

Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

Fokus Pflegepersonalausstattung

## Pflegepersonaluntergrenzen, das Selbstverständnis der GKV und die Bedeutung von Pflegeforschung

Betrachtungen aus der Patientenperspektive

Dass Deutschland ein Pflegeproblem hat, muss im Kreis von betroffenen Pflegekräften und Experten nicht mehr belegt werden. Wichtig ist, dass die Notlage nun in Öffentlichkeit und Politik Gehör findet. Wie groß das Ausmaß des Pflegepersonal mangels in Deutschland ist, belegte beispielsweise die von der EU finanzierte RN4CAST-Studie, die von 2009 bis 2011 durchgeführt wurde: Während in den USA eine Pflegekraft im Krankenhaus im Durchschnitt 5,3 Patienten betreute und in Norwegen für 3,4 bis 8,2 Patienten zuständig war, lag der Betreuungsschlüssel in Deutschland zwischen 7,5 und 19,2. Damit waren die besten Einrichtungen in Deutschland nur wenig besser als die schlechtesten in Norwegen. Deutschland ist damit Schlusslicht unter allen betrachteten Ländern. Die daraus resultierenden Probleme für Patienten wie Pflegekräfte gleichermaßen betrachtete die RN4CAST-Studie ebenfalls (Busse 2015): Für jeden Patienten, den eine Pflegekraft pro Schicht mehr zu versorgen hatte, stieg die 30-Tage-Mortalität um 7% an. Zunahmen bei bestimmten Komplikationen wie Harnwegsinfektion oder Pneumonie waren ebenfalls mit einer geringen Zahl und einem geringen Ausbildungsstand des Pflegepersonals verknüpft. Mittels einer Befragung von 1.511 Pflegekräften aus 49 deutschen Krankenhäusern erhob die RN4CAST-Studie, dass 37,3 % mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden waren (1999 noch 17 %), 30,1 % unter emotionaler Erschöpfung litten (1999: 15 %) und bereits 14,5 % Symptome eines manifesten Burn-outs aufwiesen.

>> Bestätigt werden die RN4CAST-Ergebnisse beispielsweise vom Pflge thermometer 2014, das sich speziell der Versorgung von Menschen mit Demenz widmet. Dort wird konstatiert: „Aus Sicht der Stationsleitungen ist innerhalb der Woche lediglich im Frühdienst in etwas mehr als 60 % der Stationen eine Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenz gesichert. Alle anderen schichtbezogenen Bewertungen zur Versorgungssicherheit liegen deutlich unter diesem Wert. (...) Eine besonders kritische Einschätzung findet

### Zusammenfassung

Im Krankenhaus bestehen ökonomische Anreize, die Ausstattung mit Pflegepersonal auf einen Punkt zu reduzieren, der weit unter dem Bedarf der Patienten liegt. Um dem daraus resultierenden und durch nationale und internationale Studien mittlerweile belegten Pflegenotstand zu begegnen, hat die Bundesregierung im Juni 2017 einen neuen § 137i SGB V zur Etablierung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen geschaffen. Wichtigste Frage ist, welches Niveau pflegerischer Versorgung durch die Untergrenzen angestrebt wird und ob dadurch der individuelle Bedarf der Patienten gedeckt wird. Es besteht die Gefahr, dass dauerhaft ein Pflegeniveau festgelegt wird, das unterhalb von ausreichend und zweckmäßig liegt und dem Selbstverständnis der GKV nicht gerecht wird. Die Anforderungen an Pflegepersonalausstattung müssen in Abhängigkeit vom individuellen Patientenbedarf festgelegt werden. Dazu sind neue bzw. weiter entwickelte Instrumente der Erhebung von Pflegebedarf erforderlich.

### Schlüsselwörter

Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegestandard, Versorgungsforschung, Leistungsniveau

sich hinsichtlich der nächtlichen Betreuung. Nur auf einer von fünf Stationen wird die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz in der Nacht als sicher eingestuft.“ (Isfort et.al. 2014:8).

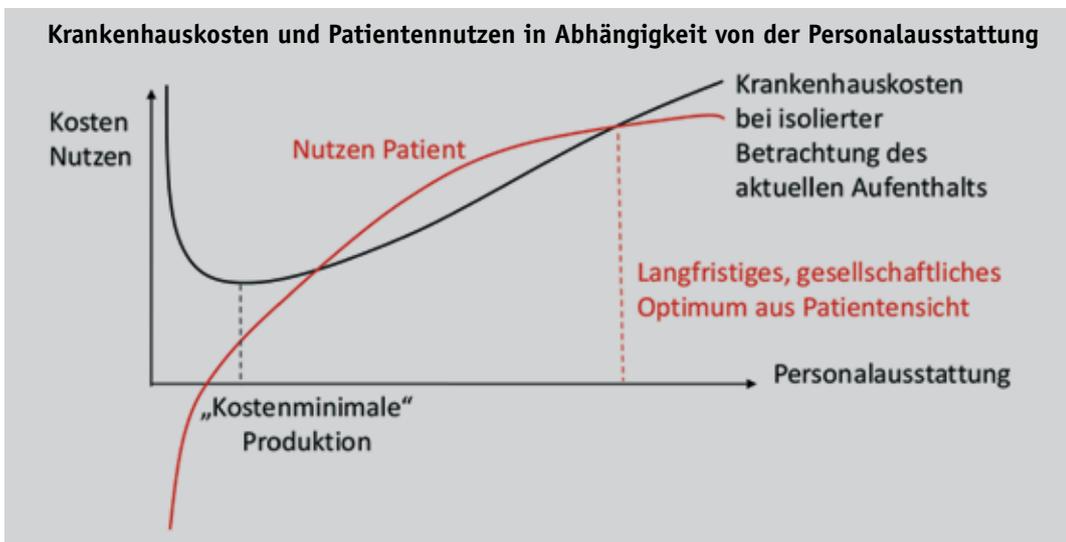
Beide Erhebungen zeigen deutlich, dass die Patienten ebenso wie die in der Pflege tätigen Personen gleichermaßen von der schlechten Personalausstattung belastet werden: Diese beiden, Pflegenden und Patienten, sind also an einer Seite vereint, wenn es darum geht, in Krankenhäusern eine Pflegeversorgung zu erreichen, die weder die Gesundheit der Pflegenden noch die der betreuten Personen gefährdet.

### Kontinuierliche Anreize zur Senkung der Pflegepersonalausstattung

Bevor man sich der Frage zuwendet, welche Maßnahmen die Pflegesituation in Krankenhäusern verbessern können, lohnt ein kurzer Blick auf die Anreizsituation, der sich Krankenhausleitungen wie Krankenkassen in Bezug auf diesen Themenkomplex gegenübersehen. Hierbei sind einige wichtige Rahmenbedingungen bzw. Annahmen zu berücksichtigen:

- Die Krankenhausleitungen sind daran interessiert, einen möglichst hohen Erlös aus der Behandlung von Patienten zu erzielen.
- Die Krankenkassen wiederum haben ein Interesse daran, die Kosten für ihre Versicherten niedrig zu halten, um im Wettbewerb um den Zusatzbeitrag keine Nachteile zu erleiden.
- Die Qualität der Patientenversorgung ist gegenüber Patienten wie Krankenkassen weitgehend intransparent. Das gilt für Ergebnisparameter wie das Patientenüberleben und (vermeidbare) Komplikationen ebenso wie für die tatsächliche Personalausstattung.

In dieser Situation kann man die Kosten und Nutzen verschiedener Niveaus der Pflegepersonalausstattung in einer Grafik zusammenfassen (vgl. Abb. 1). Aus Sicht der Krankenhäuser ist eine extrem niedrige Pflegepersonalausstattung nahe null nicht rentabel, da sie mit gesperrten Betten und hohen Kosten für die Behandlung von Komplikationen noch während des initialen Krankenhausaufent-



**Abb. 1:** Krankenhauskosten und Patientennutzen in Abhängigkeit von der Personalausstattung (eigene Darstellung, auch verwendet in vzbv 2017).

haltes sowie hohen Haftungsrisiken bei Behandlungsfehlervorwürfen einhergeht. In diesem Bereich kann sogar der gesundheitliche Nutzen von Patienten bei einer Krankenhausbehandlung aufgrund der hohen Risiken in der Summe negativ sein oder doch sehr gering. Für Krankenhäuser liegt die optimale, da kostenminimale Personalausstattung dort, wo gerade so viele Pflegekräfte eingesetzt werden, dass die schlimmsten Risiken (und damit Kosten) vermieden werden. Eine höhere Personalausstattung hätte für Patienten aber einen wesentlich höheren Nutzen zur Folge, so dass es sich in gesamtgesellschaftlicher Perspektive lohnen würde, in weiteres Personal zu investieren. Da aber nicht die Patienten die Vorgaben für die Krankenhäuser aushandeln, sondern die Krankenkassen, und zudem auch der wirkliche Verlauf dieser Funktionen aufgrund der Qualitätsintransparenz unbekannt und nicht vergütungsrelevant ist, bestehen fortlaufend Anreize für die Krankenhäuser, bei kostenminima-

ler Personalausstattung zu arbeiten. Diese Darstellung, die aus Sicht des Patientennutzens gestaltet ist, würde sich vom Prinzip her auch nicht ändern, wenn man die negativen Auswirkungen der belastenden Arbeitssituationen auf die Pflegekräfte mit einbeziehen würde. Tatsächlich wäre der gesellschaftliche Nutzen ausreichender Personalausstattung nur höher und damit die optimale Personalausstattung noch weiter von der kostenminimalen entfernt. Zur Überwindung dieser adversen Anreizsituation sind Eingriffe von außen, etwa durch die Politik, erforderlich.

## Reaktionen des Gesetzgebers auf das Pflegeproblem

Bereits 2015 wurde vom BMG eine Expertenkommission eingesetzt, um über das Thema, insbesondere mit Bezug auf die diagnosis related groups (DRG) der Krankenhausvergütung, weiter zu beraten (BMG 2015). Als Folge davon wiederum wurde im November 2016 vom Hamburg Center for Health Economics (hche) rund um Prof. Schreyögg ein – nicht unumstrittenes – Gutachten vorgelegt, das sich der Frage widmet, in welchem Zusammenhang sog. pflegesensitive Ergebnisparameter mit Pflegeverhältniszahlen in Deutschland stehen. In diesem Gutachten wurde untersucht, in welchen Fachabteilungen sog. pflegesensitive Ergebnisindikatoren (PSEI) mit den aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser abgeleiteten

## Literatur

- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2015): „Krankenhausstrukturgesetz beschlossen“, in: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bt-23-lesung.html#c8628> (abgerufen am 09.12.2017).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017): Bundesgesundheitsminister Gröhe: „Besserer Schutz vor übertragbaren Krankheiten und Pflegepersonaluntergrenzen für mehr Patientensicherheit“. In: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/2-quartal/epimod-bt-2-3-lesung.html#c10644> (abgerufen am 10.12.2017).
- Busse, R. (2015): „Welchen Einfluss haben qualitative und quantitative Parameter der Pflege in Akutkrankenhäusern auf Personal- und Patienten-Outcomes? - Ergebnisse der RN4Cast-Studie“, in: [https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg\\_2015.01.21.rb\\_RN4Cast-web.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2015.lectures/Hamburg_2015.01.21.rb_RN4Cast-web.pdf) (abgerufen am 09.12.2017).
- Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014): Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln. In: <http://www.dip.de> (abgerufen am 09.12.2017).
- RN4CAST: <http://www.m4cast.eu/about1.html> (zugriffen am 07.12. 2017).
- Schreyögg, J.; Milstein, R. (2016): Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), in: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten\\_Schreyoegg\\_Pflegesensitive\\_Fachabteilungen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf) (abgerufen am 09.12.2017).
- Simon, M. (2017): „Stellungnahme zum Änderungsantrag 18(14)249.2 zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung Übertragbarer Krankheiten“ in: [http://www.pflegenotstand-hamburg.de/media/files/Stellungnahme-Simon-18\\_14\\_0259\(17\)\\_PflegePersUntergrenze\\_ESV-Simon.pdf](http://www.pflegenotstand-hamburg.de/media/files/Stellungnahme-Simon-18_14_0259(17)_PflegePersUntergrenze_ESV-Simon.pdf) (abgerufen am 10.12.2017).
- vzbv (Verbraucherzentrale Bundesverband) (2017): „AUSREICHENDE PERSONALAUSSTATTUNG IN KRANKENHÄUSERN SICHERSTELLEN“ in: [https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/05/18/17-05-15\\_vzbv\\_stellungnahme\\_bt-ausschuss\\_personaluntergrenzen.pdf](https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/2017/05/18/17-05-15_vzbv_stellungnahme_bt-ausschuss_personaluntergrenzen.pdf) (abgerufen am 10.12.2017).

Personalbelastungszahlen korrelierten, um daraus pflegesensitive Bereiche abzuleiten. Daraus wurde der Vorschlag abgeleitet, die Personalausstattung entweder der 10 % (Dezil) oder 25 % (Quartil) schlechtesten Fachabteilungen auf das Niveau anzuheben, das dem nächstschlechtesten Dezil bzw. Quartil entspricht, woraus sich für Deutschland ein Personalmehrbedarf zwischen 1.022 bis 6.043 Pflegekräften ergeben hätte (Schreyögg et.al. 2016:36-37).

Deutlich beeinflusst von dem oben dargestellten Schreyögg-Gutachten erfolgte dann binnen sehr kurzer Frist eine Gesetzgebung zu sog. Pflegepersonaluntergrenzen als Anhang zum Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten im Juni 2017. Damals wurde der §137i SGB V1 neu geschaffen (BMG 2017). Demnach sollen der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in bilateralen Verhandlungen bis zum 30.06.2018 für „pflegesensitive Bereiche“ „Pflegepersonaluntergrenzen“ festlegen.

Schon im Zuge des Gesetzgebungsprozesses wurden praktische Probleme mit dem Vorgehen der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) in pflegesensitiven Bereichen (PSB) deutlich und teilweise zumindest aufgegriffen:

- Es muss ein Nachweis der Einhaltung der PPUG erfolgen. Wie dieser ausgestaltet ist, haben die Vertragsparteien auszuarbeiten (§ 137i Abs. 4).
- Personalverlagerungseffekte aus Bereichen, die nicht als pflegesensitiv ausgewiesen wurden, sind zu vermeiden und auch hierzu ist ein Nachweis zu führen (§ 137i Abs. 1 Satz 5).
- Um die Durchsetzung der PPUG zu gewährleisten, sind Vergütungsabschlüsse zu vereinbaren, die bei Nichteinhaltung greifen (§ 137i Abs. 5).

Außerdem sind die Ergebnisse des Nachweises zur Einhaltung der PPUG in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen (§ 137i Abs. 4 Satz 4).

Trotz der verschiedenen Vorkehrungen, die bereits im Gesetz gegen die Nichtumsetzung oder Umgehung der PPUG angelegt sind, gab es schon bei der Verabschiedung kritische Stimmen bezüglich der Frage, ob die Vorgehensweise, bei aller guten Absicht des Gesetzgebers, geeignet ist, tatsächliche Verbesserungen in Bezug auf den Pflegenotstand zu erzielen. Wichtige Fragen waren in diesem Zusammenhang beispielsweise (vzbv 2017):

- In Ermangelung von konkreter Evidenz, ab welcher Personalausstattung Patientengefährdung relevant zunimmt, wurde erwartet, dass die ausgehandelte Höhe zu niedrig für eine angemessene Patientenversorgung ausfallen würde und sich zudem nur auf sehr wenige PSB beziehen würde.
- Da keine Anreize bestehen bzw. gesetzt werden, Personalausstattung oberhalb der PPUG vorzuhalten, wurde eine Sogwirkung erwartet, die dazu führt, dass Krankenhäuser mit initialer Personalausstattung oberhalb der Untergrenze weiter Personal abbauen (vgl. Abb. 1), bis sie auch nur noch diese Minimalausstattung aufweisen.
- Die Vorgaben zur Verhinderung von Umgehung der PPUG und zur (nominellen oder tatsächlichen) Verlagerung von Personal aus anderen Bereichen wurden als unzureichend angesehen. Außerdem

können Aufgaben des Funktionsdienstes, des therapeutischen oder hauswirtschaftlichen Personals auf Pflegekräfte umgeschichtet werden, wenn dessen Zahl vorgegeben wird. Eine andere Möglichkeit ist die Umbenennung von Stationen bzw. die Verlegung von eigentlich zu erfassenden Patienten auf andere, nicht erfasste Fachabteilungen.

Diese und andere Kritikpunkte sind nach wie vor nicht entkräftet. Insbesondere zu der Befürchtung der Sogwirkung der PPUG auf die Höhe der Personalausstattung sind auch keine irgendwie gearteten Gegenmaßnahmen im Gesetz enthalten, so dass davon auszugehen ist, dass diese eintreten wird.

### Vereinbarkeit von Pflegepersonaluntergrenzen mit dem Leistungsversprechen der GKV

Bei allen Hoffnungen und aller Kritik, die sich im Umfeld des Gesetzgebungsprozesses an die PPUG gerichtet haben, blieb doch eine Problemlage unbeachtet, die im Folgenden kurz ausgeführt werden soll. Letztlich geht es dabei um das Niveau der Patientenversorgung, das von der Pflege erreicht werden soll. Dazu sollen die Funktionen und Ziele von Pflege aus Patientensicht in den Blick genommen werden. Für die Zwecke vereinfachter Kommunikation soll dazu ein Modell mit vier Stufen etabliert werden (Abb. 2). In der Realität gehen diese Stufen selbstverständlich ineinander über, und auch einzelne Elemente wie z.B. Ernährung oder Körperhygiene können z.T. unter ganz verschiedenen Pflegezielen subsummiert werden.

Alle in Abb. 2 genannten Ziele lassen sich direkt aus Grundbedürfnissen und -rechten ableiten, die sogar im Grundgesetz ihre Verankerung fanden: das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 GG) und die Würde des Menschen (Art. 1 GG). Ebenso finden sie ihr Gegenstück in §1 des Fünften Sozialgesetzbuches: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten.“ Damit korrespondiert auch das Gebot zu Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität in §70 (1): „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“ Gerade die Formulierung im § 1 kann man unmittelbar in die Stufen der Pflegeziele aus Abb. 2 übersetzen: Bei den ersten beiden Stufen geht es darum, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, indem vermeidbarer unmittelbarer und mittelbarer Schaden von ihnen abgewandt wird. Die nächste Stufe 3 steht unter der Überschrift, die Gesundheit wiederherzustellen bzw. zu verbessern und die Stufe 4 schließlich ist die Voraussetzung dafür, dass Versicherte Eigenkompetenzen entwickeln, um selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen zu können. Daraus lässt sich ableiten, dass die Pflege-

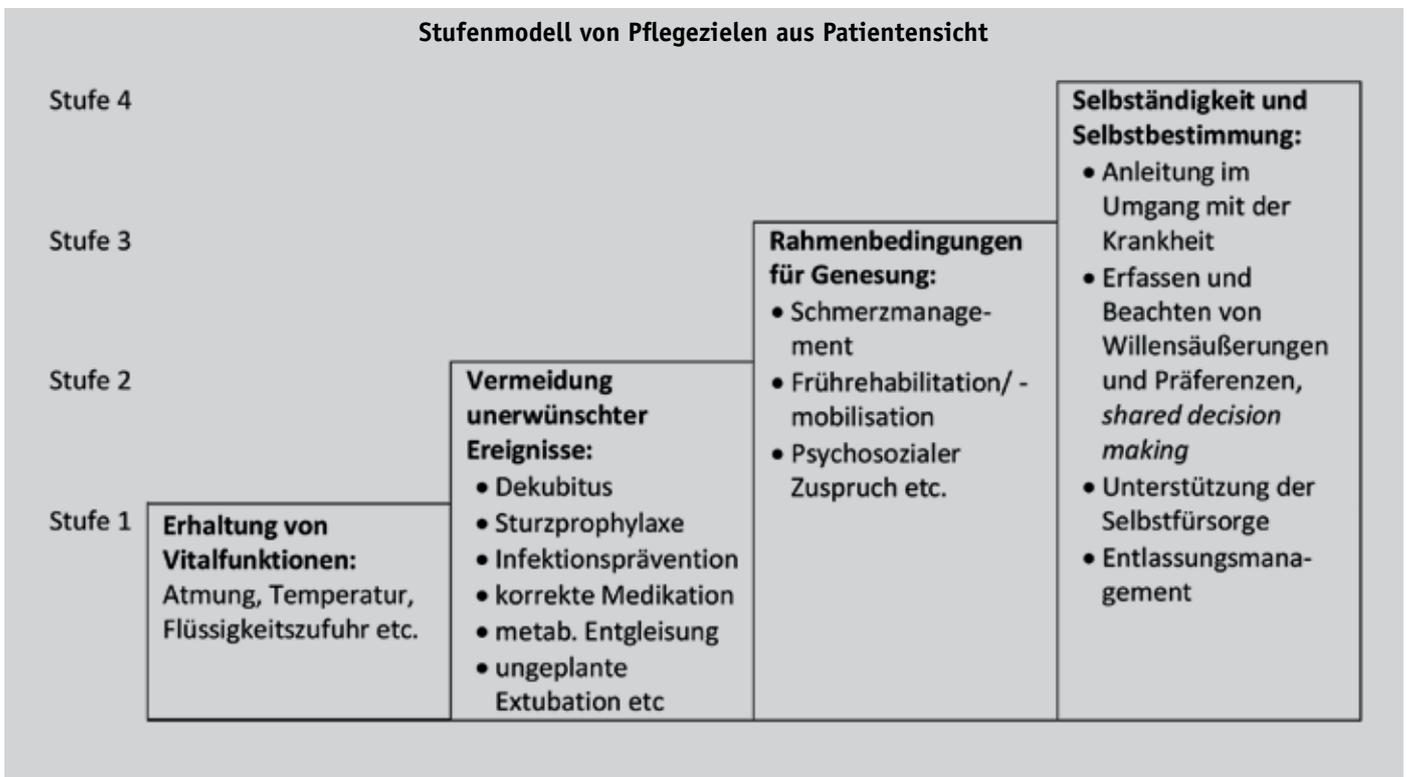


Abb. 1: Stufenmodell von Pflegezielen aus Patientensicht (eigene Darstellung).

ausstattung die Erreichung aller dieser Ziele gewährleisten muss, will sie bedarfsgerecht und konform mit dem im SGB V niedergelegten individuellen Leistungsanspruch der Versicherten sein.

Vor diesem Hintergrund lohnt ein vertiefter Blick in die Logik des neuen § 137i. Diese basiert, wie oben dargelegt, auf der Vorstellung, dass im Krankenhaus PSB identifiziert werden, „für die ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Pflegerinnen und Pflegern und dem Vorkommen pflegesensitiver Ergebnisindikatoren, sogenannter unerwünschter Ereignisse evident ist.“ (Auszug aus der offiziellen Gesetzesbegründung zum § 137i). Daraus wiederum lässt sich die Zielsetzung ableiten, dass PPUG so festgelegt werden sollen, dass Patientengefährdung auszuschließen ist. Eine Personalausstattung, die aber lediglich auf die Patientensicherheit abstellt, würde nur ein Pflegeniveau auf der Stufe 2 des oben entworfenen Modells bedeuten, wäre also deutlich unterhalb des Leistungsanspruchs angesiedelt, der sich aus den §§ 1 und 70 ergibt. Geht man weiter von der oben dargelegten Sogwirkung der PPUG dahingehend aus, dass initial besser ausgestattete Krankenhäuser und Stationen nach unten an die PPUG angepasst werden, dann hätten selbige zur Folge, dass dauerhaft ein Pflegeniveau eingeführt würde, das deutlich unterhalb von „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ bzw. § 70 anzusiedeln ist. Aus Patientensicht zentrale Anliegen an die Versorgung im Krankenhaus, dass diese nämlich dazu geeignet ist, Heilung und den Aufbau von Eigenkompetenz im Umgang mit der Erkrankung bei sich selbst oder den betreuenden Personen zu fördern, würden dauerhaft aufgegeben.

## Anforderungen an die Ausgestaltung von Pflegepersonaluntergrenzen aus Patientensicht

Aus dem in Abbildung 2 vorgestellten Denkmodell und dem individuellen Leistungsanspruch der Versicherten im SGB V ergeben sich zwei zentrale Anforderungen an eine Ausgestaltung von Pflegepersonaluntergrenzen, die dem Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung gerecht werden:

### Anforderung 1:

Jeder Patient im Krankenhaus hat Anspruch darauf, dass sein individueller Pflegebedarf gedeckt wird. Die Vorstellung, dass bestimmte pflegesensitive Bereiche identifiziert und abgegrenzt werden können, ist vor dem Hintergrund des individuellen Leistungsanspruchs nicht haltbar. Beispielsweise ist sachlich nicht nachvollziehbar, wenn hochbetagte und demente Patienten auf einer (von PPUG erfassten) geriatrischen Station anders versorgt werden als auf einer inneren oder allgemeinchirurgischen Station. Folglich sind alle bettenführenden Abteilungen durch PPUG zu erfassen.

### Anforderung 2:

Maßgeblich für die Pflegepersonalausstattung ist der tatsächliche Pflegebedarf der zu versorgenden Patienten. Ein wie auch immer gearteter Dezil- oder Quartilansatz, wie im Gutachten von Schreyögg, unternimmt nicht einmal den Versuch, den tatsächlichen Pflegebe-

darf in die Festlegung von PPUG einzubeziehen, und ist deshalb abzulehnen. Stattdessen ist die kontinuierliche Erhebung des tatsächlichen Pflegebedarfs (z.B. durch eine weiterentwickelte, ausgebaute und digital umgesetzte Pflegepersonalregelung (PPR)) für die Personalbemessung erforderlich.

Es ist ein Verdienst der aktuellen Gesetzgebung rund um die PPUG, dass der Versuch ihrer Umsetzung dazu führt, dass die Problembeschreibung rund um den „Pflegerotstand“ und insbesondere die erforderlichen Maßnahmen zur Behebung besser ausgeleuchtet werden als bisher. Die einfache Festlegung von PPUG in einigen wenigen PSB auf dem Niveau der Verhinderung von Patientengefährdung wird dem Problem aber jedenfalls nicht gerecht und steht im Widerspruch mit dem Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung. Davon unabhängig ist zu konstatieren, dass es angesichts seines Ausmaßes nicht möglich sein wird, den „Pflegerotstand“ kurzfristig und in einem einzigen Schritt zu beheben. Folglich wird es darauf ankommen, die geeigneten Schritte auf diesem Weg zu konzipieren, in Gesetzgebung zu übersetzen, nachhaltig und nachdrücklich umzusetzen und durch Pflege und Versorgungsforschung umfassend zu begleiten.

Aus Patientensicht muss sich der Soll-Wert der Personalausstattung am Pflegebedarf der versorgten Patienten orientieren. Genau hier ist folglich eine wichtige Aufgabe der Pflegeforschung zu sehen, nämlich Instrumente zu schaffen, die diesen Bedarf auf allen Arten von Stationen sowohl im Tag- als auch im Nachtdienst hinreichend individualisiert erhebbar (und auf Personalkapazität umrechenbar) machen, ohne den Dokumentationsaufwand bei digitaler Erfassung übermäßig zu erhöhen.

Eine wesentliche Rolle könnten Pflege- und Versorgungsforschung aber auch bei der gesellschaftlichen Begründung von Verbesserungen bei der Pflegeausstattung spielen. Es leuchtet unmittelbar ein, dass eine schlechte Versorgung mit Pflege – zusätzlich zu den negativen Auswirkungen auf die Pflegenden selbst – auf Patientenseite zu höheren volkswirtschaftlichen Kosten führt: Todesfälle, vermeidbare Komplikationen und ihre Behandlungskosten, entfallene Produktivität, Frühverrentung, Pflegebedürftigkeit usw. Diese bezifferbar zu machen, wäre ein wichtiges Argument in einer politischen Debatte, die trotz der eindeutigen Rechtslage immer wieder unter Rechtfertigungsdruck für die vermeintlich zu hohen Kosten einer adäquaten Pflegepersonalausstattung steht. Ziel muss sein, bei notwendigen Krankenhausbehandlungen auch die bedarfsgerechte Pflege für Patienten zu gewährleisten, was auch in eine Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe münden würde. Es ist also nicht übertrieben, davon zu sprechen, dass hier die Pflege an der Seite des Patienten ist. <<

## Lower limits for nursing staff in hospitals, the self-conception of German statutory health insurance and the importance of applied nursing research

Hospitals are under the continuous incentive to reduce nursing staff beneath the level of patients' needs. That leads to insufficient numbers of nurses. National and international surveys show this great lack of nursing staff in Germany. Therefore the German government established a new legislation in June 2017. It requires to set lower limits for nursing staff in so called nursing sensitive areas. The most important question is what level of patient care is intended to secure by these lower limits and whether patients' needs are met. There is the danger, that a level of care is fixed which is not sufficient and appropriate and violates the standards in the German statutory health insurance. The individual needs of the patients must determine the standards for nursing staff. New instruments to assess the extent of necessary care are needed to develop.

### Keywords

nursing staff, lower limits for staff, nursing standards, health services research, entitlements in statutory health insurance

### Autorenerklärung

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

### Dr. rer. pol. Ilona Köster-Steinebach

promovierte 2004 in Volkswirtschaftslehre. Danach war sie von 2004-2010 Referentin und Teamleiterin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Seit 2010 ist sie Referentin im Verbraucherzentrale Bundesverband. Ebenfalls seit 2010 ist sie Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss. Daneben ist sie Gastdozentin an der Hochschule für angewandtes Management in Erding und an der Alice-Solomon-Hochschule Berlin.

