



**Unterbesetzung und Personalmehrbedarf
im Pflegedienst
der allgemeinen Krankenhäuser**

Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten

Michael Simon

2., ergänzte Auflage

Hannover, September 2015

Prof. Dr. Michael Simon
Hochschule Hannover
Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales
Blumhardtstr. 2
30625 Hannover
Email: michael.simon@hs-hannover.de

Zusammenfassung

Im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser wurden zwischen 1997 und 2007 fast 50.000 Stellen abgebaut. Zwar hat es ab 2008 wieder einen leichten Zuwachs an Personal gegeben, dennoch aber lag die Zahl der Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern 2013 immer noch um ca. 35.000 unter dem Wert des Jahres 1996.

Der Stellenabbau erfolgte, obwohl die Leistungsanforderungen an die Pflege kontinuierlich stiegen. Es sind zunehmend mehr Patienten zu versorgen, es werden mehr Operationen, vor- und nachstationäre Behandlungen und nicht-operative Maßnahmen durchgeführt, und der Anteil älterer und somit in der Regel auch pflegebedürftigerer Patienten hat deutlich zugenommen.

Die trotz steigender Leistungsanforderungen sinkende Personalbesetzung hat zu einer zunehmenden Arbeitsbelastung und in weiten Teilen des Pflegedienstes bereits zu einer chronischen Arbeitsüberlastung geführt. In der Folge ist die Zahl der Frühverrentungen älterer Pflegekräfte gestiegen und sind mehrere Zehntausend Pflegekräfte in andere Bereiche des Gesundheitswesens abgewandert.

Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung im Pflegedienst der Krankenhäuser gefährdet nicht nur die Gesundheit der Pflegekräfte, sondern stellt vor allem eine Gefährdung der Patientengesundheit dar. In zahlreichen internationalen Studien wurde ein Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und der Patientengesundheit festgestellt. Eine nicht ausreichende Personalbesetzung führt nicht nur zu ‚typischen‘ Pflegefehlern, wie beispielsweise Druckgeschwüren, sondern erhöht für Patienten auch das Risiko, dass Komplikationen zu spät erkannt werden und die betroffenen Patienten dadurch dauerhafte Gesundheitsschäden erleiden oder nicht mehr gerettet werden können und an der Komplikation versterben.

Der Stellenabbau und die Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist bereits seit mehreren Jahren Gegenstand medialer Berichterstattung und gesundheitspolitischer Diskussionen. Als Reaktion darauf wurde 2009 ein Pflegeförderprogramm beschlossen, das die Finanzierung von bis zu 17.000 zusätzlichen Pflegestellen bis Ende 2011 vorsah. Davon kamen jedoch nur ca. 8.000 Stellen tatsächlich im Pflegedienst der Stationen an.

Es besteht somit weiterhin dringender Handlungsbedarf. Allerdings herrscht Unklarheit in der Frage, wie hoch die Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser tatsächlich ist und wie viele zusätzliche Stellen erforderlich wären, um eine bedarfsgerechte Personalbesetzung zu erreichen.

Bislang diente in der Regel die Zahl der seit Mitte der 1990er Jahre abgebauten Stellen als Orientierungswert. Es wurde angenommen, dass diese Zahl dem Ausmaß der Unterbesetzung entspricht und eine Anhebung der Ist-Personalbesetzung um diesen Wert zu einer ausreichenden Personalausstattung führen würde. Dabei wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass der Stellenabbau Mitte der 1990er Jahre von einem bereits unzureichenden Niveau ausging.

Anfang der 1990er Jahre bestand ein breiter gesellschaftlicher und auch gesundheitspolitischer Konsens, dass der Pflegedienst der Krankenhäuser unterbesetzt sei und ein „Pflegenotstand“ herrsche. Daraufhin setzte die damalige Bundesregierung 1993 die genannte ‚Pflege-Personalregelung‘ (PPR) in Kraft, die zur Ermittlung des Personalbedarfs im Pflegedienst dienen sollte. Auf Grundlage der PPR wurde der Pflegebedarf aller vollstationären Krankenhauspatienten erhoben und das Ergebnis von allen Krankenhäusern an die Krankenkassen übermittelt. Eine von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommene Auswertung dieser Daten ergab für das Jahr 1993 einen Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 %.

In der vorliegenden Studie wird ein Berechnungsmodell zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser vorgestellt. Es geht aus von einem Personalmehrbedarf im Jahr 1993 in Höhe von 20 %. Dadurch ergibt sich für 1993 eine Soll-Personalbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser in Höhe von ca. 311.000 Vollkräften.

Entgegen des ursprünglichen Vorhabens wurde die Pflege-Personalregelung jedoch nicht vollständig umgesetzt, sondern bereits 1996 zunächst ausgesetzt und schließlich zum 1.01.1997 vollständig aufgehoben. Der daraufhin unmittelbar einsetzende Stellenabbau erfolgte somit ausgehend von einem Niveau, das unter dem lag, welches nach PPR als bedarfsgerecht zu gelten hatte. Bedingt durch die unvollständige Umsetzung der PPR und den anschließenden Stellenabbau lag die tatsächliche Personalbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser im Jahr 2013 bei lediglich ca. 228.000 Vollkräften und somit um ca. 83.000 Vollkräfte unter der Soll-Besetzung des Jahres 1993.

Bei dieser Berechnung ist die Entwicklung der Leistungsanforderungen an die Pflege im Krankenhaus noch nicht berücksichtigt. Da es seit 1993 eine deutliche Ausweitung sowohl des Leistungsumfangs als auch des Leistungsspektrums der Krankenhäuser gegeben hat, muss davon ausgegangen werden, dass auch der Personalbedarf im Pflegedienst entsprechend gestiegen ist. Geht man von einer Erhöhung des Personalbedarfs aufgrund gesteigerter Leistungsanforderungen im Zeitraum 1993 bis 2013 in Höhe von ca. 25 % aus, so folgt daraus, dass der Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser gegenwärtig um mehr als 100.000 Vollkräfte unterbesetzt ist.

Die Zahl von mehr als 100.000 zusätzlich erforderlichen Vollkräften mag für deutsche Verhältnisse hoch erscheinen, sie relativiert sich jedoch, wenn man den Blick auf andere europäische Länder richtet. Eine 2009/2010 durchgeführte international vergleichende Untersuchung zur personellen Besetzung des Pflegedienstes im Krankenhaus in 12 europäischen Ländern ergab, dass deutsche Krankenhäuser mit Abstand am schlechtesten personell besetzt sind. Während 2010 in Deutschland 100 Krankenhauspatienten von lediglich 12,3 Pflegekräften versorgt wurden, waren es beispielsweise in England 22,5 Pflegekräfte, in der Schweiz 29,5 Pflegekräfte, in den Niederlanden 29,8 und in Norwegen sogar 42,9 Pflegekräfte. Würde man die Personalbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser auf das Niveau dieser Länder anheben wollen, so wären bspw. bei einer Anhebung auf das Niveau Englands 188.000 zusätzliche Pflegekräfte erforderlich, bei einer Anhebung auf das Niveau der Niederlande 323.000 und auf das Niveau Norwegens sogar 566.000 zusätzliche Pflegekräfte erforderlich.

Diese Zahlen lassen nicht nur deutlich werden, dass eine Anhebung der Personalbesetzung um 100.000 Vollkräfte keineswegs unverhältnismäßig wäre, sie zeigen auch auf sehr eindrucksvolle Weise, wie weit die personelle Ausstattung des Pflegedienstes deutscher Krankenhäuser mittlerweile hinter dem Stand anderer europäischer Länder zurückgefallen ist.

Inhalt

1	Vorwort zur zweiten Auflage	8
2	Einleitung	9
3	Hintergrund und Ausgangsproblem	13
4	Berechnungsmodell zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser	19
4.1	Berechnung der Unterbesetzung ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung	19
4.2	Pflege im Krankenhaus: Mehr als nur ‚menschliche Zuwendung‘	24
4.3	Ausgewählte Kennzahlen zur Leistungsentwicklung.....	26
4.3.1	Vollstationäre Fälle	27
4.3.2	Altersstruktur der Krankenhauspatienten	28
4.3.3	Vor-, nach-, und teilstationäre Fälle und ambulante Operationen	31
4.3.4	Operationen und nicht-operative Maßnahmen.....	32
4.3.5	Hochaufwendige Pflege von Patienten (PKMS)	35
4.4	Zusammenfassung und Ergebnis.....	36
5	Die Personalbesetzung des Pflegedienstes deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich.....	41
6	Schlussbetrachtung: Die Bedeutung der Ergebnisse für die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion.....	47
6.1	Personalmehrbedarf und vorhandene Arbeitszeitreserve.....	48
6.2	Personalgewinnung und Attraktivität des Pflegeberufes.....	50
6.3	Anmerkungen zur gegenwärtigen Diskussion über die Ursachen des Stellenabbaus	52
7	Ergänzung zur zweite Auflage: Personalmehrbedarf bei Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften	56
8	Literatur	61

1 Vorwort zur zweiten Auflage

Diskussionen nach Erscheinen der ersten Auflage ließen es sinnvoll erscheinen, auf die Frage des Qualifikationsmix in der Pflege und die Bedeutung der Begriffe ‚Vollkräfte‘, ‚Pflegekräfte‘ und ‚Pflegefachkräfte‘ näher einzugehen. Dieses geschieht in der vorliegenden zweiten Auflage des Papiers in einem ergänzten neuen Kapitel im Anschluss an die Schlussbetrachtung sowie durch entsprechende Ergänzungen in der Infobox zu zentralen Fachbegriffen. Alle anderen Teile des Papiers blieben unverändert.

Die Ergänzungen beinhalten keine Korrekturen am Ergebnis der vorgelegten Schätzung, sondern sollen nur zum besseren Verständnis beitragen und mögliche Missverständnisse vermeiden bzw. ausräumen. Im Mittelpunkt der Ergänzungen steht die Klarstellung, dass der in der vorliegenden Schätzung ermittelte Personalmehrbedarf sich nicht nur auf Pflegefachkräften bezieht, sondern auf Pflegefachkräfte *und* Pflegehilfskräfte. Die Zahl von mehr als 100.000 Vollkräften schließt folglich sowohl Pflegefachkräfte als auch Pflegehilfskräfte ein. Die Frage nach dem Qualifikationsmix und somit dem jeweiligen Anteil der beiden Gruppen an der zukünftigen Personalbesetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser wird in der vorliegenden Schätzung nicht beantwortet. Ihre Beantwortung bedarf eines entsprechenden fachlichen Diskurses und einer darauf aufbauenden politischen Entscheidung.

2 Einleitung

Seit mehr als 10 Jahren wird in Deutschland über eine personelle Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser diskutiert, ohne dass bislang eine durchgreifende Verbesserung bewirkt wurde. Im Rahmen der Krankenhausreform 2009 wurde zwar ein Pflegeförderprogramm beschlossen, von dem aus den Mitteln des Programm finanzierten ca. 15.000 zusätzlichen Stellen kamen aber offenbar nur ca. 8.000 tatsächlich auf den Stationen an, für die das Programm eigentlich geschaffen worden war. Mit einem neuen Pflegestellen-Förderprogramm sollen nun im Rahmen des geplanten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) erneut Mittel für die Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser bereitgestellt werden, diesmal allerdings nur für die Normalstationen. Im Gesetzentwurf ist dazu die Summe von bis zu 330 Mio. Euro vorgesehen, die aber erst im dritten Jahr des Programm, im Jahr 2018 erreicht werden soll. Damit könnten nach Berechnungen der Regierungskoalition bis zu ca. 6.000 zusätzliche Stellen geschaffen werden.

Angesichts eines Stellenabbaus in den Jahren 1997-2007 in Höhe von fast 50.000 Vollkräften erscheint dieses Volumen kaum ausreichend für eine durchgreifende Verbesserung. Auch wenn man den seit 2008 zu verzeichnenden Stellenzuwachs im Umfang von ca. 11.000 Vollkräften im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser gegenrechnet, so bleibt immer noch eine Lücke von fast 40.000 Vollkräften gegenüber dem Stand von 1996. Dabei ist zudem zu berücksichtigen, dass bedingt durch steigende Patientenzahlen, Operationszahlen, einen gestiegenen Anteil älterer Patienten etc. die Leistungsanforderungen für die Pflege im Krankenhaus heute deutlich über dem Niveau des Jahres 1996 liegen.

Aber nicht nur wegen der veränderten Leistungsanforderungen ist die Zahl der seit Mitte der 1990er abgebauten Stellen wenig hilfreich für die Beantwortung der Frage, wie hoch die Unterbesetzung und somit der Personalmehrbedarf gegenwärtig ist. Die in der bisherigen Diskussion vorherrschende Gleichsetzung der Zahl der seit Mitte der 1990er Jahre abgebauten Stellen mit einer angenommenen gegenwärtigen Unterbesetzung ist vor allem auch aus einem anderen Grund wenig hilfreich: Der Stellenabbau erfolgte ausgehend von einem Niveau, das bereits als Unterbesetzung zu gelten hat. Vor dem Hintergrund einer breiten gesellschaftlichen Diskussion über einen „Pflegenotstand“ in Krankenhäusern wurde zum 1.01.1993 die so genannte ‚Pflege-Personalregelung‘ (PPR) in Kraft gesetzt, die dazu dienen sollte, den Personalbedarf auf den Normalstationen der Krankenhäuser zu ermitteln und so zu einer deutlich verbesserten Personalbesetzung zu gelangen. Die auf Grundlage der PPR ermittelte Zahl zusätzlicher Stellen sollte in schrittweise in einem Übergangszeitraum bis Ende 1996 geschaffen werden. Die Anwendung der PPR wurde jedoch vor Ablauf dieser Übergangsphase vorzeitig ausgesetzt und die Rechtsvorschrift schließlich zum 1.01.1997

vollständig aufgehoben. Die auf Grundlage der PPR zu ermittelnde Soll-Personalbesetzung wurde somit nicht erreicht.

Da die PPR als bundeseinheitlich anzuwendendes Verfahren der Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfs seit 1997 nicht mehr gilt, fehlen seitdem auch die auf ihrer Grundlage erhobenen Daten. Insofern stehen gegenwärtig keine bundesweit nach einer einheitlichen Methodik erhobenen Daten zum Personalbedarf zur Verfügung. Um dennoch die Frage nach dem Umfang der gegenwärtigen Unterbesetzung beantworten zu können, bleibt nur die Möglichkeit einer Schätzung auf Grundlage der verfügbaren Daten.

Die vorliegende Studie stellt ein Berechnungsmodell für eine solche Schätzung vor. Die Schätzung beschränkt sich auf den Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser, ohne psychiatrische Abteilungen und Intensivstationen. Psychiatrische Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser werden nicht einbezogen, da deren Personalbedarf nicht nach PPR, sondern auf Grundlage der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu berechnen ist. Zudem ist die Psych-PV kein spezifisches Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs im Pflegedienst, sondern für multiprofessionelle Teams, bestehend aus ärztlichem, pflegerischen und fachtherapeutischem Personal. Intensivstationen können in die Berechnung nicht einbezogen werden, weil im Rahmen der Krankenhausstatistik keine Daten zur Personalbesetzung der Intensivstationen erhoben werden.

Ausgangspunkt des vorliegenden Berechnungsmodells ist die Berechnung der Soll-Personalbesetzung für das Jahr 1993. Dies ist insofern möglich, als die GKV-Spitzenverbände 1993 in einem internen Papier für ihre Mitgliedskassen das Ergebnis der ersten bundesweiten Auswertung der PPR-Daten publiziert haben. Die Auswertung der PPR-Daten ergab einen Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 %. Der so ermittelten Soll-Personalbesetzung des Jahres 1993 wird die Ist-Personalbesetzung des Jahres 2013 gegenübergestellt, um den Umfang der Unterbesetzung im Jahr 2013 bestimmen zu können.

Im zweiten Teil der Studie wird das Ergebnis der vorherigen Berechnungen anhand eines internationalen Vergleichs ‚plausibilisiert‘. Dazu werden Daten, die im Rahmen der international vergleichenden RN4CAST-Studie zur Personalbesetzung in 12 europäischen Ländern erhoben und publiziert wurden, neu aufbereitet und für weitergehende Berechnungen genutzt. Das Ergebnis zeigt auf sehr eindrucksvolle Weise, wie weit die personelle Besetzung des Pflegedienstes deutscher Krankenhäuser mittlerweile hinter das Niveau anderer europäischer Länder zurückgefallen ist.

In der Schlussbetrachtung wird auf die Bedeutung der Studienergebnisse für die gegenwärtige gesundheitspolitische Diskussion eingegangen.

Erläuterung zentraler Begriffe

In der vorliegenden Studie werden eine Reihe zentraler Begriffe verwendet, die der Krankenhausstatistik entnommen sind und zum besseren Verständnis an dieser Stelle kurz erläutert werden sollen.

Krankenhausarten: Die Krankenhausstatistik unterteilt Krankenhäuser in ‚allgemeine Krankenhäuser‘ und ‚sonstige Krankenhäuser‘. Als *allgemeine Krankenhäuser* gelten nach der derzeitigen Abgrenzung alle Krankenhäuser, die nicht ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Auf sie entfallen knapp 90 % der Krankenhäuser und ca. 95 % der Betten sowie ca. 94 % der Vollkräfte in Krankenhäusern insgesamt. Als *sonstige Krankenhäuser* gelten dementsprechend Krankenhäuser, die ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Beide Gruppen werden unter der Bezeichnung ‚Krankenhäuser‘ in der Statistik zusammengefasst.

Beschäftigte und Vollkräfte: Zur Personalbesetzung der Krankenhäuser bietet die Krankenhausstatistik zwei Arten von Kennzahlen, die Zahl der Beschäftigten und die Zahl der Vollkräfte. Als Zahl der *Beschäftigten* wird die Anzahl der Beschäftigten am 31.12. des Jahres ausgewiesen, unabhängig davon, ob es sich um Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigte handelt, ob sie ganzjährig oder nur zeitweise beschäftigt waren. Diese Kennziffer gibt somit keine Auskunft über das effektiv vorgehaltene Arbeitszeitvolumen. Dies ist insofern für die Interpretation der Angaben zur Beschäftigung im Pflegedienst der Krankenhäuser von besonderer Bedeutung, als es sich um einen Bereich handelt, in dem der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den letzten 10-20 Jahren im Vergleich zu anderen Dienststellen im Krankenhaus und auch im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überproportional stark angestiegen ist. Weitaus aussagekräftiger ist die in der Krankenhausstatistik ausgewiesene Zahl der *Vollkräfte* im Jahresdurchschnitt. Sie wird ermittelt, indem die Summe der tatsächlichen Arbeitszeit aller Vollzeitbeschäftigten, Teilzeitbeschäftigten und der nur vorübergehend in Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeiter auf Stellen mit voller tariflicher Arbeitszeit umgerechnet wird. Die sich daraus ergebende Zahl wird auch als ‚Vollzeitäquivalente‘ oder ‚Vollkraftäquivalente‘ bezeichnet.

Pflegefachkräfte: Als Pflegefachkräfte gelten Pflegekräfte mit einer abgeschlossenen dreijährigen Berufsausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz, die die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder Altenpflegerin/-pfleger tragen dürfen.¹

Pflegehilfskräfte: Als Pflegehilfskräfte gelten alle Beschäftigten in der Pflege, die nicht über eine dreijährige Ausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz verfügen. Dazu gehören Beschäftigte ohne Pflegeausbildung ebenso wie staatlich geprüfte Pflegehilfskräfte mit einer Ausbildung in der Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe oder Pflegeassistenz, unabhängig von der Dauer der Pflegehilfeausbildung.²

Pflegekräfte bzw. Pflegepersonal: Beide Begriffe umfassen in der Begriffsverwendung der hier vorliegenden Veröffentlichung sowohl Pflegefachkräfte als auch alle Arten von Pflegehilfskräften.

Pflegedienst und Funktionsdienst: Als *Pflegedienst* werden in der Krankenhausstatistik die bettenführenden Abteilungen bezeichnet, also alle Arten von Stationen, wie Normalstationen, Intensivstationen und Intermediate Care Stationen. Vom Pflegedienst unterschieden wird der so genannte Funktionsdienst. Zum *Funktionsdienst* zählen unter anderem der Operationsbereich, die Funktionsdiagnostik (z.B. Röntgenabteilungen), Notfallaufnahmen und Ambulanzen etc. Im Funktionsdienst ist in der Regel überwiegend Pflegepersonal tätig. Die Kran-

¹ zum Begriff der „Pflegefachkraft“ im Sozialrecht vgl. u. a. § 39a SGB V; § 71 SGB XI; § 6 Heimpersonalverordnung.

² Je nach landesrechtlicher Regelung gibt es einjährige, anderthalbjährige und auch zweijährige Pflegehilfeausbildungen.

kenhausstatistik weist jedoch leider deren Zahl nicht gesondert aus. Erfahrungsberichte aus der Krankenhauspraxis legen die Annahme nahe, dass ca. 70-90 % der Beschäftigten im Funktionsdienst Pflegefachkräfte sind.

3 Hintergrund und Ausgangsproblem

Die Vorgeschichte der gegenwärtigen Diskussion über die personelle Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser reicht im vereinten Deutschland bis 1991 und in Westdeutschland bis in die 1980er Jahre zurück.³ Die gegenwärtige Situation und ihre Ursachen sind letztlich nur zu verstehen, wenn man bis in diese Zeit zurückblickt. Für die im Zentrum dieser Studie stehende Einschätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst ist der historische Rückblick insofern von besonderer Bedeutung, als die nachfolgende Berechnung vom Basisjahr 1993 ausgeht, dessen Besetzung auch als unzureichend und Ausdruck eines ‚Pflegenotstandes‘ in Krankenhäusern galt. Diese Basisannahme der damaligen gesundheitspolitischen Diskussion war wiederum entscheidend geprägt von einer breiten öffentlichen Diskussion, die Ende der 1980er Jahre einsetzte.

In den 1980er Jahren hatte vor allem ein kontinuierlicher Anstieg der Zahl der Krankenhausesfälle zu einer steigenden Arbeitsbelastung im Pflegedienst der Krankenhäuser geführt, da dem gestiegenen Leistungsvolumen kein adäquater Zuwachs an Personal gegenüberstand. Diese Entwicklung wurde Ende der 1980er Jahre unter dem Leitbegriff ‚Pflegenotstand‘ zunehmend auch in der Öffentlichkeit der alten BRD diskutiert und es fanden zahlreiche Demonstrationen und Protestaktionen von Pflegekräften statt (Alber 1990; Bartholomeyczik 1993; Dinkel/Görtler/Milenovic 1991; SVRKAiG 1991).

Hauptsächlich verantwortlich für die Entwicklung eines ‚Pflegenotstandes‘ war, dass die Stellenpläne der Krankenhäuser damals auf Grundlage überalterter und nicht mehr zeitgemäßer so genannter ‚Anhaltzahlen‘ berechnet wurden. Die den Anhaltzahlen zugrunde liegenden Minutenwerte stammten aus Arbeitszeitstudien von Anfang der 1960er Jahre (Eichhorn 1975). Die letzte Aktualisierung war 1974 erfolgt und beschränkte sich lediglich darauf, die zwischenzeitlich erfolgte Arbeitszeitverkürzung auf die 40-Stundenwoche zu berücksichtigen.

Bereits Anfang der 1980er Jahre bestand in der Gesundheitspolitik weitgehend Einigkeit darüber, dass die Entwicklung eines neuen, der Entwicklung der Krankenhausversorgung angemessenen Instruments der Personalbedarfsermittlung dringend erforderlich war (BMA 1985). Im Rahmen des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes (KHKG) wurden 1981 die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Deutsche Kranken-

³ Nachfolgend wird die Entwicklung der letzten zwei bis drei Jahrzehnte nur cursorisch nachgezeichnet. Für eine genauere Beschäftigung mit der historischen Entwicklung sei hier auf andere Publikationen verwiesen (Simon 2008, 2009, 2014b).

hausgesellschaft (DKG) beauftragt, neue Maßstäbe zur Ermittlung des Personalbedarfs zu entwickeln und vertraglich zu vereinbaren (§ 19 Abs. 1 KHG i.d.F.d. KHKG 1981). Für den Fall, dass sich die Spitzenverbände nicht einigen können, wurde das damals zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) ermächtigt, eine entsprechende Neuregelung auf dem Verordnungsweg in Kraft zu setzen.

Nach mehr als 50 Verhandlungsrunden wurden die Verhandlungen zwischen GKV und DKG im Juli 1989 von beiden Seiten für endgültig gescheitert erklärt (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 14). Dadurch ging die Zuständigkeit für eine Neuregelung auf das BMA über. Das Ministerium berief zwei Expertengruppen, die Vorschläge für je ein Verfahren der Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie und im allgemeinen Pflegedienst vorlegten. Auf deren Grundlage wurde zum 1.01.1991 die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in Kraft gesetzt und 1992 die Pflege-Personalregelung (PPR) als Teil des Gesundheitsstrukturgesetzes beschlossen, das zum 1.01.1993 in Kraft trat (Kunze/Kaltenbach 2005; Schöning/Luithlen/Scheinert 1995).

Im Zentrum beider Regelungen standen vorgegebene Minutenwerte, die den Versorgungsbedarf der Patienten abbilden sollten und bei der Berechnung des Personalbedarfs zugrunde zu legen waren. Die auch heute noch geltende Psych-PV dient dazu, den Personalbedarf aller in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen zu ermitteln, also sowohl des ärztlichen Dienstes als auch des Pflegepersonals, der Sozialarbeiter etc. Die nicht mehr geltende PPR regelte dagegen nur die Ermittlung des Bedarfs an Pflegepersonal auf Normalstationen. Ausdrückliches Ziel beider Regelungen war eine deutliche Verbesserung der Personalausstattung.

Zwar ist die Psych-PV immer noch in Kraft und von allen psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser und psychiatrischen Kliniken verbindlich anzuwenden, sie verpflichtet jedoch weder die Krankenkassen dazu, die mit diesem Verfahren ermittelten Stellen vollständig zu finanzieren, noch die Krankenhäuser, die so ermittelten Stellen auch tatsächlich vorzuhalten. Vor allem aufgrund der seit 1993 geltenden Budgetdeckelung und mehrerer gesetzlich verfügbarer, bundesweit geltender pauschaler Budgetkürzungen entwickelte sich im Bereich der stationären Psychiatrie eine seit Mitte der 1990er Jahre immer weiter zunehmende Differenz zwischen dem Personalbedarf laut Psych-PV und der tatsächlichen Personalbesetzung (Kunze/Schmidt-Michel 2007). Eine im Auftrag der Bundesregierung durchgeführte bundesweite Befragung stationärer psychiatrischer Einrichtungen ergab, dass im Jahr 2004 bundesweit durchschnittlich nur knapp 90% der laut Psych-PV erforderlichen Stellen tatsächlich besetzt waren (APK 2007).

Betrachtet man die Daten der Krankenhausstatistik, so wird erkennbar, dass die Psych-PV die erhoffte Verbesserung im Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser zunächst offenbar auch tatsächlich bewirkte. Der Personalbestand stieg von ca.

14.800 Vollkräften im Jahr 1991 um knapp 2.400 auf ca. 17.200 Vollkräfte im Jahr 1995. Eine 1996 durchgeführte bundesweiten Befragung führte zu dem Ergebnis, dass das Personalsoll gemäß Psych-PV 1995 in der stationären Psychiatrie insgesamt „nahezu vollständig erreicht“ wurde (Kunze/Kaltenbach 2005: 252).

Ab dem Jahr 1996 zeigt sich an der Statistik jedoch deutlich die Wirkung einer zum 1.01.1996 verschärften Budgetdeckelung und mehrfacher in den Folgejahren gesetzlich verfügbarer Budgetkürzungen. Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser sank trotz steigender Fallzahlen zunächst im Jahr 1996 um ca. 400 und in den Folgejahren auf unter 16.000. Erst in den letzten Jahren ist wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen, der vor allem darauf zurückführen sein dürfte, dass mit Blick auf die geplante Einführung eines neuen Systems pauschalierter tagesbezogener Entgelte (PEPP) ein zumindest 90%iger Erfüllungsgrad der Psych-PV angestrebt wird.⁴ Mit der Einführung des neuen pauschalierten Entgeltsystems für die Psychiatrie wird auch die Geltungsdauer der Psych-PV enden. Im Rahmen des 2013 in Kraft getretenen Psychiatrieentgeltgesetzes wurde zugleich auch die Aufhebung der Psych-PV zum 1.01.2017 beschlossen (Art. 7 in Verbindung Art. 8 PsychEntgG).⁵

Der PPR war anders als der Psych-PV nur eine sehr kurze Wirkungsdauer beschieden. Sie wurde bereits 1996 wieder von der Anwendung ausgesetzt und zum 1.01.1997 vollständig aufgehoben. Unmittelbar nach Aufhebung der PPR setzte im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser ein Stellenabbau ein, der im Zeitraum 1997 bis 2007 zu einer Reduzierung um insgesamt ca. 48.000 Vollkräfte führte. Seit 2008 ist wieder ein leichter Zuwachs zu verzeichnen, der vermutlich zum überwiegenden Teil auf ein im Rahmen der Krankenhausreform 2009 beschlossenes ‚Pflegeförderprogramm‘ zurückzuführen ist. Mit dem Programm reagierte die Bundesregierung auf eine zunehmende öffentliche Diskussion über die Unterbesetzung und steigende Arbeitsbelastung im Pflegedienst sowie auf eine Demonstration von ca. 130.000 Krankenhausbeschäftigten im Herbst 2008 in Berlin.

Das Plegeförderprogramm sah die Bereitstellung von bis zu 660 Mio. Euro vor, mit denen nach Berechnungen der Bundesregierung bis zu 17.000 zusätzliche Stellen zu finanzieren gewesen wären. Die Auswertung der vorliegenden Daten zur Umsetzung des Programms ergab jedoch, dass mit den Mitteln des Programms bis Ende 2011 lediglich ca. 15.000 zusätzliche Vollzeitstellen finanziert worden waren (GKV-Spitzenverband 2013). Zudem war offen-

⁴ Im Rahmen des KHRG 2009 wurde in die Bundespflegesatzverordnung eine Passage eingefügt, nach der Krankenhäuser einen Anspruch darauf erhielten, dass ihnen die Krankenkassen eine Personalbesetzung in Höhe von mindestens 90 % dessen finanzieren, was durch die Anwendung der Psychiatrie-Personalverordnung als bedarfsgerechte Zahl an Personalstellen festgestellt wurde (§ 6 Abs. 4 BPfIV i.d.F.d. KHRG 2009).

⁵ Die Aufhebung der Psych-PV wurde mittlerweile um zwei Jahre auf den 1.01.2019 verschoben.

bar ungefähr die Hälfte der neu geschaffenen Stellen gar nicht im Pflegedienst der Stationen geschaffen worden, sondern im so genannten Funktionsdienst (OP, Anästhesie, Ambulanzen, Röntgen etc.). Dies war zwar legal, entsprach aber nicht in der Intention des Gesetzgebers, der die Pflege auf Station stärken wollte.⁶

Tabelle 1: Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern

Jahr	Vollkräfte im Jahresdurchschnitt										
	Ins- gesamt	Ärztlicher Dienst	davon								
			insgesamt	Nichtärztliches Personal					Funktions- dienst	Veränderung	
				darunter						Pflege- dienst ohne Psy- chiarie	Funktions- dienst
				Pflegedienst							
insgesamt	davon Psychiatrie	Pflegedienst ohne Psychi- atrie									
1991	815.551	91.279	724.272	296.518	14.844	281.674	75.384	-	-		
1992	827.011	93.921	733.090	303.990	16.627	287.363	75.943	5.689	559		
1993	821.767	91.951	729.816	306.127	16.787	289.340	76.847	1.977	904		
1994	822.929	93.035	729.894	313.359	15.384	297.975	77.197	8.635	350		
1995	832.377	97.380	734.998	322.110	17.209	304.901	78.323	6.926	1.126		
1996	827.225	100.039	727.186	322.418	16.825	305.593	78.330	692	7		
1997	812.889	101.381	711.508	316.253	16.758	299.495	78.302	-6.098	-28		
1998	803.356	102.912	700.443	313.281	16.642	296.639	78.786	-2.856	484		
1999	797.195	103.764	693.432	311.086	16.590	294.496	79.503	-2.143	717		
2000	787.694	104.339	683.354	308.138	16.034	292.104	80.020	-2.392	517		
2001	785.484	105.747	679.738	307.309	15.749	291.560	80.900	-544	880		
2002	777.719	107.489	670.230	299.512	15.869	283.643	81.286	-7.917	386		
2003	769.432	108.840	660.592	293.020	15.673	277.347	81.500	-6.296	214		
2004	752.431	112.242	640.190	282.891	15.835	267.056	81.563	-10.291	63		
2005	747.150	116.337	630.813	278.118	15.766	262.352	81.776	-4.704	213		
2006	743.505	118.398	625.107	275.427	16.893	258.534	82.511	-3.818	735		
2007	743.798	120.674	623.124	274.481	16.329	258.152	83.780	-382	1.269		
2008	748.308	122.704	625.604	276.320	16.534	259.786	85.924	1.633	2.144		
2009	756.968	125.608	631.361	278.763	16.230	262.533	87.958	2.748	2.034		
2010	764.595	128.681	635.459	280.842	16.624	264.218	90.120	1.685	2.162		
2011	771.847	133.233	638.614	284.576	16.775	267.801	92.385	3.583	2.265		
2012	780.033	136.479	643.554	285.264	16.687	268.577	94.824	776	2.439		
2013	790.972	140.356	650.615	287.444	17.128	270.316	97.118	1.739	2.294		

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

⁶ Das Gesetz gab zwar vor, dass die Mittel nur für dreijährig ausgebildetes Pflegepersonal verwendet werden durften, enthielt aber keine Vorgaben zum Arbeitsbereich dieses Pflegepersonals. Insofern war es zulässig aus den Mitteln des Programms auch Stellen im Funktionsdienst, im Medizincontrolling oder anderen Bereichen zu schaffen, sofern die Stellen mit dreijährig ausgebildeten Pflegekräften besetzt wurden.

Nach Auslaufen des Pflegeförderprogramms setzte ab 2012 erfreulicherweise bundesweit kein erneuter Stellenabbau im Pflegedienst ein. Eine Bilanzierung des Stellenabbaus und des seit 2008 zu verzeichnenden Zuwachses an Vollkräften fällt allerdings immer noch negativ aus (Simon 2014b). Dem Stellenabbau der Jahre 1997 bis 2007 in Höhe von ca. 48.000 Vollkräften steht ein Stellenzuwachs in den Jahren 2008 bis 2013 in Höhe von ca. 11.000 Vollkräften gegenüber. Es verbleibt somit eine Differenz von insgesamt ca. 37.000 Vollkräften, um die die Personalbesetzung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser unter der des Jahres 1995, also des letzten Jahres der PPR-Anwendung liegt (vgl. Tab. 1).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung entschloss sich die Regierungskoalition Anfang 2015, in die für 2016 geplante Krankenhausreform ein erneutes Programm zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser aufzunehmen. Im Regierungsentwurf eines „Krankenhausstrukturgesetzes“ (KHSg) finden sich dementsprechend die Eckpunkte eines ‚Pflegestellen-Förderprogramms‘, das auf dem Programm von 2009 aufbaut, dies in einigen Punkten modifiziert und in dessen Zentrum die Bereitstellung von bis zu 330 Mio. Euro für die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals steht. Die Mittel sollen diesmal allerdings nur für Pflegepersonal auf Stationen einsetzbar sein, ausgenommen Intensivstationen. Mit einer solchen Summe wären nach Berechnungen der Bundesregierung bundesweit bis zu ca. 6.000 zusätzliche Vollkräfte finanzierbar.⁷

Bereits die Gegenüberstellung der oben genannten Differenz zwischen dem 1997 und 2007 erfolgten Stellenabbau und dem seit 2008 zu verzeichnenden Stellenzuwachs macht deutlich, dass eine solche Summe bei weitem nicht ausreichend sein kann, um die erwähnte Lücke zu füllen. Selbst wenn das neue Programm tatsächlich zu einem Zuwachs um 6.000 Vollkräfte führen würde, bliebe die dann erreichte Personalbesetzung immer noch um mehr als 30.000 Vollkräfte unter dem Wert des Jahres 1996. Und dies angesichts eines seitdem zu verzeichnenden erheblichen Leistungszuwachses insbesondere durch gestiegene Fallzahlen, neue Leistungsarten wie ambulantes Operieren, vor- und nachstationäre Behandlungen etc. Zudem ist der Anteil älterer und auch hochbetagter und somit pflegebedürftigerer Patienten deutlich gestiegen.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen und der aktuellen Entwicklungen gewinnt die Frage nach der Höhe der gegenwärtigen Unterbesetzung und des tatsächlichen Personalbedarfs im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser eine zunehmende Relevanz. Die Beantwortung dieser Frage ist insofern schwierig und letztlich nicht zweifelsfrei möglich, als gegenwärtig

⁷ Das Pflegestellen-Förderprogramm sieht in der Fassung des Regierungsentwurfes des KHSg, ebenso wie das erste Pflegeförderprogramm, nur eine Finanzierung von 90 % der Personalkosten zusätzlicher Stellen vor. Die fehlenden 10 % muss das jeweilige Krankenhaus aus eigenen Mitteln tragen. Aus diesem Grund ist auch von einer ‚Förderung‘ und einem ‚Förderprogramm‘ die Rede.

keine mit einer einheitlichen Methode erhobenen bundesweiten Daten zum Pflegebedarf der Krankenhauspatienten zur Verfügung stehen. Solche Daten lieferte die bundesweite Anwendung der PPR, diese wurde aber zum 1.01.1996 ausgesetzt und ab 1997 als Rechtsvorschrift des Bundes aufgehoben.

Da eine genaue Aussage auf Grundlage bundesweit erhobener Daten zum Personalbedarf nicht möglich ist, bleibt nur die Möglichkeit einer Schätzung auf Grundlage anderer verfügbarer Daten. Eine solche Schätzung soll im Folgenden für den Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser vorgenommen werden.

4 Berechnungsmodell zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser

Das nachfolgend vorgestellte Berechnungsmodell bezieht sich nur auf den Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser, ohne Einbeziehung der psychiatrischen Abteilungen und ohne Intensivstationen. Der Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser fiel ebenso wie die Intensivstationen nicht unter den Anwendungsbereich der Pflege-Personalregelung. Beide Bereiche bedürften eines eigenen Berechnungsmodells.

Die Krankenhausstatistik enthält nur Angaben zur Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst insgesamt und weist zusätzlich aus, wie viele davon in der Psychiatrie tätig sind. Angaben zur Personalbesetzung auf Intensivstationen werden im Rahmen der Datenerhebung von den Krankenhäusern nicht erfragt und können in der Statistik folglich auch nicht ausgewiesen werden.

Es wäre sehr zu wünschen, dass die Krankenhausstatistik zukünftig auch Angaben zur Personalbesetzung der Intensivstationen erhebt, da es sich um einen hoch relevanten Bereich der Krankenhausversorgung handelt, zu dem nicht nur die Wissenschaft, sondern auch die Politik verlässliche Daten benötigt.

4.1 Berechnung der Unterbesetzung ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung

Wie bereits dargelegt, bestand Anfang der 1990er Jahre auch nach Auffassung der damaligen Bundesregierung eine Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und war eine deutliche Verbesserung der Personalbesetzung dringend erforderlich. Wie hoch der Personalmehrbedarf zum damaligen Zeitpunkt war, konnte mangels bundesweit verfügbarer Daten zum Personalbedarf nicht bestimmt werden. Wichtigste Voraussetzung für die Beschaffung von Daten über den tatsächlichen Personalbedarf und somit auch den Mehrbedarf war die Anwendung eines geeigneten Verfahrens zur Personalbedarfsermittlung. Insofern war die Entwicklung und Anwendung der Pflege-Personalregelung (PPR) auch zentrale Voraussetzung für die Beschaffung valider Daten über den Personalbedarf.

Das erste Jahr der Anwendung der PPR war das Jahr 1993. Die allgemeinen Krankenhäuser waren verpflichtet, ab dem 1.01.1993 alle Patienten täglich einer der durch die PPR vorgegebenen neun Pflegestufen zuzuordnen und die Ergebnisse den Krankenkassen zu übermit-

teln.⁸ Die Übermittlung der Daten an die Krankenkassen war verpflichtend, da die Budgetverhandlungen des jeweils folgenden Jahres auf Grundlage der PPR-Daten zu führen waren. Auf Grundlage der PPR-Daten wurde die Soll-Personalbesetzung berechnet und die erforderliche Anhebung der Stellenzahl sollte schrittweise innerhalb eines vierjährigen Übergangszeitraums vom 1.01.1993 bis zum 31.12.1996 erfolgen (§ 11 Abs. 2 Pflege-Personalregelung). Da die PPR zum 1.01.1993 in Kraft trat, konnten erst die Budgetverhandlungen für das Jahr 1994 auf Grundlage der PPR-Daten geführt werden. Zur Vorbereitung auf diese Budgetverhandlungen werteten die Spitzenverbände der GKV die ihnen von den Krankenhäusern übermittelten Daten aus und kamen zu dem Ergebnis, dass sich aus der Anwendung der PPR ein Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 % ergab. Dieses Ergebnis teilten die Spitzenverbände ihren Mitgliedskassen zur Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen für 1994 mit (GKV 1993: 541).

Dass es eine Auswertung der bundesweiten PPR-Daten für das Jahr 1993 gab und dabei ein Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 % festgestellt wurde, ist in der bisherigen Diskussion nur beiläufig erwähnt worden (so bspw. Simon 2014b: 17). Unbeachtet blieb dabei bislang, dass damit ein Wert verfügbar ist, auf dessen Grundlage sich die Unterbesetzung und der Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser im Jahr 1993 errechnen lässt. Und damit wiederum ist eine Ausgangsbasis gegeben, von der aus eine Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung möglich wird.

Die bisherige Diskussion über die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser konzentriert sich bislang auf die Zahl der seit Mitte der 1990er Jahre abgebauten Stellen. Und diese Zahl wird in der Regel mit der gegenwärtigen Unterbesetzung gleichgesetzt. Dabei wird jedoch übersehen, dass der 1996/1997 einsetzende Stellenabbau ausgehend von einer bereits unzureichenden Personalbesetzung erfolgte. Die gegenwärtige Unterbesetzung muss folglich – wenn man sie an den Vorgaben der PPR misst – deutlich höher liegen als die reine Zahl der seit Mitte der 1990er Jahre abgebauten Stellen.

Nachfolgend soll der Versuch unternommen werden, ausgehend vom Jahr 1993 und unter Einbeziehung des Ergebnisses der bundesweiten Auswertung der PPR-Daten des Jahres 1993 eine Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung bzw. des Personalmehrbedarfs im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser vorzunehmen. In einem ersten Schritt wird zunächst die Unterbesetzung ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung berechnet. Im darauf folgenden Schritt wird versucht, den aufgrund der seit 1993 zu verzeichnenden Leistungsentwicklung eingetretenen Personalmehrbedarf zu bestimmen.

⁸ Die Gesamtzahl von neun Pflegestufen ergab sich aus der Kombination von drei Pflegestufen für die allgemeine Pflege (A1, A2, A3) und drei Pflegestufen für die spezielle Pflege (S1, S2, S3).

Das Berechnungsmodell ist wie folgt aufgebaut:

- *Vollkräfte als maßgebliche Kennzahl:* Als Kennzahl für die Berechnung der Personalbesetzung dient ausschließlich die Zahl der Vollkräfte. Die Zahl der Beschäftigten ist für die Berechnung ungeeignet, da im Pflegedienst der Krankenhäuser im gesamten Berechnungszeitraum ein hoher Anteil an Teilzeitbeschäftigten zu verzeichnen ist, der zudem in den letzten beiden Jahrzehnten noch deutlich zugenommen hat.
- *Berechnung nur für die allgemeinen Krankenhäuser:* Die Berechnung erfolgt nur für die allgemeinen Krankenhäuser nach Abgrenzung der amtlichen Krankenhausstatistik. Nicht einbezogen werden die ‚sonstigen Krankenhäuser‘. Darunter fasst die Krankenhausstatistik seit 1991 Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen oder mit psychiatrischen und neurologischen Betten.⁹ Rein neurologische Kliniken fielen, anders als die stationäre Psychiatrie, auch unter den Anwendungsbereich der PPR. Daten zur Personalbesetzung der rein neurologischen weist die Krankenhausstatistik jedoch nicht aus, sie können somit nicht berücksichtigt werden. Dies erscheint aber insofern vertretbar, als nur ein sehr kleiner Teil des Pflegepersonals im Pflegedienst sonstiger Krankenhäuser außerhalb der psychiatrischen Einrichtungen tätig war bzw. ist. Von den ca. 28.600 Vollkräften im Pflegedienst der sonstigen Krankenhäuser waren bspw. 2013 nur ca. 2.300 nicht in der Psychiatrie beschäftigt.
- *Vollkräfte im Pflegedienst der Normalstationen:* Die Krankenhausstatistik weist leider nur die Zahl der Vollkräfte für den Pflegedienst insgesamt sowie für die in der stationären Psychiatrie tätigen Pflegekräfte aus. Die Zahl des Pflegepersonals auf Intensivstationen wird bislang nicht gesondert von den Krankenhäusern abgefragt und ist somit nicht verfügbar. Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Normalstationen wird in der nachfolgenden Berechnung so ermittelt, dass die in der Statistik ausgewiesene Zahl der Vollkräfte in der Psychiatrie sowie eine geschätzte Zahl der Vollkräfte auf Intensivstationen von der Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst insgesamt abgezogen werden.
- *Vollkräfte im Pflegedienst der Intensivstationen:* Da die Zahl des Pflegepersonals auf Intensivstationen nicht ausgewiesen wird, bleibt nur die Möglichkeit einer Schätzung. Die hier vorgenommene Schätzung baut auf der Annahme auf, dass je durchschnittlich belegtem Intensivbett zwei Vollkräfte im Pflegedienst beschäftigt werden. Diese Zahl ist abgeleitet aus der auch heute noch in vielen Kliniken gängigen Anhaltszahlenrechnung

⁹ Seit einigen Jahren weist die Krankenhausstatistik unter den sonstigen Krankenhäusern auch psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken aus, die vorher unter ‚Psychiatrie‘ subsummiert wurden, und darüber hinaus auch geriatrische Krankenhäuser. Die Personalbesetzung wird jedoch nicht für jeden einzelnen Krankentyp gesondert ausgewiesen. In Anbetracht der sehr geringen Zahl an Pflegekräften im Pflegedienst nicht psychiatrischer sonstiger Krankenhäuser erscheint es vertretbar, diese nicht gesondert zu berücksichtigen.

und deren Modifikation durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG 1986, 1989; Plücker 1992). Für das Jahr 1993 weist die Krankenhausstatistik für die Allgemeinkrankenhäuser insgesamt 20.500 Intensivbetten mit einer durchschnittlichen Belegung von ca. 73 % aus, was eine Zahl von ca. 15.000 durchschnittlich belegten Intensivbetten ergibt. Wendet man die zuvor erläuterte Methode an, ergibt dies eine Personalbesetzung von ca. 30.000 Vollkräften im Pflegedienst der Intensivstationen. Für das Jahr 2013 weist die Krankenhausstatistik ca. 26.400 Intensivbetten mit einer durchschnittlichen Belegung von ca. 80 % und somit ca. 21.100 durchschnittlich belegte Intensivbetten aus. Unter Zugrundelegung der oben dargelegten Berechnungsmethode ergibt dies eine Personalbesetzung im Pflegedienst der Intensivstationen im Umfang von ca. 42.200 Vollkräften.

- *Soll-Personalbesetzung 1993*: Die bedarfsgerechte Soll-Personalbesetzung für den Pflegedienst auf Normalstationen für das Ausgangsjahr 1993 wird ermittelt, indem die Ist-Personalbesetzung auf Normalstationen, wie sie in der oben beschriebenen Methode errechnet wurde, um 20 % erhöht wird. Auf eine Quantifizierung des ‚mehr als‘ wird hier verzichtet, da das Papier der GKV-Spitzenverbände hierzu keine hinreichend konkreten Angaben enthält. Dass 1993 ein Personalmehrbedarf von ‚mehr als 20 %‘ festgestellt wurde, wird beim Ergebnis der Schätzung lediglich dahingehend berücksichtigt, als es auch mit dem Zusatz ‚mehr als‘ versehen wird.
- *Unterbeseetzung 2013*: Die Unterbesetzung im Pflegedienst auf Normalstationen der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2013 wird errechnet, indem die in der Krankenhausstatistik ausgewiesene Zahl der Vollkräfte für den Pflegedienst insgesamt um die Zahl der Vollkräfte in psychiatrischen Abteilung und auf Intensivstationen reduziert wird und das Ergebnis der Soll-Personalbesetzung des Jahres 1993, ohne Psychiatrie und Intensivstationen, gegenübergestellt wird.

Die vorstehend beschriebene Berechnungsmethode führt zu folgenden Ergebnissen (vgl. Abb. 1):

- Der Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser war im Jahr 1993 mit ca. 306.100 Vollkräften besetzt. Davon waren laut Krankenhausstatistik 16.700 Vollkräfte in psychiatrischen Abteilungen beschäftigt. Auf Grundlage der oben beschriebenen Methode ergibt sich ein geschätzter Personalbestand im Pflegedienst der Intensivstationen in Höhe ca. 30.000 Vollkräften. Somit verbleibt eine Ist-Personalbesetzung im Pflegedienst auf Normalstationen (ohne Psychiatrie) in Höhe von ca. 259.400 Vollkräften.
- Nach Angaben der GKV-Spitzenverbände ergab die bundesweite Auswertung der PPR-Daten im Jahr 1993 einen Personalmehrbedarf in Höhe von mehr als 20 %. Legt man einen Personalmehrbedarf von 20 % für den Anwendungsbereich der PPR zugrunde, der

weitgehend mit dem Bereich der Normalstationen somatischer Fachabteilungen identisch war, so ergibt sich daraus ein Mehrbedarf in Höhe von ca. 52.000 Vollkräften.

- Addiert man diesen Personalmehrbedarf zur Ist-Personalbesetzung, so ergibt dies eine Soll-Personalbesetzung für den Pflegedienst auf Normalstationen im Jahr 1993 (ohne Psychiatrie) in Höhe ca. 311.000 Vollkräften.
- Für das Jahr 2013 weist die Krankenhausstatistik für den Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser insgesamt ca. 287.400 Vollkräfte aus. Davon entfielen laut Krankenhausstatistik 17.100 Vollkräfte auf den Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen und ca. 42.200 Vollkräfte auf den Pflegedienst der Intensivstationen. Somit verbleiben als Ist-Besetzung der Normalstationen (ohne Psychiatrie) insgesamt ca. 228.000 Vollkräfte.
- Damit lag die Personalbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser (ohne Psychiatrie) im Jahr 2013 um mehr als 83.000 Vollkräfte oder mehr als 36 % unter der Soll-Personalbesetzung des Jahres 1993.

Abbildung 1: Berechnungsmodell zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen der allgemeinen Krankenhäuser (ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung)

Ist-Personalbesetzung 1993 Pflegedienst insgesamt	306.100
<i>abzgl.</i>	
Ist-Personalbesetzung 1993 Pflegedienst psychiatrische Abteilungen	16.700
Ist-Personalbesetzung 1993 Pflegedienst Intensivstationen (geschätzt)	30.000
ergibt: Ist-Personalbesetzung 1993 Pflegedienst Normalstationen	259.400
Personalmehrbedarf auf Normalstationen 1993 gemäß PPR (+20%)	51.880
ergibt: Soll-Personalbesetzung Pflegedienst Normalstationen 1993 gemäß PPR	311.280
ergibt: Soll-Personalbesetzung Pflegedienst Normal- und Intensivstationen 1993	341.280
Ist-Personalbesetzung 2013 Pflegedienst insgesamt	287.400
<i>abzgl.</i>	
Ist-Personalbesetzung 2013 Pflegedienst psychiatrische Abteilungen	17.100
Ist-Personalbesetzung 2013 Pflegedienst Intensivstationen (geschätzt)	42.200
ergibt: Ist-Personalbesetzung 2013 Normalstationen	228.100
Differenz Normalstationen: Soll-Personalbesetzung 1993/Ist-Personalbesetzung 2013 ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung	
<i>in Vollkräften</i>	-83.180
<i>in Prozent der Ist-Besetzung</i>	-36,5

Die Berechnung baute zudem auf folgenden Annahmen auf:

- Die PPR wird genauso angewendet wie im Jahr 1993, und

- das Leistungsspektrum im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser war im Jahr 2013 vollkommen identisch mit dem des Jahres 1993.

Dementsprechend kann das Ergebnis der Berechnung wie folgt formuliert werden: Wäre die PPR im Jahr 2013 in gleicher Weise wie im Jahr 1993 auf ein Patienten- und Leistungsspektrum angewendet worden, das vollkommen identisch mit dem des Jahres 1993 war, so hätte dies mit hoher Wahrscheinlichkeit zu dem Ergebnis geführt, dass gemäß PPR im Jahr 2013 allein auf den Normalstationen der Allgemeinkrankenhäuser ein Personalmehrbedarf in Höhe von ca. 83.000 Vollkräften bestand. Da es nach 2013 weitere Stellenzuwächse im Pflegedienst gegeben hat, dürfte die Differenz mittlerweile bei mehr als 80.000 Vollkräften liegen.¹⁰

Die bisherige Berechnung erfolgte ohne Berücksichtigung der seit 1993 zu verzeichnenden Leistungsentwicklung. Das Patienten- und Leistungsspektrum des Jahres 2013 war jedoch nicht identisch mit dem des Jahres 1993. Im Folgenden wird deshalb auf die Leistungsentwicklung und deren Bedeutung für den Personalbedarf eingegangen.

4.2 Pflege im Krankenhaus: Mehr als nur ‚menschliche Zuwendung‘

Bevor die Leistungsentwicklung in allgemeinen Krankenhäusern näher betrachtet wird, soll zunächst auf das in weiten Teilen der öffentlichen Diskussion vorherrschende sehr verengte und irreführende Bild der Pflege im Krankenhaus eingegangen werden.

Nicht nur in der öffentlichen, sondern leider und auch in der gesundheitspolitischen Diskussion wird das Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum des Pflegepersonals in Krankenhäusern leider immer noch weitgehend auf ‚menschliche Zuwendung‘ reduziert. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass als wichtigste Auswirkung einer personellen Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung im Pflegedienst zuerst – und leider vielfach auch ausschließlich – genannt wird, dadurch würde die Zeit für ‚menschliche Zuwendung‘ fehlen.

Ohne Zweifel führte eine personelle Unterbesetzung im Pflegedienst auch dazu, dass weniger Zeit für eine psycho-soziale Unterstützung und Begleitung von Patienten und Angehörigen zur Verfügung steht. Die Lage in deutschen Krankenhäusern wäre allerdings nicht so dramatisch wie sie ist, wenn die bestehende Unterbesetzung allein diese Auswirkung hätte. Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser hat weitaus gefährlichere, weil die Ge-

¹⁰ Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Studie lagen die vollständigen Ergebnisse der Krankenhausstatistik für 2014 noch nicht vor, sondern lediglich eine Pressemitteilung mit ausgewählten Einzeldaten für die Krankenhäuser insgesamt, ohne gesonderte Angaben für die allgemeinen Krankenhäuser (StBA 2015). Daraus war aber bereits ablesbar, dass es im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2014 gegenüber 2013 einen Stellenzuwachs in Höhe von vermutlich ca. 2.000 Vollkräften gegeben hat.

sundheit und das Leben der Patienten unmittelbar gefährdende Auswirkungen. Dies haben zahlreiche internationale Studien aufgezeigt (zum Überblick vgl. u.a. Heinz 2004; Kane et al. 2007; Kazanjian et al. 2005; Lang et al. 2004; Langsbear/Sheldon/Maynard 2005; Numata et al. 2006; Penoyer 2010; Schmid/Hoffmann/Happ 2007; Tourangeau/Cranley 2006). Es kann als wissenschaftlich hinreichend belegt gelten, dass es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals in Krankenhäusern und schweren gesundheitlichen Schädigungen von Krankenhauspatienten gibt.

Diese gesundheitlichen Schädigungen können bis hin zum Versterben aufgrund zu spät erkannter Komplikationen führen. Aus diesem Grund gehören schwere bis schwerste lebensgefährdende Komplikationen wie Lungenentzündung, Lungenembolie, Sepsis etc. und ‚failure to rescue‘ seit langem zu den zentralen und in zahlreichen Studien verwendeten Indikatoren zur Messung eines Zusammenhangs zwischen Personalbesetzung im Pflegedienst und Patientengesundheit.

Dass es einen Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und schweren bis schwersten Komplikationen gibt, ist nicht durch ein Zuwenig an ‚menschlicher Zuwendung‘ zu erklären, sondern dadurch, dass Pflegepersonal für die Versorgung der Krankenhauspatienten überaus wichtige Aufgaben zu erfüllen hat. Um nur einige Aspekte anzusprechen:

- Pflegepersonal ist in der Regel für die Organisation des Stationsbetriebs zuständig und somit auch dafür, dass alle notwendigen Leistungen, einschließlich der vom ärztlichen Personal angeordneten, koordiniert und zum richtigen Zeitpunkt erbracht werden.
- Da Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in chirurgischen Fachabteilungen, häufig den überwiegenden Teil des Tages nicht auf Station, sondern im OP, der Ambulanz etc. im Einsatz sind, kommt Pflegekräften die wichtige Aufgabe der kontinuierlichen Krankenbeobachtung zu. Pflegekräfte haben weit mehr als Ärzte unmittelbaren Kontakt zu Patienten und sind dadurch zumeist die ersten, die eine Verschlechterung des Patientenzustandes oder erste Anzeichen einer Komplikation erkennen und dies dann umgehend dem ärztlichen Personal melden, damit die erforderliche Diagnostik oder unmittelbare therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Die Bedeutung der Krankenbeobachtung, die im Pflegealltag zumeist ‚neben‘ den unmittelbar am Patienten zu verrichtenden Tätigkeiten erfolgt, kann kaum hoch genug eingeschätzt werden. Bleibt zur Krankenbeobachtung aufgrund personeller Unterbesetzung keine oder nicht ausreichend Zeit, beispielsweise weil das verbliebene Pflegepersonal nicht mehr die Zeit findet, regelmäßig nach potenziell gefährdeten Patienten zu sehen, so erhöht dies das Risiko, dass gefährliche Komplikationen nicht rechtzeitig erkannt werden und Patienten durch eine zu spät einsetzende Behandlung nicht mehr gerettet werden können.

- Das Tätigkeitsspektrum des Pflegepersonals auf Normalstationen der Allgemeinkrankenhäuser umfasst über die bereits erwähnten Aufgaben hinaus ein breites Spektrum an anspruchsvollen Tätigkeiten. Das Spektrum reicht von der fachgerechten Lagerung immobilierender Patienten, Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen wie Lungenentzündung, Blasenentzündungen, Kontrakturen an Extremitäten etc. bis hin zur Assistenz bei komplexen ärztlichen Maßnahmen, und schließt je nach Klinik auch die eigenständige Ausführung ärztlicher Tätigkeiten im Rahmen einer Delegation oder Substitution dieser Tätigkeiten ein.

Es kann hier nicht der Ort sein, das gesamte Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum der Pflege im Krankenhaus aufzulisten. Die Beispiele sollten nur veranschaulichen, dass Pflege im Krankenhaus weit mehr ist als ‚menschliche Zuwendung‘. Menschliche Zuwendung sollte untrennbarer Bestandteil der beruflichen Tätigkeit in Pflegeberufen sein. Professionelle Pflege darauf zu reduzieren, wird allerdings nicht nur den Menschen nicht gerecht, die diesen sowohl intellektuell als auch handwerklich-technisch anspruchsvollen Beruf ausüben, es unterschätzt auch die Gefahren, die von einer personellen Unterbesetzung des Pflegedienstes ausgehen.

Dieser Exkurs sollte im Rahmen der vorliegenden Berechnung auch nachvollziehbar machen, warum nachfolgend nicht nur ‚klassische‘ Indikatoren wie die Fallzahl als Einflussfaktoren für die Entwicklung des Pflegebedarfs angeführt werden, sondern auch ausgewählte Leistungspositionen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS). Ausgewählt wurden Maßnahmen die in relevantem Umfang und teilweise sogar überwiegend von qualifizierten Pflegekräften ausgeführt werden.

4.3 Ausgewählte Kennzahlen zur Leistungsentwicklung

Seit Anfang der 1990er Jahre haben sich in den allgemeinen Krankenhäusern deutliche Veränderungen im Leistungsspektrum vollzogen, die insgesamt zu einer Leistungsausweitung und auch Leistungsintensivierung führten. Wie bereits erwähnt, fehlen jedoch Daten zum Pflegebedarf in Krankenhäusern und somit auch zum Personalbedarf im Pflegedienst. Für die Beantwortung der Frage nach der Entwicklung des Pflegebedarfs in Krankenhäusern bleibt somit nur die Möglichkeit einer näherungsweisen Schätzung auf Grundlage geeigneter anderer, durch die Krankenhausstatistik zur Verfügung gestellter Kennzahlen. Geeignete Daten der Krankenhausstatistik hierzu sind insbesondere:

- die Zahl der vollstationären Fälle
- die Altersstruktur der Krankenhauspatienten
- die Zahl der ambulanten Operationen sowie der vor-, nach- und teilstationären Fälle
- Daten über Operationen und nicht-operative Maßnahmen (OPS-Statistik)

4.3.1 Vollstationäre Fälle

Die Entwicklung der Fallzahl ist eine der zentralen Kennzahlen auch für die Entwicklung des Pflegebedarfs und somit auch des Personalbedarfs im Pflegedienst. Dementsprechend sah die PPR auch für jeden neu aufgenommenen Patienten einen so genannten ‚Fallwert‘ in Höhe von pauschal 70 Minuten vor (§ 6 Abs. 3 PPR). Dies wurde damit begründet, dass unabhängig von der Verweildauer allein durch die Aufnahme, Verlegung, Entlassung oder den Tod eines Patienten Tätigkeiten erforderlich werden, die durch einen einmaligen pauschalen Minutenwert gesondert berücksichtigt werden müssten (vgl. Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 107-109).

Da die Zahl der vollstationären Fälle in allgemeinen Krankenhäusern von 1993 bis 2013 um 21,8 % gestiegen ist (Tab. 2), muss somit davon ausgegangen werden, dass dies auch zu einer Erhöhung des Pflegebedarfs geführt hat. Allerdings muss dabei beachtet werden, dass der Fallzahlenanstieg mit einer sinkenden durchschnittlichen Verweildauer verbunden war. Dem bei einem Fallzahlenanstieg steigenden ‚fallzahlabhängigen‘ Pflegebedarf steht somit eine Abnahme des ‚verweildauerabhängigen‘ Pflegebedarfes gegenüber, also des Pflegebedarfes, der in Abhängigkeit von der Verweildauer variiert. Allerdings erscheint es sehr plausibel davon auszugehen, dass der Fallzahlenanstieg – unabhängig von anderen Einflussfaktoren wie bspw. dem Altersspektrum – im Saldo dennoch zu einem Anstieg des Pflegebedarfs insgesamt geführt hat.

Die sinkende Verweildauer ist vor allem eine Folge der Verkürzung zu Beginn und am Ende der Verweildauer, also jener Aufenthaltstage, die mit einem relativ geringen Pflegeaufwand verbunden sind. Die besonders pflegeaufwändigen Verweildauertage des ‚Kernbereichs‘ einer Krankenhausbehandlung bleiben auch nach einer Senkung der durchschnittlichen Verweildauer weitgehend erhalten, so dass ein Fallzahlenanstieg in der Regel auch zu einem Anstieg des Pflegebedarfs der entsprechenden Station, Abteilung oder Klinik führt.

Um dies am Beispiel chirurgischer Abteilungen zu veranschaulichen: Noch in den 1990er Jahren war es weit verbreitet, dass Patienten nicht bereits am ersten oder zweiten Tag operiert wurden, sondern zunächst noch die eine oder andere Diagnostik absolvierten. Solche Patienten verursachten an diesen Tagen vor der Operation in der Regel nur relativ wenig Arbeitszeitaufwand in der Pflege. Auch die Verkürzung der Verweildauer am Ende des Aufenthaltes ließ in der Regel eher weniger pflegeaufwändige Aufenthaltstage entfallen. Die sehr pflegeaufwändigen Verweildauertage unmittelbar nach schweren operativen Eingriffen oder anderen den Patienten sehr belastenden therapeutischen Maßnahmen waren und sind einer Verweildauersenkung nicht zugänglich. Insofern führt ein Fallzahlenanstieg im Saldo in der Regel zu einem Anstieg des Pflegebedarfs.

Ohne den Einsatz eines geeigneten Instruments zur Messung des Pflegebedarfs ist er jedoch weder quantitativ noch qualitativ zu bestimmen. Insofern verbietet sich eine Quantifizierung dieses Mehrbedarfes für Zwecke der vorliegenden Studie.

Table 2: Vollstationäre Fälle in allgemeinen Krankenhäusern

	1993	2013	Veränderung	
			Anzahl	in %
Vollstationäre Fälle	14.919.911	18.165.031	3.245.120	21,8

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

4.3.2 Altersstruktur der Krankenhauspatienten

Ein weiterer Indikator, der Anhaltspunkte für die Entwicklung des Pflegebedarfs von Krankenhauspatienten bietet, ist die Veränderung der Altersstruktur der Patienten. Über deren Entwicklung gibt die Diagnosestatistik detailliert Auskunft (Tab. 3).¹¹ Auffällig sind vor allem zwei Veränderungen: Zum einen hat der Anteil der älteren und insbesondere der hochaltrigen Patienten deutlich überproportional zugenommen und zum anderen ist ein starker Anstieg der Zahl der in Krankenhäusern versorgten Neugeborenen und Kleinkinder unter einem Jahr zu verzeichnen. Bei beiden Gruppen handelt es sich in der Regel um Krankenhauspatienten mit einem überdurchschnittlichen Pflegeaufwand.

4.3.2.1 Steigender Anteil älterer und hochbetagter Patienten

Aufgrund ihrer Anzahl und ihres in der Regel überdurchschnittlichen Pflegebedarfs ist die Gruppe der älteren Krankenhauspatienten von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des Personalbedarfs. Im Zeitraum 1993 bis 2013 stieg die Zahl der Patienten mit 65 oder mehr Jahren um 79,6 % und damit deutlich stärker als die Gesamtzahl aller Krankenhaufälle (Tab. 3). Innerhalb dieser Altersgruppe wiederum war der stärkste Anstieg bei Patienten mit 75 oder mehr Jahren zu verzeichnen. Deren Zahl stieg um 119,1 %. Durch die überproportionale Zunahme stieg der Anteil der Patienten mit 65 und mehr Jahren von 30,1 % im Jahr 1993 auf 43,2 % im Jahr 2013. Der Anteil der Patienten mit 75 und mehr Jahren nahm in diesem Zeitraum von 14,8 % auf 25,8 % zu.

Der Anstieg des Anteils älterer und insbesondere hochaltriger Patienten wirkt sich nicht nur wegen der mit steigendem Alter zunehmenden körperlichen Beeinträchtigungen und zu-

¹¹ Da die Diagnosestatistik alle Krankenhäuser einschließt, und nicht nur die allgemeinen Krankenhäuser liegt auch die Fallzahl insgesamt entsprechend höher als die zuvor angegebene Zahl vollstationärer Fälle der Allgemeinkrankenhäuser. Da die Diagnosestatistik keine nach Krankhaustypen differenzierten Daten bietet, muss hier auf die Daten der Krankenhäuser insgesamt zurückgegriffen werden.

nehmender Multimorbidität erhöhend auf den Pflegebedarf aus. Es ist auch die mit zunehmendem Alter steigende Prävalenz dementieller Veränderungen, die zu einem höheren und sehr spezifischen Pflegebedarf führt. Je weiter der Grad der Verwirrtheit vorangeschritten ist, desto höher ist der Bedarf dieser Patienten an umfassender Beaufsichtigung und Betreuung, insbesondere auch, weil Krisensituationen und Veränderungen durch die Aufnahme oder Verlegung in eine ihnen fremde Umgebung (Krankenhaus) zu einer akuten deutlichen Verschlechterung der dementiellen Erkrankung führen können.

Tabelle 3: Altersstruktur der Krankenhauspatienten

	1994	2000	2005	2010	2013	Veränderung	
						Anzahl	in %
Krankenhausfälle insgesamt	15.358.986	17.187.527	17.033.742	18.489.998	19.249.313	3.890.327	25,3
<i>davon nach Lebensalter</i>							
Unter 1 Jahr	347.415	317.835	854.997	861.561	869.052	521.637	150,1
<i>in % aller Fälle</i>	2,3	1,8	5,0	4,7	4,5	2,2	99,6
1 Jahr bis unter 5 Jahre	491.457	439.806	363.797	360.201	351.472	-139.985	-28,5
<i>in % aller Fälle</i>	3,2	2,6	2,1	1,9	1,8	-1,4	-42,9
5 bis unter 15 Jahre	847.450	758.349	589.952	563.511	544.058	-303.392	-35,8
<i>in % aller Fälle</i>	5,5	4,4	3,5	3,0	2,8	-2,7	-48,8
15 bis unter 25 Jahre	1.274.441	1.212.307	1.091.380	1.116.778	1.121.935	-152.506	-12,0
<i>in % aller Fälle</i>	8,3	7,1	6,4	6,0	5,8	-2,5	-29,8
25 bis unter 35 Jahre	2.142.857	1.841.572	1.383.791	1.469.559	1.584.937	-557.920	-26,0
<i>in % aller Fälle</i>	14,0	10,7	8,1	7,9	8,2	-5,8	-41,0
35 bis unter 45 Jahre	1.598.945	1.871.969	1.696.202	1.564.209	1.469.030	-129.915	-8,1
<i>in % aller Fälle</i>	10,4	10,9	10,0	8,5	7,6	-2,8	-26,7
45 bis unter 55 Jahre	1.802.079	1.875.172	1.889.465	2.196.376	2.318.754	516.675	28,7
<i>in % aller Fälle</i>	11,7	10,9	11,1	11,9	12,0	0,3	2,7
55 bis unter 65 Jahre	2.225.212	2.795.635	2.315.348	2.423.122	2.679.465	454.253	20,4
<i>in % aller Fälle</i>	14,5	16,3	13,6	13,1	13,9	-0,6	-3,9
65 bis unter 75 Jahre	2.361.629	2.906.557	3.224.413	3.589.270	3.345.503	983.874	41,7
<i>in % aller Fälle</i>	15,4	16,9	18,9	19,4	17,4	2,0	13,0
75 Jahre und älter	2.266.225	3.168.089	3.624.070	4.345.318	4.965.099	2.698.874	119,1
<i>in % aller Fälle</i>	14,8	18,4	21,3	23,5	25,8	11,0	74,8
65 Jahre und älter	4.627.854	6.074.646	6.848.483	7.934.588	8.310.602	3.682.748	79,6
<i>in % aller Fälle</i>	30,1	35,3	40,2	42,9	43,2	13,1	43,3

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Die Bedeutung des steigenden Pflege- und Personalbedarfs durch eine zunehmende Zahl dementiell erkrankter Patienten wird in der Diagnosestatistik der Krankenhäuser jedoch

nicht adäquat abgebildet, da in der Statistik nur Hauptdiagnosen erfasst werden. Nicht erfasst wird somit die weitaus größere Zahl von Patienten mit Demenz als Nebendiagnose.

Welche Bedeutung der steigende Anteil dementielle erkrankter Krankenhauspatienten mittlerweile für die Pflege im Krankenhaus erreicht hat, kann nur mittels anderer verfügbarer Daten geschätzt werden. Für das Jahr 2012 wird von einer auf die gesamte Bevölkerung bezogenen Prävalenz von ca. 15 % für die Altersgruppe der 80-84jährigen, von ca. 28 % für die Altersgruppe der 85-89jährigen und ca. 44 % für Menschen im Alter von 90 Jahren und älter ausgegangen (Bickel 2014). Eine Analyse von Routinedaten der Barmer GEK ergab, dass bei ca. 29 % der in dieser Krankenkasse versicherten Männer und 47 % der Frauen, die 2009 im Alter von über 60 Jahren verstarben, eine Demenz diagnostiziert worden war (Rothgang et al. 2010: 12). Dieses Ergebnis ist für die Pflege in Krankenhäusern insofern von besonderer Bedeutung, als Menschen in Deutschland weit überwiegend in einem Krankenhaus sterben. Von daher muss davon ausgegangen werden, dass der Anteil dementiell veränderter Patienten in Krankenhäusern deutlich höher ist als im gesellschaftlichen Durchschnitt.

Passend dazu berichteten in einer 2012 zur Versorgung dementiell erkrankter Menschen in Krankenhäusern durchgeführten Befragung ca. 80 % der Pflegekräfte, dass der Anteil von Patienten mit der Nebendiagnose Demenz in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (Isfort 2012: 32-39). Diese Patienten erfordern vor allem auch durch den höheren Beobachtungsaufwand im Vergleich zu anderen Patienten einen deutlich höheren Arbeitszeitaufwand, der angesichts der herrschenden personellen Unterbesetzung häufig nicht geleistet werden kann. Die Folge ist vielfach, dass Patienten – statt personalaufwändige persönliche Beaufsichtigung und Begleitung zu erhalten – medikamentös ‚ruhiggestellt‘ oder durch Bettgitter und Gurte ‚fixiert‘ werden (ebd.). Auch bleibt häufig nicht genügend Zeit für eine angemessene Unterstützung bei der Essensaufnahme (ebd.).

Auch an dieser Patientengruppe und ihrem spezifischen Versorgungsbedarf wird deutlich, wie vielfältig und schwerwiegend die Auswirkungen einer Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sind.

4.3.2.2 Steigender Anteil von Kindern unter einem Jahr

Ein deutlich überproportionaler Anstieg der Fallzahl ist zudem bei Kindern unter einem Lebensjahr zu beobachten. Ihre Zahl stieg zwischen 1993 und 2013 um 150 %. Auch diese Patientengruppe erfordert zumeist einen deutlich höheren Pflegeaufwand als Patienten mittleren Alters. Zwar handelt es sich gemessen an der Gesamtzahl aller Krankenhauspatienten mit einem Anteil von 2,3 % (1993) bzw. 4,5 % (2013) um eine zahlenmäßig relativ kleine Patientengruppe, für die Leistungsentwicklung in der Pädiatrie und Kinderkrankenpflege ist sie jedoch aus naheliegenden Gründen von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

4.3.3 Vor-, nach-, und teilstationäre Fälle und ambulante Operationen

Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde Krankenhäusern ab dem 1.01.1993 die Möglichkeit eröffnet, Patienten auch vor-, nach- und teilstationär zu behandeln. Bis dahin durften sie als institutionelle Leistungen nur vollstationäre Behandlungen durchführen. Lediglich ein Teil der leitenden Ärzte war durch individuelle ‚Ermächtigungen‘, die vom jeweiligen Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung ausgesprochen wurden, für einen eng begrenzten Bereich zur ambulanten fachärztlichen Behandlung zugelassen. Universitätskliniken hatten zudem die Erlaubnis, in dem für die Lehre und Forschung erforderlichen Umfang Patienten auch ambulant ärztlich zu versorgen.

Von den neuen Möglichkeiten wurde in den ersten Jahren allerdings zunächst nur wenig Gebrauch gemacht. In den letzten 10-15 Jahren wurde dieser Leistungsbereich dann aber zunehmend ausgebaut. Daten der Krankenhausstatistik liegen zu diesen Leistungen erst ab dem Berichtsjahr 2002 vor. Sie zeigen für alle vier Leistungsarten deutliche Zuwächse, bei der vorstationären Behandlung und beim ambulanten Operieren sogar eine Vervielfachung (Tab. 4). Die Zahl der vorstationären Behandlungen stieg im Zeitraum 2002-2013 von ca. 1,1 Mio. auf ca. 4,3 Mio. und somit um knapp 270 % und die Zahl der ambulanten Operationen stieg von ca. 575.000 auf knapp 1,9 Mio. und somit um ca. 230 %. Bei nachstationären Behandlungen ist ein Zuwachs um ca. 32 % zu verzeichnen und bei teilstationären Behandlungen um ca. 70 %.

Tabelle 4: Vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen und ambulante Operationen

	2002	2013	Veränderung	
			Anzahl	in %
Ambulante Operationen	575.294	1.896.518	1.321.224	229,7
Vorstationäre Fälle	1.169.529	4.301.423	3.131.894	267,8
Nachstationäre Fälle	747.206	989.755	242.549	32,5
Teilstationäre Fälle	376.473	639.147	262.674	69,8

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Diese Leistungsentwicklungen sind insofern auch für die Entwicklung des Personalbedarfs im Pflegedienst von Bedeutung, als sie häufig unter Beteiligung der Normalstationen erbracht werden. Aber auch wenn die entsprechenden Patienten in eigens dafür eingerichteten Organisationseinheiten pflegerisch versorgt werden, so zählt das Pflegepersonal dieser Einheiten nach der Abgrenzung der Krankenhausstatistik dann zum ‚Pflegedienst‘, wenn die betreffende Einheit Betten vorhält. Und da es sich bei diesen Einheiten nicht um Intensivstationen handelt, sind sie somit den Normalstationen zuzurechnen.

Bei der teilstationären Behandlung lässt bereits die Bezeichnung dieser Leistungsart erkennen, dass sie stationär erfolgt, im Unterschied zur vollstationären Behandlung jedoch nicht

rund um die Uhr und mit Unterkunft und Verpflegung, sondern nur für einen Teil des Tages, in der Regel ohne Übernachtung. ‚Unterkunft‘ bedeutet in diesem Fall, dass auch Betten vorgehalten werden. Die vor- oder nachstationäre Behandlung erfolgt zwar ambulant, also ohne Unterkunft, dennoch sind häufig Normalstationen an der Versorgung der betreffenden Patienten beteiligt, beispielsweise indem sie diese Patienten aufnehmen und zwischen den verschiedenen Untersuchungen oder einzelnen Behandlungsepisoden betreuen müssen.

Sofern Patienten im Anschluss an eine ambulante Operation für einige Stunden liegen müssen und einer Überwachung bedürfen, ist deren Versorgung auch mit einem Arbeitsaufwand im Pflegedienst verbunden. Zudem werden ambulant operierte Patienten nicht immer in einem speziellen Zentrum für ambulante Operationen betreut, sondern je nach Organisation des einzelnen Krankenhauses durchaus auf Normalstationen. So kommt es vor, dass Patienten vor der Operation auf einer Station aufgenommen, nach der Operation auf einer Station überwacht und anschließend von dieser Station aus entlassen werden.

Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass auch die Aufnahme und Entlassung eines Patienten Arbeitszeit im Pflegedienst bindet. Wie zuvor dargelegt, sah die PPR deshalb auch einen pauschalen, von der Verweildauer unabhängigen Minutenwert vor (den so genannten ‚Fallwert‘).

4.3.4 Operationen und nicht-operative Maßnahmen

Eine weitere Kennzahl, die in der Krankenhausstatistik ausgewiesen wird und auch Rückschlüsse auf die Entwicklung des Pflegebedarfs auf Stationen erlaubt, ist die Zahl der Operationen. Allerdings wird die Zahl der Operationen erst seit Einführung des DRG-Systems von den Krankenhäusern erhoben und in der Krankenhausstatistik ab dem Berichtsjahr 2005 ausgewiesen.

Die Entwicklung der Zahl der Operationen erlaubt einen Rückschluss auf die Entwicklung des Personalbedarfs im Pflegedienst der Normalstationen, weil je nach Fachgebiet und Art der Operation ein Teil der Vorbereitung von Patienten auf Operationen vom Pflegepersonal der Normalstationen geleistet wird. Vor allem aber wird die Überwachung des Patientenzustandes und die Durchführung medizinisch notwendiger Maßnahmen unmittelbar nach einer Operation, wie beispielsweise die Gabe ärztlich angeordneter Medikamente, zu weiten Teilen vom Pflegepersonal geleistet. Dies gilt nicht nur für Intensivstationen, sondern auch für Normalstationen. Dort unter Umständen sogar noch mehr als auf Intensivstationen, da die ärztliche Präsenz auf Normalstationen häufig geringer ist als auf Intensivstationen, auf denen in der Regel ein Stationsarzt ständig anwesend ist (oder zumindest sein sollte). Auch dies macht noch einmal deutlich, warum eine Unterbesetzung im Pflegedienst auf Normalstationen das Risiko einer unmittelbaren Gefährdung der Patientengesundheit erhöht.

Betrachtet man die Entwicklung der Zahl der Operationen im Zeitraum 1993 bis 2013, so war deren Anstieg mit 30,4 % stärker ausgeprägt als der Anstieg der Fallzahl (21,8 %) (Tab. 5). Somit wurden nicht nur insgesamt, sondern auch pro Patient mehr Operationen durchgeführt. Vor dem Hintergrund der vorherigen Ausführungen zum Aufgabenspektrum von Pflegekräften auf Station ist folglich davon auszugehen, dass dies zu einem Anstieg des durchschnittlichen Pflegebedarfs je Patient geführt hat.

Seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems werden auch zahlreiche weitere Daten zum Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern erhoben, darunter auch Daten über nicht-operative Maßnahmen, die im OPS-Katalog gelistet und für die Abrechnung erbrachter Leistungen dokumentiert, kodiert und für die Krankenhausstatistik erfasst werden.

Tabelle 5: Operationen und nicht-operative therapeutische Maßnahmen in Krankenhäusern

	2005	2013	Veränderung	
			Anzahl	in %
Operationen (vollstationär)	12.129.075	15.818.274	3.689.199	30,4
Nicht-operative therapeutische Maßnahmen	9.801.094	13.680.338	3.879.244	39,6
<i>darunter</i>				
Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt				
(OPS 8-12...8-13)	444.502	577.979	133.477	30,0
Verbände (OPS 8-19...8.19)	86.385	305.565	219.180	253,7
Maßnahmen für das Atmungssystem (OPS 8-70...8-72)	448.121	562.768	114.647	25,6
Maßnahmen im Rahmen der Reanimation (8-77...8-77)	77.976	88.129	10.153	13,0
Patientenmonitoring (8-92...8-93)	1.980.572	2.383.070	402.498	20,3

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Allerdings ist der OPS primär kein Klassifikationssystem für pflegerische Leistungen, sondern für medizinisch-ärztliche. Dennoch aber enthält er auch Leistungen, an deren Erbringung Pflegepersonal beteiligt ist oder die Pflegekräfte selbständig erbringen. Einige dieser Leistungspositionen des OPS, die relativ leicht ersichtlich auch oder primär pflegerische Leistungen beinhalten, sind hier ausgewählt worden.

So weist die DRG-Statistik für den Zeitraum 2005 bis 2013 beispielsweise für Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt (OPS 8-12...8-13)¹² einen Anstieg um 30 %, für Verbände (OPS 8-12...8-13) um 253,7 %, für Maßnahmen für das Atmungssystem (OPS 8-7...8.72) um

¹² dazu gehören u.a. das Anlegen und Wechseln einer Magensonde, Darmspülungen (Einlauf), Anlegen eines Stuhl drainagesystems oder die Blasen spülung, alles Leistungen, die in der Regel von Pflegekräften erbracht werden.

25,6 %, für Maßnahmen im Rahmen der Reanimation (8-77...8-77) um 13 % und für Patientenmonitoring¹³ (OPS 8-92...8-93) um 20,3 % aus (Tab. 3).

Bei der Interpretation dieser Daten ist allerdings zu bedenken, dass im Rahmen der Einführung des DRG-Systems ab 2003/2004 erstmals umfassend für alle Patienten alle erbrachten Leistungen in den jeweiligen EDV-Systemen der Kliniken zu erfassen (kodieren) waren. Dies war zunächst noch mit Lernprozessen verbunden, die einen Teil des teilweise deutlichen Anstiegs der Zahl der kodierten Leistungen in den ersten Jahren mit erklären. Da bereits ab 2003 optional und ab 2004 verpflichtend entsprechend der DRG-Systematik zu kodieren war, dürften diese Lernprozesse spätestens in den Jahren 2006/2007 abgeschlossen gewesen sein, so dass davon ausgegangen werden kann, dass ein wesentlicher Teil dieser Steigerungsraten tatsächliche Leistungszuwächse abbildet.

Unzweifelhaft dürfte aber ein, dass im Zeitraum 2005 bis 2013 ein Zuwachs an tatsächlich erbrachten im OPS erfassten Leistungen stattgefunden hat, und dass dieser auch mit Mehrarbeit im Pflegedienst verbunden war und somit eine Erhöhung des Personalbedarfs im Pflegedienst zur Folge hatte.

Es erscheint zudem plausibel anzunehmen dass dieser Leistungszuwachs nicht erst seit dem Jahr 2005 zu verzeichnen ist, sondern über den gesamten hier diskutierten Zeitraum 1993-2013. Von diesen 20 Jahren sind durch die DRG-Statistik nur acht Jahre und somit weniger als die Hälfte abgebildet.

Es sei an dieser Stelle auf einen möglichen Einwand eingegangen, der sich aus neueren Diskussionen über die ‚Mengenentwicklung‘ in Krankenhäusern ergeben könnte. Seit einiger Zeit wird darüber diskutiert, ob die zu verzeichnende Entwicklung der Operationszahlen in vollem Umfang auf medizinisch notwendige Operationen zurückzuführen oder nicht auch Ergebnis medizinisch nicht notwendiger Eingriffe ist. Es soll hier nicht erörtert werden, ob es tatsächlich und in steigender Zahl medizinisch nicht notwendige Operationen gegeben hat. Es soll hier nur darauf hingewiesen werden, dass es für die Arbeitsbelastung im Pflegedienst zunächst einmal unerheblich ist, ob die Indikation für eine bestimmte Operation ausschließlich medizinischen Kriterien folgte oder auch ökonomische Motive eine Rolle spielten. Pflegepersonal hat die zur Operation einbestellten Patienten aufzunehmen und zu betreuen und die frisch operierten Patienten pflegerisch zu versorgen. Auch medizinisch nicht notwendige Operationen verursachen somit Pflegeaufwand. Insofern ist bei einer retrospektiven Betrachtung und Schätzung des durch steigende OP-Zahlen verursachten Arbeitsaufwandes im Pflegedienst unerheblich, ob er durch medizinisch notwendige oder nicht notwendige Operationen verursacht wurde.

¹³ u.a. Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf; eine typische, weitgehend oder sogar ausschließlich von Pflegekräften erbrachte Leistung.

4.3.5 Hochaufwendige Pflege von Patienten (PKMS)

Im Rahmen der Krankenhausreform 2009 wurde das eingangs bereits erwähnte Pflegeförderprogramm für die Jahre 2009 bis 2011 beschlossen. Die gemeinsame Selbstverwaltung aus DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband wurde zugleich beauftragt, für die Fortsetzung des Programms ein System einzuführen, das dazu dienen sollte, die Mittel des Programms für die Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen ab dem Jahr 2012 dauerhaft bereitzustellen. Zu diesem Zweck wurde ein so genannter ‚Pflegekomplexmaßnahmen-Score‘ (PKMS) als Patientenklassifikationssystem entwickelt und es wurden drei neue OPS-Schlüssel eingeführt als Grundlage für die Abrechnung von Zusatzentgelten für die Versorgung hochpflegeaufwändiger Patienten.

Durch Kodierung mit OPS-Kodes und Abrechnung als Zusatzentgelte werden diese Fälle auch in der DRG-Statistik erfasst und seit 2010 gesondert ausgewiesen (Tab. 6). Der im Zeitraum 2010-2013 zu verzeichnende Zuwachs um 446,3 % bildet allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht eine tatsächliche Steigerung der Zahl hoch pflegeaufwändiger Patienten in diesem Umfang ab, sondern dürfte vor allem in den Jahren 2010 und 2011 weit überwiegend Ausdruck der bereits an vorheriger Stelle erwähnten ‚Lernprozesse‘ bei der Kodierung neu eingeführter OPS-Kodes sein. Diese Lernprozesse dürften jedoch ab 2012 kaum noch als Erklärung für die zu verzeichnenden Zuwächse in Frage kommen. Insofern erscheint es plausibel anzunehmen, dass der Zuwachs von 2012 auf 2013 in Höhe von ca. 29.000 Fällen oder 18,8 % zu einem wesentlichen Teil auf einen tatsächlichen Zuwachs an hoch pflegeaufwändigen Fällen zurückzuführen ist.

Zum PKMS ist allerdings anzumerken, dass er sehr restriktiv gefasst ist. Ihm ging die ‚politische‘ Vorgabe voraus, dass die Einstufungskriterien so zu fassen seien, dass nur ein sehr kleiner Teil der Patienten (maximal 5 %) als hoch pflegeaufwendig gelten kann. Dies führte unter anderem auch dazu, dass seine Anwendung in der Praxis mit erheblichem bürokratischem Aufwand für das Pflegepersonal verbunden ist, der – so vielfache Berichte aus der Praxis – viele Kliniken und Stationen davon abhält, potenziell infrage kommende Patienten überhaupt mit dem PKMS zu erfassen und die dazu notwendige umfangreiche Dokumentationsarbeit zu leisten. Insofern sollte auf keinen Fall aus der sehr geringen Zahl der mit diesen drei OPS-Kodes erfassten Patienten darauf geschlossen werden, es gäbe nur so wenige besonders pflegeaufwendige Patienten in Krankenhäusern. Diese sehr geringe Gesamtzahl ist, wie dargelegt, in erster Linie Ergebnis der äußerst restriktiv gefassten Einstufungskriterien und dem sehr hohen bürokratischen Aufwand für die betreffenden Stationen.

Beides hat dazu geführt, dass selbst die sehr niedrig angesetzte Zielgröße bei weitem nicht erreicht wird. Die Zahl der 2013 in diesen drei OPS-Kodes erfassten Fälle entsprach lediglich 1 % aller vollstationären Fälle.

Table 6: Hochaufwendige Pflege von Patienten

	2010	2011	2012	2013	Veränderung	
					Anzahl	in %
Hochaufwendige Pflege von Patienten (OPS 9-200, 9-201, 9-202)	33.897	83.101	155.906	185.167	151.270	446,3

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Es sei hier noch angemerkt, dass dies auch zur Folge hat, dass die ursprünglich für das Pflege-Förderprogramm bereit gestellten Mittel nur zu einem kleinen Teil über den PKMS und die neuen OPS-Kodes an die Krankenhäuser verteilt werden können. Damit die Mittel dennoch den Krankenhäusern nicht verloren gehen, einigten sich DKG und GKV-Spitzenverband darauf, die nicht über den PKMS verteilbaren Mittel durch eine entsprechende Erhöhung der Landesbasisfallwerte an alle Krankenhäuser zu verteilen. Diese Regelung läuft jedoch der Intention des Gesetzgebers insofern zuwider, als dadurch auch Kliniken zusätzliche Mittel aus der Weiterführung des Pflege-Förderprogramms erhalten, die überhaupt kein zusätzliches Personal eingestellt haben. Nicht nur das: Es werden dadurch auch solche Kliniken mit zusätzlichen Erlösen ‚belohnt‘, die während der Programmlaufzeit und danach Stellen abgebaut haben.

4.4 Zusammenfassung und Ergebnis

Im ersten Teil des hier vorgestellten Modells zur Berechnung der Unterbesetzung im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser war zunächst nur die Entwicklung der Ist-Personalbesetzung einer Soll-Personalbesetzung gegenübergestellt worden, die ohne Berücksichtigung der seit 1993 zu verzeichnenden Leistungsentwicklung ermittelt wurde. Die Soll-Personalbesetzung des Jahres 1993 wurde ermittelt, indem Ist-Besetzung im Jahr 1993 um den auf Grundlage der PPR-Daten festgestellten Personalmehrbedarf in Höhe von ca. 20 % erhöht wurde. Dies ergab für das Jahr 1993 einen Personalbedarf (Soll-Personalbesetzung) für den Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser in Höhe von ca. 311.000 Vollkräften.

Bedingt durch die vorzeitig abgebrochene und unvollständige Umsetzung der Pflege-Personalregelung und den Mitte der 1990er Jahre einsetzenden Stellenabbau lag die Ist-Personalbedarf im Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser im Jahr 2013 bei ca. 228.000 Vollkräften und somit um ca. 83.000 Vollkräfte oder mehr als ein Drittel unter dem Wert der Soll-Personalbesetzung des Ausgangsjahres 1993.

Da diese Berechnung ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung erfolgte, kann das Ergebnis wie folgt zusammengefasst werden: Wäre im Jahr 2013 die PPR bundesweit im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser in gleicher Weise wie 1993 angewendet wor-

den und wäre das Leistungsspektrum mit dem des Jahres 1993 identisch gewesen, so hätte dies mit hoher Wahrscheinlichkeit als Ergebnis erbracht, dass die Ist-Personalbesetzung 2013 um ca. 83.000 Vollkräfte unter der mit Hilfe der PPR ermittelten Soll-Personalbesetzung lag.

Leistungsumfang und Leistungsspektrum der allgemeinen Krankenhäuser war im Jahr 2013 jedoch nicht mit dem des Jahres 1993 identisch, sondern es sind seit 1993 zum Teil erhebliche Zuwächse zu verzeichnen:

- Zwischen 1993 und 2013 stieg die Zahl der vollstationären Fälle um 21,8 %.
- Das Altersspektrum der Patienten verschob sich deutlich in Richtung älterer und somit in der Regel auch pflegeaufwendigerer Patienten. Der Anteil der Patienten mit 65 und älter stieg von 30,1 % im Jahr 1993 auf 43,2 % im Jahr 2013 und der Anteil der Patienten mit 75 Jahren und älter von 14,8 % auf 25,8 %.
- Durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde den Krankenhäusern ab dem 1.01.1993 die Möglichkeit eröffnet, Patienten auch vor-, nach- und teilstationär zu behandeln und ambulant zu operieren. Von dieser Möglichkeit machten Kliniken in den ersten Jahren noch wenig Gebrauch, in den letzten 10-15 Jahren sind jedoch zum Teil erhebliche Zuwächse zu verzeichnen. So stieg die Zahl der vorstationär behandelten Fälle zwischen 2002 und 2013 um 267,8 %, die Zahl der nachstationären Fälle um 32,5 % und die Zahl der teilstationären Fälle um 69,8 %. Auch bei der Zahl der ambulanten Operationen ist seit ca. 10-15 Jahren ein erheblicher Zuwachs zu verzeichnen, sie stieg zwischen 2002 und 2013 um 229,7 %. Diese Leistungsentwicklungen sind insofern für den Pflegedienst von Bedeutung, als die entsprechenden Leistungen vielfach auch unter Beteiligung der Stationen erbracht werden.
- Die Zahl der Operationen ist allein im Zeitraum der acht Jahre zwischen 2005-2013 um 30,1 % gestiegen. Geht man davon aus, dass es auch in dem vorhergehenden Zeitraum einen Zuwachs gab und dieser ungefähr in der gleichen Größenordnung wie in diesen acht Jahren lag, so ergibt dies eine Steigerung der Zahl der Operationen im Gesamtzeitraum 1993-2013 in Höhe von grob geschätzt ca. 60-70 %.
- Auch bei der Entwicklung der nichtoperativen therapeutischen Leistungen zeigen sich in Bereichen, die unter Beteiligung von Pflegepersonal oder sogar ausschließlich von ihm erbracht werden, deutliche Steigerungen, die allein für den Zeitraum 2005-2013 teilweise bis zu ca. 250 % reichen.

Wie dargelegt, handelt es sich bei den zugrunde gelegten Daten zur Leistungsentwicklung nur um ‚Hilfsgrößen‘ für eine grobe Schätzung der Entwicklung des Arbeitszeitbedarfs und somit des Personalbedarfs im Pflegedienst. Eine genauere Schätzung der Entwicklung des Pflegebedarfs ist auf deren Grundlage nicht möglich. Die verfügbaren Daten können aber

dennoch zur Veranschaulichung einer Leistungsentwicklung dienen, die – und daran dürfte kein ernsthafter Zweifel möglich sein – auch unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung und den Personalbedarf im Pflegedienst hatte. Da eine genaue Quantifizierung des aus der Leistungszunahme resultierenden Personalmehrbedarfs nicht möglich ist, bleibt nur die Möglichkeit einer mehr oder weniger groben Schätzung.

Es dürfte eher niedrig angesetzt sein, wenn man davon ausgeht, dass die Zunahme des Leistungsumfangs und des Leistungsspektrums im Zeitraum 1993 bis 2013 im Pflegedienst der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser mit einem Personalmehrbedarf im Umfang von ca. 25 % verbunden war. Dadurch erhöht sich die Lücke zwischen einer bedarfsgerechten Soll-Personalbesetzung und der tatsächlichen Ist-Besetzung im Jahr 2013 auf mehr als 100.000 Vollkräfte.

Als Ergebnis der vorliegenden Analysen und Berechnungen kann somit festgehalten werden: Die unvollständige Umsetzung der Pflege-Personalregelung in den Jahren 1993-1995, der Mitte der 1990er Jahre einsetzende Stellenabbau und die seit 1993 zu verzeichnende Zunahme des Leistungsumfangs und Leistungsspektrums haben dazu geführt, dass die gegenwärtige Personalbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen deutscher Allgemeinkrankenhäuser um mehr als 100.000 Vollkräfte unter dem Wert liegt, der als bedarfsgerechte Personalausstattung anzusehen ist.

Die Zahl von 100.000 Vollkräften liegt deutlich über bisherigen Schätzungen und es ist damit zu rechnen, dass sie auf Zweifel und Ablehnung stößt. Darum sollen hier noch einmal die zentralen Annahmen bzw. Ausgangspunkte der Berechnung genannt werden:

- Zentraler Ausgangspunkt und Basis sind die Daten der amtlichen Krankenhausstatistik insbesondere zur Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Deren Richtigkeit dürfte kaum in Zweifel gezogen werden können.
- Zweifel können aber möglicherweise gegenüber der Annahme angemeldet werden, die Anwendung der PPR habe 1993 dazu geführt, dass ein Personalmehrbedarf von mehr als 20 % bestand. Hier ist festzustellen: 1.) Das zitierte interne Papier der GKV-Spitzenverbände wurde in der Zeitschrift „Das Krankenhaus“, dem offiziellen Publikationsorgan der DKG wörtlich abgedruckt. Es erscheint berechtigt davon auszugehen, dass es sich dabei um eine wahrheitsgemäße wörtliche Wiedergabe des Originaldokuments handelte. 2.) Es erscheint auch gerechtfertigt davon auszugehen, dass die GKV-Spitzenverbände ihre Mitgliedskassen wahrheitsgemäß über das Ergebnis der internen Auswertung der PPR-Daten informiert haben. Insofern erscheint die Grundannahme der vorliegenden Berechnung, die Anwendung der PPR im Jahr 1993 habe einen Personalmehrbedarf von ca. 20 % ergeben, in vollem Umfang berechtigt und belastbar. Da auf ei-

ne Quantifizierung des ‚mehr als‘ verzichtet und stattdessen ein Mehrbedarf von 20 % angesetzt wurde, bleibt die Berechnung zudem auch noch unter der von den GKV-Spitzenverbänden genannten Größenordnung.

- Sollten Zweifel an der Korrektheit der PPR-Anwendung in den Krankenhäusern des Jahres 1993 erhoben werden, so sei hier auf das zitierte interne Papier der GKV-Spitzenverbände verwiesen. Darin teilen diese ihren Mitgliedskassen mit, dass die Einstufungspraxis der Krankenhäuser nach Erkenntnissen der GKV-Spitzenverbände keine Anhaltspunkte für Unregelmäßigkeiten gebe (GKV 1993: 542).¹⁴ Von daher wurde ausdrücklich davon abgeraten, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung flächendeckend mit der Überprüfung der Einstufungspraxis zu beauftragen.

Insofern dürfte das zentrale Ergebnis, dass im Jahr 2013 ohne Berücksichtigung der Leistungsentwicklung eine Unterbesetzung im Umfang von ca. 83.000 Vollkräften bestand, einer kritischen Prüfung standhalten. Die Ungenauigkeiten bei der Schätzung der personellen Besetzung der Intensivstationen, die für eine Ermittlung der Personalbesetzung der Normalstationen erforderlich war, dürften das Ergebnis nur in geringem Maße beeinflussen.

Auf einer relativ unsicheren Grundlage steht ohne Zweifel die Schätzung des Einflusses der Leistungsentwicklung. Eines dürfte allerdings nicht anzuzweifeln sein: Es hat seit 1993 deutliche Leistungsausweitungen und Leistungsintensivierungen gegeben, und diese haben Auswirkungen auf die Entwicklung des Arbeitszeitbedarfs im Pflegedienst auch auf Normalstationen gehabt. Die daraus resultierende Erhöhung des Personalbedarfs muss folglich erhöhend bei einer Schätzung der Unterbesetzung im Jahr 2013 berücksichtigt werden.

Die hier erfolgte Berücksichtigung der Leistungsentwicklung zwischen 1993 und 2013 mit ca. 25 % Personalmehrbedarf dürfte insbesondere angesichts der ab 2002 verfügbaren Daten zur Entwicklung der vor-, nach- und teilstationären Behandlungen sowie ambulanten Operationen und der ab 2005 verfügbaren Daten zur Zahl der Operationen und nicht-operativen Maßnahmen eher als niedrig gelten können.

Bei der Bewertung des hier vorgelegten Ergebnisses sollte vor allem auch bedacht werden, dass es mittlerweile seit fast 30 Jahren in Deutschland eine chronische Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser gibt. Wie oben dargelegt, wurde bereits Ende der 1980er eine breite gesellschaftliche Diskussion über einen ‚Pflegenotstand‘ in Krankenhäusern geführt, die die Grundlage für ein Tätigwerden der damaligen Bundesregierung bildete. Die daraufhin beschlossene Pflege-Personalregelung wurde jedoch nicht vollständig umgesetzt, sondern 1995 vorzeitig ausgesetzt und ein Jahr später vollständig aufgehoben. Der dann einsetzende Personalabbau erfolgte somit ausgehend von einem Niveau, das nach damaligen

¹⁴ Laut der GKV-Spitzenverbände zeigten die Krankenhäuser ein „sehr ähnliches Einstufungsverhalten“, und da sich die Werte im Rahmen des Landesdurchschnitts bewegen, sei es „schwer, auf der Basis der Krankenhaus-/Abteilungsauswertungen den Forderungen der Krankenhäuser entgegenzuwirken“ (GKV 1993: 542).

Maßstäben als Unterbesetzung zu gelten hatte. Insofern kann es bei Würdigung dieses historischen Hintergrundes eigentlich nicht überraschen, dass die Unterbesetzung mittlerweile ein dramatisches Ausmaß erreicht hat. Das 2009 beschlossene Pflegeförderprogramm konnte keine durchgreifende Verbesserung der Situation bewirken, nicht nur weil es vom finanziellen Umfang her zu gering bemessen war, sondern auch, weil es erlaubte, die Mittel des Programms auch für die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte außerhalb der Stationen einzusetzen.

Das Ergebnis der vorliegenden Schätzung, dass der Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser um mehr als 100.000 Vollkräfte unterbesetzt ist, mag beeindruckend hoch erscheinen, es relativiert sich jedoch, wenn man den Blick über die Landesgrenzen hinweg auf andere europäische Länder richtet. Dies soll im folgenden Kapitel auf Grundlage der Ergebnisse einer vor wenigen Jahren durchgeführten international vergleichenden Studie geschehen.

Die Analyse und Schätzung beschränkte sich auf den Pflegedienst der Normalstationen der allgemeinen Krankenhäuser. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass eine vergleichbare Entwicklung auch auf den Intensivstationen der Allgemeinkrankenhäuser zu verzeichnen ist. Aufgrund der sehr unbefriedigenden Datenlage, insbesondere weil die Krankenhausstatistik keine Angaben zur Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst der Intensivstationen bietet, ist eine vergleichbare Schätzung wie für die Normalstationen aber leider nicht möglich.

5 Die Personalbesetzung des Pflegedienstes deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich

Vor einigen Jahren wurde mit der RN4CAST-Studie eine international vergleichende Untersuchung zur Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser durchgeführt, die sehr eindrucksvolle Ergebnisse insbesondere auch zur personellen Ausstattung erbrachte (Aiken et al. 2012). In den Jahren 2009 und 2010 wurden insgesamt ca. 33.000 in Krankenhäusern tätige Pflegekräfte in 12 europäischen Ländern befragt, darunter auch Deutschland.¹⁵ Unter anderem wurden sie danach gefragt, wie viele Patienten sie in ihrer letzten Arbeitsschicht (Tagdienst) zu versorgen hatten und wie hoch der Anteil der Pflegefachkräfte an der Personalbesetzung war. Diese Fragen sind insofern gut zur Erfassung der Personalausstattung geeignet, als sie Daten zur tatsächlichen Personalbesetzung im Verhältnis zur Patientenzahl liefern. Die Zahl der von einer Pflegefachkraft versorgten Patienten ist unabhängig von der Zahl der Patienten insgesamt und somit für den internationalen Vergleich gut geeignet. Der Anteil der Pflegefachkräfte ist ein guter Indikator für den Qualifikationsmix und macht zugleich den Anteil der Pflegehilfskräfte kenntlich.

Die Befragung führte zu dem Ergebnis, dass Pflegefachkräfte in deutschen Krankenhäusern durchschnittlich 9,9 Patienten je Pflegefachkraft zu versorgen hatten (Aiken et al. 2012). Dieser Wert wurde nur noch von Spanien leicht übertroffen. Nordische Länder hingegen wiesen eine deutlich niedrigere Patientenzahl je Pflegefachkraft auf (Tab. 7). Das Ergebnis wurde in Deutschland vielfach rezipiert und als Beleg für eine im internationalen Vergleich hohe Arbeitsbelastung diskutiert.

In diesen Daten ist allerdings ein Potenzial enthalten, dass bislang noch nicht hinreichend ausgeschöpft wurde. Zum einen wurde die Relevanz einer hohen Fachkraftquote im Zusammenhang mit der niedrigen Anzahl an Fachkräften noch nicht erkannt, zum anderen wurden die Daten noch nicht für weitergehende Berechnungen genutzt, um das Ausmaß der im internationalen Vergleich offenkundig sehr niedrigen Personalausstattung weiter auszuleuchten. Dies soll im Folgenden nachgeholt werden.

¹⁵ Befragt wurden Pflegekräfte auf internistischen und chirurgischen Stationen von Akutkrankenhäusern, psychiatrische Kliniken und Abteilungen wurden nicht einbezogen. Die in der Studie zugrunde gelegte Abgrenzung entspricht somit weitgehend den deutschen Allgemeinkrankenhäusern ohne Berücksichtigung der psychiatrischen Stationen.

Die beiden erwähnten Kennzahlen ermöglichen eine Reihe weitergehender Berechnungen. Die Kennzahl ‚Patienten je Pflegefachkraft‘ ist eine international gebräuchliche Kennzahl zur Messung der Arbeitsbelastung im Pflegedienst, im englischsprachigen Raum als ‚Nurse-to-Patient Ratio‘ bezeichnet. Ist sie bekannt, so kann man daraus durch einfache Dreisatzrechnung eine andere Kennzahl ableiten, die die Personalbesetzung deutlicher werden lässt: die Zahl der Pflegefachkräfte je 100 Patienten. Auf ähnlich einfache Weise kann die Kennzahl ‚Anteil der Pflegefachkräfte‘ an der Personalbesetzung im Pflegedienst insgesamt in eine andere Kennzahl umgewandelt werden, die erkennbar macht, wie viele Pflegehilfskräfte für die Unterstützung der Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen.

Table 7: Personalausstattung des Pflegedienstes der Krankenhäuser im internationalen Vergleich¹

	Patienten je Pflegefachkraft	Pflegefachkräfte je 100 Patienten	Anteil der Pflegefachkräfte an der Personalbesetzung im Pflegedienst (in %)	Pflegehilfskräfte je 100 Pflegefachkräfte	Pflegehilfskräfte je 100 Patienten	Pflegekräfte insgesamt je 100 Patienten	Personalbesetzung in Prozent (Deutschland: 100)
Norwegen	3,7	27,0	63	58,7	15,9	42,9	348,3
Schweden	5,4	18,5	58	72,4	13,4	31,9	259,2
Niederlande	4,8	20,8	70	42,9	8,9	29,8	241,6
Schweiz	5,3	18,9	64	56,3	10,6	29,5	239,3
Finnland	5,5	18,2	71	40,8	7,4	25,6	207,9
Irland	5,9	16,9	72	38,9	6,6	23,5	191,1
England	7,8	12,8	57	75,4	9,7	22,5	182,6
Spanien	10,2	9,8	54	85,2	8,4	18,2	147,4
Griechenland	9,1	11,0	61	63,9	7,0	18,0	146,2
Belgien	7,6	13,2	74	35,1	4,6	17,8	144,3
Polen	9,7	10,3	68	47,1	4,9	15,2	123,1
Deutschland	9,9	10,1	82	22,0	2,2	12,3	100,0

1) Gruppirt nach der Zahl der Pflegekräfte insgesamt je 100 Krankenhauspatienten

Quelle: Aiken et al. (2012); eigene Berechnungen

Da die deutsche Krankenhausstatistik verlässliche Daten zur Personalbesetzung des Pflegedienstes in deutschen Allgemeinkrankenhäusern bietet, kann in einem weiteren Schritt aus den prozentualen Differenzen zwischen den aus der RN4CAST-Befragung bekannten Werten berechnet werden, wie hoch die Personalbesetzung in deutschen Krankenhäusern sein müsste, wenn sie dem Niveau der anderen 11 europäischen Länder entsprechen soll, in de-

nen die Befragung durchgeführt wurde. Die Ergebnisse dieser Rechenoperationen sind in den Tabellen 7 und 8 aufbereitet und werden nachfolgend kurz erläutert.¹⁶

Table 8: Personalmehrbedarf und Soll-Besetzung des Pflegedienstes auf Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser in Deutschland bei Angleichung an das Niveau ausgewählter europäischer Länder

	Pflegefachkräfte			Pflegehilfskräfte			Pflegekräfte insgesamt		
	Personal-		Soll-	Personal-		Soll-	Personal-		Soll-
	mehrbedarf	Besetzung	Besetzung	mehrbedarf	Besetzung	Besetzung	mehrbedarf	Besetzung	Besetzung
	in %	in VK	in VK	in %	in VK	in VK	in %	in VK	in VK
Deutschland									
(Ist-Besetzung 2013)	-	-	187.042	-	-	41.058	-	-	228.100
<i>Personalmehrbedarf und Soll-Besetzung bei einer Angleichung an die folgenden Länder</i>									
Polen	2,1	3.857	190.899	161,4	107.341	89.835	23,1	52.634	280.734
Belgien	30,3	56.610	243.652	95,2	80.143	85.608	44,3	101.160	329.260
Griechenland	8,8	16.445	203.487	255,2	145.834	130.098	46,2	105.485	333.585
Spanien	-2,9	-5.502	181.540	176,7	113.587	154.645	47,4	108.086	336.186
England	26,9	50.362	237.404	319,1	172.075	179.095	82,6	188.399	416.499
Irland	67,8	126.821	313.863	116,0	88.706	122.058	91,1	207.821	435.921
Finnland	80,0	149.649	336.691	126,9	93.168	137.521	107,9	246.112	474.212
Schweiz	86,8	162.355	349.397	212,5	128.306	196.536	139,3	317.832	545.932
Niederlande	106,3	198.752	385.794	138,1	97.757	165.340	141,6	323.034	551.134
Schweden	83,3	155.884	342.926	302,3	165.176	248.326	159,2	363.152	591.252
Norwegen	167,6	313.453	500.495	226,3	133.963	293.942	248,3	566.337	794.437

Quelle: Aiken et al. (2012); Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Die Umrechnung in die Kennzahl ‚Pflegefachkräfte je 100 Patienten‘ ergibt, dass in deutschen Krankenhäusern 2009/2010 nach den Ergebnissen der RN4CAST-Befragung 100 Patienten von 10,1 Pflegefachkräften versorgt wurden, während es beispielsweise in finnischen Kliniken 18,2 oder ca. 81 % mehr, in schwedischen 18,5 oder ca. 84 % mehr, in Schweizer Kliniken 18,9 oder ca. 88 % mehr und in norwegischen Krankenhäusern sogar 27 oder ca. 170 % mehr waren.

Wie gering die Personalausstattung deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich ist, wird noch deutlicher, wenn man zusätzlich die Ausstattung mit Pflegehilfskräften berücksichtigt. Während der Anteil der Pflegehilfskräfte an der Personalbesetzung insgesamt in deutschen Krankenhäusern bei lediglich 18 % lag, waren es beispielsweise in der Schweiz 36 %, in Griechenland 39 %, in Schweden 42 %, in England 43 %, in Spanien 46 % etc. (Tab. 7).

¹⁶ Für die kritische Durchsicht dieses Kapitels und hilfreiche Anregungen danke ich Bernard Braun.

Rechnet man diese Angaben in die Kennzahl ‚Pflegehilfskräfte je 100 Pflegefachkräfte‘ um, so wird die darin enthaltene Problematik deutlicher erkennbar. Während in Deutschland 100 Pflegefachkräfte nur von 22 Pflegehilfskräften unterstützt wurden, waren es beispielsweise in Schweizer Kliniken 56,3 Pflegehilfskräfte, in schwedischen Krankenhäusern 72,4 Pflegehilfskräfte, in englischen Kliniken 75,4 Pflegehilfskräfte und in spanischen Kliniken 85,2 Pflegehilfskräfte.

Führt man die Daten zur Besetzung mit Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften zur Personalbesetzung insgesamt zusammen, so zeigt sich, wie weit die Personalbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser mittlerweile hinter das Niveau anderer europäischer Länder zurückgefallen ist. Während in deutschen Kliniken nach den Ergebnissen der RN4CAST-Studie auf je 100 Patienten lediglich 12,3 Pflegekräfte (Fachkräfte und Hilfskräfte) kamen, waren es

- in *Polen* 15,2 oder 23,1 % mehr
- in *Belgien* 17,8 oder 44,3 % mehr
- in *Griechenland* 18,0 oder 46,2 % mehr
- in *Spanien* 18,2 oder 47,4 % mehr
- in *England* 22,5 oder 82,6 % mehr
- in *Irland* 23,5 oder 91,1 % mehr
- in *Finnland* 25,6 oder 107,9 % mehr
- in der *Schweiz* 29,5 oder 139,3 % mehr
- in den *Niederlanden* 29,8 oder 141,6 % mehr
- in *Schweden* 31,9 oder 159,2 % mehr und
- in *Norwegen* 42,9 oder 248,3 mehr.

Abschließend soll auf Grundlage der vorstehend herausgearbeiteten Daten noch rechnerisch abgeleitet werden, wie hoch die Personalbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen deutscher Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2013 hätte sein müssen, um dem Niveau der anderen 11 in die RN4CAST-Studie einbezogenen europäischen Länder zum Erhebungszeitraum zu entsprechen.

Grundlagen der Berechnung sind außer den Ergebnissen der RN4CAST-Befragung die im ersten Teil der Studie hergeleiteten und verwendeten Zahlen: 228.100 Vollkräfte im Pflegedienst allgemeiner Krankenhäuser in Deutschland (o. Psychiatrie), davon ca. 187.000 Pflegefachkräfte und 41.000 Pflegehilfskräfte.

Eine Angleichung der Personalbesetzung des Pflegedienstes deutscher Allgemeinkrankenhäuser würde erfordern bei einer Orientierung an

- *Polen*: eine Erhöhung um 23,1 % oder ca. 52.600 Pflegekräfte
- *Belgien*: eine Erhöhung um 44,3 % oder ca. 101.000 Pflegekräfte
- *Griechenland*: eine Erhöhung um 46,2 % oder ca. 105.500 Pflegekräfte

- *Spanien*: eine Erhöhung um 47,4 % oder ca. 108.000 Pflegekräfte
- *England*: eine Erhöhung um 82,6 % oder ca. 188.400 Pflegekräfte
- *Irland*: eine Erhöhung um 91,1 % oder ca. 207.800 Pflegekräfte
- *Finnland*: eine Erhöhung um 107,9 % oder ca. 246.100 Pflegekräfte
- *Schweiz*: eine Erhöhung um 139,3 % oder ca. 317.800 Pflegekräfte
- *Niederlande*: eine Erhöhung um 141,6 % oder ca. 323.000 Pflegekräfte
- *Schweden*: eine Erhöhung um 159,2 % oder ca. 363.100 Pflegekräfte
- *Norwegen*: eine Erhöhung um 248,3 % oder ca. 566.300 Pflegekräfte

Angesichts dieser Zahlen dürfte das Ergebnis der im ersten Teil der vorliegenden Studie vorgestellten Schätzung, dass der Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland gegenwärtig um mehr ca. 100.000 Vollkräfte unterbesetzt ist, eher als moderat zu bezeichnen sein.

Probleme des internationalen Vergleichs

Internationale Vergleiche von Gesundheitssystemen sind mit zahlreichen Problemen verbunden und die Ergebnisse solcher Vergleiche sollten mit großer Vorsicht interpretiert werden. Grundsätzlich ist immer zu bedenken, dass sich Gesundheitssysteme nicht nur in ihrer Gesamtkonstruktion unterscheiden, sondern auch Teilsysteme sehr unterschiedlich organisiert sein können, woraus resultieren kann, dass verfügbare Daten nur eingeschränkt vergleichbar sind. Auch ein Vergleich der Personalausstattung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist mit diesem Problem konfrontiert. Im Folgenden soll auf einige für die Interpretation der oben vorgestellten Daten relevante Limitationen hingewiesen werden.

Bei der Interpretation der oben vorgestellten Daten ist insbesondere zu berücksichtigen, dass sich in Krankenhäusern die Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen und insbesondere zwischen Pflegekräften und Ärzten deutlich unterscheiden kann und damit verbunden vor allem auch das Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum der Pflegefachkräfte. Ist ‚Pflege‘ in einem Land kein Ausbildungsberuf wie beispielsweise in Deutschland, sondern ein akademischer Beruf, zu dessen Ausübung ein abgeschlossenes Hochschulstudium erforderlich ist, wie bspw. in Schweden oder Spanien, so ist davon auszugehen, dass diese akademisch qualifizierten Pflegekräfte auch in größerem Umfang Tätigkeiten übernehmen, die bspw. in Deutschland Ärzten vorbehalten sind. Da in den Ergebnissen der RN4CAST-Studie unter dem Begriff der ‚Registered Nurses‘ (RN) sowohl Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen Berufsausbildung (z.B. Deutschland) als auch Pflegekräfte mit einem abgeschlossenen Pflegestudium (mindestens Bachelor) zusammengefasst werden, kann ein Teil der Unterschiede möglicherweise auf unterschiedliche Arbeitsteilungen zwischen Pflegekräften und Ärzten zurück-

zuführen sein. Ob und in welchem Umfang dies der Fall war, geht aus den publizierten Ergebnissen der RN4CAST-Studie nicht hervor.

Der Personalbedarf in der Pflege ist zudem nicht nur von der Fallzahl abhängig, sondern vor allem auch von der Morbidität und dem Pflegebedarf der Krankenhauspatienten. Ob und inwieweit die Morbiditätsstrukturen und der durchschnittliche Pflegebedarf der Krankenhauspatienten der in den Vergleich einbezogenen Länder und Kliniken vergleichbar war, ist den Publikationen zur RN4CAST-Studie nicht zu entnehmen. Die im internationalen Vergleich deutlich überdurchschnittliche Krankenhaushäufigkeit in Deutschland (Krankenhaufälle je Einwohner) könnte möglicherweise auch darin begründet sein, dass ein Teil der Patienten in deutschen Kliniken nach den in anderen Ländern gebräuchlichen Maßstäben nicht als krankenhausbehandlungsbedürftig gelten würde. Für den Vergleich der Personalbesetzung könnten dies bedeuten, dass Krankenhauspatienten in deutschen Krankenhäusern möglicherweise durchschnittlich eine geringe Morbidität und einen geringeren Pflegebedarf aufweisen. Die höhere Zahl an Patienten, die eine Pflegekraft in Deutschland zu versorgen hat, wäre dann nicht mit einer in demselben Umfang höheren Arbeitsbelastung verbunden. Eine niedrigere Personalbesetzung könnte dementsprechend mit einem geringeren durchschnittlichen Pflegebedarf erklärt werden. Ob der durchschnittliche Pflegebedarf je Patient in deutschen Krankenhäusern tatsächlich niedriger ist als in den anderen in die RN4CAST-Studie einbezogenen Ländern, ist allerdings auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht zu beantworten. Eine zuverlässige Antwort wäre nur möglich, wenn der Pflegebedarf von Krankenhauspatienten international einheitlich mit ein und derselben Methode der Personalbedarfsermittlung gemessen würde. Eine solche Datenerhebung ist bislang weder im Rahmen amtlicher Statistiken noch im Rahmen einer empirischen Studie erfolgt.

Die angesprochenen Einflussfaktoren sind bei der Interpretation der Daten der RN4CAST-Studie zwar zu bedenken, sie dürften aber nur einen Teil der Unterschiede der Personalbesetzung erklären können. Die Abstände der Personalbesetzung deutscher Kliniken zu denen der anderen Länder bewegen sich überwiegend in einer Größenordnung, die auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Organisationsmodelle und Patientenstrukturen auf eine im europäischen Vergleich sehr geringe Personalausstattung des Pflegedienstes deutscher Krankenhäuser schließen lassen.

6 Schlussbetrachtung: Die Bedeutung der Ergebnisse für die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion

Der Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland ist seit Jahren unterbesetzt und Pflegepersonal in vielen Bereichen chronisch überlastet. Diese Einschätzung wird mittlerweile auch von weiten Teilen der Gesundheitspolitik geteilt. Über das Ausmaß der Unterbesetzung besteht allerdings weitgehend Unklarheit, nicht zuletzt mangels verlässlicher bundesweit erhobener Daten zum Pflege- und Personalbedarf. Bislang wird in gesundheitspolitischen Diskussionen zumeist angenommen, dass die Zahl der seit Mitte der 1990er Jahre abgebauten Stellen mit der anzunehmenden Unterbesetzung gleichgesetzt werden kann.

Gegenüber dem Jahr 1996, dem letzten Jahr vor Einsetzen des bundesweiten Stellenabbaus, wurden im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser (ohne Psychiatrie) bis 2007 insgesamt ca. 47.400 Vollzeitstellen abgebaut. Ab dem Jahr 2008 ist wieder ein leichter Stellenzuwachs zu verzeichnen, so dass die Zahl der Vollkräfte 2013 nur noch um ca. 35.300 Vollkräfte unter dem Wert von 1996 lag. Dieser Wert ist als Orientierungswert für eine anzunehmende Unterbesetzung jedoch aus zwei Gründen nicht geeignet: Zum einen setzte der Stellenabbau von einem Niveau aus an, das nach den Maßstäben der 1993 eingeführten Pflege-Personalregelung bereits als Unterbesetzung zu gelten hat. Zum zweiten hat es seit Anfang der 1990er Jahre eine kontinuierliche Ausweitung sowohl des Leistungsumfangs als auch des Leistungsspektrums gegeben, die erhöhend bei der Ermittlung des Personalbedarfs und folglich auch der Unterbesetzung zu berücksichtigen ist. Die vorliegende Studie führte zu dem Ergebnis, dass unter Berücksichtigung dieser Einflussgrößen gegenwärtig im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser, ohne Berücksichtigung der Psychiatrie und der Intensivstationen, von einer Unterbesetzung im Umfang von mehr als 100.000 Vollkräften auszugehen ist.

Diese Zahl wird sicherlich auf Skepsis und Zweifel stoßen. Aber auch wenn man dieses Ergebnis als nicht überzeugend ablehnt, das Kernproblem bleibt bestehen: Trotz deutlicher Leistungsausweitungen hat es einen erheblichen Stellenabbau gegeben und liegt die gegenwärtige Personalbesetzung im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser deutlich unter dem Wert des Jahres 1996.

Ob die Lücke 100.000 Vollkräfte oder ‚nur‘ 35.000 Vollkräfte beträgt, es bleibt auch bei dem niedrigeren Wert ein in hohem Maße beunruhigender Befund. Wenn es einen Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und der Patientengesundheit gibt – und davon muss nach dem Stand der internationalen Forschung ausgegangen werden – dann ist die Gesundheit von Krankenhauspatienten in Deutschland nicht

nur gefährdet, sondern es muss davon ausgegangen werden, dass auch bereits Patienten zu Schaden gekommen sind. Insofern besteht dringender Handlungsbedarf für die Politik.

Die Problematik wird zudem noch dadurch verschärft, dass die aus der Unterbesetzung resultierende chronische Überlastung des Pflegepersonals bereits zu Abwanderungsprozessen geführt hat, und mit weiteren zu rechnen ist, wenn nicht in absehbarer Zeit eine deutlich spürbare Verbesserung eintritt. Werden nicht bald energische politische Maßnahmen ergriffen, ist eine sich verstärkende Abwärtsspirale zu erwarten: Pflegekräfte werden überlastet und scheiden, wenn sie die starke Belastung nicht mehr bewältigen können, entweder aus dem Krankenhaus oder sogar vollständig aus dem Beruf aus. Das wieder verschärft die Unterbesetzung, mit der Folge, dass die Arbeitsbelastung für die verbliebenen Pflegekräfte weiter ansteigt, was wiederum weitere Pflegekräfte dazu veranlasst, aus dem Krankenhaus oder dem Beruf auszuscheiden.

Wird einer solchen Entwicklung nicht bald und mit ausreichend wirksamen Mitteln begegnet, droht eine ‚Dekomensation‘ des Systems. Noch wird in weiten Bereichen des Pflegedienstes die übermäßige Arbeitsbelastung durch erhöhten Arbeitseinsatz von Pflegekräften ‚kompensiert‘, ob durch Arbeitsintensivierung (schneller arbeiten) oder durch Arbeitsexpensivierung bspw. in Form von Überstunden oder durch ‚Einspringen‘ an freien Tagen (in der Praxis auch als ‚Aus-dem-Frei-holen‘ bezeichnet). Solche Kompensationsstrategien geraten jedoch irgendwann an ihre Grenzen.

Eine ‚Dekomensation‘ des Systems pflegerischer Versorgung im Krankenhaus muss sich dabei keineswegs als ein plötzlicher Zusammenbruch zeigen. Dies erscheint sogar eher unwahrscheinlich angesichts der vielfältigen individuellen Kompensationsstrategien. Eine ‚Dekomensation‘ dieses Systems kann auch schleichend erfolgen. Und eine schleichende Dekompensation dürfte womöglich sogar noch gefährlicher sein als ein akuter Funktionsstillstand, der durch kurzfristige Maßnahmen vorübergehend überwunden werden kann. Die wahrscheinlich gefährlichste ‚Dekomensation‘ dieses Systems wäre eine schleichende Desensibilisierung von Pflegekräften gegenüber den aus einer Unterbesetzung resultierenden Pflegefehlern und Versorgungsmängeln, verbunden mit einem zunehmenden Verlust berufsethischer Orientierungen und einer zunehmenden individuellen Absenkung eigener Qualitätsanforderungen an sich selbst. Solche Schäden am System der pflegerischen Versorgung in Krankenhäusern dürften nicht nur schwer erkennbar, sondern auch nur sehr schwer wieder umkehrbar sein.

6.1 Personalmehrbedarf und vorhandene Arbeitszeitreserve

Die gegenwärtige Regierungskoalition hat in ihrem Koalitionsvertrag vom Herbst 2013 anerkannt, dass dringender Handlungsbedarf besteht, und Maßnahmen zur Verbesserung der

Personalsituation angekündigt. Der Ende April 2015 vorgelegte Gesetzentwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht dementsprechend hierzu ein erneutes Pflegestellen-Förderprogramm für die Jahre 2016, 2017 und 2018 vor, das Mittel für die Schaffung von zusätzlichen Stellen bereitstellen soll. Das von den Krankenkassen hierzu bereitzustellende Volumen soll 2016 bis zu 110 Mio. Euro, 2017 bis zu 220 Mio. Euro und 2018 bis zu 330 Mio. Euro betragen. Damit könnten nach Berechnungen der Regierung bis 2018 die Personalkosten von insgesamt ca. 5.000 bis 6.000 zusätzlichen Vollkräfte zu 90 % finanziert werden. Die restlichen 10 % sollen, wie bereits beim Pflegeförderprogramm 2009-2011, die jeweiligen Krankenhäuser aus ihren Eigenmitteln tragen.

So sehr zu begrüßen ist, dass die Regierungskoalition – offenbar auf Drängen der SPD – tätig werden und zusätzliche Mittel bereitstellen will. Angesichts der bestehenden Unterbesetzung bleibt das aktuell geplante Förderprogramm jedoch weit hinter den Erfordernissen zurück.

Soll eine ernstzunehmende Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser erreicht werden, ist eine deutliche Erhöhung des Finanzvolumens erforderlich. Und es wäre sicherlich auch eine erheblich längere Laufzeit notwendig, denn mehrere Zehntausend Pflegefachkräfte dürften kaum innerhalb weniger Jahre für die Besetzung der neu zu schaffenden Stellen verfügbar sein.

Die Frage wird sicherlich aufgeworfen, ob denn überhaupt Pflegefachkräfte in der erforderlichen Anzahl zu gewinnen oder auszubilden sein werden und es nicht von vornherein ein aussichtloses Unterfangen wäre, dies zu versuchen. Hierzu ist zunächst einmal darauf hinzuweisen, dass es in der Pflege eine erhebliche, gegenwärtig nicht genutzte Arbeitszeitreserve gibt. Sie besteht vor allem aus einem sehr hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten (Simon 2012). Darüber hinaus dürfte auch ein wesentlicher Teil der aus dem Krankenhaus abgewanderten Pflegekräfte bei einer Verbesserung der dortigen Arbeitsbedingungen wieder zurückzugewinnen sein.

In den letzten beiden Jahrzehnten ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser kontinuierlich angestiegen und lag 2013 bereits bei ca. 49 %. Von den ca. 360.000 Beschäftigten im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser insgesamt (ohne Psychiatrie, einschl. Intensiv) waren 2013 ca. 179.000 teilzeitbeschäftigt. Unterstellt man eine durchschnittliche Arbeitszeit von ca. 2/3 der tariflichen Arbeitszeit, so birgt diese Zahl an Teilzeitbeschäftigten ein nicht zur Verfügung stehendes Arbeitszeitvolumen von ca. 60.000 Vollkräften.

Die hohe und weit über dem gesellschaftlichen Durchschnitt liegende Teilzeitquote ist nur zu einem kleinen Teil mit den ‚klassischen‘ Gründen für Teilzeitbeschäftigung erklärbar, wie bspw. Kinderbetreuung. Im Pflegedienst der Krankenhäuser haben in den letzten 10-15 Jahren zwei andere Motive an Bedeutung gewonnen. Zum einen haben Krankenhausleitungen

unter dem gestiegenen wirtschaftlichen Druck teilweise Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umgewandelt, um den Personaleinsatz flexibilisieren und dadurch Personalkosten einsparen zu können. In den letzten Jahren haben aber vor allem Pflegekräfte auf eigenen Wunsch ihre Arbeitszeit reduziert, in erster Linie, um ihre Gesundheit vor den Folgen einer chronischen Arbeitsüberlastung zu schützen. Vor diesem Hintergrund dürfte davon auszugehen sein, dass ein relevanter Teil der Teilzeitbeschäftigten im Pflegedienst für eine Erhöhung ihrer individuellen arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu gewinnen sein wird, wenn die Aussicht auf eine spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen besteht. Zudem ist eine langfristige Teilzeitbeschäftigung für Pflegekräfte auch mit einem steigenden Risiko der Altersarmut verbunden. Ein Aspekt, der darüber hinaus auch von sozialpolitischer Bedeutung sein dürfte. Ein weiteres Reservoir, aus dem Beschäftigte für den Pflegedienst der Krankenhäuser gewonnen werden könnten, sind die mittlerweile mehreren Zehntausend Pflegefachkräfte, die aufgrund von Stellenabbau und Arbeitsverdichtung in Krankenhäusern von dort in ambulante Pflegedienste und Pflegeheime gewechselt sind. Allein im Zeitraum 1999-2009 waren dies insgesamt ca. 40.000 Fachkräfte der Krankenpflege- und Kinderkrankenpflege (Simon 2012). Auch von diesen Pflegekräften könnte mit hoher Wahrscheinlichkeit ein relevanter Teil für die Rückkehr in ein Krankenhaus gewonnen werden, wenn die dortigen Arbeitsbedingungen dies attraktiv erscheinen lassen.

Sicherlich würde eine ‚Rückkehr‘ dieser Pflegefachkräfte den ohnehin bereits bestehenden Fachkräftemangel in der ambulanten Pflege und in Pflegeheimen verschärfen. Dies zeigt aber umso deutlicher, wie weit die Probleme bei der Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Versorgung in Deutschland insgesamt bereits vorangeschritten sind. Größere Lücken in der pflegerischen Versorgung zu füllen, funktioniert mittlerweile nur noch, indem Lücken an einer anderen Stelle gerissen werden. Um dies an dieser Stelle aber deutlich zu machen: Hätte es keinen Stellenabbau und keine Unterbesetzung im Krankenhausbereich gegeben, sondern eine bedarfsgerechte Personalausstattung, dann wären mit hoher Wahrscheinlichkeit bei weitem nicht so viele Pflegefachkräfte in die ambulante und stationäre Pflege gewechselt, und der Fachkräftemangel hätte dort bereits vor 10-15 Jahren in einem Maße eingesetzt, das weit über das hinausgeht welches gegenwärtig zu verzeichnen ist.

6.2 Personalgewinnung und Attraktivität des Pflegeberufes

Die Ergebnisse der RN4CAST-Studie zeigen auf sehr eindrucksvolle Weise, wie weit Deutschland bei der personellen Ausstattung des Pflegedienstes im Krankenhaus hinter anderen europäischen Ländern zurückgefallen ist. Dies wird nicht nur an der quantitativen Ausstattung mit Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften deutlich, sondern auch an der Qualifikationsstruktur. Andere Länder weisen nicht nur eine deutlich höhere Zahl an Fachkräften je

Patienten und eine erhebliche bessere Ausstattung mit Pflegehilfskräften auf, sondern die dort beschäftigten Pflegefachkräfte verfügen in einem erheblich höheren Maß als in Deutschland über eine akademische Berufsausbildung. Während unter den im Rahmen der RN4CAST-Studie befragten Pflegefachkräften in deutschen Kliniken niemand einen akademischen Abschluss aufwies, verfügten bspw. in den Niederlanden 32 % über einen Bachelorabschluss, in Finnland 53 %, in Belgien 56 %, in Schweden 59 %, in Irland 60 % und in Spanien und Norwegen sogar 100 %. Selbst zwei, verglichen mit Deutschland wirtschaftlich deutlich schwächere Länder wie Griechenland und Polen wiesen nicht nur eine quantitativ bessere Personalausstattung sondern mit 20 % bzw. 22 % auch eine höhere Akademisierungsquote auf als Deutschland.

Die Frage der Akademisierung der Pflegeausbildung ist in mehrfacher Hinsicht von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Zukunft der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Im Vordergrund der internationalen Diskussion und Forschung zur Bedeutung der Akademisierungsquote in der Pflege steht eindeutig die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Ergebnisqualität, so auch in der RN4CAST-Studie (Aiken et al. 2002; Aiken et al. 2012; Aiken 2014). Es kann als hinreichend durch Forschung belegt gelten, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsniveau des Pflegepersonals und der Gesundheit von Krankenhauspatienten gibt. Insofern wirft auch der im internationalen Vergleich weit unterdurchschnittliche Anteil akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte in Deutschland ein bedenkliches Licht auf das deutsche Ausbildungssystem.

Wichtig ist dabei allerdings zu beachten, dass die Rede hier von einer grundständigen akademischen Pflegeausbildung ist, nicht von Studienabschlüssen, die auf einer regulären dreijährigen Berufsausbildung aufbauen. Während in Deutschland seit Anfang der 1990er Jahre vor allem Pflegestudiengänge aufgebaut wurden, die eine akademische Zusatzqualifikation in den Bereichen Management und Unterrichtstätigkeit vermitteln, mangelt es bislang noch an Studiengängen, die für die unmittelbare Patientenversorgung qualifizierten, und vor allem an grundständigen Studiengängen, die eine Pflegeerausbildung bieten. Dies hat der Wissenschaftsrat bereits 2012 in einem Gutachten beanstandet und den Aufbau solcher primärqualifizierender Studiengänge in Deutschland angemahnt (Wissenschaftsrat 2012). Leider wurde diese Mahnung bislang noch nicht in entsprechende gesetzgeberische Initiativen umgesetzt. Es bleibt zu hoffen, dass das nun vorgelegte neue Pflegeberufegesetz nicht ebenso unwirksam bleibt wie das Gutachten des Wissenschaftsrates, sondern der Einstieg in die akademische Pflegeausbildung Realität wird. Dies wird aber nur zu erreichen sein, wenn die Bundesländer neue, zusätzliche Studienplätze und dafür erforderlicher Stellen im Hochschulbereich schaffen.

Eine zumindest teilweise Akademisierung der Pflegeausbildung könnte auch ein wichtiger Schritt hin zu einer langfristigen Behebung des Fachkräftemangels und Sicherstellung einer

ausreichenden pflegerischen Versorgung sein. Wie am Beispiel anderer europäischer Länder zu sehen ist, führt die Akademisierung des Pflegeberufes offensichtlich nicht zwangsläufig zu Nachwuchsmangel. Im Gegenteil: offenbar gelingt es anderen europäischen Ländern, einen nennenswerten Teil der Abiturientinnen und Abiturienten für den Pflegeberuf zu gewinnen. Und dies dürfte sehr entscheidend damit zusammenhängen, dass es sich dort im Kern um einen akademischen Beruf handelt, mit dem in der Regel auch ein deutlich höheres soziales Ansehen verbunden ist, als dies Pflegeberufe in Deutschland gegenwärtig insbesondere unter Schulabgängerinnen genießen (vgl. hierzu u.a. Görres et al. 2010).

Allerdings wird eine Akademisierung der Pflegeausbildung dann wenig Aussicht auf Erfolg haben, wenn nicht bald die Arbeitsbedingungen in der Pflege durchgreifend und nachhaltig verbessert werden. Ohne eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, und das bedeutet gegenwärtig vor allem eine verbesserte Personalbesetzung, wird es zukünftig zunehmend schwerer werden, qualifizierten Nachwuchs für Pflegefachberufe zu gewinnen. Imagekampagnen ohne Verbesserung der Arbeitsbedingungen werden keine Nachwuchssicherung bewirken können, da sich die Realität des Arbeitsalltags nicht vor den Jugendlichen verbergen lässt. Dafür sorgen allein die regelmäßigen Medienberichte. Insofern ist die Verbesserung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser eine der wichtigsten und vorrangigsten Aufgaben der Politik bei der Bekämpfung des gegenwärtigen und erst recht des zukünftig zu erwartenden Fachkräftemangels in der Pflege.

6.3 Anmerkungen zur gegenwärtigen Diskussion über die Ursachen des Stellenabbaus

Abschließend soll noch auf eine in neuerer Zeit zu beobachtende Diskussion über die Ursachen des Stellenabbaus im Pflegedienst eingegangen werden. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird seit einiger Zeit zunehmend die Position vertreten, Hauptursache des Stellenabbaus sei die unzureichende Investitionsförderung der Länder. Ausgangspunkt der Argumentation ist die Tatsache, dass die meisten Bundesländer ihrer Verpflichtung zur Finanzierung von Investitionen im Krankenhausbereich seit längerem nicht in ausreichendem Maße nachkommen (DKG 2014). Dadurch sind Krankenhäuser gezwungen, dringend notwendige Investitionen aus ihren laufenden Einnahmen zu finanzieren. Das wieder veranlasste in der Vergangenheit offenbar einen Teil der Krankenhausleitungen, Stellen insbesondere auch im Pflegedienst abzubauen, um die dadurch eingesparten Mittel für Investitionen einsetzen zu können. Zwar gibt es bislang keine zuverlässigen Daten über das Ausmaß solcher internen Mittelumverteilungen. Dass Stellen abgebaut wurden, um Mittel für Investitionen freizusetzen, ist aber offenbar unbestritten.

Argumentiert wird nun, der Stellenabbau sei vor allem auf die unzureichende Investitionsförderung der Länder zurückzuführen und darum seien vor allem die Länder in der Verantwortung für eine Verbesserung der Situation im Pflegedienst. Richtig daran ist sicherlich, dass der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser nicht nur auf die Reformen der Krankenhausfinanzierung zurückgeführt werden kann, sondern auch andere Einflussfaktoren eine Rolle spielten. Es kann aber nicht überzeugen, wenn die Gesundheitspolitik auf Bundesebene und Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung jegliche Verantwortung von sich weisen und den ‚Schwarzen Peter‘ vollständig an die Länder oder Krankenhausleitungen weiterreichen wollen.

Auch wenn die Investitionsförderung der meisten Bundesländer seit langem unzureichend ist und Krankenhäuser in den letzten 10-15 Jahren zur Finanzierung notwendiger Investitionen auch Stellen im Pflegedienst abgebaut haben, so bleibt doch die Regelung der Krankenhausfinanzierung unzweifelhaft die Hauptursache der wirtschaftlichen Probleme von Krankenhäusern und somit auch des Stellenabbaus im Pflegedienst. Dieser Zusammenhang lässt sich bereits an wenigen Fakten ablesen:

- Der Pflegenotstand Ende der 1980er Jahre, und damit die Ausgangsbasis für die gegenwärtige Unterbesetzung, war in erster Linie Folge des Fehlens einer zeitgemäßen Methode zur Personalbedarfsermittlung. Dies sah auch die damalige Bundesregierung so und übernahm mit dem Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981 die Letztverantwortung für eine Verbesserung der Situation. Zwar wurden die DKG und GKV-Spitzenverbände damit beauftragt, neue und zeitgemäße Verfahren auf dem Verhandlungsweg zu vereinbaren, für den Fall des Scheiterns der Verhandlungen sah § 19 KHG (1981) aber vor, dass die Bundesregierung eine Regelung auf dem Verordnungsweg vornimmt. Dies war auch die Grundlage dafür, dass Anfang der 1990er Jahre die Psych-PV und die PPR als Rechtsvorschriften des Bundes in Kraft gesetzt wurden.
- Mitte der 1990er Jahre war es die damalige Bundesregierung, die die Anwendung der PPR bereits nach drei Jahren 1996 vorzeitig abbrach und die Regelung zum 1.01.1997 vollständig aufhob.
- Es war die Bundesgesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung, die parallel zur Aufhebung der PPR für die Jahre 1997, 1998 und 1999 eine pauschale Kürzung aller Krankenhausbudgets verfügte, in deren unmittelbarer Folge der Stellenabbau im Pflegedienst einsetzte.
- Es war die Bundesgesetzgebung, die die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems vorgab und damit das erklärte Ziel verfolgte, die Kliniken unter wirtschaftlichen Druck zu setzen und einen erheblichen Teil der Krankenhäusern zu ‚Verlierern‘ dieser Umstellung werden zu lassen (Baum/Tuschen 2000). Die Wirkung der Einführung des DRG-Systems ist an der Entwicklung des Stellenabbaus sehr eindrucksvoll abzulesen. Wurden im Jahr

2001 im Pflegedienst (ohne Psychiatrie) lediglich ca. 500 Stellen (Vollkräfte) abgebaut, so schnellte die Zahl im Jahr 2002, dem Jahr des Inkrafttretens des Fallpauschalengesetzes auf fast 8.000 hoch, lag 2003 bei ca. 6.300 Vollkräften und stieg 2004, dem letzten Jahr vor der ‚Scharfschaltung‘ des DRG-Systems noch einmal sprunghaft auf über 10.000 an (Tab. 1). Auch in den Jahren 2005 (4.700) und 2006 (3.800) wurden weiter in erheblichem Umfang Pflegestellen abgebaut. Für das Jahr 2007 weist die Statistik nur noch einen Rückgang um 380 Stellen aus und seit 2008 verzeichnet die Krankenhausstatistik wieder leichte Zuwächse. Und dies obwohl in den letzten Jahren die Kritik an der unzureichenden Investitionsförderung der Länder immer lauter wurde.

Es bedarf somit keiner komplexen statistischen Berechnung von Korrelation, um bereits an diesen wenigen Daten zu erkennen, wie stark der Zusammenhang zwischen Stellenabbau im Pflegedienst und bundesgesetzlicher Regelung der Krankenhausfinanzierung in der Vergangenheit war.

Allerdings kann allein mit den Regelungen der Krankenhausfinanzierung nicht erklärt werden, warum die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser innerhalb der Kliniken so sozial ungleich umgesetzt wurde. Die erforderlichen Sparmaßnahmen trafen vor allem Berufsgruppen und Bereiche, die in der sozialen Hierarchie der Krankenhäuser eher im unteren oder mittleren Bereich zu verorten sind. So waren die Wirtschafts- und Versorgungsdienste, wie Küche, Wäscherei, Reinigung etc. weit überproportional von Ausgliederungen und Ausgründungen betroffen, die für die Beschäftigten in der Regel mit Arbeitsplatzverlust oder deutlichen Einkommensverlusten verbunden waren. Nach diesen Bereichen war es vor allem der Pflegedienst, der deutlich überproportional von Stellenabbau betroffen wurde. Im ärztlichen Dienst hingegen ist über den gesamten Zeitraum hinweg ein kontinuierlicher Stellenzuwachs zu verzeichnen, mit deutlich überproportionalen Steigerungen vor allem im Bereich der leitenden Ärzte (Simon 2014a).

Angesichts der auch an den Daten der Krankenhausstatistik ablesbaren deutlichen Zunahme operativer und nicht-operativer Maßnahmen erscheint eine Verbesserung der Personalbesetzung im ärztlichen Dienst ohne Zweifel gerechtfertigt und notwendig. Entsprechender Personalzuwächse hätte es aber auch in anderen Bereichen bedurft, insbesondere im Pflegedienst.

Die offensichtlich sozial sehr ungleiche Verteilung von Ressourcen innerhalb der Krankenhäuser und die erfolgte Umverteilung von Erlösen zu Lasten des Pflegedienstes bilden denn auch den Hintergrund dafür, dass seit mehreren Jahren von Pflegeverbänden, der Gewerkschaft ver.di und Teilen der Politik die Vorgabe gesetzlicher Personalbesetzungsstandards als unumgänglich und notwendig erachtet wird (Simon 2014b). Ohne derartige Vorgaben, so die Erwartung, muss damit gerechnet werden, dass auch zukünftig interne Umverteilungen zu

Lasten des Pflegedienstes erfolgen und Mittel, die zur Verbesserung der Personalbesetzung in der Pflege dienen sollen, dort nicht ankommen.

7 Ergänzung zur zweite Auflage: Personalmehrbedarf bei Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften

Die hier vorgelegte Schätzung des Personalmehrbedarfs im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser hatte zum Ergebnis geführt, dass der Pflegedienst auf Normalstationen gegenwärtig mit hoher Wahrscheinlichkeit um mehr als 100.000 Vollkräfte unterbesetzt ist. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen über ein von der Bundesregierung geplantes Pflegestellen-Förderprogramm erscheint es angebracht, ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass bei der Schätzung bewusst der Begriff „Vollkräfte“ verwendet wurde. Die der Schätzung zugrunde gelegten Daten schließen sowohl Pflegefachkräfte als auch Pflegehilfskräfte ein.

Bei den Begriffen ‚Pflegefachkraft‘ und ‚Pflegehilfskraft‘ handelt es sich um Fachbegriffe, die der amtlichen Statistik oder dem Sozialrecht entnommen sind und hier auch in der dort festgelegten Bedeutung verwendet werden. Die sprachlichen Differenzierungen und ihre Bedeutung dürften aber nicht allgemein bekannt sein. Um Missverständnisse zu vermeiden oder bestehende auszuräumen, soll darum in diesem der ersten Auflage hinzugefügten Kapitel kurz erläutert werden, warum eine nach Qualifizierungsniveau differenzierende Betrachtung und Diskussion notwendig ist.

Wie eingangs in einer Infobox dargelegt, sind folgende Begriffe zu unterscheiden:

- *Pflegefachkräfte*: Als Pflegefachkräfte gelten Pflegekräfte mit einer abgeschlossenen dreijährigen Berufsausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz, die die Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger oder Altenpflegerin/-pfleger tragen dürfen.¹⁷
- *Pflegehilfskräfte*: Als Pflegehilfskräfte gelten somit alle Beschäftigten in der Pflege, die nicht über eine dreijährige Ausbildung nach dem Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz verfügen. Dazu gehören Beschäftigte ohne Pflegeausbildung ebenso wie staatlich geprüfte Pflegehilfskräfte mit einer Ausbildung in der Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe oder Pflegeassistenz, unabhängig von der Dauer der Pflegehilfeausbildung.¹⁸
- *Pflegekräfte bzw. Pflegepersonal*: Beide Begriffe umfassen in der Begriffsverwendung der hier vorliegenden Veröffentlichung sowohl Pflegefachkräfte als auch alle Arten von Pflegehilfskräften.

¹⁷ zum Begriff der „Pflegefachkraft“ im Sozialrecht vgl. u. a. § 39a SGB V; § 71 SGB XI; § 6 Heimpersonalverordnung.

¹⁸ Je nach landesrechtlicher Regelung gibt es einjährige, anderthalbjährige und auch zweijährige Pflegehilfeausbildungen.

- *Vollkräfte*: Der Begriff „Vollkräfte“ entstammt der amtlichen Krankenhausstatistik, die entsprechende Zahl schließt sowohl Pflegefachkräfte als auch Pflegehilfskräfte ein.

Wenn die vorliegende Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung bzw. des Personalmehrbedarfs zu dem Ergebnis führte, dass die Normalstationen der allgemeinen Krankenhäuser gegenwärtig um mehr als 100.000 Vollkräfte unterbesetzt sind, so bezieht sich diese Zahl folglich nicht nur auf Pflegefachkräfte, sondern schließt auch Pflegehilfskräfte ein. Dies ist auch insofern eine angemessene Kennzahl, als die pflegerischer Versorgung in deutschen Allgemeinkrankenhäusern keineswegs nur von Pflegefachkräften geleistet wird, sondern auch Pflegehilfskräfte einen unverzichtbaren Beitrag leisten.

Wie wichtig es ist, sowohl Fachkräfte als auch Hilfskräfte in den Blick zu nehmen, wurde in der vorliegenden Veröffentlichung insbesondere bei der Aufbereitung der Ergebnisse der RN4CAST-Studie deutlich. Danach sind deutsche Kliniken nicht nur mit Pflegefachkräften deutlich geringer besetzt als die anderen in die Studie einbezogenen europäischen Länder, sondern diese im Vergleich deutlich weniger Pflegefachkräfte werden zudem auch durch die im Vergleich geringste Zahl an Pflegehilfskräften unterstützt.

Die Befragung von Pflegekräften in 12 europäischen Ländern hatte ergeben, dass die Zahl der Pflegehilfskräfte je 100 Patienten bspw. in England bei 9,7 Hilfskräften, in der Schweiz bei 10,6 oder in Schweden bei 13,4 und in Norwegen bei 15,9 lag (Tab. 7). In deutschen Kliniken waren es mit lediglich 2,2 die mit deutlichem Abstand wenigsten.

Tabelle 9: Beschäftigte im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland

	1993	1995	2000	2005	2010	2013	1993-2013	
							Anzahl	in %
Vollkräfte	306.127	322.110	308.138	278.118	280.842	287.444	-18.683	-6,1
Beschäftigte	374.651	395.470	385.126	362.804	373.331	382.278	7.627	2,0
<i>darunter</i>								
Beschäftigte mit dreijähriger Pflegeausbildung	318.355	338.185	343.341	329.728	338.449	343.821	25.466	8,0
<i>darunter</i>								
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger	278.872	297.508	303.453	291.608	301.303	307.108	28.236	10,1
<i>Anteil am Pflegepersonal insgesamt (in %)</i>	74,4	75,2	78,8	80,4	80,7	80,3		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen/-pfleger	39.483	40.677	39.888	38.120	37.146	36.713	-2.770	-7,0
<i>Anteil am Pflegepersonal insgesamt (in %)</i>	10,5	10,3	10,4	10,5	9,9	9,6		
Krankenpflegehelferinnen/-helfer (staatl. geprüft)	27.265	27.371	20.063	16.017	15.457	15.395	-11.870	-43,5
<i>Anteil am Pflegepersonal insgesamt (in %)</i>	7,3	6,9	5,2	4,4	4,1	4,0		
Pflegehilfskräfte ohne Pflegeausbildung	29.031	29.914	21.722	17.059	19.425	23.062	-5.969	-20,6
<i>Anteil am Pflegepersonal insgesamt (in %)</i>	7,7	7,6	5,6	4,7	5,2	6,0		

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Wenn die personelle Situation in den deutschen Allgemeinkrankenhäusern verbessert werden soll, ist folglich auch eine deutliche Verbesserung der Ausstattung mit Pflegehilfskräften

erforderlich. Die genannte Zahl von mehr als 100.000 Vollkräften schließt somit auch einen nicht näher bestimmten Anteil an Pflegehilfskräften ein. Er ist in der vorliegenden Schätzung nicht ausgewiesen, weil die Entscheidung über den Qualifikationsmix eines entsprechenden Fachdiskurses bedarf.

Der gegenwärtig geringe Anteil an Pflegehilfskräften in deutschen Allgemeinkrankenhäusern dürfte weniger das Ergebnis fachlicher Überlegungen sein als vielmehr auf ökonomische Rahmenbedingungen zurückzuführen sein. Dies legt insbesondere auch die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen nahe (Tab. 9):

- In den Jahren 1991 bis 1995 stieg die Zahl der Pflegehilfskräfte mit und ohne Pflegeausbildung von ca. 56.700 auf 57.300 zunächst leicht an. Mit dem Jahr 1996 setzte ein Rückgang ein, der bis 2004 anhielt (2004: 32.400). Ab 2005 ist wieder ein Zuwachs zu verzeichnen, allerdings weniger bei den ausgebildeten Pflegehilfskräften, sondern vor allem bei den Pflegehilfskräften ohne staatliche Prüfung. Im Jahr 2013 erreichte die Zahl der Pflegehilfskräfte insgesamt dadurch den Wert von ca. 38.500.
- Die 1993 eingeführte Pflege-Personalregelung galt in erster Linie für die Berechnung des Personalbedarfs an „Fachkräften“.¹⁹ Der der PPR zugrunde gelegte Fachkraftbegriff schloss allerdings – anders als in der heutigen Fachdiskussion – auch einjährig ausgebildete Pflegehilfskräfte ein.²⁰ In begrenztem Umfang sollte es laut amtlicher Begründung der PPR aber erlaubt sein, auch unausgebildetes Hilfspersonal anstelle von Fachkräften einzusetzen (BT-Drs. 12/3608: 145). Die Kliniken nutzten die PPR offenbar dazu, vorrangig ihre Besetzung mit Pflegefachkräften zu verbessern und stellten nur wenige Pflegehilfskräfte neu ein.
- Als die PPR 1995 ausgesetzt und 1996 aufgehoben wurde und der Stellenabbau einsetzte, traf dieser bis zum Jahr 2000 vorrangig die Pflegehilfskräfte. Die Zahl der Pflegefachkräfte wurde bundesweit hingegen bis auf ca. 346.300 Pflegefachkräfte im Jahr 2001 erhöht.
- Eine Trendumkehr setzte 2002 ein. Ab diesem Jahr wurden auch zunehmend weniger Pflegefachkräfte im Pflegedienst beschäftigt.
- Ab 2008 wurde die Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte wieder erhöht und stieg bis 2013 auf ca. 343.800 an.

¹⁹ vgl. hierzu § 1 Abs. 1 PPR: „Sie regelt die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für den Pflegedienst mit Ausnahme der Pflege in Intensiveinheiten, in Dialyseeinheiten und in der Psychiatrie“.

²⁰ "Es wird davon ausgegangen, daß alle Stellen grundsätzlich mit qualifiziertem Pflegepersonal (drei- und einjährig Ausgebildete) besetzt werden" (BT-Drs. 12/3608: 145).

Bei der Interpretation der angegebenen Zahlen ist wichtig zu beachten, dass es sich um die Zahl der Beschäftigten handelt, nicht um Vollkräfte. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung, als ab Mitte der 1990er Jahre ‚Stellen‘ im Sinne von Vollzeitstellen bzw. Vollkräften abgebaut wurden und parallel dazu Teilzeitbeschäftigung ausgeweitet wurde. So wurde zwar die Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst erhöht, die Zahl der Vollkräfte und damit das für die Patientenversorgung verfügbare Arbeitszeitvolumen ging jedoch kontinuierlich zurück.

Durch diese Entwicklungen veränderte sich der Anteil der Pflegehilfskräfte an der Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst allgemeiner Krankenhäuser. Er lag 1993 bei 16,0 %, sank bis 2004 auf 8,9 %, stieg danach wieder an und lag 2013 bei 10,1 %. Da die veröffentlichte Krankenhausstatistik die Angabe zur Zahl der Vollkräfte nicht differenziert nach einzelnen Pflegeberufen bietet, kann aus diesen Daten nicht auf entsprechende Anteile an der Zahl der Vollkräfte geschlossen werden.

Die Bedeutung dieser Zusammenhänge für die aktuelle und weitere Diskussion über eine Verbesserung der personellen Besetzung des Pflegedienstes der allgemeinen Krankenhäuser liegt insbesondere darin, dass der Qualifikationsmix stärker als bislang in den Blick genommen werden sollte. Das aktuell geplante Pflegestellen-Förderprogramm erlaubt – wie auch das erste Pflegeförderprogramm 2009-2011 – eine Förderung nur für zusätzliche Stellen, die mit Pflegefachkräften besetzt werden. Eine Ausweitung des Bereichs der Pflegehilfskräfte ist von der Förderung ausgeschlossen.

Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung ist durchaus zu begrüßen, dass die Mittel beider Programme nicht für eine Ausweitung der Zahl an Hilfskräften verwendet werden können. Mittel- und langfristig sollte allerdings geklärt werden, welcher Qualifikationsmix fachlich vertretbar und politisch gewollt ist.

Die Tatsache, dass beide Pflegeförderprogramme die Förderung auf Stellen für Pflegefachkräfte begrenzten, war und ist nicht darin begründet, dass der Gesetzgeber und die an den Beratungen beteiligten Pflegeverbände eine Fachkraftquote von 100 % im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser anstrebten bzw. anstreben. Im Gesetzentwurf des KHRG 2009 war zunächst vorgesehen, dass die Mittel des Programms für die „Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal“ (BT-Drs. 16/10807: 12) verwendet werden konnten. Um die Möglichkeit auszuschließen, dass die Mittel des Programms überwiegend oder ausschließlich für die Einstellung von ausgebildeten Pflegehilfskräften verwendet werden, wurde im Rahmen der Beratungen des Gesundheitsausschusses in den Gesetzentwurf eingefügt und auch vom Bundestag beschlossen, dass die Mittel nur für dreijährig ausgebildetes Pflegepersonal mit einer Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz verwendet werden dürfen (BT-Drs. 16/11429: 19).

Weder das erste noch das zweite Programm basierte auf einer expliziten Vorstellung zum gewünschten Qualifikationsmix. Eine solche ist sicherlich für ein solches zeitlich befristetes Programm auch nicht erforderlich. Eine Anschlussregelung nach dem Jahr 2018 sollte jedoch

auf einer Klärung der Frage des Qualifikationsmix aufbauen. Wenn nicht eine hundertprozentige Besetzung mit Pflegefachkräften, sondern ein Mix aus Fach- und Hilfskräften als angemessen angesehen wird, wie es auch international üblich und weit verbreitet ist, dann muss eine Anschlussregelung auch die Finanzierung von Stellen vorsehen, die mit Pflegehilfskräften besetzt werden bzw. sind. Ein möglicher Ansatz könnte sein, ähnlich wie für Pflegeheime auch eine ‚Fachkraftquote‘ zu definieren und darin festzulegen, wie hoch der Anteil der Pflegefachkräfte an der Personalbesetzung insgesamt mindestens zu sein hat.

8 Literatur

- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey H. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. In: JAMA, Jg. 288, Heft 16, S. 1987-1993.
- Aiken, Linda H. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Online verfügbar unter: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8) (1.08.2015).
- Aiken, Linda H.; Sloane, Douglas M.; Bruyneel, Luk; Van den Heede, Koen; Sermeus, Walter (2012): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Online verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009> (1.08.2015).
- Alber, Jens (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstandes in der Bundesrepublik. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Jg. 1, Heft 3, S. 335-362.
- APK, Aktion Psychisch Kranke e.V. (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Online verfügbar unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/43/05/00/Publikation_PschPV.pdf (21.07.2008).
- Bartholomeyczik, Sabine (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim: Juventa, S. 83-99.
- Baum, Georg; Tuschen, Karl-Heinz (2000): Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG-Entgeltsystems. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 17, Heft 5, S. 449-460.
- Bickel, Horst (2014): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf (16.07.2015).
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1985): Verfahren zur Ermittlung des leistungsbezogenen Personalbedarfs in Krankenhäusern (PBEV). Abschlussbericht. Band I. Bonn.
- BT-Drs. 12/3608, Bundestags-Drucksache 12/3608 vom 5.11.1992. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz).
- BT-Drs. 16/10807, Bundestags-Drucksache 16/10807 vom 07.11.2008. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG).
- BT-Drs. 16/11429, Bundestags-Drucksache 16/11429 vom 17.12.2008. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 16/10807, 16/10868 – Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG).
- Dinkel, Reiner H.; Görtler, Edmund; Milenovic, Ina (1991): Pflegenotstand in Akutkrankenhäusern. Die Entwicklung des Pflegeaufwandes in bundesdeutschen Akutkrankenhäusern zwischen 1980 und 1989. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Jg. 16, Heft, S. 194-201.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1986): Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser vom 10.10.1985. In: Das Krankenhaus, Jg. 78, Heft 1, S. 41-43.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1989): Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst. Analytisches Konzept. Düsseldorf: DKG.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2014): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Januar 2014. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/15866.2014-01-31_Anlage_PM-KH-Investitionsfoerderung_Bestandsaufnahme_Januar_2014.pdf (1.02.2014).
- Eichhorn, Siegfried (1975): Krankenhausbetriebslehre, Band 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- GKV, Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (1993): Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der GKV zu den Budget- und Pflegesatzverhandlungen 1994 vom 26.10.1993 (wörtlicher Abdruck). In: Das Krankenhaus, Jg. 12, Heft, S. 539-549.
- GKV-Spitzenverband (2013): Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntG (Förderjahre 2009 bis 2011). Online verfügbar unter: <http://www.gkv->

- spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM_2013-07-08_2013_06_28_PSP_4_Bericht_final.pdf (8.07.2013).
- Görres, Stefan; Bombal, Jaqueline; Schwanke, Aylin; Stöver, Martina; Schmitt, Svenja (2010): Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten - Einstellungen von Schüler/innen zur möglichen Ergreifung eines Pflegeberufes. Abschlussbericht. Online verfügbar unter: http://www.public-health.uni-bremen.de/downloads/abteilung3/projekte/Imagekampagne_Abschlussbericht.pdf (23.09.2010).
- Heinz, Diane (2004): Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. A Review of Current Literature. In: Dimensions of Critical Care Nursing, Jg. 23, Heft 1, S. 44-50.
- Isfort, Michael (2012): Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Online verfügbar unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Demenz_im_Krankenhaus_Handreichung_Endbericht.pdf (15.07.2015).
- Kane, Robert L.; Shamliyan, Tatyana; Mueller, Christine; Duval, Sue; Wilt, Timothy J. (2007): The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes. Systematic Review and Meta-Analysis. In: Medical Care, Jg. 45, Heft 12, S. 1195-1204.
- Kazanjian, Arminée; Green, Carolyn; Wong, Jennifer; Reid, Robert (2005): Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: a systematic review. In: Journal of Health Services Research & Policy, Jg. 10, Heft 2, S. 111-117.
- Kunze, Heinrich; Kaltenbach, Ludwig (Hg.) (2005): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kunze, Heinrich; Schmidt-Michel, Paul-Otto (2007): Zur Erosion der PSYCH-PV und zukünftigen Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. In: Der Nervenarzt, Jg. 78, Heft 12, S. 1460-1464.
- Lang, Thomas A.; Hodge, Margaret; Olson, Valerie; Romano, Patrick S.; Kravitz, Richard L. (2004): Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. In: Journal of Nursing Administration, Jg. 34, Heft 7/8, S. 326-337.
- Langsbear, Annette J.; Sheldon, Trevor A.; Maynard, Alan (2005): Nurse Staffing and Healthcare Outcomes. A Systematic Review of the International Research Evidence. In: Advances in Nursing Science, Jg. 28, Heft 2, S. 163-174.
- Numata, Yuka; Schulzer, Michael; Wal, Rena van der; Globerman, Judith; Semeniuk, Pat; Balka, Ellen; FitzGerald, Mark (2006): Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta analysis. In: Journal of Advanced Nursing, Jg. 55, Heft 4, S. 435-448.
- Penoyer, Daleen A. (2010): Nurse staffing and patient outcomes in critical care: A concise review. In: Critical Care Medicine, Jg. 38, Heft 7, S. 1521-1528.
- Plücker, Wolfgang (1992): Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Düsseldorf: DKI.
- Rothgang, Heinz; Iwansky, Stephanie; Müller, Rolf; Sauer, Sebastian; Unger, Rainer (2010): BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schwäbisch Gmünd: Asgaard-Verlag.
- Schmid, Andrea; Hoffmann, Leslie; Happ, Marie Beth (2007): Failure to Rescue. A Literature Review. In: Journal of Nursing Administration, Jg. 37, Heft 4, S. 188-198.
- Schöning, Brigitte; Luithlen, Eberhard; Scheinert, Hanns (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber.
- Simon, Michael (2009): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 14, Heft 2, S. 101-123.
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Studie für den Deutschen Pflegerat. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf (26.01.2012).
- Simon, Michael (2014a): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus. In: Manzei, Alexandra; Schmiede, Rudi (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer, S. 157-177.
- Simon, Michael (2014b): Personalbesetzungsstandards für den Pflegedienst der Krankenhäuser: Zum Stand der Diskussion und möglichen Ansätzen für eine staatliche Regulierung. Ein Diskussionsbeitrag. Online verfügbar unter: http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon_Paper_Personalbesetzungsstandards.pdf (17.09.2014).
- StBA, Statistisches Bundesamt (2015): 19,1 Millionen Patienten 2014 stationär im Krankenhaus behandelt. Pressemitteilung vom 12. August 2015 – 290/15. Online verfügbar unter:

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_290_231.html
(13.08.2015).

SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1991): Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Jahresgutachten 1991. Baden-Baden: Nomos.

Tourangeau, Ann E.; Cranley, L. A. (2006): Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. In: Quality and Safety in Health Care, Jg. 15, Heft 2, S. 4-8.

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (20.07.2012).