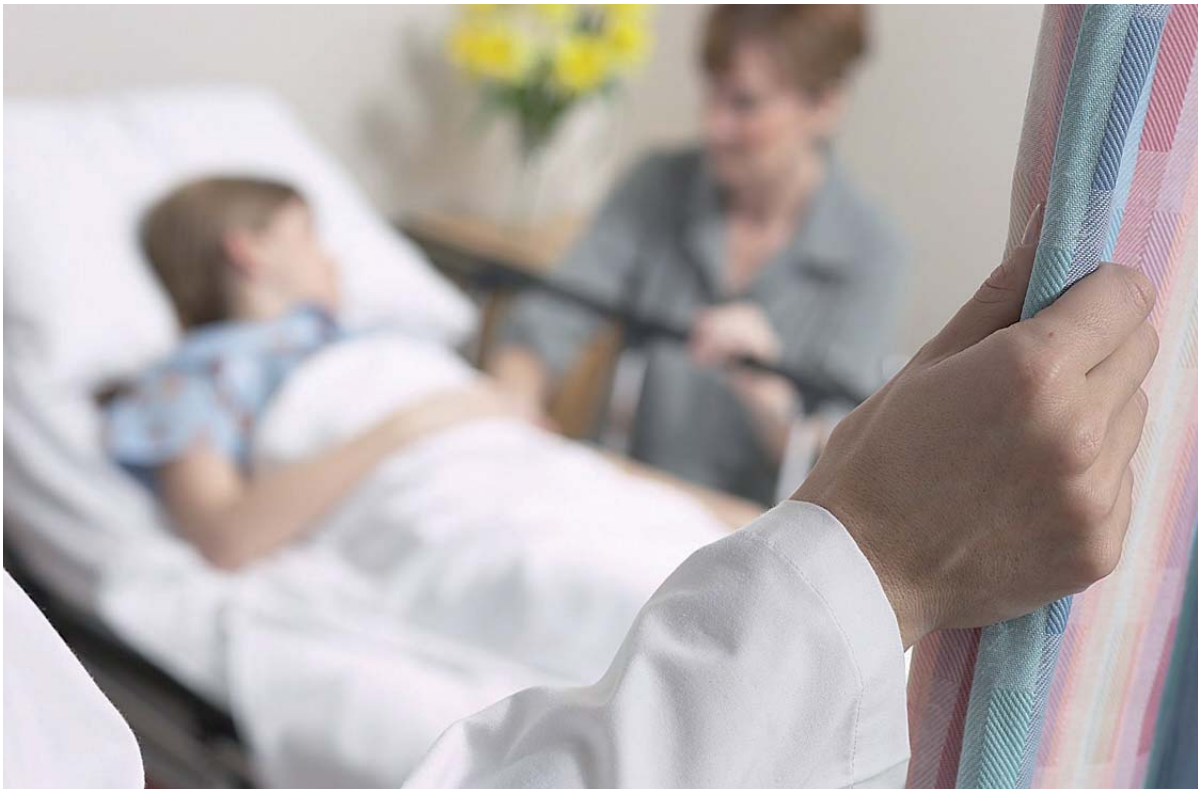


Modellrechnung

zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser



Prof. Dr. Michael Simon

Fachhochschule Hannover

Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales

Abteilung Pflege und Gesundheit

Blumhardtstr. 2

30625 Hannover

E-Mail: michael.simon@fh-hannover.de

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wird die gegenwärtige Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser auf Grundlage einer Modellrechnung geschätzt. Die Berechnung basiert auf den Daten der Krankenhausstatistik und bezieht die Ergebnisse der Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung ein.

Die Modellrechnung führt zu dem Ergebnis, dass der Pflegedienst im Jahr 2006 um ca. 64.000 Vollkräfte unterbesetzt war. Da der Stellenabbau auch nach 2006 fortgesetzt wurde, dürfte die Unterbesetzung mittlerweile bei ca. 70.000 Vollkräften liegen.

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Zur Notwendigkeit einer Schätzung	4
3	Ausgangsbasis der Modellrechnung	6
3.1	Unvollständige Umsetzung der Pflege-Personalregelung	6
3.2	Leistungsentwicklung seit 1995	8
4	Modellrechnung zum Personalbedarf und zur gegenwärtigen Unterbesetzung	11
4.1	Modellrechnung für den allgemeinen Pflegedienst	11
4.2	Berücksichtigung der Intensivstationen	12
4.3	Berücksichtigung der Psychiatrie	12
4.4	Ergebnis: Unterbesetzung im Jahr 2006	12
5	Personalbesetzung der Krankenhäuser im internationalen Vergleich	14
6	Fazit	15
7	Literatur	16

1 Einleitung

Im Pflegedienst der Krankenhäuser werden seit 1996 Stellen abgebaut, bis 2006 waren es insgesamt mehr als 50.000 (zur ausführlicheren Darstellung des Stellenabbaus, seiner Hintergründe und Ursachen vgl. Simon 2008a). Nachdem in Protestaktionen der Pflege und verschiedenen Medienberichten auf problematische Auswirkungen des Stellenabbaus auf die Qualität der Patientenversorgung hingewiesen wurde, plant die Bundesregierung gegenwärtig ein Sonderprogramm zur Förderung von insgesamt 21.000 zusätzlichen Stellen bis 2011.¹ Angesichts eines Abbaus von über 50.000 Stellen kann allerdings die Frage aufgeworfen werden, ob die geplanten 21.000 Stellen ausreichend sind. Von Seiten der Krankenkassen wurden dagegen bereits Zweifel angemeldet, dass überhaupt zusätzliche Stellen notwendig sind.²

Es ist damit zu rechnen, dass über das geplante Sonderprogramm in den nächsten Wochen und Monaten noch kontrovers diskutiert wird. Die zentrale Frage wird dabei sein, ob der Pflegedienst gegenwärtig überhaupt unterbesetzt ist und es tatsächlich einen Bedarf an zusätzlichen Stellen gibt, und – wenn ja – wie hoch der zusätzliche Stellenbedarf ist.

Die Beantwortung dieser Frage erfordert Daten über den gegenwärtigen Personalbedarf im Pflegedienst der Krankenhäuser, der ausgehend vom Pflegebedarf der Krankenhauspatienten zu bestimmen wäre. Die amtliche Krankenhausstatistik bietet jedoch weder zum Pflegebedarf noch zum Personalbedarf die erforderlichen Daten. Derartige Daten sind auch nicht aus anderen Quellen zu erhalten, da weder der Pflegebedarf noch der Personalbedarf mit bundesweit einheitlichen Methoden in den Krankenhäusern erhoben wird.

Eine Antwort auf die zentrale Frage nach dem gegenwärtigen Personalbedarf und somit auch der Frage nach der Angemessenheit der gegenwärtigen Personalbesetzung ist daher lediglich auf Grundlage einer mehr oder weniger plausiblen Schätzung möglich. Eine solche Schätzung soll in der nachfolgenden Studie auf Grundlage der gegenwärtig verfügbaren Daten vorgenommen werden.

1 vgl. Art. 2 des Entwurfes eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), BR-Drs. 696/08 vom 26.09.2008.

2 In seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein KHRG sprach der stellvertretende Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Stackelberg, von einem „zweifelhaften Sonderprogramm für Pflegekräfte“ (Stackelberg 2008).

2 Zur Notwendigkeit einer Schätzung

Die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes weist zwar umfangreiche Daten zur tatsächlichen Personalbesetzung der Krankenhäuser aus, jedoch keine Daten zum Personalbedarf oder zum Pflegebedarf, von dem ausgehend der Personalbedarf ermittelt oder geschätzt werden könnte. Auch im Rahmen der erweiterten Datenerhebung und -auswertung seit Einführung des DRG-Systems werden derartige Daten weder erhoben noch ausgewertet. Voraussetzung einer bundesweit einheitlichen Datenerhebung wäre die bundesweit einheitliche Erfassung des Pflege- und Personalbedarfs auf Grundlage eines verbindlich anzuwendenden Erhebungsinstruments.

Ein entsprechendes Instrument zur Erfassung des Personalbedarfs im allgemeinen Pflegedienst, die Pflege-Personalregelung, wurde 1996 ausgesetzt und 1997 aufgehoben. Seit 1996 werden somit keine bundesweiten Daten mehr erhoben und ausgewertet. Für die Jahre 1993 bis 1995 wurde in allen Krankenhäusern im Geltungsbereich der PPR für jeden Tag der Pflegezeitbedarf jedes Patienten erhoben. Die erhobenen Daten waren an die Krankenkassen zu liefern und wurden von ihnen für eigene Zwecke auch auf Bundesebene analysiert. Seit 1996 wird die PPR nur noch in einem Teil der Krankenhäuser für interne Zwecke angewendet. Die erhobenen Daten werden jedoch seit Aufhebung der PPR nicht mehr bundesweit zusammengefasst und ausgewertet.

Für die Intensivpflege gibt es bislang kein vergleichbares einheitlich angewendetes Instrument zur Personalbedarfsermittlung, mit dem bundesweit Daten erhoben und ausgewertet werden.

Lediglich in der Psychiatrie existiert gegenwärtig mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ein solches Instrument, mit dem einrichtungsintern Daten zum Personalbedarf erhoben werden. Im Unterschied zur PPR wurde die Psych-PV 1996 nicht aufgehoben oder ausgesetzt und ist auch heute noch Grundlage der Budgetvereinbarungen. Die Daten der Patienteneinstufungen werden allerdings nicht regelmäßig bundesweit zusammengeführt und ausgewertet, so dass auch für die Psychiatrie keine aktuellen Daten über den bundesweiten Personalbedarf vorliegen.

Lediglich für das Jahr 2004 liegen die Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung und Datenauswertung über den „Erfüllungsgrad“ der Psych-PV vor (Gebhardt/Schmidt-Michel/Kunze 2007). Die Befragung aller Einrichtungen, die die Psych-PV anwendeten, ergab, dass im Durchschnitt aller Berufsgruppen nur ca. 90 % der Stellen besetzt waren, die aufgrund der Psych-PV notwendig gewesen wären. Für den Pflegedienst ergab die Befragung, dass er im Durchschnitt nur mit ca. 89 % der Stellen besetzt war, die aufgrund der Psych-PV erforderlich gewesen wären.

Insgesamt ist die Datenlage zum gegenwärtigen Personalbedarf im Pflegedienst der Krankenhäuser somit sehr unbefriedigend. Die Frage nach dem Personalbedarf ist in der gegenwärtigen Diskussion allerdings von zentraler Bedeutung. Ob das geplante Sonderprogramm notwendig ist und ob es ausreichend ist oder nicht, kann letztlich nur unter Bezugnahme auf Daten über den Personalbedarf beantwortet werden. Da diese Daten aus bundesweiten repräsentativen Erhebungen oder verpflichtenden Datenlieferungen nicht vorliegen, bleibt nur die Möglichkeit, den Personalbedarf auf Grundlage der verfügbaren Daten zu schätzen. Dies soll im Folgenden im Rahmen einer Modellrechnung geschehen.

In der Diskussion über den Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser ist es wichtig, zwischen zwei Kennzahlen zu unterscheiden:

- Die Zahl der Beschäftigten ist relativ wenig aussagekräftig, da sie sowohl Vollzeit- als auch Teilzeitbeschäftigte einschließt.
- Für die Diskussion von zentraler Bedeutung ist die Zahl der Vollkräfte, die ermittelt wird, indem Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten in Beschäftigten mit voller tariflicher Arbeitszeit umgerechnet werden.

Da der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in den letzten 15 Jahren deutlich zugenommen hat, ist der Stellenabbau an der Beschäftigtenzahl nur unzureichend erkennbar. Aussagekräftiger ist die Zahl der Vollkräfte, an der das verfügbare Arbeitszeitvolumen ablesbar ist.

Die nachfolgende Modellrechnung soll dazu dienen, den gegenwärtigen Personalbedarf im Pflegedienst der Krankenhäuser zu schätzen. Da die Daten der Krankenhausstatistik zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Studie nur bis einschließlich 2006 vorlagen, konnte die datengestützte Berechnung auch nur bis einschließlich 2006 erfolgen. Der gegenwärtige Personalbedarf wird auf Grundlage einer Extrapolation der Entwicklung bis 2006 geschätzt.

Die Schätzung des Personalbedarfs für den Pflegedienst der Psychiatrie erfolgt auf Grundlage der Ergebnisse der erwähnten Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Zwar handelt es sich dabei um Daten des Budgetjahres 2004, die Daten der Krankenhausstatistik lassen aber keine größeren Veränderungen bis zum Jahr 2006 erkennen, so dass die Verwendung der Daten des Jahres 2004 vertretbar erscheint.

Schwieriger und in der Methodik aufwändiger ist die Schätzung des Personalbedarfs für den allgemeinen Pflegedienst. Im Einzelnen soll dabei wie folgt vorgegangen werden:

- In einem ersten Schritt wird die Ausgangsbasis vor Beginn des Stellenabbaus ermittelt. Da der Abbau 1996 einsetzte, dient das Jahr 1995 als Ausgangsbasis für die nachfolgenden Berechnungen. Allerdings ist eine Korrektur der Ausgangsbasis erforderlich, da die Umsetzung der PPR 1995 vorzeitig und vor Erreichen der vorgegebenen Zielgröße beendet wurde. Der sich daraus ergebende Fehlbestand ist bei einer Schätzung der Entwicklung des Personalbedarfs nach 1995 zu berücksichtigen.
- Ausgehend von der so ermittelten Ausgangsbasis wird die weitere Leistungsentwicklung anhand verfügbarer Kennzahlen ermittelt. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass eine Zunahme des Leistungsumfanges auch einen höheren Personalbedarf nach sich zieht.
- Auf Grundlage der Berücksichtigung des Fehlbestandes durch die unvollständige Umsetzung der PPR sowie der Leistungsentwicklung ab 1996 wird der Personalbedarf des Jahres 2006 ermittelt.

Ziel der Modellrechnung ist die Beantwortung der Frage, wie hoch die Personalbesetzung des Pflegedienstes gegenwärtig sein müsste, wenn die PPR vollständig umgesetzt, die Psychiatrie-Personalverordnung zu hundert Prozent erfüllt und die Leistungsentwicklung seit 1996 bei der personellen Besetzung berücksichtigt worden wäre.

3 Ausgangsbasis der Modellrechnung

Der Stellenabbau im Pflegedienst begann im Jahr 1996. Bis einschließlich 1995 waren im Pflegedienst der Krankenhäuser zusätzliche Stellen geschaffen worden. Die Schaffung neuer Stellen war politisch gewollt, da der Pflegedienst Anfang der 1990er Jahre als unterbesetzt galt und bundesweit über einen ‚Pflegenotstand‘ in Krankenhäusern diskutiert wurde (vgl. u. a. Bartholomeyczik 1993; Botschafter/Moers 1990; Maaßen 1992; Schmidbauer 1992; SVRKAiG 1991). Um die bestehende Unterbesetzung auszugleichen wurde 1991 die Psychiatrie-Personalverordnung und 1993 die Pflege-Personalregelung für den allgemeinen Pflegedienst in Kraft gesetzt. Sie enthielten Vorgaben zur Ermittlung des Pflegebedarfs der Krankenhauspatienten und zur Vereinbarung der Stellenpläne zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Beide Regelungen sahen eine stufenweise Erhöhung der Personalbesetzung vor, die Psych-PV in den Jahren 1991 bis 1995 und die PPR in den Jahren 1993 bis 1996.

Für die Umsetzung der Psych-PV war als Zielgröße die Schaffung von 6.500 zusätzlichen Stellen vorgegeben und für die PPR die Einrichtung von insgesamt 26.000 zusätzlichen Stellen.³ Da die Regierung davon ausging, dass im Vorgriff auf die PPR 1992 bereits ca. 13.000 zusätzliche Stellen geschaffen wurden, verblieben für die Jahre 1993 bis 1996 noch ca. 13.000 Stellen, die in vier Jahresschritten eingerichtet werden sollten (die vier ‚Stufen‘ der PPR).

Als die Krankenkassen 1995 jedoch meldeten, dass die Zielgröße von 26.000 zusätzlichen Stellen bereits erreicht sei, wurde die Umsetzung der PPR für das Jahr 1996 umgehend ausgesetzt und kurze Zeit später erfolgte die vollständig Aufhebung der PPR ab dem Jahr 1997. Die Richtigkeit der Angaben der Krankenkassen war im Jahr 1995 oder 1996 nicht zu überprüfen, da die Daten der Krankenhausstatistik erst ca. zwei Jahre nach dem jeweiligen Erhebungsjahr verfügbar sind. Aus heutiger Sicht kann die Darstellung anhand der Krankenhausstatistik jedoch überprüft werden, was im Folgenden geschehen soll.

Die Psych-PV wurde im Unterschied zur PPR weitergeführt und ist auch heute noch in den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser und psychiatrischen Krankenhäuser anzuwenden. Allerdings werden die aus ihrer Anwendung resultierenden Personalkosten nicht in vollem Umfang von den Kassen finanziert, da auch die Psychiatrie der Budgetdeckelung unterliegt und die Personalkostensteigerungen seit Mitte der 1990er Jahre nicht in vollem Umfang über die Vergütungen finanziert werden (Kunze/Schmidt-Michel 2007). Dies führte dazu, dass die Psych-PV im Jahr 2004 durchschnittlich nur zu 90 % ‚erfüllt‘ wurde (Kunze/Schmidt-Michel 2007).

3.1 Unvollständige Umsetzung der Pflege-Personalregelung

Wie bereits dargelegt, sollten durch die PPR in den Jahren 1992 bis 1996 insgesamt ca. 26.000 zusätzliche Vollzeitstellen im allgemeinen Pflegedienst geschaffen werden. Eine Analyse in die Krankenhausstatistik zeigt jedoch, dass diese Zielgröße nicht erreicht wurde (Tab. 1). Ausgangsjahr der nachfolgenden Berechnungen ist das Jahr 1991, das Jahr, gegenüber dem die PPR nach Darstellung der Bundesregierung bis Ende 1996 insgesamt 26.000 zusätzliche Stellen bewirken sollte.

³ Die Zielzahl von 6.500 zusätzlichen Stellen durch die Psych-PV wurde im Vorblatt des Verordnungsentwurfes genannt (vgl. BR-Drs. 666/90), die Zielzahl von 26.000 zusätzlichen Stellen aufgrund der PPR findet sich in der amtlichen Begründung der PPR (BT-Drs. 12/3608: 71).

Im Jahr 1991 lag die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst insgesamt bei 326.082, im Jahr 1995 bei 350.571 und somit um 24.489 höher. Darin sind allerdings auch die Vollkräfte der psychiatrischen Abteilungen und Krankenhäuser enthalten sowie das Pflegepersonal auf Intensivstationen.⁴

Will man sich ein Bild davon machen, wie viele Stellen aufgrund der PPR geschaffen wurden, muss man die Zahl des Pflegepersonals in der Psychiatrie und auf Intensivstationen von der Gesamtzahl der Vollkräfte abziehen. Für die Psychiatrie ist die entsprechende Zahl verfügbar, die Zahl des Pflegepersonals auf Intensivstationen weist die Krankenhausstatistik leider nicht aus, sie muss geschätzt werden.

Tabelle 1: Vollkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser

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

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

In der Psychiatrie wurden bis 1995 gegenüber dem Ausgangsjahr 1991 insgesamt 1.415 zusätzliche Stellen geschaffen, so dass für den allgemeinen Pflegedienst einschließlich Intensivbereich 23.074 Vollzeitstellen verbleiben. Da die Zahl des Pflegepersonals auf Intensivstationen in der Krankenhausstatistik nicht gesondert ausgewiesen wird, kann dessen Anteil am allgemeinen Pflegedienst nur geschätzt werden. Im Zeitraum 1991-1995 wurden ca. 1.200 Intensivbetten in allgemeinen Fachabteilungen neu geschaffen. Geht man von einem Verhältnis von zwei Vollzeitstellen für ein durchschnittlich belegtes Bett auf

Intensivstationen aus und unterstellt eine durchschnittliche Belegung von ca. 90 % ergibt sich die Zahl von ca. 2.200 zusätzlichen Stellen auf Intensivstationen aufgrund der Kapazitätserweiterungen. Aus Gründen der Vereinfachung wird im Folgenden davon ausgegangen, dass Ende 1995 die Zahl der Vollkräfte auch tatsächlich in diesem Umfang höher war als 1991.⁵

Nach Abzug der zusätzlichen Stellen im Pflegedienst der Psychiatrie und der Intensivstationen verbleibt somit die Zahl von ca. 21.000 Vollkräften im allgemeinen Pflegedienst, die offenbar aufgrund der Umsetzung der PPR neu geschaffen wurden. Damit wurde das angestrebte Ziel von 26.000 Stellen um ca. 5.000 oder knapp 20 % verfehlt. Anders formuliert: Die Besetzung des allgemeinen Pflegedienstes der Krankenhäuser lag Ende 1995 um ca. 20 % unter dem Wert, der 1992 im Rahmen der Beschlussfassung über das Gesundheitsstrukturgesetz als Zielgröße zu Grunde gelegt wurde. Die folgende Modellrechnung wird diesen Fehlbestand dementsprechend berücksichtigen und den Ausgangswert des Jahres 1995 um die Zahl von 5.000 weiteren Vollkräften erhöhen.

4 Das Pflegepersonal in Funktionsbereichen (OP, Röntgen etc.) wird in der Krankenhausstatistik nicht dem Pflegedienst, sondern dem Funktionsdienst zugeordnet, dort aber nicht gesondert ausgewiesen.

5 Würde man davon ausgehen, dass – analog zur PPR – auch im Intensivbereich zusätzliches Personal nicht im erforderlichen Umfang beschäftigt wurde, müsste die angenommene Unterbesetzung im Jahr 1995 zum späteren Ergebnis addiert werden.

Es sei am Rande jedoch noch vermerkt, dass es sich bei den erwähnten 26.000 zusätzlichen Stellen um ein politisches Ziel handelte und nicht das Ergebnis der bundesweiten Anwendung der PPR. Eine bundesweite Zusammenführung der in den Krankenhäusern auf Grundlage der PPR-Anwendung ermittelten Vollzeitstellen wurde von Seiten der Bundesregierung nicht durchgeführt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dagegen eine solche Zusammenführung offenbar vorgenommen, vermutlich vor allem um abschätzen zu können, mit welcher finanziellen Gesamtbelastung sie bei vollständiger Umsetzung der PPR zu rechnen haben. Die Analyse führte offenbar zu dem Ergebnis, dass die erhobenen Minutenwerte für den Pflegebedarf nach PPR bei vollständiger Umsetzung der Pflege-Personalregelung einen Stellenmehrbedarf von insgesamt 20 % rechtfertigen würden (GKV 1993: 541). Das entspricht bei einem Ausgangsbestand von ca. 290.000 Vollkräften insgesamt ca. 58.000 zusätzlichen Vollkräften. Die politische Zielvorgabe von 26.000 Vollkräften lag somit offenbar weit unter dem Wert, der sich aus einer uneingeschränkten Anwendung der PPR vermutlich ergeben hätte.

3.2 Leistungsentwicklung seit 1995

Um sich ein angemessenes Bild von der Entwicklung des Personalbedarfs machen zu können, muss die Leistungsentwicklung nach 1995 einbezogen werden. Hierfür bietet die Krankenhausstatistik als wichtigsten Indikator die Entwicklung der Fallzahl.

Tabelle 2: Fallzahlen in Krankenhäusern

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

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Zwischen 1995 und 2006 ist die Zahl der vollstationären Fälle (einschließlich Stundenfälle) in Krankenhäusern insgesamt um ca. 900.000 oder 5,7 % von 14,576 Mio. auf 16,833 Mio. gestiegen (Tab. 2). Zwischen den allgemeinen Fachabteilungen und der Psychiatrie zeigen sich allerdings deutliche 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.⁶ Zu diesem Zweck kann es therapeutisch sinnvoll sein, Patienten möglichst frühzeitig zu entlassen und gegebenenfalls kurzfristig wieder stationär aufzunehmen, wenn dies notwendig ist. Ein solches Vorgehen dürfte nicht mit dem vergleichbar sein, was in anderen Bereichen als ‚Drehtüreffekt‘ kritisiert wird, es ist eher als Ausdruck einer Flexibilisierung der Versorgung psychisch Kranker zu deuten.

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 der erheblichen Fallzahlsteigerung und einem Stellenabbau um 13,5 % im Zeitraum 1995-2006 der Pflegedienst der Psychiatrie im Jahr 2004 ‚nur‘ um ca. 11 % unterbesetzt war (APK 2007).

Für den allgemeinen Pflegedienst bleibt für den Zeitraum 1995-2006 eine Fallzahlsteigerung von 3,8 % festzuhalten. Dazu ist allerdings anzumerken, dass die reine Fallzahl nur ein sehr grober und unzulänglicher Indikator für die Entwicklung des Personalbedarfs im Pflegedienst ist. Wie sich die Fallstruktur und insbesondere die durchschnittliche Fallschwere entwickelt hat, kann an der Krankenhausstatistik nicht abgelesen werden. 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 mangels bundesweiter Daten zum Pflegebedarf allerdings nicht zu bestimmen.

Tabelle 3: Vollstationäre Fälle, ambulante Operationen, vor-, nach- und teilstationäre Fälle in Allgemeinkrankenhäusern

Vollstationäre Fälle Ambulante			Operationen, vor-, nach- und teilstationäre Behandlungen						
Fallzahl einschl. Stundenfälle	Fallzahl ohne Stundenfälle	Fallzahl Stundenfälle	davon						
			insgesamt	in % der vollstationären Fälle	Ambulante Operationen	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	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
Veränderung 1996-2005									
Anzahl	532.880	-	-	-	-	-	-	-	-
in %	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Veränderung 2002-2005									
Anzahl	-554.505	-	-	1.640.909		787.600	795.498	-92.929	150.740
in %	-3,3	-	-	57,2		136,9	68,0	-12,4	40,0

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen.

6 vgl. hierzu u.a. die konzeptionellen Grundlagen der Psych-PV, die sich an den angesprochenen Zielen orientierten (Kunze/Kaltenbach 2005: 22-36).

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).

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 2008a; DKI 2008b; 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.

Ein weiterer Einflussfaktor für den Personalbedarf im Pflegedienst muss in der nachfolgenden Modellrechnung ebenfalls unberücksichtigt bleiben. In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme der ambulanten und teilstationären Versorgungsformen im Krankenhaus zu verzeichnen. Die Zahl der ambulanten Operationen, vor-, nach- und teilstationären Behandlungen stieg von 2002 bis 2006 insgesamt um 78 %. Die höchste Steigerung ist mit 162 % bei den ambulanten Operationen zu verzeichnen. Insgesamt entsprachen diese nichtvollstationären Versorgungsformen im Jahr 2006 bereits 30 % der Zahl der vollstationären Fälle. Offensichtlich entwickeln sich Krankenhäuser zunehmend mehr zu einem stationären und ambulanten Leistungserbringer.

In die nichtvollstationären Versorgungsformen sind auch Pflegekräfte außerhalb der Funktionsbereiche eingebunden. Insofern müssten die entsprechenden Leistungsdaten im Grunde auch in die Analyse der Belastungsentwicklung einbezogen werden. Da aber für die Jahre vor 2002 keine Daten verfügbar sind, muss an dieser Stelle darauf verzichtet werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die nachfolgende Schätzung aus den genannten Gründen eher zurückhaltend als übertrieben sein dürfte.

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass die Schätzung ohne Differenzierung in Tag- und Nachtdienst erfolgt, da auch hierfür die erforderlichen Daten der Krankenhausstatistik fehlen. Dies ist insofern von gewisser Relevanz, weil die PPR nur für den so genannten ‚Regeldienst‘ zwischen 6.00 und 20.00 Uhr galt, nicht aber für den Nachtdienst. Es wird in der folgenden Modellrechnung unterstellt, dass sich der Personalbedarf in beiden Bereichen gleichermaßen entwickelt hat. Dem kann allerdings entgegengehalten werden, dass im Rahmen des allgemeinen Bettenabbaus auch die Zahl der Stationen reduziert wurde und insofern der Bedarf an Nachtwachen niedriger als 1995 sein dürfte. Die infrage stehende Zahl dürfte in Anbetracht des Ergebnisses der Modellrechnung allerdings zu vernachlässigen sein, zumal es sich bei der Modellrechnung nur um eine grobe Schätzung handeln kann. Zudem dürfte wohl davon auszugehen sein, dass aufgrund der allgemeinen Leistungsverdichtung der Personalbedarf auch im Nachtdienst tendenziell gestiegen ist.

4 Modellrechnung zum Personalbedarf und zur gegenwärtigen Unterbesetzung

4.1 Modellrechnung für den allgemeinen Pflegedienst

Um den Personalbedarf im allgemeinen Pflegedienst (einschließlich Intensivstationen, ohne Psychiatrie) im Jahr 2006 unter Zugrundelegung der vorhergehenden Überlegungen zu schätzen, wird wie folgt vorgegangen (Abb. 1):

- Ausgangspunkt ist die Zahl von 306.362 Vollkräften im Jahr 1995 (Vollkraft-Ist 1995).
- Dieser Wert wird erhöht um die auf Grund der PPR-Aussetzung nach 1995 nicht mehr geschaffenen 5.000 Vollzeitstellen (unterlassene Umsetzung der ‚4. Stufe‘ der PPR).
- Daraus ergibt sich die Summe von 311.362 Vollkräften, die auf Grund der Zielvorgabe für die PPR im Jahr 1996 im allgemeinen Pflegedienst hätten beschäftigt sein sollen (Vollkraft-Soll 1996).
- Das Vollkraft-Soll des Jahres 1996 dient als Ausgangspunkt für die Berücksichtigung des Fallzahlenanstiegs (vollstationäre Fälle einschließlich Stundenfälle) und wird um den Prozentsatz erhöht, um den sich die Fallzahl erhöht hat. Da die Fallzahl in allgemeinen Krankenhäusern und Fachabteilungen im Zeitraum 1996-2006 um 2,47 % angestiegen ist, wird das Vollkraft-Soll 1996 ebenfalls um diesen Wert erhöht, um zum Vollkraft-Soll des Jahres 2006 zu gelangen.
- Daraus ergibt sich eine Soll-Besetzung des allgemeinen Pflegedienstes für das Jahr 2006 in Höhe von 319.039 Vollkräften.
- Tatsächlich wies die Personalbesetzung im Jahr 2006 jedoch nur 261.083 Vollkräfte aus, so dass rechnerisch eine Differenz von 57.956 Vollkräften verbleibt. Dies entspricht 18,2 % der zuvor ermittelten Soll-Besetzung.
- Demnach war der allgemeine Pflegedienst im Jahr 2006 um ca. 18 % unterbesetzt.

Berechnung des Vollkraft-Soll für 1996	
Vollkraft-Ist 1995	306.362
Fehlende Stellen PPR (VK)	5.000
Vollkraft-Soll 1996	311.362
Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung (Fallzahl einschl. Stundenfälle)	
Fallzahl 1996 (o. Psychiatrie)	15.635.657
Fallzahl 2006 (o. Psychiatrie)	16.021.149
Veränderung	
Anzahl	385.492
in %	2,47
Ermittlung des Personal-Soll (VK) für 2006	
Vollkraft-Soll 1996	311.362
Stellenzuwachs auf Grund Fallzahlsteigerung	7.677
Vollkraft-Soll 2006	319.039
Ermittlung der Differenz Soll/Ist 2006	
Vollkraft-Ist 2006	261 083
Vollkraft-Soll 2006	319.039
Differenz Soll/Ist	-57.956
Differenz Soll/Ist in % des Soll (Unterbesetzung)	-18,2
Differenz Soll/Ist in % des Ist (Mehrbedarf gegenüber Ist-Besetzung)	-22,2

Abbildung 1: Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst in Krankenhäuser (ohne Psychiatrie)

4.2 Berücksichtigung der Intensivstationen

In dieser Berechnung ist der Pflegedienst auf Intensivstationen nicht gesondert berücksichtigt, da die Krankenhausstatistik keine Angaben zur Zahl der Vollkräfte auf Intensivstationen enthält. Es bleibt folglich nur die Möglichkeit, den Personalmehrbedarf für Intensivstationen auf Grundlage der verfügbaren Daten über die Zahl der Intensivbetten zu schätzen (ohne Psychiatrie). Die Zahl der Intensivbetten stieg im Betrachtungszeitraum um 1.329 von 21.814 Betten (1996) auf 23.143 (2006). Unterstellt man einen Personalschlüssel von zwei Vollkräften je durchschnittlich belegtem Intensivbett und eine durchschnittliche Bettenbelegung von 90 %, so ergibt sich ein Stellenmehrbedarf für den Intensivbereich von grob geschätzt ca. 2.400 Vollzeitstellen. Wird diese Zahl dem bisher ermittelten Personalmehrbedarf hinzugerechnet, so ergibt sich insgesamt ein Mehrbedarf von ca. ca. 60.300 Vollzeitstellen.

4.3 Berücksichtigung der Psychiatrie

Es fehlt noch die Berücksichtigung des Personalbedarfs in der stationären Psychiatrie. Dafür soll auf die Ergebnisse der Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung zurückgegriffen werden (APK 2007). Die Umfrage unter allen psychiatrischen Einrichtungen im Geltungsbereich der Psych-PV ergab, dass der Pflegedienst dort im Jahr 2004 durchschnittlich nur mit 89 % der Vollzeitstellen besetzt war, die sich aus der Anwendung der Psych-PV ergaben. Die Krankenhausstatistik weist für den Pflegedienst in der Psychiatrie im Jahr 2004 die Zahl von 38.319 Vollkräften aus. Wenn dies 89 % des Personal-Soll entsprach, ergibt sich für eine hundertprozentige Umsetzung der Psych-PV ein Personal-Soll von 43.055 Vollkräften. Die Differenz von 4.736 Vollkräften zeigt demnach den Umfang der Unterbesetzung im Pflegedienst der Psychiatrie an. Diese Zahl wäre der Zahl von ca. 60.300 fehlenden Vollzeitstellen im allgemeinen Pflegedienst (einschl. Intensivstationen) hinzu zu rechnen.

4.4 Ergebnis: Unterbesetzung im Jahr 2006

Insgesamt ergibt sich daraus eine Unterbesetzung des Pflegedienstes der Krankenhäuser im Jahr 2006 in Höhe von ca. 65.000 Vollkräften. Wie bereits dargelegt, handelt es sich dabei um eine eher zurückhaltende Schätzung, die weder den erhöhten Pflegebedarf aufgrund der deutlich gestiegenen Zahl älterer und hochaltriger Patienten berücksichtigt, noch den in den letzten Jahren zu verzeichnenden erheblichen Anstieg der vor-, nach- und teilstationären Behandlungen sowie der ambulanten Operationen. Ebenfalls nicht berücksichtigt ist eine vermutlich zu verzeichnende Zunahme der Zahl hochkomplexer Behandlungsfälle im Intensiv-

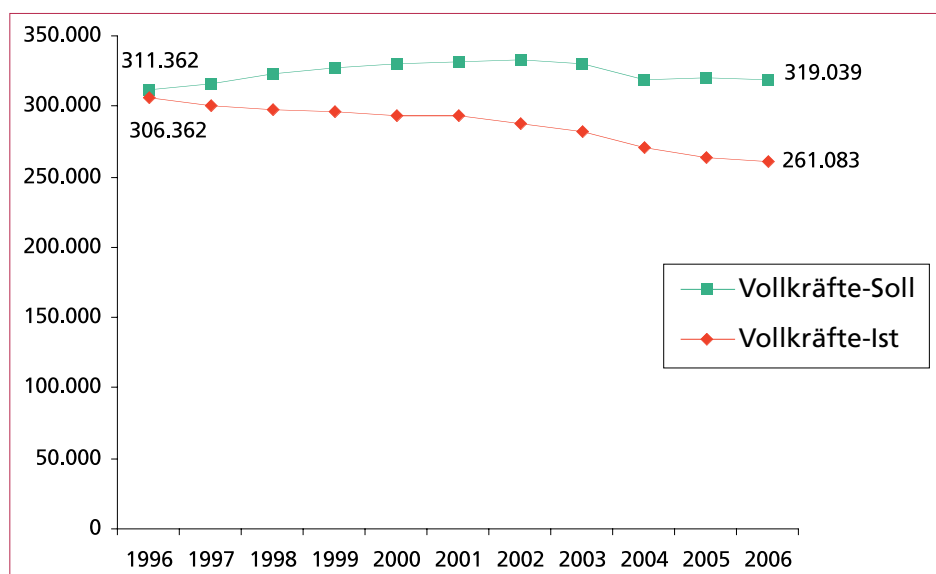


Abbildung 2: Vollkräfte im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser – Soll-Ist-Vergleich. Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

bereich, die nicht nur einen deutlich höheren Sachmittelaufwand (z. B. Arzneimittel), sondern vor allem eine deutlich anspruchsvollere und aufwändigere pflegerische Versorgung erfordern.

Betrachtet man die Entwicklung über den gesamten Zeitraum von 1996 bis 2006 zeigt sich eine zunehmend größer werdende Differenz zwischen Soll- und Ist-Besetzung in Form einer sich immer weiter öffnenden Schere (Abb. 2).

Das zunehmende Auseinanderdriften von Soll- und Ist-Besetzung führt zu steigender Arbeitsbelastung, deren Ausmaß sich auch an einer zentralen Kennzahl der Krankenhausstatistik, der Belastungsziffer, ablesen lässt. Die ‚Belastungsziffer‘ wird üblicherweise für patientennah tätige Berufsgruppen errechnet, wie beispielsweise Ärzte und Pflegekräfte, und gibt an, wie viele Fälle eine Vollkraft pro Jahr durchschnittlich versorgt hat.

Für den Pflegedienst lässt sich an der Entwicklung der Belastungsziffer sehr deutlich die Bedeutung der Pflege-Personalregelung und ihrer Aufhebung erkennen (Abb. 3). Es war offensichtlich keineswegs so, dass

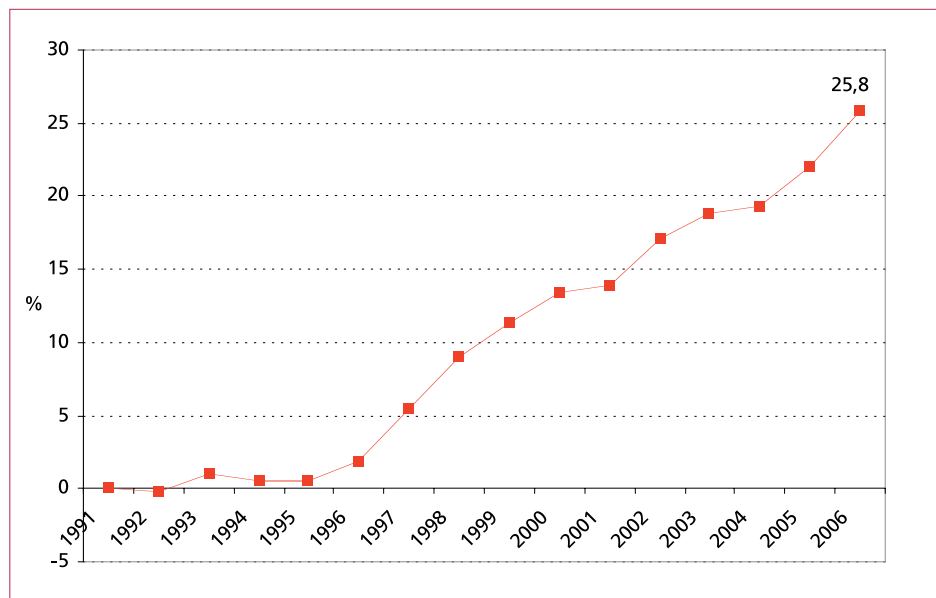


Abbildung 3: Vollstationäre Fälle (einschließlich Stundenfälle) je Vollkraft im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser (Belastungsziffer). Veränderung gegenüber 1991 – Angaben in Prozent. Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

die PPR zu einer Entlastung führte, sondern lediglich den Leistungszuwachs durch Fallzahlerhöhungen kompensierte. Trotz Einführung der PPR stieg die Belastungsziffer im Pflegedienst im Jahr 1993 zunächst weiter an und sank erst im Jahr 1994 wieder ab. Dies entspricht den Berichten aus der Praxis, dass die auf Grundlage der PPR errechneten Stellen von den Krankenkassen nur zögerlich und häufig erst ab 1994 in den Budgetverhandlungen zugestanden wurden.

Nach Aussetzung der PPR im Jahr 1996 stieg die Belastungsziffer wieder an und machte im Jahr 1997, unmittelbar nach Aufhebung der PPR, einen deutlichen Sprung nach oben. Seitdem hat die Belastung kontinuierlich zugenommen und lag im Pflegedienst der Allgemeinkrankenhäuser im Jahr 2006 um ca. 25 % über dem Wert des Jahres 1991. Es sei daran erinnert, dass die Besetzung des Jahres 1991 auch von der Gesundheitspolitik als deutlich zu niedrig und als Anzeichen eines ‚Pflegetodes‘ in Krankenhäusern angesehen wurde.

Wie bereits erwähnt, zeigten die bundesweit erhobenen PPR-Daten nach Angaben der Spitzenverbände der Krankenkassen, dass Anfang der 1990er Jahre im Pflegedienst der Krankenhäuser gemessen an der PPR ca. 20 % oder ca. 58.000 Vollzeitstellen fehlten. Würde man diese Zahl als Zielgröße für die Umsetzung der PPR zu Grunde legen, statt der im Gesundheitsstrukturgesetz genannten 26.000 Stellen, läge die Ausgangsbasis für die Modellrechnung deutlich höher. Da statt der erforderlichen 58.000 zusätzlichen Vollzeitstellen nur 21.000 bis 1995 geschaffen wurden, ergäbe sich ein Fehlbestand von 37.000 Vollkräften. Diese müssten zu dem zuvor ermittelten Fehlbestand addiert werden, so dass die geschätzte gegenwärtige Unterbesetzung im Bereich von ca. 100.000 Vollkräften liegen würde.

Diese Zahl mag vielen übertrieben erscheinen. Ein Blick auf die Daten anderer Länder legt aber eher die Vermutung nahe, dass dieser Eindruck vor allem aus der Gewöhnung an eine seit ca. zwei Jahrzehnten anhaltende chronische Unterbesetzung im Pflegedienst deutscher Krankenhäuser resultiert.

5 Personalbesetzung der Krankenhäuser im internationalen Vergleich

Betrachtet man die personelle Ausstattung von Krankenhäusern im internationalen Vergleich, zeigt sich eine zum Teil erheblich höhere Personalbesetzung in anderen vergleichbaren Ländern. Zudem wurde in fast allen EU-Ländern (EU der 15), für die entsprechende Daten vorliegen, sowie der Schweiz die Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern seit Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich erhöht, während in Deutschland als einzigem Land der Personalbestand seit 1996 kontinuierlich abgebaut wurde (Abb. 4).⁷ Auch in den USA wurde nach einer Phase des Personalabbaus in den 1990er Jahren seit dem Jahr 2000 der Personalbestand wieder aufgestockt. Dies dürfte vor allem auf eine zunehmende Kritik an Versorgungsmängeln und zahlreiche Studien zu den negativen Auswirkungen des Personalabbaus in amerikanischen Krankenhäusern zurückzuführen sein (zum Überblick über die Studienergebnisse vgl. Simon 2008a: 107 ff.).

Die Kennzahl ‚Vollzeitäquivalente je 1.000 Einwohner‘ ist insofern eine sehr gut geeignete Vergleichsgröße für den Umfang der personellen Ausstattung von Krankenhäusern, als sie weder durch Unterschiede in der Zahl der Einwohner je Land noch durch einen unterschiedlichen Umfang der Teilzeitbeschäftigungen beeinflusst wird.

Die nachfolgenden Zahlen können die Dimensionen der Unterschiede im internationalen Vergleich veranschaulichen: Nimmt man Frankreich, die Schweiz, USA, Finnland, Irland oder Österreich, so lag dort die Zahl der Vollkräfte in Krankenhäusern im Jahr 2004 um ca. 50-60 % über der Zahl der Vollkräfte in deutschen Krankenhäusern. Wären deutsche Krankenhäuser im Jahr 2006 in gleicher Weise mit Personal besetzt gewesen, hätte die Zahl ihrer Vollkräfte nicht bei ca. 792.000 gelegen, sondern um ca. 400.000 höher, bei insgesamt ca. 1,2 Mio.

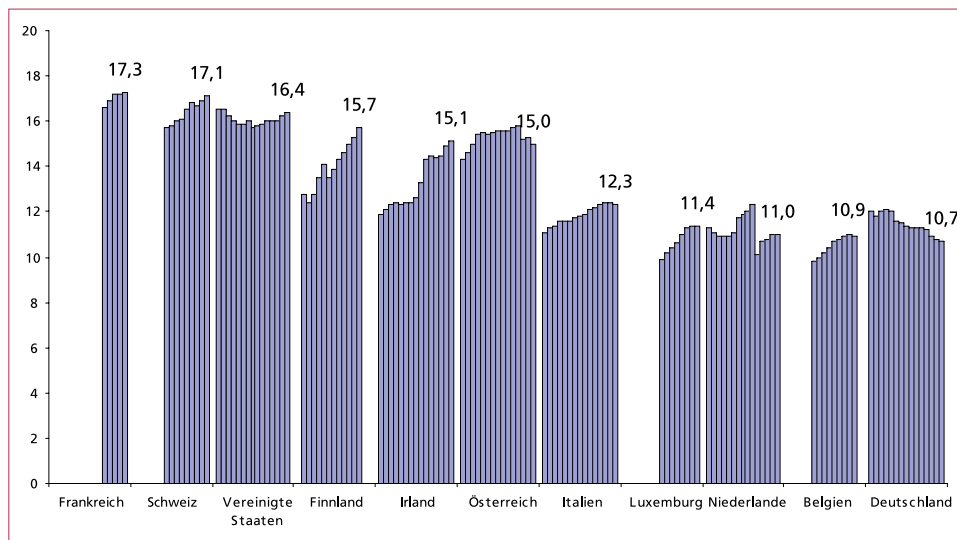


Abbildung 4: Krankenhauspersonal je 1.000 Einwohner (1992-2006). Angaben in Vollzeitäquivalenten. Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2008 (Okt. 2008).

Anmerkung: Der Unterschied in der Datenreihe für die Niederlande ist laut OECD durch einen Bruch in der Zeitreihe verursacht, nicht durch plötzliche reale Veränderungen in den Krankenhäusern.

Angenommen, der Anteil des Pflegedienstes an der Gesamtzahl des Krankenhauspersonals wäre in allen Ländern gleich, und die Besetzung des Pflegedienstes in deutschen Krankenhäusern sollte auf das Niveau von Frankreich, der Schweiz, USA, Finnland, Irland oder Österreich angehoben werden, müssten in deut-

⁷ In den Vergleich wurden alle EU-15 Länder einbezogen, für die entsprechende Angaben in den OECD-Gesundheitsdaten enthalten sind.

schen Krankenhäusern ca. 50-60 % mehr Vollkräfte im Pflegedienst beschäftigt werden. Dies hätte im Jahr 2006 bei einem Vollkräfte-Ist von ca. 300.000 ungefähr 150.000-180.000 zusätzlichen Vollkräften entsprochen. Vor diesem Hintergrund dürften sich die in der vorliegenden Modellrechnung ermittelten ca. 70.000 Vollzeitstellen eher bescheiden ausnehmen.

6 Fazit

Die vorliegende Modellrechnung führt zu dem Ergebnis, dass der Pflegedienst der Krankenhäuser im Jahr 2006 um grob geschätzt ca. 65.000 Vollkräfte unterbesetzt war. Da der Stellenabbau nach 2006 fortgesetzt wurde, dürfte die Unterbesetzung mittlerweile das Niveau von ca. 70.000 Vollkräften erreicht haben. Die geplanten 21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst wären somit nicht ausreichend, eine bedarfsgerechte Personalbesetzung sicherzustellen. Allerdings ist bei der Bewertung des Sonderprogramms zu bedenken, dass der Stellenabbau im Pflegedienst nicht nur durch politische Interventionen wie die Budgetdeckelung und die Einführung des DRG-Systems verursacht wurde. Eine Analyse der Kostendaten der Krankenhausstatistik konnte zeigen, dass nur ca. ein Drittel des Stellenabbaus im Pflegedienst zwischen 1996 und 2006 durch die Budgetentwicklung zu erklären ist (Simon 2008a). Der überwiegende Teil war demnach auf Grund der Budgetentwicklung nicht notwendig und erfolgte offenbar für Zwecke der internen Umverteilung von Mitteln. Die im Pflegedienst eingesparten Mittel wurden, den Kostendaten der amtlichen Krankenhausstatistik nach zu urteilen, insbesondere für die Finanzierung zusätzlicher Arztstellen verwendet. Während im Pflegedienst und auch den anderen Diensten ab 1996 Stellen abgebaut wurden, verzeichnete der ärztliche Dienst über den gesamten Zeitraum einen Personalzuwachs. Die Stellenvermehrung setzte keineswegs erst mit der neuen Arbeitszeitgesetzgebung ein und ist auch nicht mit der gesetzlich vorgesehenen Refinanzierung der Mehrkosten durch die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP) im Jahr 2004 und Umwandlung von AiP-Stellen in Arztstellen zu erklären.

Vor dem Hintergrund, dass ca. zwei Drittel des Stellenabbaus aufgrund der externen Rahmenbedingungen nicht erforderlich war, sondern für Zwecke der internen Umverteilung von Ressourcen erfolgte, erscheinen weitergehende Interventionen der Politik erforderlich. Um eine ausreichende personelle Besetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser sicherzustellen, erscheint es mittlerweile geboten, dass der Gesetzgeber Mindestanforderungen an die quantitative und qualitative Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser vorgibt, die verbindlich von allen Krankenhäusern einzuhalten sind (Simon 2008b). Ohne extern vorgegebene und verbindliche Richtwerte für die Personalbesetzung der Krankenhäuser muss damit gerechnet werden, dass der Personalabbau zumindest in einem relevanten Teil der Krankenhäuser fortgesetzt wird, entweder um finanzielle Defizite auszugleichen oder um Kostenvorteile im Wettbewerb gegenüber anderen Kliniken zu erreichen.

