonals, die gleichzeitig auch eine kostensenkende Wirkung implizieren, bieten vielversprechenden Raum für Verbesserungen und sollten daher gründlich analysiert und für das deutsche Versorgungsgeschehen erwogen werden.

Literatur

- Aiken AH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50 (2): 143–53.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 2014; 383: 1824–30.
- Augurzky B, Bünning C, Dördelmann S, Greiner W, Hein L, Scholz S, Wübker A. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus: Forschungsprojekt im Auftrag der Techniker Krankenkasse (No. 104). Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) 2016.
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 2014; 23 (2): 126–35. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002318.
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P. Krankenhaus Barometer. Umfrage 2014. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut 2014.
- de Bont A, van Exel J, Coretti S, Zvonickova M, Zander B, Janssen M, Ludwicki T, Güldem Ökem Z, Lofthus K, Bond C, Wallenburg I, MUNROS team. A case-based comparative study explaining the increasingly diverse composition of health care teams across Europe. *BMC Health Services Research* 2016 (accepted).
- Geissler A, Busse R. Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geeraedts M, Friederich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2015, Schwerpunkt Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 13–22.
- Griffiths P, Ball J, Drennan J, James L, Jones J, Recio-Saucedo A, Simon M. The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels & factors that may influence staffing requirements. Southampton: University of Southampton 2014.
- Himmelstein DU, Jun M, Busse R, Chevrel K, Geissler A, Jeurissen P et al. A Comparison of Hospital Administrative Costs in Eight Nations: U.S. Costs Exceed All Others by Far. *Health Affairs* 2014; 33 (9): 1586–94.
- Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medical Care* 2007; 45: 1195–1204. doi 10.1097/MLR.0b013e3181468ca3.
- Körner T, Busse R. Mitarbeiterzufriedenheit und Pflegequalität. In: Arnold M, Klauber J, Schell-schmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2001, Schwerpunkt Personal. Stuttgart: Schattauer 2002, 155–66.

- Maier C, Aiken L, Busse R. Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation. OECD Health Working Paper. Paris: OECD 2016.
- Pflücker W, Wolking F. Neue fallbezogene Zeitwerte. Praxisorientierte Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst. KU-Gesundheitsmanagement 2008; 11: 70–3. http://www.dkigmbh.de/_pdfs/fallbezogene-werte-pflege.pdf.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007, Kurzfassung. Bonn. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf.
- Shekelle PG. Nurse–Patient Ratios as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine* 2013; 158: 404–9.
- Stahl K, Nadj-Kittler M. Picker Report 2014. Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Hamburg: Picker Institut 2014.
- Statistisches Bundesamt 2016. Ende 2014 rund 5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen. Pressemitteilung vom 27. Januar 2016 – 026. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016.
- Statistisches Bundesamt 2016a. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 1991–2014. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2016a. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft-Staat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreOhne100000.html> (18. Mai 2016).
- Statistisches Bundesamt 1997–2015. Grunddaten der Krankenhäuser 1995, 2000, 2010 und 2014. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. (für 2010 und 2014) und Fachserie 12 Reihe 6.1. (für 1995 und 2000) Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 1997–2015.
- Zander B, Dobler L, Bäumler M, Busse R. Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern – Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Das Gesundheitswesen* 2014; 76 (11): 727–34.
- Zander B, Dobler L, Busse R. The introduction of diagnosis-related group funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: comparison of cross-sectional surveys over a ten-year period. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 50 (2): 219–29.