

# Krankenhaus-Report 2017

## „Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 79-94



<b>6</b>	<b>Personalausstattung der Krankenhäuser: Entwicklungen der letzten 25 Jahre .....</b>	<b>79</b>
	<i>Max Geraedts</i>	
6.1	Einführung .....	80
6.2	Ausgangslage: Rahmenbedingungen der stationären Versorgung .....	81
6.3	Assoziation der Personalausstattung mit der Behandlungsqualität .....	82
6.4	Maßnahmen mit Einfluss auf die Personalausstattung .....	83
6.5	Entwicklung allgemeiner Kennzahlen der stationären Versorgung 1991 bis 2015 .....	85
6.6	Entwicklung der Personalausstattung 1991 bis 2015 .....	87
6.7	Entwicklung der Personalausstattung in Abhängigkeit von der Trägerschaft und Größe des Krankenhauses 2004 bis 2014 .....	90
6.8	Implikationen der Personalentwicklung im Krankenhaus .....	92
6.9	Fazit .....	93

# 6 Personalausstattung der Krankenhäuser: Entwicklungen der letzten 25 Jahre

Max Geraedts

## Abstract

Der Gesetzgeber beabsichtigt, Personalmindeststandards für Pflegekräfte in Krankenhäusern einzuführen. Diese Absicht lässt sich mit den gravierenden Veränderungen bei den behandelten Patienten (u. a. Durchschnittsalter, Multimorbidität) und bei der Leistungserbringung im Krankenhaus (u. a. Leistungsverdichtung), den veränderten Rahmenbedingungen (u. a. DRG-Einführung, Arbeitszeitgesetzgebung) und der inzwischen vorliegenden Evidenz zum Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und den Ergebnissen der Behandlung begründen. Die Entwicklung der Personalausstattung der Krankenhäuser der letzten 25 Jahre ist gekennzeichnet durch eine beinahe kontinuierliche Steigerung der Anzahl der Ärzte, während bei Pflegekräften auf eine zunächst 5-jährige Zunahme eine 12-jährige Abnahme um rund 20% und jetzt wieder eine Zunahme des Personals festzustellen ist. Die gleichzeitige Fallzahlsteigerung wurde bei Ärzten überproportional ausgeglichen, während bei Pflegekräften erstmals im Jahr 2015 keine Steigerung der pro Pflegekraft zu betreuenden Fälle stattfand. Vorliegende Studien können die Frage nicht beantworten, ob die aktuelle quantitative und qualitative Personalausstattung bei Ärzten und Pflegekräften geeignet ist, eine sichere, patientenorientierte, effektive und effiziente Patientenversorgung in den Krankenhäusern Deutschlands zu garantieren. Um Schwellenwerte für Mindeststandards begründen zu können, sollten entsprechende Studien dringlich initiiert werden.

The legislator intends to introduce minimum nurse staffing standards for hospitals in Germany. The proposition is substantiated by serious changes in relation to the treated patients (e. g. average age, multimorbidity), to the provision of care in hospitals (e. g. concentration of services), to the changing surrounding conditions (e. g. introduction of DRG payments and the EU legislation on working hours), and to the available evidence concerning the relationship between staffing levels and patient outcomes. Staffing level trends of the last 25 years are characterised by a continuous growth of physician staffing, whereas nurse staffing increased during the first five years, decreased sharply by 20% during the following 12 years and grew again during recent years. The simultaneous increase of inpatient cases has been balanced disproportionately for physicians, whereas the number of cases per nurse stopped to increase for the first time as recently as in 2015. Present research studies cannot answer the question whether the current quantitative and qualitative physician and nurse staffing levels suffice to guarantee safe, patient-centered, effective and efficient care for patients in hospitals in Germany. To justify minimum staffing levels, respective studies should be initiated urgently.

## 6.1 Einführung

Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition vom 16.12.2013 haben die Koalitionspartner folgende Erkenntnis und Absicht festgehalten: „Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen.“ Weiter heißt es: „Gute Pflege setzt qualifiziertes und motiviertes Personal voraus. Wir setzen uns im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten für Personalmindeststandards im Pflegebereich ein und wollen die Pflegeberufe aufwerten.“

Nachdem in den ersten drei Jahren der 18. Legislaturperiode keine dementsprechenden Regelungen getroffen wurden, sind zumindest für das Jahr 2017 zwei direkt auf die Personalsituation wirkende Initiativen auf den Weg gebracht: So sieht der „Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss einen gesetzlichen Auftrag für verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung erhält, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Weiterhin ist geplant, dass der Versorgungszuschlag ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt wird. Das Mittelvolumen für den Pflegezuschlag soll pro Jahr 500 Millionen Euro betragen und vor allem der Aufstockung des Pflegepersonals dienen. Zudem wirkt sich eine Vielzahl an Regelungen möglicherweise indirekt auf die Personalsituation aus: Beispielsweise könnten die aktuellen Veränderungen bei der Berücksichtigung der Sachkosten im DRG-System, die Berücksichtigung von Mehrkosten durch G-BA-Richtlinien und Regelungen zur Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe die Personalausstattung beeinflussen.

Ob diese Regelungen ausreichen, um den Pflegeberuf tatsächlich aufzuwerten und mehr motiviertes Personal zu gewinnen, sei zunächst dahingestellt. Interessant ist die Tatsache, dass sich der Gesetzgeber nach einer langen Phase immer wieder aufkommender Diskussionen um den „Personalnotstand in Medizin und Pflege“ des Themas annimmt und explizit Mindestvorgaben für die Personalausstattung vorsieht. Der vorliegende Beitrag widmet sich vor diesem Hintergrund der Entwicklung der Personalausstattung der Krankenhäuser in den letzten 25 Jahren. Nach einer Schilderung der Ausgangslage werden wesentliche Maßnahmen der Regierung mit Einfluss auf die Personalausstattung in diesem Zeitraum aufgeführt und anschließend auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamts einige Kernparameter der Krankenhausversorgung und Personalentwicklung im zeitlichen Verlauf aufgelistet. Daraus werden Implikationen für die Patientenversorgung abgeleitet, auf deren Basis als Fazit einige Forderungen an die weitere Ausgestaltung der Personalausstattung in Krankenhäusern formuliert werden.

## 6.2 Ausgangslage: Rahmenbedingungen der stationären Versorgung

Die Rahmenbedingungen der stationären Versorgung haben sich in den letzten 25 Jahren aufgrund verschiedener Entwicklungen grundlegend verändert, von denen einige wesentliche hier genannt werden sollen. Zu nennen ist erstens natürlich die demografische Alterung, die einen steigenden Anteil hochbetagter Patienten im Krankenhaus bedingt, wobei zumindest im Durchschnitt mit mehr Multimorbidität, Polymedikation und Demenz zu rechnen ist, was zu höheren Anforderungen an die Betreuung und damit die Personalausstattung führt.

Der begrüßenswerte medizinische Fortschritt bedingt zweitens, dass vermehrt auch älteren Patienten hochinvasive Behandlungen angeboten werden können. Zum anderen sind vormals risikoreiche offene bzw. invasive Verfahren durch weniger invasive, endoskopische oder mikrochirurgische Verfahren ersetzt worden. Auch dadurch können heute Patienten im Krankenhaus behandelt werden, für die es noch vor 25 Jahren wenige therapeutische Optionen gab. Hinzu kommt die sogenannte Ambulantisierung der Medizin, die dazu führt, dass viele der leichteren, vormals stationären Behandlungen nun im ambulanten Sektor stattfinden, womit eine Konzentration der schwereren Fälle im stationären Bereich verbunden ist. Damit einher geht eine Verdichtung der komplexen Leistungen auf wenige stationäre Aufenthaltstage, wobei in der letzten Zeit festzustellen ist, dass der Anteil ärztlicher Leistungen an den vergütungsrelevanten Leistungen zum Beispiel aufgrund steigender Operationszahlen kontinuierlich wächst.

Eine dritte Entwicklung mit Einfluss auf die Personalausstattung der Krankenhäuser liegt im Nachwuchsmangel, der zum Teil durch sinkende Schulabsolventenzahlen, zum Teil durch eine sinkende Attraktivität der klinischen Arbeit im Krankenhaus bedingt ist. Während noch bis in die achtziger Jahre der Pflegeberuf als Alternative für diejenigen Abiturienten galt, die keinen Medizinstudienplatz bekommen konnten, wird dieser Beruf heute selten von Abiturienten angestrebt (Blum et al. 2006). Hinzu kommt, dass Absolventen der medizinischen Hochschulen zu einem beträchtlichen Anteil alternative, nicht klinische Betätigungsfelder suchen, wodurch trotz weiterhin hoher Nachfrage nach Medizinstudienplätzen ein relativer Mangel an Bewerbern um klinische Arbeitsplätze entstanden ist (Harloff und Schlitt 2007).

Weitere Entwicklungen, wie beispielsweise die Einführung der freien Krankenkassenwahl 1996, die zwischenzeitliche Festlegung eines einheitlichen Krankenkassenbeitrags und verschiedener Regelungen für die Zusatzbeiträge, der Rückgang der Investitionsmittel der Länder sowie Probleme der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens insgesamt haben Druck auf die Krankenkassen ausgeübt, bei den Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern auf möglichst geringe Kostensteigerungen zu achten; damit wurde wiederum auch potenziell die Personalausstattung in Mitleidenschaft gezogen. Nach heutigem Kenntnisstand muss davon ausgegangen werden, dass diese restriktive Haltung möglicherweise mit einer Patientengefährdung einhergehend (Aiken et al. 2014).

### 6.3 Assoziation der Personalausstattung mit der Behandlungsqualität

Die Annahme einer potenziellen Patientengefährdung aufgrund einer ungenügenden Personalausstattung lässt sich mit den inzwischen vorliegenden wissenschaftlichen Belegen für einen Zusammenhang zwischen der Personalausstattung auf der einen Seite und der Behandlungsqualität auf der anderen Seite begründen. Insbesondere für die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal liegt eine Reihe methodisch hochwertiger Studien vor, deren Hauptergebnisse im Krankenhaus-Report 2014 und in einer aktuellen Überblicksarbeit von Griffiths et al. so zusammengefasst werden (Klein und Schwinger 2014; Griffiths et al. 2016): Eine höhere Zahl an Krankenpflegekräften ist demnach assoziiert mit einer geringeren Sterblichkeit im Krankenhaus und einer besseren Rate von vermiedenen Todesfällen nach Komplikationen im Krankenhaus, einer geringeren Rate an Krankenhausinfektionen, weniger Stürzen im Krankenhaus, einer kürzeren Krankenhausverweildauer, weniger Wiedereinweisungen, weniger Medikationsfehlern und weniger nicht durchgeführten Pflegemaßnahmen. Zudem ist ein höheres durchschnittliches Ausbildungsniveau der Krankenpflegekräfte (skill mix) ebenfalls assoziiert mit einer geringeren Sterberate, weniger Infektionen, weniger Stürzen und weniger Dekubitalulcera.

Der Großteil der in dieser Überblicksarbeit zusammengefassten Studien stammt aus den USA und Großbritannien. Eine viel beachtete Studie, die ähnliche Assoziationen auch für verschiedene europäische Länder belegen konnte, haben Aiken et al. (2014) vorgelegt: Sowohl die Zahl der Pflegekräfte pro Patient als auch die Rate an Pflegekräften mit einem akademischen Abschluss beeinflusst demnach die Krankenhaussterblichkeit in den untersuchten Ländern. Empirische Studien zum Zusammenhang zwischen der Personalausstattung und der Behandlungsqualität aus Deutschland sind rar. Eine Studie auf der Basis der strukturierten Qualitätsberichte konnte für neu im Krankenhaus entstandene Dekubitalulcera belegen, dass Krankenhäuser in Deutschland mit einem höheren durchschnittlichen Ausbildungsniveau der Krankenpflegekräfte, nicht jedoch allein aufgrund einer höheren Anzahl an Krankenpflegekräften signifikant niedrigere Raten an Druckgeschwüren aufwiesen (Schneider und Geraedts 2016).

Im Vergleich zur Anzahl von Studien, die den Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität und pflegerischer Personalausstattung untersucht haben, ist die Zahl der Studien gering, die sich mit der ärztlichen Personalausstattung beschäftigen. Zum Teil werden auch kontroverse Studienergebnisse berichtet. Aldridge et al. (2016) stellten beispielsweise fest, dass an Wochenenden in englischen Krankenhäusern zwar die Sterblichkeit höher und die Verfügbarkeit von Ärzten geringer war als an Wochentagen, jedoch korrelierte die Arztverfügbarkeit nicht mit der Sterblichkeit. Dagegen zeigten Ozdemir et al. (2016), dass bei Patienten, die als chirurgischer Notfall in englischen Krankenhäusern eingewiesen wurden, sowohl eine höhere Anzahl an Ärzten als auch mehr Fachärzte mit einer niedrigeren Sterblichkeit assoziiert waren. Damit bestätigten sie Ergebnisse von Bell et al. (2013), die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Sterblichkeit sowie Wiedereinweisungsrate und der Verfügbarkeit von Fachärzten nachwiesen, wobei eine höhere Verfügbarkeit in Großbritannien mit besseren Ergebnissen assoziiert war.

Aber nicht nur klinische Ergebnisse, sondern auch die Patientenzufriedenheit stehen mit der Personalausstattung in einem signifikanten Zusammenhang. Für die USA konnte gezeigt werden, dass Patienten die ärztliche Kommunikation unter anderem dann besser beurteilen, wenn eine bessere ärztliche Personalausstattung vorliegt (Al-Amin und Makarem 2016). Gleiches gilt auch für Deutschland. In einer kürzlich veröffentlichten Studie konnten Kraska et al. unter anderem nachweisen, dass Krankenhauspatienten in Deutschland mit der ärztlichen Versorgung in denjenigen Krankenhäusern zufriedener waren, die über mehr ärztliches Personal verfügten, aber auch mit der pflegerischen Versorgung, wenn mehr Pflegepersonal vorhanden war. Gleichzeitig war die Zufriedenheit der Patienten in den Kliniken höher, die – gemessen an den Indikatoren der externen Qualitätssicherung, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser aufgeführt sind – eine höhere Prozess- und Ergebnisqualität besaßen. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass das Zufriedenheitsurteil der Patienten nicht nur durch Faktoren wie die Kommunikation, Fürsorge oder Ausstattungsmerkmale, sondern auch durch klinische Qualitätsmerkmale beeinflusst wird (Kraska et al. 2016).

## 6.4 Maßnahmen mit Einfluss auf die Personalausstattung

Die genannten wissenschaftlichen Belege weisen eindeutig darauf hin, dass es sich im Hinblick auf die Ergebnisse der Patientenversorgung lohnt, die Personalausstattung in Krankenhäusern zu beachten. Diese Erkenntnis liegt auch den anfangs zitierten Absichten im Koalitionsvertrag von Ende 2013 zugrunde. Interessant ist es nun zu sehen, welche Maßnahmen im Beobachtungszeitraum der letzten 25 Jahre vom Gesetzgeber initiiert wurden, die einen wesentlichen Einfluss auf die Personalausstattung der Krankenhäuser ausgeübt haben. Zuvorderst zu nennen sind hier die Aussetzung der Pflegepersonalregelung, verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Einstellung von Pflegepersonal, die Einführung der fallpauschalierten Vergütung und die Implementierung der EU-Arbeitszeitgesetzgebung. Auf diese Maßnahmen soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

### **Aussetzung der Pflegepersonal-Regelung**

Die Pflegepersonal-Regelung (PPR) wurde 1993 mit dem Ziel eingeführt, auf der Basis einer erhöhten Transparenz über die an den Patienten geleistete pflegerische Tätigkeit den Personalbedarf objektiv bemessen zu können und den bereits damals diskutierten Pflegekräftemangel daraufhin zu korrigieren. Relativ kurzfristig kam es zu einem Anstieg um rund 20 000 Pflegekräfte, sodass die Krankenkassen argumentierten, dass das Hauptziel der Maßnahme bereits erreicht und der hohe Aufwand der Dokumentation der Tätigkeit nicht mehr notwendig sei. 1996 wurde die Regelung ausgesetzt und 1997 per Gesetz wieder gestrichen. Viele Krankenhäuser nutzen dieses Instrument jedoch weiterhin zur internen Bemessung des Personalbedarfs.

### **Pflegeförderprogramme**

Von 2009 bis 2011 konnten die Krankenhäuser nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes eine zusätzliche Finanzierung für Pflegekräfte beantra-



gen (höchstens 0,48% des Gesamterlösbudgets pro Jahr). Insgesamt nahmen 1 125 Krankenhäuser am Pflegesonderprogramm teil und stellten ca. 15 300 Vollzeitkräfte im Pflegedienst ein bzw. stockten Teilzeitstellen auf. Dafür wurden rund 1,1 Milliarden Euro ausgegeben. 70% der Krankenhäuser haben die zusätzliche Beschäftigung von insgesamt 13 600 Pflegekräften durch die Vorlage von Jahresabschlussprüfungen belegt; ob die übrigen Pflegekräfte tatsächlich eingestellt wurden, lässt sich jedoch nicht sagen (GKV-Spitzenverband 2013).

Eine vergleichbare Regelung gilt nun auch für die Jahre 2016 bis 2018 in Form des Pflegestellen-Förderprogramms. Auch in diesem Zeitraum können die Krankenhäuser mit den Krankenkassen eine Finanzierung von bis zu 90% für zusätzlich eingestellte oder aufgestockte teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte vereinbaren, wobei pro Jahr höchstens 0,15% des vereinbarten Gesamterlösbudgets zusätzlich gefördert werden können.

### **Einführung der fallpauschalierten Vergütung**

Als herausragende Maßnahme mit Einfluss auf die Personalsituation in Krankenhäusern gilt die seit 2004 gültige grundsätzliche Vergütung der Allgemeinen Krankenhäuser in Deutschland nach Fallpauschalen, den Diagnosis Related Groups (DRG). Damit wurden die ab 1996 eingeführten Fallpauschalen und Sonderentgelte, die neben der Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen für einen begrenzten Teil der Krankenhausleistungen galten, abgelöst durch eine nun für alle somatischen Fälle verpflichtende Vergütungsform. Nach der Einführungs- und der darauf folgenden Konvergenzphase existieren seit Januar 2010 innerhalb jedes Bundeslandes einheitliche Landesbasisfallwerte und für vergleichbare Fälle entsprechend gleiche Preise pro Fall und Krankenhaus, womit die Vergütungsgerechtigkeit erhöht wurde. Das deutsche Fallpauschalensystem ist im internationalen Vergleich durch eine hohe Differenzierung gekennzeichnet, wobei der Katalog für das Jahr 2016 inzwischen 1 220 Fallpauschalen und 179 Zusatzentgelte aufweist. Das deutsche DRG-System macht das Leistungsgeschehen daher sehr differenziert transparent.

Allein aus theoretischen Überlegungen ist offensichtlich, dass Krankenhäuser bei gegebenen Preisen insbesondere dann einen hohen Gewinn erzielen können, wenn diejenigen Kostenpositionen reduziert werden, die einen besonders hohen Anteil an den Gesamtkosten ausmachen. In einem Dienstleistungssektor wie der Krankenhausversorgung macht das Krankenhauspersonal den größten Kostenblock aus. Dessen Reduktion – entweder in Form einer nominalen Reduktion der Vollzeitkräfte oder aber einer Neujustierung der Zusammensetzung des Personals wie mehr unqualifizierte oder aber jüngere, in niedrigeren Gehaltsgruppen angesiedelte Kräfte – könnte einen wesentlichen Beitrag zur Gewinnmaximierung leisten. Diese theoretischen Überlegungen scheinen in Anbetracht der weiter unten aufgezeigten Entwicklung des Personalbestandes zumindest teilweise bestätigt zu werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich die Arbeitsinhalte im Zuge der oben aufgezeigten Entwicklungen auch verändert haben. Ob die Einführung des DRG-Systems tatsächlich ursächlich für die in den Folgejahren festzustellenden Veränderungen beim Krankenhauspersonal war, lässt sich nicht mit Gewissheit sagen. Das IGES-Institut verweist in seinem dritten und abschließenden Bericht zur DRG-Begleitforschung vom März 2013 darauf, dass die Personalsituation im Beobachtungszeitraum der Begleitforschung vielfältigen Einflüssen unterlag und zudem aufgrund einer fehlen-

den Kontrollgruppe ohnehin keine kausalen Aussagen möglich sind. Insgesamt sei daher eine Abgrenzung des Einflusses des DRG-Systems auf die Entwicklung der Vollzeitkräfte nicht möglich (IGES 2013).

### **Implementierung der EU-Arbeitszeitgesetzgebung**

Nachdem die Übertragung der Arbeitszeitgesetzgebung mit vorgeschriebenen Höchstarbeitszeiten pro Tag und pro Woche auf die Krankenhäuser und hier insbesondere das ärztliche Personal lange Jahre umstritten war, hat der Europäische Gerichtshof in einem Grundsatzurteil vom 3. Oktober 2000 („Simap-Entscheidung“) festgestellt, dass Bereitschaftszeit, wenn sie in Form einer Anwesenheitsbereitschaft geleistet wird, Arbeitszeit im Sinne des europäischen Arbeitszeitrechts ist. Die Bereitschaftszeit muss daher bei der Berechnung der zulässigen Höchstarbeitszeit voll berücksichtigt werden. Dagegen wird die Rufbereitschaft nicht grundsätzlich als Arbeitszeit gewertet, wobei jedoch nur dann von Rufbereitschaft gesprochen werden darf, wenn nur in Ausnahmefällen tatsächlich Arbeit anfällt (in Anlehnung an Wikipedia 2016).

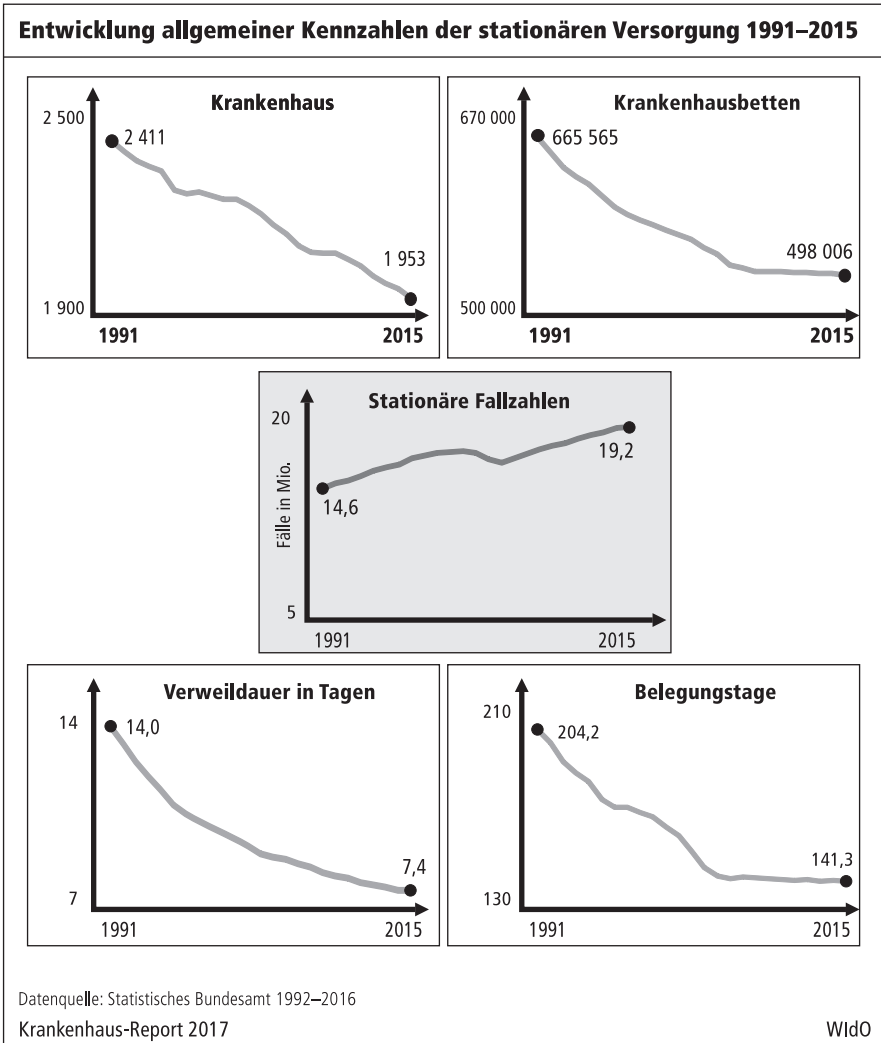
Zum 1. Januar 2004 trat das auf dieser Gesetzgebung beruhende neue deutsche Arbeitszeitrechts in Kraft, womit ein jahrelanger Streit insbesondere zwischen dem Marburger Bund und der deutschen Krankenhausgesellschaft beendet wurde. Seitdem gilt auch für Ärzte eine Höchstarbeitszeit pro Woche von durchschnittlich 48 Stunden und eine grundsätzliche tägliche Ruhezeit von 11 Stunden. Diese Regelung hat in vielen Krankenhäusern dazu geführt, dass vermehrt Ärzte eingestellt werden mussten. Für den Autor dieses Beitrags war es zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit in einem Universitätsklinikum beispielsweise üblich, neben einer täglichen Arbeitszeit von 12 Stunden mindestens einen Bereitschaftsdienst und eine Rufbereitschaft pro Woche sowie jedes zweite Wochenende einen 24-Stunden-Dienst zu übernehmen. Dadurch kamen oftmals 80 bis 100 Arbeitsstunden in einer Woche zusammen. Nach dem Bereitschaftsdienst war auch typischerweise keine Ruhezeit vorgesehen, sodass hierdurch 36 Stunden durchgehende Arbeitszeit ohne längere Ruhepausen anfiel. Auch wenn solche Arbeitszeiten nicht in allen Krankenhäusern üblich waren, ist offensichtlich, dass die neue Arbeitszeitgesetzgebung eine Aufstockung der ärztlichen Personalausstattung in Krankenhäusern auslösen musste. Bedenkt man zudem, dass im Oktober 2004 die seit Juli 1988 geltende „Arzt-im-Praktikum-Phase“ abgeschafft wurde, die es den Krankenhäusern ermöglichte, ärztliche Berufsanfänger mit einem – im Vergleich zu Assistenzärzten – auf ein Drittel reduzierten Gehalt zu vergüten, wird zudem klar, dass die Krankenhäuser ab 2004 hohe Kostensteigerungen im Bereich des ärztlichen Personals verkraften mussten, die nur zum Teil gegenfinanziert wurden.

## **6.5 Entwicklung allgemeiner Kennzahlen der stationären Versorgung 1991 bis 2015**

Die angeführten Maßnahmen mit Einfluss auf die Personalausstattung der Krankenhäuser haben – wie bereits angedeutet – den Verlauf wesentlicher Parameter der Personalausstattung in den letzten 25 Jahren beeinflusst. Diese Entwicklung muss vor dem Hintergrund der Veränderungen der allgemeinen Kennzahlen der stationären



Abbildung 6–1



ren Versorgung betrachtet werden. Abbildung 6–1 zeigt auf der Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes (StatBA 1992–2016) die bekannten Veränderungen:

- Die Anzahl Allgemeiner Krankenhäuser sank – vorrangig fusionsbedingt – kontinuierlich von 2 411 im Jahr 1991 auf 1 953 im Jahr 2015.
- Die Zahl der Betten sank bereits vor Einführung der DRGs stark bis 2006 von 666 000 auf 511 000, seitdem nur noch verlangsamt und geringfügig auf 498 000 im Jahr 2015.
- Die durchschnittliche Verweildauer reduzierte sich kontinuierlich von 14,0 Tagen 1991 auf 7,4 Tage 2014 und blieb so auch 2015.
- Die Zahl der stationär behandelten Fälle stieg im gleichen Zeitraum zunächst von 14,6 Millionen 1991 auf 17,3 Millionen im Jahr 2003, fiel dann ab auf 16,5

Tabelle 6–1

**Anteil der Allgemeinen Krankenhäuser in den vier Bettengrößenklassen je Träger 2014\***

Betten	Krankenhaussträger (Anzahl Krankenhäuser)		
	Öffentlich (N=494)	Freigemeinnützig (N=581)	Privat (N=571)
bis 99	12,6 %	14,6 %	62,3 %
100–199	20,4 %	28,4 %	16,6 %
200–499	36,6 %	44,4 %	15,1 %
>=500	30,4 %	12,6 %	6,0 %

\*nach Statistischem Bundesamt 2015

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

Millionen im Jahr 2005 und stieg seitdem wieder kontinuierlich auf 19,2 Millionen im Jahr 2015.

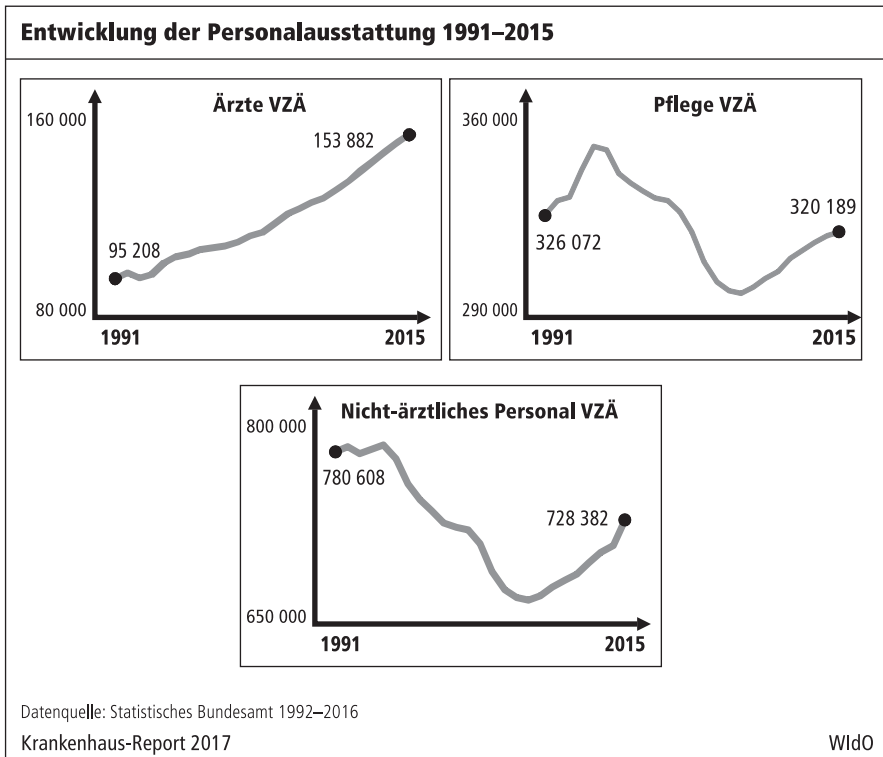
- e) Die Zahl der Belegungs- bzw. Berechnungstage sank parallel zur Zahl der Krankenhausbetten und ähnlich zur Verweildauer zwischen 1991 und 2015 von 204 000 um rund 30 % auf 141 000, wobei seit 2005 kaum noch ein Absinken festzustellen ist.

Zudem hat sich die Trägerlandschaft insofern geändert, dass 1991 die Anteile öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser 46,0 %, 39,1 % und 14,8 % betragen, während die Anteile im Jahr 2015 bei 29,6 %, 34,8 % und 35,7 % lagen: Auf Kosten vor allem öffentlicher Krankenhäuser nahm der Anteil privater Häuser also stark zu. Bezogen auf die Größenklassen der Krankenhäuser existiert aber weiterhin die Tendenz, dass die großen Kliniken eher unter den öffentlichen Krankenhäusern zu finden sind, während in privater Trägerschaft kleine Kliniken vorherrschen. Tabelle 6–1 zeigt für das Jahr 2014 den prozentualen Anteil der in vier Betten-Größenklassen vorliegenden Trägerschaft. Demnach haben vier Fünftel der privaten Kliniken weniger als 200 Betten, fast zwei Drittel sogar weniger als 100 Betten. Dagegen verfügen unter den öffentlichen und freigemeinnützigen Kliniken jeweils rund zwei Drittel über mehr als 200 Betten, bei den öffentlichen sogar ein Drittel über mehr als 500 Betten.

## 6.6 Entwicklung der Personalausstattung 1991 bis 2015

Die Steigerung der stationären Fallzahlen um rund 20 % im 25-jährigen Beobachtungszeitraum bei gleichzeitiger Zunahme der durchschnittlichen Fallschwere und Halbierung der Verweildauer müsste eigentlich zu mehr Personal geführt haben, wenn man davon ausgeht, dass das Personal bereits ausgelastet war. Nur so könnte die Rate der pro Personalstelle zu bearbeitenden Fälle konstant gehalten werden, was wiederum eine vergleichbare Zeit für die diagnostische und therapeutische Zuwendung am Patienten ermöglichen würde. Im Gegensatz zu diesen theoretischen

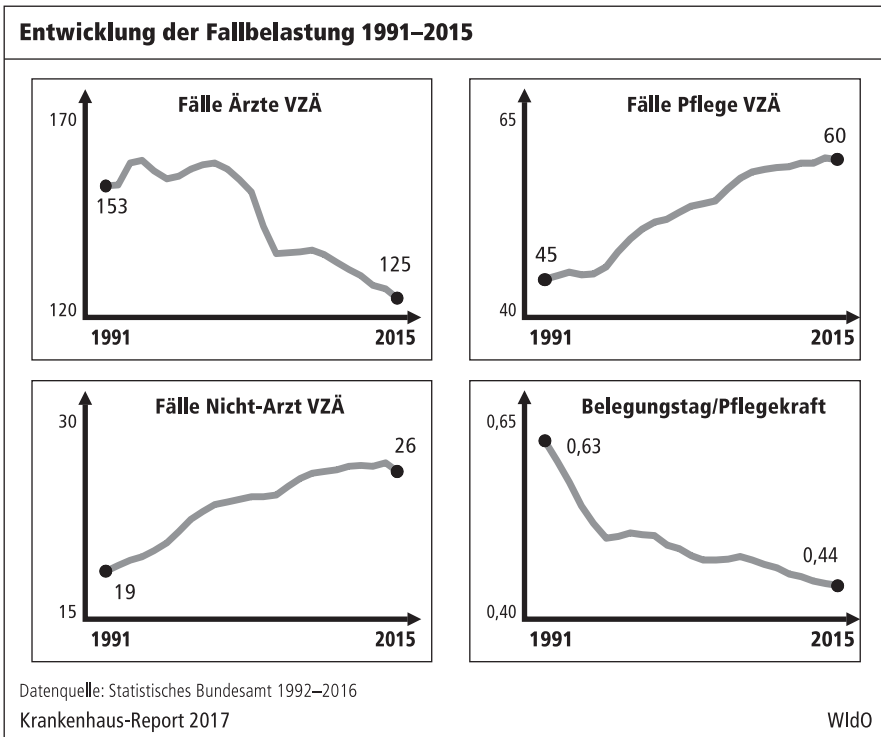
Abbildung 6–2



Überlegungen zeichnen die vom Statistischen Bundesamt vorgelegten Zahlen ein anderes Bild (StatBA 1992–2016). Abbildung 6–2 und Abbildung 6–3 verdeutlichen die Entwicklung der jeweils als Vollzeitäquivalente dargestellten Anzahlen an Ärzten, des nicht-ärztlichen Personals insgesamt und darunter des Pflegepersonals im Speziellen. Dabei hat sich die Personalausstattung bei Ärzten und beim nicht-ärztlichen Personal sehr unterschiedlich entwickelt:

- Die Anzahl in Krankenhäusern beschäftigter Ärzte stieg von rund 95 000 im Jahr 1991 auf 154 000 im Jahr 2015, ein Zuwachs von gut 50% (Abbildung 6–2).
- Bei der Ausstattung der Krankenhäuser mit nicht-ärztlichem Personal sind drei Phasen zu unterscheiden: Zunächst eine Stagnation bei der Anzahl Beschäftigter bis zum Jahr 1995 mit rund 780 000 Beschäftigten, dann ein Abfall bis zum Jahr 2007 auf rund 666 000 und seitdem wieder ein Anstieg der Beschäftigtenzahlen bis auf 728 000 im Jahr 2015, was etwa dem Stand aus dem Jahr 2000 entspricht.
- Beim Pflegepersonal im Speziellen nahm die Entwicklung einen ähnlichen Verlauf. Hier kam es zunächst zu einem Anstieg der Personalzahlen von 326 000 im Jahr 1991 auf 350 000 im Jahr 1995. Danach sank die Zahl der Beschäftigten bis auf 298 000 im Jahr 2007 und stieg seitdem wieder auf 320 000 im Jahr 2015, was dem Niveau des Jahres 2003 entspricht.

Abbildung 6–3



- d) Die Zahl der pro Arzt zu versorgenden Fälle hat im Beobachtungszeitraum von 25 Jahren vier Phasen durchlaufen: Zunächst sorgte die Steigerung bei der ärztlichen Personalausstattung bis zum Jahr 1999 dafür, dass die Fallzahl pro Arzt in etwa konstant blieb. Von 2000 bis 2005 sank die Zahl der Fälle pro Arzt von Jahr zu Jahr ab, um anschließend bis 2008 konstant zu bleiben. Seitdem kam es wieder zu einer kontinuierlichen Reduktion der pro Arzt zu versorgenden Fälle (Abbildung 6–3).
- e) Die Rate der pro nicht-ärztlichen Beschäftigten zu versorgenden Fälle stieg im Beobachtungszeitraum kontinuierlich von 18,7 im Jahr 1991 um rund 50 % auf 27,0 im Jahr 2014 an und hat nur im Jahr 2015 einen leichten Rückgang auf 26,3 pro Beschäftigtem zu verzeichnen.
- f) Der gleichzeitige kontinuierliche Anstieg der Fallzahlen führte dazu, dass zunächst die Rate der pro Pflegekraft zu versorgenden Fälle mit rund 45 Fällen bis 1995 konstant blieb, um dann bis zum Jahr 2014 auf 60 Fälle pro Pflegekraft anzusteigen. Dieser Wert wurde 2015 geringfügig unterschritten.
- g) Gleichzeitig mit dem Abbau der Betten und der sinkenden Verweildauer hat sich die Anzahl der pro Pflegekraft zu versorgenden Berechnungs- bzw. Belegungstage von 0,63 auf 0,44 verringert.

## 6.7 Entwicklung der Personalausstattung in Abhängigkeit von der Trägerschaft und Größe des Krankenhauses 2004 bis 2014

Eine etwas tiefergehende Betrachtung der Entwicklung der Personalausstattung wird in Abbildung 6–4 für das ärztliche Personal und Abbildung 6–5 für das pflegerische Personal dargestellt, wobei hier nur die Zahlen der Jahre 2004, 2009 und 2014 genutzt wurden.

Bei Betrachtung des ärztlichen Personals wird zunächst deutlich, dass die Krankenhausgröße, gemessen an der Anzahl der Betten, eine wesentliche Rolle für die pro Bett vorgehaltene ärztliche Personalausstattung spielt: je größer das Krankenhaus, desto mehr Ärzte werden beschäftigt. In Krankenhäusern mit bis zu 500 Betten unterscheidet sich die Personalausstattung zwischen den verschiedenen Trägern nur geringfügig. Bei allen Trägerarten beschäftigten Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten in allen drei beobachteten Jahren nur etwa die Hälfte der Anzahl Ärzte im Vergleich zu Krankenhäusern mit 200 bis 500 Betten. Im Gegensatz zu freigemeinnützig oder privat getragenen Krankenhäusern sind bei den öffentlichen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten mehr als dreimal so viele Ärzte pro Bett beschäftigt wie in Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten.

In allen Größenklassen und bei allen Trägern sind etwa gleichförmige Steigerungen der Ärzte pro Bett über die Jahre 2004 bis 2014 zu verzeichnen.

Die steigende Personalausstattung hat wiederum bei allen Trägern und in allen Größenklassen die gleichzeitig stattfindende Fallzahlsteigerung nicht nur auffangen, sondern sogar überproportional ausgleichen können. Die Zahl der Fälle pro Arzt sank im beobachteten Elf-Jahres-Zeitraum. Die Zahl der pro Arzt zu betreuenden Fälle unterscheidet sich zwischen den einzelnen Größenklassen insofern, als Ärzte in Kliniken mit bis zu 100 Betten zwischen 1,5 (bei freigemeinnützigen Trä-

Abbildung 6–4

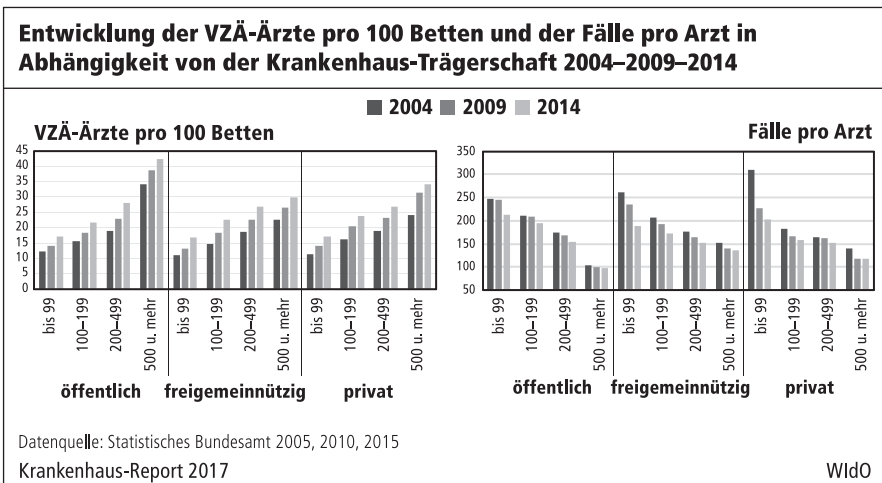
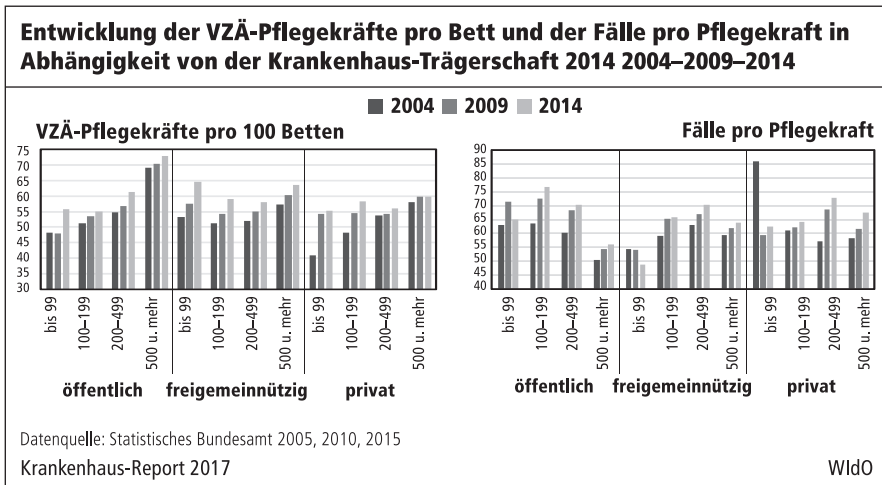


Abbildung 6–5



gern) und 2-mal so viele Patienten (bei öffentlichen Trägern) betreuen müssen wie in Kliniken mit mehr als 500 Betten. Eine besonders auffällige Entwicklung ist bei den privaten Trägern zu verzeichnen, die zwischen 2004 und 2009 die Zahl der Fälle pro Arzt insbesondere in den Kliniken mit weniger als 100 Betten durch Personalaufstockung am radikalsten reduziert haben. Bei öffentlichen Trägern mit mehr als 500 Betten sind im Vergleich zu gemeinnützigen Trägern durchschnittlich 35% weniger Fälle pro Arzt zu betreuen, wobei hier zu berücksichtigen ist, dass unter den Maximalversorgern die Universitätskliniken mit ihren zusätzlichen Aufgaben im Bereich von Forschung und Lehre und damit einer notwendigerweise höheren ärztlichen Personalausstattung zu finden sind.

Im Unterschied zur Entwicklung der ärztlichen Personalausstattung hat sich die pflegerische Personalausstattung pro Träger, Krankenhausgröße und Fall nicht eindeutig kontinuierlich entwickelt. Zwar nahm die Anzahl an Pflegekräften pro 100 Betten bei allen Trägern und Größenklassen zu, die Zahl der Fälle pro Pflegekraft stellt sich jedoch differenzierter dar. Im Bereich der Pflegekräfte pro 100 Betten fällt in Abbildung 6–5 insbesondere wieder die bessere Personalausstattung der großen öffentlichen Krankenhäuser im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern auf. Zudem hat sich hier die Personalsituation bei den Kliniken mit weniger als 100 Betten und denjenigen mit 100 bis 200 Betten besonders bei privat getragenen Krankenhäusern zwischen 2004 und 2014 wesentlich verbessert.

Die Zahl der Fälle pro Pflegekraft hat sich in einzelnen Krankenhausgrößenklassen und bei einzelnen Trägern im Gegensatz zum allgemeinen Trend rückläufig entwickelt: Zum Beispiel sank die Zahl der Fälle pro Pflegekraft in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten zwischen 2009 und 2014 genauso wie in privaten Krankenhäusern zwischen 2004 und 2009. Zudem lässt sich erkennen, dass die Zahl der Fälle pro Pflegekraft in Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten unter öffentlicher Trägerschaft um 20% geringer ist als bei privat getragenen Krankenhäusern. Zuletzt sei erwähnt, dass freigemeinnützig ge-



tragene Krankenhäuser unter 100 Betten im Durchschnitt eine besonders gute pflegerische Personalausstattung aufweisen. Im Jahr 2014 waren in freigemeinnützigen Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten durchschnittlich nur rund 49 Fälle zu betreuen, während in den öffentlichen Krankenhäusern der gleichen Größenklasse durchschnittlich 65 Fälle zu betreuen waren.

## 6.8 Implikationen der Personalentwicklung im Krankenhaus

### 6

Die dargestellten Trends im Bereich der ärztlichen und nicht-ärztlichen, speziell pflegerischen Personalentwicklung in Krankenhäusern Deutschlands zwischen 1991 und 2015 lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Beim ärztlichen Personal ist eine Steigerung der Anzahl der Ärzte und ein überproportionaler Ausgleich der gleichzeitigen Fallzahlsteigerungen festzustellen, sodass 2015 im Vergleich zu 1991 pro Fall mehr Ärzte zur Verfügung stehen. Dabei ist zu beachten, dass pro Fall auch ein höherer ärztlicher Anteil an der insgesamt anfallenden Arbeit zu verzeichnen ist. Unter den aufgezeigten Maßnahmen mit Einfluss auf die Personalentwicklung ist sicherlich vor allem die Umsetzung der allgemeingültigen Arbeitszeitgesetzgebung auch im Bereich der ärztlichen Krankenhausversorgung zu nennen. Die höhere Anzahl an Ärzten erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Familie und Beruf miteinander vereinbart werden können. Dies kommt der Entwicklung entgegen, dass vermehrt Ärztinnen aus- und weitergebildet werden und jüngere Ärztinnen und Ärzte dieser Vereinbarkeit oder der so genannten Work-Life-Balance einen höheren Wert beizumessen scheinen als dies früher üblich bzw. anerkannt oder möglich war („Generation Y“). Ob die Steigerung der Anzahl der Ärzte aber auch eine oftmals geforderte strukturiertere Weiterbildung in den Krankenhäusern und auch ein Mehr an Erfahrungsjahren mit sich brachte und beides dazu geführt hat, dass die Patientensicherheit potenziell erhöht und die Krankenhausversorgung vermehrt an den Präferenzen der Patienten ausgerichtet wurde, bleibt unklar. Bisher könnte man den Verdacht hegen, dass nur einzelne erfahrene Ärzte durch mehrere unerfahrene ersetzt wurden. Studien zu der Frage, wie viele Ärzte welcher Qualifikation und Erfahrung mindestens notwendig sind, um eine patientenorientierte, sichere, effektive und effiziente Krankenhausversorgung bei welchen versorgten Krankheitsspektren auf den verschiedenen Versorgungsebenen zu garantieren, fehlen bislang. Daher kann noch keine Aussage darüber getroffen werden, wann – wie vom Gesetzgeber angeführt – das ärztliche Personal nicht „über Gebühr belastet“ ist, sodass eine sichere Patientenversorgung gewährleistet werden kann.

Ähnlich wie beim ärztlichen Personal ist jüngst auch beim nicht-ärztlichen und speziell pflegerischen Personal eine Erhöhung der Personalzahlen festzustellen. Hier kam es aber erst seit 2007 – nach einer vormaligen Phase starker Personalreduktionen – zu einer Trendumkehr hin zu einer kontinuierlichen Steigerung der Personalzahlen. Diese Steigerung konnte die gleichzeitige Fallzahlsteigerung bisher jedoch nicht ausgleichen, sodass zumindest bis zum Jahr 2014 die Anzahl der pro Pflegekraft zu betreuenden Patientenfälle kontinuierlich anstieg. Zwar ist die

Zahl der Belegungstage pro Pflegekraft gesunken, bei gleichzeitiger Verweildauerverkürzung und Fallzahlerhöhung ist dies aber so zu interpretieren, dass pro Tag mehr pflegerische Handlungen durchzuführen sind, es also zu einer Arbeitsverdichtung gekommen ist. Im Vergleich zu elf europäischen Ländern und den USA bildet Deutschland bei der Zahl der pro examinierter Pflegekraft zu betreuenden Patienten das Schlusslicht mit den meisten Patienten pro Pflegekraft (Aiken et al. 2012). In Anbetracht der zitierten Evidenz zum Zusammenhang zwischen der Personalausstattung im Bereich der Pflege und den Ergebnissen der Patientenversorgung kann davon ausgegangen werden, dass in der Steigerung der Zahl gut ausgebildeter Pflegekräfte ein Potenzial für eine Verbesserung der Patientenversorgung liegt. Wie viel Personal welcher Qualifikation jedoch für welche Patientenfälle mindestens notwendig ist, um ein bestimmtes Ergebnis beim Patienten in Krankenhäusern Deutschlands zu erzielen, kann aus den bisher vorliegenden Studien auch für die Pflege nicht abgeleitet werden.

Eine Verbesserung der pflegerischen Personalausstattung könnte aber nicht nur die Patientenergebnisse verbessern. Gleichzeitig wird damit die Hoffnung verknüpft, dass die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert werden könnte. Inwiefern jedoch die alleinige Verbesserung der Personalausstattung ausreicht, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, bleibt offen. Wahrscheinlich werden weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Motivation wie zum Beispiel eine Lohnsteigerung, eine höhere Selbstbestimmung und mehr Verantwortungsübernahme am Arbeitsplatz notwendig sein, um dieses Ziel und eine langfristig sichere, zugewandte, patientenorientierte Pflege zu erreichen.

## 6.9 Fazit

Die Personalausstattung der Krankenhäuser in Deutschland hat sich in den letzten 25 Jahren stark verändert. Gleichzeitig sind vielfache Einflussnahmen auf die Personalausstattung festzustellen, deren Auswirkungen nur zum Teil bekannt sind. Außer Frage steht, dass die Personalausstattung in Qualität und Quantität einen starken Einfluss auf die Patientenergebnisse hat. Studien zu der Frage, wie unter den Bedingungen der Krankenhausversorgung in Deutschland die ärztliche und pflegerische Mindestpersonalausstattung aussehen müsste, um eine patientenorientierte, sichere, effektive und effiziente Versorgung zu garantieren, stehen bislang jedoch aus. Solche Studien sollten dringlich durchgeführt werden, damit den Absichtserklärungen der Gesundheitspolitiker im Hinblick auf eine Festlegung von Mindestpersonalgrößen für eine sichere Patientenbehandlung und ein motiviertes und „aufgewertetes“ (Pflege-)Personal aus dem Jahr 2013 bald Taten folgen.

## Literatur

- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383 (9931): 1824–30.
- Al-Amin M, Makarem SC. The Effects of Hospital-Level Factors on Patients' Ratings of Physician Communication. *J Healthc Manag* 2016; 61 (1): 28–41.
- Aldridge C, Bion J, Boyal A, et al. Weekend specialist intensity and admission mortality in acute hospital trusts in England: a cross-sectional study. *Lancet* 2016; 388 (10040): 178–86.
- Bell D, Lambourne A, Percival F, Laverty AA, Ward DK. Consultant input in acute medical admissions and patient outcomes in hospitals in England: a multivariate analysis. *PLoS ONE* 2013; 8 (4): e61476.
- Blum K, Isfort M, Schilz P, Weidner F. *Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABiS)*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft 2006.
- Griffiths P, Ball J, Drennan J, James L, Jones J, Recio-Saucedo A, Simon M. Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *Int J Nursing Studies* 2016; 63: 213–25.
- GKV-Spitzenverband. Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011); Berlin, 30.06.2013. [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM\\_2013-07-08\\_2013\\_06\\_28\\_PSP\\_4\\_Bericht\\_final.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/PM_2013-07-08_2013_06_28_PSP_4_Bericht_final.pdf) (13 Oktober 2016).
- Harloff I, Schlitt R. In Deutschland werden die Mediziner knapper: Weil Arzt sein keinen Spaß mehr macht. *KV-Blatt* 11/2007. [www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/11/30\\_titelt\\_hema/kvbe.html](http://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/11/30_titelt_hema/kvbe.html) (13 Oktober 2016).
- IGES Institut GmbH. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG – Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008 bis 2010). Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2013.
- Klein S, Schwinger A. Patientensicherheit und Personal. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich F, Wasmem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2014 – Schwerpunkt: Patientensicherheit*. Stuttgart: Schattauer 2014; 95–111.
- Kraska RA, Weigand M, Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect* July 2016. doi:10.1111/hex.12485.
- Ozdemir BA, Sinha S, Karthikesalingam A et al. Mortality of emergency general surgical patients and associations with hospital structures and processes. *Br J Anaesth* 2016; 116 (1): 54–62.
- Schneider PP, Geraedts M. Staffing and the incidence of pressure ulcers in German hospitals: A multicenter cross-sectional study. *Nurs Health Sci* July 2016. doi:10.1111/nhs.12292.
- Statistisches Bundesamt. *Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser*. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Ausgaben 1991–2015. Wiesbaden 1992–2016.
- Wikipedia. Bereitschaftsdienst. [www.wikipedia.org/wiki/Bereitschaftsdienst](http://www.wikipedia.org/wiki/Bereitschaftsdienst) (13 Oktober 2016).