

Michael Simon

## **Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung**

Abschlussbericht

---

### **Auf einen Blick...**

- Als zentraler Ansatz für die Gewährleistung und dauerhafte Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser wird die externe Vorgabe von Mindestbesetzungen vorgeschlagen.
- Die entsprechende Rechtsgrundlage dafür ist mit dem § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gegeben.
- Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes sollten ausgehend vom Pflegebedarf der Patienten entwickelt werden und benötigen von daher den Einsatz geeigneter Methoden der Personalbedarfsermittlung.
- In der Studie werden mehrere gegenwärtig eingesetzte Methoden der Personalbedarfsermittlung vorgestellt und auf ihre Eignung für ein System von Mindestanforderungen hin überprüft.
- Die Vorgabe von Mindestbesetzungen ist auch mit Fragen der Finanzierung verbunden. Die vorliegende Untersuchung zeigt mögliche Wege der Berücksichtigung von Mindestanforderungen sowohl bei der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen als auch bei der Konstruktion des Patientenklassifikationssystems auf.

Michael Simon

**Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser:  
Mindestanforderungen als Ansatz  
zur nachhaltigen Sicherung einer  
ausreichenden Personalbesetzung**

Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung

Hannover, August 2008

Prof. Dr. Michael Simon  
Fachhochschule Hannover  
Fakultät V  
Abteilung Pflege und Gesundheit  
Blumhardtstr. 2  
30625 Hannover  
Email: [michael.simon@fh-hannover.de](mailto:michael.simon@fh-hannover.de)

## **Zusammenfassung**

Im Pflegedienst der Krankenhäuser wurden seit 1996 aufgrund der Budgetdeckelung und Einführung des DRG-Systems insgesamt über 50.000 Vollzeitstellen abgebaut. Allein in den Jahren 2002-2004, den ersten Jahren des neu eingeführten DRG-Systems, waren es insgesamt fast 25.000 Stellen. Auch nach 2004 wurde der Stellenabbau fortgesetzt, und es ist gegenwärtig kein Ende dieser Entwicklung absehbar, da es bisher keine verbindlich vorgegebene Untergrenze für die Personalbesetzung des Pflegedienstes gibt. Die vorliegende Untersuchung geht von der Frage aus, wie unter den aktuellen Bedingungen eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erreicht und dauerhaft sichergestellt werden kann.

Da die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser mittlerweile vielfach eine kritische Grenze unterschritten hat, wäre es nicht gerechtfertigt, weiterhin darauf zu vertrauen, dass Krankenhäuser von sich aus eine ausreichende Personalbesetzung vorhalten. Offensichtlich ist es erforderlich, im Rahmen der externen Qualitätsicherung für alle Krankenhäuser verbindliche Mindestanforderungen an die Personalbesetzung vorzugeben. Die entsprechende Rechtsgrundlage hierfür ist bereits mit dem § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gegeben.

Solche Mindestanforderungen müssen ausgehend vom Pflegebedarf der Patienten entwickelt werden und benötigen von daher den Einsatz geeigneter Methoden der Personalbedarfsermittlung. In der vorliegenden Studie werden mehrere gegenwärtig in deutschen Krankenhäusern eingesetzte Methoden der Personalbedarfsermittlung vorgestellt und auf ihre Eignung für ein System von Mindestanforderungen hin überprüft. Die Prüfung führt zu dem Ergebnis, dass sowohl die Pflege-Personalregelung als auch die Psychiatrie-Personalverordnung grundsätzlich für einen solchen Einsatz geeignet sind. Die Anhaltszahlen der DKG sowie das in der Intensivmedizin teilweise verwendete Therapeutic Intervention Scoring System genügen den zu stellenden Anforderungen dagegen nicht.

Die Vorgabe von Mindestbesetzungen wirft auch die Frage der Finanzierung auf. Die vorliegende Untersuchung zeigt mögliche Wege der Berücksichtigung von Mindestanforderungen sowohl bei der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen als auch bei der

Konstruktion des Patientenklassifikationssystems auf. Es ist allerdings festzuhalten, dass die Einführung von extern vorgegebenen Mindestbesetzungen nicht an die Bedingung geknüpft werden kann, dass zugleich eine in jedem Einzelfall ausreichende Refinanzierung der damit verbundenen Personalkosten gewährleistet ist.

Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern sind unabhängig vom jeweiligen Finanzierungssystem zu stellen. Sie haben sich in erster Linie am Interesse der Patienten zu orientieren, im Krankenhaus nicht aufgrund unzureichender sachlicher oder personeller Ausstattung gesundheitlichen Schaden zu erleiden.

# Inhalt

1	Einleitung .....	7
2	Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser .....	15
2.1	Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser .....	18
2.1.1	Zur Vorgeschichte .....	18
2.1.2	Eine Bestandsaufnahme .....	22
2.2	Stellenabbau und Leistungsentwicklung .....	28
2.2.1	Kennzahlen der Krankenhausstatistik zur Erfassung der Leistungsentwicklung .....	29
2.2.2	Folgen des Stellenabbaus bei gleichzeitiger Leistungsausweitung .....	32
2.3	Bedeutung der Personalbesetzung im Pflegedienst für die Qualität der Patientenversorgung.....	37
3	Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung des Pflegedienstes .....	42
3.1	Mindestanforderungen an die Strukturqualität als Bestandteil externer Qualitätssicherung.....	45
3.2	Gesetzliche Grundlagen für Mindestanforderungen und Stand der Umsetzung .....	47
4	Eignung ausgewählter Verfahren der Personalbedarfsermittlung als Instrument externer Qualitätssicherung .....	54
4.1	Grundsätze und Probleme der Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser .....	55
4.1.1	,Arbeitszeitbedarf' und Ist-Soll-Problematik .....	57
4.1.2	Auswahl der vorzustellenden Verfahren .....	58
4.2	Personalbedarfsermittlung für den allgemeinen Pflegedienst auf Normalstationen .....	60
4.2.1	Anhaltszahlenrechnung .....	60
4.2.2	Pflege-Personalregelung .....	66
4.3	Personalbedarfsermittlung für Intensivstationen .....	73
4.3.1	Anhaltszahlen .....	74
4.3.2	Therapeutic Intervention Scoring System (TISS).....	78

4.4	Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie .....	84
4.4.1	Psychiatrie-Personalverordnung.....	85
5	Eckpunkte für ein System von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser .....	88
5.1	Grundlegende Vorbemerkungen .....	88
5.2	Kernelemente eines Systems von Mindestanforderungen .....	91
5.3	Vorgabe von Mindestanforderungen .....	94
6	Zur Frage des Verhältnisses von Mindestanforderungen und DRG-System.....	96
6.1	Konsequenzen für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen.....	97
6.2	Konsequenzen für das DRG-Fallgruppensystem .....	99
6.3	Neuere Entwicklungen für die Psychiatrie .....	102
7	Schlussbetrachtung .....	103
8	Anhang.....	106
9	Literatur.....	112

## 1 Einleitung

Seit dem Jahr 1996 findet im Pflegedienst der Krankenhäuser in Deutschland ein kontinuierlicher Personal- und Stellenabbau statt, bei gleichzeitiger kontinuierlicher Leistungssteigerung.

- Die Zahl der Beschäftigten und Vollzeitstellen liegt mittlerweile unter der des Jahres 1991, als bundesweit über einen Pflegenotstand im Pflegedienst der Krankenhäuser diskutiert wurde, der primär als Folge einer Unterbesetzung der Pflege galt.
- Zwischen 1995 und 2006 wurden insgesamt 14,6 % oder ca. 51.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser abgebaut.
- Die Zahl der vollstationären Fälle stieg zwischen 1995 und 2005 um ca. 6 %. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren eine deutliche Ausweitung der nicht-vollstationären Versorgungsformen zu verzeichnen. So stieg die Zahl der ambulanten Operationen zwischen 2002 und 2005 um ca. 160 % von ca. 575.000 auf 1,5 Mio., die Zahl der vorstationären Behandlungen um ca. 70 % und die der teilstationären Behandlungen um 40 %.<sup>1</sup>
- Zudem steigt seit Jahren als Folge der demographischen Entwicklung insbesondere der Anteil der alten und hoch betagten Patienten im Krankenhaus, die einen überdurchschnittlichen Pflegebedarf haben.
- Aus diesen Entwicklungen resultiert eine seit Mitte der 1990er Jahre stark ansteigende Arbeitsbelastung mit problematischen Folgen nicht nur für die Gesundheit der Beschäftigten im Pflegedienst, sondern auch für die Qualität der Patientenversorgung.

Der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ist vor allem auf drei Ursachen zurückzuführen:

---

<sup>1</sup> Da die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes diese Leistungskennzahlen erst ab 2002 gesondert ausweist, kann die Entwicklung dieser Leistungen vor 2002 nicht einbezogen werden.

1. Seit 1993 sind die Krankenhausbudgets ‚gedeckelt‘. Es werden jährliche Steigerungsraten vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgegeben, die sich an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder orientieren. Diese Veränderungsraten lagen in den letzten Jahren mehrfach unter 1 % und reichten in den meisten Jahren seit 1996 nicht aus, um allgemeine Preisentwicklungen und Tariferhöhungen auszugleichen. Dadurch waren zahlreiche Krankenhäuser gezwungen, Personalkosten einzusparen und Stellen abzubauen.
2. Allerdings kann nicht der gesamte Stellenabbau durch die Budgetdeckelung erklärt werden. Während vor allem im Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie im Pflegedienst Stellenabbau erfolgte, wurden im ärztlichen Dienst über den gesamten Zeitraum zusätzliche Stellen geschaffen. Dies war unter den Bedingungen der Budgetdeckelung nur durch einen überproportionalen Stellenabbau in anderen Dienstarten möglich. Eine Analyse auf Grundlage der Krankenhauskostendaten konnte zeigen, dass im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser mehr als die Hälfte des Stellenabbaus aufgrund der Deckelung nicht notwendig gewesen wäre und offensichtlich für Zwecke der internen Umverteilung von Ressourcen erfolgte (Simon 2007a, 2008).
3. Die dritte wesentliche Ursache des Stellenabbaus ist die 2003 begonnene schrittweise Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein umfassendes DRG-Fallpauschalensystem. Das DRG-System hat zu einer Umverteilung der Mittel im Krankenhausbereich geführt, mit der Folge, dass es Gewinner- und Verliererkrankenhäuser gibt. Krankenhäuser mit über dem Landesdurchschnitt liegenden Fallkosten („Verliererkrankenhäuser“)<sup>2</sup> mussten zum Teil erhebliche Budgeteinbußen hinnehmen, die vielfach zu weiterem Personabbau zwangen. So wurden allein im Jahr 2003 ca. 7.200 und im Jahr 2004 sogar über 10.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser gestrichen.

Aufgrund des anhaltenden Personalabbaus steigt die Arbeitsbelastung im Pflegedienst seit Jahren kontinuierlich an. Es häufen sich Hinweise darauf, dass in einigen Bereichen und Kliniken der Personalabbau mittlerweile ein Ausmaß erreicht hat, der zur chronischen Unterbesetzung auf Stationen und Mangelversorgung von Patienten führt. Das Problem war im letzten Jahr bereits mehrfach Gegenstand der Medienberichterstattung.

---

<sup>2</sup> Im Jahr 2006 gehörten ca. 40 % der Krankenhäuser zu den Verliererkrankenhäusern und mussten Budgetkürzungen kompensieren (Braun/Rau/Tuschen 2008).

Bislang wurden jedoch noch keine umfassenden Untersuchungen zu den Auswirkungen des Stellenabbaus auf die Patientenversorgung durchgeführt, die allgemein gültige Aussagen über Art und Umfang der Auswirkungen zulassen würden. Eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des DRG-Systems, die 2002 vom Gesetzgeber gefordert wurde, wurde bis heute weder von den Spitzenverbänden noch vom BMG in Auftrag gegeben. Sofern es begleitende Forschung zu den Auswirkungen gibt, geht sie auf eigenständige Initiativen von Wissenschaftlern zurück, die aus Mitteln anderer Förderinstitutionen finanziert werden.<sup>3</sup>

Für den Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ist gegenwärtig kein Ende absehbar ist. Mit der Kombination von Budgetdeckelung und Einführung des DRG-Systems wurde ein ‚Kellertreppeneffekt‘ ohne jegliche Stopptregel in Gang gesetzt, da es gegenwärtig keine verbindliche Vorgaben für eine mindestens vorzuhaltende Personalbesetzung in Krankenhäusern gibt. Der ‚Kellertreppeneffekt‘ ergibt sich vor allem daraus, dass in die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen Durchschnittswerte eingehen, die durch die Festsetzung von Preisen in dieser Höhe zu Obergrenzen werden und dadurch Krankenhäuser zum Stellenabbau zwingen, die über dem Durchschnitt liegen. Das senkt wiederum den Durchschnittswert, wodurch eine weitere Absenkung der Personalbesetzung erzwungen wird, die wiederum den Durchschnittswert senkt der wiederum zu weiterem Stellenabbau zwingt etc.

Die gegenwärtige Situation unterscheidet sich grundlegend von der vor 1996. Bis 1992 gaben so genannte ‚Anhaltszahlen‘ allgemein gültige Richtwerte für eine angemessene Personalbesetzung vor und zwischen 1993 und 1995 existierte eine gesetzliche Regelung mit allgemein verbindlichen Vorgaben für die Personalbemessung im allgemeinen Pflegedienst der Krankenhäuser (die ‚Pflege-Personalregelung‘). Diese Regelung wurde jedoch aufgrund irrtümlicher Annahmen über die bereits erreichte Aufstockung der Personalbesetzung 1996 zunächst ausgesetzt und kurz darauf abgeschafft (Simon 2007b). Direkt nach Abschaffung der PPR setzte mit dem Jahr 1996 der Stellenabbau im Pflegedienst ein.

Der Stellenabbau ist nicht nur im Hinblick auf die Arbeitsbelastung der Beschäftigten problematisch, sondern vor allem ein Risiko für die Gesundheit der Patienten. Es liegen mittlerweile zahlreiche internationale Studien vor, die einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals im Krankenhaus

---

<sup>3</sup> So insbesondere die von der Hans Böckler Stiftung geförderte WAMP-Studie (vgl. u.a. Braun/Kühn/Rosenbrock 2006; Buhr/Klinke 2006).

und dem Risiko für Krankenhauspatienten belegen, eine schwerwiegende Komplikation zu erleiden oder sogar zu versterben (zum Überblick über den Stand der Forschung vgl. Heinz 2004; IQWiG 2006; Lang et al. 2004; Langsbear/Sheldon/Maynard 2005; Numata et al. 2006; Tourangeau/Cranley 2006). Auch wenn in Deutschland noch keine repräsentative empirische Studie zu den Auswirkungen des Stellenabbau auf die Qualität der Patientenversorgung durchgeführt wurde, kann dennoch davon ausgegangen werden, dass der in der internationalen Forschung festgestellte Zusammenhang auch für Deutschland gilt und bereits negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung eingetreten sind.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen entschlossen sich die Gewerkschaft ver.di und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) im November 2007 dazu, eine Unterschriftensammlung zu starten, mit der gegen den fortschreitenden Personalabbau und die weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Pflege protestiert werden sollte (DBfK/ver.di 2007). Am 5. Juni 2008 wurden ca. 185.000 Unterschriften der Gesundheitsministerin übergeben.

Bereits im Mai 2008 hatte die Gesundheitsministerin ein Sonderprogramm zur Verbesserung der Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser angekündigt und nannte Mitte im Juni die Zahl von 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser, die in den nächsten drei Jahren von den Krankenkassen finanziert werden sollen. Ein am 22. Juli 2008 an die Verbände versendeter Referentenentwurf für die geplante nächste Krankenhausreform enthielt die Ankündigung eines Sonderprogramms zur Finanzierung von 21.000 zusätzlichen Stellen.

Die Notwendigkeit einer politischen Intervention zur Verbesserung der Lage der Pflege in den Krankenhäusern wird somit auch vom BMG gesehen und anerkannt. Es sind allerdings noch eine Reihe offenere Fragen zu klären und zudem bestehen unterschiedliche Vorstellungen zwischen maßgeblichen politischen Akteuren.

In der gemeinsamen Erklärung von ver.di und DBfK zur Unterschriftenkampagne „Uns reicht's“ wird die Forderung nach einem verpflichtenden analytischen Personalbemessungsverfahren zur Sicherstellung einer angemessenen Personalausstattung erhoben. Damit wird offenbar insbesondere auch die aufgehobene Pflege-Personalregelung angesprochen, die zwar nicht mehr in Budgetverhandlungen zu Grunde zu legen ist, wohl aber in zahlreichen Krankenhäusern zur internen Ermittlung des Personalbedarfs genutzt wird. Die Forderung ist allerdings noch sehr allge-

mein gehalten und bedarf für das anstehende Gesetzgebungsverfahren der Konkretisierung, falls sie in die laufenden Verhandlungen eingebracht werden soll.

Deutlichen Protest gegen das geplante Sonderprogramm haben allerdings führende Vertreter der Krankenkassen bereits angemeldet, die zumindest teilweise offenbar Zweifel an der Notwendigkeit zusätzlicher Stellen im Pflegedienst haben.

Das BMG hingegen erkennt zwar die Notwendigkeit zusätzlicher Stellen an, lehnt aber die Rückkehr zur PPR oder anderen Verfahren der Personalbedarfsermittlung ab. Im Referentenentwurf für ein Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) ist stattdessen vorgesehen, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bis 2012 Kriterien für die Berücksichtigung überdurchschnittlichen Pflegeaufwandes in den DRG-Fallpauschalen entwickelt. Bis Ende 2011 soll die Finanzierung zusätzlicher Stellen über einen gesondert zu berechnenden Zuschlag auf die Vergütungen finanziert werden. Weder im Referentenentwurf noch in seiner Begründung findet sich allerdings ein Hinweis darauf, nach welchen Kriterien dieser Zuschlag berechnet und zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart werden soll. Ohne derartige Kriterien dürfte sich die Umsetzung des geplanten Sonderprogramms aber ausgesprochen schwierig gestalten, da es vermutlich für die Krankenkassen nicht akzeptabel sein wird, jede von einem Krankenhaus neu geschaffene Stelle im Pflegedienst automatisch mitzufinanzieren, unabhängig von der Frage, ob in dem jeweiligen Krankenhaus überhaupt Bedarf an zusätzlichen Stellen besteht.

Unabhängig von der kurzfristigen Lösung dieses Problems steht – sofern die gegenwärtigen Planungen beibehalten werden – für die nächsten Jahre die Entwicklung eines Systems der ‚Abbildung‘ des Pflegeaufwandes im DRG-System an. Da dieses von hoher Relevanz nicht nur für die Pflegepraxis und ihre verbandspolitischen Vertretungen ist, sondern natürlich auch für die Krankenhausträger und vor allem die Krankenkassen und andere Kostenträger, dürfte in dieser Frage für die nächsten Monate und Jahre eine ausführliche und sicherlich auch kontroverse Diskussion zu erwarten sein.

Mit der vorliegenden Studie soll ein Beitrag zur Vorbereitung und Unterstützung dieser Diskussion geleistet werden. Im Mittelpunkt der Studie steht die Frage, wie eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erreicht und dauerhaft sichergestellt werden kann. Dazu wird zunächst die Relevanz des Themas anhand einer Bestandsaufnahme des bisherigen Stellenabbaus aufgezeigt sowie die

Bedeutung einer ausreichenden Personalbesetzung für die Gesundheit der Krankenhauspatienten auf Grundlage internationaler Forschungsergebnisse dargelegt.

Die Analyse der bisherigen Entwicklung und der gegenwärtigen Situation führt zu der Schlussfolgerung, dass dringender Handlungsbedarf für die Vorgabe von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser besteht. Um aufzuzeigen, dass damit kein für den Krankenhausbereich neuer Weg beschritten würde, sondern an bereits vorhandene Ansätze und Regelungen angeknüpft werden kann, werden die bereits vorhandenen Ansätze für Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern in einem weiteren Kapitel vorgestellt.

Da zur Entwicklung von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung Instrumente zur Einschätzung des Pflegebedarfs und davon abgeleiteten Personalbedarfs erforderlich sind, werden in einem weiteren Kapitel ausgewählte Ansätze der Personalbedarfsermittlung für den Pflegedienst der Krankenhäuser vorgestellt und auf ihre Eignung als Grundlage für die Ableitung von Mindestanforderungen geprüft.

Auf Grundlage der vorhergehenden Analysen werden schließlich Eckpunkte für ein System von Mindestanforderungen für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser vorgestellt und wird abschließend auf die Frage der Konsequenzen solcher Mindestanforderungen für die Konstruktion des DRG-Systems eingegangen.

Da sich einige der im Folgenden verwendeten Begriffe aus dem Alltagsverständnis heraus nicht erschließen, sollen sie an dieser Stelle erklärt werden.

Für die vorliegende Untersuchung ist vor allem die Unterscheidung in Beschäftigte und Vollkräfte von zentraler Bedeutung. Beide Kennzahlen sind in der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes enthalten und für ihre richtige Interpretation ist es erforderlich, die jeweilige Definition des Begriffs in der Krankenhausstatistik zu kennen.<sup>4</sup> Die Zahl der **Beschäftigten** gibt an, wie viel Personal am jeweils ausgewiesenen Stichtag in Krankenhäusern beschäftigt waren. Stichtag ist in der Regel der 31.12. des Jahres. Die Kennzahl ist unabhängig um Umfang der jeweiligen im Einzelfall arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit. Es werden folglich Vollzeitbeschäftigte und Teilzeitbeschäftigte ebenso wie nur vorübergehend Beschäftigte mit einem gleichen Wert berücksichtigt. Diese Zahl kann somit zwar Auskunft über

---

<sup>4</sup> Zu den nachfolgenden Definitionen vgl. die Erläuterungen der Krankenhausstatistik in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 des Statistischen Bundesamtes („Grunddaten der Krankenhäuser“).

die Zahl der Arbeitsplätze geben, zeigt aber nicht an, wie hoch das verfügbare Arbeitszeitvolumen war bzw. ist. Darüber gibt die Zahl der Vollkräfte Auskunft.

Die in der amtlichen Krankenhausstatistik enthaltene Zahl der **Vollkräfte** wird ermittelt, indem die verschiedenen Beschäftigungsformen auf so genannte Vollzeitäquivalente im Jahresdurchschnitt umgerechnet werden. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte gehen somit mit dem jeweiligen Anteil ihrer Arbeitszeit ein, ebenso wie nur vorübergehend Beschäftigte. Da früher, als noch Stellenpläne zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vereinbart wurden, Auszubildende mit festgelegten Anteilen auf den Stellenplan angerechnet wurden, werden auch sie mit diesem Anteil bei der Be-rechnung der Vollzeitäquivalente berücksichtigt.<sup>5</sup> Der Begriff ‚Vollkraft‘ ist vergleichbar dem in der Krankenhauspraxis häufig benutzten Begriff der **Vollzeitstelle**. In der vorliegenden Studie werden beide Begriffe dementsprechend auch synonym verwendet.

Eine weitere wichtige begriffliche Unterscheidung ist die in ‚Pflegedienst‘ und ‚allgemeinen Pflegedienst‘. Der Begriff **Pflegedienst** wird hier im Sinne der Krankenhausstatistik verwendet. In der Krankenhausstatistik gilt als Pflegedienst nur das Pflegepersonal in bettenführenden Abteilungen, nicht aber in den so genannten Funktionsbereichen wie Ambulanz, Notfallaufnahme, OP, Anästhesie, Röntgen etc. Pflegepersonal auf Intensivstationen wird somit dem ‚Pflegedienst‘ zugerechnet, wenngleich deren Zahl leider nicht gesondert ausgewiesen wird.

Der Begriff **allgemeiner Pflegedienst** ist in der vorliegenden Studie aus der Pflege-Personalregelung übernommen, die nur für den allgemeinen Pflegedienst galt, nicht aber für den Pflegedienst auf Intensivstationen oder in den verschiedenen Funktionsbereichen. Somit schließt der allgemeine Pflegedienst nur das Pflegepersonal in bettenführenden Abteilungen ohne Intensivstationen ein.

Eine weitere Unterscheidung der Krankenhausstatistik ist die in Krankenhäuser, allgemeine Krankenhäuser und sonstige Krankenhäuser. Als **allgemeine Krankenhäuser** gelten in der Krankenhausstatistik alle Krankenhäuser, die nicht ausschließlich über Betten für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten verfügen. Auf sie entfallen knapp 90 % der Krankenhäuser, 96 % der Betten und 94 % der Vollkräfte in Krankenhäusern insgesamt. Als **sonstige Krankenhäuser** werden dementsprechend Kranken-

---

<sup>5</sup> Auszubildende in der Kranken- und Kinderkrankenpflege werden im Verhältnis 9,5:1 berücksichtigt, Auszubildende in der Krankenpflegehilfe mit 6:1 (9,5:1 meint, dass jeweils 9,5 Auszubildende als eine Vollkraft berechnet werden).

häuser bezeichnet, 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.

Der Begriff **Psychiatrie** schließt sowohl die psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern als auch psychiatrische Krankenhäuser ein.

## **2 Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser**

Seit Mitte 2007 rückt der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser und seine Auswirkungen zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit. Im Folgenden soll die Entwicklung kurz skizziert werden, um zum Verständnis der gegenwärtigen Diskussionen und aktuellen Relevanz des Themas beizutragen.

Eine Art ‚Initialzündung‘ ging von einer Umfrage unter Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser aus, deren Ergebnisse vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung Mitte 2007 veröffentlicht wurden. Die Befragung von ca. 260 Leitungskräften ergab, dass nach deren Einschätzung der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser bereits zu Verschlechterungen der Patientenversorgung geführt hat (DIP 2007). In den folgenden Monaten berichteten mehrere Fernsehdokumentationen<sup>6</sup> über die Situation der Pflege in Krankenhäusern und erschienen zahlreiche Zeitungsberichte<sup>7</sup> zu diesem Thema. Im November 2007 starteten der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und der Gewerkschaft ver.di eine Unterschriftenkampagne gegen den Stellenabbau, die bis Anfang Juni 2008 insgesamt 185.000 Unterschriften erbrachte (DBfK/ver.di 2007).

Vor dem Hintergrund der Berichterstattung und offenbar beeindruckt durch Gespräche mit Pflegekräften sowie Verbandsvertretungen der Pflege ging Gesundheitsministerin Ulla Schmidt am 11.03.2008 in ihrer Rede auf dem Frühlingsempfang der DKG auch auf die Situation der Pflege ein (Schmidt 2008b). Darin äußerte sie sich besorgt über den Stellenabbau und berichtete, dass im BMG bereits nach möglichen Lösungen gesucht wurde. Da diese Rede einige Aussagen enthält, auf die an späterer Stelle zurückzukommen sein wird, sollen die betreffenden Passagen zur besserer Nachvollziehbarkeit an dieser Stelle wörtlich zitiert werden:

---

<sup>6</sup> So sendete Report (Mainz) Mitte Juli 2007 einen Beitrag mit dem Titel „Riskante Krankenpflege: Wie in Krankenhäusern auf Kosten der Pflege gespart wird“ (SWR 2007). Die ZDF-Sendung „Frontal 21“ befasste sich am 13.11.2007 in einem Beitrag „Gefährdete Patienten – Pflegenotstand in Krankenhäusern“ sehr kritisch mit der Entwicklung (Becker-Wenzel/Sperling 2007), und die ARD sendete am 5. 05.2008 die Dokumentation „Die Krankenfabrik. Patienten in Not - Schwestern am Limit“ (Nagel/Reutter 2008).

<sup>7</sup> vgl. u.a. Bergius (2007), Koruhn (2007), Nikolow (2007).

„Ich sehe aber mit großer Sorge, dass das Pflegepersonal deutlich abgebaut wird (...) Ich appelliere deshalb an alle verantwortlichen Führungskräfte im Krankenhaus, für einen adäquaten Personaleinsatz Sorge zu tragen und moderne Managementmethoden einzuführen (Ich) weiß, dass es kein einfaches Patentrezept für die adäquate Finanzierung der Personalkosten im Krankenhaus gibt. Ich habe diese Frage oft mit meinen Mitarbeitern diskutiert. Unter DRG-Bedingungen kann es kein Zurück zur Pflegepersonal-Regelung im Sinne einer einheitlichen und bundesweit gültigen Personalbemessung geben. Wir haben auch geprüft, ob es möglich ist, Personalkostenanteile festzuschreiben. Aber das wäre nicht in Einklang mit dem pauschalierten DRG-System. Unabhängig davon müssen Personalkosten, insbesondere auch bei aufwändig zu pflegenden Patienten, im DRG-System angemessen abgebildet werden. Vor diesem Hintergrund ist es vorrangig eine zentrale Aufgabe des Krankenhausmanagements, in den jeweiligen Häusern eine qualitativ hoch stehende Pflege sicher zu stellen. Das ist eine Grundvoraussetzung für eine gute Krankenhausbehandlung. Ich bin offen für Vorschläge, wie wir einen solchen Weg unterstützen können“ (Schmidt 2008b).

Anfang Mai 2008 zeichnete sich ab, dass sich ein Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ bilden würde, dem die wichtigsten Verbände des Krankenhausbereichs angehören und das für den 25.09.2008 zu einer zentralen Demonstration in Berlin aufruft.<sup>8</sup> Sicherlich auch in Reaktion auf diese Entwicklung kündigte die Gesundheitsministerin am 20.05.2008 in ihrer Rede auf dem 111. Deutschen Ärztetag unter anderem ein Sonderprogramm zur Finanzierung von Neueinstellungen im Pflegedienst an (Schmidt 2008a).

Mitte Juni 2008 nannte sie im Vorfeld der für Anfang Juli anberaumten Gesundheitsministerkonferenz erstmals auch eine konkrete Zahl: Innerhalb von drei Jahren sollen 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser geschaffen werden (Süddeutsche Zeitung vom 20.06.2008).

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) vom 2./3.07.2008 unterstützte diese Pläne und sprach sich in ihrem einstimmigen Beschluss zur anstehenden Reform der Krankenhausfinanzierung für eine „zusätzliche Pauschale zur Stärkung der Pflege“ aus (GMK 2008), allerdings ohne Zahlen zu nennen.

Am 22.07.2008 versandte das BMG den Referentenentwurf eines Krankenhausfinanzierungsrahmengesetzes (KHG) an die Verbände. Darin war, wie angekündigt,

---

<sup>8</sup> Das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ wird auf der Seite der Krankenhausträger und Arbeitgeber getragen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Städtetag, der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände und dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, und auf der Seite der Beschäftigten von der Gewerkschaft ver.di, dem Deutschen Pflegerat, dem Marburger Bund und dem Deutschen Beamtenbund (Rettung-der-Krankenhäuser 2008).

ein Sonderprogramm zur Förderung von 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst der Krankenhäuser enthalten.

Wegen inhaltlicher Differenzen stoppte das Kanzleramt jedoch einen Tag später die weitere Versendung des Referentenentwurfes und damit vorerst das Gesetzgebungsverfahren. Die inhaltlichen Differenzen betrafen allerdings in erster Linie die vom BMG geplante Änderung der Investitionsförderung und die Anpassung der Länderbasisfallwerte an einen bundesweit einheitlichen Basisfallwert.

Nach regierungsinterner Klärung wurde der inhaltlich unveränderte Referentenentwurf mit Datum vom 22.08.2008 erneut, und diesmal offenbar als ‚offizieller‘ Entwurf, an die Verbände versandt.

Bis zum Zeitpunkt der Drucklegung der vorliegenden Studie gab es keine Anzeichen, dass das geplante Sonderprogramm für die Pflege innerhalb der Regierungskoalition oder zwischen BMG und unionsregierten Bundesländern strittig ist. Insofern kann wohl davon ausgegangen werden, dass dieses Vorhaben im Grundsatz einvernehmlich von Bundesregierung und Ländern weiter verfolgt wird. Was allerdings Differenzen in Detailfragen nicht ausschließt, die dann aufbrechen könnten, wenn die Konkretisierung des bislang nur sehr allgemein beschriebenen Programms verhandelt wird.

Das in Aussicht gestellte Sonderprogramm grundsätzlich in Frage zu stellen, dürfte mittlerweile aber sowohl aus Sicht der Regierungskoalition als auch der Länder politisch wenig ratsam sein. Zum einen hat sich – wie bereits erwähnt – ein Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ gebildet, das bereits zahlreiche Aktionen und kleinere Demonstrationen in verschiedenen Städten durchgeführt hat und das für den 25.09.2008 eine bundesweite Demonstration in Berlin vorbereitet. Auch die Medienberichterstattung unterstützt die Forderungen nach einer Verbesserung der Personalsituation, so dass eine erklärte Gegnerschaft gegen das Programm mit dem Risiko eines nicht unerheblichen politischen Ansehensverlustes verbunden sein dürfte.

Dennoch aber ist mit Widerspruch gegen das Sonderprogramm zu rechnen. So hat beispielsweise der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung bereits Widerstand gegen ein aus seiner Sicht „zweifelhaften Sonderprogramm für Pflegekräfte“ angemeldet (Stackelberg 2008). Es erscheint von daher sinnvoll, vor der weiteren Erörterung des Themas zunächst auf die Notwendigkeit einer Personalauflstockung im Pflegedienst der Krankenhäuser näher einzugehen. Hierzu wird im nachfolgenden Kapitel die Entwicklung der Personalbesetzung im Pflegedienst der

Krankenhäuser auf Grundlage der verfügbaren Daten der Krankenhausstatistik nachgezeichnet.

## **2.1 Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser**

Im Folgenden wird zunächst kurz auf die historische Entwicklung seit den 1970er Jahren kurz eingegangen. Dem Stellenabbau ab 1996 ging eine kurze Phase der Aufstockung des Pflegedienstes voraus, ausgelöst durch zwei staatliche Regelungen zur Stellenplanberechnung im Pflegedienst, die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und die Pflege-Personalregelung (PPR). Die PPR galt nur bis Ende 1995, die Psych-PV ist heute noch Grundlage der Budgetverhandlungen für die stationäre Psychiatrie. Unabhängig davon nehmen beide Regelungen in der gegenwärtigen Diskussion eine zentrale Rolle ein, die PPR, weil die Frage im Raum steht, ob sie wieder in Kraft gesetzt werden sollte, und die Psych-PV, weil sie maßgebliche Grundlage für die Entwicklung eines pauschalierten Entgeltsystems für die Psychiatrie werden soll. Es ist damit zu rechnen, dass die Legitimität beider Regelungen in der anstehenden Diskussion in Frage gestellt wird. Insofern erscheint es sinnvoll, in Erinnerung zu bringen, vor welchem Hintergrund sie entstanden sind und welche Ziele mit ihnen verbunden waren.

### **2.1.1 Zur Vorgeschichte**

Seit dem Jahr 1996 werden Stellen und Personal im Pflegedienst der Krankenhäuser abgebaut.<sup>9</sup> In den vorhergehenden Jahren waren zunächst zusätzliche Stellen geschaffen worden. Dieser Stellenzuwachs war letztlich auf Entwicklungen in den 1980er Jahren und eine breite öffentliche Diskussion über einen Pflegenotstand Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre zurückzuführen. In den 1980er Jahren hatte es eine deutliche Leistungsintensivierung im Pflegedienst gegeben, ohne dass diese durch entsprechendes zusätzliches Personal aufgefangen wurde. Zentrales Hindernis für eine angemessene Berücksichtigung der Leistungsausweitung und

---

<sup>9</sup> Die Unterscheidung von ‚Stellen‘ und ‚Personal‘ ist insofern angebracht, als in Krankenhäusern seit Jahren zunehmend mehr Vollzeitstellen in Teilzeitstellen umgewandelt werden. Aufgrund dessen ist die Zahl der Beschäftigten (Personal) nicht so stark gesunken wie die Zahl der Vollkräfte (Stellen). Als ‚Stellen‘ werden in der Krankenhauspraxis in der Regel die in den Stellenplänen ausgewiesenen Vollzeitstellen bezeichnet. In der vorliegenden Studie werden dementsprechend die Begriffe ‚Stellen‘, ‚Vollkräfte‘, ‚Vollzeitkräfte‘ oder ‚Vollzeitstellen‘ synonym verwendet.

Leistungsintensivierung bei der Stellenplanberechnung war das System der so genannten „Anhaltszahlen“ für die Personalbemessung im Krankenhaus. Dabei handelte es sich um ein im Kern relativ einfach konstruiertes Verfahren der Berechnung von Stellenplänen, das auf vorgegebenen Verhältniszahlen beruhte. Diese ‚Anhaltszahlen‘ gaben an, für wie viele durchschnittlich belegte Betten eine Vollzeitstelle erforderlich ist. Auf das System der Anhaltszahlen wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen.

Das Anhaltszahlensystem war Anfang der 1950er Jahre entstanden und geriet in den 1970er Jahren zunehmend in die Kritik, da es nicht in der Lage war, die Veränderungen im Pflegebedarf der Patienten – beispielsweise aufgrund der demographischen Entwicklung, der Verweildauerverkürzungen etc. – angemessen zu berücksichtigen. Die Anhaltszahlen dienten vielfach eher dazu, notwendige Stellenplanerweiterungen zu verhindern, beispielsweise wenn externe Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt und die Anhaltszahlen restriktiv angewendet und als Obergrenze eingesetzt wurden.

Um die als unzulänglich angesehenen Anhaltszahlen ersetzen zu können, wurde ab den 1970er Jahren nach neuen Verfahren gesucht, die besser in der Lage sind, die Leistungsentwicklung in der Pflege angemessen abzubilden. Im Rahmen des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz 1981 erteilte der Gesetzgeber den Spitzenverbänden im Krankenhausbereich den Auftrag, Grundsätze und neue Maßstäbe unter anderem auch für die Berechnung der Stellenpläne der Krankenhäuser zu vereinbaren (§ 19 KHG). Die entsprechenden Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führten jedoch zu keinem Ergebnis und wurden schließlich nach ca. sechs Jahren und über 50 Verhandlungsrunden als endgültig gescheitert beendet (Mohr 1988).

Damit ging die Verantwortung für eine Regelung der Personalbemessung auf das damals für den Krankenhausbereich zuständige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) über. Das Ministerium berief zwei Expertengruppen, eine für die Personalbemessung in der Psychiatrie und eine für den allgemeinen Pflegedienst der Krankenhäuser. Die Ergebnisse der beiden Expertengruppen bildeten die Grundlage für zwei staatliche Regelungen der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Zum 1.01.1991 trat die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in Kraft und zum 1.01.1993 die Pflege-Personalregelung (PPR) für den allgemeinen Pflegedienst.

Beide Regelungen sollten nicht nur neue Verfahren zur Berechnung der Stellenpläne bereitstellen, sondern auch eine deutliche Erhöhung der Personalbesetzung bewirken. Für die Psychiatrie wurde die Schaffung von 6.500 zusätzlichen Stellen aufgrund der Psych-PV als Ziel vorgegeben und im allgemeinen Pflegedienst sollten aufgrund der PPR ausgehend vom Bestand des Jahres 1991 bis Ende 1996 insgesamt 26.000 zusätzliche Stellen eingerichtet werden.<sup>10</sup> Die zusätzlichen Stellen sollten nicht in einem Schritt, sondern in mehreren jährlichen Stufen geschaffen werden. Sowohl die Psych-PV als auch die PPR wurden auch unter der 1993 eingeführten Budgetdeckelung umgesetzt und galten als Ausnahmen von der Deckelung, die mit ihrer Umsetzung verbundenen Kosten waren über die Deckelungsgrenze hinaus von den Krankenkassen zu finanzieren. Die PPR wurde allerdings nicht in dem ursprünglich geplanten Umfang verwirklicht, da die Krankenkassen 1995 meldeten, die Zielzahl von 26.000 zusätzlichen Stellen sei bereits erreicht und es bestehe die Gefahr, dass bei einer weiteren Anwendung der PPR mehr Stellen geschaffen würden, als ursprünglich vorgesehen. Der Gesetzgeber reagierte darauf umgehend mit der Aussetzung der PPR für das Jahr 1996 und kurz setzte sie 1997 vollständig außer Kraft. Seit 1.01.1996 ist die PPR nicht mehr Grundlage für Budgetverhandlungen.

Wie eine Analyse der Daten der Krankenhausstatistik zeigt, wurde das Ziel der PPR, die Schaffung von 26.000 zusätzlichen Stellen im Zeitraum 1992 bis 1996, jedoch nicht erreicht (zur ausführlicheren Darstellung vgl. Simon 2008). Im Vergleich zum Jahr 1991 weist die Krankenhausstatistik für 1995 im allgemeinen Pflegedienst der Krankenhäuser lediglich 23.074 zusätzliche Stellen aus. Darin sind zudem auch geschätzte ca. 2.200 zusätzliche Stellen auf Intensivstationen enthalten, die nicht in den Anwendungsbereich der PPR fielen und deshalb von den ausgewiesenen ca. 23.000 neuen Stellen abgezogen werden müssen. Es verbleiben somit lediglich ca. 21.000 zusätzliche Stellen im allgemeinen Pflegedienst. Das Ziel der PPR wurde folglich um ca. 5.000 Stellen verfehlt.

Auch in der Psychiatrie dürfte die Zielzahl von 6.500 zusätzlichen Stellen bis Ende 1995 nicht erreicht worden sein. Da die Krankenhausstatistik für das vereinte Deutschland die entsprechenden Daten erst ab dem Jahr 1991 bereitstellt und somit die Daten für das Ausgangsjahr vor Anwendung der Psych-PV (1990) nicht vorlie-

---

<sup>10</sup> Die Zielzahl von 6.500 zusätzlichen Stellen durch die Psych-PV wurde im Vorblatt des Verordnungsentwurfes genannt (vgl. BR-Drs. 666/90 vom 26.09.1990), die Zielzahl von 26.000 zusätzlichen Stellen aufgrund der PPR findet sich in der amtlichen Begründung der PPR (BT-Drs. 12/3608: 71).

gen, kann der Effekt der Psych-PV nur geschätzt werden. Die Umsetzung der Psych-PV sollte in einem fünfjährigen Zeitraum in den Jahren 1991 bis Ende 1995 geschehen. Gegenüber dem Jahr 1991 wurden bis 1995 insgesamt 1.445 Vollzeitstellen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen geschaffen. Es erscheint sehr unwahrscheinlich, dass allein im Jahr 1991 gegenüber dem Ausgangsjahr vor Anwendung der Psych-PV, dem Jahr 1990, die verbleibenden ca. 5.000 Stellen geschaffen wurden. Insofern ist davon auszugehen, dass auch das Ziel der Psych-PV verfehlt wurde. Geht man davon aus, dass 1991 gegenüber 1990 ebenso wie im darauf folgenden Budgetzeitraum ca. 500 zusätzliche Stellen eingerichtet wurden, verbleiben ca. 4.500 Stellen, um die das Ziel von 6.500 zusätzlichen Stellen verfehlt ~~Wieder~~ Bewertung dieser auf den ersten Blick doch erheblichen Abweichung von der Zielzahl ist allerdings Vorsicht angeraten. Zum einen wurde die Psych-PV 1996 nicht aufgehoben und liefert bis heute die Datenbasis für Budgetverhandlungen, so dass davon auszugehend ist, dass die in der Krankenhausstatistik für die 1990er Jahre ausgewiesenen Daten weitgehend auch dem aufgrund der Psych-PV ermittelten Personalbedarf entsprechen. Die Zielverfehlung bei der PPR kann dagegen dem vorzeitigen Abbruch der Anwendung der PPR zugeschrieben werden. Wäre auch die so genannte ‚4. Stufe‘ der PPR umgesetzt worden, hätte das Ziel höchstwahrscheinlich erreicht werden können. Ein ähnlicher Effekt dürfte bei der Psych-PV nicht aufgetreten sein, da sie wie geplant in fünf Jahresschritten bis 1995 eingeführt wurde. Allerdings unterliegt die stationäre Psychiatrie seit 1996 auch der uneingeschränkten Budgetdeckelung, was dazu geführt hat, dass sich zwischen den vor allem aufgrund der Tariferhöhungen steigenden Personalkosten und der gesetzlich vorgegebenen Budgetsteigerungsrate eine zunehmend größer werdende Lücke ergibt, auch „BAT-Schere“ genannt (Kunze/Schmidt-Michel 2007: 1461). Die Folge ist, dass von den Einrichtungen nicht mehr alle aufgrund der Psych-PV ermittelten notwendigen Stellen finanziert werden können.

Eine für das Budgetjahr 2004 durchgeführte Umfrage unter psychiatrischen Einrichtungen ergab, dass der ‚Erfüllungsgrad‘ der Psych-PV für den Pflegedienst im Jahr 2004 im Bundesdurchschnitt bei ca. 89 % lag (Gebhardt/Schmidt-Michel/Kunze 2007). ‚Erfüllungsgrad‘ meint, dass 2004 nur ca. 89 % der auf Grundlage der Psych-PV erforderlichen Stellen auch tatsächlich finanziert und besetzt waren. Geht man davon aus, dass die in der Krankenhausstatistik für das Jahr 2004 ausgewiesene Zahl von 38.319 Vollkräften im Pflegedienst der Psychiatrie (

Tabelle 3) 89 % der Sollbesetzung nach Psych-PV entsprach, so hätten bei hundertprozentiger Erfüllung der Psych-PV im Pflegedienst der Psychiatrie insgesamt 43.055 Vollkräfte beschäftigt sein müssen. Tatsächlich wurden nur 38.319 Vollkräfte beschäftigt, so dass sich daraus ein Fehlbestand von ca. 4.700 Vollkräften ergibt. Dies entspricht ca. 12,3 % des tatsächlichen Bestandes an Vollkräften beziehungsweise 10,9 % des Soll-Bestandes, der sich bei vollständiger Umsetzung der Psych-PV ergeben hätte.

Da sich an den in der Krankenhausstatistik enthaltenen Leistungskennzahlen keine gravierenden Veränderungen bis zum Jahr 2006 erkennen lassen, dürfte die Unterbesetzung des Pflegedienstes in der Psychiatrie auch im Jahr 2006 bei ca. 4.700 Vollkräften gelegen haben.

### **2.1.2 Eine Bestandsaufnahme**

Das Jahr 1996 markierte einen einschneidenden Wendepunkt für den allgemeinen Pflegedienst in Krankenhäusern. Wie bereits erwähnt, wurde die Pflege-Personalregelung zum 1.01.1996 zunächst ausgesetzt und zum 1.01.1997 schließlich vollständig außer Kraft gesetzt. Dies stand im Zusammenhang mit einer allgemeinen Verschärfung der Budgetdeckelung für Krankenhäuser. Eine Reihe von Ausnahmeregelungen von der Deckelung, die noch im Gesundheitsstrukturgesetz enthalten waren, wurden beseitigt und die Deckelung dadurch insgesamt restriktiver gefasst. Eine der beseitigten Ausnahmeregelungen war die Pflege-Personalregelung.

Mit dem Jahr 1996 setzte in Krankenhäusern insgesamt ein Stellenabbau ein, von dem vor allem der Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie der allgemeine Pflegedienst betroffen waren. Lediglich der ärztliche Dienst wurde ausgenommen und sogar kontinuierlich ausgebaut. Die nachfolgende Analyse bezieht sich vor allem auf die allgemeinen Krankenhäuser, da auf sie der weit überwiegende Teil des Stellenabbaus im Pflegedienst entfiel und für sie auch Daten vorliegen, die eine differenziertere Analyse erlauben.

Allein im ersten Jahr nach Fortfall der PPR, dem Jahr 1996, wurden im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser bereits mehr als 6.000 Vollzeitstellen wieder gestrichen (vgl. Tab. 1-5). Der weit überwiegende Teil des Stellenabbaus entfiel auf Pflegekräfte mit einjähriger oder ohne Ausbildung. Bis zum Jahr 2000 waren von den ca. 23.000 zwischen 1991 und 1995 insgesamt geschaffenen Vollzeitstellen im allge-

meinen Pflegedienst ohne Psychiatrie und einschließlich der Intensivstationen bereits ca. 14.000 und somit mehr als die Hälfte wieder abgebaut .

Im Jahr 2001 trat eine kurzzeitige Beruhigung ein, es wurden insgesamt nur ca. 830 Vollkräfte reduziert. Ab dem Jahr 2002 setzte dann aber ein verstärkter Stellenabbau ein, der seinen Höhepunkt in den Jahren 2003 und 2004 fand. Im Jahr 2003 wurden im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser (o. Psychiatrie) 6.492 und im Jahr 2004 sogar 10.130 Vollzeitstellen gestrichen.

Die Bilanz des Stellenabbaus in den Jahren 1996-2006 kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Gegenüber dem Jahr 1995 wurden im Pflegedienst der Krankenhäuser<sup>11</sup> bis Ende 2006 insgesamt 51.243 Vollzeitstellen abgebaut. Die Zahl bezieht den allgemeinen Pflegedienst, die Intensivstationen und die Psychiatrie ein. Davon entfielen 5.964 Vollzeitstellen auf die Psychiatrie und 45.279 auf den allgemeinen Pflegedienst einschließlich der Intensivstationen.
- Gegenüber dem Ausgangsjahr 1995 entspricht dies einem Stellenabbau in Höhe von 14,8 % im allgemeinen Pflegedienst (einschließlich Intensivstationen) und 13,5 % in der Psychiatrie.

---

<sup>11</sup> Allgemeinkrankenhäuser und sonstige Krankenhäuser.

**Tabelle 1:** Beschäftigte und Vollkräfte in Krankenhäusern

Jahr	Beschäftigte am 31.12.					Vollkräfte im Jahresschnitt				
	ins- gesamt	davon		darunter nichtärztlicher Dienst	ins- gesamt	davon		darunter nichtärztlicher Dienst	Anzahl	Veränd. gegen- über Vorjahr
		ärztlicher Dienst	nichtärztlicher Dienst			ärztl. Dienst	zu- sammen			
		zu- sammen	darunter haupt- amtl. Ärzte	zu- sammen	darunter Pflege- dienst					
1991	1.119.791	110.569	98.051	1.009.222	389.511	875.816	95.208	780.608	326.072	
1992	1.133.050	112.602	98.186	1.020.448	399.915	882.449	97.673	784.776	331.301	5.229
1993	1.134.690	113.063	98.627	1.021.627	405.848	875.115	95.640	779.474	332.724	1.423
1994	1.146.779	115.714	100.919	1.031.065	417.272	880.150	97.105	783.045	342.324	9.600
1995	1.161.863	117.805	103.093	1.044.058	429.183	887.564	101.590	785.974	350.571	8.247
1996	1.150.857	119.419	104.746	1.031.438	427.271	880.000	104.352	775.648	349.423	-1.148
1997	1.133.409	119.936	106.338	1.013.473	420.306	861.549	105.618	755.930	341.138	-8.285
1998	1.124.881	121.232	108.367	1.003.649	419.284	850.948	107.106	743.842	337.716	-3.422
1999	1.114.178	121.918	109.888	992.260	415.865	843.452	107.900	735.552	334.890	-2.826
2000	1.108.646	123.381	111.580	985.265	414.478	834.585	108.696	725.889	332.269	-2.621
2001	1.109.420	125.156	113.593	984.264	416.319	832.530	110.152	722.379	331.472	-797
2002	1.120.773	127.401	116.061	993.372	417.282	833.541	112.763	720.778	327.384	-4.088
2003	1.104.610	130.298	118.486	974.312	408.183	823.939	114.105	709.834	320.158	-7.226
2004	1.079.831	131.175	129.817	948.656	396.691	805.988	117.681	688.307	309.510	-10.648
2005	1.070.655	132.380	131.115	938.275	393.186	796.097	121.610	674.488	302.346	-7.164
2006	1.071.995	135.135	133.649	936.860	392.711	791.914	123.715	668.200	299.328	-3.018
<b>1991-2006</b>										
Anzahl	-47.796	24.566	35.598	-72.362	3.200	-83.902	28.507	-112.408	-26.744	-
in %	-4,3	22,2	36,3	-7,2	0,8	-9,6	29,9	-14,4	-8,2	-
<b>1995-2006</b>										
Anzahl	-89.868	17.330	30.556	-107.198	-36.472	-95.650	22.125	-117.774	-51.243	-
in %	-7,7	14,7	29,6	-10,3	-8,5	-10,8	21,8	-15,0	-14,6	-

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 2:** Vollkräfte in allgemeinen Krankenhäusern

	Voll-kräfte		davon								
	Insgesamt	ärztl.icher Dienst	Pflegedienst	med.-techn. Dienst	Funktions-dienst	klinisches Hauspersonal	Wirtschafts- u. Versorgungs-dienst	technischer Dienst	Verwaltungs-dienst	Sonderdienste	sonstiges Personal
<b>1991</b>	815.551	91.279	296.518	117.347	75.384	38.923	89.350	22.423	56.859	9.008	18.460
<b>1992</b>	827.011	93.921	303.990	118.698	75.943	37.469	88.960	21.884	57.501	9.553	19.092
<b>1993</b>	821.767	91.951	306.127	117.586	76.847	35.204	86.609	21.225	56.895	9.657	19.666
<b>1994</b>	822.930	93.035	313.359	115.864	77.198	33.107	83.315	21.274	56.165	9.745	19.868
<b>1995</b>	832.377	97.379	322.108	119.141	78.323	31.132	80.559	21.041	56.866	7.369	18.459
<b>1996</b>	827.228	100.039	322.418	120.144	78.329	29.505	77.249	20.842	57.002	5.241	16.459
<b>1997</b>	812.890	101.381	316.253	119.158	78.302	27.374	73.257	20.520	56.190	4.705	15.750
<b>1998</b>	803.356	102.912	313.280	118.580	78.786	25.123	70.269	20.184	55.444	4.466	14.312
<b>1999</b>	797.196	103.764	311.085	118.437	79.502	23.269	67.770	19.978	55.113	4.280	13.998
<b>2000</b>	787.694	104.340	308.139	118.525	80.020	20.887	64.640	19.580	54.368	4.287	12.908
<b>2001</b>	785.485	105.747	307.309	118.794	80.899	20.013	62.676	19.137	54.597	4.154	12.159
<b>2002</b>	777.721	107.488	299.512	117.199	81.285	18.604	59.817	18.611	54.209	4.117	16.879
<b>2003</b>	769.432	108.840	293.020	117.582	81.500	17.678	56.501	18.394	54.414	3.987	17.516
<b>2004</b>	752.432	112.242	282.890	116.200	81.563	15.522	52.690	17.883	53.546	3.799	16.097
<b>2005</b>	747.150	116.336	278.118	116.531	81.776	14.064	49.889	17.451	53.891	3.715	15.379
<b>2006</b>	745.106	118.542	276.269	116.537	82.612	13.321	47.810	17.327	53.744	3.625	15.319
<b>1991-1995</b>											
Anzahl	16.826	6.100	25.590	1.794	2.939	-7.791	-8.791	-1.382	7	-1.639	-1
in %	2,1	6,7	8,6	1,5	3,9	-20,0	-9,8	-6,2	0,0	-18,2	0,0
<b>1995-2006</b>											
Anzahl	-87.271	21.163	-45.839	-2.604	4.289	-17.812	-32.749	-3.714	-3.122	-3.744	-3.140
in %	-10,5	21,7	-14,2	-2,2	5,5	-57,2	-40,7	-17,6	-5,5	-50,8	-17,0
<b>1991-2006</b>											
Anzahl	-70.445	27.263	-20.249	-810	7.228	-25.603	-41.540	-5.096	-3.115	-5.383	-3.141
in %	-8,6	29,9	-6,8	-0,7	9,6	-65,8	-46,5	-22,7	-5,5	-59,8	-17,0

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 3:** Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser

	Kranken-häuser _____ davon		
	insgesamt	allgemeiner Pfle-gedienst <sup>1</sup>	Psychiatrie
<b>1991</b>	326.082	283.288	42.794
<b>1992</b>	331.301	288.359	42.942
<b>1993</b>	332.724	290.491	42.233
<b>1994</b>	342.324	299.193	43.131
<b>1995</b>	350.571	306.362	44.209
<b>1996</b>	349.423	306.947	42.476
<b>1997</b>	341.138	300.865	40.273
<b>1998</b>	337.716	298.251	39.465
<b>1999</b>	334.890	295.933	38.957
<b>2000</b>	332.269	293.449	38.820
<b>2001</b>	331.472	293.032	38.440
<b>2002</b>	327.384	287.512	39.872
<b>2003</b>	320.158	281.297	38.861
<b>2004</b>	309.510	271.191	38.319
<b>2005</b>	302.346	264.024	38.322
<b>2006</b>	299.328	261.083	38.245
<b>1991-1995</b>			
Anzahl	24.489	23.074	1.415
<i>in %</i>	7,5	8,1	3,3
<b>1995-2006</b>			
Anzahl	-51.243	-45.279	-5.964
<i>in %</i>	-14,6	-14,8	-13,5

1) einschl. Intensivstationen

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 4:** Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser

Kranken- häuser	davon			Sonstige Kranken- häuser
	insgesamt	Allgemeine Krankenhäuser	Sonstige Kranken- häuser	
		davon in der Psychiatrie tätig	insgesamt	
<b>1991</b>	326.082	296.518	14.844	29.564
<b>1992</b>	331.301	303.990	16.627	27.311
<b>1993</b>	332.724	306.127	16.787	26.597
<b>1994</b>	342.324	313.359	15.384	28.965
<b>1995</b>	350.571	322.108	17.209	28.463
<b>1996</b>	349.423	322.418	16.825	27.005
<b>1997</b>	341.138	316.253	16.758	24.885
<b>1998</b>	337.716	313.280	16.642	24.436
<b>1999</b>	334.890	311.085	16.590	23.805
<b>2000</b>	332.269	308.139	16.034	24.130
<b>2001</b>	331.472	307.309	15.749	24.163
<b>2002</b>	327.384	299.512	15.869	27.738
<b>2003</b>	320.158	293.020	15.673	26.988
<b>2004</b>	309.510	282.890	15.835	26.460
<b>2005</b>	302.346	278.118	15.766	24.228
<b>2006</b>	299.328	276.269	16.893	22.885
<b>1991-1995</b>				
Anzahl	24.489	25.590	2.365	-1.101
in %	7,5	8,6	15,9	-3,7
<b>1995-2000</b>				
Anzahl	-18.303	-13.969	-1.175	-4.333
in %	-5,2	-4,3	-6,8	-15,2
<b>2000-2006</b>				
Anzahl	-32.941	-31.870	859	-1.245
in %	-9,9	-10,3	5,4	-5,2
<b>1995-2006</b>				
Anzahl	-51.243	-45.839	-316	-5.578
in %	-14,6	-14,2	-1,8	-19,6
<b>1991-2006</b>				
Anzahl	-26.754	-20.249	2.049	-6.679
in %	-8,2	-6,8	13,8	-22,6

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

**Tabelle 5:** Vollkräfte und Beschäftigte im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser. Veränderung gegenüber dem Vorjahr

	Voll- kräfte	Beschäf- tigte	davon			
			insgesamt	Kranken- schwestern/ -pfleger	Kranken- schwestern/ -pfleger	Kranken- pflege- helfer/ -innen
						Ausbildung
1992	7.472	12.730	12.000	-282	832	180
1993	2.137	6.728	7.787	425	-443	-1.041
1994	7.232	8.679	7.864	881	-316	250
1995	8.749	12.140	10.772	313	422	633
1996	310	263	2.335	780	-1.936	-916
1997	-6.165	-4.933	1.159	-691	-2.106	-3.295
1998	-2.973	-799	1.967	-58	-1.160	-1.548
1999	-2.195	-2.927	-34	-532	-1.053	-1.308
2000	-2.946	-1.948	518	-288	-1.053	-1.125
2001	-830	1.663	2.737	255	-423	-906
2002	-7.797	-3.890	-1.968	116	-850	-1.188
2003	-6.492	-7.729	-4.851	-731	-858	-1.289
2004	-10.130	-11.492	-7.333	-918	-1.564	-1.677
2005	-4.772	-874	-430	-490	-351	397
2006	-1.849	725	1.137	-358	-210	156

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

## 2.2 Stellenabbau und Leistungsentwicklung

Sofern der Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser als problematische Entwicklung kritisiert wird, liegt dem zumindest implizit die Annahme zugrunde, dass durch die Stellenstreichungen die Arbeitsbelastung in der Pflege in einem problematischen Umfang zugenommen hat und dass dadurch entweder die Gesundheit des Pflegepersonals oder die der Krankenhauspatienten – oder beides – gefährdet wird. Es gibt allerdings auch Gegenstimmen und Zweifel daran, dass die Arbeitsbelastung durch den Stellenabbau zugenommen hat. So vertrat der neu gegründete Spitzenverband Bund der GKV in einem Pressegespräch am 23.07.2008 die Position, der Stellenabbau sei „größtenteils der veränderten Versorgung geschuldet, denn die Anzahl der Pflegetage sinkt. So kommen auf eine Pflegerin bzw. einen Pfleger trotz des Rückgangs der Anzahl der Pflegekräfte im Schnitt statt 507 Belegungstage (1999) nur noch 475 Belegungstage (2006)“ (GKV-Spitzenverband 2008). Dementspre-

chend sprach der stellvertretende Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes denn auch von einem „zweifelhaften Sonderprogramm für Pflegekräfte“ (Stackelberg 2008).

Der Kritik am Stellenabbau könnte auch entgegengehalten werden, dass die Zahl der Krankenhäuser und Betten seit Mitte der 1990er ebenfalls gesunken und von daher auch der Bedarf an Pflege geringer geworden sei. Es scheint von daher sinnvoll, auch auf die Frage einzugehen, welche Indikatoren für die Messung der Arbeitsbelastung angemessen und welche Daten hierzu verfügbar sind.

## **2.2.1 Kennzahlen der Krankenhausstatistik zur Erfassung der Leistungsentwicklung**

Grundsätzlich ist zunächst festzuhalten, dass für die Analyse der Entwicklung der Arbeitsbelastung im Pflegedienst der Krankenhäuser gegenwärtig nur die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes relevante und aussagekräftige Daten bietet. Als zentraler Leistungsindikator für den Krankenhausbereich wird üblicherweise die Zahl der vollstationären Fälle benutzt. Die Zahl der Berechnungstage ist für eine Beurteilung der Leistungsentwicklung insofern ungeeignet, als sie weder den Anstieg der Fallzahlen noch die Verkürzung der Verweildauern berücksichtigt. Beides sind aber sehr wesentliche Einflussfaktoren für die Entwicklung der Leistungsintensität und Arbeitsbelastung. Dies soll im Folgenden erläutert werden.

### *2.2.1.1 Ungeeignete Kennzahlen: Pflegetage, Berechnungs- und Belegungstage*

Im Krankenhausfinanzierungsrecht und in der Krankenhausstatistik wurden bis zur Einführung des DRG-Systems Pflege- und Berechnungstage unterschieden. Während Pflegetage insbesondere statistischen Zwecken dienten, beispielsweise die Ermittlung der durchschnittlichen Bettenbelegung, stellten Berechnungstage eine relevante Größe im System tagesbezogener Pflegesätze dar. Die Zahl der ‚Pflegetage‘ gab die Zahl der durchschnittlich belegten Betten um 24 Uhr an (Erfassungsgrundlage ist die so genannte Mitternachtsstatistik). Berechnungstage waren die Tage eines Krankenhausaufenthaltes, die der jeweiligen Krankenkasse in Rechnung gestellt werden durften. In der Vergangenheit zählte zumeist Aufnahme- und Entlassungs- oder Verlegungstag als ein Berechnungstag.

Nach Einführung des DRG-Fallpauschalensystems haben Berechnungstage nur noch für die Abteilungen Bedeutung, die weiterhin mit tagesbezogenen Pflegesätzen

abrechnen (v. a. Psychiatrie, Psychosomatik). Für den Fallpauschalenbereich werden seitdem so genannte Belegungstage erfasst und ausgewiesen, die analog zu den Berechnungstagen definiert sind. Sie haben jedoch im Wesentlichen nur für die Vergütung bei Unter- oder Überschreitung so genannter Grenzverweildauern Bedeutung.<sup>12</sup>

Die Bedeutung dieser Kennzahlen für die Leistungserfassung und -messung soll an fiktiven Beispielen kurz veranschaulicht werden. Wurde ein Patient beispielsweise morgens aufgenommen und nachmittags in ein anderes Krankenhaus verlegt, so durfte das Krankenhaus zwar einen Berechnungstag abrechnen, dieser Patient erschien jedoch in keiner Mitternachtsstatistik. Ein solcher ‚Stundenfall‘ tauchte somit zwar als Berechnungstag in der Krankenhausstatistik auf, nicht jedoch als Pflegetag. Dies hat insbesondere Bedeutung für die steigende Arbeitsbelastung durch die kontinuierliche Verweildauerverkürzung. Sie wird an den Pflegetagen nicht erkennbar, im Gegenteil. Die Verkürzung der Verweildauer und der damit verbundene höhere ‚Durchlauf‘ an Patienten führt zu zunehmend mehr Überschneidungen bei Aufnahmen und Entlassungen. Neue Patienten erscheinen morgens auf Station, die zu entlassenden Patienten konnten aber noch nicht entlassen oder verlegt werden, weil beispielsweise noch der Arztbrief fehlte oder wichtige Fragen noch nicht geklärt waren. Dies erhöht die Zahl der zu versorgenden Patienten an dem entsprechenden Tag, erscheint aber in keiner Weise in der Mitternachtsstatistik, da bis 24 Uhr die zu entlassenden oder zu verlegenden Patienten das Krankenhaus in der Regel verlassen haben.

Die seit Jahrzehnten zu beobachtende Zunahme der Krankenhausfälle war bei gleichzeitigem kontinuierlichen Bettenabbau nur zu bewältigen, indem die durchschnittliche Verweildauer je Patient verkürzt wurde. Die Entwicklung kann vereinfacht so beschrieben werden, dass in zunehmend weniger Betten zunehmend mehr Fälle in zunehmend kürzerer Zeit versorgt wurden. Die Verweildauerverkürzung erfolgte und erfolgt naturgemäß nicht an den behandlungs- und pflegeaufwändigen Tagen eines Krankenhausaufenthaltes, sondern an den relativ weniger versorgungsaufwändigen Verweildauertagen. Diese Entwicklung führt letztlich dazu, dass der Anteil weniger pflegeaufwändiger Verweildauertage abnimmt und der Anteil der Verweil-

---

<sup>12</sup> Für die Erläuterung von Einzelheiten des Finanzierungsrechts sei auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen (vgl. u.a. Tuschen/Trefz 2004).

dauertage mit höheren Pflegeaufwand zunimmt. Die verbleibenden Pflegetage sind somit durchschnittlich pflegeaufwändiger als die vorhergehender Zeiträume.

Diese Leistungsintensivierung wird an der absoluten Zahl der Pflegetage in keiner Weise erkennbar, sondern im Gegenteil: Durch den im gesamten Betrachtungszeitraum zu verzeichnenden Bettenabbau und eine noch stärker rückläufige durchschnittliche Verweildauer sinkt die Zahl der Pflegetage. Daraus die Annahme abzuleiten – wie es beispielsweise der GKV-Spitzenverband Bund tut – dies hätte zu einer Entlastung des Pflegedienstes geführt, ist vollkommen verfehlt. Aus den angesprochenen Gründen heraus werden darum in der Fachdiskussion bereits seit langem ‚Pflegetage‘ nicht als aussagekräftige Kennzahl für die Beurteilung der Leistungsentwicklung und Arbeitsbelastung in der Pflege verwendet.

Im Grunde ist der Blick auf ‚Pflegetage‘ als Indikator für den Pflege- und Personalbedarf noch dem Denken der längst außer Kraft gesetzten Anhaltszahlenrechnung verhaftet. In den Anhaltszahlen von 1969 für den Pflegedienst der Krankenhäuser bildete die Zahl von 101 Pflegezeitminuten je durchschnittliches Bett und Tag (Belegung nach Mitternachtsstatistik) die zentrale Maßeinheit für die Ermittlung des Personalbedarfs einer Normalstation (vgl. DKG 1974a: 424). Die in Anfang der 1950er Jahre entstandenen Anhaltszahlen wurden allerdings bereits in den 1970er Jahren als unzureichend kritisiert, da sie den tatsächlichen Leistungsbedarf nicht angemessen erfassen.

#### *2.2.1.2 Geeignete Kennzahlen: Zahl der vollstationären, vor-, nach- und teilstationären Fälle und ambulanten Operationen*

Aus den vorstehend dargelegten Gründen gilt denn auch in der Fachdiskussion die Fallzahl als wichtigste Kennzahl für die Messung der Leistungsentwicklung im Krankenhausbereich. Die ‚Fallzahl‘ schließt jedoch nur die vollstationären Behandlungen ein, nicht jedoch die ambulanten, vor-, teil- und nachstationären Behandlungen. Sie bildet die Leistungsentwicklung insofern nur unvollständig ab, und dies in zunehmendem Maße, da die Zahl der nicht-vollstationären Behandlungen in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat.

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für die Entwicklung der Arbeitsbelastung im Pflegedienst ist der durchschnittliche individuelle Pflegebedarf. Er wird in den Krankenhäusern nicht bundesweit einheitlich gemessen kann folglich auch nicht in der Krankenhausstatistik erfasst werden. Hierzu wäre ein Patientenklassifikationssystem zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs

zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs erforderlich, das bundesweit einheitlich angewendet wird. In gewisser Weise können die Pflege-Personalregelung und die Psychiatrie-Personalverordnung als solch eine Art Klassifikationssystem angesehen werden. Aber auch deren Daten liegen nicht bundesweit aufbereitet vor. Die PPR wird seit 1996 nur noch in einem Teil der Krankenhäuser für interne Zwecke eingesetzt und die Ergebnisse der Patienteneinstufungen nach Psych-PV werden nicht bundesweit zusammengeführt und aufbereitet, sondern nur auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses für die jeweiligen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern.

## **2.2.2 Folgen des Stellenabbaus bei gleichzeitiger Leistungsausweitung**

Auch wenn die Datenlage insgesamt unbefriedigend ist, so kann auf Grundlage der verfügbaren Daten doch ein ungefährer Eindruck der Leistungsentwicklung und damit verbundenen Entwicklung der Arbeitsbelastung im Pflegedienst gewonnen werden.

Zwischen 1995 und 2006 stieg die Zahl der vollstationären Fälle (einschließlich Studentfälle) in Krankenhäusern insgesamt um ca. 900.000 oder 5,7 % von 14,576 Mio. auf 16,833 Mio. (Tabelle 6). Zwischen den allgemeinen Fachabteilungen und der Psychiatrie zeigen sich allerdings erhebliche Unterschiede. Während die Fallzahl in allgemeinen Fachabteilungen im Jahr 2006 lediglich um 3,8 % über der des Jahres 1995 lag, stieg die Fallzahl in der Psychiatrie um 61,9 %. Die erheblich höhere Fallzahlsteigerung in der Psychiatrie dürfte vor allem Ausdruck entsprechender therapeutischer Ansätze sein, die das Ziel einer möglichst weit gehenden ‚Enthospitalisierung‘ und ‚Ambulantisierung‘ der psychiatrischen Versorgung verfolgen (Kunze/Kaltenbach 2005). Zu diesem Zweck kann es therapeutisch sinnvoll sein, Patienten möglichst frühzeitig zu entlassen und gegebenenfalls kurzfristig wieder stationär aufzunehmen, wenn dies notwendig ist. Dieses Vorgehen dürfte insofern nicht dem vergleichbar sein, was in den übrigen Bereichen als ‚Drehtüreffekt‘ aufgrund zu früher Entlassung kritisiert wird.

Die Steigerung der Fallzahlen in der Psychiatrie kann daher sicherlich nur sehr eingeschränkt als Indikator für eine erhebliche Leistungsausweitung gedeutet werden. Dies zeigt auch die Tatsache, dass trotz dieser erheblichen Fallzahlsteigerung und einem Stellenabbau um 13,5 % im Zeitraum 1995-2006 der Pflegedienst der Psychi-

atrie gemessen an den Soll-Werten der Psych-PV im Jahr 2004 ,nur' um ca. 11 % unterbesetzt war (Gebhardt/Schmidt-Michel/Kunze 2007: 31).

**Tabelle 6:** Fallzahlen in Krankenhäusern

	Kranken-häuser insgesamt		davon
	Allgemeine Fachabteilungen	Psychiatrische Kliniken und Abteilungen	
	Fälle einschl. Std. Fälle	Fälle einschl. Std. Fälle	Fälle einschl. Std. Fälle
<b>1991</b>	14.576.613	14.170.264	406.349
<b>1992</b>	14.974.846	14.549.845	425.001
<b>1993</b>	15.191.174	14.743.410	447.764
<b>1994</b>	15.497.703	15.023.182	474.521
<b>1995</b>	15.931.169	15.429.649	501.520
<b>1996</b>	16.165.020	15.635.657	529.363
<b>1997</b>	16.429.032	15.863.900	565.132
<b>1998</b>	16.847.478	16.248.038	599.440
<b>1999</b>	17.092.708	16.457.813	634.895
<b>2000</b>	17.262.929	16.602.229	660.701
<b>2001</b>	17.325.084	16.642.733	682.352
<b>2002</b>	17.432.273	16.709.868	722.405
<b>2003</b>	17.295.910	16.560.084	735.826
<b>2004</b>	16.801.649	16.027.951	773.698
<b>2005</b>	16.873.887	16.075.267	798.620
<b>2006</b>	16.832.883	16.021.149	811.734
<b>1995-2006</b>			
Anzahl	901.714	591.500	310.214
in %	5,7	3,8	61,9

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Für den allgemeinen Pflegedienst bleibt somit für den Zeitraum 1995-2006 eine Fallzahlsteigerung von 3,8 % festzuhalten. Wie bereits angesprochen, ist die reine Fallzahl nur ein sehr grober und unzulänglicher Indikator für die Entwicklung des Personalbedarfs im Pflegedienst. Wie sich die Fallstruktur und insbesondere die durchschnittliche Fallschwere entwickelt hat, kann an der Krankenhausstatistik nicht abge-

lesen werden.<sup>13</sup> Allerdings kann angesichts der überproportionalen Zunahme des Anteils älterer und hochaltriger Patienten durchaus angenommen werden, dass der Pflegebedarf in Krankenhäusern stärker gestiegen ist, als es die reine Fallzahl erkennen lässt. In welchem Umfang, ist jedoch mangels bundesweiter Daten zum Pflege- und Personalbedarf nicht zu bestimmen.

Anhand der verfügbaren Daten der Krankenhausstatistik lässt sich auch nicht quantifizieren, in welchem Umfang die Arbeitsbelastung im Pflegedienst aufgrund der Übernahme neuer, zusätzlicher, nicht originär pflegerischer Aufgaben gestiegen ist. Dass der Pflege in den letzten Jahren zunehmend mehr Aufgaben übertragen wurden, dazu gibt es allerdings deutliche Hinweise (Braun/Müller 2005; Galatsch et al. 2007; Hausner et al. 2005; Prüß et al. 2006).

Seit dem Tarifabschluss für Ärzte und der damit verbundenen Verteuerung ärztlicher Arbeitskraft, wird in Krankenhäusern zudem vermehrt über die Verlagerung („Delegation“) ärztlicher Tätigkeiten vom ‚teuren‘ ärztlichen Dienst auf den ‚preisgünstigeren‘ Pflegedienst diskutiert (vgl. u.a. DKI 2008; Job/Leffler/Voigt 2007). Wird die Verlagerung von Aufgaben nicht auch mit einem entsprechenden Transfer von Stellenkapazitäten vom ärztlichen Dienst auf den Pflegedienst verbunden, führt dies zu einer weiteren Erhöhung der Arbeitsbelastung in der Pflege. Bisherige Meldungen zu dieser Entwicklung lassen vermuten, dass die Verlagerung von Tätigkeiten in der Regel ohne gleichzeitige Umwidmung von Stellenanteilen auf den Pflegedienst erfolgt ist. Auch dies ist aufgrund fehlender Daten nicht zu quantifizieren.

Weitere aussagekräftige Kennzahlen für die Analyse der Entwicklung der Arbeitsbelastung sind die Zahlen der vor-, nach- und teilstationären Behandlungen sowie der ambulanten Operationen. Sie liegen in der Krankenhausstatistik erst für die Jahre ab 2002 und nur für die allgemeinen Krankenhäuser vor. In diesem Leistungsbereich sind aber bereits in diesem kurzen Zeitraum erhebliche Zuwächse zu verzeichnen. Die Gesamtzahl der ambulanten Operationen, vor-, nach- und teilstationären Behandlungen stieg von 2002 bis 2006 um 78 %. Die höchste Steigerung ist mit 162 % bei den ambulanten Operationen zu verzeichnen. Insgesamt entsprachen diese nicht-vollstationären Versorgungsformen im Jahr 2006 bereits 30 % der Zahl der vollstationären Fälle. Offensichtlich entwickeln sich Krankenhäuser zunehmend mehr zu

---

<sup>13</sup> Zwar gehört zur Krankenhausstatistik auch eine Diagnosestatistik und seit Einführung des DRG-Systems werden auch die DRG-Daten erfasst und aufbereitet, beide Datenreihen lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Entwicklung des durchschnittlichen individuellen Pflegebedarfs zu.

zu einem stationären *und* ambulanten Leistungserbringer. Diese Entwicklung ist nicht nur für die primär betroffenen Funktionsbereiche relevant, sondern auch für den allgemeinen Pflegedienst, da die Versorgung der betreffenden Patienten teilweise auch auf Stationen erfolgt.

**Tabelle 7:** Vollstationäre Fälle, ambulante Operationen, vor-, nach- und teilstationäre Fälle in Allgemeinkrankenhäusern.

	Vollstationäre Fälle		Ambulante Operationen, vor-, nach- und teilstationäre Fälle							
	Fallzahl einschl. Stundenfälle	Fallzahl ohne Stundenfälle	Fallzahl				in %			
			Stundenfälle	Stundenfälle	insgesamt	vollstat. Fälle	Amb. OPs	vorstationär	nachstationär	teilstationär
1991	14.310.663	13.664.939	645.724	-	-	-	-	-	-	-
1992	14.720.088	13.984.759	735.329	-	-	-	-	-	-	-
1993	14.919.911	14.121.263	798.648	-	-	-	-	-	-	-
1994	15.200.499	14.336.690	863.809	-	-	-	-	-	-	-
1995	15.628.262	14.706.692	921.570	-	-	-	-	-	-	-
1996	15.846.198	14.921.394	924.804	-	-	-	-	-	-	-
1997	16.087.769	15.178.963	908.806	-	-	-	-	-	-	-
1998	16.487.464	15.602.252	885.212	-	-	-	-	-	-	-
1999	16.714.822	15.892.392	822.430	-	-	-	-	-	-	-
2000	16.862.194	16.096.353	765.841	-	-	-	-	-	-	-
2001	16.902.355	16.173.468	728.887	-	-	-	-	-	-	-
2002 <sup>2</sup>	16.933.583	-	-2.868.502	16,9	575.294	1.169.529	747.206	376.473		
2003	16.796.391	-	-3.395.650	20,2	720.673	1.417.411	755.096	502.470		
2004	16.283.746	-	-3.988.557	24,5	1.145.494	1.670.652	661.274	511.137		
2005	16.379.078	-	-4.509.411	27,5	1.362.894	1.965.027	654.277	527.213		
2006	16.832.883	-	-5.100.417	30,3	1.506.602	2.266.670	703.488	623.657		
<b>Veränderung 1996-2006</b>										
Anzahl	986.685	-	-	-	-	-	-	-	-	-
in %	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Veränderung 2001-2006</b>										
Anzahl	-69.472	-	-2.231.915	931.308	1.097.141	-43.718	247.184			
in %	-0,4	-	-77,8	161,9	93,8	-5,9	65,7			

1) Auf Grund von Änderungen der Abgrenzung zwischen Allgemeinkrankenhäusern und sonstigen Krankenhäusern sind die Werte der Jahre 2002-2004 nicht mit denen der Jahre bis 2001 und ab 2005 vergleichbar. Da die Abgrenzung ab 2005 wieder der bis 2001 entspricht, können diese Zeiträume mit einander verglichen werden.

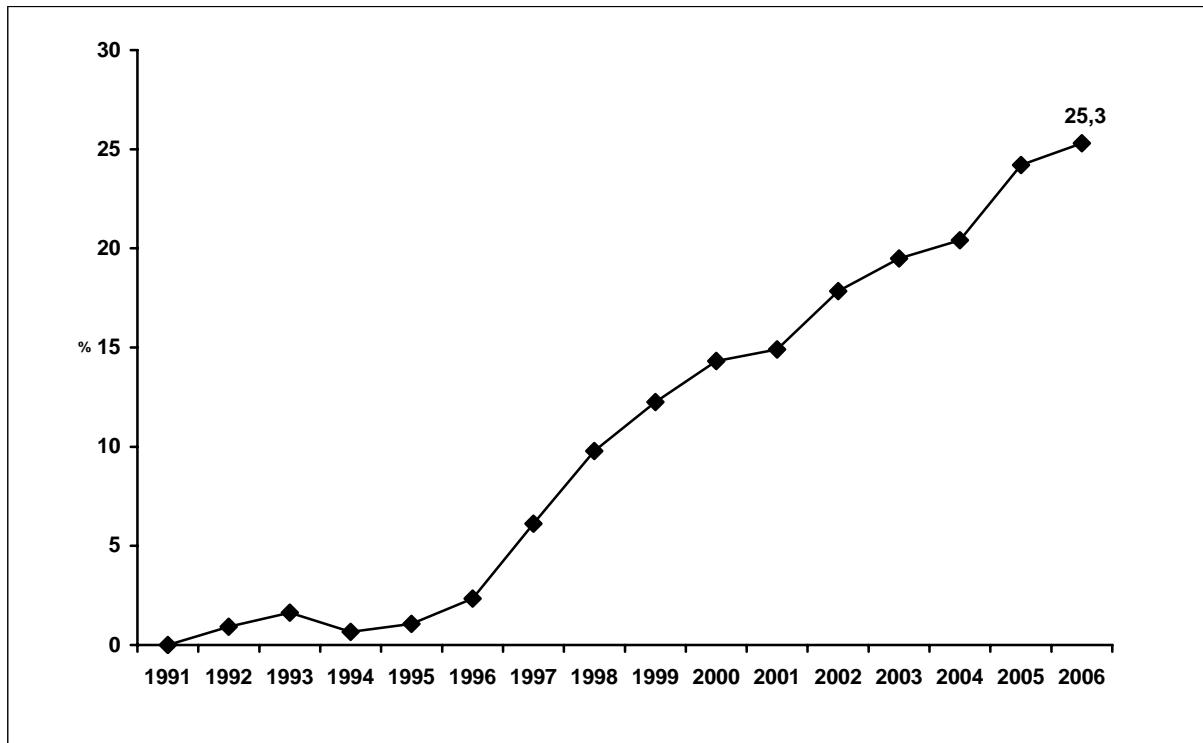
2) Ab 2002 werden in der Krankenhausstatistik die Stundenfälle nicht mehr gesondert ausgewiesen, sondern der Fallzahl zugerechnet.

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

Die Auswirkungen der beschriebenen Entwicklungen auf die Arbeitsbelastung können an der so genannten ‚Belastungsziffer‘ grafisch veranschaulicht werden. Die Belastungsziffer ist eine übliche Kennzahl der Krankenhausstatistik und gibt an, wie viele vollstationäre Fälle pro Jahr von einer Vollkraft durchschnittlich versorgt werden. Da die Krankenhausstatistik die Zahl der vollstationären Fälle bis 2001 ohne Stundenfälle und ab dem Jahr 2002 einschließlich der Stundenfälle ausweist, wurde – um einen Längsschnittvergleich zu ermöglichen – als Leistungskennzahl für den gesamten Zeitraum von 1991 bis 2006 die Zahl der vollstationären Fälle einschließlich der Stundenfälle verwendet (Abb. 1).

Die Entwicklung dieser Kennzahl zeigt für den Pflegedienst der Krankenhäuser bis 1995 nur einen leichten Anstieg der Belastung. Dies deutet darauf hin, dass die Umsetzung der Pflege-Personalregelung keineswegs zu einer deutlichen Entlastung der Pflege geführt hat, sondern lediglich die steigende Arbeitsbelastung komensierte. Das Ende der PPR-Anwendung führte 1997 zu einem sprunghaften Anstieg der Arbeitsbelastung. Aufgrund des Fallzahlanstiegs und des erfolgten Stellenabbaus lag die Belastungsziffer im allgemeinen Pflegedienst der Krankenhäuser (einschl. Intensivstationen) im Jahr 2006 um 25,3 % über der des Jahres 1991. Wie bereits dargelegt, bildet der hier verwendete Indikator die tatsächliche Belastungsentwicklung nur vollkommen unzureichend ab, da sehr wesentliche Einflussfaktoren wie beispielsweise der steigende Anteil älterer und multimorbider Patienten, die Verlagerung zusätzlicher Tätigkeiten auf den Pflegedienst und der erhebliche Zuwachs nicht-vollstationärer Leistungen nicht berücksichtigt werden. Die tatsächliche Mehrbelastung dürfte deutlich über dem ermittelten Wert von ca. 25 % liegen.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass – wie an früherer Stelle dargelegt – im Jahr 1991 eine breite öffentliche Diskussion über einen Pflegenotstand in Krankenhäusern geführt wurde. Der Personalbestand des Jahres 1991 galt als unzureichend, was auch von der damaligen Bundesregierung anerkannt wurde und Eingang in die Begründung des Gesundheitsstrukturgesetzes fand (vgl. BT-Drs. 12/3608: 143 ff.).



**Abbildung 1:** Belastungsziffer für den allgemeinen Pflegedienst der Krankenhäuser (einschließlich Intensivstationen, ohne Psychiatrie). Zahl der pro Jahr von einer Vollkraft durchschnittlich versorgten vollstationären Fälle (einschließlich Stundenfällen). Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

## 2.3 Bedeutung der Personalbesetzung im Pflegedienst für die Qualität der Patientenversorgung

Der Stellenabbau im Pflegedienst und die dadurch bedingte steigende Arbeitsbelastung in der Pflege hat nicht nur für die Gesundheit der Pflegekräfte Bedeutung, sondern vor allem für die der Krankenhauspatienten. Zwar liegen über den Zusammenhang von Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Gesundheit von Krankenhauspatienten keine deutschen Studien vor, wohl aber eine Vielzahl internationaler Untersuchungen, vor allem aus dem anglo-amerikanischen Raum. Das Thema ‚nurse-to-patient ratio‘ und dessen Auswirkungen auf ‚patient outcomes‘ beschäftigt seit den 1990er Jahren insbesondere amerikanische Forscher, aber auch kanadische und britische. Ausgehend von der Annahme, dass die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus sehr wesentlich auch von der quantitativen und qualitativen Besetzung des Pflegedienst abhängt, wurden zahlreiche empirische Studien durchgeführt, in denen zum Teil Datensätze mehrerer Hundert Krankenhäuser und mehrere Hunderttausend Krankenhauspatienten mit Daten über die Personalbe-

setzung des Pflegedienstes der jeweiligen Krankenhäuser abgeglichen wurden, um zu prüfen ob statisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl des tatsächlich eingesetzten Pflegepersonals, zum Teil auch der Qualifikationsstruktur, und bestimmten kritischen Ereignissen bei Patienten feststellbar sind. In Anbetracht der hohen Relevanz des Themas wurden auch bereits eine Reihe systematischer Literaturrecherchen zum Stand der internationalen Forschung durchgeführt.

Als Stand der internationalen Forschung kann zusammengefasst werden, dass eine unzureichende Personalbesetzung im Pflegedienst eines Krankenhauses für Patienten das Risiko insbesondere für die folgenden Ereignisse erhöht:<sup>14</sup>

- mangelhafte Früherkennung und Intervention bei ernsthaften Komplikationen (Aiken et al. 2002; BAG 2005; Needleman et al. 2002; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- Pneumonie (Amaravadi et al. 2000; Cho et al. 2003; Kovner et al. 2002; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002)
- pulmonale Insuffizienz nach einem Eingriff (Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
- Lungenembolie (Kovner et al. 2002)
- Reintubation (Amaravadi et al. 2000; Dimick et al. 2001; Pronovost et al. 2001)
- Wundinfektion nach chirurgischem Eingriff (Lichtig/Knauf/Milholland 1999; McGillis/Doran/Pink 2004; Unruh 2003)
- Sepsis (Amaravadi et al. 2000)
- internistische Komplikationen (Pronovost et al. 2001)
- gastrointestinale Blutungen (Needleman et al. 2002)
- Venenthrombose (Kovner et al. 2002; Needleman et al. 2002)
- Druckgeschwür (Dekubitus) (BAG 2005; Cho et al. 2003; Lichtig/Knauf/Milholland 1999; Mark et al. 2004; Unruh 2003)
- Harnwegsinfektion (Kovner et al. 2002; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003)
- Sturz während des Krankenhausaufenthaltes (BAG 2005; Blegen/Vaughn 1998; Sovie/Jawad 2001; Unruh 2003; Whitman 2002)

---

<sup>14</sup> Dass nicht alle Studien zu denselben Ergebnissen geführt haben, liegt vor allem darin begründet, dass nicht alle Studien alle Indikatoren gemessen haben, sondern jeweils unterschiedliche Ereignisse als Qualitätsindikator nutzten.

- Medikationsfehler (BAG 2005; Blegen/Vaughn 1998; McGillis/Doran/Pink 2004; Whitman 2002)

Mehrere Studien haben darüber hinaus auch das Risiko untersucht, im Krankenhaus oder innerhalb von 30 Tagen nach einer Krankenhausaufnahme zu versterben, und einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst und dem Mortalitätsrisiko festgestellt:

- Versterben während des Krankenhausaufenthaltes (Aiken/Smith/Lage 1994; Bond et al. 1999; Manheim et al. 1992; Mark et al. 2004; Needleman et al. 2002; Person et al. 2004; Rafferty et al. 2007; Silber/Rosenbaum/Ross 1995)
- Versterben innerhalb von 30 Tagen nach der Krankenaufnahme (30-day-mortality) (Aiken et al. 2002; Person et al. 2004; Tourangeau et al. 2002)

Wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in einer eigenen Veröffentlichung zum internationalen Forschungsstand allerdings zu Recht deutlich machte, unterscheiden sich die Forschungsdesigns sowohl hinsichtlich der Methodik als auch der verwendeten Messgrößen, und ihre Ergebnisse sind insofern nicht uneingeschränkt mit einander vergleichbar (IQWiG 2006: 13 ff.). Auch erscheinen einige der Studiendesigns wenig geeignet, beispielsweise solche, in denen die Ergebnisqualität mittels Befragungen von Pflegekräften erhoben wurde. Unter den vorliegenden Studien sind aber auch zahlreiche, die hohen methodischen Anforderungen genügen und beispielsweise die Ergebnisqualität auf Grundlage von Routinedaten amtlicher Statistiken ermittelten.<sup>15</sup> Zudem liegen international bereits mehrere hochwertige systematische Übersichtsarbeiten vor, die – anders als das IQWiG – zu dem Ergebnis kamen, dass aufgrund der internationalen Forschungslage sehr wohl von dem Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Personalbesetzung des Pflegedienstes und Qualität der Patientenversorgung auszugehen ist (vgl. Heinz 2004; Lang et al. 2004; Langsbear/Sheldon/Maynard 2005; Numata et al. 2006; Tourangeau/Cranley 2006).

Es bleibt vor dem Hintergrund des internationalen Forschungsstandes noch zu ergänzen, dass die gegenwärtige Diskussion in Deutschland die weit reichenden Konsequenzen einer personellen Unterbesetzung des Pflegedienstes offenbar noch nicht

---

<sup>15</sup> bspw. auf Grundlage der Daten der amerikanischen staatlichen Medicare Versicherung und der amerikanischen Krankenhausvereinigung.

in vollem Umfang wahrgenommen hat. Die möglichen Auswirkungen des Stellenabbau im Pflegedienst darauf zu beschränken, dass Pflegepersonal dadurch weniger Zeit für „persönliche Zuwendung“ und „mitmenschliche Kontakte“ habe (so bspw. Braun/Rau/Tuschen 2008; DKG 2008a, 2008b, 2008c), transportiert nicht nur ein sehr eigenständiges Bild der Pflege in Krankenhäusern, sondern stellt im Grunde auch eine Verharmlosung der gegenwärtigen Situation in zahlreichen Krankenhäusern dar.

Es ist nicht nur ein ‚vormodernes‘ Bild der heutigen beruflichen Pflege, diese auf Zuwendung und Mitmenschlichkeit zu reduzieren, sondern entspricht schlicht auch nicht der sozialen Wirklichkeit in Krankenhäusern. Die aufgeführten Ergebnisse der internationalen Forschung haben ihre Erklärung darin, dass ausgebildetes und zum großen Teil hoch qualifiziertes Pflegepersonal nicht nur so genannte grundpflegerische Maßnahmen durchführt, wie bspw. Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, Körperpflege etc., sondern vor allem auch einen maßgeblichen Teil der Prophylaxen zur Vermeidung der Komplikationen leistet, die als Messindikatoren in der internationalen Forschung verwendet werden (z.B. Lungenentzündung, Thrombose, Blaseninfektion etc.). Der Zusammenhang zwischen Personalkapazität in der Pflege und schweren und schwersten Komplikationen bis hin zum Tod ist insbesondere auch damit zu erklären, dass Verschlechterungen im Zustand eines Patienten oder eine akut eintretende Komplikation – wie beispielsweise ein Herzstillstand – vielfach zuerst von Pflegekräften beobachtet und erkannt werden, die daraufhin umgehend selbst Rettungsmaßnahmen ergreifen und einen Arzt oder sogleich das Notfallrettungsteam des Krankenhauses rufen.

Dies ist der Versorgungsalltag in Krankenhäusern – nicht nur international, sondern auch in Deutschland. Und weil Pflege in Krankenhäusern weit mehr ist als nur ‚Zuwendung‘, ist personelle Unterbesetzung im Pflegedienst ein Risiko für die Gesundheit von Krankenhauspatienten bis hin dazu, dass aufgrund einer Unterbesetzung der Pflege lebensbedrohliche Veränderungen eines Patienten nicht rechtzeitig erkannt und dadurch Rettungsmaßnahmen zu spät ergriffen werden. Aber auch wenn es sich nicht um lebensbedrohliche Ereignisse oder Veränderungen handelt, kann die Überlastung von Pflegepersonal zumindest den Krankenhausaufenthalt unnötig verlängern oder sogar gesundheitliche Schäden nach sich ziehen. Eine auch in Deutschland mittlerweile erkannte und diskutierte Auswirkung des Personalmangels in der Pflege sind Medikationsfehler, beispielsweise verursacht dadurch, dass Pfle-

gepersonal aufgrund von Arbeitsüberlastung für einen Patienten falsche Medikamente „stellt“ oder Infusionen verwechselt (Becker-Schwarze/Hart 2005).

Als Zwischenfazit kann somit festgehalten werden:

- Seit dem Jahr 1996 werden in deutschen Krankenhäusern Vollzeitstellen abgebaut. Bis zum Jahr 2006 waren es insgesamt ca. 51.000, davon entfielen ca. 45.300 auf den allgemeinen Pflegedienst einschließlich Intensivstationen und ca. 5.900 auf den Pflegedienst psychiatrischer Abteilungen und Krankenhäuser. Dies entspricht gegenüber 1995, dem Ausgangsjahr vor Einsetzen des Stellenabbaus, einer Reduzierung um 14,6 % im allgemeinen Pflegedienst und 13,5 % im Pflegedienst der Psychiatrie.
- Im gleichen Zeitraum stiegen sowohl der Leistungsumfang als auch die Arbeitsanforderungen in der Pflege zum Teil erheblich an. Die Zahl der vollstationären, vor-, teil- und nachstationären Fälle sowie ambulanten Operationen hat zum Teil erheblich zugenommen, der Anteil alter und hochbetagter Patienten ist gestiegen und es wurden dem Pflegepersonal vielfach neue und zusätzliche Aufgaben übertragen.
- Diese Entwicklung – Stellenabbau bei gleichzeitiger Zunahme des Leistungsvolumens – hat zu einer deutlichen Erhöhung der Arbeitsbelastung geführt, die offenbar in zahlreichen Kliniken bereits den Bereich chronischer Überlastung durch Unterbesetzung erreicht hat. Zwar liegen hierfür nur teilweise Ergebnisse empirischer Studien vor, dafür aber zahlreiche Erfahrungsberichte und auch bereits mehrere Fernsehdokumentationen. Auch die im Rahmen der Unterschriftenkampagne „Uns reicht's“ gesammelten ca. 185.000 Unterschriften, weit überwiegend von Pflegekräften, belegen eindrucksvoll, dass der Stellenabbau offenbar in weiten Bereichen eine kritische Grenze überschritten hat
- Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser stellt nicht nur ein Risiko für die Gesundheit der betroffenen Pflegekräfte dar, sondern vor allem für die Krankenhauspatienten. Dies belegen die Ergebnisse zahlreicher internationaler empirischer Studien zum Zusammenhang zwischen der Personalbesetzung im Pflegedienst von Krankenhäusern und verschiedenen Arten gesundheitlicher Schädigungen während eines Krankenhausaufenthaltes, bis dahin, dass eine unzureichende Personalbesetzung in der Pflege auch das Risiko erhöht, im Krankenhaus an einer schweren Komplikation zu versterben.

### **3 Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung des Pflegedienstes**

Angesichts des mittlerweile erreichten Umfangs des Stellenabbaus muss davon ausgegangen werden, dass die quantitative personelle Besetzung im Pflegedienst zahlreicher Krankenhäuser bereits eine kritische Grenze unterschritten hat und die Arbeitsbelastung auf Grund von Unterbesetzung zumindest in Teilbereichen zu Einbußen bei der Qualität der Patientenversorgung führt. Zwar kann diese Annahme gegenwärtig auf Grund der unzureichenden Forschungslage in Deutschland weder wissenschaftlich belegt, noch widerlegt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass der in zahlreichen internationalen empirischen Studien nachgewiesene Zusammenhang zwischen Personalkapazität im Pflegedienst der Krankenhäuser und Qualität der Patientenversorgung auch für Deutschland gilt. Es besteht dringender Handlungsbedarf, was die politische Führung des BMG mit der Ankündigung eines Sonderprogramms zur Förderung von zusätzlichen Stellen im Pflegedienst im Grunde auch anerkannt hat.

Unklarheit besteht allerdings bei der Frage, welche Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, eine ausreichende Personalbesetzung dauerhaft sicherzustellen. In der Pflegepraxis und Pflegewissenschaft wird seit mehreren Jahren über die Notwendigkeit einer besseren ‚Abbildung der Pflege‘ im DRG-System diskutiert, um darüber eine angemessene Berücksichtigung der Pflegekosten bei der Krankenhausvergütung zu erreichen und eine ausreichende Personalbesetzung sicherzustellen.

Die Forderung hat folgenden Hintergrund: Im deutschen DRG-System erfolgt die Fallgruppenbildung und Kodierung primär auf Grundlage medizinischer Diagnosen (ICD) und medizinischer Prozeduren (OPS). Der Pflegebedarf eines Patienten und die erforderlichen Pflegemaßnahmen sind für dessen Eingruppierung in eine DRG irrelevant, sie werden bei der Eingruppierung eines Patienten vom Programm nicht abgefragt und können folglich auch nicht die Zuordnung zu einer DRG beeinflussen. Dies ist insofern von besonderer Bedeutung für die Pflege, als Pflegebedarf und Pflegeaufwand trotz gleicher medizinischer Diagnose und Prozeduren nicht unerheblich variieren können (Eberl/Bartholomeyczik/Donath 2005; Fischer 1999, 2002). Werden diese Unterschiede im Pflegeaufwand nicht unterschiedlich vergütet, ist die

Versorgung überdurchschnittlich pflegeaufwändiger Patienten mit einem Verlustrisiko verbunden und die Versorgung unterdurchschnittlich pflegeaufwändiger Fälle wird mit Überschüssen ‚belohnt‘. Dadurch werden Kliniken, die überdurchschnittlich pflegeaufwändige Patienten versorgen, wirtschaftlich ‚bestraft‘, und Kliniken mit unterdurchschnittlich pflegeaufwändigen ‚belohnt‘. Dies widerspricht dem erklärten Ziel des Gesetzgebers, dass das DRG-System zu einer leistungsgerechten Vergütung der Krankenhäuser führen soll.

Um unterschiedlichen Pflegeaufwand dennoch im Rahmen des deutschen DRG-Systems vergütungsrelevant zu erfassen, werden in zahlreichen Krankenhäusern so genannte ‚pflegerelevante Nebendiagnosen‘ auf Grundlage von ICD-Schlüsseln erfasst und bei der Kodierung berücksichtigt. Damit kann allerdings eine adäquate ‚Abbildung‘ der Pflege im DRG-System nicht ersetzt werden, es ist lediglich eine ‚Hilfskonstruktion‘, deren ökonomischer Nutzen zudem kontrovers diskutiert wird, da ICD-Schlüssel in keinem Zusammenhang zum Umfang des Pflegeaufwandes stehen (vgl. u.a. Rothhaar/Metzger 2003).

Von den Initiatoren der Kampagne „Uns reicht’s“ wurde Ende 2007 ein anderer, und in gewisser Beziehung neuer Ansatz in die Diskussion eingebracht. Im Mittelpunkt der Kampagne steht die Forderung, „verpflichtende analytische Personalbemessungsverfahren“ zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung des Pflegedienstes einzuführen (DBfK/ver.di 2007).

Eine solche Forderung lehnte die Gesundheitsministerin in einer Rede am 11.03.2008 allerdings ab und stellte fest: „Unter DRG-Bedingungen kann es kein Zurück zur Pflegepersonal-Regelung im Sinne einer einheitlichen und bundesweit gültigen Personalbemessung geben“ (Schmidt 2008b). Dies sei, so die Begründung, nicht mit dem DRG-System vereinbar. Es solle vielmehr nach einem Weg gesucht werden, Personalkosten der Pflege angemessen im DRG-System abzubilden. Ein entsprechender Auftrag an das IQWiG wurde in den Referentenentwurf vom 22.07.2008 aufgenommen.

Damit greift das BMG offensichtlich die Forderung nach einer angemessenen ‚Abbildung‘ der Pflege im DRG-System auf. Dies ist sicherlich aus Sicht der Pflegepraxis und Pflegewissenschaft zu begrüßen, es sind jedoch Zweifel angebracht, dass ein solcher Ansatz tatsächlich geeignet ist, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung des Pflegedienst sicherzustellen.

Die Berücksichtigung des Pflegebedarfs bei der Zuordnung eines Patienten in eine DRG-Fallgruppe würde dazu führen, dass Krankenhäuser für pflegeaufwändigere Patienten eine höhere Vergütung erhalten als für weniger pflegeaufwändige. Damit wäre jedoch nicht die Verpflichtung des Krankenhauses verbunden, die in die DRG einkalkulierten Personalkapazitäten auch tatsächlich vorzuhalten. Für welche Zwecke ein Krankenhaus die erzielten Erlöse aus einer Krankenhausbehandlung verwendet, ist im Falle der DRG-Fallpauschalen alleinige Entscheidung der Krankenhausleitung und des Krankenhausträgers. Anders als für die Einnahmen aus der Investitionsförderung des Landes, existiert für die Erlöse aus der Behandlung von Patienten keine Zweckbindung. Zusätzliche Einnahmen durch eine verbesserte ‚Abbildung‘ der Pflege im DRG-System müssten folglich nicht zwingend auch für die Pflege verwendet werden. Sie könnten für andere Dienstleistungen eingesetzt werden, sie könnten aber auch für die Finanzierung von Investitionen verwendet werden.

Bei den angeführten Einwänden handelt es sich keineswegs um rein theoretische Erwägungen. Wie gezeigt werden konnte, ist seit 1996 ein erheblicher Teil des Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser offenbar zum Zweck der Finanzierung zusätzlicher Stellen im ärztlichen Dienst erfolgt (Simon 2007a, 2008). Zudem geht das BMG davon aus, dass Erlöse aus der Krankenbehandlung in den letzten Jahren zunehmend auch für Investitionen eingesetzt wurden, die auf Grund der unzureichenden Investitionsförderung der Länder sonst nicht hätten vorgenommen werden können (Schmidt 2008b).

Es kann somit festgehalten werden, dass die ‚Abbildung‘ der Pflege im DRG-System nicht geeignet ist, eine ausreichende und bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sicherzustellen. Die Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung im Pflegedienst ist aber eine dringende, aktuell anstehende Aufgabe. Es ist eine politische Intervention dringend erforderlich, die erreichen kann, dass Krankenhäuser eine ausreichende Personalbesetzung vorhalten. Die Frage der Finanzierung der damit verbundenen Personalkosten ist dem gegenüber zunächst einmal nachgeordnet.

Das gegenwärtig zentrale Problem steht zwar offensichtlich im Zusammenhang zur Krankenhausfinanzierung, es ist in erster Linie aber ein Problem der Qualitätssicherung. Dass die Personalbesetzung im Pflegedienst zahlreicher Krankenhäuser mittlerweile eine kritische Grenze unterschritten hat, muss als Beleg für ein Versagen der internen Qualitätssicherung in einem erheblichen Teil der Krankenhäuser gewertet

werden. Es besteht deshalb dringender Bedarf an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, mit denen alle Krankenhäuser zur Einhaltung von Mindeststandards der Personalbesetzung gezwungen werden. Erforderlich sind Mindestanforderungen sowohl an die quantitative als auch die qualitative Personalausstattung, die von allen Krankenhäusern einzuhalten sind. Die Einhaltung dieser Mindestanforderungen muss überwacht und kontrolliert werden, ihre Nichteinhaltung muss Sanktionen nach sich ziehen, die letztlich bis hin zum Entzug des Versorgungsauftrages bzw. Versorgungsvertrages oder der Betriebsgenehmigung reichen könnten.

Dieser Ansatz mag auf den ersten Blick unrealistisch erscheinen, bei genauer Be trachtung zeigt sich jedoch, dass er eine konsequente Weiterentwicklung bestehenden Rechts ist. Dabei kann auf entsprechende bereits existierende Regelungen für den Krankenhausbereich zurückgegriffen werden. Dies soll im Folgenden näher erläutert werden.

### **3.1 Mindestanforderungen an die Strukturqualität als Bestandteil externer Qualitätssicherung**

Grundsätzlich ist zunächst einmal festzuhalten, dass im Rahmen der allgemein anerkannten, auf Donabedian (1966) zurückgehenden Dreiteilung von Qualität im Gesundheitswesen in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität die Zahl und Qualifikation des patientennah tätigen Personals zu den zentralen Elementen der Strukturqualität eines Krankenhauses zählen (vgl. u. a. Eichhorn 1997: 25 ff.; Hildebrand 2001: 20 ff.; Selbmann 2004: 275). Zwar ist eine ausreichende Personalbesetzung kein Garant für gute Ergebnisqualität, aber sie ist unabdingbare Voraussetzung dafür. Ohne ausreichend Personal kann eine ausreichende oder gar gute Ergebnisqualität in einem so personalintensiven Dienstleistungsunternehmen wie dem Krankenhaus nicht erreicht werden.

Trotz der zentralen Bedeutung der personellen Besetzung für die Qualität der Krankenhausbehandlung gibt es in Deutschland nur sehr allgemein gehaltene gesetzliche Mindestanforderungen an die quantitative und qualitative Personalbesetzung eines Krankenhauses. Für die sachliche Ausstattung von Krankenhäusern existieren dagegen zum Teil sehr detaillierte Vorschriften, deren Einhaltung nicht nur staatlich kontrolliert wird, sondern die auch sanktionsbewehrt sind. So wird beispielsweise die Inbetriebnahme eines Krankenhauses nicht genehmigt, wenn nicht entsprechende

Vorgaben erfüllt werden. Verstöße gegen diese Vorschriften werden bestraft, unter Umständen bis hin zum Entzug der Betriebsgenehmigung für das betreffende Krankenhaus.

Zu nennen sind in diesem Zusammenhang beispielsweise die Krankenhaus-Bauverordnungen der Länder, die detaillierte Vorgaben für die baulichen Strukturen und den laufenden Betrieb eines Krankenhauses enthalten, bis hin zu Mindestgrundflächen je Bett, Mindestbreiten der Türen in Flurwänden oder Anforderungen an Waschbecken im Pflegebereich. Die Medizingeräteverordnung schreibt den Kliniken beispielsweise vor, welche Anforderungen medizinische Geräte und Gerätekombinationen zu erfüllen haben, damit sie von den Krankenhäusern betrieben werden dürfen, und dass bestimmte Gruppen von Geräten nur von speziell geschultem Personal bedient und angewendet werden dürfen, oder dass regelmäßige sicherheitstechnische Kontrollen durchgeführt werden müssen. Ähnlich verhält es sich mit der Röntgenverordnung, deren Einzelvorschriften von der Genehmigungspflicht bis zur Vorgabe technischer Daten für einzelne Geräte, einem Pflichtenkatalog der Betreiber und verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung reichen.

Anders verhält es sich dagegen mit der staatlichen Regulierung der personellen Ausstattung der Krankenhäuser. Auf der gesetzlichen Ebene finden sich – abgesehen von wenigen speziellen Teilbereichen<sup>16</sup> – lediglich allgemeine Vorgaben. Sie werden auch nicht durch ergänzende Verordnungen konkretisiert, wie es beispielsweise für die sachliche Ausstattung mit den Krankenhausbauverordnungen, der Medizingeräte- oder Röntgenverordnung geschieht. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verlangt in Bezug auf den ärztlichen Dienst und Pflegedienst von einem Krankenhaus nur, dass ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen sowie Geburtshilfe geleistet werden (§ 2 Nr. 1 KHG).

Das Sozialgesetzbuch geht immerhin ein deutliches Stück weiter. Von Krankenhäusern, die für Versorgung von Versicherten der GKV zugelassen sind, wird verlangt, dass sie gegenüber den Patienten alle Leistungen erbringen, die notwendig sind und im Rahmen ihres Versorgungsauftrages von ihnen verlangt werden können (§ 39 Abs. 1 SGB V). Die Qualität und Wirksamkeit der Krankenhausleistungen hat dem

---

<sup>16</sup> Zu diesen Teilbereichen zählt beispielsweise die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachkräften, für die einige Bundesländer in Krankenhaushygieneverordnungen auch Richtwerte zur Anzahl und Qualifikation vorgeben (vgl. beispielhaft: Krankenhaushygieneverordnung NRW (Gesetz- und Verordnungsblatt NRW, 1989, Nr. 63, S. 652-653); Krankenhaushygieneverordnung des Landes Bremen (Brem. GB I., 2006, S. 457); Saarländische Krankenhaushygieneverordnung (SKHygVO) (AbI. Nr. 2, 2007, S. 78)).

allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 SGB V). Zudem müssen zugelassene Krankenhäuser laut § 107 Abs. 1 SGB V:

- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen,
- nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sein,
- vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,
- und in ihnen müssen Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

Für die Personalbesetzung der Krankenhäuser fordert das SGB V somit im Grunde nur, dass jederzeit ärztliches Personal und Pflegepersonal verfügbar sein soll. Vorgaben für die mindestens vorzuhaltende Anzahl des Personals und dessen Qualifikation finden sich weder im SGB V noch einer auf seiner Grundlage erlassenen Verordnung. Dies schließt auch die noch geltende Psychiatrie-Personalverordnung ein, da sie zwar das Verfahren der Ermittlung des Personalbedarfs regelt, nicht jedoch vorschreibt, dass die sich aus der Anwendung der Psych-PV ergebende Zahl an Vollkräften auch tatsächlich in den Kliniken und Abteilungen vorzuhalten ist. Wie viel qualifiziertes Personal in der Psychiatrie vorgehalten wird, ist in den Budgetverhandlungen vor Ort aushandeln und letztlich von der jeweiligen Krankenhausleitung zu entscheiden.

### **3.2 Gesetzliche Grundlagen für Mindestanforderungen und Stand der Umsetzung**

Der zunehmende ökonomische Druck durch die langjährige Budgetdeckelung und insbesondere durch die Einführung des DRG-Systems zwingt Krankenhäuser zu Kosteneinsparungen, die auch die Qualität der Patientenversorgung gefährden können. Dieses Risiko sah auch der Gesetzgeber bei der Einführung des DRG-Systems. Im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems wurde darum auch das

System der externen Qualitätssicherung deutlich erweitert. Es wurde mit dem BQS-Verfahren ein für alle zugelassenen Krankenhäuser verbindliches Verfahren der externen Qualitätssicherung geschaffen, das eine systematische Auswertung von Daten der Krankenhäuser auf Landes- und Bundesebene vorsieht. Bei Auffälligkeiten greift ein gestuftes System der Überprüfung und gegebenenfalls auch Sanktionierung.

Bekannter als das BQS-System dürften die seit 2005 in zweijährigem Abstand von allen zugelassenen Krankenhäusern zu liefernden Qualitätsberichte sein. Für die zweite Generation der Qualitätsbericht wurde der Katalog der verpflichtend zu veröffentlichen Qualitätsrelevanten Daten erweitert, und auf Grundlage der in den Qualitätsberichten enthalten Daten wurden mittlerweile bereits mehrere regionale Krankenhausvergleiche vorgenommen und internetbasierte Krankenhaussuchmaschinen entwickelt, die es Patienten ermöglichen sollen, ihre Wahlentscheidung für ein Krankenhaus auf Grundlage von Struktur- und Qualitätsdaten der einzelnen Kliniken zu treffen.

Kaum bekannt ist dagegen – auch in weiten Teilen der Fachdiskussion – dass der Gesetzgeber bei der Einführung des DRG-Systems auch und vor allem die Notwendigkeit sah, Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern vorzugeben. Im Rahmen des Fallpauschalengesetzes 2002 wurde in den § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V die Aufforderungen an die Spitzenverbände der GKV, die DKG und die PKV eingefügt, „Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität“ zu vereinbaren.<sup>17</sup> Die Notwendigkeit von Mindestanforderungen an die Strukturqualität wurde im Gesetzentwurf wie folgt begründet:

„Durch die Ergänzung des Doppelbuchstabens aa wird klargestellt, dass die Vertragspartner Mindestvoraussetzungen für die Leistungserbringung festlegen sollen. Hinsichtlich der Strukturqualität sind vor allem sachliche oder personelle Voraussetzungen (Art und Anzahl des Personals sowie dessen Qualifikation) von Bedeutung. Insbesondere bei bestimmten Fallpauschalen muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer z. B. nicht aus ökonomischen Gründen diese Leistungen mit unzureichender technischer oder personeller Ausstattung zu Lasten der Qualität erbringen. Dazu gehört auch, dass den arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen durch ein geeignetes Personalmanagement sowie flexible Arbeitszeitmodelle Rechnung getragen wird. Unzumutbare Arbeitsbedingungen und -zeiten sind auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht akzeptabel“ (BT-Drs. 14/6893: 30 f.).

---

<sup>17</sup> Nach Einrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2004 ging diese Verpflichtung auf den G-BA über.

Aus der Gesetzesbegründung kann abgeleitet werden, dass die zu vereinbarenden Mindestanforderungen insbesondere folgende Bereiche enthalten sollten:

- Mindestanforderungen an die Art und Anzahl des Personals sowie an dessen Qualifikation
- Verpflichtung zur Einhaltung arbeitsschutzrechtlicher Bestimmungen
- Verbot unzumutbarer Arbeitsbedingungen

Die Aufforderung an die gemeinsame Selbstverwaltung im Krankenhausbereich erging im Jahr 2002. Bislang wurden Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern jedoch nur für einige wenige Teilbereiche der Krankenhausversorgung vereinbart. Eine allgemein gültige Vereinbarung zur personellen Besetzung des Pflegedienstes liegt nicht vor.

Die erste Vereinbarung für einen Teilbereich der Krankenhausversorgung ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.09.2005 zu „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“. Er trat am 1.01.2006 in Kraft und teilt die neonatologische Versorgung in vier Versorgungs-Level ein, für die jeweils spezifische Anforderungen an Kliniken definiert wurden. Deren Einhaltung ist Voraussetzung dafür, dass ein Krankenhaus neonatologische Leistungen zu Lasten der GKV erbringen darf (G-BA 2006b). Krankenhäuser, die diese Anforderungen nicht erfüllen, dürfen die entsprechenden Leistungen folglich nicht zu Lasten der GKV erbringen und Krankenkassen solche Leistungen nicht vergüten.

Weitere Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Kinderonkologie, die autologe Chondrozytenimplantation<sup>18</sup> am Kniegelenk und die Versorgung von Patienten mit Bauchaortaneurysma beschlossen (G-BA 2006a, 2006c, 2008).

An den bisherigen Vereinbarungen lässt sich folgendes Grundmuster erkennen:

- Für bestimmte Diagnosen oder Krankenhausleistungen werden Voraussetzungen definiert, die ein zugelassenes Krankenhaus erfüllen muss, damit es die jeweils unter die Vereinbarung fallenden Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen darf.

---

<sup>18</sup> Verfahren zur Verpflanzung körpereigener Knorpelzellen.

- Krankenhäuser, die die Anforderungen nicht erfüllen, sind verpflichtet, die betreffenden Patienten entweder nicht aufzunehmen oder nach einer Erstversorgung an ein zur Versorgung dieser Patienten berechtigtes Krankenhaus weiter zu verlegen. Versorgen sie diese Patienten dennoch selbst bzw. erbringen die entsprechenden Leistungen, so haben sie kein Anrecht auf Vergütung der erbrachten Leistungen und die Krankenkassen dürfen diese Leistungen nicht vergüten.
- Krankenhäuser, die an der Versorgung der entsprechenden Patienten teilnehmen wollen, müssen nachweisen, dass sie die vom G-BA festgelegten Anforderung erfüllen. Um die Erfüllung der Anforderungen nachzuweisen, hat das Krankenhaus vom G-BA beschlossene ‚Checklisten‘ auszufüllen und den Krankenkassen in den jährlichen Budgetverhandlungen vorzulegen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben stichprobenartig im Krankenhaus zu überprüfen.
- Die geforderte fachliche Eignung des Personals ist durch Vorlage entsprechender Urkunden und Nachweise über Weiterbildungen zu belegen.

Auch wenn es bislang nur ein sehr kleiner Bereich der Krankenhausversorgung ist, der auf diese Weise Qualitätsgesichert wird, ist dieser Ansatz für die in der vorliegenden Studie interessierende Thematik doch sehr aufschlussreich. Offensichtlich ist es innerhalb des geltenden sozialrechtlichen Rahmens sehr wohl möglich, Mindeststandards auch für die personelle Ausstattung von Krankenhäusern verbindlich vorzugeben, ihre Einhaltung zu kontrollieren und durchzusetzen. Zwar ist die Verweigerung einer Vergütung nicht gleichbedeutend mit einem Verbot der Leistungserbringung, sie dürfte aber dennoch ein sehr wirksames Instrument zur Durchsetzung der Mindestanforderungen sein. Erbringt ein nicht zur Versorgung zugelassenes Krankenhaus dennoch solche Leistungen und ein Patient kommt dabei zu Schaden, wird es damit rechnen müssen, dass die Leistungserbringung ohne Erfüllung der Mindestanforderungen sowohl straf- als auch zivilrechtlich relevant ist.

Die in den Vereinbarungen definierten Mindeststandards für den Pflegedienst sind zwar ohne Zweifel sehr begrüßenswerte Schritte in eine richtige Richtung, sie bewegen sich allerdings noch auf einer sehr allgemeinen Ebene und weisen zudem erhebliche Lücken auf.

- Die Vereinbarung zur *Neonatologie* enthält für die pflegerische Versorgung nur Vorgaben zum Intensivtherapiebereich, nicht jedoch für den Bereich der Normal-

stationen oder die Funktionsbereiche. Für die Intensivstationen wird zudem keine Mindestzahl der vorzuhaltenden Vollkräfte vorgegeben, sondern lediglich ein Mindestanteil speziell ausgebildeten Personals. Von Krankenhäusern des Level 1 wird beispielsweise verlangt, dass mindestens 40 % des Pflegepersonals auf den neonatologischen Intensivstationen über eine Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin verfügen sowie eine abgeschlossene Weiterbildung im Bereich ‚Pädiatrische Intensivpflege‘ absolviert haben (G-BA 2006b: Anlage 1). Statt der geforderten Weiterbildung ist alternativ auch eine mehr als fünfjährige Erfahrung auf einer neonatologischen Intensivstation ausreichend. Stationsleitungen müssen einen nicht näher spezifizierten „Leitungslehrgang“ vorweisen.

- Die Vereinbarung zur *Kinderonkologie* verlangt von einem anerkannten ‚Zentrum für die pädiatrisch-hämato-onkologische Versorgung‘, dass der Pflegedienst „in der Regel“ aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen besteht und mindestens zwei davon eine Fachweiterbildung in der Onkologie absolviert haben (G-BA 2006c). Im Unterschied zur Vereinbarung über die neonatologische Versorgung enthält sie auch Vorgaben zur Personalzahl: „In jeder Schicht ist im Zentrum die Besetzung von mindestens zwei (bis 31. Dezember 2008 nachts auch einem) ausgebildeten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern zu gewährleisten“ (ebd.: § 4 Abs. 4). Eine solche Regelung bleibt jedoch hinter den Anforderungen an Mindeststandards der Personalbesetzung zurück, da zum einen ‚Zentrum‘ nicht mit ‚Station‘ gleichzusetzen ist, folglich durchaus mehrere Stationen umfassen kann, und zum anderen die genannte Mindestbesetzung weder zu einer bestimmten Bettenzahl noch Patientenzahl ins Verhältnis gesetzt wird. Eine bedarfsgerechte Personalbesetzung des Pflegedienstes ist aber abhängig von der Zahl der Patienten und ihrem jeweiligen Pflegebedarf.
- Die Vereinbarung zur Versorgung von Patienten mit Bauchaortenaneurysma verlangt von den teilnehmenden Krankenhäusern, dass der Pflegedienst auf Normalstationen „in der Regel“ aus Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen besteht (G-BA 2008). In der pflegerischen Versorgung auf Intensivstationen ist „ein möglichst hoher Anteil an Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pflegern mit abgeschlossener Weiterbildung im Bereich Intensivpflege sicherzustellen“ (ebd.: § 4 Abs. 3). Im Unterschied zur Neonatologie wird keine Untergrenze für den Anteil des Personals mit Intensivweiterbildung vorgegeben.

- Die Vereinbarung zur autologen Chondrozytenimplantation enthält keine Mindestanforderungen an den Pflegedienst.

Auch wenn die bisherigen Vereinbarungen zu Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern für den Pflegedienst nur rudimentäre Vorgaben enthalten, so sind sie doch von hoher Bedeutung. Sie zeigen, dass es im Rahmen des bestehenden Rechts möglich ist, verbindliche Mindeststandards für die personelle Besetzung von Krankenhäusern vorzugeben. Und dies ist nicht nur vereinbar mit dem DRG-System, es ist als wesentlicher Bestandteil der externen Qualitätssicherung ausdrücklich vom Gesetzgeber gefordert, unter Verweis auf die Risiken des DRG-Systems.

Mit dem seit 2002 geltenden § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V ist die Rechtsgrundlage auch für weitergehende Mindestanforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser gegeben. Angesichts des fortschreitenden Stellenabbaus im Pflegedienst ist es notwendig, die bisherige Beschränkung der Mindestanforderungen auf wenige sehr spezielle Versorgungsbereiche aufzugeben und allgemeine Mindeststandards für die personelle Besetzung des Pflegedienstes für alle Krankenhäuser verbindlich vorzugeben.

Wie die bisherigen Vereinbarungen zeigen, ist dabei weniger die Festlegung von mindestens einzuhaltenden Qualifikationsstrukturen ein Problem, als die Bestimmung der erforderlichen Anzahl des Pflegepersonals. Ist es noch relativ einfach, sich darauf zu einigen, dass die Personalkapazität in Vollkräften zu messen ist, so treten die eigentlichen Schwierigkeiten bei der Festlegung der Bezugsgröße auf der Leistungsseite auf. Wie bereits angesprochen, ist die Mindestanforderung ‚Vollkräfte je Zentrum‘ oder ‚Vollkräfte je Schicht‘ ungeeignet, da ihr Leistungsbezug zu unendiffrenziert und ungenau ist. Nicht nur, dass die Zahl der zu versorgenden Patienten je nach Größe der Abteilung oder Station unterschiedlich ist, auch ihr jeweiliger Pflegebedarf variiert, beispielsweise in Abhängigkeit von der Erkrankung, dem Erkrankungsschweregrad oder dem Allgemeinzustand.

Die Vorgabe von Mindeststandards erfordert letztlich ein Instrumentarium zur Bestimmung des leistungsbezogenen Personalbedarfs, aus dessen Anwendung erst Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes nachvollziehbar und transparent abgeleitet werden können. Die Umsetzung der Forderung

des Gesetzgebers nach Mindestanforderungen an die Strukturqualität der Krankenhäuser ist somit auf Verfahren der Personalbedarfsermittlung angewiesen.

Der Einsatz von Verfahren der Personalbedarfsermittlung für Zwecke der Festlegung von Mindestanforderungen an Krankenhäuser widerspricht – um einem möglichen Einwand zu begegnen – auch nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Danach müssen Leistungen ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Da ausreichende und zweckmäßige Leistungen nur solche sein können, die auch bedarfsgerecht sind, kann die Personalbedarfsermittlung im Grunde als Instrument zur Ermittlung ausreichender Pflegeleistungen im Krankenhaus gelten.

Und um einem weiteren Einwand zu begegnen: Personalbedarfsermittlung als Instrument zur Ermittlung von Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern ist auch kein Relikt des 1993 abgeschafften Selbstkostendeckungsprinzips. Personalbedarfsermittlung in diesem Zusammenhang soll nicht dazu dienen, Krankenhäusern einen Anspruch auf Deckung tatsächlich entstandener Personalkosten einzuräumen. In dem neuen Verwendungszusammenhang liefert sie vielmehr Maßstäbe für die Strukturqualität und für die externe Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern.

Will man Mindestanforderungen an die personelle Besetzung der Krankenhäuser auf Grundlage von Verfahren der Personalbedarfsermittlung entwickeln, so stellt sich die Frage, ob auf bereits vorhandene zurückgegriffen werden kann oder neue entwickelt werden müssen. Bevor die knappen Ressourcen des Gesundheitswesens für die Entwicklung neuer Verfahren verwendet werden, ist zunächst zu prüfen, ob nicht die bisher in Deutschland eingesetzten Verfahren für den neuen Zweck geeignet sind. Dies soll im folgenden Kapitel geschehen.

## **4 Eignung ausgewählter Verfahren der Personalbedarfsermittlung als Instrument externer Qualitätssicherung**

Im Folgenden werden zunächst einige Grundsätze der Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser erläutert, die zum Verständnis der Thematik hilfreich und für die Frage der Festlegung von Mindestanforderungen relevant sind. Daran schließt sich die Darstellung und Diskussion ausgewählter Verfahren der Personalbedarfsermittlung für den Pflegedienst der Krankenhäuser an.

Auf Grundsätze der Personalbedarfsermittlung einzugehen ist für die Diskussion von Mindestanforderungen insofern von Bedeutung, als diese – wenn sie eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherstellen sollen – auch die der Personalbedarfsermittlung zugrunde liegenden Zusammenhänge und Probleme berücksichtigen müssen.

In der nachfolgenden Darstellung wird die Gegenwartsform auch für die Anhaltszahlenrechnung und die PPR gewählt, obwohl beide nicht mehr Grundlage für Budgetverhandlungen sein können. Dennoch aber stehen Krankenhäuser vor der Notwendigkeit intern den Personalbedarf für einzelne Bereiche zu ermitteln und die Erlöse kriteriengestützt zur Finanzierung von Personalkosten zu verwenden. Insofern ist Personalbedarfsermittlung immer noch ein relevantes Thema für den Krankenhausbereich (vgl. Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008).

Im Grunde hat sich der Krankenhausbereich mit der Abkehr von der Kostenerstattung anderen Bereichen der Wirtschaft angepasst, die ebenfalls vor der Aufgabe stehen, ihren Personalbedarf kriteriengestützt zu ermitteln. Personalbedarfsermittlung oder Personalbedarfsplanung ist keine Besonderheit des Krankenhausbereichs in Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips, sondern traditionell fester Bestandteil des Personalmanagements in Wirtschaftsunternehmen und Verwaltung (vgl. Bühner 2005: 55-68; Hentze/Kammel 2001: 189-237; Nicolai 2006: 22-38; RKW 1996: 43-115; Stock-Homburg 2008: 71-102; Wittlage 1995). Allerdings haben Krankenhäuser im Rahmen des DRG-Systems – anders als Wirtschaftsunternehmen – nicht die Möglichkeit, die Kosten einer quantitativ und qualitativ höheren Personalausstattung über Preise an die Kunden weiterzugeben. Darum ist die Frage der Vorgabe von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung der Krankenhäuser immer auch mit der Frage der Finanzierung verbunden. Darauf wird an späterer Stelle eingegangen.

## **4.1 Grundsätze und Probleme der Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser**

Kern der Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist die Gegenüberstellung des gesamten Arbeitszeitbedarfs einer Organisationseinheit (z. B. einer Station) und einer durchschnittlichen Netto-Arbeitszeit je Vollzeitkraft. Das Ergebnis der Division zeigt den Personalbedarf in Vollzeitkräften an.

Die durchschnittliche Netto-Arbeitszeit einer Vollzeitkraft wird ermittelt, indem die Brutto-Arbeitszeit um eine Arbeitsausfallquote reduziert wird, die entweder als fixe Größe extern vorgegeben oder auf Grundlage ermittelter tatsächlicher Ausfallzeiten der Abteilung oder des Krankenhauses ermittelt wird (Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 06-02). Als Brutto-Arbeitszeit gilt üblicherweise die Zahl der Kalendertage des Jahres abzüglich der Wochenenden und Wochenfeiertage, die auf einen Werktag fallen (vgl. Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 01-02; Mohr/Kröger 1993: 48 ff.). Als Arbeitsausfallzeiten gelten alle Abwesenheitszeiten, für die auf Grundlage gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen Arbeitsentgelt gezahlt wird. In die Ausfallquote sind folglich vor allem Erholungsurlaub und Arbeitsausfall aufgrund von Krankheit einzubeziehen, aber auch Zeiten des Mutterschutzes oder tariflich vereinbarte Sonderurlaube etc. Zeitliche Bezugsgröße der entsprechenden Formeln ist üblicherweise die Woche. Jahresarbeitszeiten und täglicher Arbeitszeitbedarf sind dementsprechend auf eine Woche umzurechnen.

Das Grundprinzip der Personalbedarfsermittlung kann in folgender Formel ausgedrückt werden:

$$\frac{\text{Arbeitszeitbedarf}}{\text{Netto-Arbeitszeit je Vollkraft}} = \text{Personalbedarf (Anzahl der Vollzeitstellen)}$$

Diese ‚Grundformel‘ liegt letztlich allen drei ‚klassischen‘ Methoden der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus zugrunde:

- der Kennzahlen- oder Anhaltszahlenrechnung,
- der Leistungseinheitsrechnung und
- der Arbeitsplatzmethode.

Sie bildet ebenso auch den Kern der Pflege-Personalregelung und Psychiatrie-Personalverordnung (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 123).

Der Personalbedarf für den Tagdienst im allgemeinen Pflegedienst wurde bis 1992 vor allem auf Grundlage von Anhaltszahlen der DKG ermittelt. Die Zahl der erforderlichen Nachtwachen wurde auf Grundlage der so genannten Arbeitsplatzmethode bestimmt. In den Funktionsbereichen kam dagegen eher die Leistungseinheitsrechnung zum Einsatz (Röntgen, OP; Ambulanz etc.). Auf die Anhaltszahlenrechnung wird im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen, so dass an dieser Stelle nur kurz die beiden anderen Methoden kurz erläutert werden sollen. Auf sie einzugehen, erscheint insofern sinnvoll, als Mindestanforderungen an die personelle Besetzung der Krankenhäuser letztlich auch für die Funktionsbereiche erforderlich sind, da auch deren Besetzung für die Qualität der Patientenversorgung relevant ist.

Die *Arbeitsplatzmethode* wird zur Personalbedarfsermittlung üblicherweise eingesetzt, wenn ein bestimmter Bereich in bestimmten Zeiten ständig besetzt sein soll, die mindestens erforderliche Besetzung aus anderen Methoden aber nicht abzuleiten ist (vgl. u.a. Hentze/Kammel 2001: 215; Wittlage 1995: 113 ff.). Typische Bereiche für die Anwendung der Arbeitsplatzmethode im Krankenhaus sind beispielsweise Pförtnerdienstplätze, Telefonzentralen und eben Nachtwachen auf Normalstationen (Mohr/Kröger 1993; Plücker 1992). Die Konkretisierung der oben eingeführten Grundformel ergibt für die Arbeitsplatzmethode, dass als erforderlicher Arbeitszeitbedarf die Zahl Stunden mit ständiger Anwesenheit multipliziert mit der Zahl der Arbeitsplätze eingesetzt wird (vgl. Mohr/Kröger 1993: 47).

In der *Leistungseinheitsrechnung* wird der erforderliche Personalbedarf auf Grundlage der in einer bestimmten Organisationseinheit zu erbringenden Einzelleistungen ermittelt. Sie kam im Rahmen der Personalbedarfsermittlung für den Pflegedienst bislang insbesondere in den Funktionsbereichen zum Einsatz. Entsprechend der jeweiligen Abteilung können als Einzelleistungen Operationen, Diagnostikmaßnahmen oder Ambulanzfälle mit einem jeweils hinterlegten festgesetzten Zeitbedarf je Einzelleistung zugrunde gelegt werden.

Während die Ermittlung des erforderlichen Arbeitszeitbedarfs zwischen den drei Methoden variiert, ist das Vorgehen zur Ermittlung der Netto-Arbeitszeit je Vollzeitkraft einheitlich.

#### **4.1.1 „Arbeitszeitbedarf“ und Ist-Soll-Problematik**

Der Arbeitszeitbedarf sollte im Idealfall auf Grundlage arbeitsanalytischer Untersuchungen ermittelt werden, seine Festlegung erfordert aber in jedem Fall zahlreiche normative Setzungen. Es muss insbesondere festgelegt werden, welche Leistungen in welchem Umfang und in welcher Qualität als notwendig oder erforderlich gelten sollen und in die Berechnung des Arbeitszeitbedarfs eingehen. Das, was als „Arbeitszeitbedarf“ in die Personalbedarfsermittlung eingeht ist immer und unvermeidlich Ergebnis normativer Setzungen, es kann nicht „reines Abbild“, „objektiv notwendiger“ Leistungen sein. Diesem Problem kann Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus auch nicht durch die Ableitung des Arbeitszeitbedarfs auf Grundlage von arbeitsanalytischen Untersuchungen entgehen. Arbeitszeitmessungen in der Krankenhauspraxis brauchen zum einen ein Klassifikationssystem für Pflegetätigkeiten, um überhaupt Zeiten für Einzeltätigkeiten erheben und zuweisen zu können, und sie können nur tatsächlich erbrachte Ist-Leistungen und Ist-Zeiten messen. Ob diese in Qualität und Quantität einem wie auch immer festgelegten „Soll“ entsprechen, ist an der Beobachtung des Ist nicht ablesbar. Dazu bedarf es einer von Außen an die Ist-Leistungen angelegten qualitativen Norm, der als kritischer Maßstab für die Beurteilung der Notwendigkeit beobachteter Ist-Leistungen dient.

Die hier angesprochene so genannte „Soll-Ist-Problematik“ soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden, der Exkurs sollte nur verdeutlichen, dass es einen „objektiven“ und unzweifelhaften Personalbedarf im Krankenhaus nicht geben kann (vgl. dazu die ausführlichen Erörterungen in BMA 1985: 175ff.). Was als Arbeitszeitbedarf oder Pflegebedarf etc. definiert wird, kann nicht anders als auf normativen Setzungen aufbauen und ist folglich in hohem Maße für Kritik anfällig.

Die in den verschiedenen Verfahren und Formeln zur Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus enthaltenen Zeitwerten sind darum auch nicht ein objektiv gegebener „Personalbedarf“, sondern – wie es Eichhorn (1975: 372) zutreffend formulierte – „normative Vorgabewerte“, ähnlich den Vorgabezeiten der industriellen Produktion. Es sind Zeitwerte, die – wenn sie für eine Stellenplanberechnung zu Grunde gelegt werden – angeben, wie viel Zeit für die Erbringung einer bestimmten mehr oder weniger genau definierten Leistung zur Verfügung gestellt bzw. vergütet wird.

Damit soll nicht reiner Willkür das Wort geredet werden. Ohne Zweifel brauchen Ansätze der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus den Bezug zum Versorgungsbedarf der Patienten, dieser ist aber nicht nur von den Bedürfnissen und der Erkrank-

kung des jeweiligen Patienten abhängig, sondern vor allem auch von den Zielen der Behandlung und Pflege. Darüber hinaus ist der erforderliche Arbeitszeitbedarf auch abhängig von den Rahmenbedingungen der Pflege. Dazu zählen sowohl die baulichen Gegebenheiten als auch unterstützende Infrastrukturen, wie beispielsweise ein zentraler Krankentransportdienst, ein Hol- und Bringdienst, die Anlieferung von Arbeits- und Pflegematerialien etc. Je nachdem ob günstige bauliche Strukturen und Versorgungsdienste vorhanden sind oder nicht bzw. in welchem Umfang sie vorhanden sind, fällt auch der Arbeitszeitbedarf in der Pflege unterschiedlich aus. Dies wurde beispielsweise in den Anhaltszahlen der DKG versucht über entsprechende Zuschläge für ungünstige Rahmenbedingungen zu berücksichtigen (Bölke 1981).

Die Komplexität einer differenzierten und gründlich durchdachten Personalbedarfermittlung kann an dieser Stelle nur angerissen, nicht aber vertieft werden. Für eine tiefer gehende Beschäftigung mit der letztlich sehr komplexen Thematik sei hier nur auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen.<sup>19</sup> Die Thematisierung erscheint aber dennoch sinnvoll, weil es – stellt man die zuvor angesprochenen Probleme in Rechnung – nicht die perfekte und zweifelsfreie Methode der Personalbedarfermittlung im Krankenhaus geben kann. Gegen jede bisher entwickelte Methode sind Einwände geltend gemacht worden, jede hat ihre Mängel. Ziel der nachfolgenden Ausführungen kann es daher nicht sein, eine ‚perfekte‘ Methode zu finden, sondern die in jedem der vorzustellenden Ansätze aufzufindenden Vor- und Nachteile abzuwägen und unter den gegenwärtig verfügbaren Methoden die beste auszuwählen.

#### **4.1.2 Auswahl der vorzustellenden Verfahren**

Die Auswahl der nachfolgend vorgestellten Verfahren orientiert sich in erster Linie an zwei Kriterien: Validität der Bedarfsmessung und kurzfristige Anwendbarkeit. Wichtigstes Kriterium für die Bewertung eines Verfahrens der Personalbedarfermittlung im Pflegedienst ist sicherlich seine Verlässlichkeit bei der Ermittlung des Pflegebedarfs, also die Frage, ob es in der Lage ist, vorhandenen Pflegebedarf nach Art und Umfang zu erkennen und in angemessene Zeitwerte für die Personalbemessung zu überführen. In Anbetracht der Tatsache, dass dringender Handlungsbedarf besteht,

---

<sup>19</sup> Zu den Grundlagen und Methoden der Personalbedarfermittlung im Krankenhaus vgl. vor allem die auch heute noch Maßstäbe setzende Darstellung bei Eichhorn (1975: 362-395; 1977) sowie den Abschlussbericht des PBEV-Projekts (BMA 1985). Praxisorientierte Einführungen und Grundlagen bieten Mohr/Kröger (1993) und Plücker (1992) sowie Bofinger/Dörfeldt/Tauch (2008).

ist die kurzfristige Verfügbarkeit und Anwendbarkeit ein weiteres Auswahl- und Bewertungskriterium. Es wird ein Verfahren benötigt wird, das kurzfristig in der Praxis einsetzbar ist. Aus diesen Gründen wurden die nachfolgenden Verfahren in die Be trachtung einbezogen.

*Allgemeiner Pflegedienst auf Normalstationen*

- Anhaltszahlenrechnung auf Grundlage der Anhaltszahlen der DKG
- Pflege-Personalregelung

*Pflegedienst auf Intensivstationen*

- Anhaltszahlenrechnung auf Grundlage der Anhaltszahlen der DKG
- Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)

*Pflegedienst der Psychiatrie*

- Psychiatrie-Personalverordnung

Begonnen wird für den allgemeinen Pflegedienst mit der Anhaltszahlenrechnung, die zwar nach Einführung der Budgetdeckelung im Jahr 1993 erheblich an Bedeutung verloren hat, in der Krankenhauspraxis aber immer noch ein wichtiger Bezugspunkt ist und allein aufgrund ihrer überragenden Bedeutung in den letzten Jahrzehnten in die Prüfung einbezogen werden sollte. Zudem könnte sich die Nutzung einfach zu handhabender Kennzahlen, wie sie die Anhaltszahlen darstellen, gerade für die Vorgabe von Mindestanforderungen an die Personalausstattung anbieten. Sie sind nicht nur einfach in der Anwendung, sondern könnten auch – aufgrund ihrer geringen Komplexität – die Kontrolle der Einhaltung von Mindestanforderungen erleichtern. Nicht zuletzt sind die Vorgaben zur Mindestbesetzung in den bisherigen Beschlüssen des G-BA eine Art von Anhaltszahlen.

Die Pflege-Personalregelung löste die Anhaltszahlenrechnung für den allgemeinen Pflegedienst ab und sollte eine stärker leistungsbezogene Personalbemessung gewährleisten. Sie wurde zwar zum 1.1.1996 ausgesetzt und ein Jahr später aufgehoben, zahlreiche Krankenhäusern nutzten sie aber dennoch weiter für interne Zwecke. Sie wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb kurzer Zeit und mit relativ wenig administrativem Aufwand wieder zu reaktivieren und für die externe Qualitätssicherung nutzbar.

Bei der Personalbedarfsermittlung für Intensivstationen kamen ebenfalls Anhaltszahlen zum Einsatz, die aber bereits in den 1990er Jahren zunehmend entweder um

neuere Ansätze ergänzt oder aber durch sie ersetzt wurden. Im Rahmen der DRG-Kalkulation kann einer dieser Ansätze, das Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) für die patientenbezogene Kostenermittlung genutzt werden. Es ist von daher nahe liegend, TISS in die Betrachtung einzubeziehen.

Sollten Mindestanforderungen für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Psychiatrie entwickelt werden, kommt man nicht umhin zu prüfen, ob diese aus der Psych-PV abgeleitet werden können. Insofern gehört sie ebenfalls in die Betrachtung.

Neuere Entwicklungen in der Organisation des Pflegedienstes, wie beispielsweise Intermediate Care Stationen, werden nicht gesondert behandelt, da es im Rahmen dieser Untersuchung nur darum gehen kann, Ansätze aufzuzeigen, nicht jedoch ein umfassendes Konzept. Es wäre gegebenenfalls zu prüfen, ob die Mindestanforderungen an solche neueren Arten von Pflegeeinheiten auf Grundlage der hier vorgestellten und geprüften Ansätze entwickelt werden können. Auch auf die Einbeziehung des Schweizer Verfahrens ‚Leistungserfassung in der Pflege‘ (LEP) wurde verzichtet, da dieses Verfahren bislang nur in einem relativ kleinen Teil der deutschen Krankenhäuser<sup>20</sup> zur Anwendung kommt und zudem als kommerzielles Produkt mit Lizenzgebühren verbunden ist (zur Darstellung von LEP vgl. Brügger et al. 2002; Fischer 2002: 247-254).

## **4.2 Personalbedarfsermittlung für den allgemeinen Pflegedienst auf Normalstationen**

### **4.2.1 Anhaltszahlenrechnung**

Die Anhaltszahlenrechnung im Krankenhausbereich ist eine Variante der so genannten „Kennzahlenmethode“, die aus der Personalbedarfsermittlung für die industrielle Produktion stammt, aber auch in der Verwaltung Anwendung findet (zur Kennzahlenmethode vgl. u.a. RKW 1996: 95-98; Wittlage 1995: 81-92). Anhaltszahlen sind einzelne Verhältniszahlen, die angeben sollen, für wie viele Leistungseinheiten eine Vollkraft erforderlich ist. In den Anhaltszahlen der DKG für den Pflegedienst auf Normalstationen diente als zentrale Leistungseinheit die Zahl der durchschnittlich zu versorgenden Patienten, ausgedrückt in der Zahl der um 24 Uhr (Mitternachtsstatis-

---

<sup>20</sup> Im August 2008 waren es nach Angaben der LEP-AG insgesamt nur ca. 35 Kliniken (LEP-AG 2008).

tik) durchschnittlich belegten Betten. Eine Anhaltszahl (Kennzahl) von 1 : 3 würde dementsprechend bedeuten, dass für je drei durchschnittlich belegte Betten nach Mitternachtsstatistik eine Vollkraft im Stellenplan vorzusehen ist. Als Durchschnitt war der jeweilige Jahresdurchschnitt zu Grunde zu legen.

Die Anhaltszahlenrechnung mit Hilfe der Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) war bis Ende 1992 die vorherrschende Methode der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Auf Grundlage der Anhaltszahlen der DKG wurden nicht nur die Stellenpläne errechnet und mit den Krankenkassen vereinbart, sondern sie dienten auch als Grundlage für externe Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Bölke 1981). Anhaltszahlen gab es nicht nur für den Pflegedienst und ärztlichen Dienst, sondern für alle Dienstarten (vgl. u.a. Bölke 1981; Mohr/Kröger 1993; Plücker 1992).

Die ersten Anhaltszahlen für den Pflegedienst wurden von der DKG 1951 veröffentlicht und in der Folgezeit mehrfach überarbeitet und den neueren Entwicklungen angepasst (DKG 1951, 1959, 1964, 1969, 1974a).<sup>21</sup> Bei den Anhaltszahlen der DKG handelte es sich um unverbindliche Empfehlungen des Dachverbands der Krankenhaussträger, aus denen weder eine Verpflichtung zur Vorhaltung der sich aus der Anhaltszahlenrechnungen ergebenden Vollkräfte ergab, noch ein Anspruch gegenüber den Krankenkassen auf Finanzierung der entsprechenden Personalkosten. Sie sollten – daher die Bezeichnung „Anhaltszahlen“ – nur einen „Anhalt für die gegenwärtig im Regelfall zu erstrebende Besetzung mit Pflegekräften geben“ (DKG 1951).

Durch Beschluss der 37. Gesundheitsministerkonferenz vom 27.02.1976 wurden die Anhaltszahlen jedoch zu Orientierungswerten nicht nur für die Pflegesatzverhandlungen, sondern auch für Wirtschaftlichkeitsprüfungen.<sup>22</sup> Diese Bedeutung behielten sie bis Ende 1992. Mit Einführung der Budgetdeckelung durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 verloren die Anhaltszahlen ihre zentrale Bedeutung, da für die jährliche Budgetveränderung eine Obergrenze festgelegt wurde, die auch nicht durch einen auf Grund der Anhaltszahlen nachgewiesenen höheren Personalbedarf überschritten werden durfte. Das Gesundheitsstrukturgesetz sah für die Vereinbarung der Stellenpläne lediglich zwei Ausnahmen von der Deckelung vor. Im allgemeinen Pflegedienst

---

<sup>21</sup> Zum Überblick vgl. Anhang 2.

<sup>22</sup> Gemäß der Entschließung der 37. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) vom 27.02.1976 sollte „bei der Prüfung und Besetzung der ärztlichen und pflegerischen Dienste im Rahmen der Pflegesatzfestsetzung von den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 1969 - fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche - ausgegangen werden, sofern die Länder andere Anhaltszahlen nicht ermittelt haben“ (GMK zit. n. DKG 1985: 31).

waren die Stellenpläne auf Grundlage der PPR zu vereinbaren und in der Psychiatrie auf Grundlage der Psych-PV. Die aus ihrer Anwendung resultierenden Stellenplanerhöhungen waren im Grundsatz politisch gewollt, und die Mehrkosten unterlagen nicht der Deckelung. Wie eingangs dargelegt, endete diese Ausnahmeregelung für den allgemeinen Pflegedienst zum 1.01.1996. Seitdem gelten für ihn, wie für alle anderen Bereiche des Krankenhauses, keine Orientierungswerte mehr für die Personalbemessung. Lediglich die Psychiatrie ist insofern ausgenommen, als die Psych-PV weiterhin gilt. Allerdings unterliegt auch sie der Budgetdeckelung, und die Psych-PV rechtfertigt keine Überschreitung der Budgetobergrenze.

Zwar haben die Anhaltszahlen ihre frühere Bedeutung im Rahmen der Pflegesatzfestsetzung verloren, für interne Zwecke werden sie aber teilweise auch heute noch angewendet. Zudem wird bei der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen auch auf die Anhaltszahlenrechnung zurückgegriffen. So bedient sich die Kalkulation der Personalkosten für Intensivstationen einer Dreiteilung der Intensivversorgung in Intensivüberwachung, Intensivbehandlung und Beatmung, die aus der Anhaltszahlenrechnung stammt (InEK 2007: 139ff.).

Der zentrale Vorteil der Anhaltszahlenrechnung ist zugleich auch ihr wichtigster Nachteil. Sie ist relativ einfach in der Handhabung, dafür aber wenig transparent in Bezug auf ihre Prämissen und Grundlagen. So beruhten die Anhaltszahlen der DKG für den Pflegedienst der Normalstationen auf einer Formel, in die eine Reihe von Einflussfaktoren eingingen, die durchaus auch kritisch gesehen werden können. Nicht von ungefähr wies die DKG denn auch bereits in den 1970er Jahren darauf hin, dass Anhaltszahlen nicht ohne Kenntnis der ihnen zu Grunde liegenden Annahmen und ohne Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Krankenhauses angewendet werden sollten (DKG 1974a: 420). Die Praxis einer pauschalen und undifferenzierten Anwendung von Anhaltszahlen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen war aus ihrer Sicht ein ‚Missbrauch‘ der Anhaltszahlen (DKG 1986: 31). Dementsprechend ersetzte die DKG ihre pauschalen Anhaltszahlen Mitte der 1980er Jahre durch eine differenziertere „Bedarfsformel“ für die Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst, die sie Ende der 1980er Jahre zu einem komplexen ‚Analytischen Konzept‘ weiterentwickelte (DKG 1986, 1989; Kaufmann/Mohr 1989).

Die Problematik der Anhaltszahlen soll im Folgenden anhand der Anhaltszahl für die allgemeine Krankenpflege auf Normalstationen aus dem Jahr 1969, fortgeschrieben auf die 40 Std. Woche kurz erläutert werden.<sup>23</sup>

Die einfache Anhaltszahl von 1969 (fortgeschrieben auf die 40 Std. Woche) für die Besetzung des Tagdienstes einer Normalstation lag für ein Krankenhaus mit vollständig zentralisierten Versorgungsdiensten<sup>24</sup> bei 1 : 3,27 (Bölke 1981: 217) und bedeutete, dass für jeweils 3,27 durchschnittlich belegte Betten (nach Mitternachtsstatistik) eine Vollkraft im Stellenplan für den Tagdienst vorzusehen ist. Die Berechnung der erforderlichen Planstellen für den Nachtdienst erfolgte nach der Arbeitsplatzmethode (Eichhorn 1975: 380). Dabei wurde davon ausgegangen, dass in der Nacht eine Vollkraft 32 durchschnittlich belegte Betten versorgen kann (DKG 1974a: 421). Es dürfte wichtig sein, darauf hinzuweisen, dass die Anhaltszahlenrechnung keine Methode zur Ermittlung der Personalbesetzung pro Schicht war, sondern zur Berechnung eines Stellenplans. Dementsprechend bedeutet 1 : 3,27 auch nicht, dass in jeder Schicht eine Vollkraft für jeweils 3,27 Patienten verfügbar sein muss.

Die Berechnung eines Stellenplans mittels Anhaltszahlenrechnung war denkbar einfach, es brauchte nur die Zahl der durchschnittlich belegten Betten durch die Anhaltszahl dividiert werden. Angenommen, auf einer Station waren laut Mitternachtsstatistik durchschnittlich 28 Betten belegt, so ergab sich für den Tagdienst aus der Anwendung der Anhaltszahlenrechnung ein Stellenplan mit 8,56 Vollkräften.

$$\frac{28 \text{ belegte Betten}}{3,27} = 8,56 \text{ Stellen für den Tagdienst}$$

<sup>23</sup> Die Anhaltszahlen der DKG sahen für den Pflegedienst zu verschiedenen Zeiten auch unterschiedliche Verhältniszahlen für unterschiedliche Abteilungen vor, sowohl differenziert nach Erwachsenen- und Kinderkrankenpflege sowie psychiatrischer Pflege, als auch innerhalb der Erwachsenenkrankenpflege differenziert nach Fachabteilungen (DKG 1951, 1959, 1964, 1969, 1974a).

<sup>24</sup> Zu den Versorgungsdiensten zählten beispielsweise eine zentralisierte Speisenversorgung, Zentralsterilisation, Bettenzentrale, zentraler Hol- und Bringdienst, ausreichende Vertikalverbindungen durch Aufzüge. Dies wurde für die Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst insofern als relevant angesehen, als zentralisierte Versorgungsdienste den Pflegedienst entlasten und zu einem geringeren Personalbedarf führen. Entsprechend sahen die Anhaltszahlen für Krankenhäuser ohne zentralisierte Versorgungsdienste auch eine höhere Personalbesetzung im Pflegedienst vor (DKG 1969).

Eine Änderung des Stellenplans kann sich bei der Anwendung der einfachen Anhaltszahlenrechnung nur durch eine Änderung der durchschnittlichen Belegung ergeben. Alle anderen Einflussfaktoren auf den Personalbedarf bleiben bei dieser Art der Personalbedarfsermittlung vollkommen unberücksichtigt. Weder Änderungen im Pflegebedarf der Patienten, noch der tariflichen Arbeitszeit der Beschäftigten oder der Ausfallquote des Personals konnten zu einer Änderung des Stellenbedarfs führen. Auch bleibt bei einer so einfachen Anhaltszahl intransparent, auf welchen Prämissen und Grundlagen sie aufbaut. Es ist beispielsweise nicht erkennbar, wie hoch der zugrunde gelegte Pflegebedarf je Patienten, die Arbeitszeit je Vollkraft oder die durchschnittliche Arbeitsausfallquote des Personals ist. Die Prämissen werden erst erkennbar, wenn man die Formel ‚hinter‘ der Anhaltszahl kennt und die in sie eingegangenen Vorannahmen und Basiswerte. Dies gilt nicht nur für die hier vorgestellte Anhaltszahl von 1969 für den Tagdienst auf Normalstationen, sondern grundsätzlich für alle Arten der Anhaltszahlen- oder Kennzahlenrechnung.

Die Anhaltszahlen für den allgemeinen Pflegedienst bauten auf den folgenden Grundannahmen und Basiswerten auf (vgl. DKG 1969; vgl. Eichhorn 1975: 362-395):

- einem durchschnittlich erforderlichen Pflegezeitbedarf in Höhe von 101 Minuten im Tagdienst (Eichhorn 1975: 374),
- als Tagdienst wurde die Zeit von 6:00 bis 22:00 Uhr angesetzt (DKG 1969),
- der Annahme, dass der Pflegezeitbedarf am Samstag nur 80 % (0,8) und am Sonntag nur 50 % (0,5) des Pflegezeitbedarfs betrug, der von Montag bis Freitag erforderlich ist; daraus ergab sich ein so genannter ‚Wochentagefaktor‘ von 6,3 ( $5 \times 1, 1 \times 0,8$  und  $1 \times 0,5$ ) (Eichhorn 1975: 381),
- einer tariflichen Arbeitszeit von zunächst 45, später 40 Wochenstunden (2.400 Minuten) und
- einer durchschnittlichen Arbeitsausfallquote von 15 %, die durch einen ‚Zuschlagsfaktor‘ von 1,15 berücksichtigt werden sollte, der zum Pflegezeitbedarf addiert wurde (DKG 1969).<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Bereits in den 1970er Jahren hatte Eichhorn darauf hingewiesen, dass der Zuschlagsfaktor für die Berücksichtigung einer Ausfallquote von 15 % nicht 15 % betragen muss, sondern 17,65 % (Eichhorn 1977: 7). Mit einem Zuschlagsfaktor von 1,15 werden nicht 15 % Arbeitsausfall, sondern nur 13,05 % berücksichtigt. Dennoch hielt sich die Auffassung, mit einem Zuschlagsfaktor von 1,15 würde eine Ausfallquote von 15 % berücksichtigt, in der Krankenhauspraxis bis in die 1990er Jahre.

Hinter der Anhaltszahl steht somit die folgende Formel:

$$\frac{2400}{101 \times 6,3 \times 1,15} = \frac{2400}{731,75} = 3,27^{26}$$

Im Zähler stand die tarifliche Brutto-Arbeitszeit in Minuten, im Nenner der zugrunde gelegte erforderliche Pflegezeitaufwand in Minuten. Bei einer solchen Anordnung ergibt sich die erwähnte Anhaltszahl, tauscht man Zähler und Nenner gegeneinander aus und multipliziert den Pflegezeitbedarf mit der Zahl der durchschnittlich belegten Betten, so erhält man die nach dieser Formel erforderliche Zahl der Vollzeitstellen für die entsprechende Station, im folgenden Beispiel für eine Station mit durchschnittlich 28 belegten Betten.

$$\frac{101 \times 6,3 \times 1,15 \times 28}{2400} = \frac{20.488,86}{2400} = 8,53^{27}$$

Erst durch die ‚hinter‘ den Anhaltszahlen stehenden Formeln wird deutlich, dass sie auf Annahmen und Ausgangswerten ausgehen, die durchaus auch kontrovers diskutiert werden können. Im Falle der Anhaltszahl für Normalstationen der allgemeinen Krankenpflege ist es vor allem der pauschale Wert von 101 Minuten je durchschnittlich belegtem Bett, der für alle Abteilungen und alle Patienten einer Station einheitlich galt. Der Minutenwert basierte offenbar auf Arbeitszeitstudien des Deutschen Krankenhausinstituts aus den 1960er Jahren (Eichhorn 1975: 363). Mangels Veröffentlichungen über diese Studien war und ist die Datengrundlage der Anhaltszahlen aber nicht nachvollziehbar (BMA 1985: 175).

Die bloße Übernahme und Anwendung der Anhaltszahlen stieß bereits in den 1970er Jahren auf scharfe Kritik, insbesondere auch weil Veränderungen der Einflussfakto-

---

<sup>26</sup> Die Berechnung ergibt eigentlich die Anhaltszahl 3,279. Die dritte Stelle nach dem Komma wurde jedoch nicht aufgerundet, sondern entfiel offensichtlich. In den Empfehlungen der DKG wird diese Differenz nicht erwähnt und auch keine Begründung für die Streichung der dritten Nachkommastelle genannt.

<sup>27</sup> Die Differenz zu den vorher errechneten 8,56 Vollzeitstellen resultiert aus der Nichtberücksichtigung der 3. Stelle nach dem Komma bei der Berechnung der einfachen Anhaltszahl.

ren auf den Personalbedarf, beispielsweise die zunehmende Zahl älterer Patienten, der kontinuierliche Verweildauerrückgang oder steigender Pflegebedarf aufgrund neuer und komplexerer medizinischer Therapien innerhalb der reinen Anhaltszahlenrechnung nicht berücksichtigt werden.<sup>28</sup> Dem schloss sich auch der Gesetzgeber in der Begründung der 1992 beschlossenen Pflege-Personalregelung an (BT-Drs. 12/3608: 143).

Aus den vorstehend aufgeführten Gründen sind reine Anhaltszahlen als Instrument einer externen Qualitätssicherung mittels Vorgabe von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes nicht geeignet. Dies gilt nicht nur für die Anhaltszahlen der DKG, sondern für alle Arten von Verhältniszahlen, in denen die Zahl der erforderlichen Vollzeitkräfte auf eine Abteilung, Station, Schicht, durchschnittlich belegte Betten oder Fälle insgesamt bezogen werden.

#### **4.2.2 Pflege-Personalregelung**

Die Pflege-Personalregelung (PPR) trat zum 1.1.1993 in Kraft, wurde zum 1.1.1996 ausgesetzt und ein Jahr später gänzlich aufgehoben. Sie enthielt Regelungen zur Ermittlung des Personalbedarfs für den Pflegedienst der Erwachsenen- und Kinderkrankenpflege mit Ausnahme der Intensivstationen, Dialyseeinheiten und der Psychiatrie. Der Geltungsbereich der PPR erstreckte sich somit im Wesentlichen auf die so genannten ‚Normalstationen‘. Die in der PPR enthaltenen Minutenwerte galten allerdings nur für einen „Regeldienst“ von 14 Stunden in der Zeit von 6.00 bis 20.00 Uhr. Die Personalbemessung für den Nachtdienst war weiterhin mit Hilfe der Arbeitsplatzmethode zu berechnen. Die nachfolgende Darstellung beschränkt sich auf Grundsätze und zentrale Elemente der PPR und erläutert diese im Wesentlichen am Beispiel der Erwachsenenkrankenpflege. Für eine detaillierte Einführung in die Pflege-Personalregelung sei auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen (vgl. Brand 1993; vgl. Schöning/Luithlen/Scheinert 1995; Zerbe/Heisterkamp 1995).<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Die Minutenwerte von 1969 gingen beispielsweise von einer durchschnittlichen Verweildauer von 15-16 Tagen aus (Eichhorn 1975: 382). Kürzere Verweildauern ziehen eine höhere Arbeitsintensität nach sich und deshalb auch einen höheren Personalbedarf (ebd.). Entsprechende Anpassungen des zentralen Wertes von 101 Minuten aufgrund von Verweildauerverkürzungen fanden jedoch keinen Eingang in die nachfolgende Praxis.

<sup>29</sup> Der Kommentar von Schöning/Luithlen/Scheinert (1995) kann als eine Art ‚amtlicher Kommentar‘ gelten, da er von Mitgliedern der Expertengruppe herausgegeben wurde, darunter auch der zuständige Ministerialbeamte und Vorsitzende der Expertengruppe, Eberhard Luithlen.

Pflege-Personalregelung unterscheidet sich von der früheren Anhaltszahlenrechnung vor allem dadurch, dass sie bei der Ermittlung Pflegezeitaufwandes weitaus differenzierter vorgeht. Es wird kein einheitlicher Minutenwert für das gesamte Krankenhaus oder eine Station zugrunde gelegt, sondern der als erforderlich geltende Pflegezeitaufwand wird auf Grundlage eines differenzierten Patientenklassifikationssystems für jeden Patienten gesondert ermittelt. Der erforderliche Stellenplan wird auf Grundlage der Minutenwerte aller Patienten einer Station bzw. eines Krankenhauses ermittelt.

#### 4.2.2.1 Grundzüge der PPR

Im Zentrum der Pflege-Personalregelung steht ein Pflegestufenmodell, dass von einer Expertengruppe im Auftrag der Bundesregierung und unter Beteiligung von Krankenkassenvertretern entwickelt worden war (§§ 6 und 10 PPR). Jeder Patienten ist danach täglich zwischen 12.00 und 20.00 Uhr vom Pflegepersonal einer von insgesamt neun Pflegestufen zuzuordnen (§ 4 Abs. 1 PPR). Den Pflegestufen sind Minutenwerte hinterlegt, auf deren Grundlage der Personalbedarf errechnet wird. Die Zuordnung ist auf Grundlage der für die Patienten „notwendigen Pflegeleistungen“ vorzunehmen (§ 4 Abs. 1 PPR; vgl. auch Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 06-02, 15; Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 78; Simon 1993).<sup>30</sup> Neben Minutenwerten für jede Pflegestufe enthält die PPR einen genannten „Fallwert“, einen „Pflegegrundwert“ und einen Minutenwert für die Versorgung gesunder Neugeborener (§ 6 PPR). Für jede Krankhausaufnahme ist ein *Fallwert* von 70 Minuten ausgewiesen. Dem liegt die Annahme zu Grunde, dass unabhängig von der Aufenthaltsdauer im Zusammenhang mit der Aufnahme, Verlegung und Entlassung oder dem Tod eines Patienten Tätigkeiten anfallen, die mit einem gesonderten, einmaligen pauschalen Minutenwert berücksichtigt werden sollten (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 107). Mit dem *Pflegegrundwert* sollen Tätigkeiten erfasst werden, die nicht speziell für einen einzelnen Patienten erbracht werden, sondern für die Aufrechterhaltung des Stationsbetriebes und somit für alle Patienten notwendig sind

---

<sup>30</sup> Die Einstufung sollte folglich nicht auf Grundlage der tatsächlich erbrachten Leistungen erfolgen, wie es in den Jahren 1993 bis 1995 in der Regel in den Krankenhäusern geschehen ist. Die Einstufung auf Grund der tatsächlich erbrachten Leistungen kann nur im Fall einer ausreichenden Personalbesetzung zu einer ausreichenden Leistungserbringung führen. Ist der Pflegedienst dagegen unterbesetzt, können notwendige Leistungen nicht erbracht werden, und eine Einstufung auf Grundlage der Ist-Leistungen führt zu einer Fortschreibung der Unterbesetzung (Simon 1993). Darauf hinzuweisen ist insofern wichtig, als die DRG-Kalkulationskrankenhäuser ihre Personalkosten des Pflegedienstes auf Normalstationen auf Grundlage von PPR-Minuten zu ermitteln haben, und dort mit hoher Wahrscheinlichkeit in Fortsetzung der gängigen Praxis der 1990er Jahre auf Grundlage von Ist-Leistungen eingestuft wird.

(Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 110). Dazu werden beispielsweise Besprechungen, Leitungsaufgaben oder die Teilnahme an Fortbildungen gezählt.

Da zu den Leistungen der Geburtshilfe auch die Versorgung gesunder Neugeborener gehört, wird für diese Leistungen ein gesonderter Minutenwert in Höhe von 110 Minuten je Tag angesetzt.

Der gesamte Arbeitszeitbedarf für die Erwachsenenkrankenpflege eines Krankenhauses ergibt sich in der PPR aus der Addition der Minutenwerte aller Patienten und gesunden Neugeborenen. Die daraus abzuleitende Zahl der erforderlichen Vollzeitkräfte ist mittels Division der Summe aller Minutenwerte durch die durchschnittliche Netto-Arbeitszeit je Vollzeitkraft zu ermitteln (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 119-126). Für die Leitung des Pflegedienstes ist zusätzlich für je 80 Beschäftigte eine Stelle in Ansatz zu bringen (§ 8 PPR).

Die PPR gewährte den Krankenhäusern während der Zeit ihrer Geltung keinen Anspruch auf Finanzierung der auf ihrer Grundlage ermittelten Vollzeitkräfte. Sie lieferte lediglich die Datengrundlage für die Budgetverhandlungen. Wie viele der ermittelten erforderlichen Vollzeitkräfte von den Krankenkassen finanziert wurden, war mit diesen für den jeweils nächsten Pflegesatzzeitraum zu vereinbaren.

#### *4.2.2.2 Das Pflegestufenmodell der PPR*

Dem Pflegestufenmodell der PPR liegt eine Unterteilung der Pflege in Leistungen der ‚Allgemeinen Pflege‘ und der ‚Speziellen Pflege‘ zu Grunde (§§ 4 und 9 PPR). Beide Leistungsbereiche werden jeweils in ‚Grundleistungen‘, ‚Erweiterte Leistungen‘ und ‚Besondere Leistungen‘ differenziert. Für die Kinderkrankenpflege ist darüber hinaus eine Differenzierung der Patienten in drei Untergruppen vorgesehen: Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F); Kleinkinder (K) sowie Schulkinder und Jugendliche (J) (§ 9 PPR). Für die Erwachsenenkrankenpflege ergeben sich daraus insgesamt neun und für die Patienten der Kinderkrankenpflege 27 unterschiedliche Pflegestufen (Abb. 2-6). Für jede dieser Pflegestufen ist ein Minutenwert ausgewiesen.

Allgemeine Pflege	Spezielle Pflege
A1 Grundleistungen	S1 Grundleistungen
A2 Erweiterte Leistungen	S2 Erweiterte Leistungen
A3 Besondere Leistungen	S3 Besondere Leistungen

**Abbildung 2:** Pflegestufen für die Erwachsenenkrankenpflege (§ 4 Abs. 1 PPR)

	A1 Grundleistungen	A2 Erweiterte Leistungen	A3 Besondere Leistungen
<b>S1 Grundleistungen</b>	A1/S1	A2/S1	A3/S1
<b>S2 Erweiterte Leistungen</b>	A1/S2	A2/S2	A3/S2
<b>S3 Besondere Leistungen</b>	A1/S3	A2/S3	A3/S3

**Abbildung 3:** Patientengruppen für die Erwachsenenkrankenpflege (§ 3 Abs. 2 PPR)

Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
A1/S1	52	A2/S1	98	A3/S1	179
A1/S2	62	A2/S2	108	A3/S2	189
A1/S3	88	A2/S3	134	A3/S3	215

**Abbildung 4:** Minutenwerte für die Erwachsenenkrankenpflege (§ 6 PPR)

	KA1 Grundleistungen	KA2 Erweiterte Leistungen	KA3 Besondere Leistungen
<b>KS1 Grundleistungen</b>	KA1-F/KS1 KA1-K/KS1 KA1-J/KS1	KA2-F/KS1 KA2-K/KS1 KA2-J/KS1	KA3-F/KS1 KA3-K/KS1 KA3-J/KS1
<b>KS2 Erweiterte Leistungen</b>	KA1-F/KS2 KA1-K/KS2 KA1-J/KS2	KA2-F/KS2 KA2-K/KS2 KA2-J/KS2	KA3-F/KS2 KA3-K/KS2 KA3-J/KS2
<b>KS3 Besondere Leistungen</b>	KA1-F/KS3 KA1-K/KS3 KA1-J/KS3	KA2-F/KS3 KA2-K/KS3 KA2-J/KS3	KA3-F/KS3 KA3-K/KS3 KA3-J/KS3

**Abbildung 5:** Patientengruppen für die Kinderkrankenpflege (§ 9 Abs. 2 PPR)

Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert	Patientengruppe	Minutenwert
KA1-F/KS1	113	KA2-F/KS1	149	KA3-F/KS1	236
KA1-K/KS1	118	KA2-K/KS1	153	KA3-K/KS1	230
KA1-J/KS1	54	KA2-J/KS1	116	KA3-J/KS1	188
KA1-F/KS2	162	KA2-F/KS2	198	KA3-F/KS2	285
KA1-K/KS2	167	KA2-K/KS2	202	KA3-K/KS2	279
KA1-J/KS2	103	KA2-J/KS2	165	KA3-J/KS2	237
KA1-F/KS3	238	KA2-F/KS3	274	KA3-F/KS3	361
KA1-K/KS3	243	KA2-K/KS3	278	KA3-K/KS3	365
KA1-J/KS3	179	KA2-J/KS3	241	KA3-J/KS3	313

**Abbildung 6:** Minutenwerte für die Kinderkrankenpflege (§ 10 Abs. 2 PPR)

Die Minutenwerte der Pflegestufen basieren auf Minutenwerten für ‚Tätigkeitsprofile‘, die der Allgemeinen und Speziellen Pflege und den jeweiligen Leistungsbereichen hinterlegt sind (zu den Minutenwerten vgl. Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 185-204). Der Minutenwert einer Pflegestufe ist somit Ergebnis der Addition von Minutenwerten zahlreicher kleinteiliger einzelner Pflegetätigkeiten. So setzt sich der für die Pflegestufe A1/S1 ausgewiesene Wert von 52 Minuten pro Patient und Tag aus einem Wert von 20 Minuten für die Allgemeine Pflege und 32 Minuten für die Spezielle Pflege zusammen. Der Wert von 20 Minuten für die Allgemeine Pflege ist Resultat der Addition von jeweils hinterlegten Minutenwerten für Einzeltätigkeiten, wie beispielsweise „Leistungen im Zusammenhang mit der Körperpflege“ (0,7 Min.), „Leistungen im Zusammenhang mit der Ernährung“ (5,98 Min.) oder „Leistungen im Zusammenhang mit Bewegungen und Lagerung“ (5,16 Min.) (vgl. ebd.).

Die hinterlegten Minutenwerte für die jeweiligen Tätigkeitsprofile wurden – so der amtliche Kommentar zur PPR – auf Grundlage von Zeiterfassungen „in der Expertengruppe erarbeitet“ (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 100). Die ‚Erarbeitung‘ schloss auch Testläufe in 84 Krankenhäusern mit ca. 500.000 Zuordnungen ein (BT-Drs. 12/3608: 144). Bei der Festsetzung der endgültigen Minutenwerte „wurde auch auf die Finanzierbarkeit fachlich wünschenswerter Forderungen Rücksicht genommen“ (BT-Drs. 12/3608: 149).

Bei den in der PPR vorgegebenen Minutenwerten handelt es sich somit nicht um Maximalwerte, die allein auf Grundlage der Wünsche der Pflege gebildet wurden, sondern um das Ergebnis von Kompromissen zwischen fachlich gewünschter Qualität und entsprechender Ressourcenausstattung auf der einen Seite und Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung vor zu starken Ausgabensteigerungen auf der

anderen Seite. Es ist davon auszugehen, dass die in die PPR eingegangenen Minutenwerte auch mit Blick auf die GKV-Ausgaben festgelegt wurden, denn: „Auf der Grundlage der Erprobungsergebnisse wurde eine Schätzung der voraussichtlich durch die verbesserte Personalbemessung entstehenden Kosten vorgenommen“ (BT-Drs. 12/3608: 144).

#### *4.2.2.3 PPR als Instrument der Qualitätssicherung*

Im Mittelpunkt der PPR stand allerdings nicht die Beitragssatzstabilität der GKV, sondern das Ziel, die Qualität der Pflege in Krankenhäusern zu verbessern und langfristig zu sichern. Dies wurde auch in der amtlichen Begründung der PPR an mehreren Stellen zum Ausdruck gebracht. Unter Verweis auf die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten ab 1995/1996 wurde festgestellt:

- „Damit wird sich der Charakter der Regelung ändern. Ihre Bedeutung als Instrument zur Pflegesatzfindung wird abnehmen, ihre Bedeutung als Instrument zur Qualitätssicherung wird zunehmen. Das damit erreichte pflegerische Leistungsniveau soll nach Möglichkeit bei der Berechnung der Fallpauschalen im Rahmen der zum 1. Januar 1995 zu erlassenden Verordnung berücksichtigt werden“ (BT-Drs. 12/3608: 145).
- „Der materielle Gehalt der Verordnung bleibt unangetastet und wird die pflegerische Qualität auf Dauer sichern helfen“ (ebd.: 147).
- „Mit dieser Art der Personalbemessung wird eine wirksame Qualitätskontrolle möglich“ (ebd.: 146).

Die PPR sollte vor allem ein Instrument der Qualitätssicherung sein und zur Verbesserung der Pflegequalität in Krankenhäusern beitragen. Damit erfüllte sie den Gesetzesauftrag des damaligen § 19 KHG, der von der Bundesregierung „Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten“ forderte.

Zur Verbesserung und Sicherung der Strukturqualität sollte sie vor allem dadurch beitragen, dass ein verbindliches Verfahren zur Ermittlung der erforderlichen Personalausstattung eines Krankenhauses vorgegeben wurde. Darüber hinaus sollte sie auch zur Sicherung der Prozessqualität beitragen, da sie dazu dienen sollte, eine „an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege (...) zu gewährleisten“ (§ 1 Abs. 3 PPR). Zur Konkretisierung dieses Ziels wurden in die amtliche Begründung

der PPR „Anforderungen an eine moderne Krankenpflege“ (BT-Drs. 12/3608: 149f.) aufgenommen, die auch als Basis der Tätigkeitsprofile und Minutenwerte dienten (Schöning/Luithlen/Scheinert 1995: 38-41, 100).

#### *4.2.2.4 Eignung der PPR als Grundlage für Mindestanforderungen an die Personalbesetzung*

Es bleibt abschließend die Frage, ob die PPR für die Festlegung von Mindestanforderungen an Krankenhäuser geeignet ist, und wie ihr Einsatz im Rahmen der Vorgabe und Überwachung von Mindestanforderungen aussehen könnte.

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass sich aus der PPR keine einfachen Kennzahlen oder Richtwerte ableiten lassen, im Sinne der Vorgabe einer bestimmten Zahl an Vollzeitkräften je Krankenhaus, Abteilung, Station oder Schicht. Dies wäre aber ohnehin – wie am Beispiel der Anhaltszahlen dargelegt – ein ungeeigneter Ansatz. Auf Grundlage der PPR könnte allerdings krankenhaus-, abteilungs- oder stationsspezifisch ein Personalbedarf im Sinne einer Soll-Besetzung ermittelt werden, der dem Ist-Personalbestand gegenüber gestellt werden kann. An der Übereinstimmung oder Differenz beider Werte kann sehr leicht die Erfüllung, Unterschreitung oder Überschreitung definierter Mindestanforderungen sowie auch das Ausmaß der jeweiligen Abweichung abgelesen werden.

Dies findet intern in zahlreichen Krankenhäuser seit Aufhebung der PPR bereits statt, indem die jeweilige Ist-Besetzung als Relation zur Soll-Besetzung nach PPR ausgedrückt wird. In der Krankenhauspraxis lauten die entsprechenden Formulierungen beispielsweise „PPR minus 20 %“ oder „PPR minus 30 %“ etc. In der Fachliteratur findet sich dafür die Bezeichnung „Methode PPR – X %“ (Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 06-02, 26).

Die PPR als Maßstab der externen Qualitätssicherung zu nutzen, würde diese bislang nur intern und zumeist auch nur Pflegedienstleitungen zugängliche Information der Öffentlichkeit zugänglich machen. Der entsprechende Wert wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit ein zentraler Orientierungswert für die Qualitätsbeurteilung eines Krankenhauses oder einer Abteilung. Es würde sich anbieten, ihn als verpflichtende Information in die Qualitätsberichte aufzunehmen, und er würde sich auch sehr gut für Krankenhausvergleiche eignen.

Die Übereinstimmung mit oder Abweichung von der Soll-Besetzung nach PPR wäre ein weitaus aussagekräftigerer Qualitätsindikator als die gegenwärtig in den Quali-

tätsberichten veröffentlichte Zahl der Vollkräfte insgesamt, die in keinerlei Bezug zu irgend einem Leistungsindikator gesetzt wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass sowohl die Öffentlichkeit als auch die Professionen des Gesundheitswesens an einer solchen, aussagekräftigen Information über die Angemessenheit der Personalbesetzung von Krankenhäusern sehr interessiert sind.<sup>31</sup>

#### **4.3 Personalbedarfsermittlung für Intensivstationen**

Die Personalbedarfsermittlung für Intensivstationen wurde über Jahrzehnte ebenfalls auf Grundlage von Anhaltszahlen vorgenommen. Als Orientierungsrahmen dienten und dienen die Anhaltszahlen der DKG von 1974 für die Personalbedarfsermittlung auf Intensivstationen (DKG 1974a). Sie waren gekoppelt mit „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“ (DKG 1974b), die Mindestanforderungen an die Ausstattung von Krankenhäusern mit Intensiv-Einheiten sowie die sachliche und personelle Ausstattung der Intensivstationen definierten. Die Richtlinien dienten in den folgenden Jahrzehnten als Orientierung für den Bau und die Einrichtung von Intensivstationen und sie werden auch heute noch als Referenzrahmen für die Personalbedarfsermittlung angeführt (vgl. Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 17-03).

Die in den Richtlinien von 1974 enthaltene Unterteilung in ‚Intensivüberwachung‘, ‚Intensivbehandlung‘ und ‚Beatmungsfälle‘ wird zudem im Rahmen der jährlichen DRG-Kalkulation für die Ermittlung der zentralen Verrechnungskennzahl „gewichtete Intensivstunden“ genutzt (InEK 2007: 139). Die vom InEK vorgeschlagenen Gewichtungsfaktoren für „Überwachungsstunden“, „Behandlungsstunden“ und „Beatmungsstunden“ lassen zudem eine deutliche Nähe zu den Anhaltszahlen der DKG erkennen. Insofern haben die Richtlinien und Anhaltszahlen der DKG von 1974 auch heute noch Bedeutung und Einfluss. Dies dürfte insbesondere auch darauf zurückzuführen sein, dass es für den Intensivbereich keine der PPR oder Psych-PV vergleichbare Regelung gegeben hat.

---

<sup>31</sup> Der seit 2006 jährlich durchgeführte Berliner Klinikvergleich hat beispielsweise im Jahr 2008 erstmals für jedes einzelne Berliner Krankenhaus die Zahl der Fälle je Vollkraft für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst sowie teilweise auch andere Dienstarten ausgewiesen (vgl. die verschiedenen Ausgaben des Berliner Tagesspiegel in der Zeit vom 30. Juni bis 18. Juli 2008).

Da die Anhaltszahlen nicht nur zu undifferenziert sind, sondern auch in ihrer Höhe nicht mehr den Anforderungen an eine zeitgemäße Intensivmedizin und Intensivpflege genügen, wurde seit den 1990er Jahren in einigen Kliniken auf alternative Methoden der Personalbedarfsermittlung für Intensivstationen umgestellt. Die am weitesten verbreitete Methode dürfte das „Therapeutic Intervention Scoring System“ (TISS) sein. Es kann zudem Rahmen der DRG-Kalkulation auch anstelle der auf Anhaltszahlen basierenden Gewichtungsfaktoren eingesetzt werden, um die Gesamtkosten einer Intensivstation auf einzelne Patienten und DRGs aufzuteilen. Wegen seiner besonderen Bedeutung und auch weil es als Instrument der Personalbedarfsermittlung für die Intensivpflege international diskutiert und eingesetzt wird, soll auf TISS in einem gesonderten Abschnitt näher eingegangen werden.

Der Einsatz von TISS als Instrument der Personalbedarfsermittlung für die Pflege wird allerdings sehr kontrovers diskutiert, international und national. Es wird bezweifelt, dass es ein geeigneter Ansatz ist, den Pflegeaufwand zu messen. Vor dem Hintergrund dieser Kritik wurden international mehrere neuere Ansätze entwickelt, die abschließend kurz vorgestellt werden.

#### 4.3.1 Anhaltszahlen

Die Anhaltszahlen der DKG von 1974 für die Personalbedarfsermittlung auf Intensivstationen wurden im Unterschied zu denen für den allgemeinen Pflegedienst auf Normalstationen nicht von der GMK übernommen und zum Orientierungswert für Wirtschaftlichkeitsprüfungen erklärt. Dennoch dienten sie bis in die 1990er als Ausgangsbasis und Orientierungsrahmen, der allerdings an die Entwicklungen der tariflichen Arbeitszeit angepasst wurde. Auch die zentrale Größe in den Anhaltszahlen zugrunde liegenden Formel, der hinterlegte Pflegezeitaufwand, wurde in den folgenden Jahren erhöht. Zentrale Bezugsgröße für den Personalbedarf war auch für Intensivstationen das durchschnittlich belegte Bett nach Mitternachtsstatistik.

In den Anhaltszahlen und Richtlinien der DKG von 1974 wird die Gesamtheit der Intensivpatienten in drei Gruppen eingeteilt und für jede dieser Gruppen gesondert eine Verhältniszahl ausgewiesen:

- *Intensivüberwachung:* Als Intensivüberwachung galt „die Überwachung und Pflege von Frischoperierten nach schwierigen Eingriffen, Schwerverletzten und Schwerkranken bis zur Überwindung der kritischen Phase der Erkrankung“ (DKG 1974b). Als Anhaltszahl wurde ein Verhältnis von 1 : 1 empfohlen. Für ein im Jah-

resdurchschnitt mit Überwachungspatienten belegtes Bett wurde somit die Einrichtung einer Vollzeitplanstelle empfohlen.

- *Intensivbehandlung*: Als Intensivbehandlung galt „die Behandlung und Pflege von Schwerkranken, Schwerverletzten und Vergifteten, deren vitale Funktionen (Atmung, Herz- und Kreislauffunktionen, Temperatur- und Stoffwechselregulation, Bewusstseinslage) gefährdet oder gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten und/oder wiederhergestellt werden müssen“ (DKG 1974b). Als Anhaltszahl wurde ein Verhältnis von 2 : 1 empfohlen (2 Vollzeitstellen für ein mit Behandlungsfällen durchschnittlich belegtes Bett).
- *Beatmungsfälle*: Übersteigt die Zahl der Beatmungsfälle im Jahresdurchschnitt 20 % der Fälle, sollte eine Anhaltszahl von 3 : 1 bei der Stellenplanberechnung zugrunde gelegt werden (ebd.).

Die Ermittlung der Planstellen erfolgte im Grundsatz mit der gleichen Formel wie für Normalstationen, allerdings wurde ein Wochentagefaktor von 7 zugrunde gelegt und der durchschnittliche Pflegezeitaufwand je Patient und Tag war auf Grundlage der Anteile der drei ‚Pflegestufen‘ zu ermitteln (zur Berechnung vgl. DKG 1986).

Da auf Intensivstationen häufig Patienten nur stundenweise versorgt werden, entweder weil sie nach kurzer Zeit verlegt werden können oder weil sie aufgrund ihres äußerst kritischen Zustandes versterben, bildet die Mitternachtsstatistik die tatsächliche Belegung unzureichend ab. Gilt dies bereits auch für Normalstationen, so ist die Nichterfassung dieser Patienten für Intensivstationen von besonderer Bedeutung, weil es sich häufig um Notfälle mit besonders hohem Behandlungs- und Pflegeaufwand handelt (z. B. Reanimationen, schwerste Komplikationen nach einer Operation, Erstversorgung Schwerstverletzter und Weiterverlegung in ein Krankenhaus der höheren Versorgungsstufe). Um solche ‚Stundenfälle‘ in die Personalbedarfsermittlung für Intensivstationen aufzunehmen, sahen die Empfehlungen der DKG von 1985 die Berücksichtigung von Kurzliegern vor (zur praktischen Anwendung vgl. Golombek 1987).

Wie bereits bei der Darstellung der Anhaltszahlen für Normalstationen herausgearbeitet, sind Anhaltszahlen Ergebnis einer Formel, in die mehrere Faktoren eingehen. Welche es im Einzelfall sind, wird an der reinen Anhaltszahl nicht erkennbar. Der wichtigste Bestandteil der Formel ist auch für die Intensivpflege der zugrunde gelegte Pflegezeitaufwand je Patient und Tag. Er wurde in den 1974 veröffentlichten An-

haltszahlen von der DKG nicht offen gelegt. Die vermutlich zugrunde gelegten Minutenwerte finden sich lediglich bei Eichhorn, der als leitender Mitarbeiter des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) bereits in den 1960er Jahren maßgeblich an der Entwicklung der DKG-Anhaltszahlen mitgewirkt hat. Danach basierten die Anhaltszahlen auf einem pro Patienten und Tag hinterlegten Minuten-Korridor von 175-350 Minuten für die Intensivüberwachung, und auf 525-700 Minuten für die Intensivbehandlung (Eichhorn 1975: 375). Die Minutenwerte waren – wie auch die für die Normalstationen – offenbar auf Grundlage von arbeitsanalytischen Untersuchungen in den 1960er Jahren normativ festgelegt worden.

Diese aus den 1960er Jahren stammenden Minutenwerte wurden mindestens bis Ende der 1990er Jahre in der Krankenhauspraxis und bei Krankenhausprüfungen verwendet. So empfahl beispielsweise der Bayrische Kommunale Prüfungsverband (BKPV) noch 1998 die folgenden Minutenwerten für die Personalbedarfsermittlung für die Intensivpflege (vgl. Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 06-04):

- Intensivüberwachung: 175 bis 350 Minuten
- Intensivbehandlung: 525 bis 700 Minuten
- Beatmung: 800 bis 900 Minuten<sup>32</sup>

Auch das zitierte aktuelle Standardwerk für die Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus (Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008) greift bei seinen Empfehlungen für die Krankenhauspraxis ebenfalls auf diese Werte zurück, die vor nun mittlerweile mehr als 40 Jahren ermittelt wurden, einer Zeit – und das darf dabei nicht vergessen werden – als die moderne Intensivmedizin in deutschen Krankenhäusern entweder noch gar nicht etabliert war oder sich in den ersten Anfängen befand.

Allein aufgrund der Tatsache, dass die in den Anhaltszahlen zugrunde gelegten Minutenwerte nicht nur nicht nachvollziehbar sind, sondern offenbar auf Arbeitszeitstudien aus den 1960er Jahren beruhen, scheiden die Anhaltszahlen der DKG als Orientierungsrahmen für die Vorgabe von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes auf Intensivstationen aus. Darüber hinaus ist ein dreistufiges Patientenklassifikationssystem, wie es im Anhaltszahlensystem genutzt wird, zu undifferenziert und wird der Komplexität der intensivmedizinischen Fälle und Versorgung nicht gerecht.

---

<sup>32</sup> Die Zahl von 800-900 Minuten ist abgeleitet aus den Anhaltszahlen von 1974 (Bofinger/Dörfeldt/Tauch 2008: Kap. 06-04, 12).

Die Unzulänglichkeiten der Anhaltszahlenrechnung für die Intensivpflege wurden bereits in den 1970er und 1980er Jahren kritisch diskutiert und eine Anpassung an neuere Entwicklungen gefordert. So legte beispielsweise die „Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin“ seit Ende der 1970er Jahren mehrfach „Richtwerte“ und aktualisierte Anhaltszahlen für die Personalbemessung vor, die deutlich über den DKG-Anhaltszahlen von 1974 lagen (DIVI 1984, 1994). In einer eigenen Untersuchungen zum Pflegezeitaufwand ermittelte die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) für internistische Intensivpatienten eine Spannweite von 800 bis 1.200 Minuten und für anästhesiologisch-chirurgische Patienten Werte von 1.000 bis 1.600 Minuten pro Tag (DIVI 1999).

In die Krankenhauspraxis fanden diese Forderungen und Vorschläge allerdings keinen Eingang, da die Kostenträger deren Berücksichtigung in der Regel ablehnten und die Bundesregierung – wie an früherer Stelle dargelegt – eine Intervention bis Ende der 1980er Jahre grundsätzlich ablehnte. Anfang der 1990er Jahre wurde analog zur Entwicklung der Psych-PV und PPR auch die Erarbeitung einer „Pflegepersonalverordnung Intensivmedizin“ geplant, jedoch mit Blick auf das für 1995/1996 geplante neue Entgeltsystem nicht weiterverfolgt (DIVI 1994).

Da auf nationaler Ebene keine Fortschritte bei der Entwicklung eines neuen Verfahrens für die Personalbedarfsermittlung in der Intensivpflege zu erwarten waren, richtete sich das Interesse ab Ende der 1980er Jahre auf internationale Entwicklungen. Insbesondere mit dem Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) wurde die Erwartung verbunden, dass es für die Personalbedarfsermittlung geeigneter ist als die herkömmlichen Anhaltszahlen. In den 1990er Jahren wurde es zunehmend auch in deutschen Kliniken eingesetzt, vor allem zur Einschätzung des Erkrankungsschweregrades und der Angemessenheit einer Intensivtherapie, teilweise aber auch für die Personalbedarfsermittlung. Mit der Einführung des DRG-Systems hat die Nutzung von TISS in Deutschland noch einmal einen deutlichen Schub erhalten, da es im Rahmen der DRG-Kalkulation zum Einsatz kommt. In den letzten Jahren wird auch zunehmend über die Nutzung von TISS für die Personalbedarfsermittlung diskutiert, so dass es an dieser Stelle ebenfalls in die Prüfung einbezogen werden soll, ob es ein geeignetes Instrument zur Ermittlung von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung von Intensivstationen sein kann.

#### **4.3.2 Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)**

Das „Therapeutic Intervention Scoring System“ (TISS) ist ein 1974 erstmals veröffentlichter Katalog von Maßnahmen der Intensivbehandlung, bei dem jede der aufgelisteten Interventionen mit einem Punktewert hinterlegt ist (Cullen et al. 1974). TISS ist eines von mittlerweile mehreren ‚Scoring-Systemen‘ die im Wesentlichen nach dem gleichen Grundprinzip funktionieren.<sup>33</sup> Die erfassten Einzelpunkte werden zu einer Gesamtpunktzahl addiert, dem ‚Score‘, der als Grundlage für die Einschätzung der Erkrankungsschwere und weiteren Prognose des Krankheitsverlaufs dient. Das Prinzip der Prognoseableitung auf Grundlage von TISS kann dahingehend zusammengefasst werden: Je höher der Score ist, desto kritischer der Zustand des Patienten und desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass er verstirbt.

In der ersten Version von TISS reichte die Punkteskala von 1 bis 4 Punkten je Intervention, in der gegenwärtig in Deutschland gebräuchlichen Version reicht die Skala von 1 bis 8 Punkten (vgl. Anhang 3). Bei der Anwendung von TISS wird für jeden Patient einmal täglich erhoben, welche der in TISS gelisteten Interventionen in den vergangenen 24 Stunden durchgeführt wurden (zur praktischen Anwendung von TISS vgl. u.a. Kersting/Kellnhauser 1991; Lindner 2005; Nauck-Kreiten 1993).

Die erste Version von TISS enthielt 57 einzelne Interventionen, eine Überarbeitung im Jahr 1983 erweiterte die Zahl auf 76 ‚Items‘ (Keene/Cullen 1983). Im Rahmen einer weiteren Überarbeitung wurde die Zahl der Items auf 28 reduziert, die aber dennoch eine vergleichbar hohe Prognosezuverlässigkeit bieten, wie der vorherige Katalog mit 76 Interventionen (Miranda/Rijk/Schaufeli 1996). Zur Unterscheidung der verschiedenen TISS-Versionen wird in der Literatur die jeweilige Item-Zahl an die Abkürzung angehängt: TISS-76 oder TISS-28.<sup>34</sup>

TISS wurde ursprünglich nicht nur zur besseren Einschätzung der Überlebenswahrscheinlichkeit einzelner Patienten entwickelt, sondern auch für weitere Zwecke, darunter auch die Abschätzung des Pflegebedarfs und Berechnung von Stellenplänen für den Pflegedienst der Intensivstationen (Cullen et al. 1974). Zwar behaupteten die Cullen et al., dass TISS dazu geeignet sei, der Nachweis im Rahmen einer empirischen Untersuchung wurde von ihnen aber nicht erbracht.

---

<sup>33</sup> Die bekanntesten unter angesprochenen Scoring-Sytemen sind: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE) (Knaus et al. 1981) und Simplified Acute Physiology Score (SAPS) (Le Gall et al. 1984); zum Überblick über Scoring-Systeme auf Intensivstationen vgl. u. a. Lewandowski/Lewandowski (2003) und Unerl/Kottler (1997).

<sup>34</sup> zu den Items von TISS-28 in einer von der DIVI modifizierten Version vgl. Anhang 3.

Das Prinzip der Nutzung von TISS-76 für Zwecke der Personalbedarfsermittlung kann so zusammengefasst werden, dass auf Grundlage der TISS-Gesamtpunktezahl vier Schweregradklassen gebildet werden, denen jeder Patient entsprechend seiner Punktzahl zugeordnet wird. Im TISS-76 wurden folgende Schweregradklassen gebildet (Keene/Cullen 1983: 3):

- Klasse I: Patienten mit weniger als 10 TISS-Punkten
- Klasse II: Patienten mit 10-19 TISS-Punkten
- Klasse III: Patienten mit 20-39 TISS-Punkten
- Klasse IV: Patienten mit mehr als 40 TISS-Punkten

Für jede der vier Schweregradklassen wurde wiederum eine Betreuungsrelation für die Pflege festgelegt (nurse-patient ratio), die als Richtgröße für die Bemessung des täglich erforderlichen Pflegepersonals diente (Cullen et al. 1974; Keene/Cullen 1983). In der TISS-Version von 1983 wurde beispielsweise für Patienten der Klasse IV eine Betreuungsrelation von einer Pflegekraft je Patient und Schicht als erforderlich angenommen und für Patienten der Klasse I eine Relation von einer Pflegekraft für je vier oder mehr Patienten. Diese Relationen waren aus der Beobachtung oder Einschätzung abgeleitet, dass eine Pflegekraft pro Schicht Patienten mit einer Gesamtzahl von ca. 40-50 TISS-Punkten versorgen kann (Keene/Cullen 1983: 3).

Bei der Überarbeitung von TISS zu TISS-28 wurde auf die Angabe von Betreuungsrelationen nach Art der Anhaltszahlen verzichtet. Die Personalbedarfsermittlung auf Grundlage von TISS-28 geht im Grundsatz so vor, dass sowohl der Pflegezeitbedarf als auch die Netto-Arbeitszeit je Vollkraft in TISS-Punkten angegeben und auf Grundlage dieser Maßeinheit gegeneinander verrechnet werden. Miranda et al. (1996) kamen zu dem Ergebnis, dass eine Pflegekraft pro Schicht im Durchschnitt Patienten mit insgesamt 46,35 TISS-Punkten versorgen kann. Dies kann ein Patient in äußerst kritischem Zustand sein, der auf mehr als 40 Punkte kommt, dies können aber auch zwei Patienten mit jeweils ca. 20 TISS-Punkten sein.

Der Verwendung der TISS-Punkte für die Personalbedarfsermittlung liegt die Annahme zu Grunde, dass es einen direkten und linearen Zusammenhang zwischen der Zahl der TISS-Punkte und dem erforderlichen Pflegeaufwand gibt. Ob diese Annahmen zutreffend war, war allerdings in der Ursprungsversion nicht empirisch überprüft worden, sondern wurde von den Autoren nur „postuliert“ (Cullen et al. 1974: 58). In der nachfolgenden internationalen Diskussion wurde und wird jedoch vielfach da-

von ausgegangen, dass ein solcher Zusammenhang von den Entwicklern von TISS-57 und TISS-76 empirisch nachgewiesen wurde (vgl. u.a. Bein/Unertl 1993; Kersting/Kellnhauser 1991). Die Bedeutung dieser Frage ist erheblich. Denn: Wenn zwischen den in TISS gelisteten medizinischen Interventionen und dem Arbeitszeitbedarf der Intensivpflege kein ausreichender Zusammenhang besteht, ist TISS als Instrument zur Ermittlung des Pflegebedarfs auf Intensivstationen nicht geeignet.

Und in der Tat, bereits die oberflächliche Durchsicht beispielsweise der TISS-28 Items (vgl. Anhang 3) zeigt, dass es sich bei den erfassten Interventionen fast ausschließlich um Maßnahmen der intensivmedizinischen Überwachung, Diagnostik und Therapie handelt. Es ist definitiv kein Instrument zur Messung des Pflegeaufwandes von Intensivpatienten. Primärer Zweck ist – und sollte auch bleiben – die Einschätzung der Erkrankungsschwere. Passend zu diesem Zweck zählen zu den am höchsten bewerteten Interventionen im TISS-28 beispielsweise die maschinelle Beatmung (5 Punkte), das Vorhandensein eines Pulmonalkatheters (8 Punkte), eines peripheren arteriellen Katheters (5 Punkte), das Standardmonitoring (5 Punkte) oder die Messung des intrakraniellen Drucks (4 Punkte). Zwar gibt es unzweifelhaft einen Zusammenhang zwischen diesen Maßnahmen und dem für einen Patienten erforderlichen Pflegezeitaufwand, er ist aber nicht ausreichend, um aus der Addition von TISS-Punkten auf einen erforderlichen Gesamt-Pflegezeitaufwand zu schließen.

Typische Pflegetätigkeiten auf Intensivstation, die je nach Bewusstseinslage und/oder Zustand des Patienten durchaus sehr zeitaufwändig sein können, werden entweder überhaupt nicht erfasst und nur mit einer niedrigen Punktzahl bewertet. An dieser Stelle seien nur einige Beispiele genannt:

- Der Routine-Verbandswechsel und die Dekubituspflege werden lediglich mit einem TISS-Punkt bewertet und auch eine ausgedehnte Wundpflege erhält nur 2 Punkte. Sowohl die Dekubitusversorgung bei Langzeitpatienten als auch die aufwändige Wundpflege beispielsweise bei Patienten mit großflächigen offenen Wunden im Bauchraum können jedoch einen erheblichen Pflegezeitaufwand erfordern.
- Während die maschinelle Beatmung mit 5 Punkten bewertet wird, sind für Patienten mit Spontanatmung über Tubus nur 2 Punkte vorgesehen. Wie finnische Pflegewissenschaftlerinnen in ihrer Kritik des TISS-28 zu Recht feststellen, kann ein Patient in der Phase des Abtrainierens von der maschinellen Beatmung, der noch intubiert aber sehr unruhig und eventuell auch verwirrt ist, einen weitaus höheren

Pflegeaufwand verursachen als ein tief sedierter und relaxierter maschinell beatmeter Patient (Pyykkö et al. 2001: 26).

- Darüber hinaus fehlen in TISS-76 wie auch TISS-28 zahlreiche typische und zum Teil sehr aufwändige patientenbezogene Tätigkeiten der Intensivpflege. So werden typische Maßnahmen der so genannten Grundpflege, die natürlich auch bei Intensivpatienten erforderlich sind, nicht berücksichtigt, beispielsweise die Versorgung im Zusammenhang mit Ausscheidungen, die zum Teil sehr zeitaufwändige Lagerung, insbesondere maschinell beatmeter Patienten, oder die Betreuung von Angehörigen der Patienten, die insbesondere bei Notfallpatienten oder im Falle des Versterbens eines Patienten durchaus sehr zeitaufwändig sein können.
- Zudem erfasst TISS die patientenfernen, aber für den Betrieb der Intensivstation unverzichtbaren Tätigkeiten in keiner Weise. Dazu zählen beispielsweise administrative Tätigkeiten, Telefonate, Verlegungen von Patienten, Übergabe- und Dienstbesprechungen, Fortbildungen etc.

In Anbetracht dieser erheblichen Mängel bei der Berücksichtigung des Pflegezeitaufwandes auf Intensivstationen kann TISS nicht als geeignetes Instrument zur Ermittlung des erforderlichen Pflegezeitaufwands auf Intensivstationen gelten (zu dieser Auffassung vgl. auch Ball 2001; Dick et al. 1990; Dickie et al. 1998; Dörr 1991; Miranda et al. 2003; Pyykkö et al. 2000, 2001; Schuster et al. 1989; Schwenkglenks 1998). Folglich ist es auch nicht zur Entwicklung von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung von Intensivstationen geeignet.

Dies gilt nicht nur für TISS-76, sondern auch für TISS-28. Auch TISS-28 bildet den Pflegezeitaufwand auf Intensivstationen nur unzureichend ab. Die im Rahmen der Entwicklung von TISS-28 durchgeführte Testung ergab, dass damit lediglich ca. 43 % des täglichen Pflegezeitaufwandes erfasst wurden (Miranda/Rijk/Schaufeli 1996: 71). Es ist von daher nur schwer nachvollziehbar, dass trotzdem in der neuen deutschen Diskussion unter Verweis auf Miranda et al. die Auffassung vertreten wird, TISS-28 bilde den Pflegeaufwand angemessen ab (so bspw. Bierbrauer 2008; Burchardi et al. 1999; Unertl/Kottler 1997).

Anscheinend sind auch die maßgeblich an der Entwicklung von TISS-28 beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler über diese Art der Rezeption irritiert, denn sie sahen sich zu der folgenden Klarstellung veranlasst:

„If TISS is to be used in studies of nursing workload and costs, it is important to be sure that the assumption that TISS reliably measures the use of nursing time in relation to patient care is true. This assumption has, however, never been tested directly. The work of nurses in the ICU is composed of multiple activities. TISS describes a selected set of these activities in relation to therapeutic interventions. The major criterion for selection of the interventions was that they were related to severity of illness. However, the relation between severity of illness and the use of nursing time is known to be not perfectly linear. Moreover, it was showed that nurses spent only 43.3% of their time performing the activities related to the items in TISS-28, with 34.3% being spent on patient care not included in TISS-28“ (Miranda et al. 2003: 374f.).<sup>35</sup>

Da somit weder die Anhaltszahlen der DKG noch TISS als Grundlage für die Entwicklung von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung von Intensivstationen in Deutschland in Frage kommen können, besteht die Notwendigkeit entweder auf ein international bereits eingeführtes Instrument zurück zu greifen, das besser geeignet ist, den Pflegebedarf von Intensivpatienten zu erfassen, oder ein solches für Deutschland neu zu entwickeln.

Vor der Entwicklung eines neuen Instrumentes sollte zunächst die internationale Diskussion gründlich aufbereitet werden. Die Frage, welches die angemessene Personalbesetzung im Pflegedienst von Intensivstationen ist und wie der Pflegebedarf für Intensivpatienten wirklichkeitsnah ermittelt werden kann, wird seit Jahren international sehr intensiv diskutiert. Davon zeugen nicht nur die bereits erwähnten Projekte und Veröffentlichungen, sondern auch Statements und Empfehlungen internationaler Vereinigungen für die Intensivpflege (EfCCNa 207; WFCCN 2005). Die von ihnen beschlossenen Empfehlungen enthalten jedoch nur sehr pauschale und nicht näher begründete Betreuungsrelationen (nurse-to-patient ratios), die unterschiedlich hoch festgesetzt sind und je nach Erkrankungsschwere der Patienten von 1 : 1 (eine Pflegekraft versorgt nur einen Patienten) bis 1 : 4 reichen (eine Pflegekraft versorgt vier Patienten). Letztlich sind es pauschale Anhaltszahlen, ähnlich den zuvor vorgestellten DKG-Anhaltszahlen, deren Höhe im Falle der internationalen Vereinigungen der

---

<sup>35</sup> Eigener Übersetzungsverschlag: „Wenn in Studien zur Arbeitsbelastung und zu Kosten in der Pflege TISS verwendet wird, ist es wichtig sicher zu sein, dass die Annahme, dass TISS die Verwendung der Pflegearbeitszeit zuverlässig misst, wahr ist. Diese Annahme ist jedoch nie direkt getestet worden. Die Arbeit des Pflegepersonals auf Intensivstationen setzt sich aus zahlreichen Aktivitäten zusammen. TISS beschreibt einen gewählten Satz dieser Aktivitäten unter Bezugnahme auf therapeutische Interventionen. Das Hauptkriterium für die Auswahl der Interventionen war, dass sie mit dem Schweregrad der Krankheit im Zusammenhang stehen. Es wurde jedoch gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Krankheitsschweregrad und tatsächlich aufgewandter Pflegearbeitszeit nicht vollständig linear ist. Zudem wurde nachgewiesen, dass Pflegepersonal nur 43,3 % seiner Arbeitszeit mit Tätigkeiten verbringt, die im Zusammenhang zu den TISS-28 Punkten stehen, 34,3 % dagegen für Aktivitäten, die nicht in TISS-28 enthalten sind“ (Miranda et al. 2003: 374f.).

Intensivpflege offenbar Ergebnis eines Expertenkonsenses sind und nicht auf empirischen Studien basieren.

Weitaus differenzierter sind dagegen die Empfehlungen des britischen Royal College of Nursing aus dem Jahr 2003 für die Personalbedarfsermittlung in der Intensivpflege (RCN 2003). Darin wird die einfache Anwendung standardisierter nurse-to-patient ratios abgelehnt, da dies der Komplexität der Intensivversorgung nicht gerecht wird. Es sei an der Zeit, einfache Verhältniszahlen durch flexiblere und differenziertere Systeme der Personalbedarfsermittlung zu ersetzen. Die Empfehlungen enthalten dementsprechend auch keine standardisierten Richtwerte, sondern erläutern sehr differenziert die Komplexität der Einflussfaktoren für den Personalbedarf einer Intensivstation. In einer exemplarischen Rechnung kommt allerdings doch zum Ausdruck, dass auch das RCN – ähnlich wie die erwähnten internationalen Vereinigungen – davon ausgeht, dass für einen schwerkranken Patienten des höchsten Versorgungslevels zu jeder Zeit – folglich in jeder Schicht – mindestens eine ausgebildete Pflegekraft mit Intensivfachweiterbildung zur Verfügung stehen sollte. Zur Ermittlung der jeweils erforderlichen Zahl des Pflegepersonals, empfiehlt das RCN den Einsatz von Scoring-Systemen, die in der Lage sind, den individuellen Pflegebedarf eines Patienten zu ermitteln (ebd.: 4).

International liegen bereits mehrere solcher Systeme zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs von Intensivpatienten vor, die für die Personalbedarfsermittlung deutlich besser geeignet sind als TISS. So wurde beispielsweise ausgehend vom TISS-28 der „Nursing Activities Score“ (NAS) entwickelt (Miranda et al. 2003). Der NAS enthält gegenüber dem TISS-28 fünf neue Items und 14 Sub-Items, die von Pflegekräften entwickelt und deren Abbildungsqualität in einer internationalen Studie getestet wurde. Ein weiterer interessanter Ansatz, das „Intensive Care Nursing Scoring System“ (ICNSS), baut auf Pflegediagnosen und einem Klassifikationssystem für Pflegeinterventionen auf, die speziell für die Intensivpflege entwickelt wurden (Pyykkö et al. 2000, 2001). Auf eine Darstellung der beiden Ansätze wird an dieser Stelle verzichtet, sie müsste Gegenstand einer gegebenenfalls vorzunehmenden international ausgerichteten Recherche zum Stand der Entwicklung von Systemen für die Personalbedarfsermittlung in der Intensivpflege sein.

#### **4.4 Personalbedarfsermittlung in der Psychiatrie**

Die Personalbedarfsermittlung für psychiatrische Abteilungen und Krankenhäuser erfolgt seit 1991 auf Grundlage der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Anders als die PPR wurde die Psych-PV nicht aufgehoben, sondern ist auch heute noch anzuwenden. Allerdings unterliegen die psychiatrischen Abteilungen und Kliniken der Budgetdeckelung, und die vorgegebenen Veränderungsraten reichten seit Mitte der 1990er zumeist nicht aus, die Steigerungen der Personalkosten auf Grund von Tariferhöhungen auszugleichen. Die im Auftrag des BMG durchgeführte Evaluation der Psych-PV ergab eine „auseinandergehende Schere“ (Gebhardt/Schmidt-Michel/Kunze 2007: 17) zwischen Kosten und Erlösen. Während die Personalkosten zwischen 1996 und 2004 um 25 % stiegen, lag die summierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V für diesen Zeitraum bei lediglich 12 % (ebd.).

Der „Sinkflug‘ unter dem Deckel“ (APK 2007: 7) führte dazu, dass der Erfüllungsgrad der Psych-PV im Jahr 2004 im Bundesdurchschnitt nur noch bei ca. 90 % lag, in 13 % der einbezogenen Einrichtungen sogar unter 80 % (Gebhardt/Schmidt-Michel/Kunze 2007; Kunze/Schmidt-Michel 2007). Da die entsprechenden Finanzierungsregeln weiterhin galten und die Veränderungsraten eher noch geringer ausfielen, ist davon auszugehen, dass gegenwärtig im Durchschnitt eher weniger als 90 % der nach Psych-PV ermittelten notwendigen Vollzeitstellen tatsächlich vorhanden sind.

Die zunehmende Unterbesetzung der Psychiatrie ist nicht Ergebnis der Anwendung der Psych-PV, sondern sie wird erst durch deren Anwendung erkennbar. Ohne ein solches bundesweit einheitlich angewendetes Instrument könnte keine allgemeine Aussage zur Angemessenheit der personellen Besetzung der Psychiatrie getroffen werden. Die Aussagekraft der erwähnten Evaluation dürfte kaum in Zweifel gezogen werden, da die Psych-PV nicht nur innerhalb der Psychiatrie, sondern auch auf Seiten der Krankenkassen als geeignetes Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs anerkannt wird (Lubecki 2005; Riegel 2005).

Die Psych-PV war, ähnlich wie die an sie anknüpfende PPR, vor allem als Instrument der Qualitätssicherung gedacht und entsprechend auch von der beauftragten Expertengruppe konzipiert worden (vgl. u.a. Kunze/Kaltenbach 2005: 228-250).<sup>36</sup> Laut amt-

---

<sup>36</sup> vgl. hierzu u.a. die amtliche Begründung der Psych-PV: „Durch die Verordnung soll die Personalausstattung in psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im Bereich der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie gezielt verbessert werden, so dass eine sowohl den medizinisch-therapeutischen

licher Begründung verfolgte der Verordnungsgeber mit der Psych-PV vor allem das Ziel, die Voraussetzungen für die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern (Kunze/Kaltenbach 2005: 53). Auch in der neueren Diskussion gilt die Psych-PV immer noch als geeignetes Instrument zur Sicherung der Strukturqualität (vgl. u.a. Andreas et al. 2003; Kunze/Schmidt-Michel 2007; Lubecki 2005; Riegel 2005). Wenn sie diese Funktion nicht in ausreichendem Maße erfüllen kann, ist dies nicht auf Konstruktionsfehler der Psych-PV zurückzuführen, sondern in erster Linie auf die unzureichende Finanzierung einer bedarfsgerechten Personalausstattung.

Für die Verbesserung und Sicherung der Qualität der psychiatrischen Versorgung dürfte die Psych-PV in noch höherem Maße geeignet sein als die PPR, da sie im Unterschied zur PPR auf der Basis eines berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Konzepts unter Einbeziehung von Patienten- und Angehörigenvertretern entwickelt wurde. Die in der Psych-PV enthaltenen Minutenwerte sind mit Behandlungszielen, Regelaufgaben für alle Berufsgruppen und Therapieelementen hinterlegt (vgl. Anlage 1 zur Psych-PV).<sup>37</sup> Dem multiprofessionellen Ansatz entsprechend gilt die Psych-PV für alle an der stationären psychiatrischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und weist auch für alle entsprechende Minutenwerte aus.

Die Eckpunkte und Grundzüge der Psychiatrie-Personalverordnung sollen im Folgenden kurz dargestellt werden, für eine tiefgehender Beschäftigung mit der Psych-PV sei auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen (vgl. v.a. Kunze/Kaltenbach 2005).

#### **4.4.1 Psychiatrie-Personalverordnung**

Der Geltungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung erstreckt sich auf die stationären Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Psych-PV enthält allgemeine Regelungen, die für beide Bereiche gelten, und gesonderte für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie, darunter auch jeweils unterschiedliche Minutenwerte für den bei der Personalbemessung zugrunde zu legenden Versorgungsbedarf.

Das Patientenspektrum der Psychiatrie wird in drei ‚Behandlungsbereiche‘ unterteilt, die allgemeine Psychiatrie, die Versorgung Abhängigkeitskranker und die Gerontopsi-

---

Anforderungen, wie auch wirtschaftlichen Maßstäben gerecht werdende Behandlung psychisch Kranker ermöglicht wird“ (BR-Drs. 666/90: 2).

<sup>37</sup> zu den konzeptionellen Grundlagen vgl. Kunze/Kaltenbach (2005: 23-36, 59-125).

topsychiatrie (§ 4 Psych-PV). Die Behandlungsbereiche sind wiederum in sechs Versorgungsformen differenziert (vgl. Abb. 7).

<b>A Allgemeine Psychiatrie</b>	<b>S Abhängigkeitskranke</b>	<b>G Gerontopsychiatrie</b>
A 1 Regelbehandlung	S 1 Regelbehandlung	G 1 Regelbehandlung
A 2 Intensivbehandlung	S 2 Intensivbehandlung	G 3 Intensivbehandlung
A 3 Rehabilitative Behandlung	S 3 Rehabilitative Behandlung	G 3 Rehabilitative Behandlung
A 4 Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	S 4 Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	G 4 Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
A 5 Psychotherapie	S 4 Psychotherapie	G 5 Psychotherapie
A 6 Tagesklinische Behandlung	S 6 Tagesklinische Behandlung	G 6 Tagesklinische Behandlung

**Abbildung 7:** Behandlungsbereiche nach § 4 Psych-PV für die Erwachsenenpsychiatrie

Zur Ermittlung des Personalbedarfs ist jeweils getrennt für Ärzte, Pflegepersonal, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter ein Minutenwert je Patient und Woche ausgewiesen (§§ 5 und 9 Psych-PV). Die in der Psych-PV ausgewiesenen Minutenwerte wurden von den Expertengruppen auf Grundlage eines therapeutischen Konzepts festgelegt (Kunze/Kaltenbach 2005: 27). In den Minutenwerten sind keine Stellen für Leitungskräfte enthalten, deren Zahl ist auf Grundlage gesondert angegebener Richtwerte zu ermitteln (§ 7 Psych-PV).

Anders als bei der Pflege-Personalregelung sieht die Psych-PV keine tägliche Einstufung der Patienten vor, sondern vier Stichtagserhebungen im Jahr. Sie sind jeweils am dritten Mittwoch der Monate Januar, April, Juli und Oktober durchzuführen (§ 4 Abs. 3 Psych-PV).

Die Zahl der Vollzeitstellen ist für den jeweils folgenden Budgetzeitraum auf Grundlage der Daten der Stichtagserhebungen und der mit den Krankenkassen vereinbarten voraussichtlichen, durchschnittlichen Zahl der Patienten zu ermitteln (§ 4 Abs. 2 Psych-PV). Die Berechnung hat unter Berücksichtigung der tariflichen Arbeitszeit und der zu erwartenden durchschnittlichen Arbeitsausfallzeiten zu erfolgen. Die Höhe der Ausfallzeiten ist für jede Berufsgruppe gesondert unter Zugrundele-

gung einer angemessenen Arbeitsorganisation zwischen Krankenhaus und Krankenkassen zu vereinbaren.

Für Stationen mit weniger als 16 Betten sieht die Psych-PV zusätzlich einen pauschalen Sockelwert von 5.000 Minuten pro Woche und Station vor (§ 5 Abs. 2 Psych-PV). Er wird dem Pflegedienst zugerechnet und soll einen Anreiz zur Verkleinerung zu großer Stationen geben (Kunze/Kaltenbach 2005: 31)

Die Frage nach der Eignung der Psychiatrie-Personalverordnung für die Vorgabe von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung von Krankenhäusern kann uningeschränkt positiv beantwortet werden. Die auf ihrer Grundlage zu ermittelnde Personalbesetzung wird zudem auch bereits – zumindest implizit – als Mindestanforderung behandelt. So beispielsweise bei der Evaluation der Psych-PV, bei der eine Besetzung von weniger als 100 % des Psych-PV-Soll als ‚Nichterfüllung‘ kritisiert wurde. Mit einem solchen Vorgehen wird die Psych-PV als Mindeststandard der Personalbesetzung gesetzt, der in vollem Umfang einzuhalten ist.

Die Psychiatrie-Personalverordnung und ihre Evaluation zeigt zudem auch, dass die Vorgabe und Überprüfung von Mindestanforderungen keineswegs nur auf dem Weg einfacher Richtwerte oder Anhaltszahlen möglich ist, sondern sehr wohl auch mittels komplexer Regelungen, die eine allgemein verbindliche Methodik zur Ermittlung der erforderlichen Personalbesetzung vorgeben.

## **5 Eckpunkte für ein System von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser**

Im Folgenden sollen auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse der Untersuchung erste Überlegungen zu Eckpunkten für ein System der Vorgabe und Überwachung von Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes in Krankenhäusern dargelegt werden. Es können nur erste Überlegungen sein, die in einer Expertendiskussion vertieft und differenziert werden müssten – sofern Konsens darüber hergestellt wird, dass ein solches System der Mindestanforderungen überhaupt entwickelt werden soll.

### **5.1 Grundlegende Vorbemerkungen**

Die gegenwärtige Diskussion über die Qualität der Krankenhäuser und Krankenhausbehandlung konzentriert sich in den letzten Jahren in zunehmenden Maße auf die Ergebnisqualität und Möglichkeiten ihrer Messung.<sup>38</sup> Die Messung der Ergebnisqualität der Krankenhausbehandlung ist jedoch ausgesprochen schwierig und mit zahlreichen Problemen verbunden. Dazu zählt unter anderem die Festlegung geeigneter und konsensfähiger Indikatoren für die Ergebnisqualität (zur Problematik vgl. u.a. Matthes/Wiest 2003). Zudem ist Ergebnisqualität durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren beeinflusst, nicht nur durch medizinisch-pflegerische Leistungen, sondern auch durch den gesundheitlichen Zustand und das Verhalten des einzelnen Patienten. Darüber hinaus ist die Bewertung der Ergebnisqualität auch abhängig von den Zielen der Krankenhausbehandlung. Diese wiederum sollten – verharrt man nicht im tradierten Konzept einer paternalistischen, bevormundenden Medizin, sondern orientiert sich an neuen Diskussionen und Konzepten – zwischen Gesundheitsprofessionen und Patienten ausgehandelt und gemeinsam festgelegt werden (Scheibler 2004). Dies kann beispielsweise die Angemessenheit allgemein gültiger Maßstäbe in Frage stellen. Nicht zuletzt spielt eine Rolle, aus welcher Perspektive

---

<sup>38</sup> zur neueren Qualitätsdiskussion vgl. u.a. Geraedts (2007), Klauber/Robra/Schellschmidt (2005), Lauterbach/Schrappe (2004), SVR Gesundheit (2007: Kap. 5).

man Ergebnisqualität betrachtet und relevante Indikatoren bestimmt, aus der Perspektive der Gesundheitsprofessionen oder der Patienten (Dierks/Schaeffer 2005; Schaeffer 2006).

In Anbetracht der komplexen Fachdiskussion sind die bisherigen Ansätze zur Messung der Ergebnisqualität im Rahmen externer Qualitätssicherung im Krankenhausbereich zwar sehr zu begrüßen, sie sind aber noch weit davon entfernt, eine befriedigende Lösung der Problematik zu bieten (Geraedts 2007). Dies schließt ausdrücklich auch das BQS-System der externen Qualitätssicherung ein (Hildebrand 2005).

Aber auch ein deutlich verbessertes System zur Messung der Ergebnisqualität kann ein grundsätzliches Problem nicht lösen. Ergebnisqualität steht – wie das Wort bereits ausdrückt – am Ende des Versorgungsprozesses (oder eines Teilprozesses). An Mess-Indikatoren für die Ergebnisqualität kann ein Qualitätsproblem, wie beispielsweise die Schädigung eines Patienten, erst abgelesen werden, wenn sie bereits eingetreten ist. Die Messung der Ergebnisqualität, was immer man darunter versteht, kann kein einziges Qualitätsproblem verhindern, sie dokumentiert lediglich deren Auftreten in der Vergangenheit. Wenn die Messung der Ergebnisqualität unverzichtbarer Bestandteil des internen Qualitätsmanagements wie auch externer Qualitätssicherung ist, dann deshalb, weil Messdaten zur Ergebnisqualität Hinweise auf Mängel in der Struktur- und/oder Prozessqualität liefern, die zur gezielten Verbesserung von Strukturen oder Prozessen genutzt werden können.

In aufwändigen Systemen der externen Qualitätssicherung, wie dem BQS-System, verschärft sich das Problem noch einmal dadurch, dass zwischen dem Ereignis, das als Indikator für die Ergebnisqualität gemessen wird, und der externen Datenauswertung sowie der Rückmeldung oder externen Intervention ein erheblicher Zeitabstand liegt, der teilweise deutlich über einem Jahr liegen kann.

Dieser kurze Exkurs sollte verdeutlichen, dass die Messung und Analyse von Indikatoren der Ergebnisqualität kein Ersatz für Anstrengungen zur Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung von Struktur- und Prozessqualität sein kann und darf. Eine Verbesserung der Ergebnisqualität ist nur über eine Verbesserung der Struktur- und/oder Prozessqualität zu erreichen.

In Anbetracht der gegenwärtigen Entwicklungen in Krankenhäusern und der zunehmenden Einengung der Qualitätsdiskussion auf die Ergebnisqualität scheint eine ‚Renaissance der Strukturqualität‘ erforderlich, im Sinne einer verstärkten Beschäftigung mit strukturellen Voraussetzungen guter Krankenhausbehandlung.

Der dringendste Bedarf zur Sicherung und Verbesserung der Strukturqualität der Krankenhausbehandlung besteht gegenwärtig bei der personellen Ausstattung der Krankenhäuser. Im Pflegedienst der Krankenhäuser ist offensichtlich nach 13 Jahren fortschreitenden Stellenabbaus ein Punkt erreicht, der externe Interventionen zur Sicherstellung einer ausreichenden personellen Besetzung notwendig erscheinen lässt. Dies gebietet in erster Linie das Interesse und die Gesundheit der gegenwärtigen und zukünftigen Krankenhauspatienten. Darüber hinaus sind Interventionen auch zum Schutz der Gesundheit des Pflegepersonals angezeigt.

Mindestanforderungen an die personelle Besetzung der Krankenhäuser sollten eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung der Patienten ermöglichen. Um dieses Ziel erreichen zu können, müssen sie ausgehend vom Pflegebedarf der Patienten entwickelt werden. Als individueller Pflegebedarf kann jedoch nicht der vom jeweiligen Patienten subjektiv gewünschte oder von der zuständigen Pflegekraft subjektiv für erforderlich gehaltene Pflegeaufwand zugrunde gelegt werden, sondern es müssen normierte Zeitwerte sein, die für alle Krankenhäuser und alle Patienten gleich gelten.

Die Berücksichtigung des individuellen Pflegebedarfs erfolgt in einem solchen System über die Erfassung und Addition notwendiger Einzelleistungen, denen vorgegebene Zeitwerte hinterlegt sind. Je nach Art und Umfang der als erforderlich angesehenen Leistungen ergibt sich aus Summe der Einzeltätigkeiten und der ihnen hinterlegten Zeitwerte der Pflegezeitbedarf eines einzelnen Patienten. Die Addition der Zeitwerte aller Patienten einer Station, plus gegebenenfalls angesetzter pauschaler Zeitwerte für patientenferne Tätigkeiten, ergibt den Zeitbedarf, der erforderlich ist, um die Gesamtheit der Patienten einer Station zu versorgen.

Dividiert man diesen Gesamtzeitbedarf durch die Netto-Arbeitszeit einer Pflegekraft pro Schicht (ohne Pausen), so erhält man die Zahl der für die jeweilige Schicht erforderlichen Pflegekräfte.

Die auf diesem Weg ermittelte Personalzahl gibt somit nicht die Zahl der Vollzeitstellen eines Stellenplans an, wie dies beispielsweise bei den DKG-Anhaltszahlen der Fall war, sondern die erforderliche Zahl der zu jeder Zeit auf der entsprechenden Versorgungseinheit verfügbaren Pflegekräfte. Der Grundsatz einer auf diese Art ermittelten Mindestbesetzung lautet, dass die ermittelte Personalzahl angibt, wie viel

Personal an jedem Tag und in jeder Schicht anwesend sein muss. Dies ist der Leitgedanke der international diskutierten nurse-to-patient ratios.<sup>39</sup>

Er findet sich auch in staatlich vorgegebenen Richtwerten wie beispielsweise den nurse-to-patient ratios des Staates Kalifornien, der 2004 als erster Bundesstaat der USA in einer „Nurse-to-Patient Staffing Regulation“ Vorgaben zur Mindestbesetzung aller kalifornischen Akutkrankenhäuser erlassen hat (CDHS 2004b). Darin verlangt er die Vorhaltung der gesetzlich geforderten Mindestbesetzung an jedem Tag und in jeder Schicht und das zuständige Ministerium verbietet den Krankenhäusern ausdrücklich die Berechnung und Angabe von Durchschnittswerten (CDHS 2004a: 21). Wie an früherer Stelle ausgeführt, wendet auch der G-BA in seinen Mindestanforderungen diesen Grundsatz an.

Dies ist für die Vorgabe von Mindestanforderungen auch der einzige richtige Weg. Als Instrument der Qualitätssicherung müssen Mindestanforderungen im Sinne von Mindestbesetzungen Vorgaben enthalten, die jeden Patienten zu jeder Zeit vor Unterversorgung schützen. Aus Sicht der Mindestanforderungen ist es zunächst einmal uninteressant, wie das jeweilige Krankenhaus die geforderte Mindestbesetzung sicherstellt. In diesem Sinn deckt sich die Perspektive desjenigen, der Mindestanforderungen stellt mit der des Patienten. Nur indem die als notwendig erachtete Personalbesetzung zu jeder Zeit vorgehalten wird, kann sie ihren Zweck des Schutzes jedes einzelnen Krankenhauspatienten zu jeder Zeit auch erfüllen. Jahresdurchschnittswerte als Vorgaben sind darum nicht geeignet, da sie zeitweilige Unterschreitungen erlauben würden, die – wenn Mindestanforderungen ernst genommen werden sollen – zu keiner Zeit zulässig sein dürfen. Anders formuliert: Es hilft dem einzelnen Patienten recht wenig, wenn er auf Grund zeitweiliger Unterbesetzung einen gesundheitlichen Schaden erleidet, aber erfährt, dass im Jahresdurchschnitt sehr wohl die Mindestbesetzung erreicht wird.

## 5.2 Kernelemente eines Systems von Mindestanforderungen

Wie sich aus der vorliegenden Untersuchung ergeben hat, sind einfache Verhältniszahlen nach Art der Anhaltszahlen für die Definition von Mindestanforderungen nicht geeignet, da zu pauschal und undifferenziert. Systeme wie die PPR und Psych-PV

---

<sup>39</sup> so beispielsweise in den „Nurse-to-Patient Staffing Ratio Regulations“ des Staates Kalifornien (CDHS 2004b)

sind ihnen insofern überlegen, als sie die erforderliche Besetzung aufgrund des individuellen Versorgungsbedarfs der tatsächlich zu versorgenden Patienten ermitteln. Sie entsprechen mit ihrer Grundkonstruktion zudem internationalen Entwicklungen, die sich von einfachen Verhältniszahlen weg bewegen, hin zu Instrumenten der Personalbedarfsermittlung, die auf einem Klassifikationssystem für Pflegeleistungen aufbauen, in dem jeder Pflegeleistung ein bestimmter Minutenwert hinterlegt ist. Mindestanforderungen an die personelle Besetzung lassen sich auf Grundlage derartiger pflegebezogener Patientenklassifikationssysteme in der Art definieren, dass Krankenhäuser zum einen zur Anwendung des Systems verpflichtet werden und zum anderen die auf Grundlage des Systems ermittelte Zahl der erforderlichen Vollkräfte vorzuhalten haben.

Damit würde im Grunde kein neuer Weg beschritten, der die Frage der Vereinbarkeit mit dem geltenden Recht aufwirft. Sowohl die PPR als auch die Psych-PV enthalten bereits Elemente eines solchen Systems von Mindestanforderungen. Die PPR war und die Psych-PV ist verbindlich von den Krankenhäusern in ihrem Geltungsbereich anzuwenden. Die beiden Regelungen sehen allerdings nicht vor, dass die ermittelte Zahl der erforderlichen Vollkräfte auch tatsächlich vom Krankenhaus vorgehalten wird. Allerdings war bzw. ist dies indirekt durchaus angelegt und die entsprechende Intention ist erkennbar. Wenn in beiden Regelungen in dem jeweiligen § 1 als Ziel die Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung genannt wird, und eine nicht ausreichende Versorgung laut § 12 Abs. 1 SGB V weder von den Leistungserbringern erbracht noch von den Krankenkassen vergütet werden darf, dann ist in beiden Regelungen implizit angelegt, dass die auf ihrer Grundlage errechneten Vollkräfte erforderlich im Sinne einer Mindestbesetzung sind.

Dieser Grundgedanke kann auch daran abgelesen werden, dass beide Regelungen eine Rückerstattungspflicht des Krankenhauses enthalten, für den Fall, dass auf Grundlage der PPR bzw. Psych-PV vereinbarte Stellen nicht besetzt wurden (§ 11 Abs. 3 PPR; § 10 Abs. 4 Psych-PV).

Mindestanforderung an die quantitative Besetzung des Pflegedienstes auf Normalstationen der Erwachsenen- und Kinderkrankenpflege sowie der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie könnte im Kern die Vorhaltung der aus einer modifizierten und neu in Kraft gesetzten PPR sowie einer gegebenenfalls ebenfalls modifizierten Psych-PV sein. Eine für den neuen Zweck vorzunehmende Modifizierung der Psych-PV müsste sicherlich die Umstellung von Stichprobenerhebungen auf eine

tägliche Einstufung der Patienten sein. Dies bringt ohne Zweifel administrativen Mehraufwand mit sich, die Anwendung der PPR hat aber gezeigt, dass er durchaus leistbar ist. Es trägt sicherlich auch zur Motivation der Beschäftigten bei, wenn dieser Mehraufwand zur Gewährleistung einer ausreichenden Personalbesetzung beiträgt. Ein zentrales Problem bei der Vorgabe von Mindestanforderungen ist sicherlich die Überwachung und Kontrolle ihrer Einhaltung. Aber auch dafür liegen bereits Regelungen vor, die aus dem geltenden Recht übernommen oder adaptiert werden könnten. Die existierenden Vereinbarungen des G-BA zu Mindestanforderungen sehen beispielsweise vor, dass betreffenden Krankenhäuser die Erfüllung der Mindestanforderungen gegenüber den Krankenkassen nachweisen müssen und der MDK berechtigt ist, die Richtigkeit der Angaben stichprobenartig vor Ort zu überprüfen (G-BA 2006b, 2006c, 2008).

Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die quantitative Personalbesetzung kann beispielsweise anhand von Dienstplänen erbracht beziehungsweise überprüft werden. Da sie zunehmend elektronisch erstellt und aktualisiert werden, ist sowohl ihre Übermittlung als auch ihre Überprüfung deutlich einfacher als noch in Zeiten papierner Dienstplangestaltung. Bei der Überprüfung der Einhaltung kann es – wie angesprochen – nicht um eine flächendeckende gehen, sondern lediglich um stichprobenartige. Insofern dürfte sich der Aufwand auch auf Seiten des MDK in einem vertretbaren Rahmen halten.

Die Definition von Mindestanforderungen als Übereinstimmung oder Abweichung von der nach PPR oder Psych-PV ermittelten erforderlichen Zahl an Vollkräften bietet zudem einen weiteren, nicht unbedeutenden Vorteil. In einem solchen System würde bis hinunter auf die Ebene einzelner Station eine sehr aussagekräftige Qualitätskennzahl für den externen Krankenhausvergleich bereit gestellt. Es würde sich anbieten, den Grad der Übereinstimmung der Ist-Personalbesetzung mit der Soll-Besetzung als verpflichtend anzugebende Kennzahl in den Qualitätsbericht und in die internetbasierten Krankenhausvergleiche aufzunehmen.<sup>40</sup> Die Angabe könnte in Prozent oder auch in absoluten Zahlen erfolgen und würde eine zentrale Bedingung für Qualitätsindikatoren auf jeden Fall erfüllen: die Verständlichkeit für Laien und die Öffentlichkeit (BQS 2007).

---

<sup>40</sup> bspw. indem angegeben wird, an wie vielen Tagen des Jahres die Soll-Besetzung erreicht, unterschritten oder überschritten wurde.

Während für den Pflegedienst auf Normalstationen und in der Psychiatrie mit der PPR und Psych-PV grundsätzlich geeignete Ansätze vorliegen, fehlt etwas Vergleichbares für die Intensivpflege. Wie zuvor herausgearbeitet, sind weder die Anhaltszahlen der DKG noch das in einem Teil der Krankenhäuser eingesetzte TISS geeignet, den Pflegebedarf eines Intensivpatienten zu ermitteln. Insofern wäre es erforderlich, auf internationale Erfahrungen und vorliegende Konzepte zurückzugreifen, sie zu prüfen und gegebenenfalls für die Anwendung in Deutschland zu modifizieren.

### **5.3 Vorgabe von Mindestanforderungen**

Die Vorgabe von verbindlichen Mindestanforderungen an die Personalbesetzung könnte auf Grundlage des § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V durch den G-BA erfolgen. Angesichts der zu erwartenden erheblichen Interessengegensätze zwischen den im G-BA vertretenen Verbänden der Krankenhausträger und Krankenkassen könnte sich die Einigung allerdings als ausgesprochen schwierig erweisen. Da aber unverzügliches Handeln erforderlich ist, dürfte es sinnvoll sein, eine solche Regelung durch Verordnung des BMG vorzunehmen, um nicht das Risiko einer langwierigen und letztlich zum Scheitern verurteilten ‚Selbstverwaltungslösung‘ einzugehen.

Die Mindestanforderungen sollten sinnvollerweise sowohl Vorgaben zur Anzahl als auch zur Qualifikation enthalten. Dabei dürfte die Frage der erforderlichen Qualifikation sicherlich für die Intensivpflege und psychiatrische Pflege einen höheren Stellenwert haben als für Normalstationen. Das Hauptaugenmerk hat angesichts des fortschreitenden Stellenabbaus allerdings eindeutig auf der Vorgabe von Mindestbesetzungen zu liegen.

Die Verbindlichkeit und Durchsetzung der Mindestanforderungen kann darüber erreicht werden, dass ihre Erfüllung zur Voraussetzung für die Zulassung eines Krankenhauses zur Versorgung von Versicherten der GKV erklärt wird. Da der weit überwiegende Teil der Krankenhäuser als Plankrankenhaus zur Versorgung zugelassen sind, würde es sich auch anbieten, die Erfüllung der Mindestanforderungen als zentralen Bestandteil der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses zu behandeln, die im Rahmen der staatlichen Krankenhausplanung von den Ländern zu prüfen und bei der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan zugrunde zu legen ist. Auch jetzt schon sieht das Gesetz vor, dass nur ausreichend leistungsfähige Kran-

kenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen werden dürfen. Mit den Mindestanforderungen würde eine hilfreiche Operationalisierung dieses unbestimmten Rechtsbegriffs vorgenommen.

## **6 Zur Frage des Verhältnisses von Mindestanforderungen und DRG-System**

Die Frage der Festlegung von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist eng verbunden mit der Frage der Finanzierung derartiger Mindestanforderungen. Diese enge Verbindung in der gegenwärtigen beziehungsweise zu erwartenden Diskussion kann aber nicht damit begründet werden, dass Mindestanforderungen nur dann vorgegeben werden dürfen, wenn zugleich auch die Finanzierung der mit ihrer Erfüllung verbundenen Kosten gewährleistet wird. Mindestanforderungen sind aus den Interessen der gegenwärtigen und zukünftigen Patienten und aus einem allgemeinen öffentlichen Interesse an einer qualitativ ausreichenden Krankenhausversorgung abzuleiten. Diese Interessen gelten unabhängig von der Art und Weise der Krankenhausfinanzierung. Die Art der Krankenhausfinanzierung kann und darf nicht die öffentlichen Anforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung beeinflussen, insbesondere nicht in dem Sinne, dass eine aus Sicht der Leistungserbringer unzureichende Finanzierung eine unzureichende Versorgung rechtfertigt.

Sind die Anforderungen an die Versorgungsqualität unabhängig vom jeweiligen Finanzierungssystem zu stellen, so hat das Finanzierungssystem dagegen auf die von Außen an die Krankenhäuser herangetragenen Anforderungen an die Versorgungsqualität zu reagieren. Dies kommt auch im geltenden Recht der Krankenhausfinanzierung zum Ausdruck, beispielsweise indem festgestellt wird, dass die Vergütungen einem Krankenhaus ermöglichen müssen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen, und dass bei der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität die zur Erfüllung des Versorgungsvertrages ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen zu berücksichtigen sind (§ 17 Abs. 2 KHG). Die Festlegung von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung sollte darum auch Eingang in das DRG-System finden, sowohl bei der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen als auch bei der Konstruktion des Patientenklassifikationssystems.

## **6.1 Konsequenzen für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen**

Die gegenwärtige Einbeziehung der Kosten des Pflegedienstes in die Kalkulation der Fallpauschalen ist hierzu nicht ausreichend geeignet. Laut Kalkulationshandbuch sind die Kosten des Pflegedienstes auf Normalstationen von den Kalkulationskrankenhäusern auf Grundlage täglicher PPR-Einstufungen zu ermitteln (InEK 2007: 132).<sup>41</sup> Die Kosten der pflegerischen Versorgung eines Patienten auf Normalstation werden ermittelt, indem zunächst die Gesamt-Pflegepersonalkosten der Station durch die Summe aller PPR-Minuten dividiert werden. Dies ergibt die „Kosten je PPR-Minute“ für die entsprechende Station (ebd.: 134). Die Pflegepersonalkosten des einzelnen Falles werden errechnet, indem dessen Summe der PPR-Minuten für den gesamten Krankenhausaufenthalt mit den Kosten je PPR-Minute multipliziert werden (zur Beispielrechnung vgl. ebd.: 134). Die Kalkulation des Pflege-Personalkostenanteils an den verschiedenen DRGs orientiert sich am Durchschnitt der so ermittelten Pflege-Personalkosten aller in die Kalkulation einbezogenen Fälle einer DRG.

Die PPR-Minuten dienen in dieser Methodik nur als Verrechnungsgröße für die Aufteilung der Pflege-Personalkosten einer Station. Ziel der Methodik ist nicht eine wirklichkeitsnahe Ermittlung des Pflegebedarfs und dessen Berücksichtigung bei der Fallpauschalenkalkulation. Dies könnte mit einem solchen Vorgehen auch nicht gewährleistet werden. Zum einen handelt es sich bei den PPR-Minuten nicht um Zeiten, die für den betreffenden Patienten tatsächlich in der Pflege aufwendet wurden, sondern – wie an früherer Stelle dargelegt – um Normzeiten, die der PPR hinterlegt sind. Zudem erfolgt die Einstufung in den Kliniken in der Regel retrospektiv aufgrund der tatsächlich erbrachten Leistungen, und nicht prospektiv auf Grundlage der als notwendig erachteten Pflegeleistungen.

Der zweite Punkt ist vor dem Hintergrund des langjährigen Stellenabbaus von besonderer Bedeutung. Es muss davon ausgegangen werden, dass auch in einem nicht näher zu bestimmenden Teil der Kalkulationskrankenhäuser der Pflegedienst unterbesetzt ist und dadurch notwendige Leistungen nicht erbracht werden können. Wird der Pflege-Personalkostenanteil der DRGs so wie beschrieben berechnet, führt dies zu einer Untererfassung des notwendigen Pflegeaufwandes, und die Unterver-

---

<sup>41</sup> alternativ zur PPR kann nach Genehmigung durch das InEK auch ein anderes Pflegeklassifikationssystem verwendet werden.

sorgung aufgrund von Unterbesetzung wird in die Zukunft fortgeschrieben, da sie über die Entgeltfestsetzung zur Norm erklärt wird.

Würde zukünftig die PPR als Instrument der externen Qualitätssicherung und Grundlage für die Vorgabe von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung im Pflegedienst der Normalstationen genutzt, wäre es folgerichtig, sie auch weiterhin für die Kalkulation der Pflege-Personalkosten auf Normalstationen einzusetzen. Allerdings unter zwei Bedingungen:

1. Die Patienteneinstufungen haben auf Grundlage der notwendigen Soll-Leistungen zu erfolgen.
2. Die Kosten je PPR-Minute sind nicht auf Grundlage der Gesamt-Personalkosten des Pflegedienstes der Station zu errechnen, sondern auf Grundlage von Richtwerten für die durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft im Pflegedienst.

Die Verwendung der tatsächlichen Gesamt-Personalkosten für die Ermittlung des Preisanteils ist bei einer Zugrundelegung der Soll-Leistungen insofern nicht geeignet, da die Personalkosten abhängig sind von der Gesamtzahl der Vollkräfte und somit auch beeinflusst durch eine gegebenenfalls vorhandene Unterbesetzung. Wird nun die Patienteneinstufung von Ist-Leistungen auf Soll-Leistungen umgestellt, ohne dass zugleich auch die Personalbesetzung den Soll-Leistungen angepasst wird, führt dies im Falle einer Unterbesetzung dazu, dass der unverändert gebliebene Zähler der Gleichung (Personalkosten auf Grundlage der Ist-Besetzung) durch einen größeren Nenner (PPR-Minuten auf Grundlage der Soll-Leistungen) geteilt wird. Dadurch fällt das Ergebnis, die Kennzahl „Kosten je PPR-Minute“, kleiner aus. Der auf dieser Grundlage berechnete Pflege-Personalkostenanteil an den DRGs wird dementsprechend ebenfalls kleiner ausfallen und eine solche Umstellung würde eine Absenkung der DRG-Fallpauschalen nach sich ziehen. Das wiederum würde den ökonomischen Druck auf Krankenhäuser in Richtung weiteren Personalabbau erhöhen, was wiederum zu einer Reduzierung der Personalkosten führt, die wiederum im Rahmen der Kalkulation zu einer weiteren Absenkung des Kostenanteils in den DRGs führen etc. Der bereits angesprochene Kellertreppeneffekt würde dadurch einen deutlichen Schub erhalten.

Ein solcher Effekt könnte vermieden werden, wenn die Berechnung des Anteils der Pflege-Personalkosten anhand eines Normwertes für die durchschnittlichen Brutto-Personalkosten einer Vollkraft im Pflegedienst erfolgt. Als Brutto-Personalkosten wären alle Arbeitskosten einschließlich der Personalzusatzkosten einzubeziehen. Die-

ser Betrag wäre durch die durchschnittlich Netto-Arbeitszeit einer Vollkraft zu dividieren, um als Ergebnis ‚genormte Brutto-Kosten je PPR-Minute‘ zu erhalten, die einheitlich von allen Kalkulationskrankenhäusern zu verwenden sind.

Die Kosten der Intensivstationen sind von den Kalkulationskrankenhäusern laut Kalkulationshandbuch nicht gesondert nach Personal- und Sachkosten, sondern als Gesamtkosten zu erfassen und auf Grundlage der Bezugsgröße „gewichtete Intensivstunden“ entsprechend der Verweildauer auf die einzelnen Fälle umzulegen. Die Verweildauerstunden werden in Anlehnung an die DKG-Anhaltszahlen in „Überwachungsstunden“, „Behandlungsstunden“ und „Beatmungsstunden“ eingeteilt und mit Relativgewichten bewertet (InEK 2007: 139). Alternativ zu dieser Dreiteilung können die Kosten – nach Genehmigung durch das InEK – auch auf Grundlage eines anderen Pflegestufenmodells aufgeteilt werden. Als ein solches Klassifikationssystem kommt vielfach TISS zum Einsatz.

Die vorliegende Untersuchung hat für beide Methoden, sowohl die Anhaltszahlenrechnung als auch TISS aufgezeigt, dass sie für eine zuverlässige Ermittlung des Pflegebedarfs von Intensivpatienten nicht ausreichend geeignet sind. Es wäre insofern nach geeigneten anderen Ansätzen zu suchen. Dies würde auch eine Änderung der Kalkulationsmethodik dahingehend erfordern, dass nicht mehr die Gesamtkosten in einem Block, sondern einzelne Kostenarten für die Kalkulation erfasst werden. Der zuvor für die Normalstationen beschriebene Grundsatz könnte dann auch für Intensivstationen bei der Kalkulation der Personalkosten des Pflegedienstes angewendet werden.

## 6.2 Konsequenzen für das DRG-Fallgruppensystem

Die Vorgabe von Mindestanforderungen zieht nicht nur Konsequenzen für die DRG-Kalkulation nach sich, sondern auch für die Konstruktion des Patientenklassifikationssystems und die Berücksichtigung unterschiedlicher Pflegebedarfe innerhalb des Schweregradsystems. Seit mehreren Jahren wird auf das Problem hingewiesen, dass das deutsche DRG-System weder Pflegebedarfe noch Pflegeleistungen angemessen ‚abbildet‘ (vgl. u.a. Eberl/Bartholomeyczik/Donath 2005; Fischer 1999, 2002; Hausner et al. 2005; Hunstein/Bartholomeyczik 2001; Simon 2000). Diese Diskussion

soll hier nicht vertieft werden, sondern nur kurz darauf eingegangen werden, wie auch im Vergütungssystem auf Mindestanforderungen reagiert werden könnte.

Gegenwärtig werden die nach Schweregraden unterschiedlichen Bewertungsrelationen auf Grundlage der Gesamtkosten gebildet. Die Kosten des Pflegedienstes gehen somit in die Schweregraddifferenzierung mit ein, sie sind aber kein Gruppierungsmerkmal, das für sich genommen eine unterschiedliche Schweregradzuordnung bewirkt. In die Aussage sind auch die so genannten ‚pflegerelevanten Nebendiagnosen‘ eingeschlossen, da sie kein Pflegeklassifikationssystem sind, sondern nur speziell ausgewählte ICD-Kodes, von denen angenommen wird, dass sie Einfluss auf den Pflegebedarf eines Patienten haben (Rothhaar/Metzger 2003).

Im gegenwärtigen System der Schweregradstufen werden Unterschiede im Pflegebedarf nur dann und in dem Maße in der Vergütung berücksichtigt, wie sie parallel zu den primär durch ärztliche Leistungen determinierten Schweregraden liegen. Unterschiede des Pflegebedarfs innerhalb einer DRG, also zwischen den verschiedenen Patienten derselben DRG, führen nicht zu unterschiedlichen Vergütungen.

Die Einführung von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung der Krankenhäuser würde die Frage aufwerfen, ob im DRG-System nicht auch Unterschiede im Pflegebedarf zu unterschiedlichen Vergütungen führen sollten. Die Notwendigkeit einer nach Pflegebedarf differenzierten Vergütung kann zum einen daraus abgeleitet werden, dass im Falle der Nichtberücksichtigung unterschiedlicher Pflegebedarfe ein finanzieller Anreiz gesetzt wird, überdurchschnittlich pflegeaufwändige Patienten entweder erst gar nicht aufzunehmen oder möglichst bald weiter zu verlegen.

Die Nichtberücksichtigung unterschiedlicher Pflegebedarfe setzt aber auch einen Anreiz zum Stellenabbau in solchen Krankenhäusern, die überdurchschnittlich pflegeaufwändige Patienten versorgen. Die daraus resultierenden höheren Personalkosten erhalten sie nicht über die Vergütungen finanziert. Dieser Anreiz ist offenbar durch die Veröffentlichung der InEK-Kalkulationsdaten und der darin ausgewiesenen kalkulierten durchschnittlichen Pflege-Personalkosten noch einmal verstärkt worden. In zunehmend mehr Krankenhäusern werden die Ist-Kosten mit den InEK-Kosten verglichen und entsprechende Korrekturen an der Personalbesetzung vorgenommen (Siebers et al. 2008).

Um die Frage nach der Notwendigkeit einer Berücksichtigung des Pflegebedarfs bei der Zuordnung eines Patienten zu einer DRG qualifiziert diskutieren und entscheiden zu können, wären weitergehende Analysen der InEK-Daten erforderlich. Es wäre zu-

nächst einmal zu klären, für welche DRGs die Kalkulationsdaten erhebliche Varianzen der ermittelten Pflege-Personalkosten anzeigen. Damit könnten diejenigen DRGs identifiziert werden, bei denen der dringendste Handlungsbedarf besteht. Diesen Weg will offenbar das BMG gehen, da im Referentenentwurf des KHRG ein entsprechender Auftrag an das InEK vorgesehen ist. Eine solche Analyse würde allerdings nur dann wirklich aussagekräftige Ergebnisse liefern, wenn zuvor sichergestellt wird, dass die Patienteneinstufung nach PPR aufgrund der notwendigen Soll-Leistungen und nicht der Ist-Leistungen erfolgt.

Sollte innerhalb von DRGs eine erhebliche Varianz der Pflege-Personalkosten festgestellt werden, würde sich die Frage ergeben, wie diese Varianzen im Vergütungssystem berücksichtigt werden könnten. Hierzu liegen bereits Vorschläge vor, die von der Einführung zusätzlicher Schweregradstufen, über die Einführung von pflegeaufwandsbezogenen Zu- oder Abschlägen bis hin zur Erweiterung des DRG-Systems um gesonderte ‚Nursing Related Groups‘ reichen (vgl. v.a. Fischer 1999; Fischer 2002: 89-108).

Eine Berücksichtigung des Pflegebedarfs im deutschen DRG-System erfordert sicherlich noch erhebliche Vorarbeiten und dürfte erst in einigen Jahren zu praxistauglichen Modellen führen. Es besteht jedoch gegenwärtig akuter Handlungsbedarf, der keine Vertröstung auf eine in vier oder fünf Jahren erfolgende bessere ‚Abbildung‘ der Pflege im DRG-System zulässt. Es ist darum zu begrüßen, dass das BMG kurzfristig zusätzliche Mittel für die Verbesserung der Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser zur Verfügung stellen will. Wie bereits an früherer Stelle ausgeführt, benötigt aber auch eine solche Intervention Kriterien, nach denen die zusätzlichen Mittel auf Krankenhäuser und Abteilungen verteilt werden sollen. Weder ein ‚Gießkannen-Verfahren‘ noch die im Referentenentwurf vorgesehene Eigenbeteiligung der Krankenhausträger sind geeignet sicherzustellen, dass die zusätzlichen Mittel auch dort-hin fließen wo sie am dringendsten gebraucht werden. Ein System aus Mindestanforderungen an die Personalbesetzung, das auf geeigneten Instrumenten zur Ermittlung des Pflegebedarfs aufbaut, könnte die für die Umsetzung des geplanten Programms erforderlichen Kriterien bereitstellen.

### **6.3 Neuere Entwicklungen für die Psychiatrie**

Die Psychiatrie war bisher von der Anwendung des DRG-Systems ausgenommen. Dies soll sich in den nächsten Jahren ändern. Der vorliegende Referentenentwurf für die geplante Reform der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 sieht vor, dass die Spitzenverbände des Krankenhausbereichs in den nächsten Jahren ein gesondertes Fallpauschalensystem für die stationäre Psychiatrie entwickeln. Es soll erstmals im Jahr 2013 und zunächst nur budgetneutral umgesetzt werden soll (§ 17d KHG i.d.F.d. Referentenentwurfes für ein KHRG). Anders als das bisherige DRG-System soll das Fallpauschalensystem der Psychiatrie nicht eine fallbezogene, sondern eine tagesbezogene Pauschalierung vorsehen. Grundlage der tagesbezogenen Fallpauschalen sollen die Behandlungsbereiche und Minutenwerte der Psych-PV sein.

Der vorliegende Referentenentwurf greift auch die Ergebnisse der Evaluation der Psych-PV auf und fordert die Vertragsparteien der Budgetverhandlungen vor Ort auf, die Finanzierung zusätzlicher Stellen zu vereinbaren (§ 6 Abs. 1 BPfIV i.d.F.d. Referentenentwurfes für ein KHRG).

Insgesamt hat es den Anschein, als ob für die Psychiatrie in der anstehenden Reform der Krankenhausfinanzierung wesentliche Voraussetzungen für die Finanzierung einer fast hundertprozentigen Umsetzung der Psych-PV geschaffen werden und über die Einbeziehung der Psych-PV als Kalkulationsgrundlage des neuen Fallpauschalensystems auch deren dauerhafte Finanzierung gewährleistet werden soll. Damit würde für die Psychiatrie ein Gesamtsystem aus Mindestanforderungen an die Personalbesetzung und deren Finanzierung geschaffen, das durchaus als vorbildlich gelten kann, nicht nur national, sondern vermutlich auch international. Es wäre zu prüfen, ob und in welchem Umfang der für die Psychiatrie sich abzeichnende Weg auch als Vorlage für den Bereich der somatischen Krankenhausversorgung genutzt werden kann.

## **7 Schlussbetrachtung**

Die vorliegende Untersuchung ging von der Frage aus, wie unter den aktuellen Bedingungen eine bedarfsgerechte Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erreicht und dauerhaft sichergestellt werden kann. Um die Relevanz der Frage aufzuzeigen, wurde zunächst eine Bestandsaufnahme des bisherigen Stellenabbaus im Pflegedienst der Krankenhäuser vorgenommen und die Bedeutung einer Unterbesetzung für die Gesundheit der Krankenhauspatienten dargelegt.

Da die Personalbesetzung im Pflegedienst mittlerweile in zahlreichen Krankenhäusern eine kritische Grenze unterschritten hat und dies im Rahmen der internen Qualitätssicherung offensichtlich nicht verhindert wurde, scheint es an der Zeit, im Rahmen der externen Qualitätssicherung Mindestanforderungen an die personelle Besetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser vorzugeben. Diese müssen sich am Pflegebedarf der Patienten orientieren, von dem ausgehend der Personalbedarf im Sinne einer Mindestbesetzung abgeleitet werden kann.

Mindestanforderungen an die Personalbesetzung brauchen darum geeignete Instrumente zur Ermittlung des Personalbedarfs, die genutzt werden können, um die angemessene Höhe der Mindestanforderungen festzulegen. In der vorliegenden Untersuchung wurden darum mehrere Verfahren und Methoden der Personalbedarfsermittlung für den Pflegedienst vorgestellt und auf ihre Eignung für ein System der Mindestanforderungen hin überprüft.

Die Prüfung ergab, dass die veralteten, aber teilweise immer noch angewendeten Anhaltszahlen der DKG nicht geeignet sind. Sie bauen auf vollkommen Basisdaten des Pflegebedarfs auf, die überwiegend aus Arbeitszeitstudien der 1960er Jahre stammen. Zudem sind sie in Bezug auf ihre Prämissen und Berechnungsgrundlagen intransparent und nicht in der Lage auf Veränderungen und individuelle Unterschiede des Pflegebedarfs zu reagieren.

Als grundsätzlich geeignet können dagegen sowohl die Pflege-Personalregelung als auch die Psychiatrie-Personalverordnung gelten. Sie erlauben eine transparente und differenzierte Erfassung des erforderlichen Pflegebedarfs, basieren auf Behandlungskonzepten beziehungsweise Vorstellungen über eine qualitativ ausreichende

Pflege und ermitteln den individuellen Pflegebedarf auf Grundlage einzelner Pflegestufen beziehungsweise Behandlungsbereichen.

Während für den allgemeinen Pflegedienst auf Normalstationen und die Psychiatrie mit der PPR und Psych-PV geeignete Ansätze existieren, fehlt etwas Vergleichbares für die Intensivpflege. Das im Intensivbereich vielfach auch für die Personalbedarfermittlung eingesetzte Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) erfasst therapeutische und diagnostische Interventionen, nicht aber den Pflegebedarf. Die Annahme, dass es einen linearen Zusammenhang zwischen der Zahl der TISS-Punkte und dem Pflegebedarf gibt, wird durch keine empirische Studie zum Pflegebedarf gestützt. Bei der Entwicklung des TISS-28 wurde vielmehr sogar festgestellt, dass dieses Instrument lediglich ca. 43 % der Arbeitszeit in der Intensivpflege erklären kann. Für die Entwicklung von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung der Intensivpflege kann somit auf kein gegenwärtig in Deutschland verfügbares und in breiterem Umfang eingesetztes Instrument zurückgegriffen werden. Es bedürfte einer international ausgerichteten Recherche zu existierenden Ansätzen und gegebenenfalls der Entwicklung eines neuen Instruments zur Messung des Pflegezeitaufwandes auf Intensivstationen.

Dass die Vorgabe von Mindestanforderungen im Sinne einer allen Krankenhäusern vorgegebenen Mindestbesetzung im Rahmen des geltenden Rechts möglich ist, konnte anhand einer Analyse der einschlägigen Rechtsvorschriften und bereits vorhandener externer Vorgaben für die Strukturqualität bestimmter Versorgungsbereiche aufgezeigt werden. Zentrale Rechtsgrundlage für die Vorgabe von Mindestanforderungen an die Personalbesetzung ist § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, der den Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung enthält, Mindestanforderungen auch für die Strukturqualität von Krankenhäusern zu vereinbaren. Die auf seiner Grundlage vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung enthalten bereits Gründzüge eines Systems der Überwachung und Kontrolle der Einhaltung vorgegebener Mindestanforderungen, auf die zurückgegriffen werden kann.

Es kann somit als Ergebnis der vorliegenden Studie festgehalten werden, dass zum einen die dringende Notwendigkeit für extern vorgegebene Mindestanforderungen an die Personalbesetzung des Pflegedienstes besteht und zum anderen dies auch innerhalb des bestehenden rechtlichen Rahmens möglich ist. Die entscheidende Frage

ist folglich, ob solche Mindestanforderungen politisch gewollt und – wenn – auch politisch durchsetzbar sind.

Mindestanforderungen sind zur Sicherstellung einer ausreichenden Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser weitaus besser geeignet als eine verbesserte ‚Abbildung‘ der Pflege im DRG-System. Würde in Abhängigkeit vom Pflegebedarf eine höhere Vergütung gezahlt, wäre damit keineswegs die Verpflichtung der Krankenhausträger verbunden, die so vergütete höhere Personalbesetzung auch tatsächlich vorzuhalten. Es ist Entscheidung der Krankenhausleitung, wofür sie die Erlöse aus der Krankenbehandlung einsetzt. Und es besteht keine Verpflichtung, die in den DRGs enthaltenen Anteile für Pflege-Personalkosten auch für Personalkosten der Pflege zu verwenden.

Dennoch wirft die Vorgabe von Mindestbesetzungen auch die Frage der Finanzierung auf. Die vorliegende Untersuchung zeigte mögliche Wege der Berücksichtigung von Mindestanforderungen sowohl bei der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen als auch bei der Konstruktion des Patientenklassifikationssystems auf. Es bleibt aber festzuhalten, dass die Einführung von extern vorgegebenen Mindestbesetzungen nicht an die Bedingung geknüpft werden kann, dass zugleich eine in jedem Einzelfall ausreichende Refinanzierung der damit verbundenen Personalkosten gewährleistet ist.

Mindestanforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern sind unabhängig vom jeweiligen Finanzierungssystem zu stellen und haben sich in erster Linie am Interesse der Patienten zu orientieren, im Krankenhaus nicht aufgrund unzureichender sachlicher oder personeller Ausstattung gesundheitlichen Schaden zu erleiden.

## 8 Anhang

### Anhang 1

#### **Historische Entwicklung von Grundsätzen der Stellenplanberechnung im Pflegedienst der Krankenhäuser in der BRD**

<b>1951</b>	Erste Anhaltszahlen der DKG (DKG 1951).
<b>1959 und 1964</b>	Änderungen der Anhaltszahlen (DKG 1959, 1964).
<b>1969</b>	Empfehlung der DKG, die – fortgeschrieben auf die 40- Stunden-Woche – mit leichten Änderungen in der Folgezeit als Grundlage für die Berechnung von Stellenplänen dient (DKG 1969).
<b>1974</b>	Änderungen der Anhaltszahlen von 1969 durch die DKG, die jedoch bis auf wenige Ausnahmen nicht von den Krankenkassen anerkannt wurden (DKG 1974a).
<b>1976</b>	Gemäß der Entschließung der 37. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) vom 27.02.1976 soll „bei der Prüfung und Besetzung der ärztlichen und pflegerischen Dienste im Rahmen der Pflegesatzfestsetzung von den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) 1969 - fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche - ausgegangen werden, sofern die Länder andere Anhaltszahlen nicht ermittelt haben“ (GMK zit. n. DKG 1985).
<b>1978</b>	Die 42. Gesundheitsministerkonferenz vom 2./3.11.1978 stellt klar, dass die Anhaltszahlen der DKG von 1969 „nur als Näherungswerte und Orientierungshilfen anzusehen und die durch die medizinische Entwicklung bedingten Änderungen des Personalbedarfs zu berücksichtigen sind“ (GMK zit. n. DKG 1985).
<b>1978</b>	Das BMA beruft eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung von Experten der Krankenhausseite sowie der Krankenkassen, die neue Verfahren der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus entwickeln sollen. Die Arbeitsgruppe befasst sich vor allem mit Grundsatzfragen und beendet ihre Arbeit 1985, ohne ein neues Verfahren entwickelt zu haben (BMA 1985).
<b>1980</b>	Empfehlung der DKG zur Anrechnung der Schülerinnen und Schüler im Verhältnis 7:1 (vgl. Das Krankenhaus 1980, S. 312).
<b>1981</b>	Durch das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG) werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der GKV aufgefordert, gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten zu vereinbaren (§ 19 KHG i. d. F. d. KHKG 1981).
<b>1982</b>	Die DKG fordert die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung zu Verhandlungen auf.
<b>1983</b>	Da in den Verhandlungen nach Ablauf eines Jahres keine gemeinsame Empfehlung vorliegt, ist nach § 19 KHG die Voraussetzung zum Erlass einer Rechtsverordnung gegeben. Die Bundesregierung erlässt jedoch keine Rechtsverordnung.
<b>1984</b>	Anfang 1984 erfolgt der Abbruch der Verhandlungen zwischen DKG und Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung.
<b>1985</b>	Novellierung des KHG durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz. Die in § 19 KHG enthaltene Aufforderung bleibt erhalten.
	Im Frühjahr 1985 werden die Verhandlungen wieder aufgenommen.
	Vorlage des Abschlußberichtes der im Auftrag des BMA durchgeföhrten Studie „Verfahren zur Ermittlung des leistungsbezogenen Personalbedarfs in Krankenhäusern (PBEV)“ (BMA 1985).

	Überarbeitung und Ergänzung der Anhaltszahlen durch die DKG. Ablösung der pauschalen Anhaltszahlen und Forderung nach Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Krankenhauses. Einbeziehung der Auswirkungen von Verweildauerverkürzungen (DKG 1986). Die Krankenkassen verweigern diesem Vorschlag jedoch ihre Zustimmung.
<b>1986</b>	Im Frühjahr 1986 erklären sowohl die DKG als auch die Spaltenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung offiziell das Scheitern der Verhandlungen nach § 19 KHG. Damit ist zum zweiten Mal die Voraussetzung zum Erlass einer Rechtsverordnung gegeben. Das BMA erkennt das Scheitern jedoch nicht an und fordert die Verhandlungsparteien zu weiteren Verhandlungen auf.
<b>1987</b>	Da auch nach einem weiteren Jahr keine gemeinsame Empfehlung zustande gekommen ist, sind die Voraussetzungen für den Erlass einer Rechtsverordnung zum dritten Mal gegeben.
<b>1987-89</b>	Die Verhandlungen werden jedoch auf Drängen des BMA fortgesetzt.
<b>07.03.1989</b>	Die DKG legt ein neues Konzept zur Personalbedarfsermittlung vor und nennt es „Analytisches Konzept“ (DKG 1989).
<b>26.06.1989</b>	Die Krankenkassen legen ein eigenes Konzept zur Ermittlung von Personal-anhaltszahlen vor.
<b>Juni 1989</b>	Erlass der „1. Verordnung zur Änderung der BPfIV“, in der auf Grundlage des § 15 BPfIV das Anrechnungsverhältnis von Auszubildenden in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege auf 7:1 und in der Krankenpflegehilfe auf 6:1 festgelegt wird. Eine Anrechnung der Auszubildenden in der Krankenpflege auf die Stellenpläne im Verhältnis 7:1 bedeutet, dass für jeweils 7 Auszubildende dem Krankenhaus 1 Vollzeitstelle vom Stellenplan abgezogen werden kann. Nach Auffassung der Bundesregierung hat die Verbesserung des Anrechnungsschlüssels zu 5000 zusätzlichen Stellen geführt (vgl. Gesundheitsministerin Hasselfeld, in: Das Krankenhaus 5/91, S.221). Das entsprach, bezogen auf die Gesamtzahl von ca. 330000 Pflegekräften in Krankenhäusern (alte BRD), einer durchschnittlichen Stellenplanerhöhung von 1,5 %.
<b>28./29.09.1989</b>	In der Entschließung der GMK „Sicherung der Krankenpflege in der Zukunft“ fordert die GMK den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf, „die Vorarbeiten für die Rechtsverordnung gemäß § 19 Abs. 2 KHG zeitlich so zu gestalten, dass im Falle des Scheiterns der Verhandlungen der Selbstverwaltung neue Personalschlüssel für den allgemeinen Pflegedienst bereits für die 1990 stattfindenden Pflegesatzverhandlungen für 1991 zur Verfügung stehen“ (GMK, zit. n. Das Krankenhaus 1989, S. 543).
<b>04.12.1989</b>	Entschließung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) zur Pflege, in der Maßnahmen zur Besetzung offener Stellen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege gefordert werden (vgl. Das Krankenhaus 1989, S. 653).
<b>21.09.1990</b>	„Entschließung des Bundesrates zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser“ (vgl. Das Krankenhaus 1990, S. 517f.).
<b>Sept. 1990</b>	Die Bundesregierung beruft für die Erarbeitung einer Rechtsverordnung einen „Expertengruppe“ genannten Beirat aus Fachleuten.
<b>25.09.1990</b>	Erlass einer Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) durch die Bundesregierung. Zustimmung des Bundesrates am 9.11.1990, Inkrafttreten zum 1.01.1991. Nach Einschätzung der Bundesregierung sollten durch die Anwendung dieser Verordnung 5000 zusätzliche Stellen für Ärzte, Pflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal in der stationären Psychiatrie geschaffen werden.
<b>28.03.1991</b>	Vorlage eines Konzeptes und vorläufigen Verordnungsentwurfes für die Allgemeine Krankenpflege („Elemente der Pflege-Personalverordnung“, jedoch ohne Minutenwerte).
<b>03.04.1991</b>	Ankündigung einer Verordnung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) für den Herbst 1991. Dadurch sollte es ermöglicht werden, die Budgetverhandlungen für 1992 bereits auf dieser Grundlage zu

	führen.
<b>06.06.1991</b>	Bundesgesundheitsministerin Hasselfeld gibt in einer Rede vor der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen bekannt, dass der Erlass einer Personalverordnung auf die erste Hälfte 1992 verschoben wurde.
<b>Dez. 1991</b>	Veröffentlichung eines überarbeiteten Konzepts.
<b>27.01. bis 09.02.1992</b>	Testerhebung zur Überprüfung der Praktikabilität des Verfahrens in ca. 80 Krankenhäusern.
<b>16.04.1992</b>	Vorlage eines Referenten-Entwurfes für eine Pflege-Personalverordnung (PPV). Die Verabschiedung der Pflege-PV durch den Bundesrat wurde für den 10.07.1992 in Aussicht genommen, das Inkrafttreten für den 1.01.1993. Zuvor sollte die Veröffentlichung des Teils erfolgen, der für die Zuordnung der Patienten nach Pflegestufen erforderlich ist, damit bei den Budgetverhandlungen für 1993 der Stellenplan für die allgemeine Krankenpflege bereits auf der Grundlage der neuen Verordnung vereinbart werden konnte.
<b>Mitte Mai 1992</b>	Nach dem Rücktritt der Gesundheitsministerin Gerda Hasselfeldt und dem Amtsantritt von Horst Seehofer wird der Verordnungsentwurf zurückgezogen. Proteste und Demonstrationen von Pflegekräften in mehreren Städten bewirken, dass das Inkrafttreten einer überarbeiteten Verordnung zum 1.01.1993 zugesagt wird.
<b>12.08.1992</b>	Vorlage des Regierungsentwurfes einer Pflege-Personalregelung (PPR) im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG).
<b>21.12.1992</b>	Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes und somit auch der PPR.
<b>01.01.1993</b>	Inkrafttreten der Pflege-Personalregelung.
<b>01.01.1996</b>	Aussetzung der Pflege-Personalregelung.
<b>01.01.1997</b>	Aufhebung der Pflege-Personalregelung.

## Anhang 2

### Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für den Pflegedienst der Krankenhäuser

Bereich	1951 <sup>1</sup>	1959 <sup>2</sup>	1964 <sup>3</sup>	1969 <sup>4</sup>	1974 <sup>5</sup>
Erwachsene	diff. n. Abt. <sup>6</sup>	1 : 57	1 : 3,5 - 4*	1 : 3,3 - 3,7	1 : 2,72 - 3,24
Kinder	1 : 4,5	1 : 3,5	1 : 3	1 : 2,5 - 2,9	1 : 1,99 - 2,52
Neugeborene	1 : 5	-	1 : 4	1 : 3,7	1 : 2,60 - 3,25
Frühgeborene		1 : 2,5	1 : 2	1 : 1,75 - 1,9	1 : 1,27 - 1,68
Intensivüberwachung (24 Std.)	-	-	-	1 : 1,0 - 1,9	1 : 1,0
Intensivbehandlung (24 Std.)	-	-	-	1 : 0,5 - 0,7	1 : 0,43
Anrechnung von Auszubil- denden					
- Krankenpflege und Kin- derkrankenpflege	2 : 1	3 : 1	3 : 1	3 : 1	3 : 1
- Krankenpflegehilfe				3 : 2	2 : 1

**Nachdienst:** Anhaltszahlen für die Besetzung des Nachdienstes wurden nur 1951 formuliert. In den folgenden Jahren wurde unter Hinweis auf die räumlichen und organisatorischen Verschiedenheiten der Krankenhäuser ausdrücklich darauf verzichtet.

\* Für die Anhaltszahlen ab 1964: Wenn zwei Werte angegeben sind gilt der erste für Krankenhäuser ohne zentralisierte Versorgungsdienste und optimale bauliche Voraussetzungen, der zweite für Krankenhäuser mit vollzentralisierten Versorgungsdiensten und optimalen baulichen Voraussetzungen.

- 1) Gültige tarifliche wöchentliche Arbeitszeit 1951: 60 Stunden.
- 2) Den Anhaltszahlen ist eine wöchentliche Arbeitszeit von 51 Stunden zugrunde gelegt.
- 3) Die Anhaltszahlen beziehen sich auf eine tarifliche Arbeitszeit von 47 Wochenstunden.
- 4) Tarifliche Arbeitszeit 1969: 46 Wochenstunden, die Anhaltszahlen gehen aber bereits von der ab 1.1.1971 gültigen Arbeitszeit (45 Wochenstunden) aus.
- 5) Anhaltszahlen beziehen sich auf eine tarifliche Arbeitszeit von 40 Wochenstunden.
- 6) die Empfehlung enthält jeweils verschiedene Anhaltszahlen für: medizinische, chirurgische, gynäkologische, neurologische, Infektions-, Tuberkuloseabteilungen und Hautklinik.
- 7) Abweichende Anhaltszahlen wurden genannt für: Haut-, HNO-, Augen- und Bestrahlungsabteilungen.

Quellen: DKG (1951; 1959; 1964; 1969; 1974a)

## Anhang 3

### Erläuterungen zum TISS-28

BASIS		Punkte
Standard-Monitoring	- regelmäßige Vitalzeichenkontrolle, d.h. mind. alle 4 Std. Messung und Dokumentation von Herzfrequenz + RR; UND - tägliche Berechnung der Flüssigkeitstilanz (auch ohne Katheter)	5
Labor	- biochemische Bestimmungen (auch K+, BZ) und/oder - Mikrobiologie (Blutkultur) am Tag der Abnahme	1
Medikation	- jedes Medikament incl. Studienmedikation; Jede Dosierung; - jede Applikationsform (i.v., i.m., subcutan, Magenschlauch, oral) - z.B. Sedierung, Antibiotika, Heparin, Kalium, Hy-Blocker, Bicarbonat, ... - nicht: vasoaktiven Medikamente, Diuretika etc. (siehe andere TISS-Items)	ein Med. 2 2 o. mehr 3
Verbandswechsel	- Verbandswechsel (auch Dekubituspflege) - Routine heißt: 1-2 mal täglich - häufig heißt mindestens 3 mal täglich und/oder ausgedehnte Wundpflege	Routine 1 häufig 2
Drainagen	- Pflege aller Drainagen, auch Spül-Saug-Drainage (nicht Magenschlauch)	3
<b>LUNGE</b>		
Beatmung	- jegliche Beatmungsform mit maschineller Unterstützung, mechanisch / assistiert, auch Spontanatmung mit PEEP ----- - Atemunterstützung: Spontanatmung über Tubus ohne PEEP, O <sub>2</sub> -Maske oder -Nasenschlauch	5 2
künstliche Luftwege	- Pflege der künstlichen Luftwege - Endotracheal-Tubus, Tracheostoma	1
Atemtherapie	Behandlung zur Verbesserung der Lungenfunktion: Physiotherapie (Atemgymnastik), endotracheales Absaugen, aktive längerzeitige Vernebelung über Tubus o. Maske (z.B. Acetylzystein; aber nicht Dosieraerosole)	1
<b>HERZ-KREISLAUF</b>		
Vasoaktive Medikamente	- Katecholamine: jedes Medikament, jede Dosis - z.B. Adrenalin, Noradrenalin, Doputamin, Dopamin, Dopexamin, Neosynephrin und Analoga (nicht: Nitro, ACE-Hemmer)	ein Med. 3 2 o. mehr 4
Flüssigkeitstherapie	- großer Volumenersatz i.v., mind. 6 Liter pro Tag (Gesamtmenge incl Blutprodukte, aber nicht bei Hämodialyse) UND - mind. 1 Liter Blutprodukte (EK=250 ml, GFP=200 ml, TK=100 ml aber nicht Humanalbumin)	4
Arterie	- peripherer arterieller Katheter	5
Pulmonalkath	- Pulmonalkatheter; mit oder ohne Cardiac Output Messung	8
ZVK	- zentral venöser Katheter	2
Reanimation	- kardiopulmonale Reanimation nach Herzstillstand (nicht einzelner präcordialer Faustschlag)	3
<b>MERKE</b>		
Dialyse	- Hämodialyse, Dialyse (diverse Techniken)	3
Ausfuhr	- quantitative Bestimmung der Urinmenge (mit oder ohne Katheter)	2
Diurese	- aktive medikamentös unterstützte Diurese (z.B. Furosemid > 1 mg / kg KG oder analoge Medikation)	3
<b>ZNS</b>		
ICP	- Messung des intrakraniellen Druckes	4
<b>METABOLISMUS</b>		
Azidose / Alkalose	- Behandlung einer komplizierten metabolischen Azidose/Akkalose (pH ≤ 7,33 oder pH ≥ 7,49) UND - mindestens 2 mvaltg/kg Bicarbonat	4
Ernährung	- i.v. Alimentation mit Glucose UND Aminosäuren (ggf. Fette)	3
enterale Ernährung	- mind. 500 ml/Tag Sondenkost über Magenschlauch oder PEG (jet. sim.)	2
<b>INTERVENTIONEN</b>		
Interventionen auf der ICU*	- z.B. endotracheale Intubation, Einsetzen e. Schrittmachers, Cardioversion, Endoskopie, Notfall-OP auf ICU, Magenspülung, TEE, Bronchoskopie - keine Routine-Interventionen wie Röntgen der Lunge, ...	eine Interv. 3 2 o. mehr 5
Interventionen außerhalb ICU*	- besondere Interventionen außerhalb der Intensivstation - Operationen oder Diagnostik (z.B. CT)	5

	Datum														
BASIS		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Standard-Monitoring	5														
Labor	1														
Medikation	1 Med. 2 o. m.	2													
Verbandswechsel	Routine häufig	1 2													
Drainagen	3														
<b>LUNGE</b>															
Beatmung	5 2														
künstliche Luftwege	1														
Atemtherapie	1														
<b>HERZ-KREISLAUF</b>															
Vasoaktive Medikamente	1 Med. 2 o. m.	3 4													
Flüssigkeitstherapie	4														
Arterie	5														
Pulmonaliskatheter	8														
ZVK	2														
Reanimation	3														
<b>NIERE</b>															
Dialyse	3														
Ausfuhr	2														
Diurese	3														
<b>ZNS</b>															
ICP	4														
<b>METABOLISMUS</b>															
Azidose / Alkalose	4														
Ernährung	3														
enterale Ernährung	2														
<b>INTERVENTIONEN</b>															
besondere Interventionen auf ICU	eine 2 o. m.	3 5													
Interventionen außerhalb ICU	5														
Summe															

## 9 Literatur

- Aiken, Linda H.; Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M. et al. (2002): Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. In: JAMA 288, 16: 1987-1993.
- Aiken, Linda H.; Smith, H.L.; Lage, E.T. (1994): Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. In: Medical Care 32: 771-787.
- Amaravadi, Ravi K.; Dimick, Justin B.; Pronovost, Peter J. et al. (2000): ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. In: Intensive Care Medicine 26: 1857-1862.
- Andreas, S.; Dirmeyer, J.; Koch, U. et al. (2003): DRG-Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen. In: Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 71: 234-242.
- APK, Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hg.) (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2005): RICH-Nursing Study. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes. Basel: Bundesamt für Gesundheit (Schweiz).
- Ball, Carol (2001): Patient:nurse ratios in critical care - time for some radical thinking. In: Intensive and Critical Care Nursing 17: 125-127.
- Becker-Schwarze, Katrin; Hart, Dieter (2005): Licht auf die Dunkelziffer. In: Gesundheit und Gesellschaft 8, 10: 12-13.
- Becker-Wenzel, Anke; Sperling, Joe (2007): Gefährdete Patienten - Pflegenotstand in Krankenhäusern. Beitrag in der ZDF-Sendung "Frontal 21" vom 13.11.2007. Online verfügbar unter: [http://www.zdf.de/ZDF/download/0\\_5587\\_7001272\\_00.pdf](http://www.zdf.de/ZDF/download/0_5587_7001272_00.pdf) (14.11.2007).
- Bein, Thomas; Unertl, K. (1993): Möglichkeiten und Grenzen von Score-Systemen in der Intensivmedizin. In: Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie 28, 8: 476-483.
- Bergius, Michael (2007): Zu wenig Zeit für die Patienten. Pflegeforscher prangern Missstände in deutschen Kliniken an. Frankfurter Rundschau, 19.07.2007.
- Bierbrauer, Axel. F.G. von (2008): Objektive, quantitative Messung des therapeutisch-pflegerischen Aufwandes für die Beatmungsbehandlung in der internistischen Intensivmedizin. In: Intensivmedizin 45, 3: 132-141.
- Blegen, M. A.; Vaughn, T. A. (1998): A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. In: Nursing Economics 16: 196-203.
- BMA, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1985): Verfahren zur Ermittlung des leistungsbezogenen Personalbedarfs in Krankenhäusern (PBEV). Abschlussbericht. Band I. Bonn.
- Bofinger, Werner; Dörfeldt, Dieter; Tauch, Jürgen G. (2008): Personalbedarf im Krankenhaus. Arbeitshandbuch mit CD-ROM für die Personalbedarfs-Berechnungen (Loseblattsammlung). Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.
- Bölke, Günter (1981): Der Personalmitteleinsatz im Krankenhaus nach dem Ergebnis von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In: Das Krankenhaus 73, 6, 7: 209-217, 258-265.
- Bond, C.A.; Raehl, Cynthia L.; Pitterle, Michael E. et al. (1999): Health Care Professional Staffing, Hospital Characteristics, and Hospital Mortality Rates. In: Pharmacotherapy 19, 2: 130-138.
- BQS, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (2007): Qualify: Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Online verfügbar unter: <http://www.bqs-online.com/download/qualify/qualify-down.pdf> (20.08.2008).
- Brand, Susanne (1993): Pflege-Personalregelung: Der neue Weg zur leistungsbezogenen Personalbemessung. Kommentar und praktische Hilfen. Stuttgart: Fischer.
- Braun, Bernard; Kühn, Hagen; Rosenbrock, Rolf (2006): Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP). Online verfügbar unter: [http://www.boeckler.de/pdf\\_fof/S-2004-642-4-2.pdf](http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2004-642-4-2.pdf) (12.03.2008).
- Braun, Bernard; Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: Pflege & Gesellschaft 10, 3: 131-141.
- Braun, Thomas; Rau, Ferdinand; Tuschen, Karl Heinz (2008): Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer, 3-22.

- Brügger, Urs; Bamert, Ulrich; Maeder, Christoph et al. (2002): LEP - Beschreibung der Methode LEP Nursing 2. Leistungserfassung für die Gesundheits- und Krankenpflege. St. Gallen: LEP AG.
- Bühner, Rolf (2005): Personalmanagement. München; Wien: Oldenbourg.
- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian (2006): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik Universität Bremen.
- Burchardi, H.; Rathgeber, J.; Schürgers, D. et al. (1999): Leistungserfassung in der Intensivmedizin. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 4, 2: 37-47.
- CDHS, California Department of Health Services (2004a): Final Statement of Reasons. Online verfügbar unter: [http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01\\_FSOR.pdf](http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Documents/R-37-01_FSOR.pdf) (28.08.2008).
- CDHS, California Department of Health Services (2004b): Nurse-to-Patient Staffing Ratio Regulations. Online verfügbar unter: <http://www.cdph.ca.gov/services/DPOPP/regs/Pages/N2PRegulations.aspx> (28.08.2008).
- Cho, S. H.; Ketefian, S.; Barkauskas, V. H. et al. (2003): The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. In: Nursing Research 52: 71-79.
- Cullen, David J.; Civetta, Joseph M.; Briggs, Burton A. et al. (1974): Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. In: Critical Care Medicine 2, 2: 57-60.
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; ver.di, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2007): Uns reicht's! Wir wehren uns gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege. Pressemitteilung vom 22.11.2007. Online verfügbar unter: <http://www.pflege-uns-reichts.de/presse.html> (25.02.2008).
- Dick, Wolfgang; Pehl, S.; Tzanova, I. et al. (1990): Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). Untersuchung zur Bemessung des Pflegezeitaufwandes auf einer interdisziplinären Intensivbehandlungsstation. In: Anästhesiologie und Intensivmedizin, 1: 18-21.
- Dickie, H.; Vedio, A.; Dundas, R. et al. (1998): Relationship between TISS and ICU cost. In: Intensive Care Medicine 24, 10: 1009-1017.
- Dierks, Marie-Luise; Schaeffer, Doris (2005): Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung - Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart/New York: Schattauer, 135-150.
- Dimick, Justin B.; Swoboda, Sandra M.; Pronovost, Peter J. et al. (2001): Effect of Nurse-to-Patient Ratio in the Intensive Care Unit on Pulmonary Complications and Resource Use after Hepatectomy. In: American Journal of Critical Care 10, 6: 376-382.
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Köln: DIP.
- DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (1984): Zu den Richtzahlen für den Bettenbedarf und die Personalbesetzung von Intensiveinheiten in Akut-Krankenhäusern (20.11.1984; eine Aktualisierung ist in Vorbereitung). Online verfügbar unter: <http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/struktur/02empf.pdf> (20.08.2008).
- DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (1994): Zur Besetzung von Intensiveinheiten mit Pflegepersonal. Online verfügbar unter: [http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/struktur/Besetzung\\_von\\_Pflegepersonal.pdf](http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/struktur/Besetzung_von_Pflegepersonal.pdf) (2008.2008).
- DIVI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (1999): Personalbedarf für Ärzte und Pflegekräfte in der Intensivmedizin (1999, Aktualisierung in Vorbereitung). Online verfügbar unter: [http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/struktur/Personalbedarf\\_fuer\\_Aerzte.pdf](http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/struktur/Personalbedarf_fuer_Aerzte.pdf) (20.08.2008).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1951): Anhaltszahlen für die Besetzung von Krankenanstalten mit Pflegekräften (Anlage zu II Ziffer 9 der Empfehlungen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Schwestern). In: Das Krankenhaus 43, 7: 136.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1959): Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenanstalten mit Pflegekräften. Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 23. Januar 1959. In: Das Krankenhaus 51, 7: 47.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1964): Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenanstalten mit Pflegekräften. Empfehlung der DKG vom 15.07.1964. In: Das Krankenhaus 56, 9: 401.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1969): Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften. Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 19. September 1969. In: Das Krankenhaus 61, 10: 420f.

- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1974a): Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften. Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. September 1974. In: Das Krankenhaus 66, 10: 420f.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1974b): Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern. In: Das Krankenhaus 66, 11: 457.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1985): Empfehlung der DKG vom 10.12.1985. In: Das Krankenhaus 77: 420ff.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1986): Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser vom 10.10.1985. In: Das Krankenhaus 78, 1: 41-43.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (1989): Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst. Analytisches Konzept. Düsseldorf: DKG.
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008a): DKG zur dramatischen Situation der Krankenhäuser. Finanzielle Belastung der Krankenhäuser steigt auf 7 Mrd. Euro - Budgetdeckelung aufheben! Pressemitteilung vom 24.04.2008. Online verfügbar unter: [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4907/title/DKG\\_zur\\_dramatischen\\_Situation\\_der\\_Krankenhaeuser](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4907/title/DKG_zur_dramatischen_Situation_der_Krankenhaeuser) (30.05.2008).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008b): Gleicher Preis für gleiche Leistungen - Kein Vergütungs-Dumping im Krankenhausbereich. DKG-Forum "Die Krankenhausreform 2009". Pressemitteilung vom 24.01.2008. Online verfügbar unter: [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4685/start/10/title/Gleicher\\_Preis\\_fuer\\_gleiche\\_Leistungen\\_-Kein\\_Verguetungs-Dumping\\_im\\_Krankenhausbereich](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4685/start/10/title/Gleicher_Preis_fuer_gleiche_Leistungen_-Kein_Verguetungs-Dumping_im_Krankenhausbereich) (2.06.2008).
- DKG, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008c): Katastrophenjahr 2008: Finanzloch von 2,2 Mrd. Euro provoziert weiteren Stellenabbau in den Kliniken. DKG zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser. Pressemitteilung vom 7.02.2008. Online verfügbar unter: [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4731/start/10/title/Katastrophenjahr\\_2008%3A\\_Finanzloch\\_von\\_2\\_2\\_Mrd.\\_Euro\\_provoziert\\_weiteren\\_Stellenabbau\\_in\\_den\\_Kliniken](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4731/start/10/title/Katastrophenjahr_2008%3A_Finanzloch_von_2_2_Mrd._Euro_provoziert_weiteren_Stellenabbau_in_den_Kliniken) (2.06.2008).
- DKI, Deutsches Krankenhausinstitut (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Online verfügbar unter: [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4880/title/DKG\\_zur\\_DKI-Studie\\_%E2%80%9ENeuordnung\\_von\\_Aufgaben\\_des\\_AErztlichen\\_Dienstes%E2%80%9C](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/4880/title/DKG_zur_DKI-Studie_%E2%80%9ENeuordnung_von_Aufgaben_des_AErztlichen_Dienstes%E2%80%9C) (2.06.2008).
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: Milbank Memorial Fund Quarterly 44, 2: 166-206.
- Dörr, Hans Ulrich (1991): Erfahrungen mit TISS zur Berechnung des Personalbedarfs auf Intensivstationen. In: Das Krankenhaus 83, 10: 507-511.
- Eberl, Inge; Bartholomeyczik, Sabine; Donath, Elke (2005): Die Erfassung der Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. Eine deskriptive Studie. In: Pflege 18: 364-372.
- EfCCNa, European Federation of Critical Care Nursing Associations (207): Position Statement on workforce requirements within European Critical Care Nursing. Online verfügbar unter: <http://www.efccna.org/downloads/Position%20Statement%20Workforce%20EfCCNa%202007.pdf> (25.08.2008).
- Eichhorn, Siegfried (1975): Krankenhausbetriebslehre Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eichhorn, Siegfried (1977): Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Eichhorn, Siegfried (1997): Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, Wolfram (1999): Die Bedeutung von Pflegediagnosen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsstatistik. 2., erweiterte Auflage. Wolfertswil (CH): Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin.
- Fischer, Wolfram (2002): Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2006a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung bei autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk. Online).
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2006b): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen der Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, vom 20. September 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, S. 15684, in Kraft getreten am 1. Januar 2006, zuletzt geändert am 17. Oktober 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 7050, in Kraft getreten am 25. November 2006. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-82/Vb-NICU-2006-10-17.pdf> (15.08.2008).

- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2006c): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V für nach § 108 SGBV zugelassene Krankenhäuser (Vereinbarung zur Kinderonkologie). Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-248/VB-QS-Bauchaortenaneurysma-2008-03-13.pdf> (15.08.2008).
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2008): Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma (Qualitätsvereinbarung zum Bauchaortenaneurysma) vom 13. März 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008, S. 1706, in Kraft getreten am 1. Juli 2008. Online verfügbar unter: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-248/VB-QS-Bauchaortenaneurysma-2008-03-13.pdf> (15.08.2008).
- Galatsch, Michael; Krüger, Cäcilia; Quasdorf, Tina et al. (2007): Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. In: Pflegezeitschrift, 5: 272-276.
- Gebhardt, Ralf-Peter; Schmidt-Michel, Paul-Otto; Kunze, Heinrich (2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. In: e.V., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Geraedts, Max (2007): Auswirkungen von Qualitätsregulierungen auf das Angebot von Krankenhausleistungen. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart/New York: Schattauer, 187-203.
- GKV-Spitzenverband (2008): Pressegespräch vom 23. Juli 2008 zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/Presse.gkvnet> (5.08.2008).
- GMK, Gesundheitsministerkonferenz (2008): Beschluss der 81. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 3.7.2008, TOP 11.1: Finanzielle Entlastung der Krankenhäuser. Online verfügbar unter: [http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_81&id=81\\_11.01](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_81&id=81_11.01) (4.07.2008).
- Golombek, Günter (1987): Die Anwendung der neuen DKG-Empfehlungen zur Ermittlung des Personalbedarfs im Pflegedienst. In: Anästhesiologie und Intensivmedizin 28, 1: 27-32.
- Hausner, Elke; Juchems, Stefan; Richter, Inga et al. (2005): Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der DRGs. In: Pflege & Gesellschaft 10, 3: 125-130.
- Heinz, Diane (2004): Hospital Nurse Staffing and Patient Outcomes. A Review of Current Literature. In: Dimensions of Critical Care Nursing 23, 1: 44-50.
- Hentze, Joachim; Kammel, Andreas (2001): Personalwirtschaftslehre. Band 1. 7. Auflage. Bern: Verlag Paul Haupt.
- Hildebrand, Rolf (2001): Das bessere Krankenhaus. Total Quality planen, umsetzen, managen. 2. aktualisierte Auflage. Neuwied: Luchterhand.
- Hildebrand, Rolf (2005): Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute. In: Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart/New York: Schattauer, 27-47.
- Hunstein, Dirk; Bartholomeyck, Sabine (2001): DRGs und Pflege. In: Dr. med. Mabuse, 130: 24-26.
- InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2007): Kalkulation von Fallkosten. Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern. Version 3. Online verfügbar unter: [http://www.gdrg.de/service/download/veroeff\\_2007/Kalkulationshandbuch\\_Version3.pdf](http://www.gdrg.de/service/download/veroeff_2007/Kalkulationshandbuch_Version3.pdf) (30.07.2007).
- IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2006): Zusammenhang zwischen Pflegequalität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Online verfügbar unter: <http://www.iqwig.de/pm-pflegekapazitaet.458.html> (05.10.2006).
- Job, Frank Peter; Leffler, Kathrin; Voigt, Heike (2007): Delegation ärztlicher Aufgaben an den Pflegedienst. In: Das Krankenhaus 99, 1: 38-41.
- Kaufmann, Wolfgang; Mohr, Friedrich W. (1989): Neuer Weg zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Analytisches Konzept der DKG vom 6. März 1989. In: Das Krankenhaus 81, 10: 534-541.
- Keene, Roberta; Cullen, David J. (1983): Therapeutic Intervention Scoring System: Update 1983. In: Critical Care Medicine 11, 1: 1-3.
- Kersting, Thomas; Kellnhauser, Edith (1991): TISS - ein Weg zur Bemessung des Personalbedarfs in der Intensivmedizin. In: Das Krankenhaus 83, 3: 128-130.
- Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner (Hg.) (2005): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz. Stuttgart: Schattauer.

- Knaus, W.A.; Zimmerman, J.E.; Wagner, D.P. et al. (1981): APACHE - acute physiology and chronic health evaluation: a physically based classification system. In: Critical Care Medicine 9: 591-597.
- Koruhn, Petra (2007): Experte warnt vor mangelhafter Pflege. Abbau von Personal gefährdet die Patienten, so eine Studie. Revierkliniken wehren sich: Qualität ist gut. Westdeutsche Allgemeine, 19.07.2007.
- Kovner, Christine; Jones, Cheryl; Zhan, Chunliu et al. (2002): Nurse Staffing and Postsurgical Adverse Events: An Analysis of Administrative Data from a Sample of U.S. Hospitals, 1990-1996. In: Health Services Research 37, 3: 611-629.
- 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, 12: 1460-1464.
- Lang, Thomas A.; Hodge, Margaret; Olson, Valerie et al. (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 34, 7/8: 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 28, 2: 163-174.
- Lauterbach, Karl W.; Schrappe, Matthias (Hg.) (2004): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based-Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: Schattauer.
- Le Gall, Jean-Roger; Loirat, Philippe; Alperovitch, Annick et al. (1984): A simplified acute physiology score for ICU patients. In: Critical Care Medicine 12, 11: 975-977.
- LEP-AG (2008): Anwenderbetriebe in Deutschland. Online verfügbar unter: <http://www.lep.ch/content/view/45/99/lang.de/> (20.08.2008).
- Lewandowski, Klaus; Lewandowski, M. (2003): Scoring-Systeme auf der Intensivtherapiestation. In: Der Anästhesist 52, 10: 965-989.
- Lichtig, L. K.; Knauf, R. A.; Milholland, D. K. (1999): Some impacts of nursing on acute care outcomes. In: Journal of Nursing Administration 29: 25-33.
- Lindner, Willi (2005): HARD(S)CORE auf Intensivstationen. Praktischer Erfahrungsbericht über den Umgang mit dem TISS-28. In: intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 13: 102-107.
- Lubecki, P. (2005): Die Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung aus Sicht der Krankenkassen. In: Kunze, Heinrich; Kaltenbach, Ludwig (Hrsg.), Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 243-250.
- Manheim, L. M.; Feinglass, J.; Shortall, S. M. et al. (1992): Regional variation in medicare hospital mortality. In: Inquiry 29: 55-66.
- Mark, B.A.; Harless, D.W.; McCue, M. et al. (2004): A longitudinal examination of hospital registered nurse staffing and quality of care. In: Health Services Research 39: 279-301.
- Matthes, Nikolas; Wiest, Axel (2003): Qualität im Krankenhaus - Überlegungen zu Begriffen und Methoden der Leistungsbewertung. In: Arnold, Michael; Klauber, Jürgen; Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer, 161-174.
- McGillis, H.; Doran, D.; Pink, G. (2004): Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. In: Journal of Nursing Administration 34: 41-45.
- Miranda, Dinis Reis; Nap, Raoul; Rijk, Angelique de et al. (2003): Nursing activities score. In: Critical Care Medicine 31, 2: 374-382.
- Miranda, Dinis Reis; Rijk, Angelique de; Schaufeli, Wilmar (1996): Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items - Results for a multicenter study. In: Critical Care Medicine 24, 1: 64-73.
- Mohr, Friedrich W. (1988): Morbus Neunzehn. In: Das Krankenhaus 80, 10: 452-456.
- Mohr, Friedrich W.; Kröger, Joachim (1993): Grundlagen der Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Anleitung für die Praxis mit Berechnungsbeispielen und Musterbögen. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Nagel, Sylvia; Reutter, Thomas (2008): Die Krankenfabrik. Patienten in Not - Schwestern am Limit. Das Erste: gesendet am 5.05.2008.
- Nauck-Kreiten, Erika (1993): Personalberechnung mit dem Therapeutic Intervention Scoring System (TISS). In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift 46, 6: 411-415.
- Needleman, Jack; Buerhaus, Peter I.; Mattke, Soeren et al. (2002): Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. In: New England Journal of Medicine 346, 22: 1715-1722.
- Nicolai, Christina (2006): Personalmanagement. Stuttgart: Lucius & Lucius.

- Nikolow, Rita (2007): Pflege in Kliniken immer schlechter. Forschungsinstitut warnt Krankenhäuser vor weiterem Stellenabbau. *Tagesspiegel*, 19.07.2007.
- Numata, Yuka; Schulzer, Michael; Wal, Rena van der et al. (2006): Nurse staffing levels and hospital mortality in critical care settings: literature review and meta analysis. In: *Journal of Advanced Nursing* 55, 4: 435-448.
- Person, Sharina D.; Allison, Jeroan J.; Kiefe, Catarina I. et al. (2004): Nurse Staffing and Mortality for Medicine Patients with Acute Myocardial Infarction. In: *Medical Care* 42, 1: 4-12.
- Plücker, Wolfgang (1992): Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Düsseldorf: DKI.
- Pronovost, Peter J.; Deborah, Dang; Dorman, Todd et al. (2001): Intensive Care Unit Nurse Staffing and the Risk for Complications after Abdominal Aortic Surgery. In: *Effective Clinical Practice* 4, 5: 199-206.
- Pruß, Heide; Hopfner, Andrea; Listl, Hedwig et al. (2006): Intensivpflege: Rationierung? - Nein danke! In: *Die Schwester/Der Pfleger* 45, 12: 1046-1049.
- Pykkö, Anita; Laurilla, Jouko; Ala-Kokko, Tero et al. (2000): Intensive Care Nursing Scoring System. Part 1: Classification of nursing diagnosis. In: *Intensive and Critical Care Nursing* 16: 345-356.
- Pykkö, Anita; Laurilla, Jouko; Ala-Kokko, Tero et al. (2001): Intensive Care Nursing Scoring System. Part 2: Nursing interventions an nursing outcomes. In: *Intensive and Critical Care Nursing* 17: 16-28.
- Rafferty, Anne Marie; Clarke, Sean P.; Coles, J. et al. (2007): Outcomes of variation in hospital nurses staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. In: *International Journal of Nursing Studies* 44, 2: 175-182.
- RCN, Royal College of Nursing (2003): Guidance for nurse staffing in critical care. Online verfügbar unter: [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/78560/001976.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0008/78560/001976.pdf) (20.08.2008).
- Rettung-der-Krankenhäuser, Aktionsbündnis (2008): Homepage. Online verfügbar unter: <http://www.rettung-der-krankenhaeuser.de/> (1.08.2008).
- Riegel, Theo (2005): Die Psychiatrie-Personalverordnung - eine Etappe der Psychiatriereform. In: Kunze, Heinrich; Kaltenbach, Ludwig (Hrsg.), *Psychiatrie-Personalverordnung*. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 229-232.
- RKW, Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft (1996): RKW-Handbuch Personalplanung. Neuwied: Luchterhand.
- Rothhaar, Bärbel; Metzger, Franz (2003): Ist die Kodierung pflegerelevanter Nebendiagnosen sinnvoll? In: *Das Krankenhaus*, 10: 789-793.
- Schaeffer, Doris (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Online verfügbar unter: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/publikationen.html> (09.11.2007).
- Scheibler, Fülop (2004): Shared Decision Making. Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schmidt, Ulla (2008a): Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des 111. Deutschen Ärztetags in Ulm. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_109/nn\\_1168258/SharedDocs/Reden/DE/2008/20-5-2008.html?nn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_109/nn_1168258/SharedDocs/Reden/DE/2008/20-5-2008.html?nn=true) (23.07.2008).
- Schmidt, Ulla (2008b): Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des Frühlingsempfangs der Deutschen Krankenhausgesellschaft am 11. März 2008. Online verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_600110/DE/Presse/Reden/Reden-BMGS/Rede-11-03-08.html](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Presse/Reden/Reden-BMGS/Rede-11-03-08.html) (25.03.2008).
- Schöning, Brigitte; Lüthlen, Eberhard; Scheinert, Hanns (1995): Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schuster, H.P.; Ehlers, B.; Köhler, F. et al. (1989): Bemessung des Pflegeaufwandes in der Intensivmedizin mittels des "Therapeutic Intervention Scoring System" (TISS). In: *Intensivmedizin und Notfallmedizin* 26: 30-34.
- Schwenkglenks, Matthias (1998): Pflegeaufwandserhebung im intensivstationären Bereich: Überlegungen zu einer Tübinger Erfahrung und zu relevanten Konzepten im deutschsprachigen Raum. In: *Intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie* 12, 1: 12-19.
- Selbmann, Hans-Konrad (2004): Qualitätssicherung. In: Lauterbach, Karl W.; Schrappe, Matthias (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based-Medicine. Eine systematische Einführung*. Stuttgart: Schattauer, 273-281.
- Siebers, Ludwig; Helling, Jan; Fiori, Wolfgang et al. (2008): Krankenhausinterne DRG-Erlösverteilung auf der Basis der InEK-Daten - Möglichkeiten und Grenzen. In: *Das Krankenhaus*, 1: 35-44.
- Silber, Jeffrey H.; Rosenbaum, P.; Ross, R. (1995): Comparing the contributions of groups of predictors: which outcomes vary with hospital rather than patient characteristics. In: *Journal of the American Statistical Association* 90: 7-18.
- Simon, Michael (1993): Ist oder Soll - das ist hier die Frage. In: *Krankenhaus Umschau* 62, 6: 570-575.

- Simon, Michael (2000): Einführung eines Fallpauschalensystems - Teil II: Was die Umstellung auf DRG für die Krankenhäuser bedeutet. In: Pflegezeitschrift 53, 11: 734-737.
- Simon, Michael (2007a): Analyse der Entwicklung der Personalausstattung in Allgemeinkrankenhäusern: Stellenabbau im Pflegedienst nicht allein durch Budgetrestriktionen erklärbar. In: Pflegezeitschrift 60, 12: 676-681.
- Simon, Michael (2007b): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. Online verfügbar unter: [http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/de/aktivitaeten/efh\\_papers/index.php](http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/de/aktivitaeten/efh_papers/index.php) (25.02.2008).
- Simon, Michael (2008): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen. Bern: Hans Huber.
- Sovie, M. D.; Jawad, A. F. (2001): Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. In: Journal of Nursing Administration 31: 588-600.
- Stackelberg, Johann-Magnus v. (2008): Erklärung vom 23.07.2009 zum Referentenentwurf eines KHRG. Online verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/230708\\_Statement\\_Stackelberg.gkvnet](https://www.gkv-spitzenverband.de/230708_Statement_Stackelberg.gkvnet).
- Stock-Homburg, Ruth (2008): Personalmanagement. Theorien - Konzepte - Instrumente. Wiesbaden: Gabler.
- SVR Gesundheit, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 16/6339 vom 07.09.2007.
- SWR, Report Mainz (2007): Riskante Krankenpflege: Wie in Krankenhäusern auf Kosten der Pflege gespart wird. Online verfügbar unter: <http://www.swr.de/report-/id=233454/vv=print/pv=print/nid=233454/did=2214368/12gjceh/index.html> (20.07.2007).
- 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 15: 4-8.
- Tourangeau, Ann E.; Giovanetti, Phyllis; Tu, Jack V. et al. (2002): Nursing-Related Determinants of 30-Day Mortality for Hospitalized Patients. In: Canadian Journal of Nursing Research 33, 4: 71-88.
- Tuschen, Karl Heinz; Trefz, Ulrich (2004): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Unertl, K.; Kottler, B.M. (1997): Prognostische Scores in der Intensivmedizin. In: Der Anästhesist 46, 6: 471-480.
- Unruh, Lynn (2003): Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals. In: Medical Care 41, 1: 142-152.
- WFCCN, World Federation of Critical Care Nurses (2005): Declaration of Buenos Aires. Position Statement on the Provision of Critical Care Nursing Workforce. Online verfügbar unter: <http://square.umin.ac.jp/jsicmnd/Declaration%20Workforce.pdf> (20.08.2008).
- Whitman, G. R. (2002): The impact of staffing on patient outcomes across speciality units. In: Journal of Nursing Administration 32: 633-639.
- Wittlage, Helmut (1995): Personalbedarfsermittlung. München; Wien: Oldenbourg.
- Zerbe, Petra; Heisterkamp, Ulrich (1995): Pflege-Personalregelung: ein Leitfaden zur praktischen Anwendung der Stellenplanberechnung im Pflegedienst. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt.