A photograph of a modern hospital hallway. The walls are a light beige color, and the ceiling has recessed square light fixtures. In the foreground on the right, there is a black leather sofa with a silver metal frame. The floor is made of large, light-colored stone tiles. In the background, there is a glass door with a green 'EXIT' sign above it. A light blue horizontal line is visible above the main title.

Bedarf an Krankenhaus- und Pflegeleistung

46. Deutscher Krankenhaustag, Düsseldorf

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Angefragt für:

**welche Patient:innen welche
Krankenhausleistung benötigen**

– mit Bezug auf die geplante
Krankenhausreform und den darin
enthaltenen Versorgungsleveln.

Aber:

Wir alle wissen nicht, welche
Krankenhausreform kommt oder
verhandelt wird

Pat.-bedarfe zugeordnet zu Leveln
wird nicht differenziert diskutiert
oder basierend auf Zahlen, Daten
erhoben

Als Nicht-Ärztin steht mir in
Deutschland diese Zuordnung
nicht zu!

Warum es so schwer ist, Pat.*innen, Leveln u. Bedarfen zuzuordnen

Wie werden Bedarfe definiert, eingeordnet?
Welche Anreizsysteme setzen Level,
Reformen etc.? Verändern sich Bedarfe
durch Anreizsysteme?

Bedarfe u. Finanzierung pflegefachlicher
oder interprofessioneller Versorgung nicht
Teil politischer Diskussionen u.
Reformvorschlägn

Aufgaben- u. Verantwortungsverteilung
zwischen beteiligten Berufsgruppen nicht
Teil politischer Diskussionen.

Bedarfe der Pat.*innenversorgung unter
Aspekt der Aufgaben- u.
Verantwortungsteilung werden nicht
erhoben



Stattdessen: Fokus auf pflegefachliche Leistungen in Krankenhäusern

Frage ist: Inwiefern werden Pflegefachberufe mit Leistungen u. Fachlichkeit in Krankenhausreform integriert?

Gesundheitsökonomisch (z.B. INEK) spricht von "**Pflegelast**" bei Kalkulation von "Pflegewertungsrelationen"

Pflegefachberufe u. deren Leistungen sind also eine Last für Krankenhausversorgung!

Mehrwert Pflegefachberufe spielt in bundesdeutschen Diskussionen keine Rolle – auch noch **nicht bei Krankenhausreform - so wie verhandelt**

Ganz kritisch: wenn jeder Vorschlag u. Reformansatz mit Pflegefachpersonalmangel begründet wird

Statt nach Stärkung von **pflegefachlichen Leistungen u. Pflegefachberufen in Krankenhäusern** zu fragen

Eindimensionale Sicht auf Pflegefachberufe mit Tenor:

“Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat einen aktuellen Pflegepersonalquotienten berechnet und veröffentlicht. Der Pflegepersonalquotient beschreibt das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zum Pflegeaufwand eines Krankenhauses. Pflegeaufwand bezeichnet hier den Begriff der Pflegelast beziehungsweise die Bewertungsrelation von Pflege innerhalb einer DRG. Der Mittelwert dieses Pflegequotienten für das Jahr 2023 ist 52,05. Die Liste der Pflegepersonalquotienten je Krankenhaus [hat das InEK hier veröffentlicht.](#)“

[\(https://www.bibliomedmanager.de/news/neuer-pflegepersonalquotient-ist-da;](https://www.bibliomedmanager.de/news/neuer-pflegepersonalquotient-ist-da;)

letzter Zugriff: 30.10.2023

Mainstream-Gesundheitsökonomie ist dominant

Im Gesundheitswesen, in allen Reformen etc.

Problem ist: es wird immer zuerst aus gesundheitsökonomischer u. systemerhaltender Perspektive u. **weniger aus Sicht:** wie müssen wir Gesundheitsversorgung interprofessionell gestalten u. finanzieren, um bedarfsangemessen vorgehen zu können

Es wird in **ärztlichen Versorgungsleistungen** gedacht!

Leistungen anderer Berufe werden **nicht integriert** – wir bleiben im monoprofessionellen System des Gesundheitssystems verankert



Es **fehlt** der übergreifende System- u. Berufeblick, Prozessversorgungsblick, Bedarfblick

Mainstream-Gesundheitsökonomie ist dominant

z.B. erkennbar an

Tagespausschalen, Level-1i Krankenhäuser (medizinisch-pflegerische Einrichtungen), notfallpflegerische Versorgung, reduzierte Krankenhauszahl etc.

Benötigen andere Finanzierungs-und Versorgungskonzepte, Aufgaben- u. Verantwortungsteilung, damit Patient*innen bedarfsangemessen versorgt werden können

Finanzierung u. Verantwortung werden aber im bestehenden System diskutiert

§ 107 SGBV Abs. 1

(3) mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, **Pflege-**, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend **durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,**



pflegefachliche Leistungen wurden nie differenziert, mit DRGs unter medizinische Leistungen mit einem defizitären Ansatz subsumiert u. rationiert

Über Jahrzehnte **stille Rationierung pflegefachlicher Leistungen im Krankenhaus** u. als **Pflegelast** abqualifiziert

Pflegeberufegesetz § 5

z.B. Bedarfserhebung u. Durchführung präventiver u. gesundheitsförderlicher Gesundheitsversorgung, Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen Ärzte*innen, ärztlich angeordnete Maßnahmen selbständig durchführen, etc.

Pflegeberufegesetz § 37

Steuerung u. Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse, vertieftes Wissen, Grundlagen Pflegewissenschaft, Weiterentwicklung gesundheitliche u. pflegerische Versorgung, sich kritisch-analytische mit Versorgungsprozessen auseinandersetzen etc.

Pflegeberufegesetz § 4

Vorbehaltspflichten spielen in der Finanzierung u. Berechnung von pflegfachlichen Kosten keine Rollen

Stattdessen: pauschale Pflegepersonalstellen, bestehend auf defizitärem Ansatz mit **Pflegelast als Mindset**

Leistungen der Pflegefachberufe in Deutschland für Krankenhausfinanzierung nicht hinterlegt – **keine Bezugnahme auf deren Kompetenzen** u. differenzierten Qualifikations- u. Kompetenzniveaus

Mehrwert Pflegefachberufe u. Evidenz keine Grundlage für Krankenhausfinanzierung u Krankenhausform

Missed Nursing Care, Nursing Care left undone, unfinished nursing care, Fluktuation Pflegepersonal, Qualifikation Pflegepersonal etc. für bundesdeutsche Diskussion Krankenhausfinanzierung nicht von Bedeutung



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

Cho et al. 2019



Pflegfachberufe, die > 8 – 12 oder > 12 Pat. versorgen mussten, berichteten über mehr "missed nursing care"

Diese berichteten auch über weniger Patientensicherheit u. schlechtere Qualität



Pflegfachberufe, die häufiger "missed nursing care" erfahren, haben höhere Bereitschaft oder Interesse, den Beruf zu verlassen



Cho et al. fordern: angemessene Pflegepersonalschlüssel, um missed nursing care zu reduzieren u. Qualität u. Outcomes in Kliniken zu verbessern



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

Dall'Ora et al. 2022



*"In our review, studies at higher risk of bias were more likely to lead **to an underestimation of the effect of higher nurse staffing than to over-estimation.**" (2022:9)*



Höhere Personalausstattung mit Pflegefachberufen verringert das Sterberisiko von Patienten in der Akutversorgung



Keine Evidenz, dass RNs durch gering Qualifizierte in pflegerischer Versorgung ersetzt werden können ohne Einbußen in Qualität u. Outcomes



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

Griffiths et al. 2023

- ✓ In **5 dieser Fälle** wurde festgestellt, dass **Erhöhung Pflegefachpersonal** in Allgemeinmedizin/Chirurgie oder in anderen chirurgischen Fachbereichen zu **Senkung der Gesamtkosten** führte
- ✓ **wirtschaftlicher Nutzen** für Gesellschaft, einschließlich der **vermiedenen Produktivitätsverluste, überstieg Kosten**, wobei **Nutzen-Kosten-Verhältnis** für jede **zusätzliche registrierte Nurse** zwischen **1,27 u. 2,51** lag;
- ✓ **1 zusätzliche Pflegefachperson** pro 1000 chirurgische Patienten in US-Krankenhäusern **kostete 923.832 \$**, erbrachte aber einen **Nutzen von 1.646.190 \$**.
In **ITS** waren **Kosten** für 1 zusätzliche Pflegefachperson pro 1000 Patienten (**982.800 \$/ 589.680 \$**) ebenfalls **geringer als der Nutzen (1.244.061 \$/ 1.479.933 \$)**.
- ✓ **Australien: Kosteneinsparungen** aufgrund Reduktion von **Krankenhausaufhalten u. Wiedereinweisungen** übersteigen Kosten für die zur Einhaltung der vorgeschriebenen Mindestanforderungen erforderliche Personalaufstockung **um das 2-fache**.



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

Griffiths et al. 2023

- ✓ **Veränderung des Qualifikationsmix: alle 4 Studien, die die Nettokosten berücksichtigten, stellen fest, dass ein Qualifikationsmix mit einem höheren Anteil Pflegefachpersonen mit insgesamt geringeren Nettokosten verbunden war**
- ✓ **In 3 Studien wurde festgestellt, dass Erhöhung Anteil Pflegefachberufen im medizinischen/chirurgischen Bereich Gesundheitsergebnisse verbessert, während eine 4. Studie ergab, dass Erhöhung Anteils Pflegefachberufen mit Bachelor-Abschluss mit besseren Ergebnissen verbunden war**
- ✓ **Die meisten Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Personalaufstockung zu Ergebnissen führte, die mit Kostenwirksamkeit auf der Grundlage eines Pro-Kopf-Bruttoinlandsprodukts für die Kosten pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr übereinstimmt**



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

Lasater et al. 2021, Untersuchung in Illinois

- ✓ durchschnittliche **30-Tage-Sterblichkeitsrate** in Krankenhäusern mit einem durchschnittlichen Personalschlüssel von **<5 Patienten pro Pflegefachperson** war niedriger (5,6 %) im Vergleich zur Sterblichkeitsrate in Krankenhäusern, in denen Pflegefachpersonen **zwischen 5 ≤ 6 Patienten (6,1 %) und ≥ 6 Patienten (6,1 %)** betreuten.
- ✓ **Verweildauer** war kürzer in Krankenhäusern, in denen **Pflegepersonal weniger Patienten gleichzeitig betreute** (4,0 Tage in Krankenhäusern mit <5 Patienten pro Pflegefachperson gegenüber 4,1 Tagen in Krankenhäusern mit **5 ≤ 6 Patienten pro Pflegefachperson** gegenüber **4,5 Tagen in Krankenhäusern mit ≥ 6 Patienten** pro Pflegefachperson)
- ✓ **Ca. 1595 Todesfälle** in untersuchten Krankenhäusern hätten während des 1-ährigen Untersuchungszeitraums **vermieden werden können**; **Verbesserung des Personalschlüssels auf Verhältnis von 4:1** würde **Verweildauer** der Pat. voraussichtlich um **über 40 000 Tage verkürzen**; **Verkürzung der Verweildauer** würde Krankenhäusern in Illinois insgesamt über **117 Millionen Dollar pro Jahr einsparen**



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

Lasater et al. 2021, Untersuchung in New York



für **medizinische Patienten (die etwa ein Viertel der medizinischen Krankenhausaufenthalte)** hätte es in **2 Jahren 3.821 weniger Todesfälle u. fast 298 Millionen \$ Einsparungen** durch kürzere Aufenthalte gegeben.



Vermiedene Zahlungen aufgrund geringer Zahl von Wiedereinweisungen nach einer medizinischen Einweisung hätten sich über zwei Jahre hinweg auf **mehr als 37 Millionen \$** belaufen.



Bei untersuchten **chirurgischen Patienten**, die etwa 15 % des gesamten chirurgischen Medicare-Volumens in Krankenhäusern ausmachen, hätten Krankenhäuser bei einem **Personalschlüssel von 4:1 schätzungsweise 549 Leben gerettet, 360 Mio. USD durch verkürzte Aufenthalte eingespart und fast 24 Mio. \$** an Zahlungen durch vermiedene Wiedereinweisungen eingespart werden können.



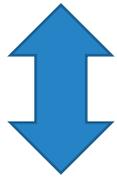
Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!



„Die Analyse von Daten des Bundesamts für Statistik belegt, dass mit einer besseren Personalausstattung, insbesondere einem höheren Anteil an diplomierten Pflegefachpersonen in den Akutspitälern, jährlich mehrere hundert Millionen Franken gespart werden können.“

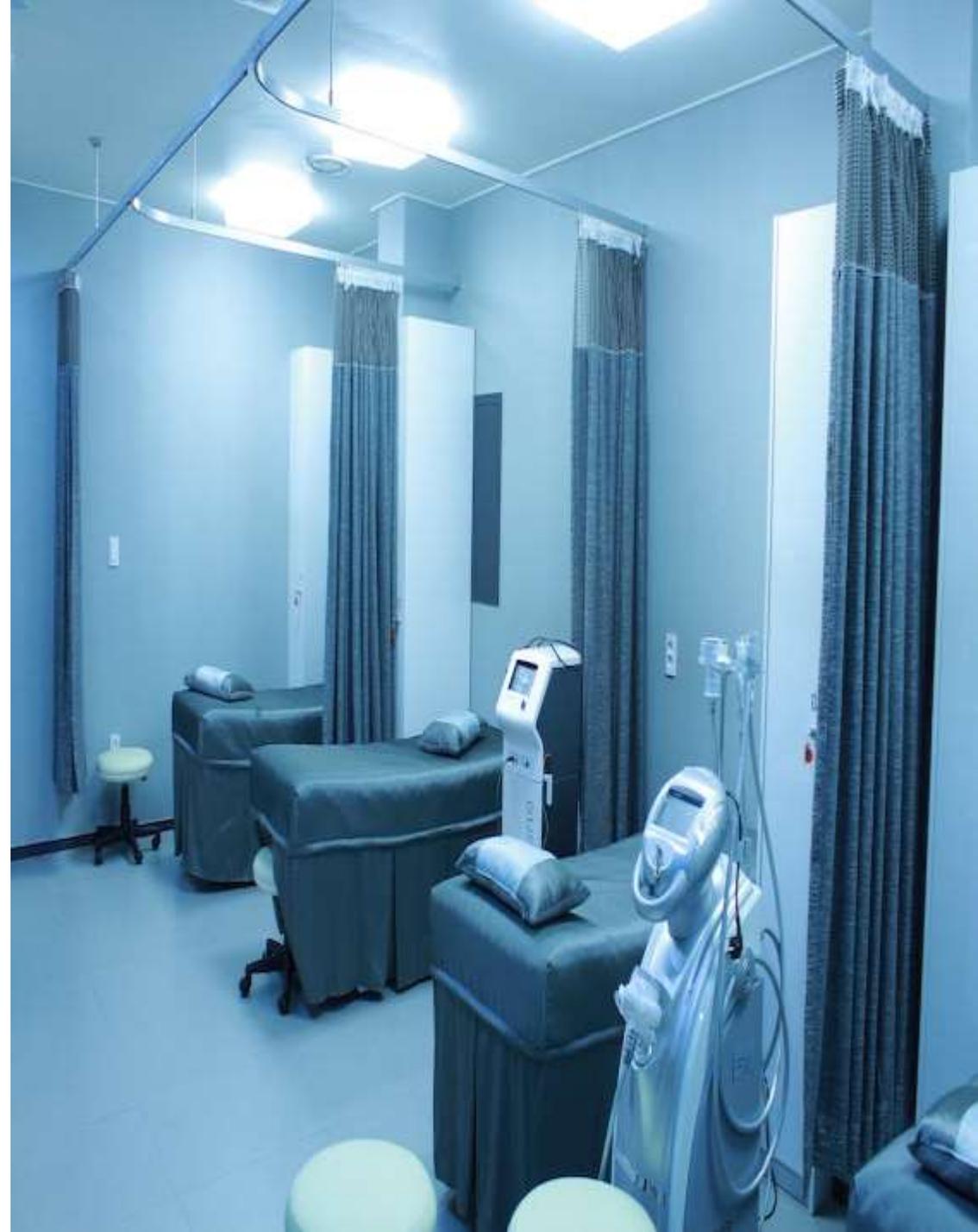
Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

„Wenn nun z. B. die Kassenlobby Santésuisse schätzt, dass aufgrund der eigenständigen Abrechnungen die Kosten im Spitexbereich um 25 bis 110 Millionen Franken im Jahr steigen würden, dann macht das, gemessen an den Gesamtkosten, 0,03 bis 0,13 Prozent aus. Auf dieser Grundlage vor einer drohenden «Kostenexplosion» zu warnen, ist lächerlich.“



In Deutschland ähnliche Argumente, z.B. für Vorschlag notfallpflegerische Versorgung

Große Krankenkasse hier 0,1% mehr Beitragssatz kalkuliert als Totschlagargument gegen bessere Versorgung von Menschen in Deutschland.



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

„Sinkt der Anteil der diplomierten Pflegefachpersonen auf unter 75 bis 80 % wird es gefährlich, im schlimmsten Fall tödlich...Je tiefer die Zahl der qualifizierten Pflegestunden, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für ein unerwünschtes Ereignis. Für die Sterblichkeit sind das bis zu 243 Todesfälle pro Jahr.“



In **Deutschland folgende Diskussion:** Wir können uns keine Personaluntergrenzen leisten, weil wir die Pflegefachberufe nicht haben. Selbst verschuldete Pflegefachpersonalmangel wird genutzt, um Situation nicht zu verbessern.

Teufelskreislaufdiskussion

Internationale Evidenz nicht ausreichender Pflegefachpersonalschlüssel werden ignoriert u. nicht Anreize für bessere differenzierte Personalschlüssel gesetzt.



Warum pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern relevant u. keine Last sind!

„Je mehr Pflegestunden und je höher der Anteil Diplomierter, umso kürzer ist die Liegedauer. Gemäss den BFS-Daten lassen sich so über 223 000 Bettentage einsparen. Für seine Analyse rechneten die Wissenschaftler mit 1600 Franken pro Bettentag, was 357 Millionen Franken ausmacht. 2018 kostete gemäss BFS ein Bettentag in der Akutsomatik 2245 Franken. Auf dieser Basis beläuft sich das Sparpotenzial gar auf 500 Millionen Franken ².



Diese in Schweiz kalkulierten Zahlen zeigen das **Gegenteil von Pflegelast**.

Für Deutschland gibt es diese Kalkulationen nicht, weil **pflegfachliche Leistungen leistungsrechtlich nicht abgebildet** sind u. **deswegen** gesundheitsökonomisch keine Rolle spielen



Fundierte internationale Evidenz, dass....

Angemessene
Pflegefachpersonal-
schlüssel

nurse-patient-ratios, Pflegefachpersonal-Pat.-schlüssel beeinflussen Outcomes
u. Komplikationsraten, Mortalitätsraten significant
Reduzieren signifikant Krankenhauskosten

Zu wenig fachliche
Pflege & geringe
Personalschlüssel

"missed nursing care", "care left undone", "unfinished nursing care", moralischer
Stress verschlechtern Patientensicherheit, Qualität u. Outcomes erheblich;
erhöhen Kosten für Krankenhausversorgung

Qualifikation u.
Kompetenzniveaus
von
Pflegefachberufen

insbesondere fortgeschrittene Qualifikationslevel stellen Indikatoren für Wissen
u. Fähigkeiten von Pflegefachpersonen dar u. sind in einem Zusammenhang mit
Outcomes u. Qualität von Patienten*innen zu sehen



Die Relevanz von Pflegefachberufen für gute Qualität und Outcomes in Kliniken u. bedarfsgemessene Krankenhausversorgung

Gute Qualität u. Outcomes in Kliniken können nur über interprofessionelle und bedarfsangemessene Versorgung erreicht werden. Dafür müssen Entscheidungsträger einen **differenzierten Blick auf die Pflegefachberufe** werfen und **fundamentale Reformen** einführen, um den **Mehrwert der Pflegefachberufe** in die Gesundheitsversorgung und für die Patienten*innen zu integrieren. Die herkömmlichen Strukturen u. Finanzierungswege schließen diese Entwicklungen aber aus.

Was benötigen wir, Bedarfe pflegfachlicher Versorgung in Krankenhausversorgung zu integrieren?

Krankenhausreform nutzen, um **Leistungen der Pflegefachberufe leistungspflichtig in das SGB V integrieren**

§ 4 Pflegeberufegesetz – Vorbehaltsaufgaben in **SGB V** integrieren u. gleichzeitig Reform des Arztvorbehalts, Beruferecht in Leistungsrecht

Pflegfachliche Leistungen in Krankenhäusern **transparent machen**, **Scope of Practice** entwickeln, gesetzliche Regelungen

autonome u. verantwortliche Aufgaben für Pflegefachberufe – die medizinisch-pflegerischen Einrichtungen werden ohne diese **nicht funktionieren**



Was benötigen wir, Bedarfe pflegfachlicher Versorgung in Krankenhausversorgung zu integrieren?

Förderung von Expert*innenrollen von Pflegefachberufen in Krankenhäusern

Empowerment von Pflegefachberufen in Krankenhäusern: psychisches u. strukturelles Empowerment

Pflegefachberufe verantwortlich u. entscheidend **im System mitwirken** lassen, ihre **Kompetenzen** integrieren u. ihre Fachexpertise abfragen sie autonom wirken lassen.

Strukturelles Empowerment: förderliche Strukturen, veränderte Arbeitsbedingungen, neben Autonomie auch Integration in Entscheidungen



Was benötigen wir, Bedarfe pflegfachlicher Versorgung in Krankenhausversorgung zu integrieren?

Integration von **pflegeberufesensitiven Qualitätsindikatoren in klinischen Datenbanken** – für **systemisches Verständnis** von Qualität

umfassende Datenbanken für Qualitätsindikatoren entwickelt, die auch **Qualitätsindikatoren der Pflegefachberufe** umfassen. Dafür erscheinen die im internationalen Raum entwickelten pflegeberufesensitiven Indikatoren geeignet (Mainz et al. 2022).

Aber weitere mögliche Indikatoren auf Struktur-, Prozess- u. Outcomeebene bei Mainz et al. (2022) für Dänemark vorgeschlagen

Integration von Prozessindikatoren werden von Mainz et al. empfohlen: haben **größtes Potenzial** "missed nursing care" zu offenbaren



Beispielhafte pflegeberufesensitive Qualitätsindikatoren

Nutrition

- BMI measured (*Schizophrenia Registry*) Process
- Using of a feeding tube (*Head and Neck Cancer Group*) Process
- Assessment for nutritional risk (*Stroke Registry*) Process
- Having a nutrition plan (*Multidisciplinary Registry for Hip Fractures*) Process
- Decision on a nutrition plan (*Acute Surgery Database*) Process
- Screening to clarify the need for nutritional interventions
(*Cardiac Rehabilitation Database*) Process

Beispielhafte pflegeberufesensitive Qualitätsindikatoren

Respiration and circulation

- Measuring blood pressure (*Diabetes Registry, Adult*) Process
- Measuring blood pressure (*Diabetes Registry, Children*) Process
- Checking inhalation technique (*COPD Registry*) Process
- Measuring FEV1 (*COPD Registry*) Process

Musculoskeletal system

- Mobilizing on the first day of admission (*Stroke Registry*) Process
- Mobilizing in 24 hours of surgery (*Multidisciplinary Registry for Hip Fractures*) Process
- Mobilizing in 24 hours of surgery (*Acute Surgery Database*) Process

Fazit

Relevanz Pflegefachberufen für Qualität u. Outcomes in Krankenhausversorgung ist hoch – **Krankenhausversorgung u. Ambulantisierung** wird **ohne Integration Pflegefachberufe nicht bedarfsangemessen** funktionieren

1

Mehrwert Pflegefachberufe mit autonomen Aufgabenbereichen festlegen, sektorenübergreifende Versorgung nur interprofessionell möglich

2

Leistungsrechtliche Abbildung pflegefachlicher Leistungen; Entwicklung Scope of Practice, Akademisierung Pflegefachberufe

3

Entwicklung u. Integration pflegeberufebezogener Qualitätsindikatoren

4

Derzeit scheinen wirkliche Reformen am Satz u. Mindset: Die Ärzte wollen das nicht zu scheitern

Im Moment fraglich, ob wir über Bedarfe der Versorgung sprechen oder über Erhalt von Strukturen u.w.m.

Ich freue mich auf unsere Diskussionen!

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Forschungsexzellenzprofessur für Digitalisierung in Gesundheit & Pflege

PD Fakultät I der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Niedersächsischer Wissenschaftspreis 2020

*Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften – Hochschule
Braunschweig/Wolfenbüttel
Fakultät Gesundheitswesen
Poststr. 19*

38440 Wolfsburg

Tel: 05361 8922 23170

Fax: 05361 8922 23172

Mobil: 0162 9698980

Email: m.hasseler@ostfalia.de

Website: www.martina-hasseler.com